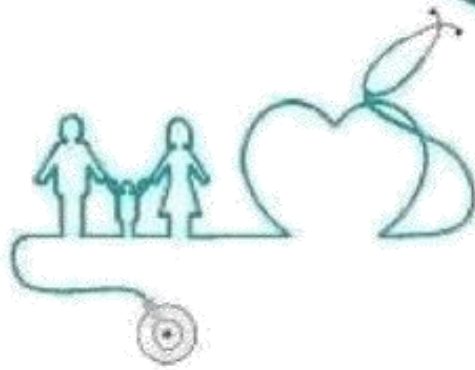


3

ჯანდაცვის პოლიტიკა,
ეკონომიკა და სოციოლოგია



№ 3. 2017

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed Scientific Journal

**Health Policy, Economics and
Sociology**

№ 3

თბილისი

2017

რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი, აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

Editor-in-Chief:

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Science, Professor at Ilia State University, Invited Professor at Iv. Javakhishvili Tbilisi State University and Tbilisi State University, Head of the Department of Quality Management at G. Chapidze Emergency Cardiology Center.

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983

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

რამაზ ურუშაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

პაატა იმნაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ნატა ყაზახაშვილი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

გიორგი შაქარიშვილი - სოციალურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

იმედა რუბაშვილი - ქიმიის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

გიორგი ხიშტოვანი - ეკონომიკის დოქტორი, პროფესორი

კახაბერ ჯაყელი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ნატო კაკაშვილი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ნონა გელიტაშვილი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ლალი კოკაია - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ტექნიკური 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

Ramaz Urushadze - Doctor of Medical Science, Professor

Paata Imnadze - Doctor of Medical Science, Professor

Nata Kazakhshvili - Doctor of Medical Science, Professor

George Shakarishvili – Doctor of Social Sciences

Imeda Rubashvili - Doctor of Chemistry, Professor

Giorgi Khishtovani - Doctor of Economics, Professor

Kakhaber Jakeli - Doctor of Economics, Professor

Nato Kakashvili - Doctor of Economics, Professor

Nona Gelitashvili - Doctor of Economics, Professor

Lali Kokaia - Doctor of Medical Science, Professor

Technical Editor - Eka Eliava

სარჩევი

1. ხატია გიორგობიანი, ნატა ყაზახაშვილი, ნატო ფიცხელაური, ლაშა ლორია, ნინო ჩიხლაძე - ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის განვითარება საქართველოში: ბარიერები და შესაძლებლობები - 9
2. ნატა ყაზახაშვილი, თინათინ მანჯავიძე, ნატო ფიცხელაური, პაატა იმნაძე, ნინო ჩიხლაძე - ახალგაზრდების ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტუდენტთა სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში - 16
3. მარიამ მამულაშვილი, თენგიზ ვერულავა - მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებები ევთანაზიის მიმართ - 24
4. ირინე მელქაძე, მარიამ ვარამაშვილი, ქეთი მახარაშვილი, გიორგი ჩხაიძე, ანი მამულია, თემგიზ ვერულავა - ქორწინება და სტრესი - 34
5. გვანცა დავითელაშვილი, დალი მელიქიძე, დავით ონუაშვილი, მიხეილ ქურდაძე - პაციენტის მიერ ექიმის შესახებ ინფორმაციის მიღების გზები - 39
6. თეიმურაზ ბეჟანიძე, მარიამ გულიაშვილი, თორნიკე შვეარდნაძე - ტრანსგენდერი ადამიანების სამედიცინო მომსახურების პრობლემები საქართველოში - 45
7. ენდი ჭელიძე, ლევან მელქაძე, სოფო დალაქიშვილი, ნინო სამხარაძე, გვანცა დეკანოიძე, მარიამ მუნჯიშვილი, თენგიზ ვერულავა - საექთნო პრაქტიკის გარემოს თავისებურებები და სამუშაოთი კმაყოფილება - 53
8. დიმიტრი ჭილაია, ლაშა ხიჯაკაძე, მარიამ ქვათაძე, მარიამ ტურიაშვილი, ცოტნე ფულარია, გურამ სოლოდაშვილი, თენგიზ ვერულავა - პალიატიური ზრუნვის პრობლემები საქართველოში (თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლი) - 64
9. ანი ასრათაშვილი, შორენა ქაფიანიძე, თათია წიქორიძე, სალომე მინდიაშვილი, თენგიზ ვერულავა - პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში - 69
10. ნანა ჯუღელი, თენგიზ ვერულავა - ქორწინება და მასზე მოქმედი სტრეს-ფაქტორები - 74
11. საბა ჩიხლაძე, მარიამ ალელიშვილი, ანა მუშკუდიანი - სტრესი და გენდერი - 79
12. გიგა კარაპეტიანი; მარიამ ბრავაძე; ქრისტინა ბარდაველიძე; მეგი ახალკაცი - გვი მამაკაცების ინფორმირებულობის კვლევა აივ ინფექციისა და მათი თავდაცვის მექანიზმების შესახებ - 86
13. ნანა დაბრუნდაშვილი, მეგი ბულია, მედეა ალაღოშვილი, სოფი ხაჩიძე, მეგი ასათაშვილი, დაჩი პაპოშვილი, თენგიზ ვერულავა - მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების პრობლემები - 93
14. ნათია გელაძე, თინათინ ლიქოკელი, ნინი ტატანაშვილი, ანა ჭყობიძე, თენგიზ ვერულავა - შშმ ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში - 98
15. დიტო კარტოზია, ნინო რევია, მარიამ ედიბერიძე, ანი შალამბერიძე, თათია ლიპარტია, ია ფირცხალაიშვილი, ანი ახმოდიაშვილი, თენგიზ ვერულავა - ქირურგიული ჩარევის შესახებ ინფორმირებული თანხმობა - 103
16. ლიკა მაისურაძე, დავით ფეიქრიშვილი, თენგიზ ვერულავა - კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციის პრობლემები საქართველოში - 110

17. თეკლა ზუხბაია, ლევან ილარიანი, თენგიზ ვერულავა - საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ხელმისაწვდომობა - 115
18. ია ლაცაბიძე, სოფო სხირტლაძე, ლელა ფარჯიანი, თენგიზ ვერულავა - ჯანმრთელი ქცევა სტუდენტებში - 119
19. ირმა თავართქილაძე, ანა შალამბერიძე, ლიკა დიდუბაშვილი, ნათია გობეჯიშვილი, ანა გორთამაშვილი, ნია ხუროშვილი, თენგიზ ვერულავა - ჯანსაღი კვება და სტუდენტები - 130
20. ანი კენჭაშვილი, მაია კვიციანი, ლაშა გვარამია, ლანა ბურჭულაძე, ანა მაჩიტაძე, ცირა ყაჭიური, თენგიზ ვერულავა - უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა - 140
21. მარია წამალაშვილი, ანა ხვედელიძე, ანა ბარამიძე, ნათია თელია, ქეთი ჩხეტიანი, ქეთი ტულუში, თენგიზ ვერულავა - ჰომეოპათიის განვითარების პრობლემები საქართველოში - 152
22. ნიკოლოზ სურმავა, ცოტნე ციციხვაია, მარიამ კვანჭიანი, სალომე ჭონიშვილი, მაიკო ჭანტურიძე, თენგიზ ვერულავა - უნივერსალური ჯანდაცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები - 157
23. ნუცა წამალაშვილი, ანი წამალაშვილი - ნორვეგიის ჯანდაცვის გამოცდილება - 164
24. ქეთი ტაბატაძე, ანანო შაყულაშვილი, ამირან ბერძენიშვილი - ორგანოთა ტრანსპლანტაციის გამოწვევები საქართველოში - 170

Contents

1. **Xatia Giorgobiani, Nata kazakashvili, Nato Pitskhelauri, Lasha Loria, Nino Chikhladze** - Development of Physician's Professional Responsibility in Georgia: Barriers and Opportunity - 9
2. **Nata kazakashvili, Tinatin Manjavidze, Nato Pitskhelauri, Paata Imnadze, Nino Chikhladze** - Youth HealthCare Policy and Student Health Insurance in Georgia - 16
3. **Mary Mamulashvili, Tengiz Verulava** - Orthodox attitudes towards euthanasia - 24
4. **Irine Melkadze, Mariam Varamashvili, Qeti Makharashvili, Giorgi Chkhaidze, Ani Mamulia, Tengiz Verulava** - Women's research in marriage and its current stress-factors - 34
5. **Gvantsa Davitelashvili, Dali Melikidze, Dati Onezashvili, Mikheil Kurdadze** - Identifying ways people acquire information about doctors (during decision-making) - 39
6. **Teimuraz Bezhanidze; Mariam Guliashvili; Tornike Shevardnadze** – Problems of transgenders in Georgian health care system - 45
7. **Andy Chelidze, Levan Mikeladze, Dalakishvili Sophie, Nino Samkharadze, Gvanca Dekanoidze, Mary Munjishvili, Tengiz Verulava** - Nurse Practice Environment Characteristics, Retention And Job Satisfaction - 53
8. **Dima Chilaia, Lasha Khijakadze, Mariami Turiashvili, Tsotne Fularia, , Gurami Sologhashvili, Mariam Kvatadze, Tengiz Verulava** - Palliative care of the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery - 64
9. **Ani AsrataShvili, Salome Mindiashvili, Tatia Tsikoridze, Shorena Qapianidze, Tengiz Verulava** - Primary health care nurses and heart failure education - 69
10. **Nana Jugheli, Tengiz Verulava** - Marriage and its current stress factors - 74
11. **Saba Chikhladze, Mariam Alelishvili, Ana Mushkudiani** - Stress and Gender - 79
12. **Kristina Bardavelidze; Giga Karapetiani; Mariam Bragvadze; Megi Akhalkatsi** - Gay and bisexual men's awareness on HIV infection and defense mechanisms - 86
13. **Nana Dabrundashvili, Megi Bulia, Medeia Aladoshvili, Sophie Khachidze, Megi Asatashvili, Dachi Paposhvili, Tengiz Verulava** - Problems of students with blindness and low vision - 93
14. **Natia Geladze, Tina Likokeli, Nini Tatanashvili, Anna Chkoidze, Tengiz Verulava** – Social integration of disabled children in Georgia - 98
15. **Dito Kartoza, Nino Revia, Mariam Ediberidze, Ani Shalamberidze, TaTia Lipartia, Ia Pirtskhalaishvili, Elene Akhmodishvili, Tengiz Verulava** - Informed Consent about a Surgical Intervention - 103
16. **David Peikrishvili, Lika Maisuradze, Tengiz Verulava** - Further problems of donation of organs after apparent death - 110
17. **Tekla Zukhbaia, Levan Ilariani, Tengiz Verulava** - Access to health care and health insurance program - 115

18. **Ia Latsabidze, Sofo Skhirtladze, Lela Parjiani, Tengiz Verulava** - Healthy behavior in students - 119
19. **Irma Tavartqiladze, Ani Shalamberidze, Lika Didebashvili, Natia Gobejishvili, Anna Gortamashvili, Nargiz Khuroshvili, Tengiz Verulava** - Healthy meals and students - 130
20. **Ani Kentchashvili, Maia Kvikvinia, Lasha Gvaramia, Lana Burtchuladze, Anna Machitadze, Cira Katchiuri, Tengiz Verulava** - World experience of universal coverage and reform of the Georgian health care system - 140
21. **Marika TsamalaSvili, Ana Khvedelidze, Ana Baramidze, Natia Telia, Ketik Chkhetiani, Ketik Tughushi, Tengiz Verulava** - Research in Georgia "Homeopathy Institute" needs and functioning of the reasons - 152
22. **Nikoloz Surmava, Cotne Cicxvaia, Mariam Kvanchiani, Salome Chonishvili, Maiko Chanturidze, Tengiz Verulava** - Universal health care in the world and the experience of reforms In Georgia - 157
23. **Neither Tsamalashvili, Ani Tsamalashvili** - Norway's experience, a successful example of health policy - 164
24. **Tabatadze Keto, Shakulashvili Anano** - Organ transplantation challenges in Georgia - 170

ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის განვითარება საქართველოში: ბარიერები და შესაძლებლობები

ხატია გიორგობიანი, ნატა ყაზახაშვილი, ნატო ფიცხელაური, ლაშა ლორია, ნინო ჩიხლაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი

შესავალი

თითოეული ადამიანი პროფესიის არჩევისას საკუთარ თავზე იღებს იმ პასუხისმგებლობასაც, რაც მის პროფესიას ახლავს თან. საექიმო საქმიანობა ერთ-ერთ ყველაზე საპასუხისმგებლო საქმიანობად მიიჩნევა, ვინაიდან პაციენტი ექიმს ანდობს ყველაზე მკვირფასს, თავის ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს. საზოგადოება მეტად მგრძობიარეა ჯანდაცვის სისტემისა და სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების მიმართ და განსაკუთრებულ პასუხისმგებლობასა და თანადგომას სწორედ ექიმისაგან ითხოვს.

პასუხისმგებლობა განისაზღვრება, როგორც კანონით გათვალისწინებული მოვალეობა და გულისხმობს პასუხისმგებლობას საკუთარ ქმედებაზე, ან უმოქმედობაზე. პასუხისმგებლობა შეიძლება აღებული იქნას ნებაყოფლობით (მაგალითად კონტრაქტის საფუძველზე), ან დაკისრებული იქნას ნორმატიული აქტების საფუძველზე (მაგალითად, სისხლის სამართლის კოდექსით) [1, გვ.128]. პასუხისმგებლობა თავის თავში მოიაზრებს განსაზღვრულობას, პატიოსნებას, საიმედოობას საკუთარი თავის და სხვების წინაშე. პასუხისმგებლობა შეიძლება ჩაითვალოს უნარადაც, რთულ სიტუაციაში მიიღო გადაწყვეტილება, როგორც საკუთარი, ასევე პაციენტის სახელით. ეს არის იმ შედეგების გააზრება, რაც შეიძლება მოჰყვეს ადამიანის მოქმედებას ან უმოქმედობას [2, გვ. 1].

ისევე, როგორც ნებისმიერ პროფესიას, საექიმო საქმიანობასაც თან სდევს პროფესიული შეცდომები, შეცდომისაგან დაზღვეული არც ერთი პროფესიის წარმომადგენელი არ არის, მათ შორის სამედიცინო პერსონალიც. ამ პროცესში მეტად მნიშვნელოვანია შეცდომის შედეგი და შეცდომის მიზეზი, კერძოდ რა ზიანი მიაღება პაციენტს და რამ გამოიწვია საექიმო შეცდომა, ინფორმირებულობის დაბალმა დონემ, არაკვალიფიციურობამ, გულგრილობამ, უყურადღებობამ, სიჩქარემ, არასწორმა დიაგნოზმა თუ მკურნალობის არსწორმა ტაქტიკამ. თითოეული ექიმი პასუხისმგებელია საკუთარ შეცდომაზე, პროფესიული საქმიანობისას დაშვებული შეცდომისას კი დგება ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი.

ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევას საფუძველი ჩაეყარა მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში ამერიკის შეერთებული შტატებში, სადაც თავდაპირველად ექიმთა ასოციაციები ცდილობდნენ დაეცვათ თავიანთი კოლეგები საჩივრებისაგან [3, გვ. 10]. 2015 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევის ზარალმა 3.9 მილიარდი დოლარი შეადგინა. ყველაზე მაღალი ზარალი აშშ-ს სადაზღვეო სისტემამ 2003 წელს განიცადა, როდესაც ამ რიცხვმა 4.8 მილიარდ დოლარს მიაღწია. [4, გვ. 1]

იაპონიაში სამედიცინო პასუხისმგებლობის სადაზღვეო სისტემა 1961 წლიდან არსებობს. 1972 წელს ჩამოყალიბდა იაპონიის სამედიცინო ასოციაცია, რომლის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენდა ექიმების ინტერესების დაცვა. შემუშავდა მექანიზმები, რომელთა მეშვეობით საექიმო შეცდომების შეფასება შესაძლებელი გახდა სასამართლოს გარეშე, პროფესიული პასუხისმგებლობის საბჭოს კოოპერაციის მეშვეობით სადაზღვეო კომპანიებთან და ლოკალურ სამედიცინო ასოციაციებთან [5, გვ. 390-396].

დღესდღეობით მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში არ არსებობს პროფესია, რომელსაც არ აქვს პასუხისმგებლობის დაზღვევა. მით უმეტეს ეს ეხება ისეთ პროფესიებს, რომლებიც დაკავშირებულია ადამიანის სიცოცხლესთან. ექიმების და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა ითვალისწინებს ექიმის, ან სამედიცინო პერსონალის შეცდომით ან დაუდევრობით პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით 2006-2012 წლებში დასმული იქნა 3232-მდე ექიმის

პასუხისმგებლობის საკითხი, აქედან: 2214 ექიმს მიეცა წერილობითი გაფრთხილება; 532 ექიმს შეუჩერდა სერტიფიკატი, ხოლო 9 ექიმს კი ჩამოერთვა სერტიფიკატი. 2013 წელს წლის 6 თვის (ივლისი-დეკემბერი) განმავლობაში დადგა 200-ზე მეტი ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხი [6, გვ. 5].

საექიმო საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობას ახორციელებს სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს მეშვეობით. თუ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას პაციენტის ჯანმრთელობას რაიმე ზიანი მიადგა, ან არსებობს ზიანის მიყენების რისკი, საქართველოში მოქმედი რეგულაციების თანახმად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია ამის შესახებ აცნობოს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობას [7, გვ.71-75]. დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებულია პროფესიული პასუხისმგებლობის შემდეგი სახეები:

- წერილობითი გაფრთხილება;
- სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება;
- სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება;
- ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერას შეზღუდვა;
- საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები. [8, გვ.19]

საქართველოში ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის რეგულირების, ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სამართლებრივი ჩარჩო, ერთი მხრივ, მოიცავს ნორმატიულ აქტებს, რომლებიც უშუალოდ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს, სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის ურთიერთობას ეხება, ხოლო, მეორე მხრივ, ზოგად ნორმატიულ აქტებს, რომლებშიც ასახული დებულებების ნაწილი პირდაპირ ან ირიბად არეგულირებს ზემოხსენებულ საკითხებს. საქართველოში დღეს მოქმედი სამართლებრივი და ეთიკური ხასიათის დოკუმენტები, რომლებიც სწორედ ზემოთ აღნიშნულს არეგულირებს, ეფუძნება საყოველთაოდ აღიარებულ ეთიკურ პრინციპებსა და ნორმატიულ აქტებს [9, გვ.4 -6].

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია დაიცავს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული ეთიკური და ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმები, რომელთა დარღვევაც იწვევს ამ კანონით გათვალისწინებულ პროფესიულ პასუხისმგებლობას და ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის შესაბამისად [10, გვ.20].

რაც შეეხება ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევას, ეს მიმართულება ჯერ ნაკლებადაა განვითარებული, თუმცა საქართველოს კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ, (მუხლი 97. პროფესიული შეცდომის დაზღვევის უფლება) აღნიშნულია, რომ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს დააზღვიოს პროფესიული შეცდომა, რომლის შედეგადაც პაციენტს მიადგა ქონებრივი ან არაქონებრივი ზიანი.

საქართველოში ყველაზე პოპულარული სამედიცინო დაზღვევაა, შემდეგ ადგილზე კი ქონების დაზღვევა მოდის. საფინანსო ზედამხედველობის სააგენტოს დაზღვევის ზედამხედველობის დეპარტამენტის მონაცემების მიხედვით, 2007 წელს პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის წილი საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე მხოლოდ 1,57% იყო (ცხრილი №1). [11, გვ.1]

2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში მოქმედი 14 სადაზღვევო კომპანიიდან 6 მათგანი სთავაზობს ექიმებს პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევას [12, გვ. 2]. სადაზღვევო კომპანიებში აცხადებენ, რომ ყველაზე აქტიურად ექიმები, არქიტექტორები, აუდიტორები და იურისტები მიმართავენ პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევას. საქართველოში დაზღვევის ეს პროდუქტი სავალდებულო სახეს არ ატარებს, შესაბამისად, ბაზარზეც მასზე მოთხოვნა საკმაოდ დაბალია.

ცხრილი №1 დაზღვევის წილი ბაზარზე სახეობების მიხედვით, საქართველო, 2007წ.

№	დაზღვევის სახეობა	წილი ბაზარზე %	ჯამური პრემია
1	სამედიცინო დაზღვევა	37.00%	45,075,751
2	ქონების დაზღვევა	17.09%	20,823,217
3	სახმელეთო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა	14.18%	17,272,104
4	ფინანსური რისკების დაზღვევა	9.25%	11,275,240
5	სიცოცხლის დაზღვევა	4.02%	4,894,128
6	სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა	3.79%	4,614,232
7	საჰაერო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა	2.60%	3,167,076
8	საპენსიო დაზღვევა	2.45%	2,986,642
9	ტვირთების დაზღვევა	2.39%	2,909,115
10	უბედური შემთხვევისაგან და ავადმყოფობისაგან დაზღვევა	2.22%	2,701,975
11	პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა	1.57%	1,911,049
12	აგრომოტოტრანსპორტის მფლობელთა სამოქალაქო პასუხისმგებლობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა	1.57%	1,909,463
13	საწვადოსნო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა	0.83%	1,017,904
14	აგრომოტოტრანსპორტის მფლობელთა სამოქალაქო პასუხისმგებლობის საგადასახადო დაზღვევა	0.64%	778,418
15	გადამზიდველის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა	0.40%	486,951
სულ:		100%	121,823,265

წყარო: 2007 წლის სადაზღვევო ბაზრის სტრუქტურა დაზღვევის სახეობების მიხედვით - <http://aaf.ge/index.php?menu=1&jurn=102&rubr=0&mas=643> (12.07.2016)

მეთოდოლოგია

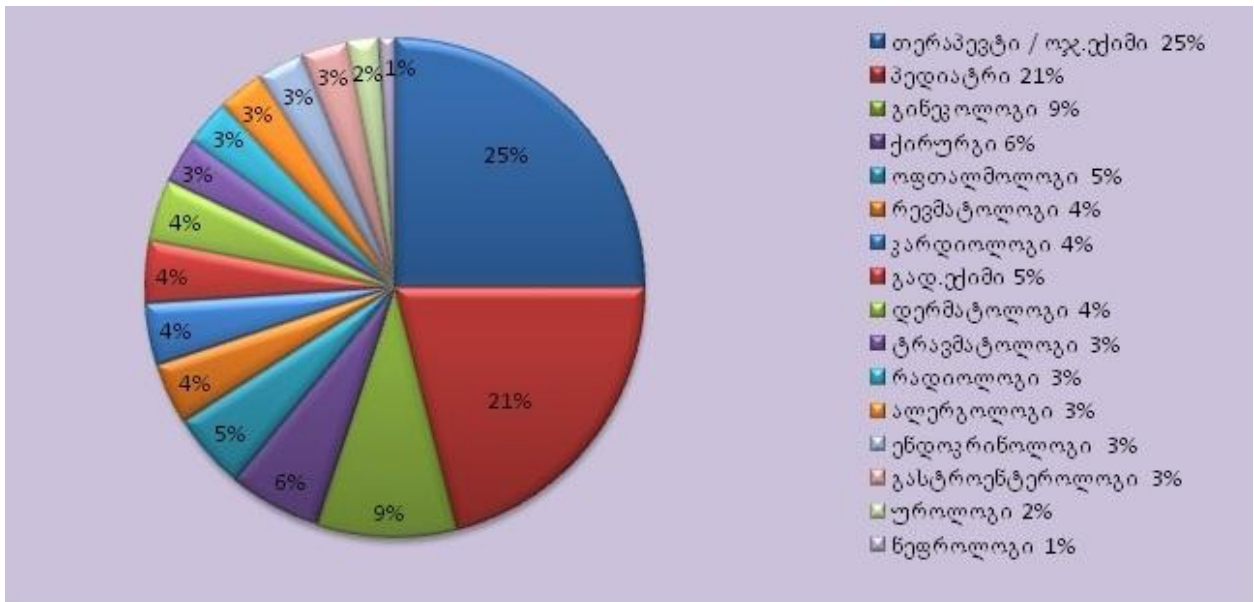
სამედიცინო პროფესიონალების, კერძოდ ექიმების ინტერვიუება სპეციალურად შედგენილი კითხვარების გამოყენებით. სამკურნალო დაწესებულებების და რესპოდენტთა შერჩევისათვის გამოყენებული იქნა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი.

კვლევის შედეგები

კვლევა განხორციელდა თბილისში და იმერეთის რეგიონში. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 200 ექიმმა.

გამოკითხულ რესპოდენტთა სპეციალობებია: ოჯახის ექიმი / თერაპევტი - 52 (26%), პედიატრი - 42 (21%), გინეკოლოგი - 18(9%), ქირურგი - 12(6%), ოფთალმოლოგი - 10 (5%), რევმატოლოგი - 8 (4%), კარდიოლოგი - 8 (4%), გადაუდებლის ექიმი - 8 (4%), დერმატო-ვენეროლოგი - 8 (4%), რადიოლოგი - 6 (3%), ალერგოლოგი - 6 (3%), ტრავმატოლოგი - 6 (3%), ენდოკრინოლოგი - 6(3%), გასტროენტეროლოგი - 6 (3%), უროლოგი 4 (2%), ნეფროლოგი - 2 (1%).

გამოკითხულ ექიმთა მეოთხედი 25% (50) ოჯახის ექიმი/თერაპევტია (დიაგრამა №1).



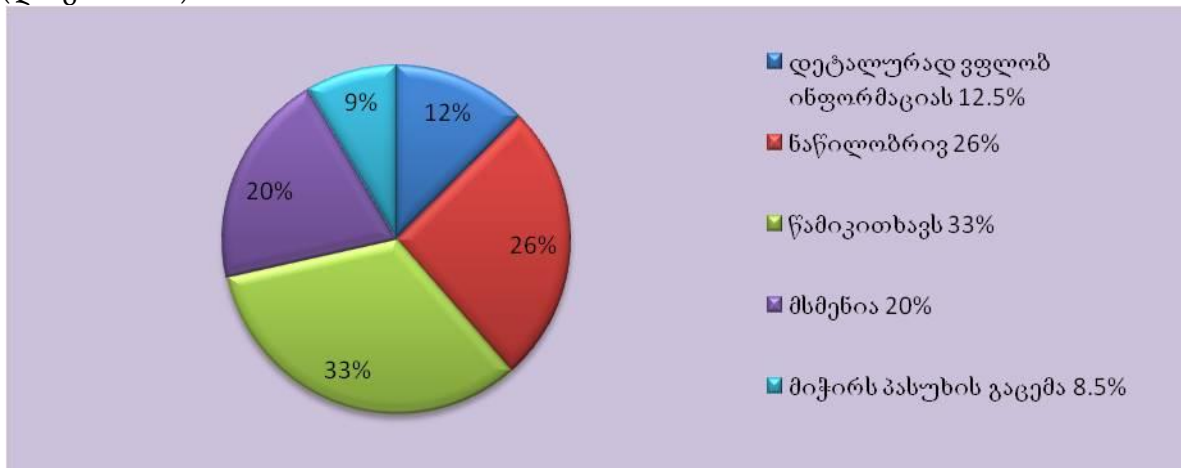
დიაგრამა №1 რესპოდენტთა განაწილება სპეციალობების მიხედვით

რესპოდენტთა უმეტესობა მუშაობს საავადმყოფოში (69%), ხოლო პოლიკლინიკაში რესპოდენტთა დაახლოებით მესამედი (31%) (დიაგრამა №2).



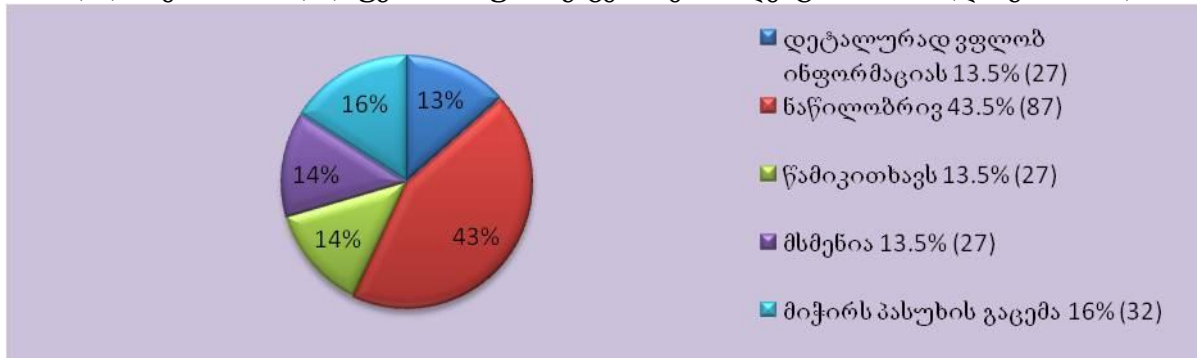
დიაგრამა №2 რესპოდენტთა განაწილება სამკურნალო დაწესებულებების მიხედვით

კითხვაზე: „რამდენად ინფორმირებული ხართ საკუთარი უფლებების შესახებ“, რესპოდენტთა 33%(66) პასუხობს, რომ წაუკითხავს, დეტალურადაა ინფორმირებული 12.5%(25), ნაწილობრივ 26%(52), სმენია 20%(40), უჭირს პასუხის გაცემა რესპოდენტთა 8.5%-ს. (დიაგრამა №3).



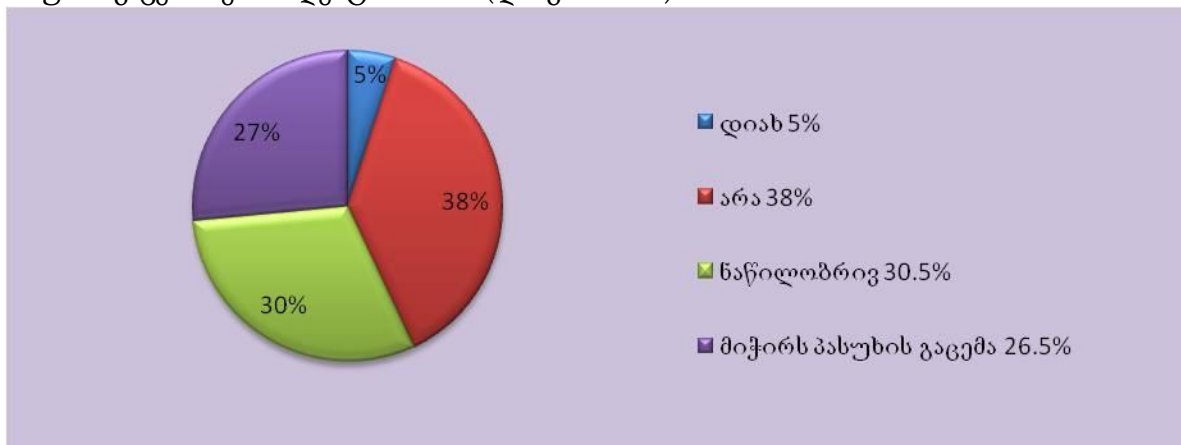
დიაგრამა №3 რესპოდენტთა ინფორმირებულობა საკუთარი უფლებების შესახებ

კითხვაზე: „ხართ თუ არა ინფორმირებული საქართველოში ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის სამართლებრივი რეგულირების შესახებ, რესპონდენტთა 43.5%(87) პასუხობს, რომ ნაწილობრივ, დეტალურადაა ინფორმირებული 13.5%(27), წაუკითხავს 13.5%(27), სმენია 13.5%(27), უჭირს პასუხის გაცემა რესპონდენტთა 16%-ს. (დიაგრამა №4).



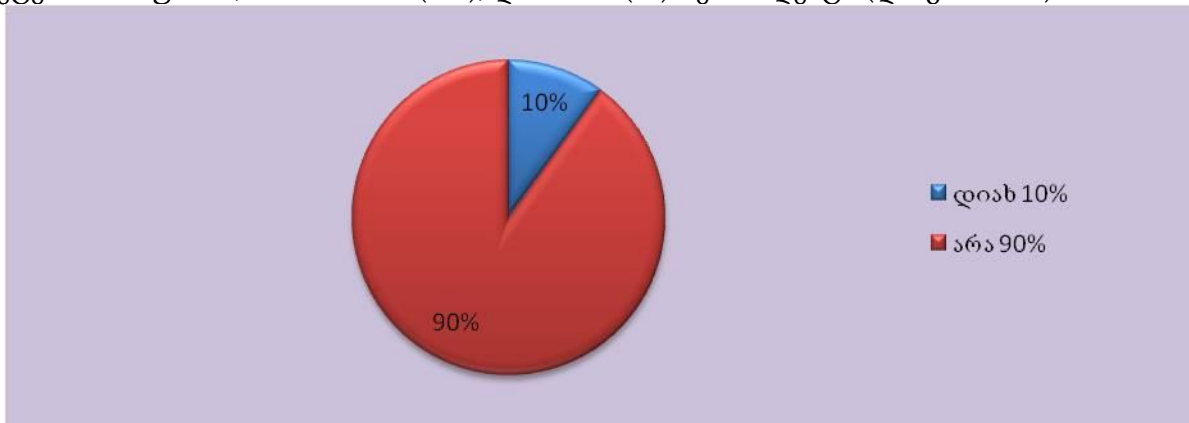
დიაგრამა №4 რესპონდენტთა ინფორმირებულობა პროფესიული პასუხისმგებლობის სამართლებრივი რეგულირების შესახებ;

კითხვაზე: „თუ ხართ ინფორმირებული პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის შესახებ“, რესპონდენტთა 45%(90) პასუხობს, რომ ნაწილობრივ, დეტალურადაა ინფორმირებული 12.5%(25), წაუკითხავს 16.5%(33), სმენია 19%(38), უჭირს პასუხის გაცემა რესპონდენტთა 7%-ს. (დიაგრამა №5).



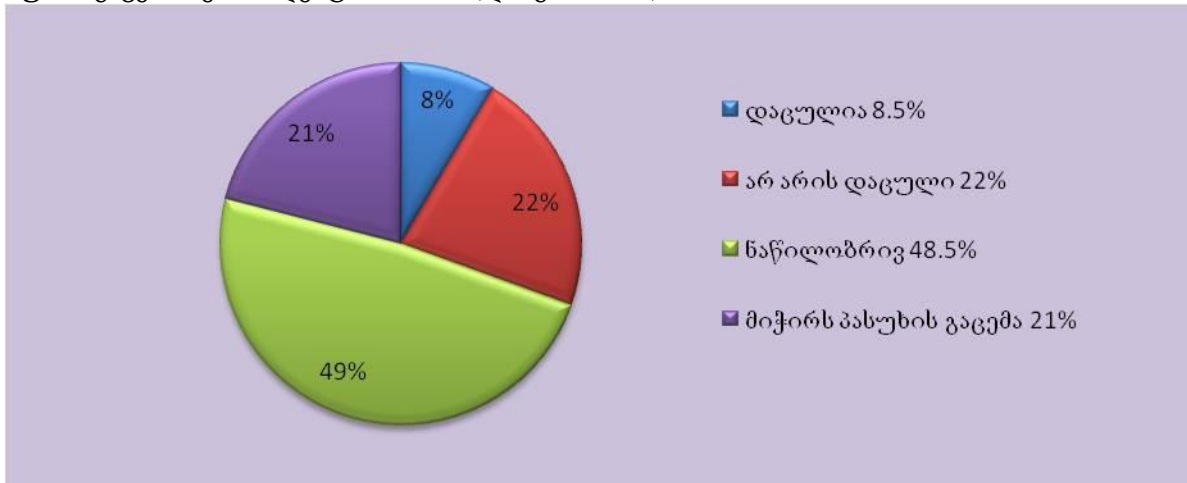
დიაგრამა №5 რესპონდენტთა ინფორმირებულობა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის შესახებ;

კითხვაზე: „თქვენ თუ გაქვთ პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა“, უმეტესობა პასუხობს, რომ არა 90% (180), დიახ 10% (20) რესპონდენტი (დიაგრამა №6).



დიაგრამა №6. რესპონდენტებში პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მქონე პირთა ხვედრითი წილი

კითხვაზე: „თქვენი აზრით ექიმი, რომელსაც დაზღვეული აქვს საკუთარი პროფესიული პასუხისმგებლობა დაცულია“, უმეტესობა თვლის, რომ ნაწილობრივ 48.5% (97) რესპონდენტი, თვლის, რომ დაცულია 8.5%(17), არ არის დაცული 22%(44), უჭირს პასუხის გაცემა რესპონდენტთა 21%-ს (დიაგრამა №7).



დიაგრამა №7 ექიმთა დამოკიდებულება პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მიმართ;

კითხვაზე: „თუ გაივლით უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამას (უპგგ) ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის სამართლებრივ საკითხებთან დაკავშირებით ასეთის არსებობის შემთხვევაში“, დიდი ნაწილი პასუხობს, რომ დიახ 58%(116), არა 6.5%(13), ხოლო რესპონდენტთა 35.5%-ს უჭირს პასუხის გაცემა (დიაგრამა №8).



დიაგრამა №8 ექიმთა დამოკიდებულება უპგგ-ს მიმართ;

გამოკითხვის შედეგებმა გამოავლინა, რომ ექიმები ნაკლებად ფლობენ ინფორმაციას საკუთარი უფლებების, პროფესიული პასუხისმგებლობის სამართლებრივი რეგულირების, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის შესახებ, ხოლო უმეტესობა (90%) არ სარგებლობს ამ პროდუქტით. გამოკითხულ რესპოდენტთა ნახევარზე მეტს სურს აიმაღლოს ინფორმირებულობის დონე აღნიშნულ საკითხებთან მიმართებაში.

დასკვნა

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის განვითარება ძალზე მნიშვნელოვანია ისეთი განვითარებადი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. ეს ბიზნესი ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია და სადაზღვეო კულტურაც ახლა ვითარდება. ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ სამედიცინო პერსონალის მხრიდან პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის არცთუ დიდი სტიმული შეინიშნება, რაც მის არასათანადო პოპულარიზაციაზე მიგვანიშნებს. თუ დაინტერესება მოიმატებს, პროდუქტი მიმზიდველი გახდება სხვა კომპანიებისთვისაც და კონკურენციაც შესაბამისად,

გაიზრდება, ეს კი თავის მხრივ გამოიწვევს ექიმთა დაცვის მექანიზმის გაძლიერებას, რაც ქართული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია.

ანოტაცია

სტატიაში განხილულია ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის არსი და მნიშვნელობა, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის არსებული მდგომარეობა, წინააღმდეგობები და ბარიერები, ასევე, საქართველოში ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის განვითარების პერსპექტივები.

საკვანძო სიტყვები: საექიმო საქმიანობა, პროფესიული პასუხისმგებლობის რეგულირება, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა

Development of Physician's Professional Responsibility in Georgia: Barriers and Opportunity

**Xatia Giorgobiani, Nata kazakashvili, Nato Pitskhelauri, Lasha Loria, Nino Chikhladze
Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of medicine, Department of Public Health**

Abstract

In this article the aim and importance of the physician's professional responsibility insurance as well as current trends in insurance market are discussed. The study identifies barriers and opportunities of the future development of the professional responsibility insurance of physicians in Georgia.

ბიბლიოგრაფია:

1. საყვარელიძე, ფრიდონ. ადამიანის უფლებათა ლექსიკონი, თბილისი: დასი 1999წ.
2. თუმანიშვილი, გიორგი. პასუხისმგებლობა - <http://www.tabula.ge/ge/blog/71340-pasuxismgebloba> (11.07.2016).
3. M. Sage, "The Forgotten Third: Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis", Health Affairs, 2004.
4. Diederich Healthcare, "2015 Medical Malpractice Payout Analysis", 2015.
5. Katsuyuki Kinoshita, "Professional Liability Insurance Program of the Japan Medical Association", JMAJ, 2007.
6. ექიმების და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის პროგრამა, საქართველოს დაზღვეულ მედიკოსთა სააგენტო, 2014წ. <http://gima.ge/admin/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Offer%20Liability%20Insurance.pdf> (11.07.2016).
7. გეგელაშვილი, გიორგი. „პაციენტთა უსაფრთხოება“ - შუალედური ანგარიში, პაციენტთა უსაფრთხოების საქართველოს ალიანსი, თბილისი, 2012წ.
8. საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, (2001 წლის 8 ივნისი), თავი X, მუხლი 73/74 - <http://www.tma.edu.ge/files/files/kanonebi/1.pdf> (12.07.2016).
9. ჯავახიშვილი გივი, კიკნაძე გურამ, ქუთათელაძე ნაირა. (საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება) - „ადამიანის უფლებების საკითხებზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი რეგულაციებისა და ეთიკის ნორმების მიმოხილვა და ანალიზი“ - თბილისი, 2012წ.
10. საქართველოს კანონი - „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (1997 წლის 10 დეკემბერი), თავი მე-5-ე, მუხლი 38. „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის ეთიკური პრინციპები და ინტერესთა შეუთავსებლობა“ (1 7 . 1 2 . 2 0 1 0 . N 4 1 3 3 , ამოქმედდეს 2011 წლის 1 იანვრიდან).
11. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური, სტატისტიკა <http://www.insurance.gov.ge/Statistics.aspx> (12.07.2016).
12. ბარბაქაძე, სოფიკო. „ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა საქართველოში“, თბილისი, 2014წ.
13. 2007 წლის სადაზღვევო ბაზრის სტრუქტურა დაზღვევის სახეობების მიხედვით - <http://aaf.ge/index.php?menu=1&jurn=102&rubr=0&mas=643> (12.07.2016).

ახალგაზრდების ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტუდენტთა სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში

ნატა ყაზახაშვილი, თინათინ მანჯავიძე, ნატო ფიცხელაური, პაატა იმნაძე, ნინო ჩიხლაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი

შესავალი

ახალგაზრდები¹ წარმოადგენენ საზოგადოების სოციალურად და რეპროდუქციულად აქტიურ ჯგუფს, რომელზეც მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ნებისმიერი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება და მომავალი. ახალგაზრდობის ჯანმრთელობა მოსახლეობის კეთილდღეობის ფუნდამენტია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით ახალგაზრდობა არის ემოციური, ფიზიკური და ინტელექტუალური ცვლილებების სწრაფად განხორციელების პერიოდი, როგორც გარდამავალი პერიოდი ბავშვობიდან ზრდასრულობამდე. ახალგაზრდობა ასევე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ეტაპია ჯანმრთელობის განმტკიცებისა და ჯანსაღი ქცევების განვითარების ჭრილში. ამ პერიოდის განმავლობაში ადამიანები იძენენ უამრავ ახალ უნარებს, თავისებურებებს, აწყდებიან ცხოვრებისეულ პრობლემებს და იღებენ მნიშვნელოვან გადაწყვეტილებებს, რაც გავლენას ახდენს მათ ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, მათ სოციალურ განვითარებასა და საგანმანათლებლო და დასაქმებით შესაძლებლობებზე.[1] ახალგაზრდებს აქვთ განსხვავებული სამედიცინო მოთხოვნილებები, რის შესახებაც ზედმიწევნით ზუსტი ინფორმაცია საფუძვლად უნდა დაედოს პოლიტიკოსებისა და ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ ახალგაზრდების ჯანდაცვის პოლიტიკის ეფექტურ დაგეგმვას.[2]

ევროკავშირის ინიციატივის „ახალგაზრდები 2018 წელი“ ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტს ახალგაზრდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა წარმოადგენს. ანგარიშში ნათქვამია, რომ ახალგაზრდა ადამიანების კეთილდღეობისთვის აუცილებელია ფოკუსირება ისეთ საკითხებზე, როგორცაა ფსიქიკური და სქესობრივი ჯანმრთელობა, სპორტი, ფიზიკური აქტივობა, ჯანსაღი ცხოვრების წესი, დაზიანებებისა და ტრავმების პრევენცია, კვების დარღვევებისა და ნარკოტიკების მიღების პროფილაქტიკა.[3]

ბოლო პერიოდში ახალგაზრდების ჯანმრთელობას და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შესაძლებლობებს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მთელს მსოფლიოში, რაც იმიტომ განპირობებულია, 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.[4] მიუხედავად იმისა, რომ უმეტესად 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, ძალადობა, სტრესი. ყველა ეს ფაქტორი იმდენად მჭიდროდ უკავშირდება ჯანმრთელობის პრობლემების გაღრმავებას, რომ ხშირად დაავადების განვითარების მიზეზიც შეიძლება გახდეს. ახალგაზრდობის პერიოდში კი აღნიშნული ფაქტორები ყველაზე მეტად მოქმედებს ადამიანის ცხოვრების წესზე და ცვლის მის ჯანმრთელობას.

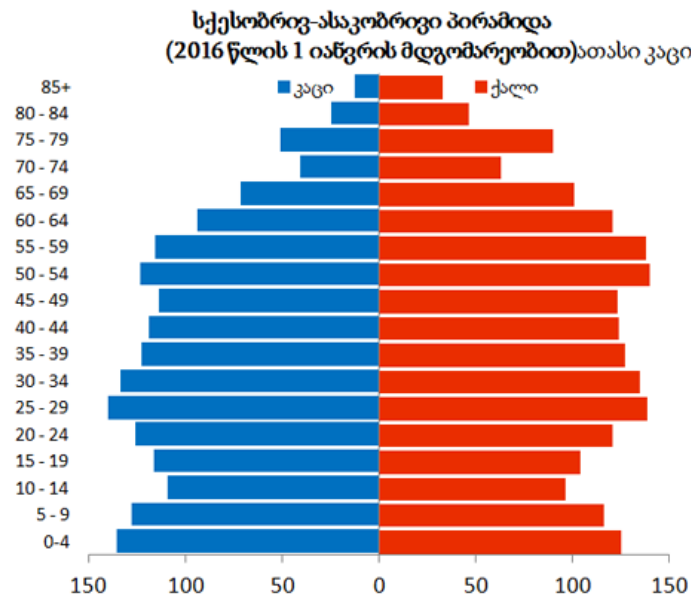
საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე გაეროს გენერალური ასამბლეის სპეციალურ სესიაზე აღიარებულ იქნა მოზარდთა და ახალგაზრდათა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ეროვნული სტრატეგიების და პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელების

¹ ევროკავშირის განსაზღვრებით „ახალგაზრდა ადამიანები“ 15-29 ასაკობრივი ჯგუფია. წყარო: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/youth/introduction>

აუცილებლობა შესაბამისი მიზნების და ინდიკატორების განსაზღვრით. ამ ასამბლეის ანგარიშის მიხედვით უპირატესად ყურადღება უნდა მიექცეს მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვას, მათი უფლებების დაცვას, სოციუმში სწორად ადაპტირებას და ა.შ. ჯანმრთელი ახალგაზრდა უკეთ ახერხებს საკუთარი შესაძლებლობების დემონსტრირებას, უნარჩვევების სრულყოფილად გამოყენებას. [5]

ჯანმოს რეკომენდაციის მიხედვით ახალგაზრდობის პერიოდში აუცილებელია შემცირდეს ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედი ფაქტორები და გაძლიერდეს ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ფაქტორთა ზემოქმედების შესაძლებლობა.

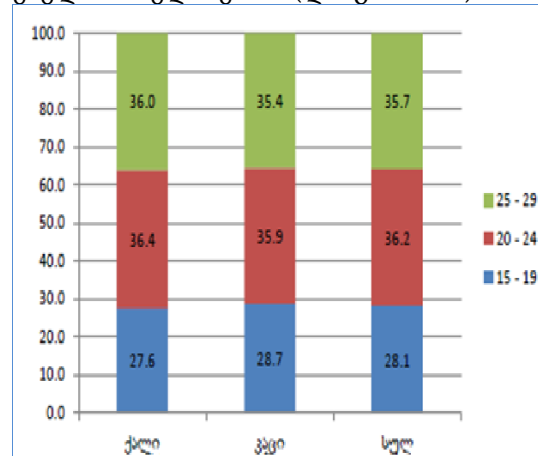
საქართველოს მოსახლეობის 1/5-ზე მეტს (22.5%) 15-29 წლის ახალგაზრდები წარმოადგენს (დიაგრამა №1). 20-24 (8.1%) და 25-29 (8.0%) წლის ასაკობრივი ჯგუფების ახალგაზრდების წილი მთლიან მოსახლეობაში თითქმის თანაბარია, ხოლო 15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ახალგაზრდების რაოდენობა შედარებით მცირეა (6,3%). [6.]



დიაგრამა №1. საქართველოს მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, 2016 წ.

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, http://geostat.ge/?action=page&p_id=472&lang=geo (3 მაისი, 2016წ).

საქართველოს ახალგაზრდების 28.1%-ს შეადგენს 15-19 წლის ახალგაზრდები, რაც შედარებით დაბალი მაჩვენებელია 20-24 და 25-29 ასაკობრივი ჯგუფების ანალოგიურ მაჩვენებელთან შედარებით (დიაგრამა №2).



დიაგრამა №2. ახალგაზრდა მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, 2014 წ. წყარო: „ახალგაზრდების ეროვნული კვლევა საქართველოში“, გეროს ბავშვთა ფონდი, 2014წ

საქართველოში ყოველწლიურად მატულობს სტუდენტთა რაოდენობა (ცხრილი №1). 2016 წლის იანვრის მონაცემებით საქართველოში სწავლობს 138 900 სტუდენტი, რაც მთელი მოსახლეობის 3.72%-ია. სტუდენტთა საერთო რაოდენობის დაახლოებით მეხუთედი თსუ-ს სტუდენტია.

ცხრილი №1. სტუდენტების რაოდენობა საქართველოში, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
მოსწავლეთა რიცხოვნობა ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში. ათასი	568.5	559.4	553.0	554.0	...
სტუდენტთა რიცხოვნობა უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში, ათასი	95.1	109.5	117.7	124.2	138.9
დოქტორანტების რაოდენობა, ერთეული	4266	3040	3213	3410	3765

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, http://geostat.ge/?action=page&p_id=205&lang=geo, (5 მაისი 2016წ).

საქართველოში ახალგაზრდების დიდ ნაწილს სტუდენტის სტატუსი აქვს, აქედან გამომდინარე სტუდენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ახალგაზრდების ჯანმრთელობის შენარჩუნების მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს.

დღეს საქართველოში მოქმედებს სტუდენტური დაზღვევა, რომელიც აკრედიტებულ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ჩარიცხულ ახალგაზრდებს ზოგიერთი სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას სთავაზობს. სტუდენტური ჯანმრთელობის დაზღვევა 2012 წლის პირველი სექტემბრიდან დაიწყო, თუმცა მას შემდეგ გარკვეული ცვლილებები განხორციელდა. კერძოდ, 2009 წლის მთავრობის №218 დადგენილების მიხედვით სტუდენტების დაზღვევას კერძო სადაზღვევო კომპანიები ტენდერის მეშვეობით ახორციელებდნენ ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონებში. ამ დადგენილების მიხედვით სახელმწიფომ დააზღვია სოციალურად დაუცველი, მზრუნველობა მოკლებული მოსახლეობა, სახალხო არტისტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და სტუდენტები. ეს იყო პირველი მცდელობა მომხდარიყო სტუდენტების, როგორც განსაკუთრებული სამედიცინო საჭიროებების მქონე ადამიანების დაზღვევა. ვითარება შეიცვალა 2014 წლიდან, რადგან 2013 წლის 31 დეკემბერს სადაზღვევო კომპანია „არქიმედეს გლობალ ჯორჯიამ“, რომელსაც თბილისელი სტუდენტების დაზღვევა ევალებოდა, თავი გაკოტრებულად გამოაცხადა. შესაბამისად, საჭირო გახდა სტუდენტების, ასევე პენსიონერების, 0-5წლის ბავშვების, სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი ადამიანების სამედიცინო მომსახურებაზე სხვა ორგანიზაციის დავალდებულება. ეს პასუხისმგებლობა დაეკისრა სოციალური მომსახურების სააგენტოს. უფრო კონკრეტულად, თბილისელი სტუდენტები 2014 წლის პირველი იანვრიდან მოხვდნენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, იგივე პირობებით, რითიც იყვნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულნი, თუმცა იმ განსხვავებით, რომ ადმინისტრირებას სოციალური მომსახურების სააგენტო გააკეთებდა. დღევანდელი მდგომარეობით მთელი ქვეყნის სტუდენტები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში არიან ჩართულნი და ერთნარი პირობებით სარგებლობენ. [7]

საქართველოს მთავრობის №165 დადგენილების მიხედვით, განისაზღვრა სტუდენტის სტატუსის მქონე პირი და ის სამედიცინო მომსახურება, რითაც სარგებლობს იგი. სტუდენტი - საქართველოს მოქალაქე, რომელიც „უმაღლესი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონითა და უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების წესდებით განსაზღვრული წესით ჩაირიცხა და სწავლობს ავტორიზებულ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ბაკალავრიატის, მაგისტრატურის და დიპლომირებული მედიკოსის/სტომატოლოგის, ქართულ ენაში მომზადების საგანმანათლებლო პროგრამის მე-4 და მე-5 საფეხურებზე და ის პირები, რომლებიც სწავლობენ პროფესიული უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამით, გარდა საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით (2014 წლის 1 აპრილამდე) და

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების დანართი 1 და მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისა.

აღნიშნული დადგენილების მიხედვით სამედიცინო დაზღვევის პირობები ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას:

სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო ტრანსპორტირება. საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია, კრიტიკული და გადაუდებელი მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვა.

ამბულატორიული მომსახურება. ოჯახის/სოფლის/უბნის ექიმის/ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები, დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მართვა, პალიატიური მზრუნველობა, საჭიროებისას ბინაზე მომსახურება. ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის/სოფლის/უბნის ექიმის დანიშნულებით. ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე ნებისმიერი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ეკგ, ექსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები (სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე). ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობების, დასკვნებისა და რეცეპტების გაცემა. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება.

გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მ.შ. ინფექციურ დაავადებებთან და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია. გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები, სადაზღვევო ლიმიტი 15 000 ლარი. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, სხივური თერაპია, გამოკვლევები და მედიკამენტები - წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. მშობიარობა-სადაზღვევო ლიმიტი 500 ლარი. სამედიცინო დაზღვევის პირობების შესაბამისად, არ ანაზღაურდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურებისათვის გაწეული ხარჯები:

- თერაპიული პროფილის გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება;
- სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;
- საზღვარგარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა;
- ესთეტიკური ქირურგია, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;
- სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;
- აივ-ინფექციის/შიდსის, ქრონიკული ჰეპატიტის სპეციფიკურ ანტივირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა ტერორისტულ ან კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის, ან არალეგალურად მოხმარებული ნარკოტიკული ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად;
- ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, აგრეთვე ეგზოპროთეზირების ხარჯები.

სტუდენტების ჯანმრთელობის დაცვისა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში აქტიურად ჩართულობის ხელშეწყობისთვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დოკუმენტს წარმოადგენს საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 2 აპრილის განკარგულება №553 „საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტის დამტკიცების შესახებ“, რომელშიც ხაზგასმულია ახალგაზრდობის, როგორც ასაკობრივი განვითარების პერიოდის მნიშვნელობა და ახალგაზრდა ადამიანებისთვის საკუთარი როლის ადექვატურად წარმოჩენის ხელშეწყობის აუცილებლობა. ამ დოკუმენტის მიღებამდე საქართველოს სახელმწიფოს ახალგაზრდულ პოლიტიკას არეგულირებდა 2012 წლის 17 აგვისტოს №1608 განკარგულება, რომლის მიხედვით, „ახალგაზრდა“ განისაზღვრებოდა, როგორც 14-25

წლის პირი, ხოლო „მოზარდი“ 12-19 წლის პირი. დღეისათვის საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 28 მარტის დადგენილებით დამტკიცებულია საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის განახლებული დოკუმენტი, რომელშიც ცნება „ახალგაზრდა“ ჩამოყალიბდა ევროკავშირის დეფინიციის შესაბამისად და მოიცავს 15-29 წლის ასაკის პირებს. იგი არეგულირებს ახალგაზრდების განვითარებასთან დაკავშირებულ საკითხთა ფართო სპექტრს, სახელმწიფო სტრუქტურების, ახალგაზრდების, სამოქალაქო საზოგადოების, კერძო სექტორისა და საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციების ერთობლივი ძალისხმევით, ითვალისწინებს რა ევროპულ და საერთაშორისო დონეზე არსებულ საუკეთესო გამოცდილებას. პრეამბულაში აღნიშნულია, რომ „ახალგაზრდული პოლიტიკა წარმოადგენს კონცეპტუალურ დოკუმენტს და ის საფუძვლად უნდა დაედოს მთავრობის მიერ ახალგაზრდობასთან დაკავშირებით განხორციელებულ ქმედებებს“.

ახალგაზრდული პოლიტიკის ოთხი მთავარი მიზნიდან, რომელმაც ხელი უნდა შეუწყოს ახალგაზრდების სრულფასოვანი განვითარებისთვის შესაბამისი გარემოს შექმენას, ერთ-ერთია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვისა და სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილ გარემოში. ამ დოკუმენტის მიხედვით სპეციალური საჭიროების მქონე ახალგაზრდები, რომელთათვისაც ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები/პროცესები განსაკუთრებულად უნდა დაიგეგმოს, არიან:

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდები;
- ახალგაზრდები, რომლებიც არ დადიან სკოლაში;
- არასრულწლოვანი ორსულები/მშობლები;
- ქუჩაში მცხოვრები და/ან ქუჩაში მომუშავე ახალგაზრდები;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ახალგაზრდები;
- სახელმწიფო ზრუნვაში მყოფი და სახელმწიფო ზრუნვიდან გამოსული ახალგაზრდები;
- მძიმე და განუკურნებელი დაავადებების მქონე ახალგაზრდები;
- ტრევიკინგის მსხვერპლი ახალგაზრდები;
- ფსიქოტრაუმატი და ნარკოტიკული ნივთიერებების უკანონოდ მოხმარებელი ახალგაზრდები;
- თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მოხმარებელი ახალგაზრდები;
- კანონთან კონფლიქტში მყოფი ახალგაზრდები;
- ყოფილი მსჯავრდებულები;
- ძალადობის მსხვერპლი ახალგაზრდები;
- ახალგაზრდები იძულებით გადაადგილებულ პირთა ოჯახებიდან;
- საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებზე მცხოვრები ახალგაზრდები;
- მაღალმთიან რეგიონებში მცხოვრები ახალგაზრდები.[8]

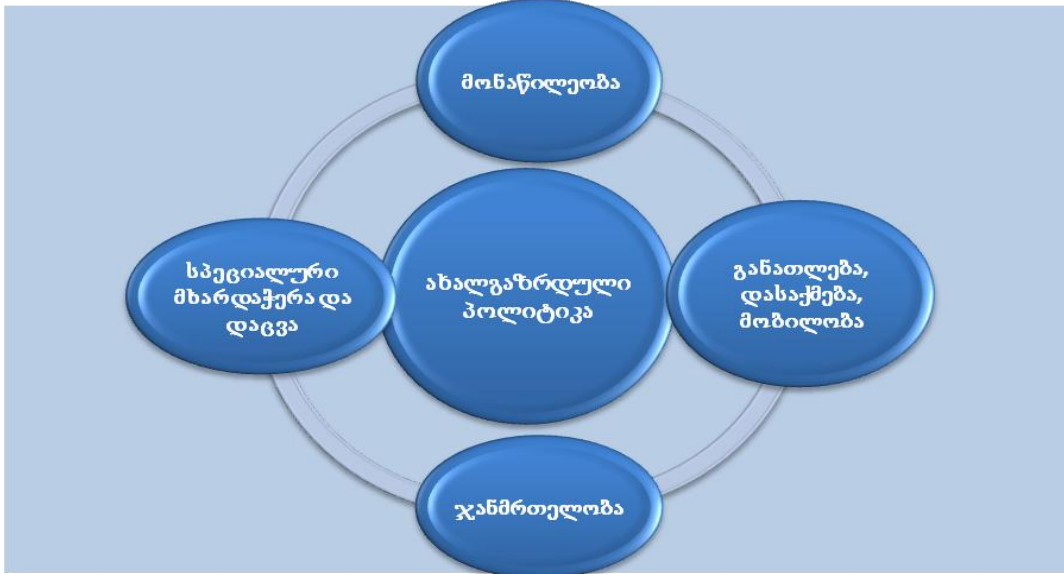
ახალგაზრდული პოლიტიკის პრიორიტეტების განსახორციელებლად სახელმწიფო უზრუნველყოფს შესაბამის ვადებში განსაზღვრული სამოქმედო გეგმის შემუშავებას, განხორციელებასა და შეფასებას ოთხი სტრატეგიული მიმართულებით, რომელთა შორის ერთ-ერთი სწორედ ჯანმრთელობაა (დიაგრამა N°3).

ახალგაზრდული პოლიტიკა წარმოადგენს კონცეპტუალურ დოკუმენტს, რომელიც საფუძვლად უნდა დაედოს მთავრობის მიერ ახალგაზრდებთან დაკავშირებით განხორციელებულ ქმედებებს. მან ხელი უნდა შეუწყოს ახალგაზრდების სრულფასოვანი განვითარებისთვის შესაბამისი გარემოს შექმენას, სადაც ისინი საკუთარი პოტენციალის სრულად რეალიზებას და საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში აქტიურ ჩართულობას შეძლებენ.[9]

ამ მიზნის მისაღწევად ახალგაზრდული პოლიტიკა უზრუნველყოფს:

- საზოგადოებრივ, ეკონომიკურ, კულტურულ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში ახალგაზრდების აქტიური ჩართვის შესაძლებლობას;
- ახალგაზრდებისთვის შესაბამისი და მაღალხარისხიანი განათლების მიღების, დასაქმებისა და პროფესიული ზრდის შესაძლებლობას;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვასა და სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის, ხარისხის გაუმჯობესებას ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილ გარემოში;

- სამოქალაქო უფლებებისა და ვალდებულებების შესახებ ახალგაზრდების ცოდნის ამაღლებას, ახალგაზრდებისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას, მათი უფლებების დაცვას და სპეციალური საჭიროებების მქონე ახალგაზრდების მხარდაჭერას.



დიაგრამა №3. ახალგაზრდული პოლიტიკის პრიორიტეტები
 წყარო: საქართველოს მთავრობის განკარგულება №553, 2014 წლის 2 აპრილი, „საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტის დამტკიცების შესახებ“.

ჯანმრთელობის საკითხთან მიმართებაში დოკუმენტში ნათქვამია, რომ აუცილებელია ახალგაზრდები ფლობდნენ საკმარის ინფორმაციას ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ, აცნობიერებდნენ მის მნიშვნელობას და სარგებლობდნენ პრევენციული სერვისებით. საქართველოს მთავრობის მიზანს ახალგაზრდებს შორის ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვა წარმოადგენს.

საქართველოს მთავრობის ამოცანები ახალგაზრდებთან მიმართებაში არის:

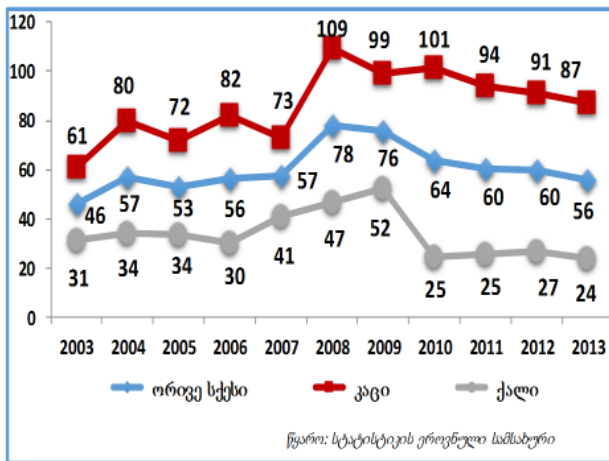
- ხელი შეუწყოს ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ ახალგაზრდების ინფორმირებულობისა და განათლების დონის გაზრდას;
- უზრუნველყოს ახალგაზრდებისთვის (მათ შორის, სპეციალური საჭიროების მქონე ახალგაზრდებისთვის) პრევენციული სერვისების შექმნას, განვითარებას და მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას;
- ხელი შეუწყოს დასვენების და გართობის ადგილებში და დაწესებულებებში ახალგაზრდებისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას;
- დაეხმაროს ახალგაზრდებს თავისუფალი დროის სწორად ორგანიზებაში და შესაბამისად, მხარი დაუჭიროს ახალგაზრდების დასვენებასა და გართობაზე მიმართულ პროგრამებს, რომლებშიც ინტეგრირებული იქნება ფიზიკური აქტივობა და რეკრეაციული და საგანმანათლებლო ღონისძიებები;
- იზრუნოს ახალგაზრდების სპორტულ აქტივობებში ჩაბმაზე, რისთვისაც ხელს შეუწყობს სპორტული ინფრასტრუქტურის გაფართოებას, გაუმჯობესებასა და ადაპტირებას;
- ხელი შეუწყოს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაციას სპორტული აქტივობების, მასობრივი კამპანიებისა და სხვა ღონისძიებების მეშვეობით;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობი მარეგულირებელი მექანიზმების გაძლიერების მიზნით, მოახდინოს მოქმედი საკანონმდებლო ბაზის გადასინჯვა და შესაბამისი ცვლილების ინიცირება.

აღსანიშნავია, რომ დოკუმენტში განსაკუთრებული ყურადღებაა გამახვილებული სქესობრივ და რეპროდუქციულ და ასევე ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC), გაეროს ბავშვთა ფონდისა (UNICEF) და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ტექნიკური მხარდაჭერით 2014 წელს

ჩატარდა ახალგაზრდების ეროვნული კვლევა და მომზადდა ანგარიში, რომელიც შეეხებოდა საქართველოში ახალგაზრდების მდგომარეობასა და საჭიროებებს. აღნიშნული კვლევის ხუთი არსებითი თემატური ნაწილიდან ერთ-ერთი ჯანდაცვა იყო, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს ახალგაზრდებისთვის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე ზრუნვის აუცილებლობაზე. კვლევაში ნათქვამია, რომ ახალგაზრდებისთვის საჭიროა ინფორმაციის მიწოდება და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრევენციულ მომსახურებებზე, რაც მოიცავს აივ/შიდსის (HIV/AIDS) საკითხებსა და არასასურველ ორსულობას.[10]

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მომზადებულ ანგარიშში „მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში“ (2015 წელი) ნათქვამია, რომ ახალგაზრდების ავადობის და სიკვდილიანობის მიზეზთა უმეტესობა ძირითადად პრევენტაბელურია. ჯანმოს უახლესი მონაცემებით ახალგაზრდების სიკვდილიანობის მიზეზებია: საგზაო ტრავმატიზმი, აივ ინფექცია, თვითმკვლელობა, ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციები და ძალადობა. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის უკანასკნელი მონაცემებით, 2013 წელს გაგრძელდა მოზარდთა და ახალგაზრდების სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება ორივე სქესობრივ ჯგუფში (დიაგრამა№4).



დიაგრამა№4. 15-24 წლის მოზარდთა და ახალგაზრდების სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 100 000 მოსახლეზე, საქართველო, 2013 წელი.

წყარო: „მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში“, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014წ.

მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდობისა და ახალგაზრდობის პერიოდი ცხოვრების ჯანსაღ პერიოდს მიეკუთვნება რამდენიმე მნიშვნელოვანი დაავადება თუ ჯანმრთელობის პრობლემა/მდგომარეობა სწორედ ამ წლების განმავლობაში იქნება. ეს პრობლემები შეიძლება შემდეგ ჯგუფებად დაიყოს:

- ნაადრევი და დაუგეგმავი ორსულობა
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები
- აივ ინფექცია
- ფსიქიკური პრობლემები
- ავტო-საგზაო შემთხვევები
- ძალადობა/თვითმკვლელობა
- წამალდამოკიდებულება
- თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება
- კვება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებებით, 2012 წელს მსოფლიოში 1,3 მილიონი მოზარდი გარდაიცვალა, მათ შორის 2/3-პრევენტაბელური მიზეზებით. შემთხვევათა 97% დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში დაფიქსირდა. [11]

დასკვნა

მიგვაჩნია, რომ უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების მიერ ასევე უნდა იქნას შემუშავებული და განხორციელებული სტუდენტთა ჯანმრთელობის პოლიტიკა. სტუდენტთა ჯანმრთელობის სფეროში საგანმანათლებლო დაწესებულებებსა და სამთავრობო, არასამთავრობო, საერთაშორისო ორგანიზაციებს შორის უნდა არსებობდეს აქტიური თანამშრომლობა, რაც ხელს შეუწყობს საქართველოში ახალგაზრდებში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვას, ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ ახალგაზრდების ინფორმირებულობისა და განათლების დონის ამაღლებას, დაავადებათა პრევენციას და ჯანმრთელობის შენარჩუნებას.

ანოტაცია

სტატიაში განხილულია ახალგაზრდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საკითხები საერთაშორისო ორგანიზაციების პროგრამების და ახალგაზრდობის ეროვნული პოლიტიკის კრილში, სახელმწიფო მიდგომები სტუდენტური ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებისა და ახალგაზრდული პოლიტიკის შესახებ. ახალგაზრდების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების საკითხებზე მათი ინფორმირებულობის დონის ამაღლების პროცესში ეფექტურ რგოლად შეიძლება იქნას განხილული სტუდენტთა ჯანმრთელობის პოლიტიკა, რაც უნდა განხორციელდეს უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების დონეზე სამთავრობო, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან აქტიური თანამშრომლობით.

საკვანძო სიტყვები: ახალგაზრდების ჯანმრთელობა, ჯანდაცვის პოლიტიკა, ჯანმრთელობაზე უფლება, სტუდენტური დაზღვევა.

Youth HealthCare Policy and Student Health Insurance in Georgia

Nata kazakashvili, Tinatin Manjavidze, Nato Pitskhelauri, Paata Imnadze, Nino Chikhladze Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of medicine, Department of Public Health

Abstract

Issues regarding the adolescents' health and health promotion in dimension of the international organizations programs and Youth National Policy are discussed, as well as student's health insurance State Programs are described in the article. Higher Educational Institutions should collaborate with governmental, non-governmental and international organizations in order to improve young people's health and enhance students awareness regarding the health and youth medical services issues.

ბიბლიოგრაფია:

1. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/youth/introduction>
2. Young People's Health Care: A National Imperative, NIHCM-National Institute For Health Care Management, 2006.
3. Young people, health and youth policy, John Coleman and Ann Hagell, 2015.p.19
4. მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში 2015წ.- NCDC.p.4
5. Improving young people's health and wellbeing-A framework for public health-Public Health England, 2014.p.7
6. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
7. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N218, 2009წ. 9 დეკემბერი.
8. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N165, 2012წ, 7 მაისი.
9. საქართველოს მთავრობის განკარგულება №553, 2014 წლის 2აპრილი, საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტის დამტკიცების შესახებ.
10. ახალგაზრდების ეროვნული კვლევა საქართველოში- UNICEF, 2014.p.8
11. Being young in Europe today, Young People migration and socioeconomic situation- Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat>

მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულება ევთანაზიის მიმართ

მარიამ მამულაშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებთა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტი

თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

ევთანაზია გულისხმობს ქმედებას, რომელიც ნებას აძლევს ადამიანს უმტკივნეულოდ მოკვდეს, რათა გათავისუფლდეს ტანჯვისგან. უმეტეს ქვეყნებში ადამიანის სიცოცხლის ხელყოფა, მიუხედავად მისი თანხმობისა, დანაშაულად არის მიჩნეული.

ევთანაზია ბერძნული წარმოშობის სიტყვაა (“უ“-კარგი, “ტჰანატოს“-სიკვდილი) და “მშვიდ, ბედნიერ და უშფოთველ” სიკვიდლს ნიშნავს. ევთანაზია უკურნებელი სენით დაავადებული და ტკივილებისაგან გატანჯული ადამიანის უმტკივნეულოდ მოკვდინებაა, რაც მიიღწევა მედპერსონალის, ან სხვა პირების მიერ სხვადასხვა ქმედებებით (მაგ: ნარკოტიკების მაღალი დოზის ინექციით, ხელოვნური სუნთქვის აპარატის გამორთვით კვების წყაროდან და ა.შ.) ან უმოქმედობით (დაავადების მიმდინარეობაში ჩაურევლობა).

ევთანაზიის უფლება დღეს მსოფლიო დისკუსიის საგანია, ვინაიდან ის ერთ-ერთი ყველაზე საკამათო სამედიცინო, რელიგიური, პოლიტიკური თუ ეთიკური ხასიათის საკითხია. მსოფლიოში ევთანაზიასთან მიმართებით არსებობს სამი მიდგომა: პირელი მიდგომა მოქმედებს ქვეყნებში, რომლებიც ევთანაზიას ჩვეულებრივ მკვლელობად აფასებენ (ინგლისი, საფრანგეთი და რუსეთი); მეორე ჯგუფი ქვეყნებისა ევთანაზიისთვის მსუბუქ სასჯელს აწესებენ (გერმანია, ავსტრია); მესამე ჯგუფის ქვეყნებში მოახდინეს ევთანაზიის დეკრიმინალიზაცია (პერუ, ურუგვაი, ჰოლანდია, სკანდინავიის ქვეყნები, შვეიცარია, ორეგონისა და ვაშინგტონის შტატები).

ევთანაზიასთან მიმართებით, ერთ მხრივ, არსებობს პიროვნების თავისუფლება, ავტონომია, პირადი ცხოვრების განკარგვის უფლება, წამების აკრძალვა, ხოლო მეორე მხრივ კი - სოცოცხლის უფლება, რომელიც მიჩნეულია ადამიანის სხვა უფლებების უზრუნველყოფის წინაპირობად.

შვეიცარია წარმოადგენს ერთ-ერთ იმ სახელმწიფოთაგანს, სადაც ევთანაზია კანონიერ ქმედებას წარმოადგენს და არ იწვევს სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობას. აღნიშნული მიზეზის გამო, შვეიცარიაში მრავალი ქვეყნიდან ჩადიან ევთანაზიის განხორციელების მსურველები, რამაც საკმაოდ გაზარდა იმ კერძო კლინიკების ფინანსური შემოსავალი, რომლებიც ევთანაზიას ახორციელებენ. შედეგად, ევთანაზიის განხორციელება შვეიცარიაში გარკვეულ ბიზნესად იქცა. შვეიცარიის ფედერალური საბჭო გამოვიდა ევთანაზიის მარეგულირებელი კანონმდებლობის გამკაცრების ინიციატივით. ცვლილებები მიზნად ისახავს თავიდან აიცილოს ევთანაზიის მოგებაზე ორიენტირებულ ბიზნესად გარდაქმნა და იმის უზრუნველყოფა, რომ აღნიშნული ღონისძიება ხელმისაწვდომი იქნება მხოლოდ განუკურნებელი სენით დაავადებული პირებისათვის. შვეიცარიის მთავრობის აზრით, მსგავსი შეზღუდვების დაწესება მათ თავიდან ააცილებს პრაქტიკის ბოროტად გამოყენებას და ასევე შეამცირებს ”თვითმკვლელი ტურისტების” რიცხვს ქვეყანაში.

საქართველოს კანონმდებლობით ევთანაზია დასჯადი ქმედებაა. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 110-ე მუხლის თანახმად, „მკვლელობა მსხვერპლის დაჟინებული თხოვნით და მისი ნამდვილი ნების შესაბამისად, ჩადენილი მომაკვდავის ძლიერი ფიზიკური

ტკივილებისაგან გათავისუფლების მიზნით, ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან ხუთ წლამდე.“

ამ დანაშაულის ობიექტური მხარე გამოიხატება მომაკვდავი პაციენტის დაჟინებული თხოვნითა და მისი ნამდვილი ნების შესაბამისად, პირის მიერ პაციენტის მკვლელობაში. მკვლელობის მიზანი კი, ამ შემთხვევაში არის პაციენტის ძლიერი ტკივილებისაგან გათავისუფლება. მოტივი აღნიშნული დანაშაულისა არის სიბრაღის გრძობა, რომელიც დამნაშავეს აქვს მსხვერპლის მიმართ. აღნიშნული დანაშაული მატერიალური შემადგენლობისაა და დამთავრებულად ითვლება მსხვერპლის თხოვნით მკვლელობის მომენტიდან. ამ დანაშაულის სუბიექტური მხარე გამოიხატება პირდაპირ განზრახვაში. ანუ, ამ შემთხვევაში, პირს შეგნებული აქვს, რომ ჩადის მკვლელობას, თუმცა, ეს ნაკარნახევია მომაკვდავი პაციენტის დაჟინებული თხოვნით და, აღნიშნული ქმედების მიზანია ავადმყოფის გათავისუფლება ძლიერი ფიზიკური ტკივილებისგან. ამ დანაშაულის სუბიექტი შეიძლება იყოს როგორც დანაშაულის საერთო სუბიექტი, ასევე, სპეციალური სუბიექტი, მაგალითად, მკურნალი ექიმი.

საქართველოს პარლამენტმა 2000 წლის 5 მაისს, მიიღო კანონი „პაციენტის უფლების შესახებ“. აღნიშნული კანონის 24-ე მუხლის თანახმად, „საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ, თუ მითითებული გარემოებები გამოიწვევს: ა) უკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით; ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას.“ ანუ, ამ კანონის მიხედვით, ცალკეულ შემთხვევებში, ექიმს აქვს უფლება, პაციენტის ნამდვილი ნების შესაბამისად, გამოურთოს მას სასუნთქი აპარატი, შეუწყვიტოს უშედეგო მკურნალობა და განახორციელოს სხვა ისეთი ქმედება, რომელიც საბოლოოდ, პაციენტის სიკვდილს გამოიწვევს.

აღნიშნული ნორმა და საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 110-ე მუხლი შინაარსობრივად ეწინააღმდეგება ერთმანეთს. სისხლის სამართლის კოდექსი იმპერატიულად სჯის მკვლელობას მსხვერპლის თხოვნით და მნიშვნელობას არ ანიჭებს იმ გარემოებებს, რა გარემოებების არსებობის დროსაც ხდება მკვლელობა. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის ზემოთ აღნიშნული ნორმა კი, ცალკეული პირობების არსებობის შემთხვევაში, უშვებს მკვლელობას მსხვერპლის თხოვნით. ანუ, სახეზეა ნორმატიულ აქტებს შორის კოლიზია. ნორმატიული აქტების შესახებ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის მე-8 პუნქტის მიხედვით კი, „თანაბარი იურიდიული ძალის მქონე ნორმატიულ აქტებს შორის წინააღმდეგობის არსებობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება უფრო გვიან მიღებულ (გამოცემულ) ნორმატიულ აქტს.“ ვინაიდან, ჩვენს შემთხვევაში, უფრო გვიან არის მიღებული „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონი, იმოქმედებს ეს უკანასკნელი. იგი შეიძლება გავრცელდეს:

- მხოლოდ საქართველოს მოქალაქეზე;
- პირზე, რომელიც დაავადებულია განუკურნებელი სენით;
- პირზე, რომელსაც ისეთი დაავადება სჭირს, რომელიც გამოიწვევს მის ინვალიდობას.

დაცული უნდა იყოს ნების გამოვლენის ფორმა და განსაზღვრული უნდა იყოს ნების განმახორციელებელი პირები, კერძოდ:

- პირმა ნება საღ გონებაზე ყოფნის დროს უნდა გამოხატოს.
- ნების აღმსრულებელი შეიძლება იყოს მხოლოდ სპეციალური სუბიექტი – ექიმი.

სასამართლოს გადაწყვეტილებიდან გამომდინარე შეიძლება ითქვას, რომ წევრი სახელმწიფოები, რომლებიც უშვებენ აქტიურ ევთანაზიას ეწინააღმდეგებიან და არღვევენ კონვენციის მე-2 მუხლს. მაგრამ საქმე იმაშია, რომ სტრასბურგის სასამართლომ დააფიქსირა, რომ აქტიური ევთანაზიის ლეგალიზების საკითხი განეკუთვნება წევრ სახელმწიფოთა დისკრეციულ უფლებამოსილებას. ამით სასამართლომ ღიად დატოვა საკითხი, რათა თავიდან აეცილებინა ურთიერთდაპირისპირება ეროვნულ კანონმდებლობასა და საერთაშორისო პრინციპებს შორის.

საკვლევი პრობლემაა მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებების შესწავლა ევთანაზიის მიმართ.

კვლევის მიზანია ევთანაზიის მიმართ მართლმადიდებელი მრევლის და სასულიერო პირების დამოკიდებულებების შესწავლა.

კვლევის ამოცანებია:

- რესპონდენტთა ინფორმირებულობის გაგება, კერძოდ, რა ინფორმაციას ფლობენ ევთანაზიის შესახებ (სოციალურ-კულტურულ, საკანონმდებლო და სამედიცინო სფეროს კუთხით)?
- სმენიათ თუ არა ევთანაზიის შემთხვევების შესახებ ქვეყნის შიგნით?
- რა დამოკიდებულებები აქვთ მათ ევთანაზიის მიმართ და როგორ განიხილავენ ისინი ევთანაზიის პრაქტიკებს რელიგიურ ჭრილში?
- რა არის მათთვის საუკეთესო გამოსავალი, რჩევები (პაციენტს, ექიმებს, ოჯახის წევრებს, საზოგადოებას)?

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა გამოკითხვა ნახევრად-სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით, როგორც პირისპირი ინტერვიუთი, ასევე, ონლაინ-კითხვარის დახმარებით. ვფიქრობთ, ეს მეთოდი მოგვცემს საშუალებას მოკლე დროში გამოვიკითხოთ ჩვენთვის სასურველი რესპონდენტები. კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა მიზნობრივი შერჩევა.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ექსპერტთა, კერძოდ, მართლმადიდებლური ეკლესიის სასულიერო პირების გამოკითხვა. ექსპერტთა გამოკითხვის დროს გამოვიყენეთ თოვლის გუნდის მეთოდი. რესპონდენტები შეირჩევიან რეკომენდაციის საფუძველზე.

კვლევის ეთიკის პრინციპების დაცვის მიზნით, კითხვარში მითითებულია კვლევის მიზანი (ვინ ატარებს, რატომ ტარდება). რესპონდენტები გაეცნენ თავიანთ უფლებებს (მათ შეუძლიათ სურვილისამებრ შეწყვიტონ კითხვარის შევსება), გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად, კითხვები შედგენილ იყო მარტივ და გასაგებ ენაზე, დაცულია მონაცემების კონფიდენციალურობის პრინციპი, სურვილის შეთხვევაში მათ უფლება ეძლევათ გადახედონ მათ მიერ შევსებულ კითხვარს,

კვლევის შეზღუდვად შეიძლება ჩაითვალოს გამოკითხული პოპულაციის სიმცირე (არსებული საგნის ფარგლებიდან გამომდინარე) და კვლევის შედეგების რეპრეზენტატულობის მცირე ალბათობა.

შედეგები

კვლევაში 50 რესპონდენტმა მიიღო მონაწილეობა. აქედან 40 გამოიკითხა ონლაინ კითხვარის საშუალებით, ხოლო 10 - ანკეტირების მეთოდით.

რესპოდენტები წარმოადგენდნენ მართმადიდებელი ეკლესიის მრევლს. გამოკითხული რესპოდენტებიდან ქალი შეადგენდა 80%-ს (n=40), ხოლო კაცი 20%-ს (n=20). 18-25 წლამდე რესპოდენტები შეადგენდნენ 40%-ს (n=20), 26-34 წლამდე -28%-ს (n=14), 35-40 წლამდე - 12%-ს (n=6), 41-50წლამდე - 10%-ს (n=5), 51-60 წლამდე - 10%-ს (n=5). 60 წლის ასაკის ზემოთ მყოფი რესპოდენტი არ გამოკითხულა.

რესპოდენტთა 81%-ს ჰქონდა ინფორმაცია ევთანაზიის შესახებ, ხოლო 19%-ს არ ჰქონდა.

ღია კითხვაზე, რომელიც რესპოდენტებს თხოვდა საკუთარი სიტყვებით ევთანაზიის აღწერას, სხვადასხვა პასუხი დაფიქსირდა. ზოგიერთის მიხედვით, ევთანაზია უმტკივნეულო სიკვდილია: „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანის უმტკივნეულოდ სიკვდილი“. ზოგიერთი კი მსგავსი განმარტებისას ამატებს პაციენტის ნებაყოფლობით სურვილს: „ტკივილისგან დატანჯული ადამიანის მოკვდინების აქტი, თავისივე სურვილიდან გამომდინარე“. ზოგიერთი კი პაციენტის მოთხოვნასთან ერთად ასახელებს ოჯახის ნებართვას. ერთი რესპოდენტის მიხედვით, ევთანაზია არის: „თვითმკვლელობის უფლების მიღება“, ან სხვანაირად „კანონიერი თვითმკვლელობა, რომელსაც პირი თვითონვე ითხოვს გაუსაძლისი ფიზიკური ტკივილის ან სხვა გარემოების გამო.“ თუმცა, დომინანტურია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ევთანაზია არის: „თანხმობა სიცოცხლის შეწყვეტაზე ავადმყოფობის დროს, როცა გამოსავალი არ არსებობს და შეუძლებელია განკურნება.“ ან „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანი საკუთარი ნებით გადაწყვეტს, რომ სიცოცხლე დაასრულოს უმტკივნეულოდ“.

რესპოდენტებს უნდა გამოეხატათ თავიანთი დამოკიდებულება ევთანაზიის მიმართ, რისთვისაც გამოყენებული იყო შეფასების 5 ქულიანი სკალა (1 ნიშნავს სრულიად არ ეთანხმებით, ხოლო 5 - სავსებით ეთანხმებით). სრულიად არ ეთანხმება 6 რესპოდენტი (12%); არ ეთანხმება ევთანაზიას 6 რესპოდენტი (12%); ნეიტრალური პასუხი დააფიქსირა 15 რესპოდენტმა (30%); 15 რესპოდენტი (30%) ეთანხმება, ხოლო 8 რესპოდენტი (16%) სავსებით ეთანხმება ევთანაზიის ქმედებას.

შემდეგ კითხვაზე, თუ რა არის მათი დამოკიდებულების მიზეზი, საკმაოდ მრავალფეროვანი და არგუმენტირებული პასუხები გამოვლინდა. ისინი, ვინც სრულიად არ ეთანხმებიან, ძირითადად რელიგიურ ფაქტორს იშველიებენ:

“სიცოცხლე, ჩემი აზრით, უფლის საჩუქარია და არავის არ აქვს მისი ხელყოფის უფლება (მათ შორის, არც ჩვენ გვაქვს საკუთარი სიკვდილის დაჩქარების უფლება) თვითონ უფლის გარდა. მხოლოდ უზენაესს აქვს უფლება წაგვართვას იგი, როცა ამის დრო მოვა. ევთანაზიის შემთხვევაში პაციენტი, მართალია, თავისუფლდება ტანჯვისგან და ტკივილისგან, რაც ნამდვილად რთულად გადასატანია, მაგრამ ვფიქრობ, მისი ქმედება ამ დროს სუიციდს უტოლდება, რაც როგორც რელიგიური ისე მორალური კუთხით დიდ დანაშაულად ითვლება. შესაბამისად, ვფიქრობ, რომ ევთანაზია მართლმადიდებლური მრევლისთვის განსაკუთრებით მიუღებელი ქმედებაა.“

„ვფიქრობ, რომ სიცოცხლე უფლის საჩუქარია და ჩვენი გარდაცვალებაც მისივე ნებაა. არც ერთ ადამიანს აქვს უფლება „შეეხოს“ სხვის სიცოცხლეს.“

ვინც ევთანაზიას არ ეთანხმება, ამბობს რომ: „არ ვეთანხმები ევთანაზიას, რადგან არავის აქვს უფლება მოუსწრაფოს სიცოცხლე სხვა ადამიანს (თუმცა, არსებობს გამონაკლისებიც, როცა ადამიანის მდგომარეობა უიმედოა და სხვა გზა არ არსებობს მისი ტკივილებისგან გასათავისუფლებლად).“

ნეიტრალურად განწყობილთა აზრით, მათი ასეთი დამოკიდებულების მიზეზია: „ნეიტრალურად ვარ განწყობილი, თან ვეთანხმები და თან არ ვეთანხმები ბოლომდე. უფრო ინდივიდუალურ სიტუაციებზე დამოკიდებული ევთანაზიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება, თუ ადამიანის ტკივილი გაუსაძლისია და სიკვდილი გარდაუვალია, სჯობს უმტკივნეულოდ

გარდაიცვალოს და აღარ იყოს ხანგრძლივი გაუსაძლისი ტანჯვა და ტკივილი, რადგან ყველას ურჩევნია, უმტკივნეულოდ და მშვიდად მოკვდეს, ვიდრე ტკივილით და ტანჯვით. ბოლომდე მისაღები იმიტომ არ არის, რომ ჩემთვის, როგორც მართლმადიდებელი ქრისტიანისთვის მაინც უჩვეულოა ჩავერიოთ ამ ამბავში და ხელოვნურად გამოვიწვიოთ სხვა ადამიანის სიკვდილი უფრო ადრე, ვიდრე ეს ბუნებრივად მოხდებოდა. ცოტათი მიუღებელია დავაჩქაროთ სხვისი სიკვდილი. ეს საკითხი მომაკვდავმა ადამიანმა უნდა გადაწყვიტოს.“

„მართლმადიდებლობიდან გამომდინარე ეს საქციელი მიუღებელია ჩემთვის. მაგრამ მათთვის ვინც ამას ითხოვს ეს შეიძლება შევლაც კი იყოს. ასე რომ არც სრულიად არ ვეთანხმები და არც სრულიად ვეთანხმები.“

ისინი ვინც, უბრალოდ ეთანხმებიან, მათი აზრი ასეთია: “როცა ადამიანი გაუსაძლისი ტკივილებით იტანჯება და კარგად აქვს გააზრებული რას აკეთებს, უფლება აქვს უმტკივნეულოდ სიკვდილი აირჩიოს, თუმცა შეიძლება ისეც მოხდეს, რომ გარკვეული დოზით ტკივილის შემცირება მოხერხდეს კიდევ დროთა განმავლობაში, ამიტომ ამ გადაწყვეტილების მიღებამდე ბევრი დაფიქრება და ალტერნატივების მოსინჯვაა საჭირო.“

რეპონდენტთა ის ნაწილი, რომელიც სავსებით ეთანხმება ევთანაზიას, მათი დამოკიდებულების მიზეზი შემდეგნაირია: „ამ დროს ადამიანი ავადმყოფობის უკანასკნელ სტადიაზეა, ტკივილები აუტანელია და თავს ზედმეტად, უფუნქციოდ გრძნობს და მისთვის ასეთი ცხოვრება შეუძლებელია. რამდენადაც მტკივნეული არ უნდა იყოს ეს სურვილი ახლობლებისთვის, ის ინდივიდუალურია და ვფიქრობ პატივი უნდა ვსცეთ მის გადაწყვეტილებას.“

„ტანჯვისგან თავის არიდება ადამიანის უფლებაა.“

„ყველას აქვს არჩევანის უფლება.“

იყო შემთხვევა, როცა გაუჭირდათ მიზეზის ახსნა და თავისი პოზიციის დაფიქსირება.

მომდევნო კითხვაზე: სმენიათ თუ არა ევთანაზიის შემთხვევებზე საქართველოში, პასუხები შემდეგნაირად განაწილდა: რესპონდენტების 86%-ს არ სმენია, ხოლო 14%-ს სმენია ევთანაზიის პრაქტიკების შესახებ ჩვენს ქვეყანაში.

კითხვაზე, მათი აზრით, კრძალავს თუ არა მართლმადიდებლური ეკლესია ევთანაზიას, რესპონდენტების 71% ფიქრობს რომ კრძალავს, ხოლო 29%-მა არ იცის ამ კითხვაზე პასუხი. გადაჭრით არა, არც ერთ რეპონდენტს არ უპასუხია.

პასუხი კითხვაზე, თქვენი აზრით, რატომ კრძალავს მართლმადიდებლური ეკლესია ევთანაზიას, უმრავლესობის აზრი შემდეგნაირია:

“ალბათ იმიტომ, რომ მართლმადიდებლობა კრძალავს ადამიანის მიერ საკუთარი თავის ან სხვის სიკვდილს. ადამიანის მოკვდავობა მიეწერება ზებუნებრივს, საკარარულს.“

„მართლმადიდებლობა თვითზიანის ნებისმიერ ფორმას კრძალავს, ხელის გაჭრასაც და მითუმეტეს სიცოცხლის ხელყოფას, ვინაიდან ეს მიიჩნევა ცოდვად.“

„ევთანაზია თვითმკვლელობაა“

კითხვაზე, ევთანაზია რამდენად შეიძლება იყოს გამართლებული, რესპოდენტთა 78% (n=39) უპასუხა რომ გამართლებულია სამედიცინო კუთხით, 30%-ის (n=19) აზრით, გამართლებულია სამართლებრივად, ასევე 30%-ის (n=19) აზრით, გამართლებულია სოციალური კუთხით, 6%-ის (n=3) აზრით გამართლებულია რელიგიურად და 6%-ის (n=3) აზრით გამართლებულია კულტურული კუთხით.

კითხვაზე, აქვს თუ არა პაციენტს უფლება, მოითხოვოს უმტკივნეულო სიკვდილი, თუ კი ის უმძიმეს მდგომარეობაშია, პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: რესპოდენტთა 69%-ის აზრით აქვს უფლება, 26%-ს უჭირს პასუხის გაცემა, ხოლო 5%-ის აზრით არ აქვს უფლება.

შემდეგი კითხვა მოითხოვდა პასუხის ღიად ჩაწერას, კერძოდ, უნდა დაესაბუთებინა წინა შეკითხვაზე დაფიქსირებული მოსაზრებები. რეპონდენტებმა, რომლებმაც დააფიქსირეს პასუხი, რომ აქვთ უფლება, ასე დაასაბუთეს თავიანთი მოსაზრება: *“თუკი მისი ასეთი მოთხოვნა იქნება სისტემატური, ანუ გარკვეული დროის ინტერვალებში თუ იგივე აზრზე იქნა, უმჯობესი იქნება ევთანაზიის გამოყენება, რადგან მას ამ შემთხვევაში გააზრებული ექნება მისი ქმედება, და თუკი ამას ითხოვს გააზრებულად, ესეიგი მისი მდგომარეობა ძალიან მძიმეა. ტანჯვას მშვიდი განსვენება სჯობს.“*

„მიუხედავად რელიგიისა და მისი დოგმებისა, ვფიქრობ, რომ ყველა ადამიანს აქვს საკუთარი ცხოვრების წარმართვის უფლება.“

„თუ ადამიანი არ არის რელიგიური, ან მისი მრწამსი არ უკრძალავს ევთანაზიას, მისი გადასაწყვეტია, თუმცა, ქრისტიანული მრწამსისთვის სრულიად დაუშვებელია.“

„ჩემი აზრით, იმ ადამიანზე მეტად ვერავინ განიცდის თუ რამდენად მტკივნეულია მისთვის არსებული მდგომარეობა, აქედან გამომდინარე, მისი სრული უფლებაა ან აიტანოს ის ტკივილები, ან უარი თქვას ამ ტანჯვაზე, რადგან სიცოცხლეში ამ აუტანელი ტკივილის გაძლებას სიკვდილი ურჩევნია.“

რეპონდენტებმა, რომლებმაც დააფიქსირეს პასუხი, რომ არ აქვთ უფლება, ასე დაასაბუთეს თავიანთი მოსაზრება: *„ვფიქრობ, არცერთ პაციენტს არ აქვს იმის უფლება, მოითხოვოს უმტკივნეულო სიკვდილი უმძიმეს მდგომარეობაშიც კი, რადგან ფიზიკური ტკივილი ძალიან ხშირად მათ ამორალურ და ქრისტიანობისთვის მიუღებელი ქმედების - თვითმკვლელობის ჩადენისკენ უბიძგებთ, რაც იმაზე გაცილებით დიდი ცოდვაა, ვიდრე ამ მდგომარეობაში მათ აქვთ გააზრებული.“*

კითხვაზე, ვის ეკისრება ყველაზე დიდი პასუხისმგებლობა პაციენტის სიცოცხლის ხელყოფაში ევთანაზიის პრაქტიკების დროს, რესპონდენტებს მოცემული კატეგორიები რანჟირების მეთოდით უნდა დაელაგებინათ. ამ კითხვაზე პასუხების რაოდენობა ასე გადანაწილდა: ექიმები - რესპოდენტთა 28% (n=14), ოჯახის წევრები - რესპოდენტთა 28% (n=14), სახელმწიფო - რესპოდენტთა 16% (n=8), სასამართლო - რესპოდენტთა 8% (n=4), ეკლესია - რესპოდენტთა 6% (n=3), საზოგადოება - რესპოდენტთა 6% (n=3), სხვა - რესპოდენტთა 8% (n=4).

კითხვაზე, პირს, რომელიც პაციენტის დაჟინებული თხოვნით შეასრულებს ევთანაზიის პრაქტიკას, მიიჩნევთ თუ არა დამნაშავედ, პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: არ მიიჩნევს დამნაშავედ - რესპოდენტთა 56% (n=28), მიიჩნევს დამნაშავედ - რესპოდენტთა 10% (n=5), გაუჭირდა პასუხის გაცემა - რესპოდენტთა 34% (n=17).

კითხვაზე, თქვენ რომ მოგიწიოთ იმ პირის ადგილზე ყოფნა, რომელსაც ოჯახი წევრი თხოვს ევთანაზიის პრაქტიკის შესრულებას (გაითვალსიწინეთ პაციენტი უკუბრუნებული სენითაა დაავადებული და ყოველდღიურად უფრო იტანჯება, ასევე ისიც, რომ ამ ქმედებას თქვენი სარწმუნოება კრძალავს), შეასრულებდით თუ არა მის თხოვნას, პასუხები ასე გადანაწილდა: შევასრულებდი - რესპოდენტთა 34% (n=17), არ შევასრულებდი - რესპოდენტთა 38% (n=19), შევასრულებდი უფრო, თუ არ ვიქნებოდი ოჯახის წევრი - რესპოდენტთა 6% (n=3), შევასრულებდი უფრო, თუ არ ვიქნებოდი მართმადიდებელი - რესპოდენტთა 10% (n=5), შევასრულებდი თუ არ ვიქნებოდი ექიმი - 0, შევასრულებდი, თუ კანონი ამას არ ამიკრძალავდა - რესპოდენტთა 12% (n=6).

შედეგების ინტერპრეტაცია

კვლევის ანალიზმა აჩვენა, რომ რესპოდენტების უმრავლესობას (81%) ჰქონდა ინფორმაცია ევთანაზიის შესახებ. აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია იმის თქმა, რომ საზოგადოება

ინფორმირებულია, და ასე თუ ისე გააჩნია საკუთარი აზრი ევთანაზიის შესახებ. შესაბამისად, შესაძლებელია, მათ იცოდნენ ევთანაზიის დადებითი და უარყოფითი შედეგების შესახებ.

კითხვაზე, რა არის ევთანაზია, პასუხებიდან გამომდინარე, გამოიყო 5 ასპექტი:

პირველი - როცა პასუხში ჩანს რომ ევთანაზია მათთვის უბრალოდ უმტკივნეულო სიკვდილია: „უკუჩვენებელი სენით დაავადებული ადამიანის უმტკივნეულოდ სიკვდილი“. ზოგიერთი კი მსგავსი განმარტებისას ამატებს პაციენტის ნებაყოფლობით სურვილს: „ტკივილისგან დატანჯული ადამიანის მოკვდინების აქტი, თავისივე სურვილიდან გამომდინარე“. ზოგიერთი კი პაციენტის მოთხოვნასთან ერთად ასახელებს ოჯახის ნებართვას. ასევე დაფიქსირდა პასუხი, რომ ევთანაზია არის: „თვითმკვლელობის უფლების მიღება“, ან სხვანაირად „კანონიერი თვითმკვლელობა, რომელსაც პირი თვითონვე ითხოვს გაუსაძლისი ფიზიკური ტკივილის ან სხვა გარემოების გამო.“

თუმცა, დომინანტურია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ევთანაზია არის: „თანხმობა სიცოცხლის შეწყვეტაზე ავადმყოფობის დროს, როცა გამოსავალი არ არსებობს და შეუძლებელია განკურნება.“ ან „უკუჩვენებელი სენით დაავადებული ადამიანი საკუთარი ნებით გადაწყვეტს, რომ სიცოცხლე დაასრულოს უმტკივნეულოდ“.

რესპონდენტების თითქმის უმრავლესი ნაწილი ნეიტრალურად არის განწყობილი, ან უბრალოდ ეთანხმება ევთანაზიას. თუმცა, როცა ისინი ფაქტის წინაშე დგებიან (მომდევნო კითხვები) ამ კითხვაში დაფიქსირებული მათი თანხმობა ეჭვქვეშ დგება. ისინი ცდილობენ სხვადასხვა მიზეზით გაამართლონ ან არ გაამართლონ ევთანაზიის პრაქტიკები. საინტერესოა, რა არის მიზეზი მათი დამოკიდებულებისა? ამაზე საკმაოდ მრავალფეროვანი და არგუმენტირებული პასუხები გამოვლინდა.

ისინი ვინც სრულიად არ ეთანხმებიან, ძირითადად, რელიგიურ ფაქტორს იშველიებენ (*„ვფიქრობ, რომ სიცოცხლე უფლის საჩუქარია და ჩვენი გარდაცვალებაც მისივე ნებაა. არც ერთ ადამიანს აქვს უფლება „შეეხოს“ სხვის სიცოცხლეს“*).

ვინც ევთანაზიას უბრალოდ არ ეთანხმება, ამბობს რომ: *“არ ვეთანხმები ევთანაზიას, რადგან არავის აქვს უფლება მოუსწრაფოს სიცოცხლე სხვა ადამიანს (თუმცა არსებობს გამონაკლისებიც, როცა ადამიანის მდგომარეობა უიმედოა და სხვა გზა არ არსებობს მისი ტკივილებისგან გასათავისუფლებლად).“*

ისინი, ვინც ნეიტრალურად არიან განწყობილნი, ასეთი დამოკიდებულების მთავარი მიზეზია: *„მართლმადიდებლობიდან გამომდინარე ეს საქციელი მიუღებელია ჩემთვის. მაგრამ მათთვის ვინც ამას ითხოვს ეს შეიძლება შევლაც კი იყოს. ასე, რომ არც სრულიად არ ვეთანხმები და არც სრულიად ვეთანხმები.“*

ისინი, ვინც უბრალოდ ეთანხმებიან, მათი აზრი ასეთია: *“როცა ადამიანი გაუსაძლისი ტკივილებით იტანჯება და კარგად აქვს გააზრებული რას აკეთებს, უფლება აქვს უმტკივნეულოდ სიკვდილი აირჩიოს, თუმცა, შეიძლება ისეც მოხდეს, რომ გარკვეული დოზით ტკივილის შემცირება მოხერხდეს კიდევ დროთა განმავლობაში, ამიტომ ამ გადაწყვეტილების მიღებამდე ბევრი დაფიქრება და ალტერნატივების მოსინჯვაა საჭირო.“*

რესპონდენტთა ის ნაწილი, რომელიც სავსებით ეთანხმება ევთანაზიას, მათი დამოკიდებულების მიზეზი შემდეგნაირია: *„ამ დროს ადამიანი ავადმყოფობის უკანასკნელ სტადიაზეა, ტკივილები აუტანელია და თავს ზედმეტად, უფუნქციოდ გრძნობს და მისთვის ასეთი ცხოვრება შეუძლებელია. რამდენადაც მტკივნეული არ უნდა იყოს ეს სურვილი ახლობლებისთვის, ის ინიდიდუალურია და ვფიქრობ პატივი უნდა ვსცეთ მის გადაწყვეტილებას.“*

„ტანჯვისგან თავის არიდება ადამიანის უფლებაა“

„ყველას აქვს არჩევანის უფლება“

ამ პასუხებიდან ნათლად ჩანს, რომ ის, ვინც არ ეთანხმება ევთანაზიას, იშველიებს რელიგიურ ფაქტორებს (რატომ კრძალავს ეკლესია და ა.შ), მათ შორის ნეიტრალურად განწყობილი რესპონდენტები, ხოლო ისინი, ვინც ეთანხმებიან ევთანაზიის ქმედებას, ადამიანის კანონიერი უფლებები და პიროვნების თავისუფალი ნება მოჰყავთ არგუმენტად.

შედეგებიდან გამომდინარე, რესპონდენტების უმრავლესობას (86%) არ სმენია ევთანაზიის პრაქტიკების შესახებ საქართველოში. აქედან გამომდინარე, შესაძლოა ითქვას, რომ რაოდენ მართლმადიდებლური ეკლესია კრძალავს ასეთ ქმედებას, ამოდენ ევთანაზია ჩვენს ქვეყანაში ხშირად არ ხორციელდება, თუ კი, მაშინ ეს იმდენად ტაბუდადებული თემაა, რომ მისი საზოგადოებაში ინფორმაციის სახით გავრცელება იკრძალება. მითუმეტეს, რომ ეკლესია და სასულიერო პირები მეტად დომინანტი აქტორები არიან ქართულ-მართლმადიდებლურ სივრცეში.

რესპონდენტების თითქმის უმრავლესობამ (71%) იცოდა, რომ მართლმადიდებლური ეკლესია კრძალავს ევთანაზიას. ამის მიზეზად, უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ეს თვითმკვლელობაა, ან ცოდვა, რომელიც ჩვენი რელიგიით ისჯება. *„ალბათ იმიტომ, რომ მართლმადიდებლობა კრძალავს ადამიანის მიერ საკუთარი თავის ან სხვის სიკვდილს. ადამიანის მოკვდავობა მიეწერება ზებუნებრივს, საკრარულს.“*

„მართლმადიდებლობა თვითზიანის ნებისმიერ ფორმას კრძალავს, ხელის გაჭრასაც და მითუმეტეს სიცოცხლის ხელყოფას, ვინაიდან ეს მიიჩნევა ცოდვად.“

„ევთანაზია თვითმკვლელობაა“

რესპონდენტების 39%-ის აზრით, ევთანაზია გამართლებულია სამედიცინო კუთხით. აღნიშნული ცხადყოფს, რომ მართლმადიდებლები ექიმებს და სამედიცინო დაწესებულებებს მიიჩნევენ იმ ფაქტორებად, რომლის ფარგლებშიც შეიძლება სავსებით გამართლდეს ევთანაზიის ქმედება.

გამოკითხულთა 69%--ის აზრით, პაციენტს, რომელიც უმძიმეს მდგომარეობაშია, შეუძლია მოითხოვოს უმტკივნეულო სიკვდილი. აღნიშნული წინააღმდეგობაში მოდის მათ მოსაზრებებთან (როგორც მართლმადიდებელ მრევლთან, რომლებიც უარყოფენ ევთანაზიას ყოველგვარი ტანჯვის ფონზე, რადგან რელიგია კრძალავს). 69%-ში შედიან ის ადამიანები, რომლებმაც წინა შეკითხვებზე არ გაამართლეს ევთანაზიის ქმედება. იმ ადამიანებმა, რომლებმაც დააფიქსირეს პასუხი, რომ აქვს უფლება - არგუმენტად ისევ და ისევ მოყავთ ადამიანის უფლებები და რელიგია (თუ კი მისი რელიგია ევთანაზიას არ კრძალავს). ვინც გასცა პასუხი - აქვს უფლება, დასკვნა შეუცვლელია - ისინი თვლიან, რომ ეს მათი სარწმუნოებისთვის მიუღებელია, ეს ცოდვაა.

საინტერესოა, შედეგები იმ თვალსაზრისით, თუ ვის ეკისრება ყველაზე დიდი პასუხისმგებლობა პაციენტის სიცოცხლის ხელყოფაში ევთანაზიის პრაქტიკების დროს. მართლმადიდებელმა მრევლმა თანაბარი პასუხისმგებლობა მიანიჭა როგორც ექიმებს, ისევე ოჯახის წევრებს, ხოლო შემდეგ სახელმწიფოს. ამ კითხვის შედეგები შეიძლება დავუკავშიროთ იმ კითხვის შედეგებს, სადაც განხილული იყო, თუ რომელი სფეროს კუთხით არის გამართლებული ევთანაზია. ამ შემთხვევაში რესპონდენტებმა სამედიცინო კუთხით მეტად გაამართლეს. ამ შედეგებშიც მეტ პასუხისმგებლობას და ნდობას ექიმებს უცხადებენ. ხოლო ოჯახის წევრებს ალბათ იმიტომ, რომ ოჯახი საქართველოში ძლიერი სოციალური ინსტიტუტია. ბევრი ჩვენგანი ხშირად ვითვალისწინებთ ოჯახის წევრების რჩევებს, როცა საქმე თუნდაც სიცოცხლისთვის ასე საფრთხილო ქმედებას ეხება.

პირი, რომელიც პაციენტის დაჟინებული თხოვნით შეასრულებს ევთანაზიის პრაქტიკას, მიიჩნევენ თუ არა დამნაშავედ, 28 რესპონდენტმა განაცხადა, რომ არ მიიჩნევენ, 17-ს კი უჭირს პასუხის გაცემა. აქ მოსალოდნელი იყო, რომ რესპონდენტების უმრავლესობა მიიჩნევდა ამ

ადამიანს დამნაშავედ. ეს იქიდან გამომდინარე, რომ 50 რესპონდენტი იყო მართლმადიდებელი ქრისტიანი და თითქმის უმრავლესობას, ევთანაზიის განხილვისას ცოდვა და რელიგიური აკრძალვა მოჰყავდა არგუმენტად.

ბოლო კითხვა დილემის წინაშე აყენებდა რესპონდენტს. კითხვაზე, თუ მას მოუწევდა იმ პირის ადგილზე ყოფნა, რომელსაც ოჯახი წევრი თხოვს ევთანაზიის პრაქტიკის შესრულებას, შეასრულებდა თუ არა მის თხოვნას, პასუხები რადიკალურად განსხვავებული არ ყოფილა. 17-მა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ შეასრულებდა. ხოლო 19-მა რესპონდენტმა დააფიქსირა პასუხი, რომ არ შეასრულებდა. გამოკითხული რესპონდენტების რაოდენობის ფონზე მაინც დიდია იმ ადამიანების რიცხვი, რომლებიც შეასრულებდნენ ევთანაზიის ქმედებას.

საბოლოო ჯამში, რესპონდენტების ნაწილი, რომელსაც ევთანაზიის კრიტიკისას არგუმენტად ცოდვა და მართლმადიდებლური წესები მოჰქონდა, მაინც დათანხმდნენ ევთანაზიის ქმედებას, როცა კი ფაქტის წინაშე დადგნენ. თუმცა, გამოკითხული მართლმადიდებელი მრევლის სიმცირის გამო, რთულია თამამად გამოიტანო რამე დასკვნები და კვლევა რეპრეზენტატულად ჩათვალოს. მაგრამ, კვლევა მაინც შედგა და არსებული რეალობა ასე თუ ისე მაინც დაგვანახა. გამოჩნდა ქართველი მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებები და ქმედებები ევთანაზიის საკითხის მიმართ.

რეკომენდაციები

მიზანშეწონილია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ევთანაზიის შესახებ რელიგიური, სამედიცინო, კულტურული, სოციალური და სამართლებრივი კუთხით. იგი უფრო გაუადვილებს ადამიანს მორალურ, ეთიკურ თუ რელიგიურ ღირებულებებში გათვითცნობიერებას. სასურველია, მსგავსი კვლევების მეტი ჩატარება, საკუთარი აზრის უფრო მკაფიოდ და დასაბუთებულად დაფიქსირება, სხვისი აზრის, რელიგიური, პოლიტიკური თუ ეთნიკური იდენტობის პატივისცემა.

აბსტრაქტი

შესავალი: ევთანაზიის უფლება დღეს მსოფლიო დისკუსიის საგანია, ვინაიდან იგი ერთ-ერთი საკამათო სამედიცინო, რელიგიური, პოლიტიკური თუ ეთიკური ხასიათის საკითხია. კვლევის მიზანია მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებების შესწავლა ევთანაზიის მიმართ. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რესპოდენტთა გამოკითხვა ნახევრად-სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. **შედეგები:** კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპოდენტების უმრავლესობას (81%) ჰქონდა ინფორმაცია ევთანაზიის შესახებ. დომინანტურია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ევთანაზია არის: “თანხმობა სიცოცხლის შეწყვეტაზე ავადმყოფობის დროს, როცა გამოსავალი არ არსებობს და შეუძლებელია განკურნება.“ ან „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანი საკუთარი ნებით გადაწყვეტს, რომ სიცოცხლე დაასრულოს უმტკივნეულოდ“. ვინც არ ეთანხმება ევთანაზიას იშველიებს რელიგიურ ფაქტორებს (რატომ კრძალავს ეკლესია და ა.შ). ისინი ვინც ეთანხმებიან ევთანაზიის ქმედებას, არგუმენტად მოჰყავთ ადამიანის კანონიერი უფლებები და პიროვნების თავისუფალი ნება. რესპოდენტების უმრავლესობას (86%) არ სმენია ევთანაზიის პრაქტიკების შესახებ საქართველოში. რესპოდენტების უმრავლესობამ (71%) იცოდა, რომ მართლმადიდებლური ეკლესია კრძალავს ევთანაზიას. რესპოდენტების 39%-ის აზრით, ევთანაზია გამართლებულია სამედიცინო კუთხით. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია საზოგადოების ცნობიერების

ამაღლება ევთანაზიის შესახებ რელიგიური, სამედიცინო, კულტურული, სოციალური და სამართლებრივი კუთხით. სასურველია, მსგავსი კვლევების მეტი ჩატარება.

Orthodox attitudes towards euthanasia

Mary Mamulashvili - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelor of Sociology

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Introduction: Nowadays the right of Euthanasia is the subject of the worldwide discussion, since this is one of the controversial medical, religious, political or ethical issues. The reason for the study is to find out orthodox parish's opinion regarding the Euthanasia. **Methodology:** Within the frameworks of quantitative research interviewees have been interviewed by using semi-structured questionnaire. **Results, discussion:** The study detected that the most of the interviewees (81%) had information regarding the Euthanasia. Dominant opinion is that the Euthanasia is: consent of the life termination during the illness, when there is no solution and recovery is not possible or "a person with incurable disease voluntarily decides to terminate his/her life painlessly. Those who don't agree with Euthanasia use religious facts, (thy religion prohibits etc.) Those who agree with Euthanasia use human legal rights and individual's free will as arguments. The most of the interviewees (86%) have never heard about Euthanasia practice in Georgia. Most of them (71%) knew that church prohibits Euthanasia. The 39% of interviewees knew that Euthanasia is a sound decision from the point of medicine. **Conclusion:** it is advisable to increase public awareness about Euthanasia from the point of religion, medicine, culture and law. It is recommended to increase the number of such studies.

ბიბლიოგრაფია

1. ჟურნალი "მართლმსაჯულება და კანონი" N3'11, გვ 124-134
2. "კანონი „პაციენტის უფლების შესახებ" თბილისი, 2000 წლის 5 მაისი

ქალთა კვლევა ქორწინებასა და მასზე მოქმედ სტრეს-ფაქტორებზე

ირინე მელქაძე, მარიამ ვარამაშვილი, ქეთი მახარაშვილი, გიორგი ჩხაიძე, ანი მამულია - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებთა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

სამართალში ქორწინება განიხილება, როგორც ქალსა და მამაკაცს შორის დადებული ხელშეკრულება და ამგვარად, ქორწინება მკაცრად განსაზღვრულ სამოქალაქო ურთიერთობად ითვლება. არაერთი ექსპერტის მოსაზრებით ქორწინება ადამიანის ემოციურ განწყობაზე დადებითად აისახება, რაც ასევე პოზიტიურად მოქმედებს მის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე. თუმცა, გარდა დადებითი მხარეებისა, არსებობს ქორწინებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ტიპის პრობლემები. იგი შეიძლება აღმოჩნდეს ხანგრძლივი სტრესის წყარო. დეპრესია არის ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დარღვევა. მისი მიზეზი შესაძლოა, იყოს რამდენიმე ფაქტორი, მათ შორის, ინტერპერსონალური ურთიერთობები. ინტერპერსონალური ურთიერთობები გულისხმობს ადამიანთა შორის ურთიერთობებს; ემოციებსა და რეაქციებს, რომლებსაც გამოვხატავთ ერთმანეთის მიმართ. ინტერპერსონალური შემთხვევებიდან, რომლებიც ხელს უწყობენ დეპრესიას, ყველაზე დიდი წონისა და მნიშვნელობის არის ოჯახი. მეუღლეების შემთხვევაში, ერთ-ერთი მეუღლის კეთილდღეობას მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს მეორის მდგომარეობასა და, ზოგადად, მათს ქორწინებაზე. აქვე არ შეიძლება ყურადღება არ გავამახვილოთ ქორწინების ისეთ უმნიშვნელოვანეს ფაზაზე, როგორცაა ორსულობა, მაგალითად, ქალებისთვის ქორწინებასთან დაკავშირებული დეპრესია მჭიდრო კავშირშია პირველ ორსულობასთან და მშობიარობასთან. გარდა ამისა, ქორწინების შემდეგ მამაკაცს, ისევე როგორც ქალს დამატებითი პასუხისმგებლობები და მოვალეობები უჩნდება, რაც ასევე ერთგვარ სტრესთან არის დაკავშირებული. გამომდინარე აქედან, საინტერესოა რა მდგომარეობაა ქართველ ახალგაზრდებში. არის თუ არა მათთვის ქორწინება დაკავშირებული სტრესთან, დეპრესიასთან.

ჩვენი კვლევის მიზანია, გავიგოთ, თუ რამდენად არის დაკავშირებული ქორწინება სტრესთან, დეპრესიასთან. მიზნის შესაბამისად დასმულია შემდეგი ამოცანები:

- რა ძირითადი სტრესორები გამოიკვეთა რესპონდენტებში ქორწინებისას;
- რა არის სტრესის გამომწვევი ძირითადი მიზეზები;
- რა გზებს სახავენ ისინი სტრესისგან თავის დასაღწევად.

მეთოდოლოგია

კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა ათი რესპონდენტი და ორი ექსპერტი. კვლევა ჩატარდა თვისებრივი კვლევის ერთ-ერთი მეთოდის, სიღრმისეული ინტერვიუს მეშვეობით, კვლევის დროს გამოყენებული იყო ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი, რამაც საშუალება მოგვცა საინტერესო თემები სიღრმისეულად შეგვესწავლა.

ლიტერატურის მომხილვა

ქორწინება ოჯახის შექმნის მიზნით ქალისა და მამაკაცის ნებაყოფლობითი და რეგისტრირებული კავშირია. დაქორწინებისათვის აუცილებელია საქორწინო ასაკი და დასაქორწინებელ პირთა თანხმობა [1]. სტრესი ორგანიზმის არასპეციფიკური (ზოგადი) რეაქციაა მეტისმეტად ძლიერ ფიზიკურ თუ ფსიქოლოგიურ გამღიზიანებელზე [2]. სტრესორები სოციალური ფაქტორები ან სოციალური ძალებია, რომლებიც ხელს უწყობენ სტრესს [2]. ერთი და იგივე სტრესული გარემოებები ყველა ადამიანში იგივე სტრესულ შედეგებს არ განაპირობებენ.

არსებობენ სხვა ფაქტორები, რომლებიც ცვლიან სტრესორი - სტრესის ურთიერთობას. ამ დამატებით ფაქტორებს უწოდებენ სტრესის მედიატორებს (შუამავლები). კვლევები ადასტურებენ, რომ მათ შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ ან შეცვალონ სტრესორების ეფექტი [2].

ერთი კვლევის მიხედვით, რომელიც აშშ-ის რამდენიმე შტატში ჩატარდა, გამოყვეს ადამიანთა სამი ჯგუფი: ადამიანები, რომლებმაც ახლახანს შექმნეს ოჯახი; ადამიანები, რომლებიც არასდროს ყოფილან ქორწინებაში და ისინი ვინც იმყოფებოდა ქორწინებაში. ეს უკანასკნელი ჯგუფი გაიყო ორ ქვეჯგუფად: განქორწინებულები და ქვრივები. შედეგებმა აჩვენა, რომ პირველი ჯგუფის რესპონდენტები თითქმის თავისუფლები იყვნენ დეპრესიისგან, მესამე ჯგუფი მიდრეკილია და ტვირთად აწევს დეპრესია, ხოლო მეორე ჯგუფი იმყოფება ამ უკიდურესობებს შორის.

შედეგები

კვლევის ფარგლებში გამოიკითხვა ორი ექსპერტი: ემა კანკია, სპეციალისტი გენდერის და კონფლიქტოლოგიის საკითხებში და ნათია ფანჯიკიძე, ფსიქოლოგ-თერაპევტი.

ორივე ექსპერტი ერთმნიშვნელოვნად აღნიშნავს, რომ ქორწინებას, აუცილებლად, თან ახლავს სტრესი, რომელიც შეიძლება იყოს ან დადებითი ან უარყოფითი. ეს კი დამოკიდებულია სიტუაციასა და უშუალოდ პიროვნებაზე. ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ქორწინებას თან ახლავს სტრესი, ქართული წყვილები ერთმანეთს საკმარისად არ იცნობენ, რაც განსხვავდება ევროპული პრაქტიკისგან. გამოიყო რამდენიმე ფაქტორი რის გამოც წყვილები მიმართავენ შესაბამის ექიმ სპეციალისტებს, ესენია:

- ორსულობა;
- მშობიარობა;
- მშობიარობის შემდგომი პერიოდი;
- მამაკაცების დაბალი სექსუალური აქტივობა;
- კრიზისული პერიოდები ურთიერთობაში.

ექსპერტთა ნაწილი ოჯახში სტრესორებს კულტურული თვალსაზრისით განიხილავს. ქართული კონტექსტის გათვალისწინებით ხდება ქალისთვის დიასახლისისა და ბავშვის აღმზრდელის, ხოლო მამაკაცისთვის - ოჯახში შემოსავლების შემომტანის სტატუსის მიკერება. ეს კი მათთვის ცხოვრების სტილის ცვლილებებთან არის კავშირში, რაც ერთგვარ სტრესორად ითვლება. ამგვარად, ქალისა და მამაკაცის შემთვევაში სიტუაციის შესაბამისად სტრესორები სხვადასხვანაირია. აღნიშნულისგან განსხვავებით, მეორე ექსპერტის აზრით, ქალებისა და მამაკაცების სტრესორებს შორის დიდი განსხვავება არ არის, "რადგან ხშირად, ქალებს და მამაკაცებს მხოლოდ ეჩვენებათ რომ სხვადასხვა ჯიშის სახეობები არიან, მაგრამ ასე არ არის. ადამიანები, ჩვენი განცდები ძალიან მსგავსია. განსხვავება ის არის, რომ უმეტესად ქალები უფრო ცდილობენ პრობლემის მოგვარებას. კაცებს თითქოს ეუკადრისებათ ლაპარაკი და შედარებით იშვიათია მათგან წამოწყებული საუბარი და დახმარების თხოვნა."

ქორწინების სასურველ ასაკთან დაკავშირებით ექსპერტთა აზრი ორად გაიყო. პირველის აზრით, ქორწინების მიმართ მზაობას არ განსაზღვრავს ბიოლოგიური ასაკი. იგი უფრო ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია პიროვნების განვითარებაზე, მზაობასა და შინაგან რესურსებზე. მეორე ექსპერტის აზრით, ქორწინების ოპტიმალური ასაკი ქალისთვის არის 22-23 წელი, ხოლო ვაჟისთვის - 24-26 წელი, რადგან ისინი ამ ასაკში არიან მზად არა მხოლოდ ფიზიოლოგიურად არამედ მორალურადაც.

ორივე ექსპერტის აზრით, უმჯობესია, როცა წყვილი ცხოვრობს ცალკე, რადგან ისინი სწავლობენ პრობლემის ერთად გადაჭრას, უფრო ძილერდებიან, ხდებიან დამოუკიდებლები და ოჯახის სისტემა უფრო მდგრადია.

ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ოჯახში მეუღლის გარდა სხვა ადამიანებთან ერთად ცხოვრება სტრესის განმაპირობებელია, რადგან ამ დროს უფრო მეტად არის ხოლმე სხვისი ზეგავლენების მნიშვნელობის წარმოჩენა მათ ურთიერთობაზე.

"უფროსების თანდასწრება ცოლ-ქმრულ ურთიერთობებში ძალიან ცვლის რაღაცეებს. თუნდაც ხალასი გაბრაზება, რაც წყვილს შეიძლება გაერკვიათ ერთმანეთთან, სწრაფად განემუხტა, აღმოჩნდება ხოლმე ჩახშული, რადგან არ გაიგოს გვერდით ოთახში უფროსმა

ადამიანმა ან პირიქით, არ არის შეკავებული და შემდეგ ხდება კონფლიქტი, რატომ მომყენე შეურაცხყოფა დედაშენის წინ, მამაშენის წინ." (ექსპერტი, ნათია ფანჯიკიძე)

ექსპერტთა აზრით, სტრესისგან თავის დაღწევის ერთ-ერთი გზაა ერთმანეთს შორის ურთიერთგაგების და ნდობის მიღწევა. ამაში დიდი როლი ეკისრება ექიმ-ფსიქოლოგებს. ერთ-ერთი ექსპერტის მიხედვით, ასევე მნიშვნელოვანია სასულიერო პირის ჩართულობა ადამიანის ცხოვრებაში, რაც გამოწვეულია იმით, რომ ქართულ რეალობაში, ხშირ შემთხვევაში, სწორედ სასულიერო პირს აქვს შეთვისებული ფსიქოლოგ-თერაპევტის როლი. სტრესისგან თავის დაღწევის ერთ-ერთი საშუალებაა შვილი, რომელსაც შეუძლია გადაარჩინოს ოჯახი. თუმცა, ერთ-ერთი ექსპერტი აღნიშნავს, რომ, სწორედ შვილს შეუძლია გამოიწვიოს წყვილს შორის გაუცხოება, რადგანაც

"ძალიან ხშირად კაცები თავს მიტოვებულად გრძნობენ თავს, როდესაც პატარა ჩნდება, ზრუნვის ობიექტი ჩნდება" (ექსპერტი, ემა კამკია)

კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 20 დან 38 წლამდე ქორწინებაში მყოფი 10 მდედრობითი სქესის რესპონდენტი. გაცნობითი ხასიათის კითხვების შემდეგ რესპონდენტებმა ისაუბრეს ქორწინებისთვის ოპტიმალურ ასაკზე. რესპონდენტთა უმრავლესობის აზრით, ქორწინებისთვის მზაობა განისაზღვრება არა ბიოლოგიური, არამედ ფსიქოლოგიური ასაკით. თუმცა, ზოგიერთმა რესპონდენტმა მაინც ახსენა კონკრეტული ასაკი, რომელიც მერყეობდა 23-დან 28 წლამდე. აღსანიშნავია, რომ ქალებისა და მამაკაცებისათვის რესპონდენტები ასახელებდნენ ქორწინებისთვის მისაღებ განსხვავებულ ასაკს. ქალებისთვის ოპტიმალური ასაკი უფრო ნაკლებს შეადგენდა, ვიდრე მამაკაცებისთვის.

რესპონდენტები ერთხმად თანხმდებიან იმაზე, რომ ქორწინების ასაკი პირდაპირ კავშირშია სტრესის განვითარებასთან. მათი აზრით, ქალთა დაოჯახების ოპტიმალური ასაკია 23-25 წელი, რაც დაკავშირებულია მათ რეპროდუქციულ ფუნქციასთან. ყველა რესპონდენტი ერთხმად აცხადებს, რომ ქორწინების თანმხლები მოვლენები უპირობოდ ახდენენ გავლენას სტრესის წარმოქმნაზე. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ პირველ სტრესულ ფაქტორად ისინი განიხილავენ ისეთ ახალ ოჯახის წევრებთან ურთიერთობას, როგორებიც არიან მეუღლის მშობლები და მათი ნათესავები. ასევე, ზოგიერთი მათგანისთვის სტრესულ ფაქტორს წარმოადგენდა ახალ ადამიანებთან თანაცხოვრების დაწყება და ის მოვალეობები, ემოციურ დამებულობა და პასუხისმგებლობები რაც თან ახლავს ქორწინებას. ერთ-ერთი რესპონდენტის აზრით, თვითონ ქორწილი, როგორც ცერემონია, სტრესული აღმოჩნდა მისთვის.

"ქორწილიც კი სტრესულია, ქორწილიც კი არა, ქორწილია ერთ-ერთი ყველაზე სტრესული მემგონი რაც მახსენდება. ყველაფრის დაგეგმვა ძალიან რთულია და მითუმეტეს ამის ისე გაკეთება, რომ არავის აწყენინო, არცერთ მხარეს. რა სასაცილოა არა? ქორწილი შენია და უნდა იფიქრო იმაზე არ ეწყინოს რამე დედას მამას, შენსას, სხვისას (იცინის). მოკლედ ქორწინებაში ერთ-ერთი პირველი სტრესი არის სწორედ ქორწილი." (ნანა, 28 წლის).

ასევე, ხაზი უნდა გაესვას იმასაც, რომ რესპონდენტების სრული უმრავლესობა აღნიშნავს სტრესის განვითარებისათვის ხელსაყრელ პირობად ახალდაქორწინებული წყვილის ოჯახთან ერთად ცხოვრებას. ანუ მათი აზრით, მნიშვნელოვანია და აუცილებელია, რომ წყვილს ჰქონდეს ცალკე ცხოვრების შესაძლებლობა. თუმცა, საქართველოში ხშირ შემთხვევებში, შეუძლებელია, რომ საერთოდაც ცალკე დასახლდეს წყვილი. ახალდაქორწინებული წყვილის ოჯახთან ერთად ცხოვრებას დამატებითი სტრესორია, რადგან რაც არ უნდა მსგავსი კულტურული და სოციალური ჯგუფების ოჯახები შეუძლდნენ, მაინც არის ინდივიდუალური, პერსონალური განსხვავებები. თანაცხოვრება მოითხოვს ძალიან დიდ კულტურას, განსაკუთრებით კი დიდ ოჯახში. 2013 წელს საქართველოში ჩატარებული კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ოჯახების უმეტესობა (63%) ცალკე ცხოვრობს, (28%) კაცის მშობლებთან ან ნათესავებთან, (9%) კი ქალის მშობლებთან ან ნათესავებთან ერთად [4].

რაც შეეხება სტრესის განსხვავებულ სახეობებს ქალისა და მამაკაცის შემთხვევაში, რესპონდენტების უმეტესობა, კონკრეტულად არ/ვერ გამოყოფენ მათ, მაგრამ საუბრისას მაინც გამოიკვეთა, რომ ქალისთვის უფრო მეტად სტრესული ქორწინებაში შეიძლება იყოს ორსულობის პერიოდი და თვითონ მშობიარობა, ხოლო მამაკაცისთვის კი იმის აღმოჩენა, რომ ოჯახის გაძლოა ფინანსურად საკმაოდ რთულია და ამას მარტო ვერ ახერხებს ის. მამაკაცისთვის ფინანსური სიძლიერის მოთხოვნა შეიძლება ავსხნათ საქართველოში პატრიარქალური

საზოგადოების არსებობით, რაც გულისხმობს მამაკაცების დომინანტ ფუნქციას ფინანსურ საკითხებთან მიმართებით. ამ მოსაზრების გასამყარებლად შეგვიძლია მოვიყვანოთ ამონარიდი ზემოთხსენებული კვლევიდან “საზოგადოებრივი დამოკიდებულება გენდერულ თანასწორობაზე პოლიტიკასა და ბიზნესში”, სადაც საუბარია ქართული საზოგადოების მასკულიზურ, პატრიარქატულ წყობაზე. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ კაცები მეტად ამართლებენ საზოგადოებაში მამაკაცის დომინანტურ პოზიციას, ვიდრე ქალები, ქალებმა კი იციან, რომ მათი როლი დაქვემდებარებულია და რომ ბევრი რამის დათმობა უწყევთ, ამან, თავის მხრივ, შეუძლებელია არ გამოიწვიოს სტრესი და უაყოფითი ემოციები.

რესპონდენტების შემთხვევაში განსხვავებული იყო სტრესის გამოვლინება. მაგალითად ერთ-ერთი რესპონდენტი იხსენებს, რომ ის ძალიან ღელავდა თავის მომავალი ორსულობის შესახებ, რაზეც ფიქრი მისთვის იყო სტრესული, ამან კი გამოიწვია ძილის დარღვევა. სტრესული მდგომარეობის ფონზე განვითარდა უძილობა და შფოთური მდგომარეობის მომატება, რამაც დაარღვია მისი ყოველდღიურობა.

რაც შეეხება სტრესთან ბრძოლის გზებს, გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს მეუღლის მნიშვნელოვან როლს დამაბულობის დამღევაში. ასევე ისინი აღნიშნავენ რაოდენ დიდ როლს ასრულებს სტრესის გადალახვაში სოციალური კავშირები, მეგობრებთან ურთიერთობა, ოჯახისა და მშობლების ჩართულობა და მხარდაჭერა.

აღსანიშნავია, რომ ექსპერტები, რომლებიც მუშაობენ მსგავს საკითხებზე ამბობენ, რომ მათი პაციენტების დიდი ნაწილი სტრესის დამღევაში უდიდეს ყურადღებას ანიჭებს შვილს, მაგრამ მათი მოსაზრებით შვილმა შეიძლება მხოლოდ რაციონალური თვალსაზრისით გადაარჩინოს ოჯახი, როგორც სისტემა, მაგრამ რეალურად დამაბულობა არ აღმოიფხვრას.

რესპონდენტებმა ხაზი გაუსვეს ქორწინების შემდეგ საკუთარი პიროვნული ცვლილებების განცდაზე. მათ შორის გამოარჩევდნენ ისეთ თვისებებს, როგორიც არის პასუხისმგებლობის განაწილება და მისი ამაღლება საკუთარი თავის და მეუღლეების წინაშე. ქორწინება ასევე გულისხმობს ვალდებულებების გაორმაგებას ახალი ოჯახის მიმართ. ვალდებულებების გაორმაგებასა და პასუხისმგებლობის გრძნობასთან არის დაკავშირებული ასევე მოთმენის, დათმობისა და კომპრომისზე წასვლის უნარი, საჭიროების შემთხვევაში. რესპონდენტთა ნაწილი თუ ქორწინებამდე ცხოვრობდა უკომპრომისოდ და დამოუკიდებლად, ქორწინებამ მათ ცხოვრებაში შემოიტანა რიგი საკითხების დათმობის საჭიროება.

დასასრულ, უნდა ითქვას, რომ კვლევამ საკმაოდ საინტერესო შედეგები მოგვცა. დასაწყისში ჩამოყალიბებულ ამოცანებზე ამომწურავი პასუხები მივიღეთ. როგორც აღმოჩნდა, ქართული რეალობისთვის დამახასიათებელია წყვილებს შორის არასაკმარისი ურთიერთობისა და ცნობის საფუძველზე ოჯახის შექმნა, რაც შემდგომში სტრესული მდგომარეობის ერთ-ერთი განმაპირობებელი მიზეზია. ასევე ცხოვრების ახალ სტილთან შეგუება, რაც თავის მხრივ, დაკავშირებულია ახალ მოვალეობებთან, პასუხისმგებლობებთან. რაც შეეხება, ძირითად სტრესორებს, რომლებიც იწვევს დამაბულობას ქორწინებაში მყოფი წყვილებისათვის, პირველ რიგში, ეს არის მათი ცხოვრება გაფართოვებული ოჯახური სტილით, ანუ ცხოვრება რომელიმე მეუღლის ოჯახის წევრებთან ერთად. სტრესისგან თავის დაღწევის საშუალებებად ისინი ერთხმად მიიჩნევენ კომპრომისზე წასვლის უნარს, პასუხისმგებლობების თანაბრად გადანაწილებას და ურთერთგაგებას, რაც პირდაპირ კავშირშია ქორწინების შენარჩუნებასთან.

რეკომენდაციები

მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ქორწინების შესახებ საზოგადოებაში ცნობიერების ამაღლება, რომელშიც ჩართული იქნება როგორც მედია საშუალებები, სხვადასხვა საგანმანათლებლო დაწესებულებები (სკოლა, უნივერსიტეტი) ასევე ამ სფეროში მომუშავე სპეციალისტები (ფსიქოლოგები, თერაპევტები).

კვლევის შედეგებიდან ირკვევა, რომ ქორწინება და მისი თანმდევი სტრესი საკმაოდ აქტუალური საკითხია, რაც სიღრმისეულ და მრავალმხრივ გამოკვლევას საჭიროებს. სამწუხაროდ, როგორც ჩანს, ქართველი მკვლევრები ამ თემაზე მნიშვნელოვან ყურადღებას არ ამახვილებენ. ჩვენი, როგორც დამწყები მკვლევრების რჩევა და სურვილი იქნებოდა, რომ თემა დაიყოს კატეგორიებად ასაკთან მიმართებით (ცალ-ცალე კვლევა დაეთმოს ახალგაზრდა და

ხანშიშესულ წყვილებს), რაც ,თავის მხრივ, უფრო გაზრდის კვლევის მასშტაბებს.

აბსტრაქტი

შესავალი: დღევანდელ მსოფლიოში, უამრავ სტრესულ მოვლენას შორის, ქორწინება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია. ხშირია შემთხვევები, როდესაც ქორწინებას თან სდევს სტრესული ფაქტორები, ან სულაც თავად ქორწინება ხდება სტრესის გამომწვევი მიზეზი. სწორედ ეს არის კვლევის მიზანი, გავითოთ რამდენად არის დაკავშირებული ქორწინება სტრესთან. **მეთოდოლოგია:**თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, გამოვკითხეთ, როგორც ექსპერტები, ასევე 10 მდებდრობითი სქესის დაოჯახებული რესპონდენტი. **შედეგები:**კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ქორწინება პირდაპირ კავშირშია სტრესთან. ქორწინების ყველაზე გავრცელებული სტრესორი არის გაფართოებული ოჯახური სტილით თანაცხოვრება, ასევე წყვილებს შორის დამატებითი მოვალეობა-ვალდებულებების გაჩენა. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია აღნიშნული საკითხზე საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და მათი ჩართულობა ასევე ამ საკითხთან დაკავშირებით კვლევების რაოდენობისა და მასშტაბის ზრდა.

Women's research in marriage and its current stress-factors.

Irine Melkadze, Mariam Varamashvili, Qeti Makharashvili, Giorgi Chkhaidze, Ani Mamulia-Ivane Javakhishvili Tbilisi State Univesity, Faculty of Social an Political Sciencies, Bachelor of Sociology.

Tengiz Verulava- Doctor of Medical Sciencies. Professor.

Introduction: In today's world, between of many stress-factors marriage is the one of the important. In many cases marriage is accompanied by stress or the marriage becomes itself the reason of causing stress. The aim of our research is to find out how much marriage is connected with stress. **Methodology:** Within the frameworks of qualitative research experts and ten married female respondents have been interviewed by using depth interview. **Results:** As a result of research detected that marriage is directly connected with stress. The most spread stresor is living as an extended family style. As well, the obligations and duties which accompanys in couples life. **Conclusion and recomendations:** It's expedienced to increase public awareness and their participation about mantioned topic. It's recommended to increase the number and the scale in such studies.

ბიბლიოგრაფია

- საქართველოს კონსტიტუცია : გამოცემა მოზარდებისათვის [ქართ. და რუს. ენ / სარედ. ჯგუფი: ლალი გზირიშვილი, თამარ დემეტრაშვილი, მერაბ ბასილაია და სხვ.] - თბ. : ფონდი Alpe, 2005)
- ვერულავა თენგიზ (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი. 2016.
- "Marital Status, Life Strains, and Depression" - Pearlin, Leonard I. and Joyce C. Johnson. American Sociological Review 42:704-15. 1977.
- "საზოგადოებრივი დამოკიდებულება გენდერულ თანასწორობაზე პოლიტიკასა და ბიზნესში" - ACT. 2013.

პაციენტის მიერ ექიმის შესახებ ინფორმაციის მიღების გზები

გვანცა დავითელაშვილი, დალი მელიქიძე, დავით ონუაშვილი, მიხეილ ქურდაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

ექიმის შერჩევა დიდი პრობლემის წინაშე აყენებს პაციენტს, ვინაიდან მისი მოლოდინები ზოგჯერ მიღებულ შედეგებს არ ემთხვევა. პაციენტის მიერ ექიმის შერჩევაზე გავლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები: ეკონომიკური მდგომარეობა, განათლება, ასაკი. ქართულ სოციალურ რეალობაში შეინიშნება ტენდენცია, რომ პაციენტები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, ექიმის შერჩევის პროცესში უფრო მეტად ენდობიან სოციალურ კავშირებს და მათ გამოცდილებას, ვიდრე კომპეტენტური პირების კონსულტაციებს. ეს ფაქტორი შეიძლება აიხსნას ქართული კულტურის ტიპით, რომელიც უფრო მეტად მნიშვნელობას ანიჭებს კოლოექტიურ ურთიერთობებსა და გამოცდილებას. მეორე ფაქტორი რის გამოც უფრო მეტად სანაცნობო ქსელს ენდობა პაციენტი არის ის, რომ ხშირად ექიმების პრაქტიკა და გამოცდილება ორიენტირებულია კომერციაზე და პაციენტი განიხილება, როგორც კომერციის განხორციელების საშუალებად. მაგალითად, მკურნალობის პროცესის ხელოვნურად გახანგრძლივება, ასევე ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოწერა, როდესაც არსებობს მსგავსი ეფექტის დაბალფასიანი მედიკამენტის გამოყენების ალტერნატივა და ა.შ.

ერთ-ერთი ამერიკული ინტერნეტ ჟურნალის “Healthcare Success” მონაცემების მიხედვით, პაციენტების მიერ ექიმის არჩევაზე უმთავრესად გავლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები: გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (62%), მეგობრული გარემო (56%), ვიდრე ექიმის კომპეტენტურობის ხარისხი (22%). (Healthcare success, 2014)

სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლის კვლევამ (ვერულავა, ბურკაძე, ჯორბენაძე, 2015) აჩვენა, რომ ექიმის არჩევისას უფრო მნიშვნელოვანი ფაქტორებია: ექიმისა და პაციენტის ინტერპერსონალური ურთიერთობები, კომუნიკაცია, ვიდრე სხვა კომპეტენციაზე დაფუძნებული კრიტერიუმები.

კვლევის მიზანია პაციენტების მიერ ექიმის შესახებ ინფორმაციის მოპოვების გზების შესწავლა. კვლევის ამოცანაა პაციენტის მიერ ექიმის შერჩევის პროცესზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა (მათ შორის ასაკი, განათლება, შემოსავლები).

მეთოდოლოგია

დასახული მიზნების განსახორციელებლად გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი სტრუქტურირებული კითხვარის სახით. კითხვარი ატარებს თვითადმინისტრირებად ხასიათს. კვლევისათვის შერჩეულ იქნა ქალაქ თბილისში მცხოვრები როგორც მდედრობითი, ასევე, მამრობითი რესპონდენტები, რომლებმაც ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მიიღეს სამედიცინო მომსახურება. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 31 ადამიანმა.

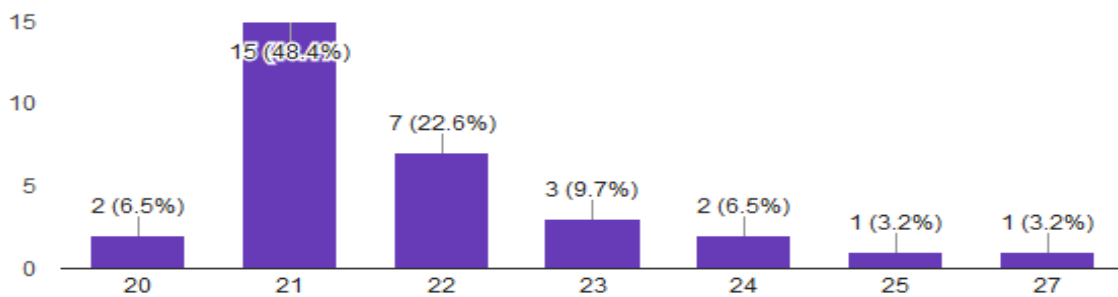
ჰიპოთეზა

- პაციენტები ექიმის შერჩევისას უფრო მეტ მნიშვნელობას ანიჭებენ სოციალურ კავშირებს, ვიდრე ექიმის კომპეტენციის დონეს.
- სოციალური და ფიზიკური გარემო გავლენას ახდენს ექიმისა და საავადმყოფოს შერჩევის პროცესზე.
- რაც უფრო განათლებულია ადამიანი, უფრო მეტად ენდობა ექიმის კომპეტენციას ვიდრე სოციალურ კავშირებს.

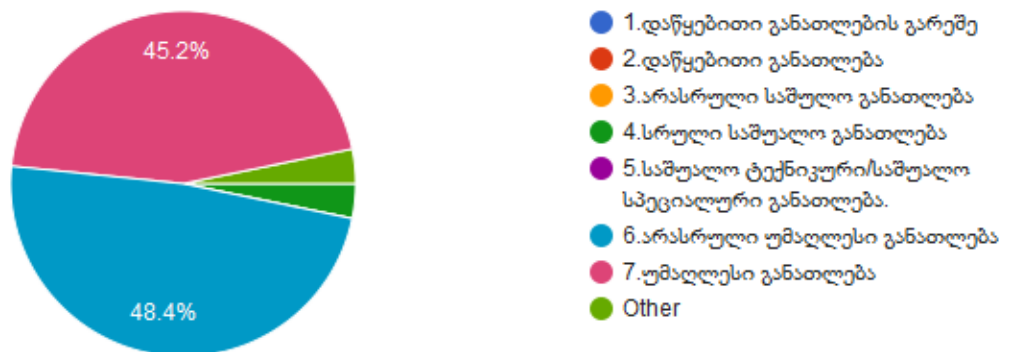
შედეგები, ინტერპრეტაცია

კვლევაში მონაწილეობდა 31 რესპონდენტი, 6 მამაკაცი და 25 ქალი. გამოკითხულთა ასაკობრივ კატეგორიაში დომინანტურია 21/22 წლის კატეგორია, რომლებსაც აქვთ უმაღლესი განათლება, ან იღებენ უმაღლეს განათლებას.

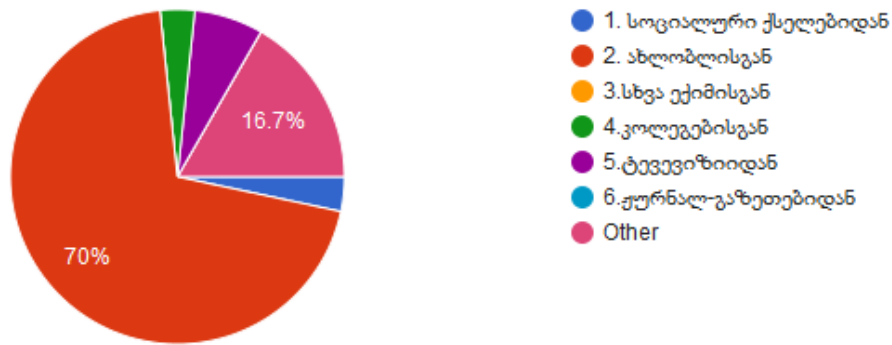
ასაკი (31 responses)



განათლება (31 responses)



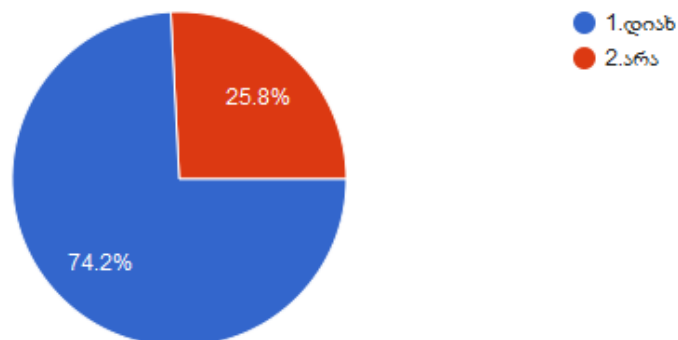
კვლევის ფარგლებში, გვინტერესებდა, პაციენტები თუ რა გზებით იღებდნენ ინფორმაციას სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლის შესახებ. კვლევაში გამოვლინდა ტენდენცია, რომ გამოკითხულთა 70%-ისათვის პრიორიტეტულია ახლობლების რჩევა და გამოცდილება, ვიდრე კომპეტენტურ წყაროებზე დაყრდნობილი ინფორმაცია.



ჩვენი ჰიპოთეზის მიხედვით რაც უფრო განათლებული იქნებოდა ადამიანი, მით უფრო მეტად ენდობოდა კომპეტენტურ წყაროებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას, ვიდრე სანაცნობო წრიდან მიღებულ არარელევანტურ ცოდნას. თუმცა, შედეგებმა აჩვენა, რომ რესპონდენტის განათლებასა და ინფორმაციის მიღების ლეგიტიმურ წყაროებს შორის არ არსებობს დადებითი კორელაცია. შესაბამისად, ჩვენი ჰიპოთეზა არ გამართლდა. უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ რესპონდენტების ნდობა განპირობებულია იმ ფაქტორებით, რომ ისინი ითვალისწინებენ, თავისი ახლობლების გამოცდილებას კონკრეტულ ექიმთან დაკავშირებით.

უცხოური კვლევის „CONSUMER’S RANKING OF CRITERIA FOR SELECTION OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN“, მიხედვით, რესპონდენტთა 81% უპირატესობას ანიჭებს ოჯახისა და მეგობრების რჩევას, ხოლო ექიმის გამოცდილებასა და კომპეტენციას მკვეთრად ნაკლები პროცენტი აქვს მინიჭებული შერჩევას. (McGlone).

Q3. თქვენთვის ნაცნობ ადამიანს თუ უსარგებლია თქვენს მიერ არჩეულ საავადმყოფოთი? (31 responses)

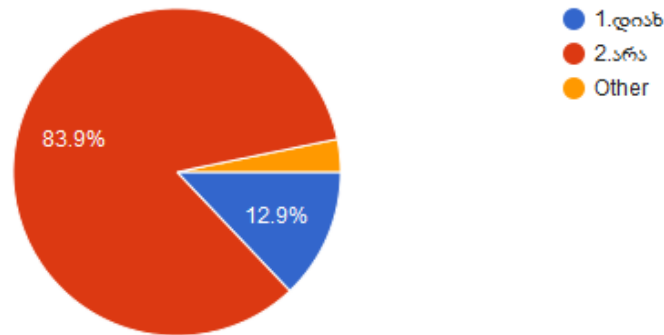


მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ რესპონდენტთა 74,2% ინფორმაციის მიღების სანდო წყაროდ მიიჩნევს ახლობლებს. მიუხედავად ამ უკანასკნელის მაღალი მაჩვენებლისა, ექიმის რჩევასაც გამოკითხულთა მიერ მინიჭებული აქვს საკმაოდ მაღალი პროცენტი (48,5%).

კვლევისას, ჩვენი ინტერესის სფეროს წარმოადგენდა ინტერნეტ სივრცეში განთავსებული ექიმთა რეინტინგების ბაზის არსებობის შესახებ რესპოდენტთა ინფორმირებულობა. აქვე აღსანიშნავია, რომ ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ექიმის კომპეტენციის შეფასების ერთ-ერთ სანდო კრიტერიუმს და ხელმისაწვდომია ყველასათვის. რესპოდენტთა 83,9% მა არ იცოდა მსგავსი რესურსის არსებობის შესახებ.

Q9 გაქვთ თუ არა ინფორმაცია ექიმთა რეიტინგების შესახებ რომლებიც ინტერნეტ სივრცეშია განთავსებული?

(31 responses)



სამედიცინო დაწესებულების ფიქიკური და სოციალური გარემო

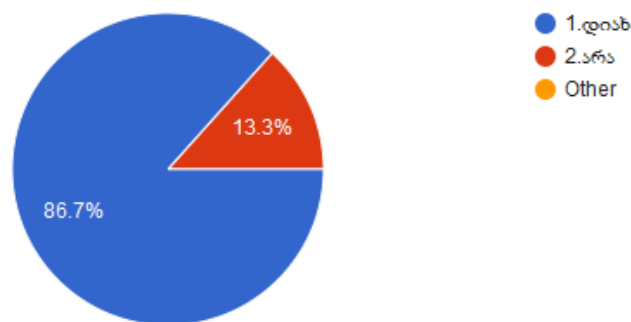
მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელზეც ყირადღება გავამახვილეთ კვლევის პროცესში, არის ფიზიკური და სოციალური გარემო, როგორც ექიმის არჩევის პროცესში ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ცვლადი.

საქართველოში, აკად. გ. ჩავიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, საავადმყოფოს მდგომარეობით გამოწვეულ კმაყოფილებას მნიშვნელოვანი როლი უჭირავს არჩევანისა და კვლავ მოხმარების პროცესში. რესპოდენტთა 97% დადებითად იყო განწყობილი არსებული კლინიკის მიმართ, რაც, ცხადია ხელს უწყობს მის პოპულარიზაციას. საავადმყოფოს სანიტარულ მდგომარეობას გამოკითხულთაგან აბსოლუტური უმრავლესობა დადებითად აფასებს. (ვერულავა, ბურკაძე, & ჯორბენაძე, 2015).

ჩვენს კვლევაშიც გამოვლინდა იგივე ტენდენცია:

Q12 სამედიცინო დაწესებულებების გარემოს აქვს თუ არა გადამწყვეტი მნიშვნელობა არჩევანის გაკეთებისას?

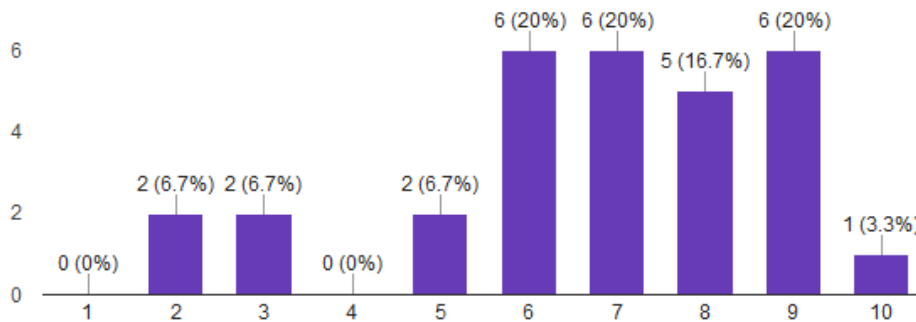
(30 responses)



გარემოს კატეგორიაში, ტოლფასოვნად მნიშვნელოვანია ასევე რეგისტრაციის პროცედურა და იქ მომუშავე პერსონალის დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ. აგრეთვე, ისიც, თუ რამდენად მოსახერხებელია საავადმყოფოში ექიმთან ვიზიტები. ვგულისხმობთ ექიმთან წვდომის შეუფერხებლობასა და ლოდინის პროცესის კომფორტულობას. კვლევაში გამოვლინდა, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობა რეგისტრატურის მომსახურებით კმაყოფილია.

Q14 როგორ შეაფასებდით 1-იდან 10-მდე რეგისტრატურაში მომსახურების ხარისხს?

(30 responses)



ცხადია, ექიმის პროფესია ითვალისწინებს პაციენტის მიმართ ემოციურ ნეიტრალობას და მხოლოდ პროფესიულ ფორმატში, საზღვრებში საქმიანობას. თუმცა, პაციენტებს აქვთ ექიმის მხრიდან ყურადღებიანი მოპყრობის, მათი პრობლემების მიმართ თანაგანცდის მოთხოვნილება. კვლევით გამოვლინდა, რომ გამოკითხულთა 77,4%-ის აზრით, ექიმს უნდა გააჩნდეს ემპათიური დამოკიდებულება მათ მიმართ.

უცხოური კვლევის „CONSUMER’S RANKING OF CRITERIA FOR SELECTION OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN“ მიხედვით, ექიმის შერჩევისას უდიდეს გავლენას ახდენს, თუ რამდენად კარგად უთითებთ ექიმს პაციენტთან დახორციელებს თუ არა მზრუნველობას მის მიმართ. (McGlone).

ჩვენი კვლევის ფარგლებში, გამოკითხულთა უმრავლესობა (94%) ეთანხმება დებულებას, რომ ექიმმა მიაწოდა ადეკვატური ინფორმაცია პაციენტის დაავადების შესახებ, შესაბამისად, პაციენტის მომავალი ქმედებები პოზიტიურად აისახება საკუთარ ჯანმრთელობაზე. ეს შედეგები შესაბამისობაში მოდის ზემოთ დასახელებულ უცხოურ კვლევასთან, რომლის მიხედვით, რესპონდენტთა 91%-ის აზრით, ექიმთან ვიზიტის შემდეგ საკუთარი დაავადების შესახებ ცოდნა ამაღლდა (McGlone).

დასკვნა, რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების გათვალისწინებით, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაციენტები კმაყოფილები არიან სოციალური კავშირებით რეკომენდირებული ექიმებისა, ვინაიდან პაციენტების სოციალური კმაყოფილების დონე პირდაპირპროპორციულია სოციალური კავშირების დახმარებით მიღებული რჩევისა. ეს უკანასკნელი წარმოადგენს კვლევის მიგნება/აღმოჩენას.

მიუხედავად იმისა, რომ ახლობლებისაგან მიღებულ რჩევებს, კვლევის ფარგლებში რაიმე ფატალური შედეგები არ გამოუვლენია და მხოლოდ კმაყოფილების მაღალი მაჩვენებელი გამოვლინდა, ჩვენი რეკომენდაცია იქნება, უფრო მეტი ყურადღება მიექცეს ექიმის კომპეტენციასა და იმ რესურსების ცნობადობას, საიდანაც შესაძლებელია ამ სახის ადეკვატური ინფორმაციის მიღება.

აბსტრაქტი

შესავალი: ადამიანები ექიმის შესახებ ინფორმაციას სხვადასხვა გზით იღებენ, მათ შორისაა ექიმის გადამისამართება, სოციალური კონტაქტები და სხვა მრავალი გზა. კვლევის მიზანია იკვლიოს არჩევანის პროცესში რომელ გზას ანიჭებენ უპირატესობას პაციენტები. გარდა ამისა, კვლევა მიზნად ისახავდა გამოველინა არსებობს შემთხვევაში კორელაცია ზემოაღნიშნულისა ასაკთან, განათლებასთან და შემოსავალთან. **მეთოდოლოგია:** კვლევისას გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ, სტრუქტურირებული კითხვარი, რომლებიც

რესპოდენტებმა შეავსეს. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 31 ადამიანი, მათგან 6 მამაკაცი და 25 ქალი. ასაკის საშუალო განისაზღვრა 21 წლით. **შედეგები:** კვლევამ გამოავლინა ტენდენცია, რომ გამოკითხულთა 70% ახლობლების რჩევასა და გამოცდილებას იყენებს ექიმის არჩევის პროცესში. უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევის ჰიპოთეზა, რომ რაც უფრო განათლებულია ადამიანი, მით უფრო ნაკლებად ირჩევს ექიმს სოციალური კაპიტალის დახმარებით, არ გამართლდა, ამ მრივ კორელაცია ძალზე მცირეა, რომ რაიმე კავშირზე ვისაუბროთ. კვლევის ერთ-ერთი მიზანს წარმოადგენდა პაციენტთა ინფორმირებულობის კვლევა ისეთი ვებსაიტების შესახებ, სადაც პაციენტს საშუალება აქვს ექიმი შეაფასოს და სადაც უკვე შეფასებული ექიმების რეიტინგებია მოცემული. ამ მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხულთა 84 პროცენტს არ ჰქონია ინფორმაცია ამის შესახებ. **რეკომენდაციები:** პაციენტების განათლების ამაღლება ექიმის შერჩევის ისეთი საშუალებების შესახებ, რომლებიც დასავლეთის ქვეყნებში კარგად აპრობირებულია, და სადაც პაციენტები კონკრეტულ ექიმებს აფასებენ მრავალ კრიტერიუმზე დაყრდნობით. მიზანშეწონილია მოცემული თემის შესახებ შემდგომი კვლევების გაგრძელება, რადგან ჩვენი კვლევის პოპულაცია საკმაოდ პატარაა.

Abstract

Identifying ways people acquire information about doctors (during decision-making)

Gvantsa Davitlashvili, Dali Melikidze, Dati Onezashvili, Mikheil Kurdadze - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Background, purpose: People get information about doctors from different sources. Among them are doctor's advice, social contacts and many others. The aim of the study was to identify ways/sources people use during decision-making. Furthermore, the study also aimed to find correlations (if applicable) between sources and age, education and income. **Methods:** During research quantitative method was used, in particular, structured questionnaire. 31 patients were involved in the study, 6 male and 25 female. Mean age was 21. **Results:** Study identified tendency that 70% of respondents used close friends and relatives during decision-making. It should be mentioned that hypotheses-the more educated person is, the more chance there is that one will not take advice of close friends and relatives into consideration, did not justify. Correlation is too small to write about relationship between variables. Moreover, one of the aims of the research was to study awareness of patients about websites, where people rate doctors and find comments on them. The study showed that 84% of respondents do not have such kind of information. **Recommendations:** One of the recommendations would be to raise awareness about aforementioned websites that are quite often used by patients in Western countries and where they have the chance to rate doctors based on many criteria. Additionally, on this topic further research should be conducted, as in this case population of the study was too small.

ბიბლიოგრაფია:

- Healthcare success. (2014, July). HealthCare Success. Retrieved from <http://www.healthcaresuccess.com/blog/hospital-marketing/6-10-people-choose-doctor-based-convenient-location.html>
- McGlone, T. CONSUMER'S RANKING OF CRITERIA FOR SELECTION OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN. Kentucky.
- ვერულავა, თ., ბურკაძე, ა., ჯორბენაძე, რ. (2015). სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. თბილისი.

ტრანსგენდერი ადამიანების სამედიცინო მომსახურების პრობლემები საქართველოში

თეიმურაზ ბეჟანიძე, მარიამ გულიაშვილი, თორნიკე შევარდნაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის პოლიტიკის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

შესავალი

ტრანსგენდერი ადამიანი არის პიროვნება, რომლის გენდერული იდენტობა - თანდაყოლილი გრძნობა იყოს ქალი ან კაცი ან სხვა - არ ემთხვევა ბიოლოგიურ სქესს, რომლითაც ისინი იბადებიან. ლგბტკი თეორიებში ხშირად იყენებენ ტერმინს - „გენდერულად ნონკონფორმული“ იმ პირების აღსაწერად, რომელთა გენდერული მახასიათებლები თუ ქცევები არ აღიქმება, ან ეწინააღმდეგება ტრადიციულ საზოგადოებაში დამკვიდრებულ შეხედულებებს.

2011 წელს, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, იულიამსის ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული კვლევის (გეითსი, 2011). ემპირიული მონაცემების თანახმად, ამერიკელთა 0.3-0.5% თავს აიდენტიფიცირებს ტრანსგენდერ ქალთან ან ტრანსგენდერ კაცთან. ეს ნიშნავს, რომ ტრანსგენდერი ადამიანთა რაოდენობა ამერიკაში 700 000-დან მილიონამდე მერყეობს. ტრანსგენდერი ადამიანები ამერიკის შეერთებულ შტატებში ცხოვრობენ, მუშაობენ, ჰყავთ ოჯახები, იხდიან გადასახადებს. თუმცა, ამ ყველაფრის მიუხედავად ისინი ცდილობენ გადარჩენენ თავიანთ საზოგადოებაში და ქვეყანაში.

რა ვითარებაა ამ მხრივ საქართველოში? გვაქვს ტრანსგენდერთა რაოდენობის აღმრიცხველი ოფიციალური სტატისტიკა? რამდენად ვფლობთ ინფორმაციას მათი ცხოვრებისა და პრობლემების შესახებ? რა ტენდენციები იკვეთება მიმდებლობისა და ხილვადობის ზრდის გზაზე? როგორია მათი სამუშაო გარემო და ჯანმრთელობის პირობები? რამდენად აქვთ წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე? რა საჭიროებები აქვთ და რა პრობლემებს აწყდებიან ამ გზაზე? სწორედ ამ კითხვებზე პასუხების მიღებას ემსახურება ჩვენი კვლევა.

კვლევა ფოკუსირებულია რამდენიმე მნიშვნელოვან საკითხზე (1) რამდენად ხელმისაწვდომია სახელმწიფო ჯანდაცვის სერვისები ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის? და (2) როგორია სახელმწიფო პოლიტიკა ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ ჯანდაცვის საკითხებთან მიმართებაში?

ჩვენი საკვლევი თემა უშუალოდ დაკავშირებულია საზოგადოებაში არსებულ ჰომოფობიურ განწყობებთან. თუმცა, ამას ვუყურებთ არა როგორც კერძო ხასიათის ლოკალურ ტენდენციას, არამედ, როგორც სოციალურ პრობლემას - საზოგადოების სოციალურ პრობლემას და ინდივიდის სოციალურ პრობლემას. ძირითადი პრობლემა და ტენდენცია, რომელსაც აქტივისტები მუდმივად უსვამენ ხაზს, არის ის, რომ, ხშირად, თემის მიმართ სახელმწიფოს აქვს გულგრილი დამოკიდებულება და ყველაფერი განიხილება მხოლოდ სამართლებრივ ჩარჩოში, ხოლო პრობლემის სოციალური მხარე მთლიანად იგნორირებული რჩება.

ჰომოფობიის განმსაზღვრელი რამდენიმე ძირითადი პრობლემა არსებობს. მათ რიგში, უპირველესად, განათლებას მიიჩნევენ ხოლმე. ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია ტრადიციულ შეხედულებათა სისტემა, რომელიც გამოიხატება მეინსტრიმ კულტურის გავლენაში საზოგადოებაზე, რომელიც გზას არ უთმობს სხვა, სუბკულტურის თუ კონტრკულტურის არსებობას. მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორია რელიგიაც, რომელსაც საქართველოს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი აღიარებს. მიუხედავად იმისა, რომ ჰომოსექსუალობა ჯანდაცვის მსოფლიო საზოგადოებამ დაავადებათა სიიდან 1991 წლის 17 მაისს ამოიღო, ასეთი დამოკიდებულება კვლავ მრავალ საზოგადოებაში თუ მის შემადგენელ ჯგუფში იჩენს თავს.

სწორედ ამ დღეს აღინიშნება ჰომოფობიასთან, ტრანსფობიასა და ბიფობიასთან ბრძოლის საერთაშორისო დღე.

გამომდინარე იქიდან, რომ ტრანსგენდერი ადამიანის სექსუალური ორიენტაცია საფუძველშივე ფენოტიპურად აღქმადია საზოგადოების მხრიდან, მათ მიმართ წამოსული აგრესია, ხშირად ძალადობა გაცილებით მოცულობითია, ვიდრე თემის სხვა წარმომადგენლების მიმართ. ტრანსგენდერი ადამიანები ლგბტ თემის ყველაზე დაუცველი ჯგუფია და ამაზე თავად ლგბტ აქტივისტებიც თანხმდებიან. საზოგადოება განსაკუთრებულ შეუწყნარებლობას სწორედ ტრანსგენდერ ადამიანთა მიმართ იჩენს, ეს სტიგმა კიდევ უფრო ძლიერდება, როდესაც სოციალური და კულტურული გარემოს გავლენით მათ სექსმუშაკად მუშაობა უწევთ და ეს საზოგადოებისთვის ცნობილი ხდება.

2014 წლის 11 ნოემბერს საქართველოში პირველად მოკლეს ტრანსგენდერი ადამიანი, აქტივისტები და უფლებადამცველები კი სწორედ სიძულვილის მოტივზე ამახვილებენ ყურადღებას. მიუხედავად საბი ბარიანის ფატალური შემთხვევისა, მსხვერპლისადმი სიძულვილის ენით გაქვლითილმა გამომხატურებამ აჩვენა, რომ ტრანსგენდერი ადამიანებზე ძალადობა და სიძულვილის აფიშირება სოციალურად მიღებულ მოვლენად იქცა.

2016 წელს ქალთა ინიციატივის მხარდამჭერი ჯგუფის მონაცემებით, ტრანსგენდერ ადამიანებზე თავდასხმის 20 შემთხვევა დაფიქსირდა, მათგან რამდენიმე კი ფატალურად დასრულდა. ამ პირობებში, ცხადი ხდება, რომ ტრანსგენდერი ადამიანები რჩებიან დაუცველები ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე, სხვადასხვა სფეროში, იქნება ეს შრომითი ურთიერთობების თუ, განსაკუთრებით, ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და სერვისის მიღების დროს განხორციელებული დისკრიმინაციისას.

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლის პირველ პუნქტში (Universal Declaration of Human Rights, 1948) ვკითხულობთ, რომ: „ყოველ ადამიანს უფლება აქვს, ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანისამოსის, ბინის, სამედიცინო და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად“. ჯანმრთელობის უფლების მუხლი, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტშია ხაზგასმული. ამ პაქტის მე-12 მუხლი ადგენს „თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს სტანდარტებზე“.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ის პრობლემები, რომელთა წინაშეც დგანან ტრანსგენდერი ადამიანები საქართველოში, საკმაოდ მრავალმხრივია: გენდერის სამართლებრივი აღიარების და სქესის კვლავმინიჭების საკითხთან დაკავშირებული პროცესების დაურეგულირებლობა, ხელს უწყობს ჯგუფის მარგინალიზებას და ამასთან, ხელს უწყობს ამ ადამიანების სიღარიბისა და უმუშევრობის დონის ზრდას. სწორედ ეს მარგინალიზება, სტიგმა, შრომით ბაზარზე დაუმკვიდრებლობა ხელმიუწვდომელს ხდის ჯანდაცვის სერვისებს, სწორედ იმ სერვისებს, რომელთა მიღება ამ ადამიანების არსებობისთვის და სრულფასოვანი ცხოვრებისთვის აუცილებელია. წინასწარი ვარაუდით, ტრანსგენდერი ადამიანები ვერ იღებენ ჯანდაცვის სერვისებს სრულფასოვნად, რაც მათი გენდერული იდენტობით არის განპირობებული.

კვლევის მეთოდოლოგია

ტრანსგენდერი ადამიანების პრობლემის წარმოჩენა სოციალური მეცნიერებების სფეროში ახლა იწყება და ამ მიმართულებით ინტერესი ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად გაღვივებული. ამან განაპირობა ის ფაქტი, რომ საქართველოში ამ კუთხით არსებული მდგომარეობის რაოდენობრივი კვლევის მეთოდით შესასწავლად საკმარისი თეორიული საფუძველი არ გაგვაჩნია, აქამდე არ ჩატარებულა კონკრეტული ემპირიული კვლევა, რომელიც გვიჩვენებდა ტრანსგენდერი

ადამიანების დაახლოებით ოდენობას, დასაქმების მაჩვენებელს და სხვა სახის ინფორმაციების. ამავდროულად უცხოური ლიტერატურა შესაძლოა ქართული რეალობის რელევანტური არ აღმოჩნდეს, შესაბამისად, ამ ეტაპზე არ მიგვაჩნია მიზანშეწონილად კვლევის რაოდენობრივი მეთოდოლოგიის გამოყენება და შედეგების განზოგადება.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, აქცენტი გავაკეთეთ კვლევის თვისებრივ მეთოდზე, კერძოდ, სიღრმისეულ ინტერვიუზე. იგი საშუალებას მოგვცემს უფრო შინაარსობრივად, კონკრეტული შემთხვევების მაგალითზე სიღრმისეულად დავინახოთ და გავაანალიზოთ ის პრობლემები, რაც ტრანსგენდერ ადამიანებს ხვდებათ ჯანდაცვის მომსახურების მიღების დროს საქართველოში. აღნიშნული მეთოდის მოქნილობიდან გამომდინარე, საშუალება მოგვცა, საჭიროებისამებრ, გადაგვეხვია ინტერვიუს გზამკვლევიდან, დაგვეზუსტებინა და/ან წამოგვეჭრა ახალი საკითხები. გარდა ამისა, სიღრმისეული ინტერვიუს გამოყენებით უფრო ავთენტური პასუხების დაფიქსირება და შესასწავლი საკითხის ახალი ასპექტების გამოყოფა შევძელით.

სიღრმისეული ინტერვიუ და მისი ნაირსახეობები გამოიყენება არა მხოლოდ სოციალურ მეცნიერებებში, არამედ, აგრეთვე, მრავალ მონათესავე დარგში: ჟურნალისტიკაში, კრიმინალისტიკაში, ბოიგრაფიულ მეცნიერებაში, მარკეტინგში და სხვ. განსხვავებული მიდგომების მიუხედავად, ყველა ამ შემთხვევაში ამ მეთოდს აერთიანებს ის გარემოება, რომ ის მიზნად ისახავს რესპონდენტებისაგან დეტალური, ღრმა და თანამიმდევრული ინფორმაციის მიღებას მათი ცხოვრებისეული გამოცდილების შესახებ, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელი გახდება გარკვეული საზოგადოებრივი კანონზომიერებების დადგენა, ზოგ შემთხვევაში კი - საერთო ხასიათის დასკვნების გაკეთება (ზურაბიშვილი, 2006 : 16).

სოციოლოგიური კვლევის აღნიშნული მეთოდის მიზანია გავიგოთ რესპონდენტების მაქსიმალურად დეტალური მოსაზრებები შესასწავლ საკითხთან დაკავშირებით; ამიტომ „როგორ?“ და „რატომ?“ კითხვები ყველაზე ხშირი და სასარგებლოა ამ ტიპის ინტერვიუში. არანაკლებ ხშირად აქვს ადგილი თხოვნას რესპონდენტისადმი, დაწვრილებით აგვიღწეროს ესა თუ ის შემთხვევა თავისი ცხოვრებიდან და მისი შთაბეჭდილებები, მისი რეაქცია ამ შემთხვევასთან დაკავშირებით; მისი დამოკიდებულება გარკვეული ხალხის ან მოვლენებისადმი, მის მიერ ჩვენთვის საინტერესო მოვლენების შეფასება. (ზურაბიშვილი, 2006 :17)

ამ მეთოდის სუსტ მხარეს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ შესაძლოა თავი იჩინოს ინტერვიუერის გავლენის ეფექტმა, რაც გულისხმობს რესპონდენტების მისწრაფებას სოციალურად სასურველი პასუხების დაფიქსირებისაკენ. გარდა ამისა, სიღრმისეული ინტერვიუს მსვლელობისას შეუძლებელია ანონიმურობის დაცვა, ისეთ მგრძობიარე თემაზე საუბრისას კი, როგორცაა დასაქმება, სამუშაოს, შემოსავლის წყაროს შენარჩუნების მიზნით, ადამიანებს საკუთარი იდენტობის დაფარვა ურჩევნიათ. აქედან გამომდინარე, გასაკვირი არ არის, რომ კვლევის საწყის ეტაპზევე პოტენციური რესპონდენტების მხრიდან თავი იჩინა ინტერვიუს მიცემისაგან თავის შეკავების პრეცედენტმა. თუმცა აღნიშნული დაბრკოლება კვლევის დასაწყისშივე იყო გათვალისწინებული და კონფიდენციალურობის პრინციპისა და კვლევის მიზნების ზეპირსიტყვიერი გაცნობის საშუალებით გადაიჭრა.

კვლევის ფარგლებში გამოყენებული ინტერვიუს გზამკვლევი პირობითად 4 ძირითადი ბლოკისგან შედგებოდა და მიზნად რესპონდენტის დაინტერესებასა და საჭირო ინფორმაციის ეტაპობრივად მიღებას ისახავდა. პირველი ბლოკი ზოგადი ხასიათის ინფორმაციის გაცნობას ეხებოდა და რესპონდენტებს პასუხების ადვილად გაცემის, ხოლო ინტერვიუერებს ნდობის მოპოვების შესაძლებლობას აძლევდა. ინტერვიუს გზამკვლევაში კითხვების ეტაპობრივად გართულებამ ეფექტურად გადაჭრა კითხვებზე პასუხის გაცემისგან თავის შეკავების პრობლემა და შესასწავლი საკითხის უფრო ღრმა და ფართო ანალიზის გაკეთების საშუალება მოგვცა. სიღრმისეული ინტერვიუების დასასრულს რესპონდენტებმა მათ გარშემო არსებული

(ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანდაცვის მომსახურებასთან დაკავშირებული საკითხები) პრობლემების მოგვარების მათეული ხედვა გაგვიზიარეს, გზამკვლევის ამ ბლოკმა კი ურთიერთობის ნაკლებად პესიმისტურ ნოტაზე დასრულება უზრუნველყო. საკვლევი პოპულაცია შედგებოდა თბილისისა და რუსთავეში მცხოვრები მძიმე ტრანსგენდერი ადამიანებისგან. შერჩევითი ერთობა კი 6 რესპონდენტით განისაზღვრა. გამომდინარე იქიდან, რომ საკვლევი პოპულაციის გამოკვეთილი ჩარჩო არ გაგვაჩნდა, ამავედროულად შესასწავლი ჯგუფი მოწყვლადია რესპონდენტები თოვლის გუნდის მეთოდით გამოყენებით შეგროვდა. აღნიშნული მეთოდის გამოყენებით დაუკავშირდით 6-ვე რესპონდენტს. საველე სამუშაოები 5 იანვარი – 11 იანვარის შუალედში მიმდინარეობდა.

ქვემოთ მოცემული კვლევის მთავარ შეზღუდვას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ მიღებული მონაცემები რეპრეზენტატულად არ ასახავს ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობას ჯანდაცვის პოლიტიკის კუთხით, მათ პრობლემებს, შესაბამისად, მიღებული შედეგები განზოგადებულ სახით არ შეიძლება იქნას გამოყენებული

ინფორმაცია შერჩეული რესპონდენტების შესახებ

სიღრმისეული ინტერვიუს დროს ჩაწერილი რესპონდენტების ვინაობა საგანგებოდ კონფიდენციალურია. ამით ვიცავთ, ერთი მხრივ, როგორც ინფორმირებული თანხმობის პრინციპს, მეორე მხრივ რესპონდენტების სურვილს, არ იყოს მათი ვინაობა იდენტიფიცირებადი. ამიტომ კვლევაში მათი სახელები და გვარები გამოყენებულია მხოლოდ პირობითი სიმბოლოების და/ან სახელების საშუალებით.

ცხრილი 1: რესპონდენტების განაწილება

სულ	ასექსუალი	ჰეტეროსექსუალი	ქვიარი (პანსექსუალი)	გეი, ლესბი, ან მსგავსი	ბისექსუალი
6	0 – 0%	0 – 0%	1 -16%	3 – 50%	2 – 33%

კვლევის შედეგები

I ნაწილი. ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის მომსახურებაზე

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ლგბტკი თემში ყველაზე მოწყვლად, დისკრიმინირებულ ჯგუფს სწორედ ტრანსგენდერი ადამიანები წარმოადგენენ, იმ პრობლემებს, რაც ლესბოსელ, გეი თუ სხვა სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის ადამიანებს გააჩნიათ (*იქნება ეს: შრომითი პრობლემები, საზოგადოების მხრიდან ჰომოფობიური დამოკიდებულებები და ა.შ*) ტრანსგენდერების შემთხვევაში ამ პრობლემებს ემატებათ ის, რომ მათ აქვთ სერიოზული პრობლემა გენდერის სამართლებრივ აღიარებასთან დაკავშირებით, ასევე ძალიან ძვირია ის ოპერაციამდელი პროცედურები, რაც ტრანზაცის პროცესის პრერეკვიზიტია (ჰომოფობიური სიძულვილის ენა და რეგულაციის მექანიზმები, 2012)), სწორედ ამ და სხვა პრობლემების შედეგად ტრანსგენდერი ადამიანები განიცდიან დისკრიმინაციას თითქმის ყველა სახელმწიფო „მომსახურების“ სარგებლობის დროს, მათ შორის კი ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და ამავედროულად პრობლემურ საკითხს სამედიცინო მომსახურების მიღება წარმოადგენს.

რესპონდენტთა უმრავლესობა (4, N=6) აცხადებს, რომ საქართველოში ექიმებს ტრანსგენდერი ადამიანებისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ.

„კბილის ექიმთან მქონდა ვიზიტი, თავიდან ყველაფერი კარგად მიდიოდა, ამ ქალმა [ექიმმა] კარგად მიმიღო და მიხაროდა, რამდენიმე დღის შემდეგ მითხრა, ვეღარ ივლი ღიადო, მგონი თანამშრომლებს არ სიამოვნებდათ და არასამუშაო საათებში მიბარებდა, როცა ყველა მიდიოდა, შემდეგ მე თვითონ შევწყვიტე სიარული.“

რესპონდენტი . 22 წლის, ტრანსგენდერი ქალი. რიტა

ამავდროულად, აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ რესპონდენტთა მცირე ნაწილმა (2, N=6) ჩვენთან საუბრისას აღნიშნა, რომ ექიმებს არ აქვთ უარყოფითი დამოკიდებულება ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ, თუმცა როგორც შემდეგ საუბარში აღმოჩნდა მათ არასდროს მიუმართავთ ექიმისთვის შეცვლილი გენდერული იდენტობით, ძირითადად თვითმკურნალობით არიან დაკავებულები.

„ექიმებთან მისვლის თავი არ მაქვს, არამგონია უარყოფითი დამოკიდებულება გამოხატონ, მაგრამ მირჩევენია სახლში ვიმკურნალო, ზოგადად იშვიათად მჭირდება აღნიშნული მომსახურება“

რესპონდენტი . 36 წლის, ტრანსგენდერი კაცი. დევიდი.

„ერთხელ რაღაც ვირუსი დამემართა, თვითმკურნალობა ვარჩიე, მე თვითონ ვიყიდე ანტიბიოტიკები და საბოლოოდ ისე მოხდა, რომ მძიმე ფორმის ფილტვების ანთებაში გადაიზარდა ყველაფერი.“

რესპონდენტი. 31 წლის . ტრანსგენდერი ქალი. ემილია.

ერთ-ერთი რესპონდენტი იხსენებდა თავისი მეგობრის, ზიზის (ტრანსგენდერი ქალი) ამბავს, როცა ექიმმა არ მიიღო ტრანსგენდერი პაციენტი, სწორედ მისი გენდერული იდენტობის გამო.

„ზაფხული იყო, ზიზი ჩემი მეგობარი, ერთად ვმუშაობთ, სასტიკად სცემეს, ფიზიკური დაზიანება მიაყენეს... მივიყვანეთ საავადმყოფოში, მაგრამ ექიმმა უკან გამოგვიშვა, პასუხით „მიღება დასრულებულიაო“, არადა შუადღის 5 საათი იყო...“

რესპონდენტი . 27 წლის, ტრანსგენდერი ქალი. მარტა

„ჩემ გარშემო ტრანსგენდერების მიმართ კარგი დამოკიდებულება არავის აქვს, მაგრამ, ექიმმა თავისი მოვალეობა უნდა შეასრულოს, მაგაზე არ ვდარდობ, ჩემი მთავარი პრობლემა ყოველთვის ფინანსები იყო, ფინანსურად დამოუკიდებელი ვარ და მიჭირს ყველაფრისთვის თანხის დაზოგვა“

რესპონდენტი . 24 წლის, ტრანსგენდერი კაცი. ნოე

რესპონდენტების უმრავლესობა (4; N=6) აღნიშნავენ, რომ ზოგადად ტრანსგენდერი ადამიანები განიცდიან უხემ ფიზიკურ მოპრყობას ექიმების მხრიდან, დამამცირებელ შენიშვნებს, ამავდროულად ხშირია ფაქტები კონფიდენციალობის დარღვევის, შეურაცხყოფის, არასანდო და არამეგობრული დამოკიდებულების. ხშირად ეშინიათ კიდევ მათი. რესპონდენტებიდან ერთმა აღნიშნა, რომ გარეგნულად, ვიზუალურად რთულია მისი ბიოლოგიური სქესის ამოცნობა, ამის გამო ის მალავს საკუთარ ბიოლოგიურ სქესს. ამის გამო კი ერთხელ არასწორი დიაგნოზი დაუსვეს.

კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ არც ერთი რესპონდენტი არ იტარებს რეგულარულ პროფილაქტიკურ სამედიცინო გამოკვლევებს ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის დასადგენად. ერთ-ერთი რესპონდენტის შემთხვევაში ექიმთან არ მისვლის მიზეზი ახლობლის ჰომოფობიური დამოკიდებულებაც იყო.

„ერთხელ რაღაც პრობლემა მქონდა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, ექიმთან დავაპირე წასვლა და ჩვენმა დეიდაშვილმა თქვა, ეგ იმის ბრალია, ეგეთი რომ ხარო, მაგას როცა უშველი, ყველაფერი მოგვარდებაო, გადავიფიქრე წასვლა, თვითონაც ექიმია და ალბათ სხვებიც მისნაირად ფიქრობენ“

რესპონდენტი . 21 წლის, ტრანსგენდერი ქალი. ნატა

საგანგებოდ უნდა აღინიშნოს, რომ რამდენიმე ინტერვიუს შემთხვევაში (3; N=6) გამოვლინდა კიდევ ერთი პრობლემა, რაც დაკავშირებულია ტრანსგენდერი ადამიანების ნაკლებ ინფორმირებაზე სექსუალური განათლების მიმართ. რეალურად ისინი ვერ განასხვავებდნენ

ერთმანეთისგან „სექსუალურ ორიენტაციას“ თუ „გენდერულ იდენტობას“, „ტრანსვესტიტს“ თუ „ტრანსექსუალს“ და ა.შ. რაც კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა.

აღნიშნავია, რომ ექვსი რესპონდენტიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მხოლოდ 2 სარგებლობს. იმ რესპონდენტებიდან, ვინც არ სარგებლობს (4; N=6), ამის ძირითად მიზეზად ასახელებენ ინტერესის და/ან საჭიროების ნაკლებობას. რამდენიმე მათგანმა (2; N=6) სტრესიც კი დაასახელა, რადგან არ სურთ საბუთების შევსების პროცესში გარეგნობისა და საბუთებში დაფიქსირებული სქესის ახსნაზე დაიწყონ საუბარი. 2 რესპონდენტიდან, არც ერთს გამოუყენებია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, აქედან ერთს ესაჭიროებოდა მისი გამოყენება, მაგრამ ექიმთან მისვლის ნაცვლად თვითმკურნალობა ჩატარა.

II ნაწილი. სპეციფიკური ჯანდაცვის მომსახურება

„განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ტრანზიციისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებას, როგორცაა, მაგალითად, ჰორმონული თერაპია და სხვადასხვა ტიპის ქირურგიული ჩარევა (განსაკუთრებით, მასტექტომია ან მკერდის გადიდება). მაშინ, როცა მკერდის გადიდების მსურველი ტრანსგენდერი ქალები პირდაპირ მიმართავენ პლასტიკურ ქირურგს, ტრანსგენდერი კაცებისთვის უცნობია, ვის შეიძლება მიმართონ მასტექტომიისათვის და რა ჩვენებაა საჭირო იმისათვის, რომ ქირურგმა ეს ოპერაცია ჩაატაროს.“ (გვიანაშვილი, 2015).

რესპონდენტების პასუხებიდან და ამავდროულად ლიტერატურის გაცნობის შედეგად გაირკვა, რომ ქართულ პრაქტიკაში გენდერის კვლავმინიჭების დროს ხდება ე.წ. „ჭეშმარიტი ტრანსექსუალის“ (Balzer, 2012) ცნობის გაცემა. ეს ცნობა არის ერთწლიანი დაკვირვების შედეგი, რომელიც მოიცავს ფსიქოლოგთან, სექსოლოგთან, ფსიქიატრთან გასაუბრებას, ამავდროულად ჰორმონულ და ქრომოსომულ ანალიზებს და ამის შემდეგ გასცემს სექსოლოგი (Coleman E, 2012). სწორედ ამ საბუთს მოითხოვს პლასტიკური ქირურგი, სანამ გენდერის კვლავმინიჭების ოპერაციის ჩატარებაზე დათანხმდება. რესპონდენტების დიდი ნაწილი (5; N=6) თვლის, რომ მსგავსი ცნობა შედარებით უფრო მარტივად და ნაკლები ბიუროკრატიზაციის შედეგად უნდა გაიცემოდეს. (რესპონდენტებიდან მხოლოდ ერთს აქვს „ჭეშმარიტი ტრანსექსუალის“ ცნობა).

კვლევამ აჩვენა, რომ ძირითადი პრობლემა მაინც არის ფინანსური ნაკლებობა ტრანზაციის თანამდევი სამედიცინო პროცედურებისთვის. ტრანზაციის პროცესზე ხელმიუწვდომელობა კი რესპონდენტების აზრით კიდევ ახანგრძლივებს და რამდენიმე ათეული წლით გადადებს პრობლემის მოგვარების გზებს. ისინი ისევ დისკრიმინაციულ მოპყრობას განიცდიან და სწორედ ასე გააგრძელებენ ცხოვრებას, რადგან ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით:

„ტრანსგენდერი ადამიანისთვის სქესის შეცვლა არა პლასტიკური ოპერაციაა, არამედ ეს არის ცხოვრების გულისგული... სხეული არ მემორჩილება, მანადგურებს...“

რესპონდენტი . 22 წლის, ტრანსგენდერი ქალი. რიტა

„აი, წარმოიდგინეთ თქვენი მდგომარეობა, რომელიმე ბუნებრივ მოთხოვნილებას რომ ვერ იკმაყოფილებდეთ, სქესის შეცვლის ოპერაცია ჩემთვის ბიოლოგიური მოთხოვნილებაა ...“

რესპონდენტი . 27 წლის, ტრანსგენდერი ქალი. მარტა

ტრანზაციის პროცესში კი ერთ-ერთ პრობლემად ინფორმაციის ნაკლებობა სახელდება. მათ არ აქვთ თანმიმდევრული ინფორმაცია ტრანზიციის იმ პროცედურებთან დაკავშირებით, რომელთა გავლაც საქართველოშია შესაძლებელი. შესაბამისად, ინფორმაციული კამპანიის წამოწყება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი აქტივობა იქნება ამ კუთხით. ინფორმირებულობის ნაკლებობა თავის მხრივ იწვევს სხვა სახის პრობლემებს.

დასკვნა, რეკომენდაციები

აღნიშნული კვლევის ძირითადი მიზანი იყო შეგვესწავლა ჯანდაცვის სფეროში ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ტრანსგენდერი

ადამიანები პრაქტიკულად არ სარგებლობენ რეგულარული სამედიცინო მომსახურებით, მიმართავენ თვითმკურნალობას, რასაც ხშირად მოყვება ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევები. სამედიცინო სერვისებზე წვდომის შეზღუდულობას განაპირობებს ექიმების მხრიდან მომსახურებაზე უარის თქმა ან ჰომოფობიური დამოკიდებულების გამოქვავება პაციენტის მიმართ. ხშირად, ამ უკანასკნელის მოლოდინიდან გამომდინარე ის ტრანსგენდერი ადამიანები, რომელთა გარეგნული იდენტიფიცირებაც შესაძლებელია ჰეტეროსექსუალ ადამიანთან, მალავენ საკუთარ გენდერულ იდენტობას და შედეგად იღებენ არასწორ დანიშნულებას ექიმის მხრიდან. ცალკე საკითხია ის გარემოება, რომ ტრანსგენდერი ადამიანები არ იტარებენ პროფილაქტიკურ გამოკვლევებს (მაგ. როგორცაა სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი და ა.შ.)

უნდა აღინიშნოს, თაად ტრანსგენდერთა ინფორმირებულობის დაბალი დონე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სერვისების მიმართ. რესპონდენტთა ნაწილს არასდროს უსარგებლია საყოველთაო დაზღვევის პაკეტით, სწორედ იმის გამო, რომ არ ფლობდნენ ინფორმაციას აღნიშნული დაზღვევით გათვალისწინებული მომსახურების ანაზღაურების შესახებ.

თუმცა, საკვლევ კითხვას თუ დავუბრუნდებით, ერთ-ერთი ძირეული პრობლემა სწორედ ექიმების უარყოფითი დამოკიდებულებაა ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ. აღნიშნულმა კვლევამ კიდევ ერთხელ დაადასტურა ნაშრომის დასაწყისში წარმოთქმული ჰიპოთეზა. აქ ვხვდებით ორგვარ გარემოებას: 1. შემთხვევებს როდესაც ექიმის მხრიდან მოდის უარი, ჰომოფობიური შინაარსის კრიტიკა; 2. შემთხვევებს, როდესაც მოსალოდნელი რეაქციის მოლოდინიდან გამომდინარე პაციენტი თავად ამბობს უარს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობაზე. ორივე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ჰომოფობიური დისკურსის გავლენებთან, ადამიანური მოღვაწეობის ისეთ სფეროებშიც კი როგორც მედიცინაა, თუმცა აქ მისი გავლენა გაცილებით უფრო მძიმე ფორმით გამოიხატება, ვინაიდან საქმე გვაქვს ადამიანის სიცოცხლესთან.

ვეჭრობთ, აღნიშნულ პრობლემას მრავალი გამომწვევი მიზეზი აქვს და მისი მოგვარებაც ხანგრძლივ და მრავალფეროვან პროცედურებთანაა დაკავშირებული. თუმცა, შესაძლებელია მდგომარეობის ნაწილობრივ გამოსწორება შესაბამისი რეკომენდაციების გათვალისწინების პარალელურად:

- სამედიცინო მუშაკების მომზადება ლგბტ საკითხებში, იქნება ეს ტრენინგების ჩატარება თუ სხვა;
- ჯანდაცვის სერვისების შესახებ ინფორმირებასთან დაკავშირებული სოციალური რეკლამების თუ კამპანიის შექმნა;
- სახელმწიფოს უფრო მეტი დაინტერესება, ყურადღების გამოჩენა ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ და მათთვის სპეციალური სერვისების შექმნა.
- ანტიდისკრიმინაციული კანონის ქმედითი აღსრულება სამედიცინო დაწესებულებებში.

აბსტრაქტი

შესავალი: ყოველდღიურად ტრანსგენდერი ადამიანები მძიმე სოციალური და ეკონომიკური მარგინალიზაციის მსხვერპლები არიან, სწორედ მათი გენდერული იდენტობის გამო. კვლევები აჩვენებენ, რომ ტრანსგენდერ ადამიანებს უწევთ ძალიან მძიმე პირობებში „თავის გატანა“, დაბრკოლებები ექმნებათ არა მარტო მატერიალური ღირებულებების ძიების პროცესში, არამედ მინიმალური, ცხოვრებისთვის აუცილებელი საჭიროებების მოთხოვნის დროს. ეს მოთხოვნები შეიძლება იყოს: საცხოვრებელი ადგილის ქონა, ჯანმრთელობის სერვისის მიღება, სამუშაო ადგილის ძიება და ა.შ. კვლევის მიზანია ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა, კერძოდ, თუ რამდენად ხელმისაწვდომია სახელმწიფო ჯანდაცვის სერვისები ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის და როგორია სახელმწიფო პოლიტიკა ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ ჯანდაცვის საკითხებთან მიმართებაში.

მეთოდოლოგია: თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რესპოდენტთა სიღრმისეული ინტერვიუები. გამოიკითხა 6 ტრანსგენდერი ადამიანი. **შედეგები:** კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ტრანსგენდერი ადამიანები ვერ სარგებლობენ ჯანდაცვის სერვისებით, საჭიროების შემთხვევაში თვითმკურნალობას ეწევიან, რადგან ეს არის ერთადერთი გზა თავი აარიდონ იმ ჰომოფობიურ, დისკრიმინაციულ განწყობებს, რაც მოდის არა მხოლოდ საზოგადოებისგან, არამედ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებისგანაც. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** ტრანსგენდერი ადამიანების მიერ სამედიცინო მომსახურების მიღებისას არსებული პრობლემების გადასაწყვეტად აუცილებელია სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის გაძლიერება, რომ უფრო ქმედითუნარიანი გახდეს ანტიდისკრიმინაციული კანონი. აუცილებელია სამედიცინოს სფეროს წარმომადგენლების გადამზადება ლგბტკი საკითხებში.

საკვანძო სიტყვები: ტრანსგენდერი; ჯანდაცვის პოლიტიკა; მომსახურება;

Abstract

Problems of transgenders in Georgian health care system

Teimuraz Bezhanidze; Mariam Guliashvili; Tornike Shevardnadze – Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Bachelor Students of Political Sciences, Faculty of Social and Political sciences.

Background, purpose: Every day transgender people become victims of the hard economic and social marginalization, exactly because of their gender identity. Recently, some of the trustworthy researches have shown, that transgender people have to “survive” in quiet hard conditions not only while seeking for high material standards, but during searching for minimal, life important requests. These requests could turn out to be: to have a proper living place, health service, jobs and etc. The most interesting to learn from the above is about health service. This work is exactly about that matter. This research is focused on several important things: How easily do transgender people get to use Government’s official health service and How does Government treat these people and what are their main concerns about transgender people’s health.

Methodology: To get all the answers on our questions, we chose to use qualitative methodology. During this research we’ve interviewed 6 ($N=6$) transgender. **Results:** The survey results showed that transgender people are not entitled to health care services, if it’s necessary, are engaged in self-treatment, because this is the only way to avoid the homophobic, discriminatory attitudes, which comes not only from the society, but also the persons who are represented the medical field. **Recommendations:** Therefore It’s necessary to intervene the state in these process to become Anti-discriminational law more effective, and it would be better if medical representatives trained in the LGBTQI issues.

Key words: Transgender; Health care; Service

ბიბლიოგრაფია

- Balzer, C. a. (2012). Transrespect versus Transphobia Worldwide: A Comparative. TvT Publication Series.
- Coleman E, B. W. (2012). Standards of care for the health of transsexual,.
- Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law. ((მომიებულია: 11.01.2017)). United Nation Human Rights.
- <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes.pdf>.
- Universal Declaration of Human Rights. (1948). United Nation.
- გეითსი, გ. ჯ. (2011). უილიამსის ინსტიტუტი. რამდენი ადამიანიაგეი, ლესბი, ბისექსუალი და ტრანსგენდერი?: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-PeopleLGBT-Apr-2011.pdf>
- გვიანიშვილი, ნ. (2015). ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. თბილისი: ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი.
- აღდგომელაშვილი ე., (2012). ჰომოფობიური სიძულვილის ენა და რეგულაციის მექანიზმები. <http://ge.boell.org/sites/default/files/book5.pdf>.

საექთნო პრაქტიკის გარემოს თავისებურებები და სამუშაოთი კმაყოფილება

ენდი ჭელიძე, ლევან მელქაძე, სოფო დალაქიშვილი, ნინო სამხარაძე, გვანცა დევანოიძე, მარიამ მუნჯიშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

მედდების დეფიციტი საერთაშორისო პრობლემაა და აქვს ნეგატიური გავლენა ჯანდაცვის სისტემასა და პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე [2]. იგი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან: ჯანდაცვის სისტემის უუნარობა, შეინარჩუნოს საექთნო კადრები [3], არსებული სამუშაო პირობები [4, 5], სამსახურეობრივი კმაყოფილება [6], მიმზიდველი სამუშაო გარემო [7, 8]. არადამაკმაყოფილებელი სამუშაო გარემო ნეგატიურად მოქმედებს სამსახურით კმაყოფილებაზე და ზრდის მისი დატოვების მსურველთა რაოდენობას.

ექთნების სამუშაოზე შეკავებაზე გავლენას ახდენს სახელმწიფოს რეგულირება, ანაზღაურების მექანიზმები. მაგ., ისრაელში საექთნო საქმე რეგულირდება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ (საექთნო კადრების განაწილება, მათი დაფინანსება). შესაბამისად, რადგან მედდის ხელფასი არ განსხვავდება სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის, არ არსებობს მათი ერთი ორგანიზაციიდან მეორეში გადაადგილების მოტივაცია, რაც გავლენას ახდენს ექთნების სამუშაო გარემოთი კმაყოფილებაზე და შესაბამისად, შეკავებაზე [9,10].

სამუშაო გარემო განისაზღვრება შემდეგი მახასიათებლებით: ექთნების მონაწილეობა საავადმყოფოს მართვაში, ექთანთა საქმიანობის ხარისხის ამალგებაზე ზრუნვა, ურთიერთობები ექიმებსა და ექთნებს შორის [11, 12, 13].

კვლევის მიზანს წარმოადგენს მედდების დეფიციტის მიზეზების, საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლების, მედდების სამუშაოზე შეკავების და სამუშაოთი კმაყოფილების პრობლემის შესწავლა საქართველოში.

მეთოდოლოგია

ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა მედდების გამოკითხვა. კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა თვითადმინისტრირებადი კითხვარები. გამოკითხვა ჩატარდა საერთაშორისოდ აღიარებული The Practice Environment Scale-ის (პრაქტიკული გარემოს სკალა) მეშვეობით, რომელიც ექთნების სამუშაო გარემოს შეფასებისთვის გამოიყენება. კვლევისათვის შეირჩა ქ. თბილისის 3 კლინიკა, რომლებშიც მარტივი შემთხვევითი შერჩევით შეირჩა 60 ექთანი. მონაცემების შეგროვების შემდეგ განხორციელდა მათი სისტემატიზაცია SPSS-ის პროგრამის საშუალებით.

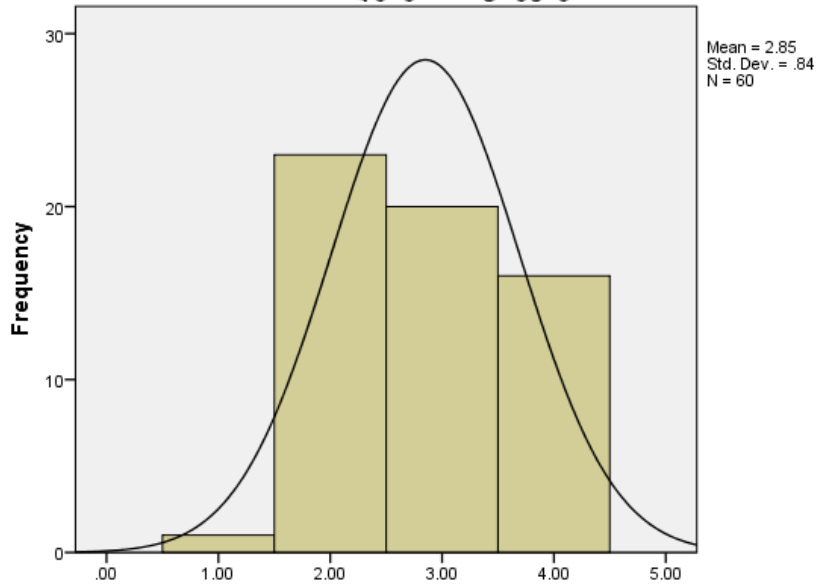
კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ დროის შეზღუდულობის გამო გამოვიკითხეთ 3 სამედიცინო დაწესებულების 60 ექთანი, შესაბამისად ჩვენი კვლევა რაოდენობრივი კვლევის მთავარ იარაღს, რაც გულისხმობს რეპრეზენტატულობას, ვერ გამოვიყენებთ და მიღებულ შედეგებს ვერ განვაზოგადებთ ყველა სამედიცინო კლინიკაზე.

შედეგები

გამოკითხულთა 40% არ ეთანხმება ან სრულიად არ ეთანხმება დებულებას „გვაქვს საკმარისი დრო და შესაძლებლობები პაციენტის პრობლემები განვიხილოთ სხვა ექიმებთან ერთად“ (დიაგრამა I). კითხვას: „ექთნების რაოდენობა საკმარისია პაციენტის მომსახურებისთვის“ (დიაგრამა II) არ ეთანხმება ან სრულიად არ ეთანხმება 51.6%. აღნიშნული საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია და წარმოაჩენს ჩვენი კვლევის ერთ-ერთ მთავარ მიზნებს.

დიაგრამა N1 :

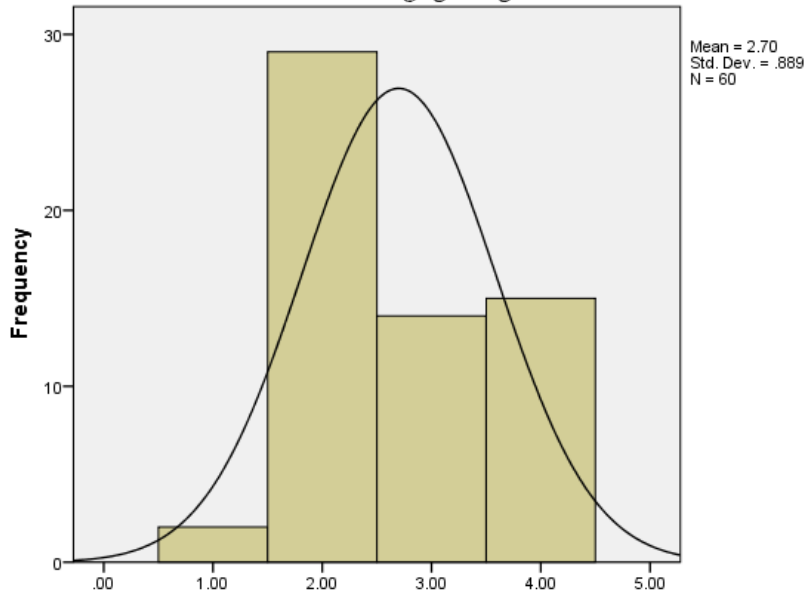
გვაქვს საკმარისი დრო, შესაძლებლობები რომ განვიხილით პაციენტის პრობლემები სხვა ექნებთან



გვაქვს საკმარისი დრო, შესაძლებლობები რომ განვიხილით პაციენტის პრობლემები სხვა ექნებთან

დიაგრამა N2:

ექთნების რაოდენობა საკმარისია პაციენტებზე ხარისხიანი ზრუნვისთვის

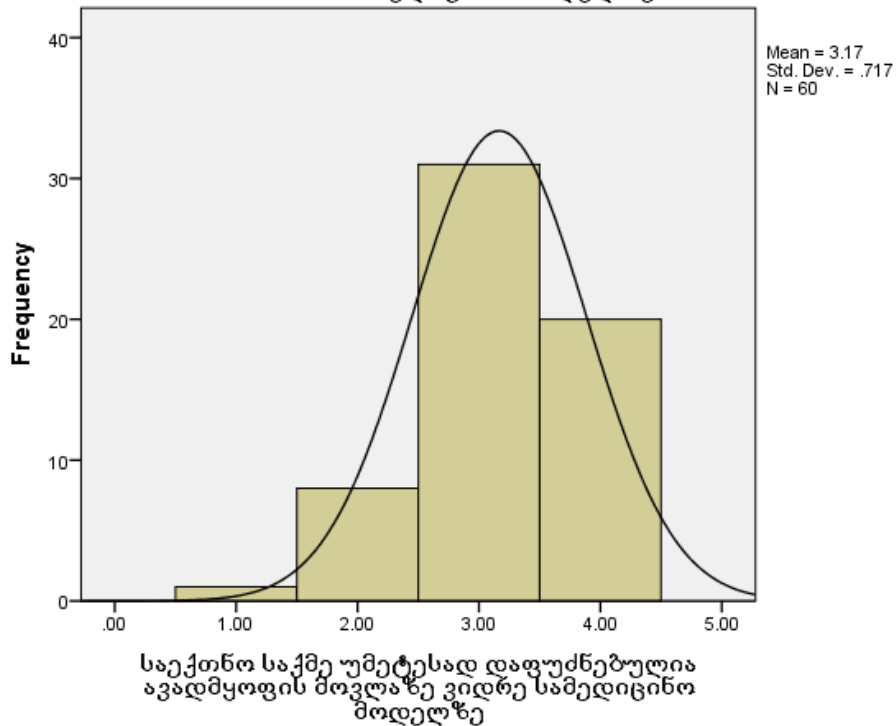


ექთნების რაოდენობა საკმარისია პაციენტებზე ხარისხიანი ზრუნვისთვის

უმრავლესობის აზრით, მათი მთავარი დანიშნულების, პაციენტზე ზრუნვის შესასრულებლად, კლინიკებში ექთნების რაოდენობა არასაკმარისია. რესპოდენტთა 85% აცხადებს, რომ „საექთნო საქმე უმეტესად დაფუძნებულია ავადმყოფის მოვლაზე ვიდრე სამედიცინო მოდელზე“ (დიაგრამა III), თუმცა, მხოლოდ 58.4% ეთანხმება ან სრულიად ეთანხმება დებულებას, რომ „არსებობს პაციენტის მიმართ უწყვეტი ზრუნვა“. (დიაგრამა IV).

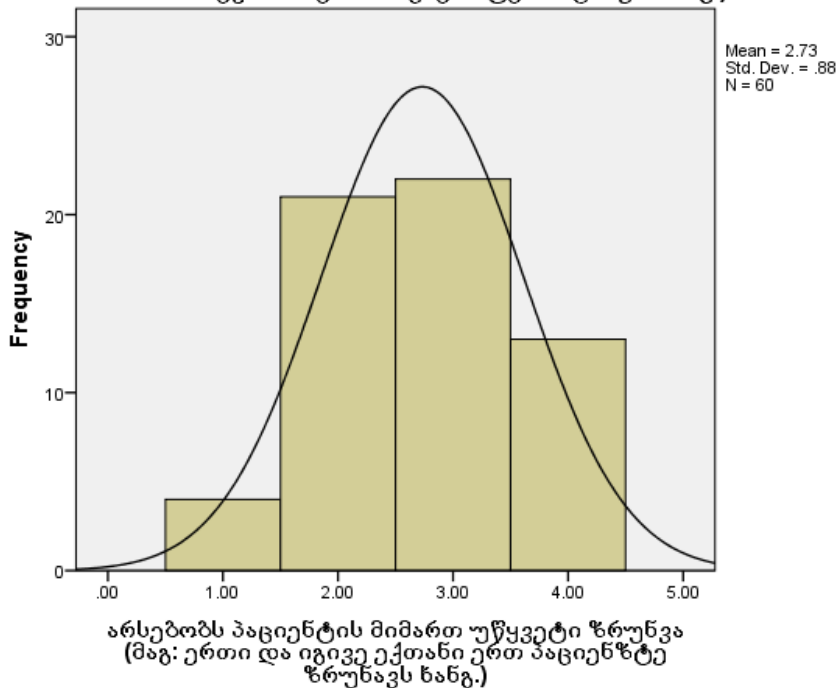
დიაგრამა III:

საექთნო საქმე უმეტესად დაფუძნებულია ავადმყოფის მოვლაზე ვიდრე სამედიცინო მოდელზე



დიაგრამა IV:

არსებობს პაციენტის მიმართ უწყვეტი ზრუნვა (მაგ: ერთი და იგივე ექთანი ერთ პაციენტზე ზრუნავს ხანგ.)

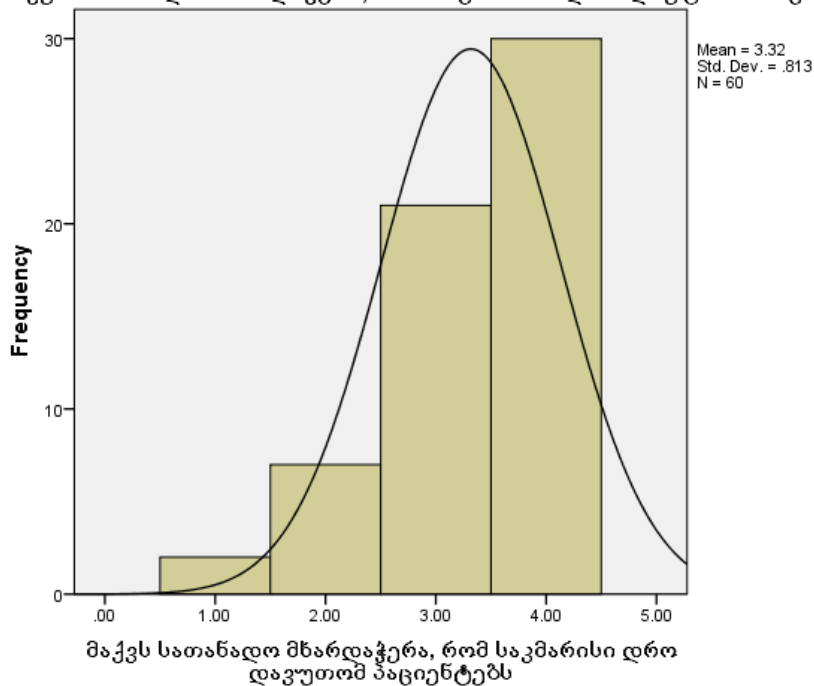


ექთნების უმრავლესობა (85%) ეთანხმება ან სრულიად ეთანხმება იმ აზრს, რომ „*აქვთ სათანადო მხარდაჭერა, რომ სათანადო დრო დაუთმონ პაციენტზე ზრუნვას*“ (დიაგრამა V). როგორც აღვნიშნეთ, რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი ფიქრობს, რომ მათი რაოდენობა პაციენტზე ზრუნვისთვის არასაკმარისია, მაშინ, როდესაც 85%-ის აზრით მათ ამ მოვალეობის შესასრულებლად სათანადო მხარდაჭერა აქვთ. როგორც ჩანს, საავადმყოფოები ცდილობენ

ექთნების არასაკმარისი რაოდენობით გამოწვეული (შესაძლო) პრობლემები, მათი პროფესიული საქმიანობის მაღალი ხარისხით მოაგვარონ.

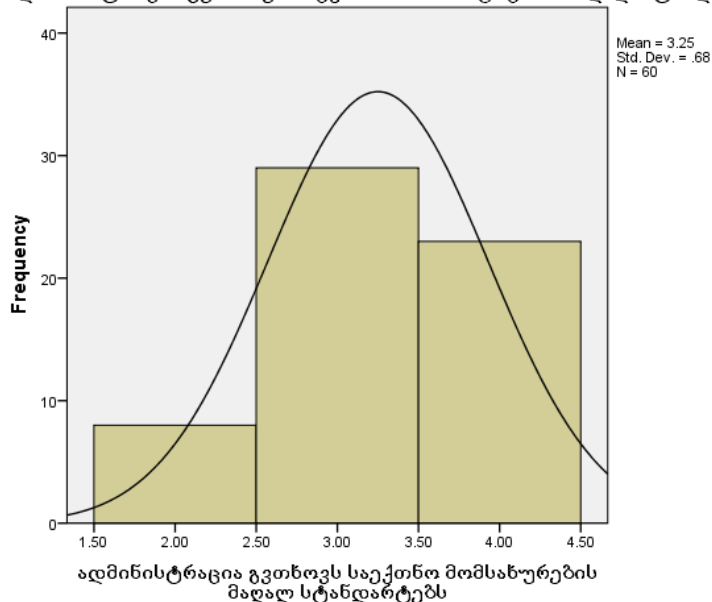
დიაგრამა V:

მაქვს სათანადო მხარდაჭერა, რომ საკმარისი დრო დავუთომ პაციენტებს



რესპოდენტთა 81.7% ასევე აცხადებს, რომ „ადმინისტრაცია/ხელმძღვანელობა მხარს უჭერენ მედლებს“, ხოლო სანაცვლოდ „ისინი (ხელმძღვანელობა) ექთნებისგან მომსახურების მაღალ სტანდარტებს მოითხოვენ“ (იხ. დიაგრამა VI) 84.3% ეთანხმება ამ დებულებას. დიაგრამა VI:

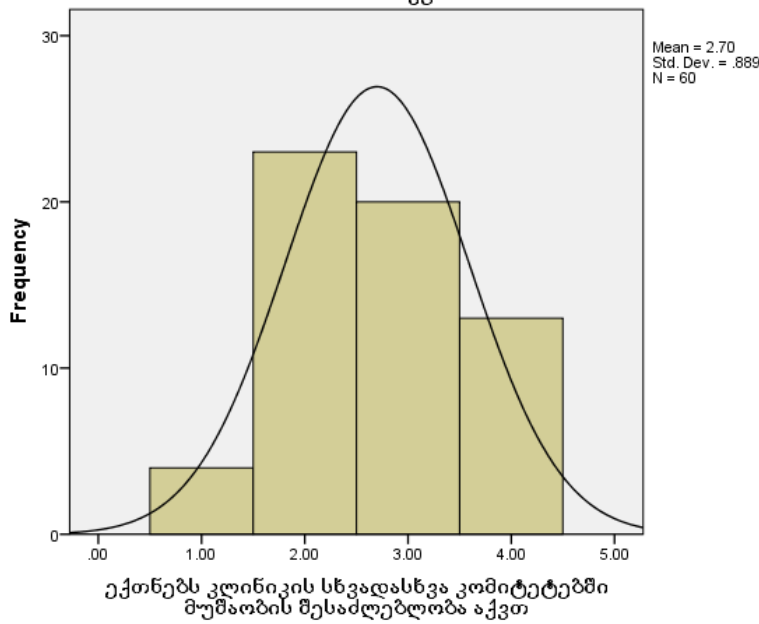
ადმინისტრაცია გვთხოვს საექთნო მომსახურების მაღალ სტანდარტებს



ექთანთა 45% არ ეთანხმება ან სრულიად არ ეთანხმება დებულებას, რომ „ექთნებს კლინიკის სხვადასხვა კომიტეტებში მუშაობის შესაძლებლობა ეძლევათ“ (დიაგრამა VII), რაც გვაფიქრებს, რომ კლინიკებში ექთანთა საქმის დივერსიფიცირება პრობლემას წარმოადგენს.

დიაგრამა VII:

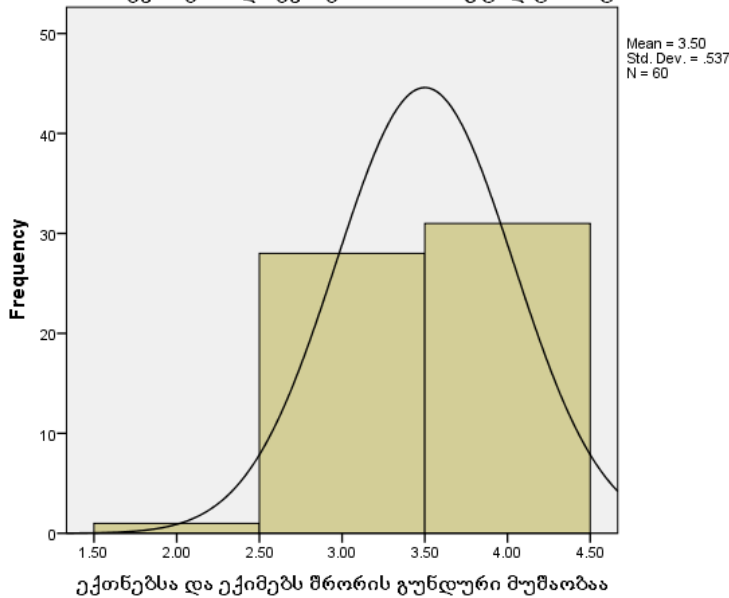
ექთნებს კლინიკის სხვადასხვა კომიტეტებში მუშაობის შესაძლებლობა აქვთ



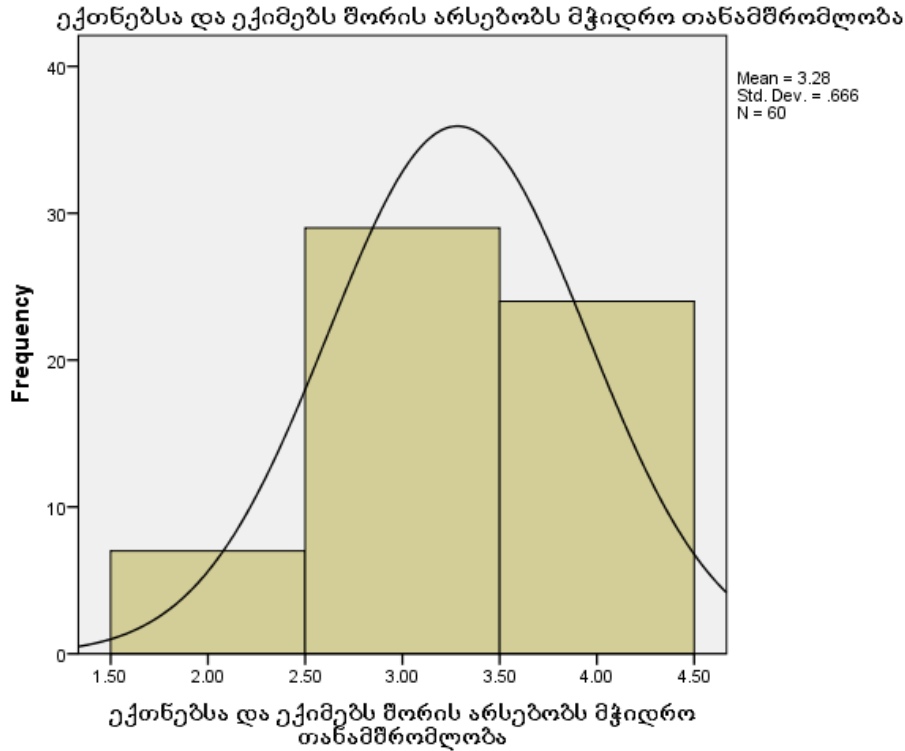
უმრავლესობის აზრით, ექთანთა შორის კარგი სამუშაო ურთიერთობებია (90.3%), რაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მათი საქმიანობის ხარისხს. ასევე, რესპოდენტთა უმრავლესობა (96.4%) ეთანხმება ან სრულიად ეთანხმება დებულებას, რომ „ექთნებსა და ექიმებს შორის კარგი გუნდური მუშაობა“ (იხ. დიაგრამა VIII). რესპოდენტთა უმრავლესობის (88.3%) აზრით, „მათ შორის არსებობს მჭიდრო თანამშრომლობა“ (იხ. დიაგრამა IX). ყოველივე ზემოაღნიშნული გვიჩვენებს, რომ კლინიკებში მომუშავე პერსონალი ერთმანეთთან შეთანხმებულად და გუნდურად მოქმედებს.

დიაგრამა VIII:

ექთნებსა და ექიმებს შორის გუნდური მუშაობა



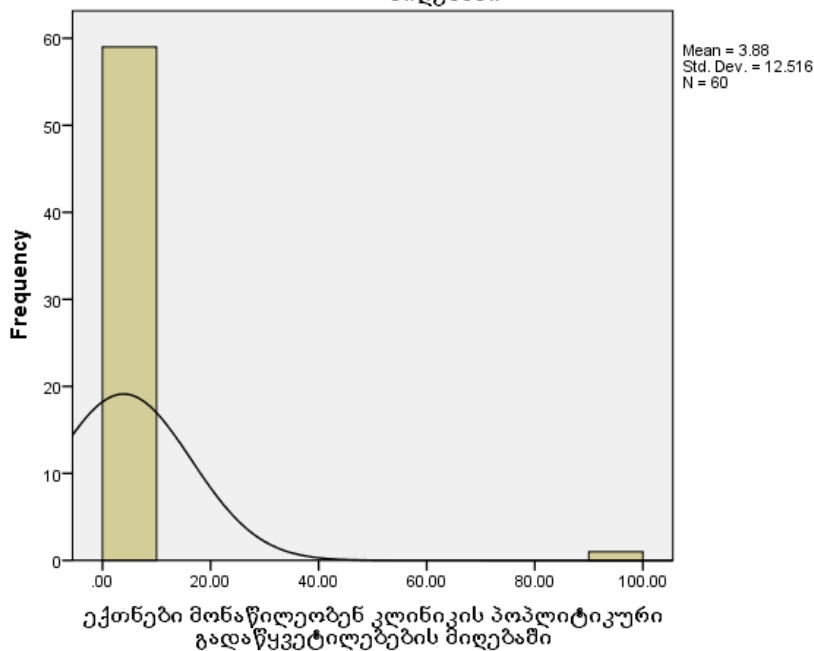
დიაგრამა IX:



ჩვენი აზრით, ასევე ძალიან საინტერესო შედეგი მოგვცა კითხვამ „ექთნები მონაწილეობენ კლინიკის პოლიტიკური გადაწყვეტილების მიღებაში“ (იხ. დიაგრამა X). ამ დებულებას არ ან სრულიად არ ეთანხმება 65.4%, რაც ძალიან სერიოზულ პრობლემას წარმოაჩენს. მიუხედავად ადმინისტრაციის მხარდაჭერისა ექთნების მიმართ, მათ მაინც არ ეძლევათ საშუალება, რომ წვლილი შეიტანონ კლინიკის მართვაში, მაშინ როცა, ჩვენი აზრით, ისინი კლინიკის პოლიტიკის განსაზღვრაში ერთ-ერთ მთავარ რგოლს უნდა წარმოადგენდნენ, რადგან მათ ყველაზე ხშირი, უშუალო შეხება აქვთ პაციენტებთან.

დიაგრამა X:

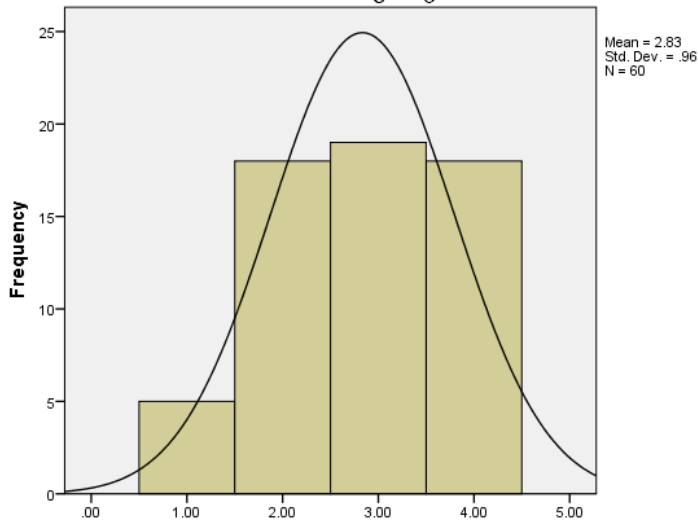
ექთნები მონაწილეობენ კლინიკის პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიღებაში



გამოკითხულთა 71%-ის აზრით „მთავარ ექთანს აქვს კლინიკის სხვა მაღალი დონის ხელმძღვანელების მსგავსი უფლებამოსილებები“. ექთანთა 38.3%-ის აზრით მათთვის “არ არის განვითარების ან უწყვეტი განათლების პროგრამები” (იხ. დიაგრამა XI), რაც ჩვენი აზრით საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია. ექტნებს პროფესიული განვითარების საშუალება უნდა ეძლეოდათ, რომ დროულად შეითვისონ მედიცინის უახლესი მიღწევები. ამასთან, ექტნების უმრავლესობის აზრით (63.3%), მათ „კარიერული განვითარების შესაძლებლობა ეძლევათ“ (დიაგრამა XII), რაც შეუსაბამოებაში მოდის წინა შედეგთან. თუ არ გეძლევა პროფესიული საქმიანობის პროგრამებით განვითარების შესაძლებლობა, კარიერულად როგორ უნდა განვითარდე?! დასაფიქრებელია მედდების იმ 40%-ის აზრი, რომლებიც აცხადებენ, რომ კლინიკაში „არ არსებობს სწავლების პროგრამები ახლად დაქირავებული მედდებისთვის“. (იხ. დიაგრამა XIII)

დიაგრამა XI:

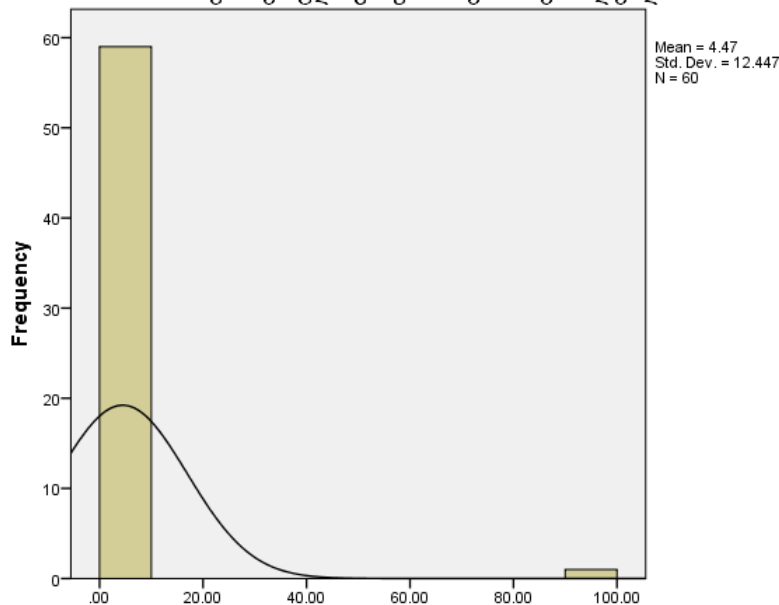
ექტნებისთვის არსებობს მათი განვითარების ან უწყვეტი განათლების პროგრამები



ექტნებისთვის არსებობს მათი განვითარების ან უწყვეტი განათლების პროგრამები

დიაგრამა XII:

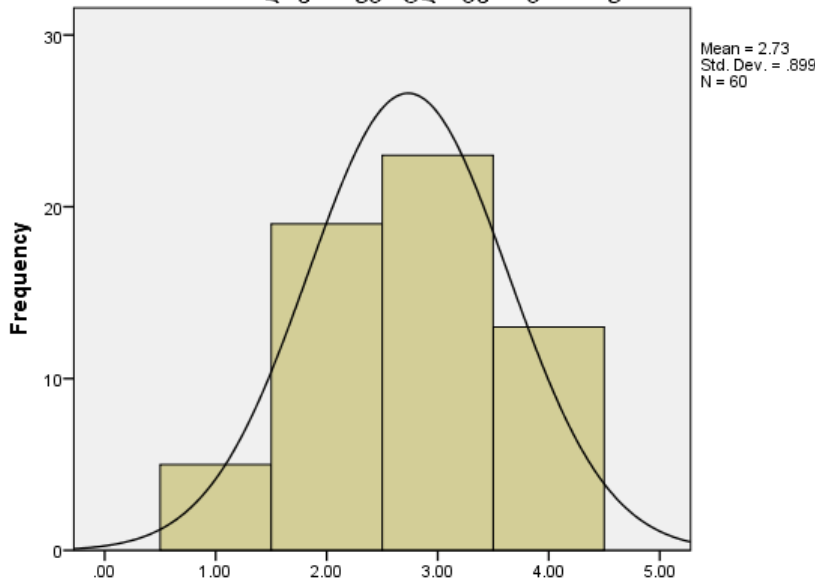
არის კარიერული განვითარების შესაძლებლობა



არის კარიერული განვითარების შესაძლებლობა

დიაგრამა XIII:

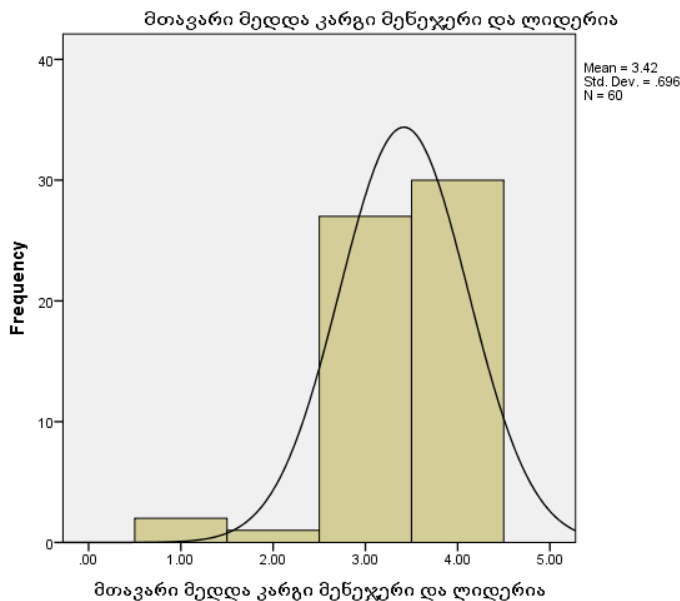
კლინიკაში არსებობს პრაქტიკული სწავლების პროგრამები ახლად დაქირავებული ექთნებისთვის



კლინიკაში არსებობს პრაქტიკული სწავლების პროგრამები ახლად დაქირავებული ექთნებისთვის

რესპოდენტთა 30% არ ეთანხმება ან სრულიად არ ეთანხმება დებულებას: „კლინიკაში არსებობს მუდმივად განახლებადი საექთნო მომსახურების სამუშაო გეგმა“. შეუძლებელია მომსახურების მაღალ სტანდარტებზე და მედიცინაში დანერგილ უახლეს მიღწევებზე ვისაუბროთ, თუ საექთნო მომსახურების სამუშაო გეგმა არ იცვლება. გამოკითხულთა 56.7% არ ეთანხმება ან სრულიად არ ეთანხმება დებულებას: „ექთნების მიერ დასმული დიაგნოზი გამოყენებადია“; რაც საქართველოს პირობებში სავსებით ლოგიკურია, რადგან ექთნების მოვალეობაში დიაგნოზის დასმა არ შედის, მათ მხოლოდ თავიანთი აზრის გამოხატვა შეუძლიათ და შემდეგ ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას. რესპოდენტების 78.3% ეთანხმება ან სრულიად ეთანხმება, რომ „კარგად შესრულებული სამუშაოსთვის ექთნებს აქებენ და აღიარებენ“. ჩვენი აზრით, ეს პირდაპირ კავშირშია მომსახურების მაღალ სტანდარტთან, კარგ თანამშრომელთა წახალისება მთი მომავალი საქმიანობის მაღალი ხარისხის გარანტიას იძლევა. 95%-ის აზრით „მთავარი მედდა კარგი მედდური და ლიდერია“. (იხ. დიაგრამა XIV) 89%-ითვის იგი „ხელმისაწვდომი და ძლიან ცნობადია“ (იხ. დიაგრამა XV).

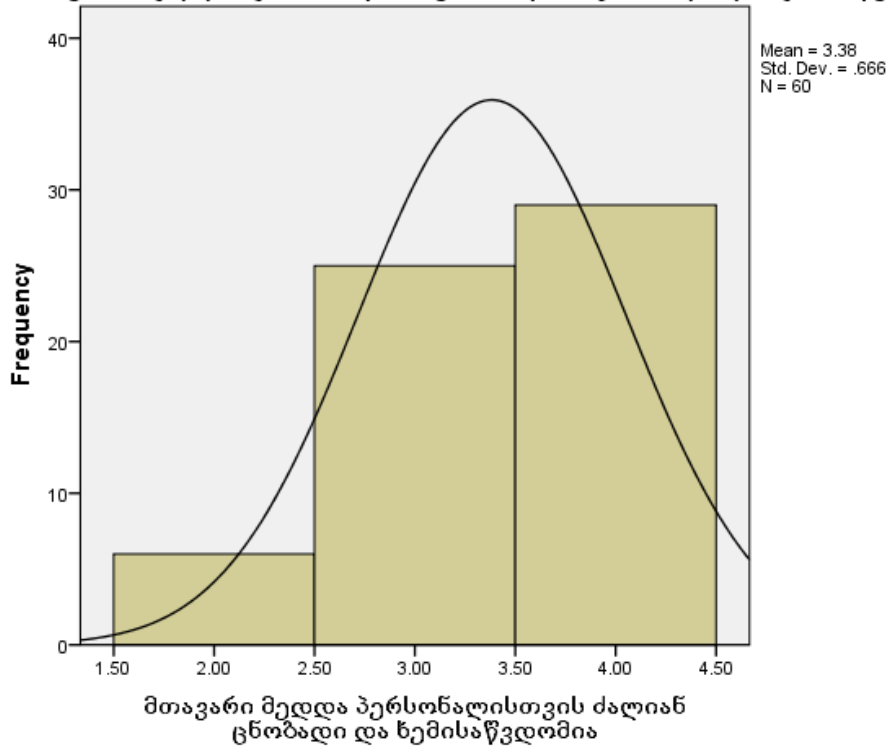
დიაგრამა XIV:



მთავარი მედდა კარგი მედდური და ლიდერია

დიაგრამა XV:

მთავარი მედლა პერსონალისთვის ძალიან ცნობადი და ხემისაწვდომია



მონაცემების კორელაციურმა ანალიზმა შედეგი ტენდენციები აჩვენა:

- თუ ექთნებისთვის არსებობს მათი განვითარების ან უწყვეტი განათლების პროგრამები, მაშინ ადმინისტრაცია თხოვს მათ საექთნო მომსახურების მაღალ სტანდარტებს, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ცვლადებს შორის დადებითი კორელაციაა. ერთი ცვლადის ზრდა იწვევს მეორეს ზრდას. ($P=0.01$; $r=0.351$).
- თუ ექთნებსა და ექიმებს შორის არსებობს მჭიდრო თანამშრომლობა, მაშინ მათ შორის გუნდური მუშაობაა. აღნიშნულ ორ ცვლადს შორის დადებითი კორელაციაა. შესაბამისად, თუ ექთნებსა და ექიმებს შორის მჭიდრო თანამშრომლობა არ იქნება, მაშინ მათი გუნდური მუშაობის ხარისხიც დაბალი იქნება. ($P=0.01$; $r=0.640$).
- კლინიკაში ახლად დაქირავებული ექთნებისთვის პრაქტიკული სწავლების პროგრამების არსებობა დადებით კორელაციაშია პაციენტზე ზრუნვისთვის ექთნების რაოდენობასთან. ($P=0.01$; $r=0.386$).
- მნიშვნელოვნად მაღალი დადებითი კორელაციაა შემდეგ ორ ცვლადს შორის: ექთნები მონაწილეობენ კლინიკის პოლიტიკური გადაწყვეტილების მიღებაში, ადმინისტრაცია ისმენს და პასუხობს თანამშრომელთა სატკივარს. რაც მიუთითებს იმაზე, რომ კლინიკის მფლობელების პოლიტიკა იგეგმება ექთნებთან ერთად მათი პრობლემების გათვალისწინებით და ამ პრობლემების აღმოფხვრის მიზნით. ($P=0.01$; $r=0.998$).
- თუ კლინიკაში არსებობს პაციენტის მიმართ უწყვეტი ზრუნვა, ანალიზმა აჩვენა რომ საექთნო საქმის მიმართ კლინიკაში არსებობს პაციენტის მოვლის გარემოს ნათელი ფილოსოფია. ($P=0.01$; $r=0.458$).

დასკვნა

სამედიცინო მომსახურების პრაქტიკული გარემოს მახასიათებლების შეფასებით დადგინდა, რომ ექთნების მონაწილეობა საავადმყოფოს მართვაში, მისი პოლიტიკის დაგეგმვაში საკმაოდ მაღალია. კლინიკები ზრუნავენ ექთნების მომსახურების ხარისხზე და ცდილობენ მათი კვალიფიკაციის ამაღლებას. ექთანთა ადმინისტრირების შესაძლებლობა ზღვარზე მაღალია და ექთანთა მხარდაჭერა ექიმების მიერ ხშირად ხდება, რადგან მათ შორის კარგი ურთიერთობებია.

საექთნო კადრებით საავადმყოფოს დაკომპლექტების კუთხით პრობლემები აღინიშნება, რაც დასტურდება ექთნების რაოდენობის სიმცირით. ურთიერთობები ექიმებსა და ექთნებს შორის მყარია და გუნდურობით ხასიათდება. აქედან გამომდინარე, საქართველოში ექთნების პრაქტიკული გარემო შესაბამისობაში მოდის მოთხოვნებთან და სტანდარტებთან, რაც აისახება სამუშაოთი კმაყოფილებას დონესთან, თუმცა კარიერული წინსვლის არ არსებობა პრობლემებს ქმნის მათი სამუშაო ადგილზე შენახვასთან დაკავშირებით.

რეკომენდაციები

იმის გათვალისწინებით, რომ მედდების დეფიციტი სავარაუდოდ მომავალშიც შენარჩუნდება, მიზანშეწონილია საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლების გაუმჯობესება, კერძოდ, სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდა.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დიდ საავადმყოფოებში საექთნო კადრებით დაკომპლექტებას და რესურსების განაწილებას.

საექთნო საქმიანობის გარემოს გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ღონისძიებები ხელს შეუწყობენ მედდის სამუშაო ადგილზე შეკავებას და თავის წვლილს შეიტანენ მედდების დეფიციტის შემცირებაში.

აბსტრაქტი

შესავალი: მედდების დეფიციტი არის საერთაშორისო პრობლემა და აქვს ნეგატიური გავლენა ჯანდაცვის სისტემასა და პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე. კვლევის მიზანს წარმოადგენს მედდების დეფიციტის მიზეზების, საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლების, მედდების სამუშაოზე შეკავების და სამუშაოთი კმაყოფილების პრობლემის შესწავლა საქართველოში. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა თბილისის საავადმყოფოებში მომუშავე ექთნები სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, დაბალია საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლები, მათ შორის კადრების სათანადო დაკომპლექტება და რესურსები. შესაბამისად, მაღალია სამუშაოთი დატვირთვიანობის მაჩვენებელი. რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, ადმინისტრაცია მხარს უჭერს მედდებს, ხოლო სანაცვლოდ მათგან მომსახურების მაღალ სტანდარტებს მოითხოვენ. ექთანთა შორის კარგი სამუშაო ურთიერთობები და გუნდური მუსაობაა, რაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მათი საქმიანობის ხარისხს. თუმცა, საყურადღებოა, რომ ექთნები შედარებით ნაკლებად არიან ჩართულნი კლინიკის მართვაში. კვლევის შედეგების მიხედვით არსებობს კორელაცია საექთნო პრაქტიკის გარემოს, სამუშაო კმაყოფილებას და მედდების სამუშაო ადგილზე შეკავებას შორის. **დისკუსია:** მედდის რაოდენობის დეფიციტი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის უუნარობა შეინარჩუნოს ექთანის სამუშაო ადგილზე. ექთნებისთვის მიმზიდველი არ არის, და შესაბამისად ნაკლები სურვილი აქვთ იმუშაონ არსებულ სამუშაო პირობებში. **დასკვნა:** მიზანშეწონილია საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლების გაუმჯობესება, კერძოდ, სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მსხვილ საავადმყოფოებში საექთნო კადრებით დაკომპლექტებას და რესურსების სათანადოდ განაწილებას. საექთნო საქმიანობის გარემოს გაუმჯობესების ღონისძიებები ხელს შეუწყობენ მედდის სამუშაო ადგილზე შეკავებას და თავის წვლილს შეიტანენ მედდების დეფიციტის შემცირებაში.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ჯანდაცვა, მედდების დეფიციტი

Nurse Practice Environment Characteristics, Retention And Job Satisfaction

Andy Chelidze, Levan Mikeladze, Dalakishvili Sophie, Nino Samkharadze, Gvanca Dekanoidze, Mary Munjishvili - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology

Abstract

Introduction: Shortage of nurses is an international problem and have a negative impact on health systems and patient care outcomes. The aim of the research is to get information about the reasons for the lack of nurses, nursing practice environment characteristics, the nurses working in the containment and job satisfaction in Georgia. **Methodology:** by the help of quantitative survey and structured questionnaire, we've interviewed nurses who are employed in the hospitals of Tbilisi. **Results:** The majority of respondents believe , that the nursing practice environment characteristics is low, including adequate staffing and resources. Subsequently, the rate of the labor working is high. Most respondents think, that the administration supports nurses, but in exchange for demand high standarts of service. There is good relationship between nurses and teamwork, which significantly determines the quality of their work. However, Its noteworthy, that the nurses are less involved in the management of the clinic. The survey shows, that there is a important correlation between the nursing practice environment, jobs satisfaction, and retention of nurses in the workplace. **Discussion:** nurse's shortage is connected to variety of reasons, among these reasons which are trustworthy, the most important is the health system's inability to retain nurses in the workplace. Because of this reason, its not attractive for nurses and have less motivation to work with this kind of conditions. **Conclusion:** It's recommended to improve the characteristics of the nursing work environment, privately, to increase job satisfaction. Special attention should be paid to nursing staffing in the large hospitals and to distribute the resources properly. Nursing work environment improvement should promote the retention of nurses in their workplace and contribute to deficit reduction in nurses.

Research Key Words: Health Care, Nurses Shortage.

ბიბლიოგრაფია

1. წულაძე, ლ., (2008). რაოდენობივი კვლევის მეთოდები სოციალურ მეცნიერებებში. თბილისი: სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი, 2008.
2. Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268.
3. Coomber B, Bariball KL: Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. Int J Nurs Stud 2007, 44(2):297–314.
4. Kramer M: The magnet hospitals: excellence revisited. J Nurs Admin 1990, 20(9):35–44.
5. Kramer M, Schmalenberg C: Magnet hospitals institutions of excellence. J Nurs Admin 1988, 18(1):13–24.
6. Schmalenberg C, Kramer M: Essentials of a productive nurse work environment. Nurs Res 2008, 57:2–13.
7. McClure ML: Magnet hospitals insights and issues. Nurs Admin Q 2005, 29(3):198–201.
8. Kramer M, Schmalenberg CE: Best quality patient care: a historical perspective on magnet hospitals. Nurs Admin Q 2005, 29(3):275–287.
9. Registration Division, Nursing Division, Ministry of Health. Roles of the registration division [in Hebrew]. <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/nursing/study/Pages/default.aspx>.
10. Nirel N, Yair Y, Smuel H, Riba S, Reicher S, Toren O: Registered nurses in Israel: Work force-patterns and goals. Jerusalem, Israel: Meyers-Joint Brookdale Institute of Health Policy Research; 2010:47 [In Hebrew].
11. Lake ET: Development of the practice environment scale of the nursing work index. Res Nurs Health 2002, 25(3):176–188.
12. Lake ET, Friese CR: Variations in nursing practice environments. Nurs Res 2006, 55:1–9.
13. Warshawsky NE, Havens DS: Global use of the practice environment scale of the nursing work index. Nurs Res 2011, 60(1):17–31.
14. თენგიზ ვერულავა, დავით წიფწივაძე (2015). მედდების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა N 1.
15. თენგიზ ვერულავა (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

პალიატიური ზრუნვის პრობლემები საქართველოში თბილისის ფერიცვალეების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლის მაგალითზე

დიმიტრი ჭილაია, ლაშა ხიჯაკაძე, მარიამ ქვათაძე, მარიამ ტურიაშვილი, ცოტნე ფულარია, გურამ სოლოლაშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

პალიატიური მზრუნველობა გულისხმობს „აქტიურ, მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება. მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა“ [1].

ცხადია, პალიატიური ზრუნვის მიზანი არ არის პაციენტის გამოჯანმრთელება, მისი განკურნება. მისი მიზანია ასეთ ავადმყოფთათვის ტკივილის მოხსნა და სულიერი თანადგომა ცხოვრების უკანასკნელ დღეებში. ასევე მნიშვნელოვანია ავადმყოფთა სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება, რადგან ხშირ შემთხვევაში მძიმე დაავადება განაპირობებს სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფულ ხარჯებს და შესაბამისად პაციენტთა გაღარიბებას.

პალიატიური ზრუნვა ხორციელდება როგორც სპეციალიზებულ ჰოსპისებში, ასევე ბინაზე [2]. ბინაზე ავადმყოფთა ოჯახის წევრებს ასწავლიან, თუ როგორ მოუარონ პაციენტს. როგორც ავღნიშნეთ, პალიატიური ზრუნვა მრავალპროფილური მომსახურებაა. მულტიდისციპლინურ გუნდში ჩართულია არა მხოლოდ ექიმი, ექთანი და სანიტარი, არამედ ფსიქოლოგი, სოცმუშაკი, ასევე ეკლესიის წარმომადგენლები.

ჰოსპისური მოძრაობის დამფუძნებლად მიიჩნევენ სესილი საუნდერსს (1948 წ.). იგი ფართოდ გავრცელდა მთელ მსოფლიოში 1980-იანი წლებიდან. დღეისათვის, მთელს მსოფლიოში ყველგან არის ჰოსპისების ფართო ქსელი.

საქართველოში ფუნქციონირებს რამოდენიმე ჰოსპისი. „წმინდა მამა გაბრიელის სახელობის მიუსაფარი მოხუცებულების პალიატიური ჰოსპისი“ (მდებარეობს ხეივანის ქ. N 15) განთავსებულია კერძო საკუთრებაში მყოფ შენობაში, რომელშიც მოქმედებს, როგორც ხანდაზმულთა თავშესაფარი, ასევე, პალატა პალიატიური პაციენტებისათვის (7 საწოლი პალიატიური პაციენტებისთვის და 16- ხანდაზმულებისთვის). პალატა აღჭურვილია მძიმე პაციენტების მოვლისთვის საჭირო აპარატურით და ფუნქციური საწოლებით.

ონკოლოგიური ცენტრის ბაზაზე (ლისის ტბასთან) ფუნქციონირებს პალიატიური ზრუნვის სამსახური. ჰოსპისს აქვს ერთ, ორ და სამ საწოლიანი პალატები (სულ 32 საწოლი ონკოლოგიური და შიდსით დაავადებულთათვის. მათ შორის, 2-2 საწოლი ქუთაისში, ზუგდიდსა და ბათუმში.). ცენტრი დაკომპლექტებულია სამედიცინო პერსონალით, მათ შორის დღის და ღამის მორიგე ექიმები და ექთნები, მომვლელები, ფსიქოლოგი. ცენტრს არ გააჩნია ბინაზე მოვლის სერვისები.

საქართველოში ასევე მოქმედებენ პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის ბინაზე დახმარების მობილური ბრიგადები (ფუნქციონირებენ თბილისში, ბათუმში, ქუთაისში, თელავში). ისინი წელიწადში კურირებენ 300-ზე მეტ ავადმყოფს და ახორციელებენ 6000-მდე ვიზიტს. ასევე, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია და ონკოპრევენციის ცენტრი ახორციელებს შიდსით დაავადებულ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობას ბინაზე და სტაციონარში.

პალიატიურ ზრუნვას ახორციელებს, აგრეთვე, თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლი (ურბნისის 7, დარეჯანის სასახლე). იგი საქველმოქმედო ორგანიზაციაა და ხორციელდება ონკოლოგიური პროფილის პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა. ძირითადად ემსახურებიან დედათა მონასტრის მრევლზე [3].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, საქართველოში ოჯახის წევრების ჩათვლით, 75 ათასი ადამიანი მეტ-ნაკლებად საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას; სხვა განუკურნავი სენით დაავადებულთა რაოდენობის დამატებით, დღეს საქართველოში 150 ათასამდე ადამიანი ექვემდებარება პალიატიურ მზრუნველობას [4].

თუ გავითვალისწინებთ, რომ მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით, პალიატიური ზრუნვისათვის საქართველოში საჭიროა დაახლოებით 330 ადგილი, მაშინ როდესაც გამოყოფილია მხოლოდ 45 ადგილი, შეიძლება ითქვას, რომ ჰოსპისებში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა და საკადრო რესურსი ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს. შედეგად, ავადმყოფები მძიმე ფიზიკურ და სულიერ მდგომარეობას განიცდიან.

კვლევის მიზანია, შევისწავლოთ თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლის პალიატიური ზრუნვის სერვისები. კერძოდ, თუ როგორ ხდება პაციენტების შერჩევა, მათზე ზრუნვის დაფინანსება, რა სახის სერვისებს ახორციელებენ?

მეთოდოლოგია

პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლის წარმომადგენლების სიღრმისეული გამოკითხვა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარებით.

შედეგები

თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლი დაარსდა 2003 წლის იანვარს. თუმცა, დედათა მონასტერი 1997 წლიდან ეწეოდა შეჭირვებულ ავადმყოფთა დახმარებას საკვებით და ტანისამოსით. 2004 წელს მოწყალების სახლს სამედიცინო დაწესებულების სტატუსი მიენიჭა.

მოწყალების სახლი რამოდენიმე სახის სპეციფიური დანიშნულების მქონე დაწესებულებაა:

- წმინდა ნინოს სახელობის სასნეულო სახლი (ჰოსპისი);
- მოწყალების დების სასწავლებელი;
- ფუნქციონირებს უფასო ამბოლატორიული ტიპის მომსახურება, მიუსაფართათვის;
- უფასო სასადილო.

სასნეულო სახლი (ჰოსპისი) გათვლილია 6 საწოლზე, სადაც თავსდებიან IV კლინიკური ჯგუფის პაციენტები, რომელთაც ესაჭიროებათ პალიატიური (შემამსუბუქებელი) მკურნალობა და სპეციფიური მოვლა.

სასნეულო სახლი (ჰოსპისი) სთავაზობს შემდეგ მომსახურებას: უკურნებელი და სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მოვლა/მზრუნველობა, მათი ძირითადი ჩივილების შემსუბუქება და სულიერი და მორალური მხარდაჭერა.

ხშირად სასნეულო სახლში ხვდებიან ისეთი პაციენტებიც, რომელთა მდგომარეობა სამედიცინო მოვლის მხოლოდ გარკვეული დროით ჩართვას მოითხოვს, მაგალითად, ქირურგიული ჩარევის შემდგომი პერიოდი, რომელიმე ქრონიკული დაავადების გამწვავების ფაზა და ა.შ.

სასნეულო სახლში გადაჰყავთ ის პაციენტებიც, რომელთაც ბინაზე მოვლის სამსახურის, სასნეულო სახლის ექიმის და მოწყალების დების შეფასებით, 24 საათიანი მოვლა-მზრუნველობა სჭირდებათ.

სასნეულო სახლის პაციენტების 70 % ინკურაბელური, ანუ განუკურნავი ავადმყოფებია, ხოლო 30 % - ქირურგიული ჩარევის შემდგომი პერიოდის და რომელიმე ქრონიკული

დაავადების (ხშირად ნევროლოგიური) გამწვავების შემდგომი პერიოდის პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ რეაბილიტაციას. მათი დაწესებულებაში ყოფნის დრო წინასწარ არ არის განსაზღვრული. ასეთ პაციენტებს სამედიცინო მოვლას უწევენ დაახლოებით 2 კვირიდან ერთ თვემდე. თუმცა, მათი დაყოვნება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად გაუმჯობესდა, თუ, პირიქით, გაუარესდა ჯანმრთელობის მდგომარეობა. გარკვეული რეაბილიტაციის კურსის ჩატარების შემდეგ ასეთ პაციენტს სახლში აბრუნებენ.

სასნეულო სახლის პაციენტები ქალები არიან. ბინაზე მოვლის სამსახურის პაციენტები არიან როგორც ქალები, ასევე მამაკაცები. პაციენტების უმრავლესობას მოზრდილები და მოხუცები შეადგენენ; თუმცა პალიატიური მზრუნველობის დახმარების გაწევა უხდებოდათ ინკურაბელურ ბავშვებთანაც.

სასნეულო სახლის სერვისებით ძირითადად სარგებლობენ სოციალურად დაუცველი ფენის წარმომადგენლები. თუმცა, მკურნალობის სიმძვირის გამო, ამ სერვისებით სარგებლობენ დაბალშემოსავლიანი ადამიანებიც.

სასნეულო სახლს ურთიერთობა აქვს ონკოლოგიის ეროვნულ ცენტრთან. მის თანამშრომლებთან გადიან კონსულტაციებს.

პაციენტებზე ზრუნვას ახორციელებენ მოწყალეების დები. ისინი პროფესიონალი ექთნები არიან, სათანადო კვალიფიკაციით, საგანმანათლებლო დიპლომით და პალიატიური ზრუნვის სერთიფიკატით. მოწყალეების სახლში დასაქმებულია 18 მოწყალეების და.

მოწყალეების დების გამოკითხვით ირკვევა, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევის გარდა მათი მთავარი დანიშნულებაა პაციენტს გაუწიონ ფსიქო-ემოციური და სულიერი დახმარება. აქვე აღსანიშნავია, რომ მოწყალეების დები გაწეული დახმარებისათვის არ ღებულობენ ანაზღაურებას. კითხვაზე, თუ რა არის მათი საქმიანობის მოტივაცია, ერთ-ერთმა მოწყალეების დამ განმარტა: „პირადი ტრაგედიის შემდეგ გადავწყვიტე სხვა ადამიანზე მზრუნველობით შემევესო ეს დანაკლისი. მიხარია, როდესაც ადამიანს ჩემი დახმარებით და ღვთის წყალობით ტკივილი ეხსნება. ადამიანი მოწყალეების გაღებისას საკუთარი სულის გადასარჩენად ზრუნავს. მოწყალეობა ადამიანის ცხოვრებისაწილია. მის გარეშე მისი ცხოვრება ჭეშმარიტაზრსა და დანიშნულებას კარგავს“.

მოწყალეების დების განმარტებით, მათთვის მნიშვნელოვანია ადამიანის გვერდით იყვნენ სიცოცხლის ყველაზე მძიმე პერიოდში.

მონასტერთან არსებობს მოწყალეების დების სასწავლებელი, სადაც ახალგაზრდებს სრულიად უსასყიდლოდ ასწავლიან. ისინი თეორიულ კურსთან ერთად პრაქტიკას "სასნეულო სახლში" გადიან. არის სასწავლებელს მთლიანად საპატრიარქო აფინანსებს.

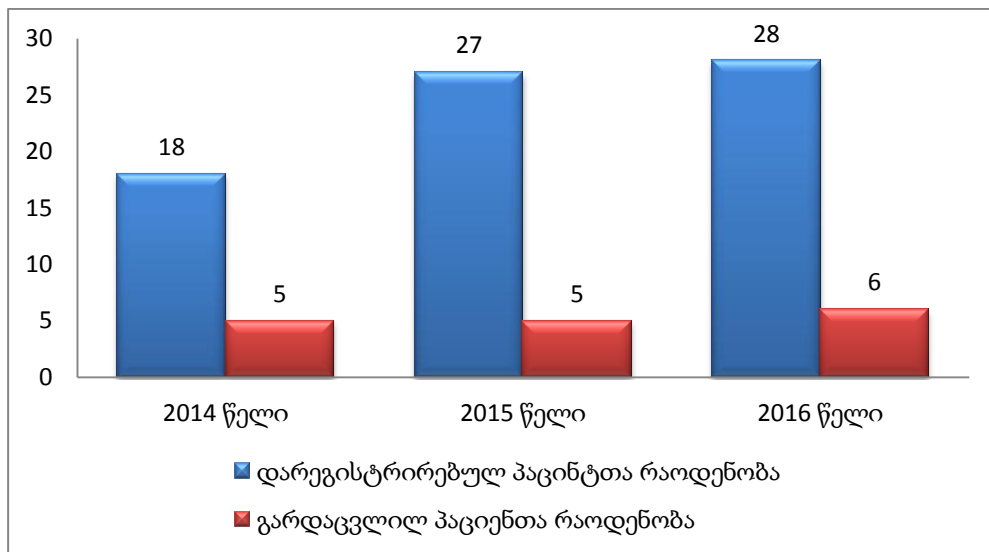
სასნეულო სახლი და ბინაზე მოვლის სამსახური არ ფინანსდება რომელიმე სახელმწიფო პროგრამით. დაფინანსების წყაროა შემოწირულობები, გრანტები. დონორობას უწევენ სხვადასხვა უცხოური ორგანიზაციები. ხშირად ადამიანები ანონიმურად ეწვეიან ქველმოქმედებას. ინტერვიუების დროს მოწყალეების დამ განაცხადა, რომ „ერთი ადამიანი, რომლის სახელი და გვარი ჩვენთვის უცნობია, ჩვენს ანგარიშზე რიცხავს თანხას, წელიწადში რამოდენიმეჯერ უზრუნველყოფს პაციენტებს საკვებით, პირადი ჰიგიენის საშუალებებით. ასევე, სასნეულო სახლის მედიკამენტებით მომარაგებას ახორციელებს "ავერსი". შემოწირულობის სახით, პაციენტს ან მის ოჯახს შეუძლია გარკვეული თანხის გადახდა. წელიწადში ერთხელ ტარდება საკონცერტო ღონისძიება, რომლიდანაც შემოსული თანხა მთლიანად ხმარდება პაციენტებზე ზრუნვას.

სტატისტიკური მონაცემებიდან ჩანს, რომ წლიდან წლამდე იზრდება იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებმაც მოწყალეების სახლში მიიღეს ზრუნვა. ბოლო სამი წლის განმავლობაში მოწყალეების სახლში დარეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობა 18-დან 28-მდე გაიზარდა.

მოწყალეების სახლში პალიატიური მზრუნველობისათვის გამოყოფილი 6 ადგილი სრულად დატვირთულია მთელი წლის განმავლობაში. როგორც ინტერვიუდან შევითქვეთ, არსებობს

ისეთი მომენტებიც, როდესაც გადაუდებელი სიტუაციის შემთხვევაში მე-7 პაციენტს მოწყალეობის დის ოთახში აწვენენ.

ნახატი 1: თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეობის სახლში გატარებულ პაციენტთა რაოდენობის დინამიკა, 2014-2016 წელი.



წყარო: თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეობის სახლი.

კითხვაზე, თუ რით აიხსნება მოწყალეობის სახლის სერვისების მიმართ პაციენტების მზარდი მოთხოვნა, მოწყალეობის დების აზრით, მათი სურვილია ავადმყოფობის პერიოდი საეკლესიო გარემოში გაატარონ. ამ დროს ხდება სიცოცხლის გადაფასება. ისინი გრძნობენ ღმერთის საჭიროებას და სწორედ საჭიროებიდან გამომდინარე გვაკითხავენ. გარდა მზრუნველობისა, მოწყალეობის სახლი აძლევს სულიერი მხარის შევსების საშუალებას. ნეტარი ავგუსტინე ამბობს: „დატაკი, ეს არის შენი კარი, შენ თავად კი – ღვთის კარების წინ მდგარი დატაკი. როგორც მოექცევი შენს მთხოვნელს, ისევე მოგექცევა შენც ღმერთი“. მოწყალეობის დების განმარტებით, მოსახლეობის ფართო ფენებს არ აქვთ პალიატიური ზრუნვის შესახებ ინფორმაცია. არაინფორმირებულობის გამო ისინი ვერ იღებენ სათანადო პალიატიურ სერვისებს.

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეობის სახლი მნიშვნელოვან და საკეთილდღეო საქმეს აკეთებს. საჭიროა საზოგადოებამ უფრო მეტი გაიგოს მის მიერ გაწეული საქმიანობის შესახებ. მოწყალეობის სახლი ახორციელებს არა მხოლოდ პალიატიურ მზრუნველობას, არამედ სხვა სახის დახმარებებითაც შემოიფარგლება. პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილი 6 საწოლი სრულად დატვირთულია მთელი წლის განმავლობაში. ამის ერთ-ერთი მიზეზია ის გარემოება, რომ საქართველოში პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილია მხოლოდ 45 ადგილი, მაშინ, როდესაც მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით საჭიროა დაახლოებით 330 ადგილი და ბინაზე ზრუნვის ფართო ქსელი. შესაბამისად, ჰოსპისებში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა და საკადრო რესურსი ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს.

საქართველოში დაბალია პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის განათლება. მწირი ინფორმირებულობის გამო პაციენტები და მათი ახლობლები ვერ იღებენ სათანადო პალიატიურ მომსახურებას, განიცდიან ტკივილს, მძიმე ემოციურ მდგომარეობას.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია:

- საქართველოში პალიატიური ზრუნვის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობა.
- პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილი საწოლების ზრდა
- ბინაზე ზრუნვის ფართო ქსელის განვითარება.
- პალიატიური ზრუნვისათვის საჭირო საკადრო რესურსების ზრდა
- პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის განათლების ამაღლება.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში ფუნქციონირებს რამოდენიმე ჰოსპისი, რომლებიც ახორციელებენ ინკურაბელურ პაციენტებზე ზრუნვას. კვლევის მიზანია პალიატიურ ზრუნვასთან დაკავშირებული პრობლემების შესწავლა თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლის მაგალითზე. **მეთოდოლოგია:** პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად თვისებრივი კვლევის ფარგლებში მოხდა დარგის ექსპერტთა სიღრმისეული გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** წლიდან წლამდე იზრდება იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებმაც მოწყალეების სახლში მიიღეს პალიატიური ზრუნვა. ამისათვის გამოყოფილი 6 ადგილი სრულად დატვირთულია მთელი წლის განმავლობაში. ქვეყანაში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს. პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის არაინფორმირებულობის გამო ისინი ვერ იღებენ სათანადო პალიატიურ სერვისებს. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია საქართველოში პალიატიური ზრუნვის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობა, პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის განათლების ამაღლება.

Palliative care of the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery

Mariami Turiashvili, Tsothe Fularia, Dima Chilaia, Gurami Sologhashvili, Mariam Kvatadze, Lasha Khijakadze - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Introduction: There are several places in Georgia, where hospice and palliative care is provided for incurable (terminally ill) patients. The aim of the research is to study the problems which are related to the palliative care and to gather the needed information from the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery. **Methodology:** In addition to studying the primary and secondary sources of literature we used narrative interview as a method for qualitative research. We interviewed the experts of this field. **Results, discussion:** The amount of the patients who were accepted to be under palliative care is increasing annually. There are six beds in the Mercy Center. Due to high demand of palliative care and a small amount of beds, all of them are always taken. It is hard to satisfy other patients, who are willing to join the Mercy Center. On the other hand, the reason of not getting the necessary services is a lack of information about the hospice and palliative care. **Conclusion, recommendations** Spreading the information about hospice and palliative care, supporting the organizations which are willing to develop in this field are the best ways of solving this problem.

ბიბლიოგრაფია

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990
2. Verulava, T., Adeishvili, I., Maglakelidze, T., (2016) Home Care Services for Elderly People in Georgia. Home Health Care Management Practice, 28 (3). C. 170-177. ISSN 1552-6739
2. თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტერი. <http://www.orthodoxy.ge/eklesiebi/feriscvaleba/feristsvaleba.htm>
3. სუვარიანი, ნ. (2008) საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა ინერგება. პორტალი ადამიანის უფლებებზე.

პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში

ანი ასრათაშვილი, შორენა ქაფიანიძე, თათია წიქორიძე, სალომე მინდიაშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

გულის უკმარისობა ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მოითხოვს ყოველდღიურ კონტოლს და ცხოვრების წესთან ადაპტაციას. დაავადების სიმპტომებს შორის აღსანიშნავია ქოშინი, სისუსტე და ადვილად დაღლა, გულის ფრიალი, გულის აჩქარების შეგრძნება, ქვედა კიდურების შეშუპება, მშრალი ხველა, კანისა და ლორწოვანების მოლურჯო (ციანოზური) შეფერილობა, შარდის ოდენობის შემცირება, ღამით შარდვის გახშირება. მნიშვნელოვანია ამ სიმპტომების მართვა. ასევე, ავადმყოფებმა უნდა იცოდნენ თუ როდის მიმართონ სამედიცინო დახმარებისათვის [1]. პირველადი ჯანდაცვის კუთხით მნიშვნელოვანია პაციენტის განათლება, თვითმართვის უნარების განვითარება, მედიკამენტური და არამედიკამენტური ჩარევების მართვა [2]. გულის უკმარისობის შესახებ ცოდნა გულისხმობს წონის კონტროლს, სიმპტომებზე რეაგირებას, მედიკამენტების გამოყენებას, დიეტას, შესაფერის ფიზიკურ ვარჯიშებს [3]. თვითმართვის მხარდამჭერი განათლების მიზანია სარწმუნო გადაწყვეტილების მიღების უნარის განვითარება, ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესების მიზნით [4]. დაავადების თვითმართვა არის ქრონიკული დაავადებების მართვის მნიშვნელოვანი კომპონენტი [5]. გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების განათლებას, თვითმართვის ღონისძიებებს და შემცირებულ ჰოსპიტალიზაციას შორის არსებობს გარკვეული კავშირი [6;7;8]. თუმცა გულის უკმარისობის მქონე ავადმყოფები აღნიშნავენ დაავადების შესახებ განათლების დეფიციტს [9;10]. უწყვეტი განათლება საჭიროა დაავადების მთელი პერიოდის განმავლობაში [11,12]. პირველადი ჯანდაცვის მიწოდებლები, როგორც პაციენტების ექიმთან კონტაქტის პირველი ადგილი, ჯანმრთელობის განათლების მთავარი პროვაიდერებია [13]. ბევრ ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის ექთნები მონაწილეობენ ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანების განათლების პროგრამების განხორციელებაში [14;15]. ასეთი პროგრამები მოითხოვენ საწყის შეფასებას, სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის განვითარებას, და პერიოდულ მონიტორინგს [16]. იგი აგრეთვე მოიცავდა პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების განათლებას. ბოლო დროს გაიზარდა პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა, რაც ზრდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში ქრონიკული დაავადებების თვითმართვის როლს [17]. ჩვენი კვლევის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლის შესწავლა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების განათლებაზე. გულის უკმარისობაზე აქცენტირება განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ კვლევების მიხედვით პაციენტებს ნაკლები განათლება აქვთ ამ დაავადების მიმართ [18]. განათლების მაღალი დონის და თვითმართვის ეფექტი იმაში მდგომარეობს, რომ ამცირებს ჰოსპიტალიზაციას [19;20;21].

კვლევის მიზანს შეადგენდა შეგვესწავლა პირველადი ჯანდაცვის ექთნების მიერ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება, მათი საგანმანათლებლო აქტივობები სიხშირის, ხანგრძლივობის და თემების მიხედვით, ამ განათლების ხელშეწყობისათვის გამოყენებული საგანმანათლებლო რესურსების სახეები, მათი ინფორმირებულობისა და დამოკიდებულების დადგენა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და დაავადების კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის მედდების გამოკითხვა. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მედდები. მედდების მონაცემების ხელმიუწვდომობის გამო, მედდების შერჩევის მეთოდად გამოყენებული იქნა სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მედდების ალბათური შერჩევის მეთოდი, კერძოდ მარტივი შემთხვევითი შერჩევის სახე - სისტემური შერჩევა. შერჩა 100 ბენეფიციარი. კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. თითოეული კითხვარი შეიცავდა ღია და დახურულ კითხვას, ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წუთი. 100 შერჩეული პირებიდან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე დათანხმდა 88 ბენეფიციარი (88%). 12 პირმა უარი განაცხადა მონაწილეობის მიღებაზე.

ჰიპოთეზა: პირველადი ჯანდაცვის ექთნების მიერ ხორციელდება დაავადების შესახებ საგანმანათლებლო თემების მიწოდება; გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის პირველადი ჯანდაცვის ექთნები საჭიროებენ კვალიფიკაციის ამაღლებას უკეთესი მომსახურების გაწევისათვის.

შედეგები

რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები მოცემულია ცხრილში (ცხრილი 1). მედდების 100% შეადგენდნენ ქალები. მედდების უმრავლესობის 39% (n=34) ასაკი შეადგენდა 41-50 წელს. რესპონდენტთა უმრავლესობა შეადგენდნენ სერთიფიცირებულ მედდებს. მედდების უმრავლესობა 72% (n=63) მუშაობდნენ ოჯახის ექიმთან ერთად, ხოლო 28% (n=25) დასაქმებული იქნენ პოლიკლინიკების კარდიოლოგიური კაბინეტებში.

რესპონდენტთა დაახლოებით მესამედს კვირაში რამდენჯერმე ან უფრო მეტჯერ ჰქონდა შეხვედრა გულის უკმარისობის პაციენტებთან (35%; n=31, ცხრილი 2.) და გამოკითხულთა აბსოლუტურმა უმრავლესობამ ჩვეულებრივ ჩაუტარა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებთან საგანმანათლებლო ღონისძიებები, რა თქმა უნდა, სხვადასხვა დროის ინტენსივობით. რესპონდენტებმა აღნიშნეს დრო, რაც დახარჯეს საგანმანათლებლო აქტივობებში. რესპონდენტების უმრავლესობა, რომლებიც საგანმანათლებლო აქტივობებს ეწევა, ჩვეულებრივ, საშუალოდ 15 წუთს ან უფრო ნაკლებს უთმობს თითოეულ პაციენტს (42%. n=37). რესპონდენტთა თითქმის მესამედი 1-5 წუთამდე დროს უთმობს განათლებას (31%. n=27). საკმაოდ მცირე ნაწილმა 16-დან 60 წუთამდე დაუთმო პაციენტს (17%, n=15).

ყველაზე უფრო ხშირ საგანმანათლებლო თემებს შეადგენდნენ: მედიკამენტები, ნიშნები და სიმპტომები, ზოგადი განათლება, დიეტა და აქტიურობები (იხ. ნახატი). დაავადების პროგნოზი და ფილოსოფიური საკითხები შდარებით ნაკლებს შეადგენდნენ.

რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ გულის უკმარისობის შესახებ მეტი განათლების მიღება მათთვის ძალიან სასარგებლოა (78%, n=68), ხოლო 62%-მა (n=54) აღნიშნა, რომ ისინი მიესალმებიან სპეციალისტების გადამზადებას, რადგან იგი ძალიან სასარგებლოა.

რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა (24%, n=21), აღნიშნა, რომ ისინი იყენებენ გულის უკმარისობის შესახებ სპეციფიკურ საგანმანათლებლო მასალებს (ბუკლეტები). კომენტარებში ისინი ყველაზე უფრო ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ ასეთი სახის ბუკლეტები: "მარტივია გასაგებად", "კარგად არის ილუსტრირებული", "ნათლადაა ჩამოყალიბებული ინდივიდუალური

სამოქმედო გეგმები", "ხელს უწყობს პაციენტის მიერ დაავადების თვითმართვას", "ადვილად ხელმისაწვდომია".

ცხრილი 1: პაციენტთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განაწილება

	რაოდენობა	%
სქესი		
ქალი	88	100
კაცი	0	0
ასაკი		
20-30	9	10 %
31-40	21	24%
41-50	34	39%
51-60	17	19%
60-ზე მეტი	7	8%
პროფესიული კვალიფიკაცია		
სერთიფიცირებული მედდა	88	100
სხვა	0	
სამუშაო სფერო		
ოჯახის მედდა	63	72 %
კარდიოლოგიური კაბინეტის მედდა	25	28%

ცხრილი 2: გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების განათლებაზე დახარჯული დროის სიხშირე

შეკითხვა	კატეგორიები	%	N (რაოდენობა)
გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებზე მეთვალყურეობის სიხშირე	ყოველ დღე	15%	13
	კვირაში რამდენჯერმე	35%	31
	თვეში რამდენჯერმე	39%	34
	რამდენიმე თვეში ერთხელ	10%	9
	წელიწადში ერთხელ ან უფრო ნაკლებჯერ	1%	1
პაციენტის განათლებაზე დახარჯული დროის ხანგრძლივობა	31-60 წუთი	10%	9
	16-30 წუთი	17%	15
	6-15 წუთი	42%	37
	1-5 წუთი	31%	27
	0 წუთი		0

ცხრილი 3: გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების საგანმანათლებლო თემები

პაციენტის საგანმანათლებლო თემები	რაოდენობა N	%
მედიკამენტები	78	88%
დაავადების ნიშნები და სიმპტომები	73	82%
დაავადების შესახებ ზოგადი განათლება	54	61%
კვება	46	52%
ფიზიკური აქტივობები	36	40%
დაავადების რისკ-ფაქტორები	34	38%
ფსიქოსოციალური ფაქტორები	26	29%
დაავადების პროგნოზი	15	17%
სხვა	12	13%

რესპოდენტების დიდმა ნაწილმა (76%, n=66) აღნიშნა, რომ არ იყენებენ საგანმანათლებლო მასალებს. მათი კომენტარების მიხედვით, „ისინი თავად უზრუნველყოფენ პაციენტის განათლებას 1-5 წუთის განმავლობაში“, „ბუკლეტები მათთვის არ არის ხელმისაწვდომი“, „ინტერნეტში განთავსებულ მასალებს ვუთითებთ“.

დასკვნა

კვლევით დადასტურდა, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობის მიერ ხორციელდება საგანმანათლებლო თემების მიწოდება გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის. ცხადია, პაციენტის განათლებაზე დახარჯული დროის ხანგრძლივობა, პირველადი ჯანდაცვის ექთნებს შორის მკვეთრად განსხვავდება. მათი უმრავლესობა 15 წუთსა და უფრო ნაკლებ დროს უთმობს პაციენტის განათლებას.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ყველაზე უფრო ხშირ საგანმანათლებლო თემებს შეადგენდნენ: მედიკამენტები, ნიშნები და სიმპტომები, ზოგადი განათლება, დიეტა და აქტიურობები. დაავადების პროგნოზი და ფილოსოფიური საკითხები შდარებით ნაკლებს შეადგენდნენ.

ჩატარებული კვლევით გამოიკვეთა სპეციალისტების გულის უკმარისობის შესახებ გადამზადების საჭიროება. კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტთა მცირე ნაწილი იყენებენ გულის უკმარისობის შესახებ სპეციფიკურ საგანმანათლებლო მასალებს (ბუკლეტები).

რეკომენდაციები

• პროფესიული განათლების მქონე პირველადი სამედიცინო ექთნებისათვის სისტემატურად ორგანიზდეს გადამზადების კურსები და ლექცია-სემინარები კარდიოლოგიურ საკითხებთან და კარდიოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებთან ურთიერთობის შესახებ.

• საგანმანათლებლო მასალებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის ხელშეწყობა პირველადი ჯანდაცვის ექთნებისათვის, რათა უკეთ უზრუნველყონ პაციენტის განათლება, სანდო, ილუსტრირებული, მარტივად გასაგები ბუკლეტების გამოყენებით.

აბსტრაქტი

შესავალი: გულის უკმარისობა ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მოითხოვს ყოველდღიურ კონტოლს და ცხოვრების წესთან ადაპტაციას. ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა პირველადი ჯანდაცვის ექთნების მიერ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის მედლების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე ექთნები ახორციელებენ საგანმანათლებლო თემების მიწოდებას გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისთვის. **რეკომენდაციები: 1.** საგანმანათლებლო მასალებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის ხელშეწყობა, რათა უკეთ უზრუნველყონ პაციენტების განათლება ბუკლეტების გამოყენებით. **2.** პროფესიული განათლების მქონე პირველადი სამედიცინო ექთნებისათვის სისტემატურად ორგანიზდეს გადამზადების კურსები და ლექცია-სემინარები კარდიოლოგიურ საკითხებთან და კარდიოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებთან ურთიერთობის შესახებ.

Primary health care nurses and heart failure education

Ani AsrataShvili, Salome Mindiashvili, Tatia Tsikoridze, Shorena Qapianidze - faculty of the Social and political science, Bachelors of Sociology and Social Work

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Abstract- Introduction: Heart failure is a chronic disease which requires daily control and life style adaptation. Our research was to conduct a study of primary care nurses in heart failure patients by providing information about the disease. **Methodology:** Within the quantitative research was carried out through a structured questionnaire survey of primary care nurses. **Results, discussion:** According to the survey carried out by the nurses in the delivery of educational communities in heart failure patients.

Recommendations: 1.Educational materials promoting better access to better ensure patient education booklets using. 2.For health care nurses that have professional education need to organize courses of improving one's qualification and also lecture about this diseases.

ბიბლიოგრაფია

1. Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*. 2005;91:ii39–ii42.
2. New Zealand Guidelines Group. *New Zealand Primary Care Handbook*. 3rd ed. Wellington: Ministry of Health; 2012.
3. National Heart Foundation of New Zealand. *New Zealand Guideline for the Management of Chronic Heart Failure (2009 update)*. Auckland: National Heart Foundation of New Zealand; 2010
4. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 2005;72(8):1503–10.
5. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, Vonkorff M. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med*. 2005;11(Suppl 1):S7–15.
6. Boutwell A, Hwu S. *Effective interventions to reduce rehospitalizations: a survey of the published evidence*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
7. Anderson C, Deepak BV, Amoateng-Adjepong Y, Zarich S. Benefits of comprehensive inpatient education and discharge planning combined with outpatient support in elderly patients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail*. 2005;11:315–321.
8. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006;6:43.
9. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Educ Couns*. 2001;45:181–185.
10. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434–40
11. Barnes S, Gott M, Payne S, Seamark D, Parker C, Gariballa S, et al. Communication in heart failure: perspectives from older people and primary care professionals. *Health Soc Care Community*. 2006;14(6):482–90
12. Rogers A, Addington-Hall JM, McCoy AS, Edmonds PM, Aberly AJ, Coats AJ, et al. A qualitative study of chronic heart failure patients' understanding of their symptoms and drug therapy. *Eur J Heart Fail*. 2002;4(3):283–7
13. World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, Sept 6–12, 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978. Available from: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
14. Ashworth N, Thompson S. Long-term condition management: health professionals' perspectives. *J Prim Health Care*. 2011;3(1):16–22.
15. Lawrenson R, Joshy G, Eerens Y, Johnstone W. How do newly diagnosed patients with type 2 diabetes in the Waikato get their diabetes education? *J Prim Health Care*. 2010;2(4):303–10.
16. Henty C, Dickinson A. Practice nurses' experiences of the Care Plus programme: a qualitative descriptive study. *NZ Fam Physician*. 2007;34:335–338
17. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):138–44
18. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Educ Couns*. 2001;45:181–185
19. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006;6:43.
20. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Educ Couns*. 2001;45:181–185.
21. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434–40
22. Gilmour J, Strong A, Hawkins M, Broadbent R, Huntington A. Nurses and heart failure education in medical wards. *Nurs Pract N Z*. 2013;29(3):5–17

ქორწინება და მასზე მოქმედი სტრეს-ფაქტორები

ნანა ჯუღელი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებთა ფაკულტეტის, სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

ქორწინება ადამიანის ემოციურ განწყობაზე დადებითად აისახება, რაც ასევე პოზიტიურად მოქმედებს მის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე. თუმცა გარდა დადებითი მხარეებისა, არსებობს ქორწინებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ტიპის პრობლემა. ის შეიძლება აღმოჩნდეს ხანგრძლივი სტრესის და დეპრესიის წყარო. სტრესი ორგანიზმის ზოგადი რეაქცია მეტისმეტად ძლიერ ფიზიკურ თუ ფსიქოლოგიურ გამდიზიანებელზე [1]. ქორწინებისას სტრესის გამომწვევი უმთავრესი მიზეზია ინტერპერსონალური ურთიერთობები. ინტერპერსონალური ურთიერთობები გულისხმობს ადამიანთა შორის ურთიერთობებს, ემოციებსა და რეაქციებს, რომლებსაც გამოვხატავთ ერთმანეთის მიმართ. ინტერპერსონალური ურთიერთობებიდან, რომლებიც ხელს უწყობენ დეპრესიას, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახურ ურთიერთობებს. მაგალითად, ქალებისთვის ქორწინებასთან დაკავშირებული დეპრესია მჭიდრო კავშირშია პირველ ორსულობასთან და მშობიარობასთან. გარდა ამისა, ქორწინების შემდეგ მამაკაცს, ისევე როგორც ქალს, დამატებითი პასუხიმგებლობები და მოვალეობები უჩნდება, რაც ასევე ერთგვარ სტრესთან არის დაკავშირებული.

დეივ ვილისმა ქორწინებისას სტრესის გამომწვევი შემდეგი მიზეზები გამოყო: ფიანსური პრობლემები, არაჯანსაღი ურთიერთობები, წყვილებს შორის ნაკლები კომუნიკაცია, სექსუალური ცხოვრება, სამუშაოსგან მიღებული სტრესი, აზრთა შეუთავსებლობა, ჯანმრთელობის პრობლემები. [7.გვ1]

კვლევის მიზანია თუ რამდენად არის დაკავშირებული ქორწინება სტრესთან და დეპრესიასთან. კვლევის ამოცანებია:

- ქორწინებისას ქალებში და მამაკაცებში რა ძირითადი სტრესორები გამოიკვეთება;
- რომელი სქესის წარმომადგენელში უფრო მეტად ვლინდება სტრესის ნიშნები.

მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა თვისებრივი კვლევის ერთ-ერთი მეთოდის, სიღრმისეული ინტერვიუს მეშვეობით, კვლევის დროს გამოყენებული იყო ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი. შერჩევის მეთოდს წარმოადგენს „თოვლის გუნდის“ პრინციპი.

კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ იგი ვერ იქნება რეპრეზენტატიული. რამდენიმე ინტერვიუს მონაცემს ვერ განვაზოგადებთ მთლიან პოპულაციაზე, რადგან ახალდაქორწინებულ წყვილებს შეიძლება სრულიად განსხვავებული აზრები და შეხედულებები ჰქონდეთ.

შედეგები

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 6 ახალდაქორწინებულის გამოკითხვა, რომლებიც ქორწინებაში იმყოფებოდნენ არაუმეტეს 12 თვისა. იმ მიზნით, რომ გენდერული ბალანსი დაცული ყოფილიყო გამოვკითხე 3 მდედრობითი და 3 მამრობითი სქესის წარმომადგენელი. მდედრობითი სქესის რესპონდენტთაგან 2-ის ასაკი იყო 22-25 წლამდე, ხოლო 1-ის - 34-37 წლამდე. მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა ასაკი მერყეობდა 22-25 წლამდე. რესპონდენტები ამჟამად იმყოფებიან ქორწინებაში.

ყველა რესპონდენტმა ქორწინების იდეალურ ასაკად მიიჩნია 25 წელი, რადგან ამ დროს აღარ ხარ დამოკიდებული ოჯახზე, გააზრებული გაქვს პასუხისმგებლობები, უფრო ჩამოყალიბებული ხარ. რაც უფრო მცირეა ასაკი, მით უფრო რთულია ქორწინებასთან დაკავშირებულ სირთულეებთან გამკლავება. თუმცა, მხოლოდ ასაკზე არ არის დამოკიდებული სტრესულ მდგომარეობაში ყოფნა, ხასიათიც დიდ როლს ასრულებს.

თიკო: „ფიქრობ, სტრესი არ არის დამოკიდებული მხოლოდ ასაკზე, მასზე გავლენას ახდენს ხასიათიც“.

ნიკა: „ასაკს არ აქვს მნიშვნელობა, ნებისმიერ ასაკში შეიძლება წარმოიქმნას პრობლემები“.

ანი: „თუ ადრეულია ქორწინება, მეტია პრობლემა, მეტია სტრესული სიტუაცია“.

ქალებისათვის უფრო რთული აღმოჩნდა ოჯახის ახალ წევრებთან შეგუება.

ანი: „ჩემთვის ძალიან რთული აღმოჩნდა მეუღლის მშობლებთან ცხოვრება. ამიტომ ყველანაირი ზომა მივიღე იმისთვის, რომ მარტო გადავსულიყავი საცხოვრებლად და ფინანსურადაც მათზე არ ვყოფილიყავი დამოკიდებული“.

მარიამი: „გუვლი მეუღლის ასაკოვან მშობლებს, ძალიან მიჭირს, მაგრამ სხვა გზა არ მაქვს“.

თიკო: „შეიძლება ოჯახის ახალი წევრისთვის უცხო აღმოჩნდეს ამ ოჯახის წევრების ურთიერთობების სტილი“.

თანაცხოვრების დასაწყისში 6 წყვილიდან მხოლოდ 1 ცხოვრობდა მარტო. იგი მარტო ცხოვრებას საკმაოდ დადებითად აფასებს და ამბობს, რომ უკვე ძალიან დიდი გამოცდილება მიიღო და შეუძლია გაუმკლავდეს იმ პრობლემებს, რასაც ადრე გაურბოდა, ან უბრალოდ თავის არიდებას ცდილობდა. ხოლო დანარჩენები ამბობენ, რომ მშობლებთან ერთად ცხოვრება კარგია, რადგან პასუხისმგებლობა დანაწილებულია ოჯახის წევრთა შორის.

კითხვაზე არის თუ არა ქორწინება დაკავშირებული სტრესთან ექვსივე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ქორწინება და სტრესი პირდაპირ კავშირშია ერთმანეთთან.

თიკო: „როცა უკვე იზრებ, რომ თანაცხოვრება გიწევს სხვა ადამიანებთან, იწყება ახალი პასუხისმგებლობები“.

ლაშა: „ქორწინება, რა თქმა უნდა, პირდაპირ კავშირშია სტრესთან, მე ჯერ კიდევ თაფლობის თვე მაქვს, მაგრამ უკვე მამინეს იმის გაფიქრება, თურამხელა პასუხისმგებლობა ავიკიდ“.

ნიკა: „პირდაპირ კავშირშია, აბა რა არი, ყველაფერი შენი მოსაგვარებელია“.

ზურა: „პირველი რამდენიმე თვე ხარ ტკობის პროცესში, თაფლობისთვეა რა, გსიამოვნებს ეს ყველაფერი, მაგრამ შემდეგ თავს იჩენს რიგი პრობლემებისა“

რესპონდენტებმა ასაკი და სტრესი ერთმანეთთან საკმაოდ მჭიდრო კავშირში განიხილეს.

ანი: „ადრეულ ასაკში ალბათ უფრო ითრგუნები ამ ოჯახური ცხოვრების დროს წარმოქმნილი პასუხისმგებლობებითა და ვალდებულებებით“.

ზურა: „აი რავი, დაახლოებით 25 წლიდან, ალბათ, ხო, ქალს უფრო აქ გააზრებული თავისი ნაბიჯი და რაღაც-რაღაც დათმობებზე მიდის და შეიძლება სკანდალი არ ატეხოს იმის გამო, თუ ოჯახის წევრი თხოვს რომ საჭმელი გაუმზადოს“.

თიკო: „ნუ, მე მეშინოდა, რომ რაღაცეებს თავს ვერ გავართმევდი, ამის გამო პრობლემები შემექმნებოდა. მეჩვენებოდა, რომ ადრე გადავწყვიტე დაქორწინება და საოჯახო საქმეების კეთებაც მაინც დამაინც არ მინდოდა“.

რაც შეეხება სტრეს ფაქტორებს, მამაკაცთათვის სტრესული იყო ის, რომ მეგობრებთან ნაკლებ დროს ატარებდნენ, არეული ჰქონდათ სექსუალური ცხოვრება, მეუღლის ფეხმძიმობა, გაზრდილი საზრუნავი და პასუხისმგებლობები.

ნიკა: „იმის მაგივრად, რომ მეგობრებთან ერთად ვიყო ბირჟაზე, სახლში მიწევს ყოფნა და ტელევიზორის ყურება, რადგან მეუღლე ფეხმძიმედაა და მარტო ვერ ვტოვებ, თან რაღაც შეუძლებელ რაღაცებს მთხოვს“.

ზურა: „მთელი პასუხისმგებლობა მე დამაწვა, გაზრდილი საზრუნავი იწვევს ჩემში სტრესულ მდგომარეობას“.

ლაშა: „აუ ჩემი მთელი ხელფასი კომუნალურ გადასახადებს და პროდუქტებს სჭირდება, საკუთარი თავისთვის ვაფშე ვეღარ ვიტოვებ ვერაფერს“.

მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთათვის სტრესული იყო ის ფაქტი რომ მთელი საოჯახო საქმე მათი გასაკეთებელი იყო, ახალი ოჯახის წევრებთან შეგუების პროცესი, პასუხისმგებლობები, ფინანსური პრობლემები.

მარიამი: „ძალიან ბედნიერად ვცხოვრობდი, ნეტა საერთოდ არ შემექმნა ოჯახი ამ ასაკში (34 წლის ასაკში). დავიღალე მეუღლის მოხუცი მშობლების მოვლით, ეს ფაქტი მანადგურებს“.

ანი: „მთელი საოჯახო საქმე ჩემზე გადმოვიდა, მიუხედავად იმისა, რომ მარტო არ ვცხოვრობ, მთელი საზრუნავი მაინც ჩემზეა“.

თიკო: „ყველაფერი ჩვენი მოსაგვარებელია. ფინანსურადაც არავინ გვეხმარება“.

სტრესული მდგომარეობის დაძლევაში მდებარეობითი სქესის რესპონდენტებს ძირითად შემთხვევაში დაეხმარათ ფიქრი მხოლოდ კარგსა და პოზიტიურზე.

თიკო: „ცვდილოვდი მეფიქრა მხოლოდ კარგზე“.

ანი: „ჩვენი ოჯახური თანაცხოვრების კარგ მხარეებზე ვფიქრობდი“.

მარიამი: „ახლაც სტრესულ მდგომარეობაში ვარ და რწმენის საშუალებით ცვდილობ ამ ყველაფრის დაძლევას“.

მამრობითი სქესის წარმომადგენელ რესპონდენტებს სტრესული მდგომარეობის დაძლევაში დაეხმარათ მეუღლის გვერდში დგომა და ფიქრი იმაზე, რომ ერთად ყველაფერს შეძლებდნენ.

ლაშა: „ძალიან დამეხმარა ჩემი მეუღლე“.

ნიკა: „ჩემი მეუღლე სულ იმას ცდილობდა, რომ მცირედით მაინც გავეხარებინე, ხშირად მიმეორებდა რომ ყველაფერი კარგად იქნებოდა და ყველაფერს დავძლევდით, ძალიან დიდი მადლობა მას ამისთვის“.

ორივე სქესის წარმომადგენელთათვის საერთო იყო იმ ადამიანთა წრე, რომლებიც სტრესული მდგომარეობის დაძლევაში დაეხმარნენ. ესენი იყვნენ: მეუღლე, მშობლები, და-ძმები, მეგობრები, მოძღვარი.

თიკო: „ძალიან დამეხმარა ჩემი მეუღლე და ჩვენი მშობლები, მეგობრები, მეზობლები არაოღონდ“.

ყველა რესპონდენტი ამბობს, რომ სტრესი გავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე, იწვევს ცუდ ფიქრებს, განწყობას აფუჭებს, ყველა და ყველაფერი გალიზიანებს შენს ირგვლივ.

ანი: „ვი, ახდენს გვალენას, იწვევს ნეგატიურ ფიქრებს, აფუჭებს განწყობას“.

ზურა: „ადამიანის ვიზუალზეც აისახება ეს ყველაფერი, საბედნიეროდ ჩემ შემთხვევაში ასე შორს არ წასულა“.

ნიკა: „აი, მე პირადად სულ ცუდზე ვფიქრობდი, საშინელება იყო“.

რაც შეეხება სტრესთან ბრძოლის მეთოდებს ქალების შემთხვევაში ჭორაობითა და სარწმუნოების საშუალებით ახერხებენ დაძლევას. ბევრი საუბრები ერთგვარი თერაპიაა მათთვის, მარტივად განიმუხტებიან, დაქალებთან იოხებენ გულს.

ლაშა: „დაქალთან მოიოხებს გულს“.

ნიკა: „ჭორაობენ რა, და უფო მარტივად გამოდიან“.

მარიამი: „სარწმუნოება ძალიან დამეხმარა“.

თიკო: „ლაპარაკი უმსუბუქებს ადამიანს ამ მდგომარეობას“.

სტრესული მდგომარეობიდან გამოსავალს მამაკაცები სასმელსა და მოსაწევში ხედავენ, ცდილობენ სახლში ცოტად როგაატარონ. ასევე, ფსიქოლოგთან ვიზიტი ეხმარებათ სტრესის დაძლევაში.

ანი: „მამაკაცები ხშირად არ გამოუტყდებიან სხვას მათი პრობლემის შესახებ“.

ლაშა: „მამაკაცებში უფრო კარგად შეიძლება სიტუაცია და ეს კიდევ უფრო აძლიერებს სტრესს“.

თიკო: „ნუ კაცი ბევრს ეწევა და შეიძლება სვამდეს“.

ნიკა: „სხვა გზა აღარ მქონდა. აუტანელი ვიყავი ყველა ოჯახის წევრისთვის და გადავწყვიტე, რომ ფსიქოლოგთან მივსულიყავი“.

ორივე სქესის წარმომადგენელი ერთხმად აღიარებენ იმას, რომ ქალები უფრო მარტივად ახერხებენ სტრესის დაძლევას, რადგან ქალები უფრო მეტს საუბრობენ ამის შესახებ თავიანთ მეგობრებთან და შესაბამისად, უფრო მარტივად თავისუფლდებიან ნეგატიური ფიქრებისგან.

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

კვლევისას გამოყოფილ იქნა რამდენიმე კატეგორია:

ასაკი და ქორწინება

ქორწინება და ასაკი საკმაოდ მჭიდროდ არიან ერთმანეთთან კავშირში. რაც უფრო მცირეა ასაკი, მით უფრო რთულია ცხოვრების ახალ ეტაპთან შეგუება, გიწვეს ბევრ დათმობაზე წასვლა და ბევრ რაიმეზე უარის თქმა, როგორცაა მაგალითად: მეგობრებთან ერთად გასვლა და

გართობა. ოჯახის შექმნა სასურველია ისეთ ასაკში, როცა ადამიანს გააზრებული აქვს ცხოვრების მიზნები, თუ რისი მიღწევა სურს. იდეალურ ასაკად რესპონდენტებმა 25 წელი მიიჩნიეს, რადგან ამ ასაკში ადამიანი უფრო რეალიზებულია, უფრო მეტად იცის თუ რა და როგორ უნდა, შედარებით მეტი გამოცდილება აქვს, ვიდრე დაუშვავთ, 20 წლის ასაკში. თუმცა ეს ყველაფერი ინდივიდუალურია. შეიძლება, ადამიანი 20 წლის იყოს და იმაზე მეტად ჰქონდეს ჩამოყალიბებული და გააზრებული ყველაფერი ვიდრე მასზე ბევრად უფროსს.

ასაკი და სტრესი

სტრესი დამოკიდებულია როგორც ასაკზე, ასევე ხასიათზე. თუ ადამიანი მიდრეკილია სტრესისა და დეპრესიისკენ, იგი ნებისმიერ ასაკში იჩენს თავს. თუმცა, რაც უფრო ახალგაზრდაა, მით უფრო უჭირს იმ სირთულეებთან შეგუება, რაც ოჯახურ ცხოვრებას ახლავს თან და სწორედ ეს არის სტრესისა თუ დეპრესიის საფუძველი. როცა უფროს ასაკში ქმნიან ოჯახებს, უფრო გააზრებულად მოქმედებენ, გაცილებით მეტი ცხოვრებისეული გამოცდილება აქვთ, რადგან უბრალო შელაპარაკების გამო არ ინგრევა ოჯახი, ანუ უფრო მეტად შესწევთ დათმობებზე წასვლის უნარი, მათი ურთიერთობა მხოლოდ მოჭარბებულ ჰორმონებზე არ არის დამყარებული.

მამაკაცი და სტრესი

მამაკაცები უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი სტრესისკენ. შესაძლოა, რომ სრულიად უბრალო პრობლემამ მათში პანიკა გამოიწვიოს. საყოველთაოდ აღიარებული აზრი იმის შესახებ, რომ მამაკაცები ძლიერი არსებები არიან, უგულებელყოფილია მაშინ როცა საქმე სტრესს ეხება. მათი ძირითადი სტრეს ფაქტორი ეკონომიკური სიტუაციაა და ის რომ ისე თავისუფლად ვედარ არიან, როგორც ოჯახის შექმნამდე იყვნენ. მეუღლის ფეხმძიმობა კიდევ უფრო ამძაფრებს მათ სტრესს. ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია სექსუალური შეუთავსებლობა. როცა წყვილი სექსუალურად ვერ ეთავსება ერთმანეთს, იწყება მთელი რიგი პრობლემებისა თუ სტრესისა. მამაკაცებში ძირითადი სტრეს ფაქტორებია: ეკონომიკური სიტუაცია, მეუღლის ფეხმძიმობა, გაზრდილი პასუხისმგებლობა, გაზრდილი მოვალეობები, ნაკლები დრო მეგობრებთან ყოფნისთვის, სექსუალური შეუთავსებლობა.

ქალი და სტრესი

ქალებს უფრო მეტად შეუძლიათ აკონტროლონ და მართონ თავიანთი ფიქრები, ემოციები. მათში, ძირითადად, სტრესს იწვევს: სამსახურის არ ქონა, საოჯახო საქმიანობები, პირველი შვილის გაჩენა, ეკონომიკური სიტუაცია, ახალ ოჯახის წევრებთან შეგუება და მათზე მზრუნველობა. მამაკაცებთან შედარებით ქალები ნაკლებად სტრესულები არიან. ამ შემთხვევაში ქალები საკმაოდ ძლიერ არსებებად წარმოგვიდგებიან. მათ შეუძლიათ, რომ რამდენიმე როლი წარმატებით მოირგონ და გადალილობამ მათში სტრესი არ გამოიწვიოს, რადგან მათ კარგად აქვთ გააზრებული, რომ თავიანთი ხასიათი აისახება ოჯახის სხვა წევრების განწყობაზე. მათ შეუძლიათ ყურადღება სხვარამეზობლებზე და არჩიკეტონ ოჯახში არსებული პრობლემების გამო.

ქალთა ბრძოლის მეთოდები სტრესთან

ქალები სტრესთან გამკლავებას უფრო მარტივად ახერხებენ ვიდრე მამაკაცები. საკუთარი თავის ფსიქოლოგები, ხშირ შემთხვევაში, თავადვე არიან. მეგობრებთან საკუთარ პრობლემაზე ლაპარაკი საუკეთესო გამოსავალია სტრესული მდგომარეობის დასაძლევად, რადგან რაც უფრო ბევრს ლაპარაკობ, უფრო და უფრო თავისუფლდები და განიმუხტები უარყოფითი ენერჯისგან. ფიქრი მხოლოდ კარგსა და პოზიტიურზე, როცა სტრესულ მდგომარეობაში ხარ ცოტათი რთულია, მაგრამ ვინც ამას ახერხებს ესეც საუკეთესო გზაა სტრესის დასაძლევად. მეგობრებზე, მშობლებზე, და-ძმებზე უკეთ ვერავინ შეძლებს დაგეხმარონ სტრესული სიტუაციიდან გამოსვლაში. თუმცა, ყველაზე კარგი გამოსავალია საკუთარი თავის შთაგონება, რომ ასე ყოფნა კარგს არაფერს მოგიტანს და უნდა ირწმუნო, რომ აუცილებლად ყველაფერი კარგად იქნება. ქალები უმეტეს შემთხვევაში ასე იქცევიან.

მამაკაცთა ბრძოლის მეთოდები სტრესთან

მამაკაცებს ნაკლებად შესწევთ იმის ძალა, რომ სტრესული მდგომარეობა მარტივად დაძლიონ, ისინი გამოსავალს სასმელსა და თამბაქოს მოხმარებაში ხედავენ, ცდილობენ გაექცნენ არსებულ რეალობას, მაგრამ ეს უფრო ართულებს სიტუაციას და ხელს უწყობს სტრესული მდგომარეობის გაღრმავებას. მეუღლეები მათს ცხოვრებაში ძალიან დიდ როლს თამაშობენ, რადგან ერთგვარად ფსიქოლოგის ფუნქცია აქვთ შეთავსებული და არწმუნებენ რომ ყველაფერი მოგვარებადია, რომ ყველაფერს ეშვებება, რომ ყველა სიტუაციიდან არსებობს რაღაც გამოსავალი. მამაკაცები სტრესთან ბრძოლის მაგივრად ხელს უწყობენ მის გართულებას, უფრო ჩაკეტილნი ხდებიან, არავისთან საუბარი არ სურთ, მთელ დღეებს უაზრო ფიქრებში ატარებენ. მათ გარშემო მყოფ ადამიანებს არ ანახებენ იმას, რომ ისინი ცუდად არიან, არ უყვებიან არავის ამის შესახებ, ფსიქოლოგთან ვიზიტი კი რაღაცნაირად „უტყდებათ“.

რეკომენდაციები

აღნიშნულმა კვლევამ ცხადყო, რომ მამაკაცებში უფრო მეტად ვლინდება სტრესის ნიშნები, რომ ქალებთან შედარებით, მათ ნაკლებად შეუძლიათ სტრესთან გამკლავება.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ სტრესული მდგომარეობის ჩამოყალიბება უფრო მეტად ადამიანის ხასიათზეა დამოკიდებული, ვიდრე ასაკზე. ასევე, სტრესი პირდაპირ კავშირშია ქორწინებასთან.

ქალები ნაკლებ სტრესულები არიან და სტრესის დასაძლევად ყველაზე მარტივ ხერხს, მეგობართან საუბარს ირჩევენ. მამაკაცები კი ამ გზას გაურბიან, ფსიქოლოგთან ვიზიტს „უტყდებათ“. საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპი, რომლის თანახმადაც მამაკაცები მეტად ძლიერი არსებები არიან აღნიშნული კვლევით უგულვებელყოფილია.

აბსტრაქტი

შესავალი: ქორწინება და სტრესი საკმაოდ მჭიდრო კავშირში არიან ერთმანეთთან. საკმაოდ დიდი რიცხვია იმ წყვილებისა, რომლებიც ქორწინების შემდეგ სტრესულ მდგომარეობაში აღმოჩნდნენ. კვლევის მიზანია იმის გაგება, თუ რამდენად არის ქორწინება დაკავშირებული სტრესთან. **მეთოდოლოგია:** პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ახალდაქორწინებული წყვილების ინტერვიუება. **შედეგები, დისკუსია:** ქორწინება პირდაპირ კავშირშია სტრესთან, მამაკაცები კი უფრო მეტად სტრესულები არიან და საკმაოდ უჭირთ სტრესული მდგომარეობიდან გამოსვლა, ვიდრე მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებს. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** სტრესულ მდგომარეობაში ყოფნისას მიზანშეწონილია ფსიქოლოგთან მიმართვა, თვითშეგონება, სტრესის დაძლევის ხელშეწყობა.

Marriage and its current stress factors

Nana Jugheli - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelor of Sociology

Tengiz Verulava - MD, PhD, Professor

Abstract

Introduction: Marriage and stress are closely connected to each other. There're quite a large number of couples who were in a stressful situation after their marriage. The research's aim is to find out how much the marriage is connected to stress. **Methodology:** Within the framework of qualitative investigation the secondary data were analyzed, and we interviewed newly married couples. **Results, Discussion:** Marriage is directly related to stress, men are even more stressful. To recover from stress is especially hard for men, than female sex. **Conclusions and recommendations:** While men are in stressful situation they should try not to contribute the soar of the process. They should go to the psychologist or they should try hard to become psychologists of themselves on their own.

ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თ (2016). ჯანდაცვის სოციოლოგია. სალექციო მასალები.
2. Dave Willis . 12 CAUSES OF STRESS IN MARRIAGE. (30.12.2016)
<http://sixseeds.patheos.com/davewillis/12-causes-of-stress-in-marriage/>

სტრესი და გენდერი

საბა ჩიხლაძე, მარიამ ალელიშვილი, ანა მუშკუდიანი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

თანამედროვე პატრიარქატულ საზოგადოებაში მუდმივად მიმდინარეობს ადამიანის ემოციებისა და ქცევების კონტროლი. საზოგადოება, მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს ინდივიდის ქცევას, რომელიც ხშირად გენდერული ნიშნითაა განპირობებული. მაგალითად, ბავშვობის ასაკში, სტერეოტიპულად, ბიჭს არ შეუძლია ისეთი ემოციების გამოხატვა, როგორცაა ტირილი და სხვა “ქალური” ქცევები, რადგან საზოგადოებისგან იღებს ნეგატიურ რეაქციასა და დამოკიდებულებას, რაც, თავის მხრივ, უარყოფით ზეგავლენას ახდენს მათ ინდივიდად ჩამოყალიბებაზე, ხელს უშლის მათ სოციალიზაციასა და თვითრეალიზაციას. ქცევის კონტროლი არა მხოლოდ ბიჭებზე, გოგონებზეც ხშირად ვრცელდება, რაც გამოიხატება პატარა ასაკში “ბიჭური” თამაშების აკრძალვებით. ეს თითქოს და უმნიშვნელო აკრძალვები, ხშირად დამთრგუნველი ხდება ბავშვისთვის და სტრესულ მდგომარეობაში აგდებს მას. ამ სტრესისგან თავის დაღწევა კი, შეიძლება ძალიან რთული აღმოჩნდეს ცხოვრების განმავლობაში. სტრესი, თავის მხრივ, მრავალი დაავადების გამომწვევი მიზეზი შეიძლება გახდეს. აქედან გამომდინარე, დღევანდელ ჩვენს საზოგადოებაში, რომელიც სავსეა სტერეოტიპებით, გენდერი საკმაოდ აქტუალური თემაა.

კვლევის მიზანია სტრესის გამოწვევაში გენდერის როლის, მისი გავრცელების, მისგან დამლევის გზების შესწავლა. კვლევის ამოცანებია:

- ბიჭებში სტრესის გამომწვევი მიზეზების და მისი გამოხატვის ფორმების შესწავლა;
- გოგონებში სტრესის გამომწვევი მიზეზების და მისი გამოხატვის ფორმების შესწავლა.
- სტრესის გავლენა ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტებზე (სოციალიზაცია, კარიერა, ურთიერთობები).

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა ფოკუს-ჯგუფში ინტერვიუების მეთოდი. იგი საშუალებას იძლევა ერთდროულად რამდენიმე ადამიანს მოვუსმინოთ და მივიღოთ ინფორმაცია. ფოკუს-ჯგუფში მონაწილეობდა თსუ-ის 6 რესპონდენტი, სხვადასხვა ფაკულტეტიდან. ფოკუს ჯგუფისთვის განზრახ შევარჩიეთ 3 გოგო და 3 ბიჭი რესპონდენტი, რადგან ვთვლით, რომ მოზარდობის პერიოდში, პატრიარქატულად მოწყობილი საზოგადოება, თანაბარ ზეწოლას ახდენს როგორც გოგოზე, ასევე ბიჭზე. განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დღის წესრიგში დგება ბიჭისთვის მასკულიზური გოგოსთვის კი ფემინური თვისებების ჩამოყალიბება.

გამოყენებულ იქნა არაალბათური შერჩევის მეთოდი იყო, რაც ნიშნავს იმას, რომ რესპონდენტები პირდაპირ და ლოგიკურად იყვნენ დაკავშირებული საკვლევ თემასთან. ანუ წინასწარ ვიცოდით, რომ რესპოდენტებს ჰქონდათ მსგავსი გამოცდილება და მოზარდობის პერიოდში განიცდიდნენ ემოციურ კონტროლს, რაც გენდერული ნიშნით იყო განპირობებული. რესპოდენტები მოვიძიეთ სამეგობროს მეშვეობით, დაუკავშირდით და გავაცანით კვლევის არსი და მხოლოდ მათი თანხმობის საფუძველზე ჩავატარეთ ფოკუს-ჯგუფი. მისი ხანგრძლივობა

შეადგენდა 1 საათს. რესპოდენტთა კონფიდენციალურობის დაცვის მიზნით, კვლევაში ნახსენები რესპოდენტების სახელები პირობითია.

საკვლევ პრობლემას განვიხილავთ თემასთან რელევანტური თეორიების საფუძველზე. კერძოდ, განხილულ იქნება სიმბოლური ინტერაქციონიზმის თეორიის საფუძველზე ინდივიდების ერთმანეთთან ინტერაქციის შედეგად გამოწვეული სტრესი. სოციალური სტატუსის, როგორც სტრესის წარმომქმნელი ერთ-ერთი ფაქტორის განსახილველად, გამოვიყენებთ პერლინის კვლევას, რომლის შედეგები აღნიშნულ თემაზე ამახვილებს ყურადღებას. ასევე, პერლინის კვლევა საშუალებას გვაძლევს განვიხილოთ გენდერული განსხვავებულობის შედეგად გამოწვეული სტრესი დასაქმების დროს. ამასთან, ვისაუბრებთ სტრესის შედეგად გამოწვეულ სუიციდის მცდელობებზე და განვიხილავთ მას დიურკჰაიმის თეორიასთან მიმართებით.

შედეგები, დისკუსია

ადამიანის ჯანმრთელობასა და დაავადების განვითარებაზე მრავალი სოციალური დეტერმინანტი ახდენს გავლენას. ეს შეიძლება იყოს: სოციალური მდგომარეობა (ცხოვრების წესი, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები, კლასობრივი პოზიცია და ა.შ. სტრესის გავრცელებას ხელს უწყობს ჯანმრთელობის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის დარღვევა.

ფიზიკური კეთილდღეობა გულისხმობს ადამიანის უნარს იზრუნოს საკუთარ თავზე, იყოს მობილური. ფსიქიკური მოიაზრებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას, ხოლო სოციალური - ცხოვრების წესს, შრომის პირობებს.

ჩვენი კვლევის ამოსავალს წარმოადგენს გენდერი, როგორც ადამიანის სტრესის განმაპირობებელი. ტერმინი გენდერი აღნიშნავს ქალებისა და მამაკაცების სოციალურად კონსტრუირებულ როლებს, რომელიც მიეწერებათ მათ სქესობრივი ნიშნის მიხედვით. სტრესორებად სახელდება სხვადასხვა ფაქტორები, რომლებიც ირიბად თუ პირდაპირ იწვევენ სტრესს. იგი შეიძლება იყოს როგორც ხანმოკლე, ასევე მთელი ცხოვრების განმავლობაშიც გაჰყვეს ადამიანს და განსაზღვროს ძალიან ბევრი ფაქტორი მის ცხოვრებაში.

ჩვენი ფოკუს-ჯგუფის მონაწილე რესპოდენტების უმრავლესობა საუბრობს სტრესის გამომწვევ ისეთ ფაქტორებზე როგორცაა: ყოველდღიური ცხოვრება და მასში მიმდინარე მოვლენები, რომელიც მეტწილად დამთრგუნველი ხდება ინდივიდისთვის. ასევე, ძლიერი ემოციური ფონი, რომელიც სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული. ბაშვობის დროს მიღებული ტრავმა, რომლისგან თავის დაღწევაც ძალიან რთულად ხდება სხვადასხვა შემთხვევაში. საბოლოო ჯამში, თითოეული დასახელებული სტრესორი, ცალსახად სოციალურია. ასევე, რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ თითოეული სტრესორი ინდივიდუალურად მოქმედებს და განიცდება ინდივიდის მიერ.

ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით: “ჩემი აზრით, ინდივიდუალურია როგორც სტრესული, ისე სპეციფიკური ცხოვრებისეული მოვლენები. შეილება რაღაც ერთი კონკრეტული სიტუაცია ერთი ადამიანისთვის იყოს იმ დონის სტრესული, რომ დეპრესიაში ჩააგდოს, ან თუნდაც მიიყვანოს ფსიქიკურ აშლილობამდე, თუმცა მეორე ადამიანმა ეს ტრესორი და ეს გარემო ფაქტორი გადაიტანოს ბევრად უფრო იოლად.”

სოციოლოგიაში არსებობს სამი ძირითადი თეორია, რომელთა მეშვეობითაც ხდება გარკვეული მოვლენების ახსნა. ერთ-ერთი ასეთია სიმბოლური ინტერაქციონიზმის თეორია, რომელიც საზოგადოებას განიხილავს მიკრო დონეზე, ინდივიდების ერთმანეთთან ურთიერთკავშირების მიხედვით. ურთიერთობები ადამიანებს შორის, სტრესის წარმომქმნის ასევე ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ხშირ შემთხვევაში, ისევ ადამიანები ხდებიან ის მთავარი

ობიექტები ერთმანეთისთვის, რომლებიც თავიანთი დამოკიდებულებით, ქცევით, იწვევენ სტრესულ მდგომარეობას, თრგუნავენ ამა თუ იმ უნარს ინდივიდისას, მასზე ზეწოლით, დაცინვითა და სხვადასხვა ფორმით.

რესპონდენტებიც აღნიშნავენ თავად ინდივიდების როლს ერთმანეთთან კომუნიკაციისას, რომელიც განმსაზღვრელი ფაქტორია სტრესის წარმოქმნისას. ჩვენს შემთხვევაშიც, როდესაც ვსაუბრობთ გენდერის როლზე სტრესის წარმოქმნაში, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ ეს ურთიერთობები, რომელიც იწყება ბავშვობის ასაკიდან, როდესაც ბავშვი ვერ იაზრებს სტრესული გარემოს არსებობას, თუმცა, რაღაც ფორმით, აუცილებლად გამოხატავს და ხშირად ხანგრძლივად გაჰყვება ხოლმე ეს ტრავმა.

რესპონდენტები საუბრობენ იმ ნორმებზე, რომელსაც საზოგადოება უწესებს ინდივიდებს და აკონტროლებს მათ ქცევას. “ვთქვათ ბიჭი, რომელიც დადის ფემინური ჩაცმულობით, საკმაოდ აკონტროლებს საზოგადოებრივი თვალი და ხალხის დამოკიდებულებამ შეიძლება დიდი სტრესი გამოიწვიოს მასში, იმიტომ, რომ ზიზღის თვალთ უყურებენ მას” [რესპონდენტი]

ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელსაც რესპონდენტები ასახელებენ, როგორც სტრესის გამომწვევს, არის სოციალური სტატუსი. აღნიშნავენ, რომ თვითონაც ქონიათ პრაქტიკაში, როდესაც, მაგალითად, დაბალი სოციალური სტატუსის გამო დაცინვის ობიექტები გამხდარან. ერთ-ერთი კვლევა ადასტურებს, რომ სოციალური ძალები და ინდივიდუალური კეთილდღეობა მჭიდრო კავშირშია ერთმანეთთან და სოციალური და ეკონომიკური სტატუსი, როგორცაა გენდერი და სოციალური კლასი, მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სტრესის გამოწვევას. [Pearlin and Schooler, 1978].

რესპონდენტებიც საუბრობენ ამ თემაზე და განიხილავენ მას როგორც ქრონიკულ სტრესორს: “ქრონიკულ სტრესორად შეიძლება განვიხილოთ სოციალურად დაბალი... ანუ როდესაც ადამიანი მიეკუთვნება სოციალურად დაბალ ფენას ცხოვრობს სიდუხჭირეში, ეს შესაძლოა იყოს ერთ-ერთი განმაპირობებელი მისი სტრესული მდგომარეობის.”

რაც შეეხება დასაქმების დროს გენდერული ნიშნით დისკრიმინაციას, რესპონდენტები თავის გამოცდილებიდან გამომდინარე ყვებიან, რომ ყოფილან მსგავსი დისკრიმინაციის მსხვერპლნი. ერთ-ერთი მათგანი ამბობს: “დასაქმება და გენდერული სტერეოტიპები ძალიან ბევრჯერ შემეხო. სამწუხაროდ, ბევრ მაღაზიაში, მხოლოდ იმის გამო რომ ბიჭი ვიყავი, არ ამიყვანეს. ალბათ იმიტომ, რომ ჰგონიათ რახან ბიჭი ვარ, შარვალს ცუდად დავკეცავ (პირობითად)“.

პერლინის აზრით, რომ დასაქმებასთან დაკავშირებული თანაბარი სირთულეები, სხვადასხვანაირად აღიქმება კაცების და ქალების მხრიდან და შესაბამისად სხვადასხვა გავლენა აქვს მათზე, რაც მისი აზრით, განპირობებულია იმ მდგომარეობით, რომ მათ უწევთ სხვადასხვა როლში ყოფნა, მათი სოციალური როლები განსხვავებულია. [Pearlin, 1975a].

ჩვენი კვლევის მონაწილეების შემთხვევაში, თანაბრად მძაფრად აღიქმება დისკრიმინაცია სამსახურში აყვანის დროს, როგორც გოგო, ისე ბიჭი რესპონდენტების მხრიდან. ისინი ერთნაირად სენსიტიურები არიან ამ თემის მიმართ, თუმცა, მათთვის სტრესიც თანაბრად აღიქმება და განიცდება, განსხვავებით ზემოთ აღნიშნული კვლევის მონაწილეებისგან.

კანადელი მეცნიერი ჰანს სელიე გამოყოფს სტრესის განვითარების სამ ძირითად სტადიას: განგაში, წინააღმდეგობის სტადია - ადაპტაცია, გამოფიტვა; კვლევის საფუძველზე სელიემ დაასკვნა, რომ თავის ყოველდღიურ ცხოვრებაში ადამიანი განიცდის სტრესულ სიტუაციებს, რომლებიც არღვევენ ადამიანის ორგანიზმის წონასწორობას; შედეგად, ადამიანის ორგანიზმი უფრო მგრძობიარე ხდება დაავადებების მიმართ (ვერულავა. 2016).

ზუსტად ასეთ მდგომარეობაზე ისაუბრა ჩვენმა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა გიორგი ჩ-მ: „ბავშვობაში ყოველთვის მიშლიდნენ გრძელი თმის ტარებას, მეუბნებოდნენ, რომ თუ თმებს გავიზრდიდი გოგოს დავემსგავსებოდი, რაც ოჯახიდან გავრცელდა კლასელებში და სხვა

მეგობრებში. მიუხედავად იმისა, რომ სხვებიც ატარებდნენ გრძელ თმებს, რატომღაც მხოლოდ ჩემი თმები აღიქმებოდა „გოგოს თმებად“. მე ყოველთვის მქონდა წინააღმდეგობა და არ ვიჭრიდი თმებს. ერთ დღესაც ძალით შემჭრეს თმები, რამაც განსაკუთრებულად ცუდად იმოქმედა ჩემზე. ძალიან მრცხვენოდა გადაპარსული თავით გარეთ გასვლა, როგორც ახლა მეუბნებიან რამდენიმე დღის განმავლობაში ვიწექი სახლში და ვტიროდი. ბოლოს ნერვიულობისგან სიცხემაც ამიწია და რამდენიმე დღის განმავლობაში სკოლის გაცდენაც მომიწია. ნუ ამ ყველაფერმა ოჯახის წევრებზეც იმოქმედა და ისევ მომცეს თმის გაზრდის უფლება, არ ვიცი რატომ, მაგრამ ისე ჩამრჩა ცნობიერებაში ის მომენტი, ანუ წინააღმდეგობა რომ გავუწიე ყველას და ჩემი გავიტანე, დღემდე დიდი თმებით დავდივარ.“

ჩვენმა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა, მარიამმა ასევე ისაუბრა ფაქტებზე, როდესაც სტრესული გარემოდან გამომდინარე მოზარდები თვითმკვლელობის მცდელობამდეც მიდიან, რაზეც საუბრობს დიურკჰაიმი თავის ნაშრომში „თვითმკვლელობა“ (1897 წ.). დიურკჰაიმი აღწერს, თუ რა გავლენას ახლდენს ადამიანის ქცევაზე სოციალური ძალები, რაშიც საკმაოდ დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ადამიანის საზოგადოებაში ინტეგრაციას.

სწორედ ინტეგრაციის პრობლემიდან გამოწვეულ სტრესზე ისაუბრა მარიამმა: „ქუთაისის გარეუბნებში, სადაც მე გავიზარდე, ვითარება განსაკუთრებულად რთული იყო, მაგალითად მეზობელი ბიჭი მყავდა, რომელიც სულ გოგოებთან თამაშობდა, მოზარდობის პერიოდში კი მუდმივად ჩვენთან მეგობრობდა და არა ბიჭებთან. რის გამოც სხვა ბიჭები მუდმივად აბუჩად იგდებდნენ, რამდენჯერმე სცემეს კიდეც. რა თქმა უნდა, ბავშვობის პერიოდში სულ ვცდილობდით მის დაცვას, ან უფროსების ჩარევას, მაგრამ დიდ ყურადღებას არავინ იჩენდა. ალბათ, მათაც არ მოსწონდათ მისი „არაბიჭური“ საქციელი და დიდად თავს არავინ იღებდა, რომ იგი დაეცვათ სხვა ბიჭებისგან. მდგომარეობა განსაკუთრებით გართულდა როდესაც უკვე გავიზარდეთ და დაახლოებით 15-16 წლის ასაკში ვიყავით. დათოს (პირობითად) ნელნელა გოგო მეგობრებიც შემოეცალა და უფროდაუფრო უჭირდა ბავშვებთან ინტეგრაცია. კი, მე და ჩემი რამდენიმე მეგობარი ისევ ვემეგობრებოდით, მაგრამ თვითონაც არ იყო დიდად კონტაქტური, ერთ დღესაც დათო დაიკარგა, ყველა ეძებდა და 2 დღის შემდეგ ძლივს იპოვეს. როგორც შემდეგ გაირკვა დათო რამდენიმე დღე იმალებოდა, ჩვენთან საუბარში, ეგეც რამდენიმე თვის შემდეგ, დათომ გვითხრა, რომ თავის მოკვლაც უნდოდა, თუმცა მერე გადაიფიქრა.“

როგორც მარიამი აღნიშნავს, ასეთი ფაქტები არაერთი გაუგია. მეტიც, მისთვისაც ყოფილა ისეთი მომენტები, როცა, მაგალითად, მარტო იმიტომ რომ გოგოა, სახლიდან მეგობრებთან ერთად არ გაუშვიათ, რადგან ღამე გარეთ ყოფნას უკრძალავდნენ, რაც მასზე განსაკუთრებულად ცუდად მოქმედებდა და სტრესულ მდგომარეობაში აყენებდა: „მეც მქონია ბევრი შემთხვევა, როცა მაგალითად სახლიდან მეგობრებთან ერთად სასეირნოდ არ მიშვებდნენ, რადგან გოგო ვარ და ღამე თუ გარეთ გავიდოდი ჩემზე ცუდს იფიქრებდნენ, ხშირად ჩემს ძმასაც მაზარებდნენ, რაც ცუდად მოქმედებდა ჩემზე, განსაკუთრებით იმიტომ რომ ჩემი ძმა ჩემზე 2 წლით უმცროსია, თავს ფაქტიურად დასაცავ ობიექტად მაგრძობინებდნენ, ამას ასე კარგად ახლა ვაანალიზებ და უკვე იმასაც ვხვდები როგორ ცუდად მოქმედებდა ჩემზე ეს ყველაფერი მაშინ, ვხდები იმ უარყოფით განწყობებს, გათენებულ ღამეებს და სხვადასხვა უცნაურ საქციელებს, რომლებსაც ასეთი ზეწოლის გამო ჩავდიოდი“

ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, ქალებს უფრო მეტად აღენიშნებათ ფსიქოლოგიური სტრესი და დეპრესია ვიდრე კაცებს. ამას იზიარებს რამდენიმე რესპონდენტი. მაგალითად, ერთ-ერთი მათგანი ყვება: “საქართველოში და იმ სოციუმში, რომელშიც ჩვენ ვცხოვრობთ, უფრო დიდი და მასიური დარტყმა მოდის ქალებზე, მიუხედავად იმისა, რომ კაცები, რა თქმა უნდა, თავის წილ ამ სტრესს განიცდიან, თუმცა ქალებზე უფრო დიდი მაშტაბით მიდის, იმიტომ, რომ არი ძალიან ბევრი გენდერული სტერეოტიპი ქალებისადმი შექმნილი, ანუ არის თუნდაც ის რო,

გათხოვებასთან დაკავშირებით შექმნილი და ა.შ.”. ის, რომ გენდერულად ქალები უფრო მეტად არიან სტრესულ სიტუაციაში, შესაძლოა აიხსნას კულტურაში არსებული სტერეოტიპებით, რომელიც საზოგადოების უდიდესი ნაწილის მიერ არის გაზიარებული.

სტრესის დაძლევა გულისხმობს ადამიანის ძალისხმევას მართოს, ანუ თავიდან აიცილოს, ან აკონტროლოს სტრესი. დაძლევა მოიცავს ადამიანის შემდეგ ძალისხმევებს: (1) აღმოფხვრას ან შეცვალოს სტრესული სიტუაცია ისე, რომ იგი არ იყოს მუდმივი პრობლემა, (2) აკონტროლოს პრობლემის მნიშვნელობა, სიტუაციის "კოგნიტიური ნეიტრალიზების" მეშვეობით, და (3) აკონტროლოს სიტუაციის მიერ შექმნილი სტრესი (მაგ, სტრესის მართვის ტექნიკის მეშვეობით). კვლევის მონაწილეები ძირითადად საუბრობენ სტრესული სიტუაციის აღმოფხვრის ან შეცვლის გზებზე, რაშიც მოიაზრებენ სოციალიზაციას, ანუ ადამიანებთან ერთიერთობას და სოციალური წევრად ყოფნას. “ხო, უფრო გამოდიხარ მდგომარეობიდან სოციალიზაციის პროცესში, მეგობრები არი ყველაზე კარგი გამოსავალი, ჩემი აზრით, და ოჯახი, რა თქმა უნდა”

ადამიანისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია სოციალური მხარდაჭერის მომენტი. სოციალური მხარდაჭერის მიმდებლობა შეიზღუბა იყოს როგორც მაღალი, ასევე დაბალი. ადამიანები, რომლებიც აღიქვამენ დადებით სოციალურ მხარდაჭერას, როგორც წესი, აქვთ უკეთესი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა და უკეთესად შეუძლიათ გაუმკლავდნენ ისეთ მოვლენებს, როგორცაა: მეუღლის დაკარგვა, უმუშევრობა, მძიმე ავადმყოფობა, სისხლის სამართლის დევნა. პირიქით, ადამიანებში, რომლებიც თავს იზოლირებულად მიიჩნევენ (თავს გრძობენ, მარტოხელად და არ აქვთ სოციალური მხარდაჭერა) ან რომლებიც თავს გრძობენ სოციალურად გათიშულად (ანუ, რომლებსაც აქვთ მცირე სოციალური ქსელი და იშვიათად მონაწილეობენ საზოგადოებრივ საქმიანობაში) უფრო მეტად შეინიშნება ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები (Cornwell and Waite, 2009). აქედან გამომდინარე, სოციალური მხარდაჭერა სტრესის დაძლევის ერთ-ერთი ფორმაა და როგორც რესპონდენტები აღნიშნავენ ძალიან ეფექტური. მათი რეკომენდაციებია, არსებობდეს მეტი მხარდამჭერი ჯგუფები ქვეყანაში.

სტრესის დაძლევის სპეციფიკური მეთოდია ფსიქოლოგიური რესურსები. ფსიქოლოგიური რესურსი არის ადამიანის დამახასიათებელი თვისებები, რომლის მეშვეობითაც იგი ცდილობს გაუმკლავდეს საფრთხეებს. ასეთი ადამიანები, რომლებიც პოზიტიურად აღიქვამენ საკუთარ თავს (პოზიტიური თვითშეფასება), უფრო ადვილად უმკლავდებიან სტრესულ სიტუაციებს. ერთ-ერთი რესპონდენტი თავისი გამოცდილებიდან გამომდინარე ამბობს, რომ ყველაზე მნიშვნელოვანი სწორედ შინაგანი თვითრწმენაა: “სტრესთან ბრძოლის მეთოდი არის შინაგანი, ანუ რაღაც, რა მაგარი ვარ, უნდა გავძლო, არ დავემორჩილო წინასწარ მოცემულ განსაზღვრებებს და მარად დავდგე”.

ამგვარად, სტრესის დასაძლევად მნიშვნელოვანია სოციალური მხარდაჭერა, ფსიქოლოგიური რესურსები, ძალისხმევა და სიმტკიცე, რათა თვითონ ებრძოლონ პრობლემას და დაძლიონ სტრესი საკუთარ თავში.

დისკუსია, დასკვნა

კვლევამ გვაჩვენა, რომ ბიჭებისთვის განსაკუთრებით რთული იყო სტრესის დაძლევა, რადგან მათ მიმართ ემოციური კონტროლი უფრო მკაცრი იყო, ეკრძალებოდათ ემოციების ღიად გამოხატვა და იძულებულები იყვნენ ჩამჯდარიყვნენ გარკვეულ სტანდარტებში. გოგოების შემთხვევაში კი უფრო ადგილი ჰქონდა ქცევების კონტროლს. როგორც რესპონდენტებმა აღნიშნეს, მათი ქცევების კონტროლში ჩართული იყო თითქმის მთელი საზოგადოება. ჩვენთვის განსაკუთრებით საინტერესო იყო, თუ რა სახის სტრესს იწვევდა ემოციებისა და ქცევების კონტროლი მათში და როგორ იყო ეს გამოხატული. როგორც რესპონდენტებისგან გამოვლინდა,

მსგავსი სტრესისგან ძირითადად ფსიქოლოგიური პრობლემების წინაშე დგებოდნენ და ხშირ შემთხვევაში ეს პრობლემები დროთა განმავლობაში ჯამრთელობის პრობლემებშიც, ანუ ფიზიკურ დაავადებებშიც გამოიხატებოდა. ერთ-ერთი რესპონტენტის მონათხრობიდან გავიგეთ, რომ მის ირგვლივ ყოფილა მომენტი, როდესაც მისმა მეგობარმა მსგავსი, გენდერულად განპირობებული სტრესის გამო თვითმკვლელობაც სცადა. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ გენდერული ნიშნით ზეწოლა ინდივიდებზე პირდაპირ კორელაციაშია სტრესის გამოწვევასთან და სტრესის შედეგად ამა თუ იმ დაავადების წარმოქმნასთან.

კვლევის შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ მთავარ სტრესორებს წარმოადგენენ: სოციალური გარემო, ინდივიდები და მათი ურთიერთქმედება, სოციალური სტატუსი. ჩვენთვის ამოსავალი წერტილი იყო გენდერი, კერძოდ, ის გენდერული სტერეოტიპები, რომელსაც საზოგადოება თავს ახვევს ინდივიდს და თრგუნავს მას, ის სოციალური გარემო, რომელიც გენდერული ნიშნით განასხვავებს ადამიანებს და უქმნის მათ სტრესულ გარემოს, რომელიც ჯანმრთელობის ბევრ პრობლემასთანაა დაკავშირებული და რომლისგან თავის დაღწევა მხოლოდ დიდი ძალისხმევითაა შესაძლებელი.

აბსტრაქტი

შესავალი: ემოციისა და ქცევის კონტროლი თანამედროვე პატრიარქატული საზოგადოების ქვაკუთხედს წარმოადგენს. კერძოდ, ადამიანებს მოზარდობიდანვე უყალიბებენ გარკვეულ შეხედულებებს, მიზნებსა და მისწრაფებებს. მაკონტროლებელი ჯგუფი შეიძლება იყოს ოჯახი, სამეგობრო წრე, სკოლა, უნივერსიტეტი და სხვა ინსტიტუტები, რომლებიც ზუსტად ჯდებიან ამ პატრიარქატული ცნობიერების ნორმებში და მუდმივად ზემოქმედებენ მოზარდზე, განსაკუთრებით, სოციალიზაციის პროცესში. ხშირად მოზარდი არ ეთანხმება იმ კულტურულ პატერნებს, რომელსაც ოჯახი თუ სხვა ინსტიტუტები სთავაზობენ და მათ წინააღმდეგ უწევთ ბრძოლა. კვლევის მიზანია სტრესის გამოწვევაში გენდერის როლის, მისი გავრცელების, მისგან დაძლევის გზების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა ფოკუს-ჯგუფში ინტერვიუების მეთოდი. **შედეგები, დისკუსია:** ბიჭებისთვის განსაკუთრებით რთული აღმოჩნდა სტრესის დაძლევა, რადგან მათ მიმართ ემოციური კონტროლი უფრო მკაცრია. გოგონები უფრო ავილად ახდენენ ქცევების კონტროლს. სტრესი ხელს უწყობს ფსიქოლოგიური პრობლემების განვითარებას, რაც დროთა განმავლობაში განაპირობებენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას. **დასკვნა:** გენდერული ნიშნით ზეწოლა ინდივიდებზე პირდაპირ კორელაციაშია სტრესის გამოწვევასთან და სტრესის შედეგად ამა თუ იმ დაავადების წარმოქმნასთან.

Stress and Gender

Saba Chikhladze, Mariam Alelishvili, Ana Mushkudiani - - Ivane Javakishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Science, Professor

Abstract

Background: Emotional and behavioural control is the cornerstone of modern patriarchal society. Particularly, individuals are being constructed with some kind of standpoints, goals and aspirations. This control group might be the family, school, university, friends and some other institutions, which suit in standarts of the patriarchal consciousness and affect on an adults, especially in the process of socialization. Adults mostly don't agree with the cultural paterns, that family and other institutions offer them and they have to struggle against these institutions. This struggle is not really simple and contains lots of problems

including health-related. The aim of our research was to explore this problem and to talk to our respondents about their experiences, when emotional and behavioural control by gender was attended by psychical and health problems. **Methods:** To explore and analyze this problem we made a focus-group in which participated six people, who have had the kind of experience we needed, that means that they felt this emotional control, caused by gender sign. We were interested in what kind of stress they were under, in different step of their life and how this stress was affecting on them. We chose three girls and three boys on purpose, because from our point of view, patriarchal society effects on girls as well as on boys, especially when it comes to construct masculine features in boys and feminine-in girls. **Results:** Our research showed that it was difficult for boys to pass this way rather than for girls, because an emotional control was more severe, they were banned to express their emotions. As for girls, there occurred control of behaviour and as they pointed out the whole society participated in this process. For us, it was very interesting to find out what kind of stress was caused by emotional and behavioural control. Our results show that stress mostly causes psychological problem and in most cases these problems are expressed in physical diseases. **Conclusion:** To sum up, we can say that pressure on adults by gender sign is in a strong correlation with the cause of stress and with some kind of diseases as the result of stress. We can definitely say, that we have achieved our aim.

ბიბლიოგრაფია

- თენგიზ ვერულავა (2016). ჯანდაცვის სოციოლოგია. სალექციო მასალები.
- Pearlin, Leonard I. 1989 “The Sociological Study of Stress.” *Journal of Health and Social Behavior*, 30:241–256.
- Cornwell, Erin Y., and Linda J. Waite. 2009 “Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health Among Older Adults.” *Journal of Health and Social Behavior*, 50:31–48.
- Pearlin, Leonard I., and Carmi Schooler. 1978 “The Structure of Coping.” *Journal of Health and Social Behavior*, 19:2–21.

გეი და ბისექსუალი კაცების ინფორმირებულობის კვლევა აივ ინფექციასა და მათი თავდაცვის მექანიზმების შესახებ

გიგა კარაპეტიანი, მარიამ ბრაგვაძე, ქრისტინა ბარდაველიძე, მეგი ახალკაცი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

აივ ინფექცია/შიდსი თანამედროვე სამყაროს გლობალურ პრობლემად მიიჩნევა. ოფიციალური მონაცემებით, მსოფლიოში შიდსის ვირუსით 20 მილიონამდე ადამიანია ინფიცირებული. 80% სქესობრივი გზით დაავადდა, რომელთაგან 70% ჰეტეროსექსუალურ, ხოლო 10% ჰომოსექსუალურ კავშირებზე მოდის.

კვლევები ადასტურებენ, რომ აივ ინფექციის გავრცელებას ხელს უწყობენ აივ/შიდსზე განათლების და პრევენციის დაბალი დონე, მოსახლეობაში აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია, კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის დაცვის ნაკლებობა, მაღალი რისკის ქცევის პირებისთვის შემუშავებული პროგრამების სიმწირე (ცინცაძე, 2006, გვ.12).

ფონდ „კურაციოსა“ და ორგანიზაცია „თანადგომას“ მიერ 2012 წელს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მსმ მამაკაცთა უმეტესობამ იცის, სად უნდა მიმართოს აივ ინფექციაზე ანალიზის გასაკეთებლად, თუმცა მათი ქცევა არ იცვლება ამით; კვლევის თანახმად არ დადგინდა კავშირი ისეთ ფაქტორებს შორის, როგორებიცაა: რისკის აღქმა, კონდომის გამოყენება, მიღებული განათლება და ტექსტის ჩატარება (კურაციო, 2012).

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა გეი და ბისექსუალი კაცების ინფორმირებულობის დონე აივ ინფექცია/შიდსზე და დაგვედგინა, რა თავდაცვის მექანიზმებს იყენებდნენ ისინი აღნიშნულისგან თავდასაცავად.

მეთოდოლოგია

საკითხის სპეციფიკურობიდან გამომდინარე და, აგრეთვე, იმის გათვალისწინებით, რომ შიდსის შესახებ გეი და ბისექსუალი კაცების პოპულაციისა და ინფორმირებულობის შესასწავლად საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში რამდენიმე კვლევა ჩატარდა და გარკვეული თეორიული საფუძველი უკვე არსებობს, ვივარაუდეთ, რომ თვისებრივი კვლევა, მთლიანად არასტრუქტურირებული კითხვარით, გეი თემის შიგნით განსაკუთრებულად ახალ მიგნებებს არ გამოავლენდა. შესაბამისად, კვლევა ჩატარდა რაოდენობრივი მეთოდით, კერძოდ ინტერნეტგამოკითხვისა და ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენების საშუალებით. ინტერნეტ გამოკითხვა გადაწყვიტეთ გამოგვეყენებინა იმ რესპონდენტებთან მიმართებაში, რომლებმაც პირისპირ ინტერვიუს ჩატარებაზე უარი განაცხადეს ნეგატიური ანონიმურობის გამო. პირისპირ ინტერვიუ, ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარით, ჩავატარეთ იმ რესპონდენტებთან, ვინც გვენდნენ და მათი მოთხოვნაც ანონიმურობასთან დაკავშირებით მაქსიმალურად დავიცავით.

ინტერნეტგამოკითხვა გულისხმობს წინასწარ შედგენილი ონლაინკითხვარის გაზიარებას რესპონდენტებისათვის ინტერნეტის საშუალებით. ინტერნეტგამოკითხვის, როგორც კვლევის ერთ-ერთი მეთოდის პოპულარიზაციას, რა თქმა უნდა, ინტერნეტის ფართოდ გავრცელებამ შეუწყო ხელი. ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი გამოვიყენეთ პირისპირ ინტერვიუს ჩატარების დროს. აღნიშნული ფორმატის კითხვარი შედგება ძირითადად დახურული შეკითხვებისაგან, თუმცა, საშუალებას გვაძლევს ჩავემიოთ რესპონდენტებს იმის შესაბამისად, თუ როგორ პასუხებს გვაძლევენ ისინი კონკრეტულ დახურულ შეკითხვაზე. ძირითადად, ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი, შედგება follow up-ებისგან (ქართულად: ჩადიება;

ჩაკითხვა), რაც გულისხმობს კვლევის პროცესში ინტერვიუერის მხრიდან ისეთი ჩაკითხვების გამოყენებას, როგორცაა: „რატომ ფიქრობთ ასე?“ „რამ განაპირობა თქვენი პასუხი?“ და სხვ.

ინტერნეტგამოკითხვის მეთოდს ბევრი უპირატესობა გააჩნია. აღნიშნული მეთოდი მოსახერხებელია მკვლევრებისათვის, რომელთაც არ აქვთ ბევრი რესურსი და დრო მონაცემების შეგროვებისათვის. ასევე, ძალიან მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ინტერნეტგამოკითხვა ანონიმურობის მაღალ ხარისხს უზრუნველყოფს, რადგან ის არ გულისხმობს ინტერვიუერთან პირდაპირ ინტერაქციას. ანონიმურობის გარანტია, განსაკუთრებით გვეხმარება, როდესაც კვლევა ეხება სენსიტიურ საკითხებს (ფრანკფორტ ნაჩმიასი, ნაჩმიასი, 2009, გვ. 322). გარდა ამისა, ინტერნეტგამოკითხვა საშუალებას გვაძლევს დავეუკავშირდეთ მწელად მისაწვდომ რესპონდენტებს, რომლებიც ცხოვრობენ სხვა ქალაქებში ან ქვეყნებში. ინტერნეტგამოკითხვის ერთ-ერთი უპირატესობაა ისიც, რომ ამ მეთოდის გამოყენებისას დაზღვეული ვართ „ინტერვიუერის გავლენისა“ და „სოციალური სასურველობის“ ეფექტისაგან. ეს კი გულისხმობს, რომ რესპონდენტები არ დააფიქსირებენ ამა თუ იმ კითხვაზე სოციალურად სასურველ პასუხს, რასაც რეალურად არ ეთანხმებიან და არ შეცვლიან მას ინტერვიუერის კეთილგანწყობის მოსაპოვებლად.

მიუხედავად აღნიშნული უპირატესობებისა, ინტერნეტგამოკითხვას აქვს ნაკლოვანებებიც. მაგალითად, ინტერნეტგამოკითხვის დროს კითხვების რაოდენობა შეზღუდულია, რადგან ბევრი კითხვის შეტანა გაზრდის იმის ალბათობას, რომ პასუხგაუცემელი კითხვების დიდი რაოდენობა გვექნება. აგრეთვე, ინტერნეტგამოკითხვასთან დაკავშირებული კიდევ ერთი ნაკლოვანებაა ის, რომ კვლევა ვერ მოიცავს იმ ადამიანებს, რომლებსაც ინტერნეტთან წვდომა არ აქვთ.

აღნიშნულის საპირისპიროდ, პირისპირ ინტერვიუს დროს, ანუ მაშინ, როცა რესპონდენტსა და ინტერვიუერს შორის მიმდინარეობს აქტიური ინტერპერსონალური ურთიერთობა, არის რისკი, რომ რესპონდენტებმა სოციალურად სასურველი პასუხები გასცენ, რათა მოიპოვონ ინტერვიუერის კეთილგანწყობა. გამოკვლევის პროცესში, მაქსიმალურად შევეცადეთ, რომ რესპონდენტთან ინტერაქცია მხოლოდ თემის ირგვლივ ყოფილიყო და არ ვიძლეოდით შეფასებებსა თუ მიმართულებების მიმცემ შეკითხვებს. შესაბამისად, ვფიქრობთ, რომ კვლევის ამ მეთოდისათვის დამახასიათებელი პრობლემა მაქსიმალურად მინიმუმამდე დავიყვანეთ. ძლიერი მხარე, რომელიც აღნიშნულ მეთოდს ახასიათებს არის ის, რომ ჩვენ ზუსტად ვიცით თუ ვინ მონაწილეობს კვლევაში და ასევე არ გვაქვს პასუხგაუცემელი შეკითხვები;

კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ 18-დან 30 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქე ბისექსუალი და გეი კაცები, რომელთა ერთი ნაწილი რეგიონში დაიბადა, მეორე ნაწილი კი მთელი ცხოვრების განმავლობაში თბილისში ცხოვრობს. შერჩევის მეთოდად გამოყენებული იყო თოვლის გუნდა, რომელიც არაალბათური შერჩევის ერთ-ერთი ტიპია და მისი გამოყენება მიზანშეწონილია მაშინ, როცა არ არსებობს ადეკვატური სია, რომელიც შერჩევის ჩარჩოდ გამოდგება (წულაძე, 2008). სამიზნე ჯგუფის მოცულობა 30 რესპონდენტი იყო. საბოლოო ჯამში გამოიკითხა 23 რესპონდენტი. გეი და ბისექსუალი კაცების ინფორმირებულობისა და გამოცდილებების შესასწავლად, შედგა კითხვარი, რომელიც 4 ბლოკისაგან შედგებოდა. პირველი ბლოკი დემოგრაფიული შეკითხვებისაგან შედგებოდა; მეორე ბლოკი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფორმირებულობას ეხებოდა; მესამე ბლოკი აივ ინფექციაზე ანალიზსა და მასთან დაკავშირებულ საკითხებს მოიცავდა; მეოთხე ბლოკი კი სარისკო ქცევების გამოცდილებას. კითხვების ნაწილი ფონდ კურაციოსა და „თანადგომას“ მიერ 2012 წელს ჩატარებული კვლევის ინსტრუმენტიდან იქნა აღებული. ინსტრუმენტი მთლიანობაში 20 კითხვისა და 5 დებულებისაგან შედგებოდა, რომლებსაც რესპონდენტები ეთანხმებოდნენ ან უარყოფდნენ. კითხვარში 6 ღია კითხვაა, მათ შორის 3 დემოგრაფიული ბლოკის ნაწილია. კითხვარის ყველა სხვა კითხვას აქვს სავარაუდო პასუხები.

ინტერნეტგამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემების დამუშავება მოიცავდა მონაცემთა შეყვანას, მათ გაწმენდასა და სტატისტიკურ ანალიზს.

პირისპირ ინტერვიუს შედეგად მიღებული ინფორმაცია გაანალიზდა ჩვენ მიერ - საწყის ეტაპზე მოვახდინეთ ტრანსკრიპტების გაკეთება. ხოლო შემდგომ, მნიშვნელოვანი ინფორმაციების ამოკრეფა მოპოვებული მასალებიდან და მათი სისტემური გაერთიანება სხვადასხვა კატეგორიაში. შემდგომი პროცესი იყო მონაცემებისათვის კოდების მინიჭება და

შემდგომ კოდების ლოკალური ინტეგრაცია, რაც მოიაზრებს ინტერვიუს ამონარიდებისა და კოდების შეჯამებას (Weiss, 1995).

ლიტერატურული მიმოხილვა

აივ ინფექცია/შიდსი, თანამედროვე სამყაროს გლობალურ პრობლემად მიიჩნევა მას შემდეგ, რაც ის აღმოაჩინეს. ის დღეს მსოფლიოს ხუთივე კონტინენტის 206 ქვეყანაშია რეგისტრირებული. ოფიციალური მონაცემებით, მსოფლიოში შიდსის ვირუსით 20 მილიონამდე ადამიანია ინფიცირებული, მათგან 80% სქესობრივი გზით დაავადდა. აქედან 70% ჰეტეროსექსუალურ, ხოლო 10% ჰომოსექსუალურ კავშირებზე მოდის.

შიდსი ნელა პროგრესირებადი ინფექციური დაავადებაა. მას იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს დამცველ-იმუნურ სისტემას და მწყობრიდან გამოჰყავს იგი, რის შედეგად ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადასხვა ინფექციური ან სიმსივნური დაავადება, როგორც წესი, სასიკვდილო შედეგით (ცინცაძე, 2006, გვ. 9). 1983 წელს შიდსის გამომწვევი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი თითქმის ერთდროულად იქნა აღმოჩენილი პარიზში პასტერის ინსტიტუტში ლუკ მონტანიესა და ბეთესდაში (აშშ) კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში რობერტ ჰალოს მიერ (ცინცაძე, 2006, გვ. 10).

აივის წარმოშობის შესახებ განსხვავებული ვერსიები არსებობს. ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ შიდსის გამომწვევი ვირუსი არ არის ახალი - იგი ხანგრძლივად არსებობდა ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში, მაგრამ გლობალურად გავრცელდა მხოლოდ უკანასკნელ წლებში, რასაც, სხვა ფაქტორებთან ერთად, ხელი შეუწყო აფრიკიდან იაფფასიანი სისხლის ექსპორტმა ამერიკისა და ევროპის სისხლის ბანკებში (ცინცაძე, 2006, გვ. 10).

ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფართოდ იყო გავრცელებული შიდსის ვირუსის წინამორბედი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისათვის. შემდგომში, მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების შედეგად, მაიმუნის ვირუსმა გადალახა სახეობრივი ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში (ცინცაძე, 2006, გვ.11).

გაეროს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მონაცემებით აივ/შიდსის ეპიდემია რჩება მზარდი ხასიათის ეპიდემიად. მართალია განვითარებულ ქვეყნებში სტაბილური მდგომარეობაა, მაგრამ მთლიან მსოფლიოში ინფიცირებულთა რიცხვი იზრდება. განვითარებად ქვეყნებში აივის გავრცელების მიზეზებს შორის არის აივ/შიდსზე განათლების და პრევენციის დაბალი დონე, ტრადიციები, მოსახლეობაში აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია, კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის დაცვის ნაკლებობა, მაღალი რისკის ქცევის პირებისთვის შემუშავებული პროგრამების სიმწირე (ცინცაძე, 2006, გვ.12).

აივ-ით ინფიცირების მაღალი რისკის ქცევის მქონე პირებს განეკუთვნებიან კაცები რომლებსაც აქვთ, ან ჰქონდათ სექსი მამაკაცთან. არსებობს მიზეზები, რომლებიც მათ რისკის ქვეშ აქცევს.

ბიოლოგიური ფაქტორები – ერთ-ერთი მიზეზი, რაც მსმ-ებს მოწყვლადს ხდის აივ ინფექცია/შიდსის მიმართ მდგომარეობს იმაში, რომ დაუცველი ანალური სექსი აივ-ით ინფიცირების უფრო დიდ რისკს შეიცავს, ვიდრე დაუცველი ვაგინალური სექსი. ეს იმითაა განპირობებული, რომ ანუსის კედლები თხელია და ადვილად ზიანდება და იქმნება აივ-ის სისხლში შეღწევის წერტილები.

სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების ქონა აგრეთვე მოწყვლადს ქმნის ადამიანს აივ-ის მიმართ. რადგან მსმ-ებს შორის დაბალია აივ-ზე ტესტირებისა და სექსუალური ჯანმრთელობის შემოწმების სიხშირე (55%-ზე ნაკლები ყველა რეგიონში), ბევრი მათგანი ცხოვრობს არდადგენილი სგგი-თ, რაც მათ მაღალი რისკის ქვეშ აყენებს.

ქცევითი ფაქტორები – მრავალი სექსუალური პარტნიორის ყოლა ამ თემში უფრო გავრცელებულია და ბევრი მსმ არ ხმარობს კონდომს ყოველი სექსუალური აქტის დროს. ზოგიერთ შემთხვევაში მსმ-ებისთვის კონდომები არ არის ხელმისაწვდომი, ისევე როგორც აივ-ზე ტესტირება. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარება კიდევ უფრო ზრდის იმის რისკს, რომ მსმ-ებს დაუცველი სექსუალური კონტაქტი ექნებათ, რაც ამალღებს მათ რისკს აივ ინფიცირებისა.

სოციალური და კულტურული ფაქტორები – მსმ-ები ხშირად განიცდიან საზოგადოების მხრიდან ჰომოფობიურ სტიგმას, დისკრიმინაციას და ხდებიან ძალადობის მსხვერპლი. ეს უბიძგებს მსმ-ებს, რომ დამალონ საკუთარი იდენტობა და სექსუალური ორიენტაცია. მათ ხშირად ეშინიათ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავეთა უარყოფითი რეაქციის, რის გამოც ხშირად სამედიცინო სერვისების გარეშე რჩებიან.

ფონდ „კურაციოსა“ და ორგანიზაცია „თანადგომა“ მიერ 2012 წელს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მსმ მამაკაცთა უმეტესობამ იცის, სად უნდა მიმართოს აივ ინფექციაზე ანალიზის გასაკეთებლად, თუმცა მათი ქცევა არ იცვლება ამით. კვლევის თანახმად არ დადგინდა კავშირი ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა რისკის აღქმა, კონდომის გამოყენება, მიღებული განათლება და ტექსტის ჩატარებას შორის (კურაციო, 2012).

შედეგები, დისკუსია

ინფორმირებულობა აივ ინფექციის/შიდსის შესახებ

რესპონდენტების გაცნობის, მათთან არაფორმალური კავშირის დამყარების და კვლევის ანონიმურობაში დარწმუნების შემდეგ დასმულ კითხვაზე: „გსმენიათ თუ არა აივ ინფექციის/შიდსის შესახებ?“, ყველა რესპონდენტმა დააფიქსირა პასუხი „კი“. გარკვეულწილად, აღნიშნული ფაქტი უკვე დადებით მოცემულობას გვაძლევდა თუმცა, ჩვენთვის საინტერესო იყო ის, თუ რამდენად ზუსტი/სწორი ინფორმაცია ჰქონდათ რესპონდენტებს აღნიშნული საკითხის შესახებ.

რესპონდენტების უმრავლესობამ, 78% (n=18), გაგვანდო, რომ აღნიშნულის შესახებ ინფორმაცია ტელევიზიით მიიღო. სხვა შემთხვევაში სანაცნობო წრეები იყო ის მთავარი წყარო, რომლის საშუალებითაც მიიღეს ინფორმაცია აივ ინფექციის/შიდსის შესახებ.

რესპონდენტებთან უშუალო საუბრის დროს გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ 65% (n=15)-მა მოიძია დამატებითი ინფორმაცია ინტერნეტ-წყაროების გამოყენებით, მას შემდეგ, რაც პირველად მიიღო აღნიშნულის შესახებ ინფორმაცია. აღნიშნული ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ ინტერნეტ რესურსების გამოყენება სულ უფრო მეტად ხდება პოპულარული და გარკვეულ საკითხზე ინფორმაციის მოძიება სწორედ, რომ ინტერნეტის გამოყენებით არის ყველაზე მეტად ხელმისაწვდომი.

აღნიშნულმა პასუხებმა განაპირობა ჩვენი შემდეგი შეკითხვაც: „გისარგებლიათ თუ არა ექიმის მომსახურებით, რათა მიგეღოთ დამატებითი ინფორმაცია აივ ინფექციაზე/შიდსზე?“ ყველა რესპონდენტმა უპასუხა, რომ არა და როდესაც ამ შეკითხვის შემდეგ გამოვიყენეთ Follow Up, და ვკითხეთ - „რატომ?“ მათი პასუხები დაკავშირებული იყო ანონიმურობის შიშთან და ინფორმაციის დეფიციტთან იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართონ, რომელ ექიმს და ა.შ. ამ შემთხვევაში, მიღებული შედეგები ძირითადად შეგვიძლია დავუკავშიროთ ჯანდაცვის პროგრამას, რომელიც, როგორც ჩანს, სრულყოფილად ვერ აწვდის მოქალაქეებს ინფორმაციას ექიმთან კონსულტაციისა და პაციენტის უფლებების შესახებ. მნიშვნელოვანია, აღვნიშნოთ, რომ ორმა რესპონდენტმა ექიმთან ვიზიტზე იმიტომ განაცხადა უარი, რომ ეშინია ექიმის დამოკიდებულებისა და მისგან უხეში, შეურაცხმყოფელი მოპყრობის. ამ შემთხვევაში შეგვიძლია ვისაუბროთ აივ ინფექცია/შიდსზე, როგორც სტიგმაზე, რომელიც ისედაც ჩაკეტილ სოციალურ აივ ინფექციაზე დადებით ადამიანებს უფრო მეტად კეტავს და თვითიზოლაციისაკენ უბიძგებს. ჩვენთვის საინტერესო იყო გეი და ბისექსუალი კაცები რამდენად ენდობოდნენ ლგბტქი+ ორგანიზაციებს, რომლებიც, წესით, მათი უფლებების დაცვასა და მათ სოციალურ ჩართულობაზე უნდა ზრუნავდნენ. საჭიროდ მივიჩნიეთ, რესპონდენტებისთვის გვეკითხა, იცნობდნენ თუ არა ისეთ ორგანიზაციებს, რომლებიც ეხმარებოდნენ აღნიშნული საკითხის შესახებ ინფორმაციის მოძიებაში. 78% (n=18)მა რესპონდენტმა გაიხსენა ორგანიზაცია „თანადგომა“ და დასძინა, რომ აღნიშნული ორგანიზაცია გამოირჩევა მეგობრული დამოკიდებულებით და მსურველებს სთავაზობს სერვისს, სრულიად უფასოდ გაიკეთონ ანალიზი აივ ინფექციაზე და, ასევე, უსასყიდლოდ გადასცემს პრეზერვატივებსა და ლუბრიკანტებს მსურველებს. შესაბამისად, გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ გეი და ბისექსუალი მამაკაცები ენდობიან ჰომოგენურ ჯგუფს და ამ ჯგუფისგან სტიგმასა და ნეგატიურ დამოკიდებულებას არ მოელოან. მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ გეი კაცებისგან განსხვავებით, ბისექსუალი კაცები „უარს არ იტყვიან საჯარო

კლინიკურ დაწესებულებებში იყვნენ აღრიცხულნი, თუ ამას საჭიროება მოითხოვს”. ვფიქრობთ, ეს აიხსნება იმით, რომ ბისექსუალი კაცები უფრო ღია ჯგუფია, რომელიც საჯარო და ჰეტეროგენურ ჯგუფებს არ „გაურბის” თუმცა, არც აქვს ჯერ-ჯერობით სურვილი აღნიშნულ საკითხზე ჩაიტაროს პროცედურები ან მიიღოს ინფორმაცია საჯარო კლინიკებიდან.

ყველა შეკითხვაში, რომელიც აივ ინფექცია/შიდსს ეხებოდა, აღნიშნულ ორ ტერმინს ერთად ვიყენებდით. შემდგომში კი გადავწყვიტეთ, გაგვეგო, თუ როგორ ეგონათ რესპონდენტებს - იყო ეს ორი ერთი და იგივე შინაარსის მატარებელი ტერმინი თუ არა. რესპონდენტების უმრავლესობამ, 65% (n=15)-მა რესპონდენტმა, დააფიქსირა პასუხი „არა”, ხოლო 8 რესპონდენტმა პასუხი „კი”. გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ ტერმინის დეფინიციასთან დაკავშირებით არსებობს გარკვეული პრობლემები, რასაც ინფორმაციის დეფიციტი იწვევს. რესპონდენტებმა არ იცოდნენ, რომ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) იწვევს შიდსს და ვფიქრობთ, სხვადასხვა ორგანიზაციასა თუ ჯანდაცვის სისტემას მოსახლეობისათვის, და განსაკუთრებით მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებისათვის, ინფორმაციის მაქსიმალურად მიწოდებაზე სამუშაო აქვთ. მნიშვნელოვანია აღნიშნოთ, რომ ყველა რესპონდენტმა იცოდა, რას ნიშნავს აბრევიატურა - აივ.

იქიდან გამომდინარე, რომ კვლევას ვატარებდით გეი და ბისექსუალ კაცებზე, საჭიროდ მივიჩნიეთ, დაგვევა რესპონდენტებისათვის შემდეგი შეკითხვა: „ეთანხმებით თუ არა, რომ აივ ინფექციით დაინფიცირება მხოლოდ ანალური სექსით ხდება”. აღნიშნულ შეკითხვაზე დადებითი პასუხი (კი) გასცა მხოლოდ ერთმა რესპონდენტმა და რესპონდენტების უმრავლესობამ, 22-მა რესპონდენტმა დააფიქსირა პასუხი არა. ჩვენი აზრით, დადებითი ტენდენცია ამ კუთხით ნაწილობრივ განპირობებულია ინტერნეტ საიტებზე არსებული წყაროებითა და გეი და ბისექსუალი კაცების ლგბტქ+ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით. ასევე, ვფიქრობთ, რომ თბილისში ინფორმაციის გავრცელება უფრო სწრაფად ხდება და შესაბამისად, პირი, რომელიც ცხოვრობს თბილისში უფრო მარტივად იღებს ინფორმაციას აღნიშნული საკითხის შესახებ. ბისექსუალი კაცი, იყო ერთადერთი რესპონდენტი, რომელმაც აღნიშნულ შეკითხვაზე ღია პასუხი მოგვცა და დასძინა, რომ „სწორი ჰომოსექსუალური კავშირი საერთოდ არაფერს არ იწვევს და არც აქვს კავშირი ამ ყველაფერთან. მთავარია ჰიგიენის დაცვა და თავდაცვის საჭირო საშუალებების გამოყენება.“ ბუნებრივია, დაგვანტერესა, რას გულისხმობდა საჭირო საშუალებებში და მას შემდეგ, როდესაც ეს ვკითხეთ, გვითხრა რომ: „რავიცი, პრეზერვატივები, ლუბრიკანტები... ძან აუცილებელია რა... ყველგან ასე წერია, ნებისმიერი საიტი თუ ინფორმაცია, რომელიც ამას ეხება სულ ამაზე გაფრთხილებს...”

შემდეგი დებულება, რომელზე დათანხმება ან, არ დათანხმებაც ვთხოვეთ რესპონდენტებს იყო შემდეგი: „აივ ინფექცია ადამიანს შეიძლება გადაედოს თუ ის იყენებს სხვის მიერ გამოყენებულ შპრიცს/ნემსს”. რესპონდენტების უმრავლესობამ, 19-მა რესპონდენტმა სწორი პასუხი დააფიქსირა და დაეთანხმა აღნიშნულ დებულებას, ხოლო 3-მა რესპონდენტმა არასწორი პასუხი აირჩია და დებულებაზე დააფიქსირა პასუხი - არა.

აივ ინფექციაზე ანალიზი და მასთან დაკავშირებული საკითხები

გამოკითხული რესპონდენტების უმრავლესობა, 19 რესპონდენტი, გამოთქვამს მზაობას, რომ ახლო მომავალში გაიკეთებს აივ ინფექციაზე ანალიზს. ხოლო 4 რესპონდენტი საჭიროდ არ მიიჩნევს ანალიზის გაკეთებას და უახლოესი ერთი თვის განმავლობაში ანალიზის გაკეთებას არ გეგმავს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, რესპონდენტებს, რომლებიც გამოთქვამდნენ მზაობას აივ ანალიზის გაკეთებაზე, დავუსვით შემდეგი შეკითხვა: „სად ისურვებდით ანალიზის გაკეთებას?” რესპონდენტების უმრავლესობა, 18 რესპონდენტი, ანალიზის გაკეთებას აივ ინფექციაზე ისურვებდა ორგანიზაციაში და არა საჯარო სამედიცინო დაწესებულებებში. მხოლოდ ერთმა, ბისექსუალმა კაცმა, გამოთქვა მზაობა, რომ მისთვის აზრი არა აქვს სად გაიკეთებს ანალიზს, იქნება ეს საჯარო სამედიცინო დაწესებულება თუ რომელიმე ორგანიზაცია. ჩვენი აზრით, რესპონდენტები, რომლებმაც უარი დააფიქსირეს მომდევნო ერთი თვის განმავლობაში ანალიზის გაკეთებაზე განიცდიან სტრესს და ჰგონიათ, რომ ანალიზის გაკეთება გამოიწვევს მათ მიმართ უარყოფით დამოკიდებულებებს სამედიცინო პერსონალის მხრიდან. ქართული საზოგადოება, ნამდვილად აკრავს დაავადებულის იარლიყს აივ დადებით ადამიანს. შესაბამისად, სტიგმატიზაციის შიში მნიშვნელოვან გავლენას თამაშობს აღნიშნული საკითხისადმი მზაობაში.

აივ შიდსთან დაკავშირებული სარისკო ქცევების გამოცდილება

ყველა რესპონდენტს, რომელმაც მონაწილეობა მიიღო აღნიშნულ კვლევაში, უკანასკნელი ორი თვის განმავლობაში მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონია ჰომოსექსუალური გამოცდილება. გამოკითხული რესპონდენტებიდან, 20 რესპონდენტს, ზუსტად ახსოვს, რომ მისი პარტნიორი იყენებდა კონდომს ანალური სექსის დროს. ორალური სექსის შემთხვევაში განსხვავებული ვითარებაა - მხოლოდ 3 რესპონდენტი გამოგვიტყდა რომ ორალური სექსის დროს იყენებდნენ პრეზერვატივს, 8 რესპონდენტმა ვერ გაიხსენა, ხოლო დარჩენილმა 12-მა რესპონდენტმა თქვა, რომ ორალური სექსის დროს კონდომს არ იყენებდნენ.

ის რესპონდენტები, რომლებიც ორალური სექსის დროს არ იყენებდნენ კონდომს, საკუთარ აივ ინფიცირების რისკს აფასებენ, როგორც „ძალიან დაბალი“. შესაბამისად, აქაც ვაწყდებით ინფორმაციის ნაკლებობის პრობლემას - რესპონდენტებს არ აქვთ ინფორმაცია თავდაცვის მექანიზმების შესახებ. ყველა რესპონდენტი, კვლევის პროცესში გამოთქვამდა მზაობას, რომ დაესწროდა გარკვეულ ტრენინგებს ამ თემაზე და ასევე, დაახლოებით 6 რესპონდენტი გამოგვიტყდა, რომ ინტერვიუს დასრულების შემდგომ, აპირებდა ინტერნეტის რესურსების გამოყენებას, რათა შეესწავლა აღნიშნული საკითხი იმაზე დეტალურად, ვიდრე მათ ეს უკვე იცოდნენ. თუმცა, ვფიქრობთ, რომ რესპონდენტების მზაობა დაესწრონ ტრენინგებს, განპირობებულია სოციალური სასურველობის ეფექტით.

დასკვნა, რეკომენდაციები

ამგვარად, კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ გეი მამაკაცების უმრავლესობა უფრო მეტად ჩაკეტილი ჯგუფია, ვიდრე ბისექსუალი კაცები. ყველა მათგანს ჰქონდა ინფორმაცია აივ ინფექციაშიდსის შესახებ, თუმცა შეინიშნებოდა გარკვეული ინფორმაციის სიმწირე, კერძოდ, მათ არ იცოდნენ დაავადებისაგან თავდაცვის მექანიზმები.

გამომდინარე აღნიშნულიდან, ზანშეწონილია: გეი და ბისექსუალი კაცების ინფორმირებულობის დონის ამაღლება აივ ინფექციაშიდსზე, მისგან თავდაცვის მექანიზმების შესახებ.

დროის სიმცირის გამო, ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა არ არის სრულყოფილი. აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილია სამომავლოდ შესწავლილ იქნეს:

- სხვადასხვა ლგბტქი+ ორგანიზაციის პროგრამა აივ ინფექცია/შიდსთან მიმართებაში;
- უფრო დიდი პოპულაცია, რათა შესაძლებელი გახდეს მიღებული შედეგების განზოგადება გენერალურ ერთობლიობაზე;
- კვლევა იყოს უფრო მეტად ამომწურავი და შეეხოს მრავალფეროვან ასპექტებს.

აბსტრაქტი

შესავალი: აივ ინფექცია/შიდსი თანამედროვე სამყაროს გლობალურ პრობლემად მიიჩნევა. კვლევები ადასტურებენ, რომ აივ ინფექციის გავრცელებას ხელს უწყობენ აივშიდსზე განათლების და პრევენციის დაბალი დონე, მოსახლეობაში აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია, კონფიდენციალურობისა და ანონიმურობის დაცვის ნაკლებობა, მაღალი რისკის ქცევის პირებისთვის შემუშავებული პროგრამების სიმწირე. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა გეი და ბისექსუალი კაცების ინფორმირებულობის დონე აივ ინფექციაშიდსზე და დაგვედგინა, რა თავდაცვის მექანიზმებს იყენებდნენ ისინი აღნიშნულისგან თავდასაცავად.

მეთოდოლოგია: რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რესპონდენტთა გამოკითხვა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. **შედეგები, დისკუსია:** გეი მამაკაცების უმრავლესობა უფრო მეტად ჩაკეტილი ჯგუფია, ვიდრე ბისექსუალი კაცები. ყველა მათგანს ჰქონდა ინფორმაცია აივ ინფექციაშიდსის შესახებ, თუმცა შეინიშნებოდა გარკვეული ინფორმაციის სიმწირე, კერძოდ, მათ არ იცოდნენ დაავადებისაგან თავდაცვის მექანიზმები.

რეკომენდაციები: გეი და ბისექსუალი კაცების ინფორმირებულობის დონის ამაღლება აივ ინფექციაშიდსზე, მისგან თავდაცვის მექანიზმების შესახებ. სამომავლოდ უფრო დიდი პოპულაციის კვლევის ჩატარება.

Gay and bisexual men's awareness on HIV infection and defense mechanisms

Kristina Bardavelidze; Giga Karapetiani; Mariam Bragvadze; Megi Akhalkatsi - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelor of Sociology

Tengiz Verulava - MD, PhD, Professor

Introduction: HIV Infection / AIDS is a global problem of the modern world. Studies show that the outbreaking of HIV infection promote low level of education and prevention in HIV / AIDS, AIDS related stigma and discrimination in population, lack of confidentiality and anonymity, lack of programs designed for persons of high-risk behavior. Research aimed to study the level of awareness in gay and bisexual men of HIV Infection / AIDS and determine what protection mechanisms they use against this. **Methodology:** was carried-out quantitative research and the respondents were questioned by semi-structured questionnaire. **Results, discussion:** majority of gay men have more closed group than the bisexual men's one. All of them had an information about HIV Infection / AIDS. But there was lack of information about protection from disease. **Recommendations:** the raising of awareness of HIV \ AID and protection mechanisms in gay and bisexual men. In future to do more representative research.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოში ოფიციალურად აივ-ით ინფიცირების 5250 შემთხვევაა გამოვლენილი. 17 მაისი. Retrieved from: <http://17maisi.org/2015/10/05/aids-2/> On 01.02.2016
2. ცინცაძე, მ., (2006). აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა და მაღალი რისკის ქცევები საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში. თბილისი.
3. Men Who Have Sex With Men (MSM) And HIV/AIDS. Retrieved from: <http://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/men-sex-men> on 02.02.2016
4. წერეთელი, ნ., ჩიქოვანი, ი., შენგელია, ნ., ჩხაიძე, ნ., (2013). აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებს შორის თბილისში.
5. ფრანკფორტ-ნაჩმიასი ჩ., ნაჩმიასი დ., (2009). კვლევის მეთოდები სოციოლოგიურ მეცნიერებებში. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
6. ზურაბიშვილი თ., ზურაბიშვილი თ., (2005). სოციოლოგიური კვლევის მეთოდიკა, რაოდენობრივი მეთოდები. თბილისი.
7. წულაძე ლ., (2008). რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები სოციალურ მეცნიერებებში. სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი. თბილისი.
8. Weiss, R. S. (1994). Learning from Strangers. The Art and Method of Qualitative Interview Studies. New York: The Free Press.
9. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებს შორის თბილისში. საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საინფორმაციო-ფსიქოლოგიური ცენტრი "თანადგომა". 2012 წ.

მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების პრობლემები

ნანა დაბრუნდაშვილი, მეგი ბულია, მედეა ალადოშვილი, სოფი ხაჩიძე, მეგი ასათაშვილი, დაჩი პაპოშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციალური მუშაობის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

მხედველობითი სისტემა ადამიანის მიერ გარე სამყაროს აღქმის ერთ-ერთი საშუალებაა. მხედველობით სისტემას აქვს ფუნქციები, რომლის მეშვეობით ხდება სრულფასოვანი ხედვა. ამ ფუნქციათა დარღვევის ან დაკარგვის შედეგად ვიარდება მხედველობის დეფიციტი. მხედველობის დაქვეითება შეიძლება მოიცავდეს მდგომარეობას სუსტ მხედველობასა და სრულიად უსინათლობას შორის. ერთმანეთისაგან განსხვავდება მხედველობის თანდაყოლილი და შეძენილი დაქვეითებები [1].

მხედველობის დაქვეითების მქონე ადამიანები ყოველდღიურ ცხოვრებაში და სხვადასხვა სახის აქტივობაში შეიძლება შემდეგ სირთულეებს განიცდიდნენ [1]:

- გადაადგილების (მოძილობის) სირთულე;
- ორიენტაციის სირთულე;
- ტრანსპორტირების სირთულე;
- სირთულეები ადამიანების ცნობისას;
- სირთულეები მოტორული დავალებების გაგებისას;
- სირთულეები საგანმანათლებლო და შრომით პროცესებში ინტეგრაციისას.

მხედველობის დაქვეითების მქონე ადამიანები სასკოლო აქტივობების განხორციელებისას შეიძლება შემდეგ სირთულეებს განიცდიდნენ [1]:

- კითხვის სირთულეები კლასში;
- თეთრ დაფასთან მუშაობის სირთულე: მოსწავლეებს უჭირთ მასზე დაწერილი ტექსტის ზუსტად ამოკითხვა ან სრულიად ვერ კითხულობენ;
- წიგნში წარმოდგენილ ვიზუალურ მასალასთან მუშაობის სირთულე. მხედველობა დაქვეითებულ მოსწავლეებს უჭირთ ილუსტრაციების გარჩევა და ამის გამო ჯგუფურ მეცადინეობაში მონაწილეობა;
- სიტყვასთან/წინადადებასთან/ტექსტთან სამუშაო დავალებები, როგორც წესი, გვერდზე განთავსებული ტექსტის ადგილმდებარეობის განსაზღვრას საჭიროებს, რისთვისაც მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებს ჩვეულებრივზე მეტი დრო სჭირდებათ. ამიტომ ისინი ხშირად სავარჯიშოების შესრულებას ვერ ახერხებენ;
- ზოგჯერ მასწავლებლის მიერ მიცემული დავალება კარგ დისტანციურ მხედველობას მოითხოვს, რაც ამ კატეგორიის მოსწავლეებისთვის მიუწვდომელია;
- მოსწავლეები ხშირად ვერ ასწრებენ მიცემული დავალების შესრულებას;
- ვინაიდან დავალებათა უმეტესობის შესრულება მხედველობის დაქვეითების მქონე მოსწავლისთვის შეუძლებელია, გაკვეთილთა ნაწილის მიმართ ისინი დემოტივირებულები რჩებიან.

ბევრ ქვეყნებში არსებობს სპეციალური/ალტერნატიული სკოლები, მაგალითად, მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა სკოლები. მკვლევართა აზრით, სპეციალური პროფილის მქონე სკოლაში სწავლა შეიძლება მოსწავლის საუკეთესო ინტერესებში შედიოდეს; მაგალითად მაშინ, როდესაც ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში არ ხერხდება მოსწავლის სპეციფიური საჭიროების დაკმაყოფილება, სპეციალურ სკოლას შეუძლია მოწავლეს შესთავაზოს მისთვის ოპტიმალური და სპეციფიური საგანმანათლებლო გარემო [2].

საქართველოში 2006 წლამდე სპეციალურ სკოლებში განათლება ხდებოდა სპეციალური, განსხვავებული სასწავლო გეგმის მიხედვით, გამოიყენებოდა განსხვავებული (ადაპტირებული და გამარტივებული) სახელმძღვანელოები მოსწავლეებისთვის, განსხვავდებოდა იმ

სავალდებულო საგნების ჩამონათვალი, რომელსაც სპეციალურ სკოლაში ასწავლიდნენ [2]. 2006 წლიდან ყველა სპეციალური სკოლა გადაკეთდა საჯარო სკოლად. თუმცა, ყველა მათგანი ინარჩუნებს სპეციალურ პროფილს და თითოეული მათგანი ემსახურება სხვადასხვა სახის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეებს [2]. ერთ-ერთ ასეთ სკოლას წარმოადგენს 203 სკოლა მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებისათვის.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სპეციალური სკოლების საჯარო სკოლებად გარდაქმნამ განაპირობა როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი ცვლილებები. დადებითად უნდა შეფასდეს ის გარემოება, რომ რეფორმის შედეგად სკოლებს ჩამოშორდა ისეთი იარლიყი, როგორცაა: „ბრძების სკოლა“. მშობლები კმაყოფილნი არიან, რომ მათი შვილები „ჩვეულებრივ“ საჯარო სკოლებში სწავლობენ. დადებით ცვლილებებთან ერთად რეფორმამ სპეციალური სკოლები ბევრის სირთულის წინაშე დააყენა. კერძოდ, სკოლების სპეციფიურობა არსად ფიქსირდება, რაც ართულებს დამატებითი დაფინანსების მოპოვებას სკოლისთვის [2]. გარდა ამისა, რეფორმის შედეგად, მოსწავლეების განათლება უნდა წარიმართოს ეროვნული სასწავლო გეგმის მიხედვით, რომელიც საერთოა ყველა მოსწავლისთვის. მოსწავლისთვის საკმაოდ რთულია სასწავლო გეგმით გათვალისწინებული პროგრამების ათვისება; სპეციალური სკოლის მოსწავლეები უმეტეს შემთხვევაში ვერ აკმაყოფილებენ ეროვნული სასწავლო გეგმით გათვალისწინებულ მინიმუმსაც კი [2].

დღეისათვის მსოფლიოში ფართოდ ინერგება ინკლუზიური განათლება, რომლის ფარგლებში ყველა მოსწავლე, არის ის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე თუ არა, სწავლობს ერთად ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეები დიდი ხნის განმავლობაში მხოლოდ სპეციალიზირებულ სკოლებში იღებდნენ განათლებას. დღესდღეობით კი მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეები სწავლობენ საჯარო სკოლებშიც [3].

აღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანს შეადგენდა მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების ფსიქოსოციალური პრობლემების შესწავლა, თუ რა სახის სირთულებს აწყდებიან ისინი სწავლის პროცესში, როგორია საზოგადოების დამოკიდებულება.

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, ჩატარდა თვისობრივი ტიპის კვლევა, რომელმაც საშუალება მოგვცა გავცნობოდით კვლევის სამიზნე ჯგუფის შეხედულებებს და მოსაზრებებს თემასთან დაკავშირებით.

კვლევა ჩატარდა 202 სკოლაში მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებისათვის. კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა ფოკუს ჯგუფის ინტერვიუ. იგი ითვალისწინებდა კვლევაში მოსწავლეების სურვილისამებრ ჩართვას. ფოკუს ჯგუფის ინტერვიუსთვის მონაწილეები შეირჩა შემთხვევითად. გამომდინარე იქიდან, რომ სკოლა არ გამოირჩევა მოსწავლეების დიდი რაოდენობით, ვერ მოხდა ფოკუს-ჯგუფის ჩატარება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. შედეგად, ფოკუს-ჯგუფში მონაწილეობდნენ V-XII კლასის მოსწავლეები (სულ 11 მოსწავლე). მომზადდა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარი.

შედეგები

კვლევაში მონაწილე 11 მოსწავლით დაკომპლექტებული ჯგუფის ბავშვებიდან 8 (72.7%) შეადგენდა მდედრობითი სქესის და მხოლოდ 3 იყო მამრობითი სქესის (27.3%). ამ მოსწავლეებიდან გარკვეული რაოდენობა პირველი კლასიდან სწავლობდა ამ სკოლაში, დანარჩენები გადმოსულები არიან ჩვეულებრივი საჯარო სკოლებიდან. მხედველობის პრობლემა 6 მათგანისთვის თანდაყოლილი ხასიათისაა (54.5%), ხოლო დანარჩენს დაბადების შემდგომ მიღებული აქვს სხვადასხვა ტიპის ტრავმა, რომლებმაც მხედველობის დაკარგვა გამოიწვია (ერთ-ერთი გოგონა იხსენებს, რომ ჩვილობისას ექიმს გააუვარდა ხელიდან და სწორედ ამან გამოიწვია მისი უსინათლობა). 7 მათგანი არის ტოტალური უსინათლო, დანარჩენი 4 ახერხებს სილუეტების გარჩევას.

ყოველდღიურ ცხოვრებაში ჩართულობა: 202-ე უსინათლო ბავშვთა საჯარო სკოლის მოსწავლეები აქტიურად იღებენ ფორმალურ განათლებას, იყენებენ თანამედროვე ტექნიკას, აქვთ ხელმისაწვდომობა ინტერნეტზე (კომპიუტერებსა და მობილურ ტელეფონებში). თავისუფალ დროს ერთობიან და დრო გაჰყავთ სხვადასხვა თამაშებით. აღმოჩნდა, რომ 9 მათგანი მხოლოდ შაბათ-კვირას მიდის სახლში, შესაბამისად მკვეთრად გამოიკვეთა მშობლების მონატრების სურვილი. მათი ფიქრის მთავარი საგანია ოჯახურ გარემოში ცხოვრება.

მშობლებისგან დაშორების მიზეზებია:

- არახელსაყრელი სოციალური პირობები, საცხოვრებელ ადგილსა და სკოლას შორის მანძილის სიდიდე – 5 მათგანი არის რეგიონიდან და მუდმივად ვერ ახერხებენ მშობლები მათ წაყვანას.

- 202-ე სკოლა კი საქართველოში ერთადერთია, სადაც მოსწავლეები უზრუნველყოფილნი არიან ბრაილის შრიფტით გამოცემული სახელმძღვანელოებით.

დასვენების დღეებში სახლში, ოჯახის წევრებთან ყოფნის დროს ბავშვები ეხმარებიან მშობლებს სხვადასხვა საოჯახო საქმიანობებში. ამ მხრივ გამოირჩევიან გოგონები, რომლებიც სიამოვნებით მონაწილეობენ ჭურჭლის რეცხვის და საჭმლის მომზადების პროცესში. რაც შეეხება ბიჭებს, მათ თავადვე აღნიშნეს, რომ ისინი თავიანთი ასაკის ბიჭებისთვის „ჩვეული“ სიზარმაცით გამოირჩევიან და ნაკლებად ან თითქმის არ ეხმარებიან მშობლებს. ამ ყველაფრის ფონზე საყურადღებოა ერთ-ერთი ბიჭის ნათქვამი: „მე სულ მინდა დავეხმარო დედას, თუმცა დედა არ მაძლევს ამის საშუალებას, რადგან ემინია, რომ წავიქცევი და რამეს დავიზიანებ“.

ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, სკოლაში მასწავლებლებთან, მოსწავლეებთან და გარშემომყოფებთან: მოსწავლეებს ოჯახის წევრებთან და პედაგოგ და აღმზრდელებთან აქვთ პოზიტიური ურთიერთობა. ასევე, მეგობრული და დადებითი კლასელებთან/თანატოლებთან ურთიერთობა. ისინი ცდილობენ მხარში ამოუდგნენ, გაახალისონ და თანაუგრძნონ ერთმანეთს – „ჩვენ როცა მოწყენილები ვართ, ვცდილობთ ერთმანეთის გახალისებას“ (თეა 9 წლის).

საყურადღებოა მოსწავლეების მოსაზრება საზოგადოებასთან დაკავშირებით. როგორც აღნიშნეს, საზოგადოებისგან ისინი გრძნობენ ყურადღებას, თუმცა ნეგატიური ფორმით და ხშირად ეს ყურადღება სრულიად უადგილო და გადამეტებულია.

„ადგილს გვითმობენ, საცოდავო, საწყალი დედაშენი, საწყალი ინვალიდი ბავშვი, გვაკვირდებიან თითქოს ზოოპარკის ცხოველები ვიყოთ“ – თამილა 21 წლის.

ბავშვები ხშირად გრძნობენ თავს მარტო, რაც უმეტესად საზოგადოების ამგვარი დამოკიდებულების შედეგია. მიუხედავად ამისა, მოსწავლეები შემართებით აგრძელებენ ცხოვრებას და საზოგადოებას პასუხობენ შემდეგი სიტყვებით: – „სჯობს უსინათლო იყო თვალთ, ვიდრე გონებით“ (ქრისტი 16 წლის).

მოსწავლეები საზოგადოების ასეთ რეაქციას ხსნიან სათანადო, რელევანტური ინფორმაციის ნაკლებობით. საზოგადოების უარყოფითი დამოკიდებულება იწვევს ბავშვების ფსიქოლოგიურ დათრგუნვას, გაღიზიანებას, ამიტომ ისინი ხშირად გულისტკივილით მიმართავენ მშობლებს, რომ ნუ გაუზიარებენ შვილებს, თუ როგორ უყურებს საზოგადოება მათ, როდესაც ისინი ქუჩაში ან საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში გადაადგილდებიან.

„ბევრი უსინათლო ადამიანია, რომელმაც წარმატებას მიაღწია, ამიტომ ეს სულაც არ ნიშნავს, იმას რომ ჩვენ არაფერი შეგვიძლია, ეს დაბრკოლება არაა“ (გიორგი 18 წლის).

სურვილები: რესპოდენტთა აზრით, მათგან განსხვავებით, არიან ბავშვები, რომლებიც მშობლების გადაწყვეტილები გამო, ჩაკეტილნი არიან სახლებში. მათ მშობლებს ემინიათ სტიგმის, დისკრიმინაციის, დაცინვის. რესპოდენტების სურვილია, ასეთმა მშობლებმა თავიანთი შვილები მიიყვანონ სკოლაში. იგი დადებითად იმოქმედებს მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებზე, რადგან მათ მიეცემათ საშუალება ისწავლონ უფრო მეტ ადამიანთან ერთად.

გარდა ამისა, იგი დადებითად იმოქმედებს სკოლის მოსწავლეებზეც, რადგან ეყოლებათ ბევრი ახალი მეგობარი.

რესპოდენტების გარკვეული ნაწილი დისკომფორტს განიცდის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეების გარკვეული ნაწილის მიმართ, რომლებიც ხშირად განაპირობებენ ხმაურს გაკვეთილის მიმდინარეობისას. მათი აზრით, აღნიშნული ხელს უშლის დანარჩენებს სწავლაში, რადგან, როგორც წესი, მასწავლებლის მეტი ყურადღება მიმართულია ასეთი ბავშვებისკენ.

ზოგიერთმა მოსწავლემ გამოთქვა სკოლის ტექნიკურად, კერძოდ, „ბრაელერების“ (სპეციალური საბეჭდი მოწყობილობა მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებისათვის) მეტი რაოდენობით აღჭურვის სურვილი.

ფრაზის დასრულებისას – თავს უფრო ბედნიერად ვიგრძნობდი, რომ..... იყო შემდეგი პასუხები: „ვხედავდე ყველაფერს“; „ვიცხოვრო მშობლებთან ერთად სახლში“; „ჩემს რეგიონში, აფხაზეთშიც, იყოს მსგავსი სკოლა“; „არ ვეცოდებოდე საზოგადოებას“; „ყველაფერი იყოს კარგად ჩემს ცხოვრებაში“; „შეიცვალოს საზოგადოების დამოკიდებულება“.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია:

- საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება;
- სკოლაში საჭირო რაოდენობის ფსიქოლოგის, ექიმისა და სოციალური მუშაკის დაქირავება;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა მაქსიმალურად ჩართვა შეძლებისდაგვარად საზოგადოებრივ აქტივობებში;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებს ყველა რეგიონში უნდა ჰქონდეთ განათლებაზე ხელმისაწვდომობა;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთათვის სკოლებში მათთვის მაქსიმალურად კომფორტული ინფრასტრუქტურის და გარემოს ხელშეწყობა;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა გადაადგილებისთვის გარემოს ადაპტირება, მათ შესაძლოებლობებზე მორგება (ავტობუსების, სამარშუტო ტაქსების, შენობების).

რაც შეეხება სწავლების ტიპს, ამ სკოლის მოსწავლეებისგან განსხვავებით, ჩვენ ვემხრობით, რომ უნდა მოხდეს სწავლება ინტეგრირებული მოდელის მიხედვით, რაც წამყვანია ინკლუზიური განათლების მიწოდების საკითხში. თუმცა, ამჟამად, რომ ამის მიღწევა გარკვეულ სირთულეებს და პრობლემებს უკავშირდება, რაც საკითხის მრავალმნიშვნელობით და კომპლექსურობით აიხსნება.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში სპეციალური სკოლები გადაკეთდნენ საჯარო სკოლებად, რამაც დადებით შედეგებთან ერთად გარკვეული სირთულეებიც განაპირობა. დღეს ფართოდ ინერგება ინკლუზიური განათლება. კვლევის მიზანია მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების სოციალური პრობლემების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუს ჯგუფის ინტერვიუ მხედველობის დარღვევის მქონე V-XII კლასის მოსწავლეებში ნახევრად სტრუქტურული მხედველობის კითხვარის მეშვეობით. **შედეგები, დისკუსია:** საცხოვრებელი ადგილიდან სკოლის დაშორების გამო ზოგი მოსწავლე მოწყვეტილია ოჯახურ გარემოში ცხოვრებას. მოსწავლეებს ოჯახის წევრებთან, პედაგოგ-აღმზრდელებთან და თანატოლებთან აქვთ პოზიტიური ურთიერთობა. ზოგი მოსწავლე საზოგადოებისგან გრძნობენ

სრულიად უადგილო და გადამეტებულ ყურადღებას, რაც სათანადო, რელევანტური ინფორმაციის ნაკლებობითაა გამოწვეული. ზოგჯერ მშობლებს საკუთარი შვილების დისკრიმინაციის შიშით სკოლებში არ მიჰყავთ ისინი. ზოგი მოსწავლე დისკომფორტს განიცდის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეების გარკვეული ნაწილის მიმართ, რომლებიც ხშირად განაპირობებენ ხმაურს გაკვეთილის მიმდინარეობისას. ზოგიერთმა მოსწავლემ გამოთქვა სკოლის ტექნიკურად, კერძოდ, „ბრაელერების“ მეტი რაოდენობით აღჭურვის სურვილი.

რეკომენდაციები: მიზანშეწონილია საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება, მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა მაქსიმალურად ჩართვა შეძლებისდაგვარად საზოგადოებრივ აქტივობებში, ასეთ მოსწავლეებს ყველა რეგიონში უნდა ჰქონდეთ განათლებაზე ხელმისაწვდომობა, მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთათვის სკოლებში მათთვის მაქსიმალურად კომფორტული ინფრასტრუქტურის და გარემოს ხელშეწყობა.

Abstract

Problems of students with blindness and low vision

Nana Dabrundashvili, Megi Bulia, Medeia Aladoshvili, Sophie Khachidze, Megi Asatashvili, Dachi Paposhvili - Tbilisi State University students, Faculty of Social and Political Sciences, Social Work.

Tengiz Verulava - Doctor of Medicine (MD), professor.

Introduction: In Georgia special schools have reconstructed into public schools. It made both positive and negative results. Nowadays inclusive education becomes wider over the country. The main goal of the research is to study the social problems of blind and low vision pupils. **Methods:** Across qualitative research carried out interview of focus-group. Pupils of V-XII grade with visual problems took participation in this research. They have answered the questionnaire consisting of premeditated questions. **Results, Discussion:** Because of large distance between school and home some pupils are separated from family life. Pupils have positive relationship with family members, teachers and schoolmates. Some pupils feel over-attention from society which is provoked because of shortage of relevant information. Sometimes parents have fear of discrimination and they don't bring their children to schools. Some pupils with blindness feel discomfort with specific group of limited possibility owner persons. They often made a noise during the lesson. Most of the students want more equipped schools, they need more "Brailers". **Recommendations:** It is advisable to increase level of relevant information between society, include participation of blind and low vision pupils in social activities. These pupils living in regions must have accessibility on education. Also it is important for them to have more comfortable environment and schools equipped with important things.

ბიბლიოგრაფია

1. ინკლუზიური განათლება, გზამკვლევი მასწავლებლებისათვის. თბილისი, 2009.
2. ჟანა კვაჭაძე; მათა არავიაშვილი. საქართველოს 13 სპეციალიზირებული პროფილის მქონე სკოლის სიტუაციური ანალიზი და სკოლის და მასწავლებლების საჭიროებების კვლევა. მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრი. 2009.
3. მხედველობის დარღვევის მქონე ბავშვთა მასწავლებელთა გადამზადება. საინფორმაციო სააგენტო "prof-news". 29.10.2015.

<http://www.prof-news.com/მხედველობის-დარღვევის-მქ/>

შშმ ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში

ნათია გელაძე, თინათინ ლიქოკელი, ნინო ტატანაშვილი, ანა ჭყობიძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

საქართველოში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა საზოგადოებაში ინტეგრაცია და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა. როდესაც საუბარია შშმ პირებისათვის მაქსიმალურად ადაპტირებული გარემოს შექმნაზე, სხვა საკითხებთან ერთად დღის წესრიგში დგება შშმ პირთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის, განათლების, ინფრამრებულობის, სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის, თავისუფალი გადაადგილებისა და ორიენტაციის, დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის, კულტურულ-სანახაობით ღონისძიებებში მონაწილეობისა და სხვა მნიშვნელოვანი პრობლემების მოგვარების აუცილებლობა.

საზოგადოებას განსხვავებული დამოკიდებულება აქვს შეზღუდული შესაძლებლობის პირების მიმართ. ზოგიერთი ვერ ხვდება, რომ ისინი ჩვენი საზოგადოების ნაწილია და მათ მიმართ არასწორი დამოკიდებულება აქვთ. თუმცა, წლიდან წლამდე იზრდება საზოგადოების სწორი მიდგომა ამ საკითხის მიმართ, რაც კიდევ ერთი წინ გადადგული ნაბიჯია ნორმალური ქვეყნის შესაქმნელად. ამ აზროვნების ჩამოყალიბებაში დიდ როლს თამაშობენ სხვადასხვა სტრუქტურები, ინსტიტუტები, სკოლები, არასამთავრობო ორგანიზაციები.

დღეისათვის სულ უფრო მკვიდრდება აზრი, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა არ არსებობს. ყველა ადამიანს აქვს ინდივიდუალური ნიჭი რაღაცის კეთების, რაც მას გამოარჩევს სხვებისგან. დღეს, საბედნიეროდ, ბევრი ცდილობს შეცვალოს ადამიანთა არასწორი წარმოდგენები შშმ პირებზე, რაშიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ არასამთავრობო ორგანიზაციები. შშმ პირების საზოგადოებაში ინტეგრირება აუცილებელია, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია მკვეთრად უარყოფითი შედეგები, კერძოდ, შშმ პირების სიკვდილიანობის, ფსიქოლოგიური პრობლემების ზრდა.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს აქვთ უფლება, იყვნენ დისკრიმინაციისაგან თავისუფალი საზოგადოების სრულუფლებიანი წევრები; საქართველოში მწვავედ დგას შემდეგი ამოცანები [1]:

- იმ ოჯახებისათვის მომსახურების მიწოდება, რომლებიც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს უვლიან;
- სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვებისათვის ინკლუზიური განათლების სისტემის დანერგვა;
- ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესება;
- იმ დამოკიდებულებისა და ქცევითი ნორმების ტრანსფორმაცია, რომლებიც ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების სტიგმატიზაციას.

საქართველოში 2005 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობა ფიქსირდებოდა 2-9 წლამდე ასაკის ბავშვების 14%-ში, რაც დაახლოებით 40 000 ბავშვს უდრის ამ ასაკობრივ ჯგუფში [1]. ქვეყნის მთავარ პრობლემად რჩება ინკლუზიური განათლება - ამჟამად ქვეყანაში მხოლოდ 12 ინკლუზიური სკოლაა; სახელმწიფომ, ადგილობრივმა თემებმა და არასამთავრობო ორგანიზაციებმა მნიშვნელოვანი როლი უნდა ითამაშონ ინკლუზიური განათლების გაუმჯობესებაში [1].

კვლევის მიზანია შშმ ბავშვთა მშობლების აზრის შესწავლა მათი შვილების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესახებ.

კვლევის ამოცანებია:

- მშობლების, მეურვეების აზრით რამდენად ტოლერანტულია საზოგადოება მათი შვილების, აღსაზრდელების მიმართ.
- მშობლების, მეურვეების შეფასებით, რამდენად სრულფასოვნად ხდება მათი ინტეგრაცია საზოგადოებასთან.
- შშმ პირების საზოგადოებასთან ინტეგრირების შემაფერხებელი ძირითადი მიზეზების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევის ობიექტია „თავისუფალი პედაგოგიკის ცენტრში“ (რომელიც აერთიანებს: „დღის ცენტრს“, „სამკურნალო პედაგოგიური სკოლას“ და „ადრეული განვითარების ცენტრს“) მყოფი ბავშვების მშობლები (მეურვეები).

საკვლევი ინსტრუმენტია რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც იქნება რეპრეზენტატიული და შშმ ბავშვების მშობლებზე განზოგადების საშუალებას მოგვცემს. კითხვარი შედგება როგორც ღია, ასევე დახურული კითხვებისაგან, შეფასების 5 ბალიანი სკალისაგან და დემოგრაფიული ბლოკისაგან.

საკვლევი მეთოდია ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუ, რომლის საშუალებითაც შევძლებთ რესპონდენტებზე უშუალოდ დაკვირვებას.

შერჩევა: ალბათური ტიპის, მარტივი შემთხვევითი შერჩევა. შერჩევა მოხდა ცენტრში მყოფი ბავშვების მშობლების (მეურვეების) დონეზე, გამოიკითხა 100 რესპოდენტი.

ჰიპოთეზა

- შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემის მწვავედ არსებობა
- ინტეგრაციის შემაფერხებელ ფაქტორად საზოგადოების გულგრილობა და მათი განათლების დაბალი დონე
- არასაკმარისი მხარდაჭერის არსებობა სახელმწიფოს მხრიდან

შედეგები

კვლევაში მონაწილეობდა 100 რესპოდენტი. მათი უმეტესობა, 47% არის 26-35 წლამდე ქალბატონი, 37% 35 და მეტის და მხოლოდ მათი 16% არის 18-25 წლამდე.

მათი 90% არის დაოჯახებული, რაც ბავშვის სტაბილურ და უსაფრთხო გარემოში ცხოვრების მეტ საფუძველს გვაძლევს. რესპოდენტთა 53% _ის თვიური შემოსავალი შეადგენს 351 და მეტს, 10%_ის შემოსავალია 50-150 ლარის ფარგლებში, რაც ძალიან დაბალია ნებისმიერი ოჯახისთვის და მითუმეტეს მაშინ როცა შშმ ბავშვს ბევრად მეტი ზრუნვა და ხელშეწყობა სჭირდება, ეს ყველაფერი კი მატერიალურ მდგომარეობაზე უმეტესად დამოკიდებული. 83%_ის ოჯახში 4 და 4_ზე მეტი წევრია, ვფიქრობთ შშმ ბავშვის ფსიქიკაზე მრავალწევრიანი ოჯახი უფრო კარგად იმოქმედებს თუ ოჯახის თითოეული წევრი მცირეოდენ წვლილს მაინც შეიტანს შშმ ბავშვის ზრუნვასა და ურთიერთობაში. ამგვარად შშმ ბავშვი უფრო მეტად იქნება მზად სოციალური ინტეგრაციისთვის და ალბათ უფრო მეტადაც გაუადვილდება. მშობელთა(მეურვეთა) 58% დასაქმებულია, რაც სასიამოვნო ფაქტია.

თავისთავად დიდი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოების დამოკიდებულებას შშმ ბავშვების მიმართ, არამარტო ბავშვებისთვის არამედ მშობლების და ოჯახის წევრებისთვისაც. გამოკითხულთა 42% ნეიტრალურ დამოკიდებულებას გრძნობს საზოგადოების მხრიდან; 37% უფრო დადებითად აღიქვამს ვიდრე უარყოფითად; 16% სრულიად დადებით ენერგიასა და მუხტს გრძნობს გარშემომყოფთაგან და მხოლოდ 5% გრძნობს უფრო მეტად უარყოფით დამოკიდებულებას, ვიდრე დადებითს. 5% მოსახლეობისა რა საკვირველია ცოტაა, თუმცა სასურველია ამ უარყოფითი დამოკიდებულების მინიმალიზაცია და უკეთეს შემთხვევაში აღმოფხვრა.

ცხრილი 1:

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა მშობლების დემოგრაფიული მონაცემები

	%
ასაკი	
18-25	16%
26-35	47%
36-ზე მეტი	37%
ოჯახური მდგომარეობა	
დაოჯახებული	90%
დასაოჯახებელი	0%
განქორწინებული	6%
ქვრივი	4%
თვიური შემოსავალი	
50-150	10%
151-250	12%
251-351	25%
351-ზე მეტი	53%
ოჯახის წევრების რაოდენობა	
2 წევრი	6%
3 წევრი	11%
4 და 4-ზე მეტი წევრი	83%
მშობელთა (მეურვეთა) დასაქმება	
დასაქმებული	58%
უმუშევარი	42%

ცხრილი 2: როგორ დამოკიდებულებას გრძნობთ საზოგადოებისგან თქვენი შვილის მიმართ?

სრულიად დადებითს	უფრო დადებითს ვიდრე უარყოფითს	ნეიტრალური	უფრო უარყოფითს ვიდრე დადებითს	სრულიად უარყოფითს
16%	37%	42%	5%	0

რადგან ნეიტრალური და დადებითი დამოკიდებულებები ჭარბობს უარყოფითს, რესპოდენტთა 47% მიიჩნევს, რომ ეს დამოკიდებულება დადებითად იმოქმედებს მათ შვილებზე. 26%-ს უჭირს პასუხის გაცემა, 16%-ის აზრით სულაც არ მოქმედებს ეს ბავშვზე, ხოლო 10% კი უარყოფითად აფასებს ამ დამოკიდებულებას.

ცხრილი 3: როგორ მოქმედებს ეს დამოკიდებულება თქვენს შვილზე?

დადებითად	უარყოფითად	არ მოქმედებს	მიჭირს პასუხის გაცემა
47%	10%	16%	26%

საინტერესოა, თუ რამდენად აწყდებიან ჩვენი რესპოდენტები სირთულეებს საზოგადოების სპეციფიური დამოკიდებულების გამო. მათი უმეტესობა, 58%, აწყდება ამ სირთულეებს, სირთულეები ასოცირდება უარყოფით დამოკიდებულებასთან, თუმცა ამ შემთხვევაში შეიძლება საზოგადოების განსხვავებულმა და აქცენტირებულმა დამოკიდებულებამაც გამოიწვიოს სირთულეები, მიუხედავად მისი თუნდაც დადებითი მიზანისა.

ცხრილი 4: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა მშობლების გამოკითხვის შედეგები

	დიახ	არა	მიჭირს პასუხის გაცემა
აწყდებით თუ არა რაიმე სირთულეებს საზოგადოების სპეციფიური დამოკიდებულების გამო?	58%	10%	32%
თქვენი აზრით ზრუნავს თუ არა სახელმწიფო შშმ პირებზე?	20%	42%	38%
თქვენ მოიმოქმედებდით თუ არა კიდევ რამეს (სახელმწიფო პროგრამების არსებობის მიუხედავად) რათა დახმარებოდით შშმ ბავშვებს?	95%	0	5%
რაიმე უსიამოვნო ინციდენტს თუ ჰქონია ადგილი საზოგადოების მხრიდან თქვენ შვილთან მიმართებით?	47%	47%	6%

საინტერესოა ამ საკითხში სახელმწიფოს როლი და ჩართულობა. რესპოდენტთა 42% ვერ ხედავს სახელმწიფოს ზრუნვას ამ საკითხისადმი. ამ კითხვაზე პასუხების არიდების მიუხედავად გამოკითხულთა 95% ფიქრობს, რომ არსებული სახელმწიფო პროგრამების მიუხედავად, აუცილებლად, კიდევ მოიმოქმედებდა რაიმეს რათა დახმარებოდა შშმ ბავშვებს. და მხოლოდ 5% იკავებს ამჯერად თავს პასუხისგან. ჩვენს დროში და საზოგადოებაში დღემდე არსებობს უამრავი სტიგმატიზირებული თემა თუ შეხედულება, რაც იწვევს უარყოფით დამოკიდებულებას. კითხვაზე ჰქონია თუ არა ადგილი საზოგადოების მხრიდან, რაიმე უსიამოვნო ინციდენტს მათი შვილების მიმართებით, რესპოდენტთა 6% არ გვიპასუხა, ხოლო დანარჩენთა პასუხები გაიყო ორ ურთიერთსაპირისპირო აზრად. მათ ნახევარს ჰქონია, გადახდენია თავს უსიამოვნო ინციდენტი, ხოლო ნახევარს არა.

ერთ-ერთ უმთავრესი და ჩვენი თემის ამომავალი საკითხია ინტეგრირების პროცესი. მშობელთა (მეურვეთა) 53% თვლის, რომ შშმ პირების ინტეგრირების პროცესი საზოგადოებაში მიმდინარეობს უფრო ცუდად ვიდრე კარგად; 26 % ნეიტრალურია ამ საკითხისადმი; 16 % უფრო დადებითად აფასებს ვიდრე უარყოფითად; 5% მიიჩნევს რომ პროცესი მიმდინარეობს ძალიან კარგად და საბედნიეროდ არც ერთი რესპოდენტი საზოგადოებაში შშმ პირების ინტეგრირების პროცესს არ აფასებს რადიკალურად ცუდად.

ცხრილი 5: თქვენი აზრით შშმ პირების ინტეგრირების პროცესი საზოგადოებაში როგორ მიმდინარეობს?

ძალიან კარგად	უფრო კარგად ვიდრე ცუდად	ნეიტრალური	უფრო ცუდად ვიდრე კარგად	ძალიან ცუდად
5%	16%	26%	53%	0

შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრირების შემაფერხებელ ფაქტორებად რესპოდენტებმა დაასახელეს საზოგადოების გულგრილობა ამ ბავშვების მიმართ, მათი რეალური შესაძლებლობის შესახებ არასაკმარისად ინფორმირებულობა, შშმ ბავშვებთან სიახლოვისგან თავის არიდება და მათგან იზოლირებულად ცხოვრების მცდელობა, შშმ ბავშვები ვერ გრძნობენ საზოგადოების მხარდაჭერას, სიტბოს და ზრუნვას, რაც მათ ბევრ რამეში დაეხმარებოდათ და გაუადვილებდათ ცხოვრებას, ისინი საზოგადოებისგან ზიზღს ან სიბრაულს გრძნობენ, რაც უფრო მეტად ამძიმებს არსებულ სურათს. ასევე დასახელდა სახელმწიფოს მხრიდან არასათანადო დახმარების გაწევა. რამდენიმე მშობლის განცხადებით, მათ არ გააჩნიათ ბავშვების მკურნალობისათვის საჭირო სახსრები.

რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, საზოგადოების დადებითი ან უარყოფითი დამოკიდებულება პირდაპირ კავშირშია ბავშვის ფსიქიკასთან და შესაბამის გავლენას ახდენს მასზე. ზოგის აზრით, შშმ ბავშვები მძაფრად აღიქვამენ, როგორც გადაჭარბებულ დადებით, ასევე გადაჭარბებულ უარყოფით დამოკიდებულებას. მშობელთა აზრით, ასეთი დამოკიდებულება ერთნაირად მოქმედებს როგორც ბავშვზე, ისევე მშობელზე.

ჩვენი ჰიპოთეზებიც გამართლდა და მივიგეთ შედეგი, რომ ჩვენ საზოგადოება პირდაპირ კავშირში ვართ შშმ ბავშვების ცხოვრებასთან, მათ ნაწილს შევადგენთ, ჩვენ შეგვიძლია მათ

ცხოვრებას მივცეთ სიფერადე, და ვირწმუნოთ, რომ შეძლული შესაძლებლობები არ არსებობს და ისინიც ჩვენს ირგვლივ არიან.

შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენი სამივე ჰიპოთეზა გამართლდა სადაც ვვარაუდობდით, რომ არსებობს შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა, რასაც ხელს უწყობს საზოგადოების არასაკმარისი განათლება და სახელმწიფოსგან არასაკმარისი მხარდაჭერა.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია:

- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა უზრუნველყოფა საგანმანათლებლო, პროფესიული საქმიანობისათვის მოსამზადებელი სერვისებით, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს მათ პიროვნულ განვითარებას, დამოუკიდებლობასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ინტეგრაციას.
- არსებული პროგრამები მეტად უნდა იყოს ორიენტირებული შშმ ბავშვთა ცხოვრების დონის ზრდაზე და არამხოლოდ უზრუნველყოს შშმ ბავშვთა მოვლის ან რეაბილიტაციის ცალკეული, ერთეული კომპონენტები.
- არსებული პროგრამების მონიტორინგის განხორციელება შშმ ბავშვთა ინტერესების გათვალისწინებით.
- შშმ ბავშვების საჭირო მოწყობილობებით უზრუნველყოფა და მათი მეშვეობით სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაზრდა.
- შშმ ბავშვთა მიმართ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

აბსტრაქტი

შესავალი: შშმ ბავშვთა საზოგადოებაში ინტეგრაცია და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა. კვლევის მიზანია შშმ ბავშვთა მშობლების აზრის შესწავლა მათი შვილების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესახებ. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში, ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით განხორციელდა შშმ ბავშვების მშობლების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** არსებობს შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა, რასაც ხელს უწყობს საზოგადოების არასაკმარისი განათლება და სახელმწიფოსგან არასაკმარისი მხარდაჭერა. **რეკომენდაციები:** შშმ ბავშვთა უზრუნველყოფა საგანმანათლებლო, პროფესიული საქმიანობისათვის მოსამზადებელი სერვისებით, მათ მიმართ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

Social integration of disabled children in Georgia

Natia Geladze, Tina Likokeli, Nini Tatanashvili, Anna Chkoidze - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology.

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Abstract

Preface: The social integration and social conditions' improvement of the disabled children is one of the biggest challenges of the country's social policy. The purpose of research is to study the opinion of disabled children's parents regarding public attitude towards their children. **Methodology:** Within the frameworks of quantitative research disabled children's parents have been interviewed by using semi-structured questionnaire. **Results, discussions:** The problem of disabled children's social integration exists which is promoted by insufficient public education and a lack of support from the state. **Recommendations:** Providing disabled children with the services to prepare them for educational, professional activities, and increasing public awareness about them.

ბიბლიოგრაფია

1. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები. გაეროს ბავშვთა ფონდის (Unicef) ვებ გვერდი. <http://unicef.ge/10/შეზღუდული-შესაძლებლობების-მქონე-ბავშვები/9> [წვდომა 28.12.2016]

ქირურგიული ჩარევის შესახებ ინფორმირებული თანხმობა

დიტო კარტოზია, ნინო რევია, მარიამ ედიბერიძე, ანი შალამბერიძე, თათია ლიპარტია, ია ფირცხალაიშვილი, ანი ახმოდიაშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

პაციენტთა უფლებების შესახებ საკითხი სულ უფრო აქტუალური და პრიორიტეტული ხდება. აღნიშნულმა განაპირობა სხვადასხვა რეგულაციის შექმნის აუცილებლობა. ამ რეგულაციებმა ექიმები მიიყვანეს პაციენტთა მაქსიმალური ინფორმირებულობის უზრუნველყოფის საჭიროებამდე [8].

კანონიერი რეგულაციების შექმნის აუცილებლობა დაკავშირებულია სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტურ პრინციპებთან, სადაც ძირითადი ყურადღება გამახვილებულია "ინფორმირებული თანხმობის" საკითხთან. პაციენტის ინფორმირებულობის ხარისხს იმიტომ ექცევა განსაკუთრებული ყურადღება, რომ კლინიკურ პრაქტიკებში თავს იჩენს მნიშვნელოვანი ეთიკური პრობლემები, რაც გამოწვეულია ინფორმირებული თანხმობის საკითხის არასათანადოდ უზრუნველყოფით. მსგავს შემთხვევებს მივყავართ ეთიკის ფუნდამენტური პრინციპების დარღვევასთან, რაც სრულიად გაუმართლებელია.

პაციენტისათვის რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე, იქნება ეს სადიაგნოზო გამოკვლევა, სამკურნალო თუ საპროფილაქტიკო ღონისძიება, ექიმმა უნდა მიიღოს მისი ინფორმირებული თანხმობა.

ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობას პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ [1].

ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონის მიხედვით, სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკურ და პალიატიური მზრუნველობის პროცესებში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა; სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვალი, რომელთა ჩატარებისათვის აუცილებელია წერილობითი თანხმობა, განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით [1]. ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტისათვის სამედიცინო ჩარევის განხორციელება, მისი ჩართვა სამედიცინო განათლებისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში დასაშვებია მხოლოდ მისი წინასწარ გაცხადებული ნების (როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი) გათვალისწინებით, ხოლო ამ უკანასკნელის არარსებობისას - მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით [1].

პაციენტს, ან მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს მიეწოდება შემდეგი სახის ინფორმაცია: ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ; ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ; გ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ; დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტებისა და ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ; ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ; ვ) „ბ. ა“ – „ბ. ე“ ქვეპუნქტებში ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ [2].

წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურებისას:

- ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;
- აბორტი;
- ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია;
- მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;
- ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;
- ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;
- გენეტიკური ტესტირება;
- გენური თერაპია;
- სხივური თერაპია;
- ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია;
- ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.

ამგვარად, როცა ექიმი პაციენტს უნიშნავს ამა თუ იმ სახის სამედიცინო მომსახურებას, პაციენტს აქვს უფლება მოითხოვოს მისგან დაწვრილებითი ინფორმაცია ამ მომსახურების შესახებ და მხოლოდ ამის შემდეგ მისცეს ექიმს თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე.

თუ პაციენტი არასრულწლოვანია ან რაიმე სხვა მიზეზის (მაგ. დაავადების) გამო არ აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან ე.წ. კანონიერი წარმომადგენელი (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 22, პუნქტი 1).

პაციენტს შეუძლია ნებისმიერ შემთხვევაში უარი თქვას სამედიცინო ჩარევაზე ან აირჩიოს რამდენიმე ალტერნატიული ვარიანტიდან ერთ-ერთი ან მოიძიოს მეორე აზრი, ანუ მიმართოს ხვა ექიმს და გაიგოს ამ ექიმის აზრიც მისი დიაგნოზისა და/ან მკურნალობის შესახებ. ამის უფლებას პაციენტს კანონი აძლევს (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 7).

თუ ექიმი დარწმუნდა, რომ პაციენტმა კარგად გაიაზრა ყოველივე და შესწევს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ის მოვალეა დაეთანხმოს მის აზრს და არ მიმართოს აღნიშნულ სამედიცინო ჩარევას (კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 23, პუნქტი 2). ამასთან, ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება არ უნდა შეიცვალოს პაციენტის მიმართ. მათ კვლავ უნდა გააგრძელონ პაციენტზე ზრუნვა და შესთავაზონ სამედიცინო დახმარების ალტერნატიული, მისთვის მისაღები ფორმები.

კანონმდებლობა განსაკუთრებულ აქცენტს აკეთებს განუკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტების უფლებაზე, უარი განაცხადონ სამედიცინო მომსახურებაზე. კერძოდ, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 148-ე მუხლის მიხედვით, „ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.“

ამრიგად, თუ ქმედუნარიანი პაციენტი უარს აცხადებს სამედიცინო ჩარევაზე, სამედიცინო პერსონალს ეკრძალება ამ სამედიცინო ჩარევის განხორციელება (კანონი "პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 23).

არსებობს უამრავი კვლევები, რომელიც ფოკუსირდება სწორედ ინფორმირებული თანხმობის ხარისხის შესწავლაზე. კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტების უმრავლესობას არ ჰქონდა საკმარისი ინფორმაცია ჩასატარებელი სამედიცინო მომსახურების შესახებ, შესაბამისად, მათ მიერ გაცემული ინფორმირებული თანხმობა ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს [1].

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

მეთოდოლოგია

დასახული მიზნების განსახორციელებლად გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი სტრუქტურირებული კითხვარის სახით. კითხვარი ატარებს თვითადმინისტრირებად ხასიათს. კვლევისათვის შეირჩა თბილისის მსხვილი საავადმყოფოების ქირურგიული ავადმყოფები. კვლევა ჩატარდა 2016 წლის 1 ოქტომბრიდან 20 დეკემბრის ჩათვლით. კვლევაში მონაწილეობდა 60 პაციენტი, რომელთაც მოცემულ პეროდში ჩაუტარდათ ქირურგიული ოპერაცია.

შედეგები

კვლევაში მონაწილე პაციენტების სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განაწილება ნაჩვენებია ცხრილში 1.

რესპოდენტთაგან 41 (68%) იყო მამრობითი სქესის წარმომადგენელი, ხოლო 19 (32%) ქალი. პაციენტების უმრავლესობის ასაკი შეადგენდა 60 წელზე მეტი ასაკის პირებს (60%), შემდეგ მოდიოდა 51-60 წლის ასაკის პირები (28.3%). რესპოდენტთა მეტი ნაწილი იყო დაოჯახებული (68.3%), პენსიონერი (50%). რესპოდენტთა უმრავლესობას ჰქონდა უმაღლესი განათლება (56.7).

პაციენტების 100%-მა (n=60) განაცხადა, რომ მან ხელი მოაწერა ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტზე, რომლის მიხედვითაც თანახმა იყო ქირურგიული მკურნალობის დროს ჩასატარებელ ყველა სახის მკურნალობაზე (იხ. ცხრილი 2).

პაციენტების 73.3% (n=44) აცხადებს, რომ ინფორმაცია ქირურგიული ოპერაციის შესახებ მიეწოდა მკურნალი ექიმისგან, ხოლო 26.6% (n=16) - ექიმისგან და ექთანისგან (იხ. ცხრილი 2).

კითხვაზე იმის შესახებ, თუ რატომ არის საჭირო ინფორმირებული თანხმობა, პაციენტთა უმრავლესობამ - (78%) ხაზი გაუსვა, რომ იგი ხელს უწყობს ნდობის ფაქტორის ამღებებას ექიმსა და პაციენტს შორის. პაციენტთა - 91% მიუთითა, რომ ინფორმირებული თანხმობა ხელს უწყობს შესაძლო რისკების თავიდან აცილებას. ასევე დომინანტური აღმოჩნდა მოსაზრება, რომ ექიმი ვალდებულია მაქსიმალურად უზრუნველყოს პაციენტი ინფორმაციით (94%).

რესპოდენტთა მხოლოდ 52%-მა იცოდა იმ დავადების სახელი, რომლის სამკურნალოდაც მოათავსეს კლინიკაში. პაციენტთა მხოლოდ 48% იცოდა ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციის სახელი, ხოლო 20%-მა საერთოდ არ იცოდა.

რესპოდენტთა 62%-მა დააფიქსირა, რომ მიიღო ამომწურავი ინფორმაცია დავადების დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ, ნაწილობრივ ეთანხმება 30%. ქირურგიული ჩარევის საჭიროებების შესახებ ამომწურავი ინფორმაცია მიიღო 70%-მა, ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიული გზების სარგებლიანობისა და შესაძლო რისკების შესახებ ინფორმირებული იყო გამოკითხულ პაციენტთა 58%. ქირურგიული ოპერაციის სავარაუდო ხანგრძლივობის შესახებ 70%, ქირურგიული ოპერაციის დროს მოსალოდნელი რისკების შესახებ 73.3%, ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ მოსალოდნელი რისკების შესახებ 52%, ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ მკურნალობის შესახებ 50%, ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შესახებ 55%.

დისკუსია

კანონის თანახმად, ქირურგიული ჩარევის წინ საჭიროა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა ჩასატარებელ სამედიცინო ჩარევებზე. ინფორმირებული თანხმობა ექიმს აძლევს პაციენტზე სამედიცინო პროცედურების ჩატარების უფლებას. თანხმობა წარმოადგენს დიალოგს პაციენტსა და ექიმს შორის.

ცხრილი 1:

პაციენტთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განაწილება

	რაოდენობა	%
სქესი		
კაცი	41	68.3
ქალი	19	31.7
ასაკი		
18-30	0	0
31-40	3	5
41-50	4	6.7
51-60	17	28.3
60-ზე მეტი	36	60
ოჯახური მდგომარეობა		
დაოჯახებული	41	68.3
დასაოჯახებელი	1	1.6
განქორწინებული	3	5
ქვრივი	15	25
განათლება		
უმაღლესი	34	56.7
არასრული უმაღლესი	4	6.7
საშუალო	22	36.6
საშუალო არასრული	0	
სხვა	0	
დასაქმება		
დასაქმებული	19	31.6
უმუშევარი	11	18.4
პენსიონერი	30	50

ცხრილი 2: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები

	რაოდენობა	%
მე ხელი მოვაწერე დოკუმენტს, რითაც გამოვხატავ თანხმობას ყველა სახის მკურნალობაზე ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში		
დიახ	100	100%
არა	0	0
ვისგან მიიღეთ ინფორმაცია ქირურგიული მკურნალობის შესახებ		
ექიმი	44	73.3
ექთანი	0	
არავისგან არანაირი ინფორმაცია არ მიმიღია	0	
ექიმი + ექთანი	16	26.6
გთხოვთ დაწეროთ თქვენი დაავადების დიაგნოზი		
იცის	31	52
არ იცის	0	
არ იცის ზუსტად	29	48
გთხოვთ დაწეროთ ქირურგიული ოპერაციის სახელი		
იცის	29	48
არ იცის	12	20
არ იცის ზუსტად	19	32

ცხრილი 3: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები

	n	%
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ჩემი დაავადების დიაგნოზისა და მკურნალობის შესახებ		
დიახ	37	62
ნაწილობრივ ვეთანხმები	18	30
არა	5	8
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია, რომ ჩემი პრობლემა უნდა გადაწყდეს ქირურგიული ოპერაციის გზით		
დიახ	42	70
ნაწილობრივ ვეთანხმები	16	27
არა	2	3
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიული გზების სარგებლიანობისა და რისკების შესახებ		
დიახ	35	58
ნაწილობრივ ვეთანხმები	20	34
არა	5	8
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ქირურგიული ოპერაციის სავარაუდო ხანგრძლივობის შესახებ		
დიახ	42	70
ნაწილობრივ ვეთანხმები	12	20
არა	6	10
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ქირურგიული ოპერაციის დროს მოსალოდნელი რისკების შესახებ		
დიახ	44	73.3
ნაწილობრივ ვეთანხმები	13	21.6
არა	3	5
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ მოსალოდნელი რისკების შესახებ		
დიახ	31	52
ნაწილობრივ ვეთანხმები	26	43
არა	3	5
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ მკურნალობის შესახებ		
დიახ	30	50
ნაწილობრივ ვეთანხმები	27	45
არა	3	5
მე მივიღე საკმარისი ინფორმაცია ქირურგიული ოპერაციის შემდგომ ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შესახებ		
დიახ	33	55
ნაწილობრივ ვეთანხმები	24	40
არა	3	5

ჩვენს კვლევაში, პაციენტთა 100%-მა აღნიშნა, რომ მათ ხელი მოაწერეს დოკუმენტს, რითაც გამოხატეს თანხმობა ნებისმიერი სახის მკურნალობაზე ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში. თუმცა, პაციენტის მიერ ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტზე ხელის მოწერა, ზოგჯერ არ ნიშნავს, რომ პაციენტი საკმარისად არის ინფორმირებული ექიმის მიერ და წარმოდგენა არ აქვს მისი ავადმყოფობის და საჭირო ქირურგიული ჩარევების შესახებ. ცხადია, ასეთ შემთხვევებში შეუძლებელია ინფორმირებულ თანხმობაზე საუბარი სამედიცინო ეთიკური წესების დაცვით. აქედან გამომდინარე, პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და დაგეგმილი ინტერვენციების შესახებ, იმდენად რამდენადაც შეუძლია მას

ამის გაგება და ეს ყოველივე უნდა ხდებოდეს პაციენტთა უფლებებისა და პროფესიული ეთიკური წესების შესაბამისად.

პაციენტის განათლება მისი დიაგნოზისა თუ მკურნალობის გზების შესახებ წარმოადგენს ექიმის პასუხისმგებლობას. თუმცა, ჩვენს კვლევაში პაციენტთა 73%-მა განაცხადა, რომ ქირურგიული ოპერაციის შესახებ ისინი ინფორმირებულნი იყვნენ მკურნალი ექიმის მიერ, ხოლო 27% - ექიმისგან და ექთანისგან. სხვა კვლევები ადასტურებენ, რომ ინფორმაცია ჩარევების შესახებ ძირითადად გაიცემა ექიმის მიერ. თუმცა, უმეტეს შემთხვევაში, პაციენტები არ არიან სავსებით ინფორმირებულნი. ერთ-ერთი სხვა კვლევის თანახმად, პაციენტების 60% ინფორმირებული იყო სწორედ იმ ექიმისგან, რომელმაც ჩაუტარა ქირურგიული ოპერაცია, მაშინ როდესაც 23%-მა განაცხადა, რომ ინფორმირებულნი იყვნენ ექთნის მიერ, ხოლო პაციენტების 8.5%-მა განაცხადა, რომ საერთოდ არ ყოფილან ინფორმირებულნი [6]. კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხული პაციენტების 48%-მა ზუსტად არ იცოდა დაავადების (დიაგნოზის) სახელი, ხოლო ქირურგიული ოპერაციის დასახელება ზუსტად არ იცოდა 32%-მა და საერთოდ არ იცოდა 20%-მა. აღნიშნული შეიძლება განპირობებული იყოს იმ გარემოებით, რომ პაციენტების 37% აქვს საშუალო განათლება. ცხადია, რაც უფრო მაღალია პაციენტის განათლება, მით უფრო მაღალია მისი ინფორმირებულობა [7]. რესპონდენტთა 62%-მა დააფიქსირა, რომ მიიღო ამომწურავი ინფორმაცია დაავადების დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ, თუმცა, ამას ნაწილობრივ ეთანხმება 30%. ამასთან, ქირურგიული ჩარევის საჭიროებების შესახებ ამომწურავი ინფორმაცია მიიღო 70%-მა. კვლევა გვიჩვენებს, რომ პაციენტების უმრავლესობა (58%) სათანადოდ ინფორმირებულია ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიული გზების სარგებლიანობისა და რისკების შესახებ. სხვა კვლევებით იგი შეადგენს 58.7% [4] და 67%-ს [5]. ფაქტია რომ მკურნალობის პროცესის შედეგები იქნება გაცილებით დადებითი, როცა პაციენტი სრულყოფილად იქნება ინფორმირებული ქირურგიულ ჩარევამდე. ექიმი ვალდებულია ზედმიწევნით აუხსნას და განუმარტოს პაციენტს ქირურგიული ჩარევის დეტალები, პოსტოპერაციულ პერიოდთან დაკავშირებული გართულებები, მოსალოდნელი შედეგები და მოლოდინები. ზოგჯერ პაციენტი სრულ ნდობას უცხადებს ექიმს, შესაბამისად იგი მხოლოდ ფორმალურად აწერს ხელს ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტს. ამ დროს ექიმი ვალდებულია პაციენტს მიაწოდოს ყველანაირი ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე, რათა თავიდან იქნას აცილებული პაციენტის მხრიდან ცრუ მოლოდინები, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს შემდგომი გართულებები მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპებზე. პაციენტის სრული ინფორმირებულობა გააღრმავებს ნდობას ექიმსა და პაციენტს შორის, დაეხმარება პაციენტს მკურნალობის წარმატებულად ჩატარებაში. მიზნის მისაღწევად საჭიროა ამ საკითხზე ცნობიერების ამაღლება, როგორც ექიმის, ასევე პაციენტების მხრიდან. შესაძლოა ჩატარდეს ტრენინგები ექიმებისთვის, რაც ხელს შეუწყობს ინფორმირებული თანხმობის ხარისხის ამაღლებას. რაც შეეხება პოსტ-ოპერაციულ პერიოდს, საავადმყოფოში დაყოვნებას და სარეაბილიტაციო მკურნალობის პროცესს, პაციენტები ნაწილობრივ იყვნენ ინფორმირებულნი (შესაბამისად, 50%, 52% და 55%). ეს მაჩვენებლები მიუთითებენ, რომ პაციენტებში, პოსტ-ოპერაციული ინფორმირებულობის დონე უფრო დაბალია ვიდრე ოპერაციის მოსამზადებელი პერიოდის ინფორმირებულობის დონე. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ ექიმები უფრო მეტად მერძობიარნი არიან ოპერაციამდე და უშუალოდ ოპერაციის მსვლელობის პერიოდში არსებულ გართულებებზე ვიდრე ეს შეიძლება პოსტოპერაციული პერიოდის დროს.

დასკვნა

კვლევა მიუთითებს, რომ სათანადო, სრულყოფილი ინფორმაციის ქონა აუცილებელი წინაპირობაა პაციენტებისთვის, რომ მონაწილეობა მიიღონ საკუთარი ჯანმრთელობის საკითხების გადაწყვეტაში. თუმცა, კვლევა ცხადყოფს, რომ არსებობს ხარვეზები პაციენტების ინფორმირებასთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების ინფორმირებული თანხმობისა და სრულყოფილი განათლების მიღწევა ძნელია პრაქტიკაში, აუცილებელია მისი უზრუნველყოფა. პაციენტებისთვის ინფორმაციის გადაცემისას საჭიროა მეტი ყურადღების დათმობა მათი ინფორმირებულობის ასამაღლებლად. ექიმებმა პაციენტებს უნდა მიაწოდონ ზუსტი ინფორმაცია გასაგებ ენაზე. ამ მიზნის მისაღწევად, საჭიროა, როგორც ზეპირი, ასევე, სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება, როგორებიცაა: ვიზუალური მასალები (ვიდეო, ფოტომასალა). ამავდროულად, გათვალისწინებული უნდა იყოს საზოგადოების განათლების დონე.

რეკომენდაციები

მიზანშეწონილია ტრენინგების ჩატარება სამედიცინო პერსონალთან, ვინც უშუალოდ პასუხისმგებელია პაციენტების ინფორმირებულობაზე. აუცილებელია გაიზარდოს თავად პაციენტების ცნობიერების დონე.

აბსტრაქტი

შესავალი: პაციენტთა უფლებების შესახებ საკითხი სულ უფრო აქტუალური და პრიორიტეტული ხდება. კანონიერი რეგულაციების შექმნის აუცილებლობა დაკავშირებულია სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტურ პრინციპებთან, სადაც ძირითადი ყურადღება გამახვილებულია „ინფორმირებული თანხმობის“ საკითხთან. კვლევის მიზანია დავადგინოთ პაციენტის მიერ რამდენად არის გაცნობიერებული ქირურგიულ ჩარევამდე ექიმის მიერ მიწოდებული ინფორმირებული თანხმობა. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით განხორციელდა ქირურგიული პაციენტების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** პაციენტების უმრავლესობა სათანადოდ ინფორმირებულია დაავადების დიაგნოზის და მკურნალობის, ქირურგიული ჩარევის საჭიროებების, ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიული გზების სარგებლიანობისა და რისკების შესახებ. თუმცა, პაციენტთა გარკვეული ნაწილი ამას ნაწილობრივ ეთანხმება. **რეკომენდაცია:** პაციენტებისთვის ინფორმაციის გადაცემისას საჭიროა მეტი ყურადღების დათმობა მათი ინფორმირებულობის ასამაღლებლად. მიზანშეწონილია ტრენინგების ჩატარება სამედიცინო პერსონალთან, ვინც უშუალოდ პასუხისმგებელია პაციენტების ინფორმირებულობაზე.

საკვანძო სიტყვები: ინფორმირებული თანხმობა, პაციენტების ინფორმირებულობა, ქირურგიული მკურნალობა, სამედიცინო ეთიკა.

Informed Consent about a Surgical Intervention

Dito Kartoziya, Nino Revia, Mariam Ediberidze, Ani Shalamberidze, TaTia Lipartia, Ia Pirtskhalaishvili, Elene Akhmodishvili – Bachelors of Social and Political Sciences Faculty of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University.

Tengiz Verulava, Doctor of Medical Sciences, Professor

Abstract

Introduction: patients' rights issues are becoming increasingly important and is becoming a priority. Legal regulations related to the creation of the fundamental principles of medical ethics, where the main focus is on the "informed consent" issue. The study is designed to determine by how much the patient is aware of the surgery performed by a doctor provided informed consent. **Methodology:**The quantitative part of the study, semi questionnaire, a survey was carried out in surgical patients. **Results, Discussion:**The majority of patients are properly informed about the diagnosis and treatment of disease, needs surgery, surgical treatment alternatives on the benefits and risks. However, some of the patients would only partly. **Recommendation:**Patients need to transfer data more attention to their awareness raising. It is recommended to conduct training with the medical staff, who are directly responsible for the patients' awareness.

Key words: informed consent, patients' awareness, surgical treatment, medical ethics.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.
2. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 2000 წლის 5 მაისი, მუხლი 4
3. Quality of an informed consent prior to a surgical intervention? Experience of a teaching hospital Engin Kurt , Muharren Ucar , Adnan Atac file:///C:/Users/acer/Downloads/8968-42304-1-PB.pdf
4. Ertem A, Yava A, Demirkilic U. Determination of the opinions and suggestions of the patients undergoing cardiac surgery on preoperative informed consent. Turkish J Thoracic Cardiovascular Surg. 2013;21(2):378-391. DOI: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.7388
5. Turla A, Karaaslan B, Kocakaya M, Peksen Y. The determination of the status of sufficient information given. Turkiye Klinikleri J Foren Med. 2005;2(2):33-38.
6. Deger M, Hot I, Toprak N. Cerrahi uygulamalarda hekimin tutumuna ait bir anket calismasi [A questionnaire study of attitudes of the physician in surgical applications]. In: Hatemi H, editor. Medikal etik [Medical ethics]. Istanbul: Tavasli Matbaasi. 1999;113-130.

კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციის პრობლემები საქართველოში

ლიკა მაისურაძე, დავით ფეიქრიშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

პირველად ადამიანის ორგანო ბოსტონში 1950-იანი წლების დასაწყისში გადაინერგა, როდესაც ქირურგმა მურეიმ და მისმა კოლეგებმა თირკმლის ტრანსპლანტაცია წარმატებით ჩაატარეს. 1977 წელს კი ქართველმა ექიმებმა, მოსკოველ ქირურგებთან ერთად, ქირურგიული ინსტიტუტის ბაზაზე გვამური თირკმელი გადანერგეს. მას შემდეგ საქართველოში გადასანერგად გარდაცვლილი დონორის ორგანო არ გამოუყენებიათ, ამის მიზეზი გვამური დონაციის არარსებობაა.

კანონის მიხედვით, ადამიანი გარდაცვლილად ითვლება მას შემდეგ, რაც მას თავის ტვინის სიკვდილი ან გულის შეუქცევადი გაჩერება და სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა დაუდგინდება. გვამური დონაციისთვის მხოლოდ ტვინის სიკვდილით გარდაცვლილის ორგანო გამოდგება. 2000 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ტვინის სიკვდილის განმარტებული კრიტერიუმები შეიმუშავა.

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია 20 წლის წინ, 1997 წლის 31 იანვარს ჩამოყალიბდა. ასოციაციის დაფუძნებაში მონაწილეობა მიიღო 50-ზე მეტმა ექიმმა და ოთხმა სამედიცინო ორგანიზაციამ. ასოციაციის მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოში ორგანოთა გადანერგვის განვითარებას. დღიდან დაარსებისა მას ხელმძღვანელობს პროფესორი გია თომამძე.

გია თომამძის აზრით, ტვინის სიკვდილის დიაგნოზის სწორად დასმის შემთხვევაში, სიცოცხლის აღდგენა გამორიცხულია. ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციამ 2003-2006 წლებში 4 ცენტრალური კლინიკის რეანიმაციული განყოფილებების ავადმყოფთა ისტორიები შეისწავლა. კვლევის შედეგად გამოვლინდა 50 პოტენციური დონორი, რომელთა მიმართაც ეჭვი გამოითქვა ტვინის სიკვდილზე. თუმცა მათი ორგანოები არავისთვის გადაუწერავთ.

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ერთ-ერთ ძირითად სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ბანკი – ტრანსპლანტაციის ნაციონალური რეგისტრატურა. მისი პირველი ხელმძღვანელი იყო ექიმი ანი დევნოსაძე. 2003 წლიდან მას ალისა კირეულიშვილი ხელმძღვანელობს.

საქართველოში ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ 2000 წელს მიღებული კანონის თანახმად „ორგანოს დონორი შეიძლება იყოს ცოცხალი ადამიანი, (გენეტიკური ნათესავი, მეუღლე ან დონორთა გაცვლით პროგრამაში მონაწილე პიროვნება), ისე გარდაცვლილი“, თუმცა დღემდე საქართველოში გვამიდან არცერთი გადანერგვა არ განხორციელებულა. ამის ძირითად მიზეზს გვამის ორგანოების დონაციის მიმართ მოსახლეობის ნეგატიური წინასწარგანწყობა წარმოადგენს, რისი შეცვლაც ხანგრძლივ შრომას მოითხოვს და რომლის შესრულებაც მხოლოდ მასშტაბის საშუალებების აქტიური მონაწილეობითა და მხარდაჭერითაა შესაძლებელი.

საერთოდ, დონორი შეიძლება იყოს ცოცხალი ან გარდაცვლილი ადამიანი. იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს გვამური დონაცია დონორად შეიძლება გამოყენებული იყოს გარდაცვლილის ორგანო. გვამური გადანერგვის ტრანსპლანტაციის ასამოქმედებლად საჭიროა გარდაცვლილი ადამიანის ოჯახის წევრების თანხმობა ორგანოს აღებაზე. მაგრამ ჩვენს ქვეყანაში ასეთი რამ არ ხდება. არა იმიტომ, რომ კანონმდებლობა არ იძლევა ამის საშუალებას, მოსახლეობა არ არის მზად

იმისათვის რომ თავისი გარდაცვლილი ახლობლის ორგანოს გამოყენებაზე დათანხმდეს. საზოგადოებაში ამ საკითხთან დაკავშირებით ფსიქოლოგიური და მენტალური მიმდებლობა არ არის.

გვამური დონაციის არარსებობა საქართველოში ტრანსპლანტაციის განვითარების ერთადერთი ხელისშემშლელი მიზეზი არ არის. გია თომამე ამბობს, რომ გარდა საზოგადოების უარყოფითი განწყობისა, გვამური დონაციის დანერგვას მედპერსონალის არასათანადო კვალიფიკაციაც აფერხებს. არ არსებობს მუდმივი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზაც – „ჩვენ ხელშეკრულება გვაქვს გაფორმებული შვეიცარიის, თურქეთის და რუსეთის ტრანსპლანტოლოგიურ კლინიკებთან. სათანადო დონორის არსებობის შემთხვევაში უახლოეს მომავალში ამ ოპერაციებს ერთობლივი ინტერნაციონალური გუნდებით ჩავატარებთ. შემდგომ კი ჩვენი ქირურგები დამოუკიდებლად გააგრძელებენ მუშაობას“.

საქართველოში დღეს 257 ორგანოგადანერგილი ადამიანი ცხოვრობს. აქედან ორს გული აქვს გადანერგილი, (ერთს საფრანგეთში, მეორეს რუსეთში) ორმოცდაათს ღვიძლი, დანარჩენს კითრემლო.

სტატისტიკის მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად 120 ათასამდე ახალი ორგანოს გადანერგვა ხდება. აქედან ყველაზე ხშირი თირკმლის ტრანსპლანტაციაა, შემდეგ მოდის ღვიძლი, პანკრეასი და გული. რაც შეეხება ღვიძლს, მისი გადანერგვის ოპერაცია საქართველოში პირველად 2014 წელს ჩატარდა და დღემდე სულ 12 გადანერგვა შესრულებული.

კვლევის მიზანია კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციასთან დაკავშირებით საქართველოში არსებული მდგომარეობის, შეხედულებების და მომავალი ცვლილებების შესწავლა. კვლევის ამოცანებია:

- ტრანსპლანტაციის დეფინიციის განსაზღვრა;
- საქართველოში ორგანოთა დონაციის ისტორიის, მისი განვითარების შესწავლა.
- კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციის დამოკიდებულების კვლევა;
- ოჯახის წევრების მხარდაჭერის დადგენა და მათი დამოკიდებულების დადგენა;
- იმ პოტენციური გარემოებების გამოკვეთა, რაც შეცვლიდა კონკრეტულ გადაწყვეტილებას.

კვლევის მეთოდი

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდება სიღრმისეული ინტერვიუ შერჩეულ რესპონდენტებთან. გამოვიყენეთ არაალბათური შერჩევის მიზნობრივი (ე.წ. შეფასებითი) ტიპი. რესპონდენტებს წარმოადგენდნენ არქივის სკოპოსი, მრეველი ეკლესიიდან და ერთ-ერთი დონორი. ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტისა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დამამთავრებელი კურსის სტუდენტებთან. ამასთანავე, აღნიშნულ თემასთან დაკავშირებით, გავესაუბრეთ ექიმ გიორგი ხაფავას.

კვლევის შედეგები

ექიმი-რეანიმაციოლოგის, გიორგი ხაფავას აზრით, სამედიცინო თვალსაზრისით საზოგადოების სამოქალაქო თვითშეგნება დაბალია. დღეს საქართველოში საზოგადოების მიერ არასწორადაა აღქმული და აქედან გამომდინარე არ არის განვითარებული კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაცია.

„ნუ შევხედავთ დონორობას წმინდა ალტრუისტულად, გავაცნობიეროთ თუ რა ნაბიჯის გადადგმა მოგვიწევს და გავაკეთოთ სიკეთე, ან უბრალოდ ჩავთვალოთ ვალდებულად საკუთარი თავები, რომ შევუნარჩუნოთ ადამიანებს სიცოცხლე ჩვენი გარდაცვალების შემდეგაც“.

შემდეგი რესპოდენტის აზრით (არქივის სკოპოსი) საქართველოში გარდაცვალების შემდეგ დონორობის კულტურა კიდევ დიდი ხანი არ განვითარდება ისე, როგორც ეს სხვა ქვეყნებშია

განვითარებული. მისი აზრით, ადამიანი ღმერთმა მოავლინა სრულფასოვნად და სრულფასოვნადვე უნდა მიეზაროს მას:

„ღმერთმა მოავლინა თითოეული ჩვენგანი და ჩვენს შექმნაზე და ცხოვრების გზაზეც მან იზრუნა; თუ ღმერთის გადაწყვეტილების წინააღმდეგ წასვლა ისევე ცოდვად ითვლება როგორც შენივე სხეულის „წამება“; როცა ადამიანი გარდაცვალების შემდეგ გასცემს ჯანმრთელ ორგანოს, ის არა ერთ, არამედ ორ ცოდვას ჩადის, აზიანებს საკუთარ თავს და ღმერთის გადაწყვეტილებაში თავის შესწორებებს აკეთებს“.

ჩვენი მესამე რესპოდენტი ექვის თვალთ უყურებს საქართველოში დონაციის კულტურას და საუბარში ლატენტურად ეხება ამ ყველაფერში რელიგიის როლს:

„ჩემთვის მიუღებელია, რომ ავადმყოფი შედის ცოდვაში, რამეთუ შინაგანად ადამიანის (დონორის) სიკვდილზე ოცნებობს, რაც ყოველად ამორალურია“.

ჩვენმა შემდგომმა რესპოდენტმა ახსენა უშუალოდ საქართველოში არსებული ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია, რომლის შესახებ ბევრი რამეც იცოდა, მაგრამ ნეგატიურად იყო განწყობილი მათი საქმიანობის მიმართ არაორგანიზებულობის გამო:

„მიუხედავად იმისა, რომ ვარ ეკლესიის მრევლი, დავეთანხმები და მომწონს კიდეც იდეა, გადავარჩინო ადამიანი მაშინ, როცა დედამიწაზე ფიზიკურად არ ვიქნები, თუმცა არ ვარ დარწმუნებული და ვერ ვხედავ ვერავითარ გარანტიას იმაში, რომ ჩემი ორგანოები სწორად და სრულიად უსასყიდლოდ მივა საჭირო ადრესატამდე“.

ჩვენს მეხუთე რესპოდენტს შორეულ პერსპექტივად ეჩვენება საქართველოში ამ კულტურის მაქსიმალური რეალიზება, გამომდინარე იქიდან, რომ ამ ეტაპზე რაციონალურ-მერკანტილისტური კითხვები უჩნდება, რაც აღნიშნული პროექტისადმი მის უნდობლობას იწვევს:

„უახლოეს მომავალში თუ ეს კულტურა კარგად განვითარდება და ყველასთვის მისაღები იქნება, ალბათ მეც გავწევრიანდები და მივცემ თავს უფლებას, დავეხმარო ადამიანს განაგრძოს ცხოვრება ჯანმრთელი ორგანოებით. ამ ეტაპზე კი, ნამდვილად ბევრი კითხვა მიჩნდება, ამ საკითხზე ფიქრის დროს - თუ მე უსასყიდლოდ გავცემ ამა თუ იმ ორგანოს, ავადმყოფი მიიღებს თუ არა ამას უფასოდ?! ან თუნდაც, როგორ ხდება ამ ორგანოების ტრანსპლანტაცია ავადმყოფებისათვის და ვის ენიჭება პრიორიტეტი?! მოხდება თუ არა აქაც ჩაწყობა, ბევრი ფულის სანაცვლოდ?! თუ ის ამაში ფულს გადაიხდის, რაღაში უნდა მჭირდებოდეს მე შუამავალი საკუთარი ორგანოს გასაცემად?! გარდა ამისა, მაინტერესებს, თუ მე მხოლოდ ერთ (ან ორ) ადამიანს გავუმხიელ ამ პროგრამაში ჩართულობის შესახებ, ჩემს გარდაცვალებას ვინ შეატყობინებს ასოციაციას?!“

ჩვენი ბოლო რესპოდენტი უშუალოდ შეეხო ორგანოთა დონაციის მორალურ ასპექტს და თქვა, რომ გარდაცვლილის ახლობლებს უფრო დადებითი დამოკიდებულება უნდა ჰქონდეთ ტრანსპლანტაციასთან, რამეთუ მათი გარდაცვლილი ახლობლის ორგანო სხვა სხეულში განაგრძობს სიცოცხლეს და ეს გადაწყვეტილება არანაირ შემთხვევაში არ გადაიქცევა მორალურ ტვირთად:

„ადამიანის სხეული ისეთივე მექანიზმია, როგორც საათი - ისევე ძველდება, იშლება, იწყობა... ამდენად, თუ ვინმეს რამეში გამოადგება ის, რაც შენ ნამდვილად აღარ დაგჭირდება, რატომ უნდა თქვა უარი?! თუ შენ ამ ყველაფერს კუბოში წაიღებ, დაილუპებიან ადამიანები, რომელთაც ვერ მიუსწრეს თავის დონორებმა“.

რაც შეეხება ფოკუს-ჯგუფს, საგულისხმოა, რომ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფში გამოიკვეთა საერთო შეხედულება, რომლის მიხედვითაც სტუდენტები ეთანხმებიან ორგანოთა კლინიკური სიკვდილის შემდგომ დონაციას პროფესიული ცოდნიდან და საქმიანობიდან გამომდინარე, რაც ეწინააღმდეგება თსუ-ში რესპოდენტების მცირე ნაწილის მოსაზრებას:

„წარმოიდგინეთ საკუთარი თავები კუბოში რიგი ორგანოების გარეშე... ან დახუჭული ქუთუთოების ქვეშ რაღაც ბურთულებით... ანდა წარმოიდგინეთ, რა განცდა ექნებათ თქვენს ახლობლებს, დოკუმენტზე ხელისმოწერის დროს, როდესაც ეცოდინებათ, რომ გულის გარეშე გმარხავენ.... ამ პროექტში მონაწილეობის მიღებაზე მე თანახმა რომც ვიყო, დარწმუნებული ვარ, ჩემები ჩემს გვამს ექიმებს ცოცხალი თავით არ მისცემენ საჯიჯგნად“.

ჩვენ მიერ ჩატარებულ ფოკუს-ჯგუფებში გამოიკვეთა ორი რადიკალურად განსხვავებული, ერთმანეთთან დაპირისპირებული შეხედულებები. პირველნი რაციონალურად განიხილავენ და ფიქრობენ, რომ ორგანოთა დონაცია არათუ საზიანო და მიუღებელი, არამედ პროსოციალური ქმედების განხორციელების უკანასკნელი შანსია - მათი აზრით ეს ის ალტრუისტული ქმედებაა, რომელიც უკანასკნელ სიკეთედ შეიძლება ჩაეთვალოს ადამიანს. ხოლო თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტების მიერ გამოტანილი დასკვნა, ეწინააღმდეგება თსუ-ის სტუდენტების აზრებსა და შეხედულებებს, რომლებიც ფიქრობენ, რომ „გვამური დონაცია“ პირდაპირ გამოხატავს ადამიანის მხრიდან ფიქრსა და მოთხოვნას საკუთარი თავის გარდაცვალებაზე, რათა შემდგომ იგი დაეხმაროს, დონორის სახით მხსნელად მოევიწიოს რეციპიენტს, სიცოცხლის შესანარჩუნებლად.

დასკვნა

კვლევისას მიღებული შედეგების გაანალიზების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა აცნობიერებს იმ მენტალურ ბარიერს, რომლის გადალახვაც ვერ ხერხდება. ამდენად, საჭიროა ეკლესიის, სახელმწიფოს, ექიმების ერთობლივი მუშაობა, რომ ამ მიმართულებით მოხდეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

ყურადსაღებია ის ფაქტიც, რომ ქრისტიანული სარწმუნოება არ კრძალავს ორგანოთა კლინიკური სიკვდილის შემდგომ დონაციას, რამდენადაც არ არსებობს ეკლესიის ზოგადი გადაწყვეტილება, რასაც სინოდის გადაწყვეტილება უდევს საფუძვლად, ხოლო ამ უკანასკნელს, არ განუხილავს ეს საკითხი. შესაბამისად, თითოეული მოძღვარი ინდივიდუალურად უდგება ამ საკითხს და ბუნებრივია, აზრთა სხვადასხვაობას ვეჩეხებით.

აღსანიშნავია გამოკითხულ რესპონდენტთა ის დამოკიდებულებაც, რომ უმრავლესობა ძირითადად მომხრეა ტრანსპლანტაციის, განსაკუთრებით ცოცხალი დონორის შემთხვევაში. ერთიანი აზრი არ არსებობს გვამური დონაციის შემთხვევაში, კერძოდ იმაზე, თუ როდის ითვლება ადამიანი გარდაცვლილად - როდესაც გული ჩერდება, თუ როდესაც ტვინი კვდება. წმინდა მამების მოძღვრებით (მაგ., წმ. გაბრიელი), სულის ადგილსამყოფელი ტვინია, ამდენად საგულისხმოა, რომ ქრისტიანობა ტრანსპლანტაციას არ კრძალავს.

გარდა ამისა, თვალშისაცემია განსხვავება, რაც თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტისა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტების ფოკუს-ჯგუფებში გამოიკვეთა ორგანოთა კლინიკური სიკვდილის შემდგომი დონაციისადმი. ბუნებრივია, თსუ-ის სტუდენტები, მათი პროფესიული ცოდნიდან და საქმიანობიდან გამომდინარე, მეტად იყვნენ ინფორმირებულნი აღნიშნული თემისადმი და ფოკუს-ჯგუფიც მეტად პროფესიული კუთხით წარიმართა, ხოლო თსუ-ის სტუდენტები მეტწილად მორალური გადმოსახედიდან საუბრობდნენ და ნაკლებად ფლობდნენ სრულყოფილ ინფორმაციას.

საერთო ჯამში კვლევამ აჩვენა, რომ საზოგადოების მხარდაჭერის გარეშე რთულია ორგანოთა გადანერგვის კულტურის განვითარება, რაც ხელს შეუწყობს საქართველოში ტრანსპლანტაციის განვითარებას. ამდენად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ საჭიროა მუშაობა გადავიდეს უფრო გლობალურ ეტაპზე და გადაიდგას კონკრეტული ნაბიჯები როგორც საზოგადოების ფართო ფენებისა მხარდაჭერისა და დადებითი წინასწარგანწყობის მოსაპოვებლად, ამასთანავე სათანადო კლინიკური ცოდნისა და გამოცდილების შესაძენად.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ კანონი 2000 წელს იქნა მიღებული. თუმცა, დღემდე საქართველოში გვამიდან არცერთი გადანერგვა არ განხორციელებულა. კვლევის მიზანია კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციასთან დაკავშირებით საქართველოში არსებული მდგომარეობის, შეხედულებების და მომავალი ცვლილებების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ შერჩეულ რესპონდენტებთან, 2 ფოკუს-ჯგუფი თსუ-ისა და თსსუ-ის დამამთავრებელი კურსის სტუდენტებთან და ექსპერტთა გამოკითხვა. **შედეგები:** გამოკითხულთა უმრავლესობა მომხრეა ტრანსპლანტაციის, განსაკუთრებით ცოცხალი დონორის შემთხვევაში. ერთიანი აზრი არ არსებობს გვამური დონაციის შემთხვევაში, კერძოდ იმაზე, თუ როდის ითვლება ადამიანი გარდაცვლილად - როდესაც გული ჩერდება, თუ როდესაც ტვინი კვდება. საგულისხმოა, რომ ქრისტიანობა ტრანსპლანტაციას არ კრძალავს. გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა აცნობიერებს იმ მენტალურ ბარიერს, რომლის გადალახვაც ვერ ხერხდება. **დასკვნა:** სახელმწიფოს, ეკლესიის, ექიმების ერთობლივი ძალისხმევით საჭიროა საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

Further problems of donation of organs after apparent death

David Peikrishvili, Lika Maisuradze Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology.

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Introduction: In Georgia law of transplantation of organs was adopted in 2000. Although there is no even one transplantation from the corpse in Georgia. The goal of research is to learn the condition of organ donation after apparent death, the point of view, future changings. **Methodology:** after qualitative research there was abyssal interview with choosen respondents. Two focus groups of tsu and tssu last year students and experts interview. **Results:** the majority of interviewers is for transplantation especially from living donor. There is no one and only opinion about transplantation from corpse, particularly, when is the person considered as dead, when the heart stops or when the brain is dead. its important that orthodoxy doesn't forbidden transplantacy and majority of interviewers confesses the mental barrier which is hard to pass away. **Conclusion:** it is necessary the united forces of government, church and doctors to enhance consciousness of people

გამოყენებული ლიტერატურა

1. აშულაშვილი მ., (2016) „თირკმლის გადანერგვა – დონორობის პრობლემა საქართველოში“ retrieved from <http://www.aversi.ge/cnobar/736>, accessed January 7, 2017
2. გაგნიძე ხ., (2010) „იმის გამო, რომ ცხედრის ორგანოების გადანერგვა არ ხდება, საქართველოში უამრავი ადამიანი დიალიზზე ან კვდება“ <http://presa.ge/new/?m=society&A>
3. გამთენაძე ქ., (2016) „დონაცია საქართველოში - რა ღირს და რა პროცედურებთან არის დაკავშირებული ორგანოთა გადანერგვა“ <http://www.allnews.ge/sazogadoeba/146720>
4. კვაჭანტირაძე ა. (2011) „საქართველოში თირკმლის გარდა, გულის, ღვიძლისა და სხვა ორგანოების ტრანსპლანტაციაც განხორციელდება“ <http://presa.ge/new/?m=medical&AID=479>
5. ტუხიაშვილი ე., (2014) „რა ორგანოების გადანერგვა ხდება საქართველოში“ <http://www.ambebi.ge/sazogadoeba/107596-ra-organoebis-gadanergva-khdeba-saqarthveloshi>,
ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ (2009) „საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია 10 წლისა“ from http://www.modernpublishing.ge/view_post.php?id=1&pub=8&year=2009
6. ჟურნალი „მკურნალი“ (2014) „ორგანოთა გადანერგვა და მასთან დაკავშირებული პრობლემები“ retrieved from <http://www.mkurnali.ge/qirurgia/2910>, accessed January 7, 2017
7. ჟურნალი „ტაბულა“ (2010) „ყველაფერი ტრანსპლანტაციის შესახებ“ <http://tbl.ge/2rf>

ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და საყოველთაო დაზღვევის პროგრამა

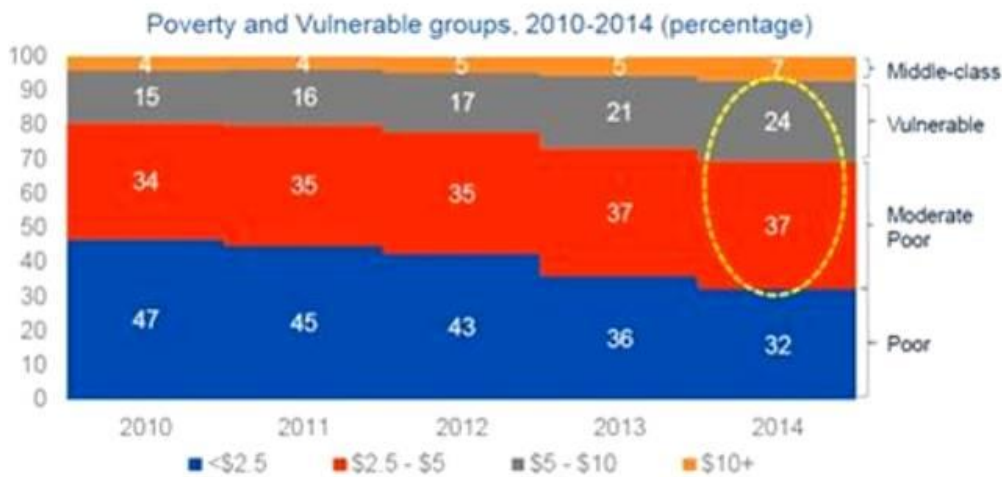
თეკლა ზუზბაია, ლევან ილარიანი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

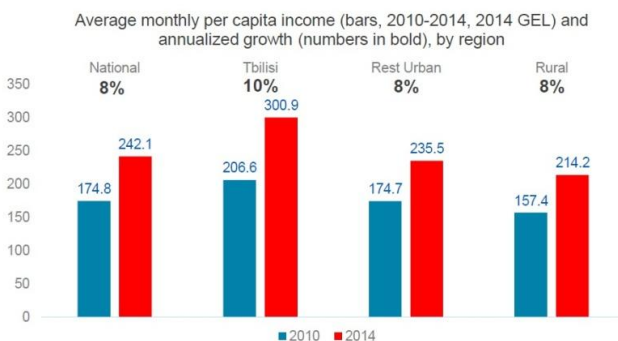
საქართველო პოსტ-საბჭოთა სივრცეში ერთ-ერთი ყველაზე უთანასწორო ქვეყანაა. მსოფლიო ბანკის 2014 წლის მონაცემების მიხედვით საქართველოში ჯინის ინდექსი 40.09 პუნქტს შეადგენს [1]. ეს უთანასწორობა კიდევ უფრო ნათელი ხდება მსოფლიო ბანკის დეტალური კვლევის საფუძველზე, სადაც გაანალიზებულია სიღარიბის ცვალებადი ბუნება საქართველოში. როგორც ნახაზ 1-ზე ვხედავთ [2.გვ.12], შიდა მუდრეობების 93% თითო ადამიანზე დღეში 10\$-ზე ნაკლებს ხარჯავს, რაც ნიშნავს რომ ეს 93% საშუალო კლასზე დაბალ ფენას წარმოადგენს და მხოლოდ 7% ხარჯავს დღეში 10\$-ზე მეტს. ნახაზ 2-ზე კი [2.გვ.14], რომელიც ამავე კვლევიდან არის ამოღებული, ვნახავთ, რომ საშუალო ეროვნული შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე 2014 წლისთვის 242.1 ლარს შეადგენს.

ნახ: სიღარიბე და უმწეო ადამიანები. 2010-2014 (%)



წყარო: მსოფლიო ბანკის ჯგუფი. 2016

Real incomes increased across rural and urban areas 2010-2014



Source: WB staff calculations based on 2010-2014 IHS.
Note: Income includes labor earnings, agricultural income, social protection, remittances, inter-household transfers and other minor sources. Numbers at the column base represent average annual growth 2010-2014.

ცხრილი 1: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული დეპარტამენტის მონაცემები საარსებო მინიმუმთან დაკავშირებით

	2016 წ. დეკემბერი
შრომისუნარიანი ასაკის მამაკაცის საარსებო მინიმუმი	161.6
საშუალო მომხმარებლის საარსებო მინიმუმი	143.1
საშუალო ოჯახის საარსებო მინიმუმი	271.0

სამომხმარებლო მინიმუმი ანგარიშდება მინიმალური სასურსათო კალათის მიხედვით, შესაბამისად არ მოიცავს ჯანდაცვაზე და სხვა სფეროებში გაწეულ ხარჯებს.

ამის ფონზე, საყოველთაო დაზღვევის პროგრამა მნიშვნელოვანი დამხმარის როლს უნდა ასრულებდეს. იმის მიუხედავად, რომ ეს პროგრამა „ქართული ოცნების“ ერთ-ერთ უდიდეს მიღწევად ითვლება, თავად ამ პროგრამის ხელმძღვანელებიც აღნიშნავენ, რომ მას უამრავი ნაკლი აქვს და განახლებას საჭიროებს, თუმცა განახლების პირობებში მხოლოდ დაფინანსების წესის შეცვლა და კერძო დაზღვევის მქონე პირების პროგრამიდან ამორიცხვა დაანონსდა, რაც წლების განმავლობაში კრიტიკის საგანს წარმოადგენდა [4].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 2013 წლის 28 თებერვლიდან. პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის

არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის [4].

კვლევის მიზანია, გამოავლინოს რეალურად რამდენად ხელმისაწვდომს ხდის საყოველთაო დაზღვევა ჯანდაცვას საქართველოში, ექმნებათ თუ არა რაიმე წინაღობები ადამიანებს ჯანდაცვის სერვისის მიღებისას და თუ ექმნებათ რა სახისაა ისინი.

მეთოდოლოგია

მეორადი მონაცემების გაანალიზებასთან ერთად, ჩვენ ჩავატარეთ 3 ფოკუს-ჯგუფი. შერჩევის პროცესში მოხდა გენერალური ერთობლიობის 3 ძირითად სტრატად: სტუდენტებად, არასტუდენტ შრომისუნარიან ადამიანებად და საპენსიო ასაკის ადამიანებად დაყოფა, შემდეგ კი ამ სტრატებში რესპონდენტების თოვლის გუნდის პრინციპით შერჩევა. სულ გამოიკითხა 24 რესპონდენტი, 8 ადამიანი ყოველი სტრატებიდან თითო ფოკუს-ჯგუფში.

შედეგები

როგორც მოსალოდნელი იყო, საყოველთაო დაზღვევასთან შეხების გამოცდილებები ამ 3 ჯგუფში სხვადასხვა იყო, ერთი მხრივ ბიოლოგიური ფაქტორებიდან გამომდინარე, მეორე მხრივ კი მათი სამომხმარებლო პაკეტები მეტ-ნაკლებად განსხვავებულია.

სტუდენტებში გამოიკვეთ ტენდენცია, რომ როგორც წესი მათი კავშირი საყოველთაო დაზღვევასთან შემოიფარგლებოდა გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით და სისხლის საერთო ანალიზის ჩაბარებით. ამ მხრივ სახელმწიფო სრულად აფინანსებს მომსახურებას, შესაბამისად რესპონდენტებს პრობლემები არ შექმნიათ. თუმცა სტუდენტების ჯგუფში აღმოჩნდა ერთი რესპონდენტი, რომელსაც ჰქონდა პრობლემატური გამოცდილება პროგრამასთან დაკავშირებით:

„საკმაოდ მძიმე პრობლემები მაქვს და მინიმუმ ყოველთვიური ვიზიტი მჭირდება გინეკოლოგთან. არა, არ ვამზობ შეღავათი არ არის მეთქი, მაგრამ იმ 30%-ის გადახდის საშუალებაც არ მაქვს ხშირად.“

თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ ამ რესპონდენტისგან განსხვავებით, რომელიც აღნიშნავს, რომ ექიმთან რეგულარულ ვიზიტს საჭიროებს, სხვა სტუდენტები აღნიშნავენ, რომ მხოლოდ მაშინ მიდიან დარგის სპეციალისტთან თუ ამის საჭიროება დადგება ავადმყოფობის სახით. ამის მიზეზად კი ყველა ფინანსურ გაჭირვებას ასახელებს:

„მე რო მძიმეა ყოველკვირეულად შევმოწმდებოდი მაგრამ სადაა მაგდენი ფული. ყოფილა შემთხვევა კვირობით მივლია ავადმყოფს და არც შემიტყვია.“

რაც შეეხება მეორე ჯგუფს, აქ ერთიანდებოდნენ არასტუდენტი შრომისუნარიანი ადამიანები, რომლებიც ან საბაზისო პაკეტით სარგებლობენ ან მინიმალურით.

ამ პაკეტებით მოსარგებლე ადამიანებს შორის გამოიკვეთა განსხვავება, რამდენადაც მინიმალური პაკეტი ძალიან მცირე სერვისებს ითვალისწინებს. ამ პაკეტით მოსარგებლების თქმით, დაზღვევის ქონას თითქმის ვერ გრძნობენ, რადგან როგორც წესი საკმაოდ დიდი ხარჯების გაღება უწევთ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. მინიმალური პაკეტით მოსარგებლეთა სერვისების სია საკმაოდ მოკლეა, თუმცა როგორც მინიმალური, ასევე საბაზისო პაკეტის მფლობელებმა განაცხადეს, რომ ყველაზე დიდ პრობლემას სტაციონარული მომსახურება წარმოადგენს, რადგან მიუხედავად იმისა, რომ ორივე პაკეტში ეს სერვისი ორივე პაკეტით ფინანსდება, 15000 ლარიანი ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე ხშირად პრობლემის წყაროა, განსაკუთრებით თუკი პაციენტის მდგომარეობა მძიმეა. რესპონდენტები აცხადებენ, რომ ჰქონიათ შემთხვევები მათს სანაცნობოში, როდესაც პაციენტის ოჯახს გარკვეული უძრავი ქონების გაყიდვა მოუწია, ანდა ბანკის ვალი აუღიათ. მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვა ამ კომპონენტში არაეფექტურად მიაჩნიათ, მთავარ პრობლემად მაინც საცადემოფოში არსებულ მომსახურების მაღალფასებს ასახელებენ.

საპენსიო ასაკის მომხმარებლის პაკეტი, საჭიროებებიდან გამომდინარე, სხვა პაკეტებთან შედარებით უფრო სრულყოფილია. შესაბამისად ამ ჯგუფის წარმომადგენლების მხრიდანაც ყველაზე ნაკლები პრობლემატური საკითხი წამოიჭრა, თუმცა წამლების პრობლემა მაინც მნიშვნელოვნად რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ 200 ლარის ფარგლებში სახელმწიფო წამლების 50%-ს აფინანსებს, რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ 200 ლარზე ბევრად მეტი უჯდებათ ყოველთვიურად წამლების შეძენა და რამდენადაც, როგორც წესი მხოლოდ საკუთარი პენსიის იმედად არიან, ხშირად მათი შვილები უფინანსებენ მკურნალობას:

„თვეში 400 ლარის წამლები მჭირდება და აბა ჩემი პენსია რას ეყოფა... ჩემი შვილი ყიდულობს ხოლმე. ეგვე მეცოდება და მრცხვენია. ძლივს წელში გაიმართა, სამსახური იშოვა და მე კიდევ კისერზე ვაზივარ.“

წამლებთან დაკავშირებული პრობლემა სხვა ფოკუს-ჯგუფებშიც ახსენეს, მაგრამ საპენსიო ასაკის რესპონდენტებისთვის ეს ცენტრალურ საკითხს წარმოადგენდა. ამ საკითხის წამოჭრა სულაც არ არის გასაკვირი, რადგან საქართველოს შიდა მეურნეობების მიერ გაწეული სამედიცინო ხარჯის 60% მედიკამენტებზე მოდის [5].

ასევე, სამივე ჯგუფმა აღნიშნა, რომ საყოველთაო დაზღვევა მათ არჩევანის საშუალებას არ აძლევს, რადგან მხოლოდ კონკრეტულ დაწესებულებებში შეგიძლია პროგრამით სარგებლობა, რესპონდენტების თქმით კი ეს დაწესებულებები ხშირად საერთოდ არ სთავაზობენ მომხმარებელს სათანადო მომსახურებას.

დისკუსია, დასკვნა

კვლევის შედეგად კიდევ ერთხელ დადასტურდა, რომ მძიმე სოციალური ფონის მიუხედავად, საყოველთაო დაზღვევა მაინც ახერხებს ეფექტური სერვისის მიწოდებას მომხმარებლისთვის, თუმცა მიუხედავად ამისა, არსებობს პრობლემები, რომლებიც ხშირად პაციენტებს კატასტროფული ხარჯების გაღებას აიძულებს.

რესპონდენტების პასუხების მიხედვით გამოიკვეთა საყოველთაო დაზღვევის სამი ძირითადი პრობლემა:

- რესპონდენტების უმრავლესობა ითხოვდა სპეციალისტთან ვიზიტისა და რიგი გამოკვლევების სრულ დაფინანსებას (ვისაც არ უფინანსდება სრულად)
- წამლების ფასები და ნაკლები ხელმისაწვდომობა, რამდენადაც უმეტეს შემთხვევაში პაციენტს მთლიანად თავად უწევს მედიკამენტების დაფინანსება, ხოლო ვისაც საყოველთაო ჯანდაცვა ითვალისწინებს, მათ ლიმიტზე ბევრად მეტის დახარჯვა უწევთ
- საყოველთაო ჯანდაცვით სარგებლობა შესაძლებელია მხოლოდ კონკრეტულ დაწესებულებებში, რომლებიც შესაძლოა ვერ სთავაზობდნენ სათანადო სერვისს მომხმარებელს. ნაკლები კონკურენცია

რეკომენდაციები

როგორც მსოფლიო ბანკის მონაცემები ამტკიცებს, ჯანდაცვაში ფულის დახარჯვაში საქართველოში, ხარჯების შემცირება გამოიწვია [6]. შესაბამისად საჭიროდ მიგვაჩნია ჩვენი რესპონდენტების მხრიდან წამოყენებული პრობლემების სრულად გათვალისწინება და

სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვაში უფრო მეტი ფულის ჩადება, რაც საქართველოს ყველა მოქალაქეს სათანადო სერვისის მიღების საშუალებას თანაბრად მისცემს.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოს მოსახლეობის 93% საშუალო ფენაზე დაბლას. ასეთი სოციალური კატასტროფის პირობებში მრავალი სერვისი, მათ შორის ჯანდაცვის, სახელმწიფოს დახმარების გარეშე არ არის ხელმისაწვდომი. საყოველთაო დაზღვევის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება ქვეყნის ყველა მოქალაქისთვის. კვლევის მიზანია, გამოავლინოს რეალურად რამდენად ხელმისაწვდომს ხდის საყოველთაო დაზღვევა ჯანდაცვას საქართველოში, ექმნებათ თუ არა რაიმე წინაღობები ადამიანებს ჯანდაცვის სერვისის მიღებისას და თუ ექმნებათ რა სახისაა ისინი. **მეთოდოლოგია:** მეორადი მონაცემების ანალიზთან ერთად ჩატარდა 3 ფოკუს-ჯგუფი სხვადასხვა პაკეტებით მოსარგებლე მომხმარებლებთან. **შედეგები:** საყოველთაო დაზღვევით გამოწვეული ზოგადი კმაყოფილების მიღმა, რესპონდენტებმა გამოყვეს 3 ძირითადი პრობლემა, რომელიც საყოველთაო დაზღვევით სარგებლობისას შექმნიათ. ესენია: გარკვეული სერვისების ნაწილობრივი დაფინანსება, მედიკამენტების სიძვირე და თითქმის სრული გაუთვალისწინებლობა საყოველთაო დაზღვევაში, პროგრამის მოქმედება მხოლოდ განსაზღვრულ დაწესებულებებში. **რეკომენდაციები:** სახელმწიფომ უნდა გაითვალისწინოს მოცემული პრობლემები და მეტი ფული დახარჯოს ამ პროგრამის სრულყოფაზე.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: საყოველთაო დაზღვევა, სიღარიბე, ჯანდაცვა.

Access to health care and health insurance program

Tekla Zukhbaia, Levan Ilariani - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology.

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Abstract

Introduction: 93% of Georgian population is below middle-class. In this state of social catastrophe government introducing social security programs is crucial for entity of society. Universal insurance program aims to guarantee health services to every citizen of Georgia. This research aims to elucidate how accessible really is the program and if there are any hardships for the consumers. **Methodology:** We've used secondary data analysis for some part of our research, but generally this research is based on 3 focus groups, held out between beneficiaries using 3 different types of packages of the project. **Results:** Universal insurance program is generally effective, but there are 3 problems, which respondents had pointed out: partial financing of certain services, meds not being financed enough, program working only in certain hospitals/clinics. **Recommendations:** Government must correct the errors pointed out by respondents by putting more money into healthcare.

ბიბლიოგრაფია:

1. <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=GE> (17.01.2017)
2. World Bank. GEORGIA: RECENT TRENDS AND DRIVERS OF POVERTY REDUCTION (FY16 GEORGIA POVERTY ASSESSMENT) POVERTY AND EQUITY GLOBAL PRACTICE. 2016
3. საქსტატის ვებ-გვერდზე არ დევს, მაგრამ გამოწერის ან გამოთხოვნის შემთხვევაში ხელმისაწვდომია ექსელის დოკუმენტის სახით.
4. http://ssa.gov.ge/?lang_id=GEO&sec_id=889 (17.01.2017)
5. <http://liberali.ge/articles/view/3266/tsamlis--tvirti> (17.01.2017)
6. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?end=2014&locations=GE-XC&start=2014&view=bar> (17.07.2017)

ჯანმრთელი ქცევა სტუდენტებში

ია ლაცაბიძე, სოფო სხირტლაძე, ლელა ფარჯიანი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები.

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

ჯანმრთელი ქცევა გულისხმობს პრევენციას, დაავადებათა ადრე გამოვლენას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებების როგორც ინდივიდუალურ, ასევე, სოციალურ ძალისხმევას [1]. პრევენციული ჯანმრთელობის ქცევის მიზანია დაავადების რისკის მინიმუმაცია და გულისხმობს რეგულარულ ფიზიკურ აქტივობას, სხეულის სასურველი წონის შენარჩუნებას, ჯანსაღ კვებას, თამბაქოს არ მოხმარებას, იმუნოზაციას [2]. დაავადებათა ადრეული გამოვლენა მოიცავს სამედიცინო გასინჯვებს (მაგალითად, არტერიული წნევის გაზომვას), კონკრეტული დაავადებების სკრინინგს. დაავადების დროული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, შესაძლებელია ფატალური შედეგების თავიდან აცილება. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებები მოიცავს ძალისხმევას, ხელი შეუწყოს, დაარწმუნოს ადამიანები ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ქცევის დამკვიდრებაში, თავიდან აიცილონ ჯანმრთელობის საზიანო ქცევები [1]. პრევენციული ჯანმრთელობის ღონისძიებები გულისხმობს როგორც სოციალურ, ასევე ინდივიდუალურ ძალისხმევას, რომ გარემო რომელშიც ადამიანი ცხოვრობს იყოს ჯანმრთელი და მოიცავს ფიზიკური და სოციალური გარემოს მონიტორინგს, ინფრასტრუქტურას; ტრანსპორტირების სისტემებს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობი სოციალური და ეკონომიკური პოლიტიკის განვითარებას [1].

კვლევები ადასტურებენ, რომ საქართველოში ნაკლებად მისდევენ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას. კვლევების მონაცემებით, საქართველოში თამბაქოს მომხმარებელთა წილი მთლიანი მოსახლეობის 30.3%-ს შეადგენს [3], დაბალია ფიზიკური აქტივობა [4], მისდევენ არაჯანსაღ კვებას (შაქრის, მარილის, და ცხიმების მაღალი შემცველობა, ხილის და ბოსტნეულის ნაკლებობა). აღნიშნული ფაქტორები დაავადებათა განვითარების, სიკვდილიანობის ერთ-ერთი ხელშეწყობი მიზეზებია.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, ახალგაზრდებში პრევენციული ჯანმრთელობის ქცევისა და რწმენის განვითარებაში გამოყოფენ 2 ალტერნატიულ მოდელს. „ოჯახის მტკიცე სოციალიზაციის“ მოდელის თანახმად, პრევენციული ჯანმრთელობის რწმენა და ქცევა ისწავლება ბავშვობის პერიოდში ოჯახის წევრებისგან და რჩება საკმაოდ სტაბილური მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ეს მოდელი მშობლებს იმიტომ ანიჭებს უპირატესობას, რომ მათი კონტაქტი ბევრად უფრო ადრე იწყება და ბევრად უფრო მდგრადი და მტკიცეა, სოციალიზაციის სხვა აგენტებთან შედარებით [5, გვ. 242]. „მუდმივი ღიაობის“ (lifelong openness) მოდელის მიხედვით, ადამიანი ყოველთვის ღიაა სოციალიზაციის ნებისმიერი აგენტების გავლენისადმი და შესაბამისად, მშობლებს არ ენიჭებათ უპირატესი მნიშვნელობა. მართალია, ბავშვობაში მშობლებს მართლაც აქვთ უპირატესი გავლენა, მაგრამ ეს გავლენა არ ვრცელდება მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ამიტომ, მოცემული მოდელი დიდ უპირატესობას ანიჭებს თანატოლებს, როგორც სოციალიზაციის უმნიშვნელოვანეს აგენტებს [5, გვ.242].

ამგვარად, ჯანმრთელი ქცევა ყველა ადამიანის ცხოვრების განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს. საზოგადოებაში კი არსებობს სტერეოტიპული შეხედულება, რომ სამკურნალო და პრევენციულ სერვისებს ძირითადად ასაკოვანი ადამიანები საჭიროებენ, რაც რა თქმა უნდა, მცდარი შეხედულებაა. ამ მხრივ, საინტერესოა, ახალგაზრდების დამოკიდებულება პრევენციული ჯანმრთელობის ღონისძიებების მიმართ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანია ჯანმრთელი ქცევის შესწავლა სტუდენტებში.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა რესპოდენტების გამოკითხვა თვითადმინისტრირებადი კითხვარების მეშვეობით. კვლევის გენერალური ერთობლიობა იყო

საქართველოს აკრედიტებული უნივერსიტეტების სტუდენტები. იმის გამო, რომ სტუდენტების ბაზა ჩვენთვის არ იყო ხელმისაწვდომი, შერჩევის მეთოდად გამოვიყენეთ არაალბათური შერჩევის ტიპი, სტიქიური შერჩევა. სავლელ სამუშაოების დასრულების შემდეგ მონაცემები შევიყვანეთ და დავამუშავეთ SPSS პროგრამაში.

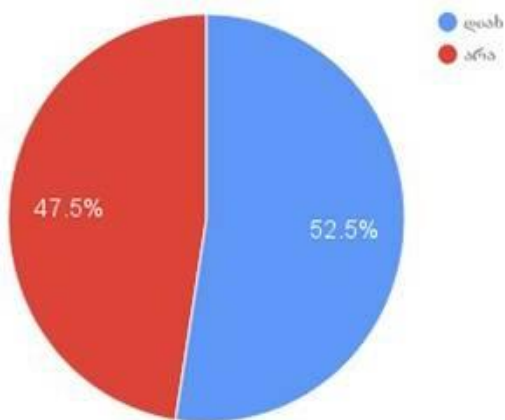
შედეგები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 61-მა სტუდენტმა, რომელთაგან 47.5% არის მამრობითი სქესის წარმომადგენელი, ხოლო 52.5% მდედრობითი სქესის წარმომადგენელი.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, ჩვენთვის პირველ რიგში საინტერესო იყო იცოდნენ თუ არა სტუდენტებმა პრევენციული ჯანმრთელობის მნიშვნელობა. გამოკითხულთა თითქმის ნახევარმა, 47.5%-მა არ იცის რას გულისხმობს პრევენციული ჯანმრთელობა (ნახ. 1).

ნახ. 1:

იცით თუ რა, რას ნიშნავს პრევენციული ჯანმრთელობა

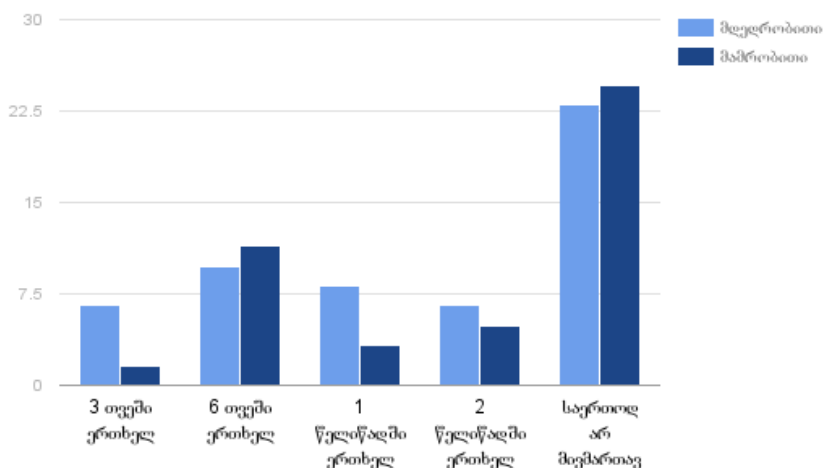


ასევე, საინტერესოა, ჯანმრთელობის პრევენციის მიზნით რა სიხშირით მიმართავენ სტუდენტები ექიმებს. იმ სტუდენტებისთვის, რომლებმაც არ იცოდნენ პრევენციული ჯანმრთელობის მნიშვნელობა, კითხვარში მოცემული იყო მისი განმარტება.

გამოკითხულთა 47.5% საერთოდ არ მიმართავს ექიმს პრევენციის მიზნით. სქესის მიხედვით პასუხების გადანაწილება შემდეგნაირია: 3 თვეში ერთხელ - მდედრობითის 6.6%, მამრობითის 1.6%; 6 თვეში ერთხელ - მდედრობითის 9.8%, მამრობითის 11.5%; 1 წელიწადში ერთხელ - მდედრობითის 8.2%, მამრობითის 3.3%; 2 წელიწადში ერთხელ - მდედრობითის 6.6%, მამრობითის 4.9%; საერთოდ არ მივმართავ - მდედრობითის 23%, მამრობითის 24.6%.

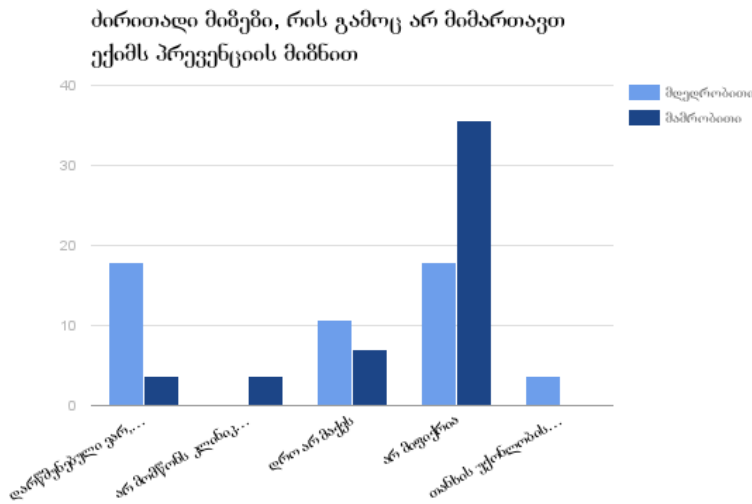
ნახატი 2:

ჯანმრთელობის პრევენციის მიზნით, რა სიხშირით მიმართავენ ექიმს?



შეკითხვაზე, “რა არის მთავარი მიზეზი, რის გამოც არ მიმართავთ ექიმს ჯანმრთელობის პრევენციის მიზნით?” პასუხები სქესის მიხედვით გადანაწილდა შემდეგნაირად: დარწმუნებული ვარ, რომ ჯანმრთელი ვარ - მდედრობითის 17.9%, მამრობითის 3.6%; არ მომწონს კლინიკა, სადაც ვარ დაზღვეული - მდედრობითის 0%, მამრობითის 3.6%; დრო არ მაქვს - მდედრობითის 10.7%, მამრობითის 7.1%; არ მიფიქრია - მდედრობითის 17.9%, მამრობითის 35.7%; თანხის უქონლობის გამო - მდედრობითის 3.6%, მამრობითის 0%.

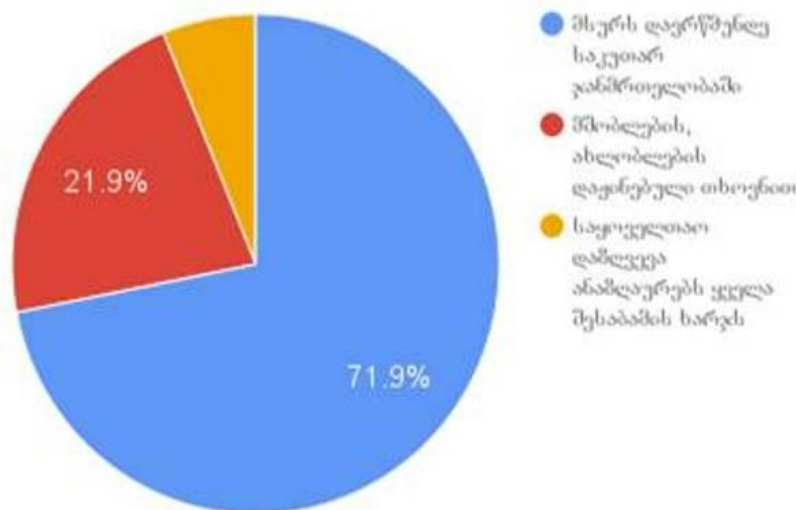
ნახ: 3:



მთავარი მიზეზები, რის გამოც სტუდენტები მიმართავენ ექიმს ჯანმრთელობის პრევენციის მიზნით არის ის, რომ სურთ დარწმუნებული იყვნენ თავიანთ ჯანმრთელობაში (71,9%), ასევე, მშობლების ან ახლობლების დაჟინებული თხოვნით (21.9%) და საყოველთაო დაზვევის გამო, რომელიც ფარავს შესაბამის ხარჯებს (6,2%).

ნახატი: 4

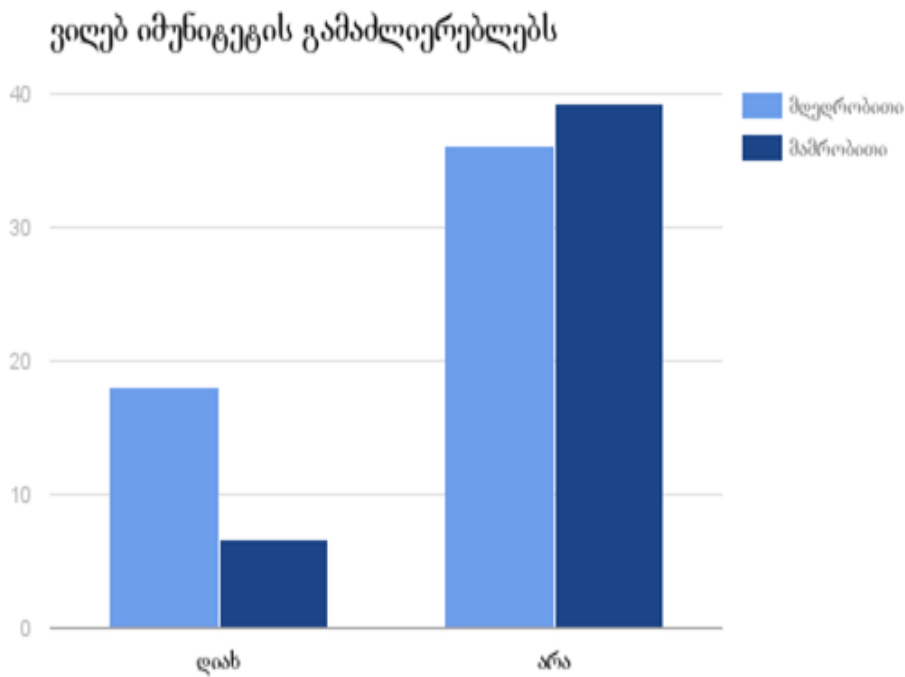
რა მიზეზით მიმართავთ ექიმს პრევენციის მიზნით?



შემდეგ კითხვაში რესპონდენტებს უნდა შეეფასებინათ საკუთარი ჯანმრთელობა. კითხვაზე „რამდენად ჯანმრთელ ადამიანად მიიჩნევთ თავს“, პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: „სრულიად ჯანმრთელად“ - 11.5%, „ჯანმრთელად“ - 26.2%, „მეტ-ნაკლებად ჯანმრთელად“ - 18%, „არაჯანმრთელად“ 34.4% და სრულიად არაჯანმრთელად 9.8% მიიჩნევს თავს.

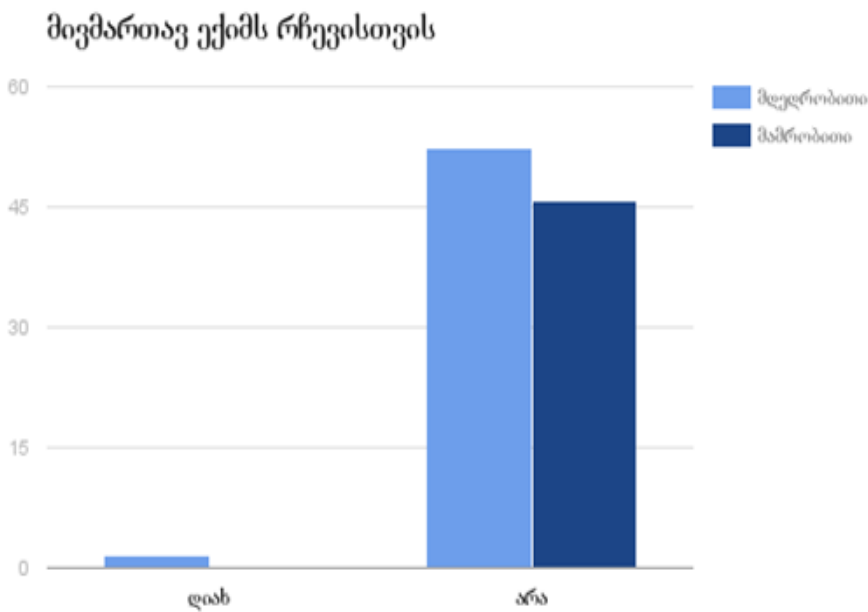
საინტერესოა, ვირუსული ეპიდემიის არსებობისას პრევენციის მიზნით რესპონდენტები რა მეთოდებს მიმართავენ: ვიღებ იმუნიტეტის გამაძლიერებელ საშუალებებს: დიახ - მდედრობითს 18%, მამრობითის 6.6%; არა - მდედრობითის 36.1%, მამრობითის 39.3% :

ნახატი 5:



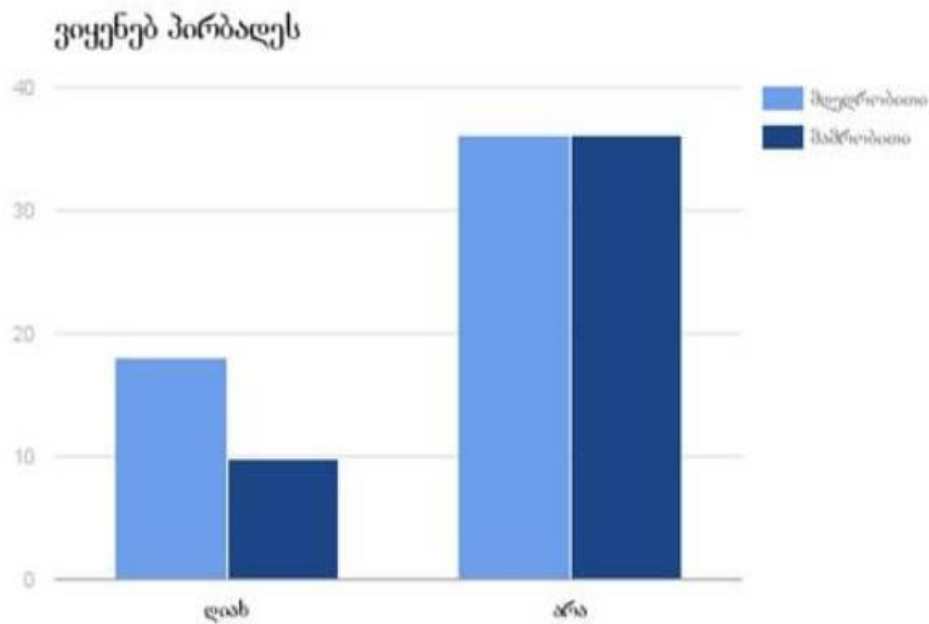
მივმართავ ექიმს რჩევისთვის: დიახ - მდედრობითის 0%, მამრობითის 3.3%; არა - მდედრობითის 54.1%, მამრობითის 42.6%.

ნახატი 6:



ვიყენებ პირბადეს: დიახ - მდედრობითის 18%, მამრობითის 6.6%; არა - 36.1%, მამრობითის 39.3%.

ნახატი 7:

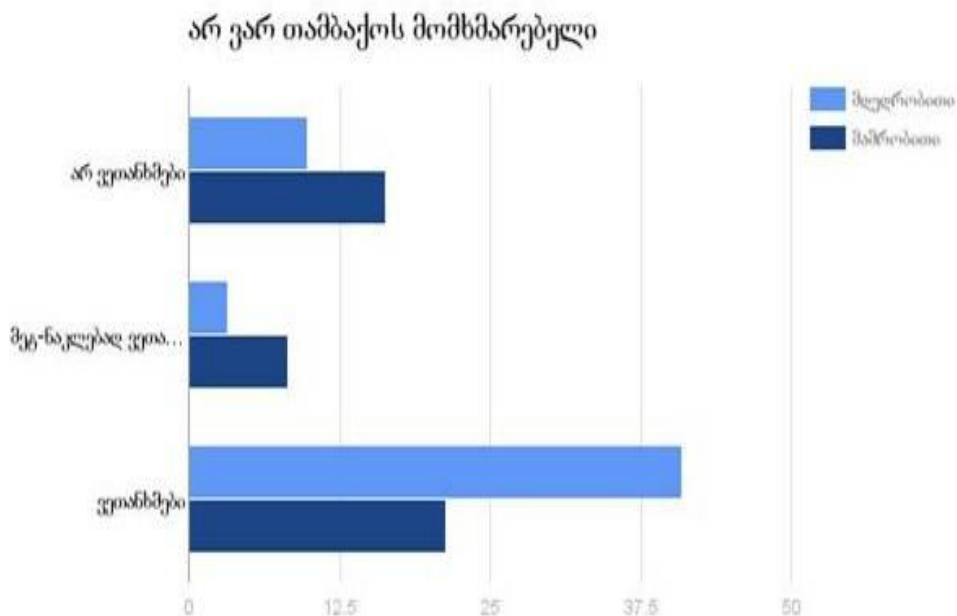


როგორც შედეგებიდან ჩანს, როგორც მდედრობითი სქესის, ისე მამრობითი სქესის რესპონდენტთა უმეტესობა არ მიმართავს არანაირ ზომას ვირუსების ეპიდემიისას.

კვლევის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენდა იმის გარკვევა, თუ რამდენად ცდილობენ სტუდენტები ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვას. კვლევის ამოცანებიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანი იყო გაგვევო ამ მხრივ სქესობრივი განსხვავებების არსებობა.

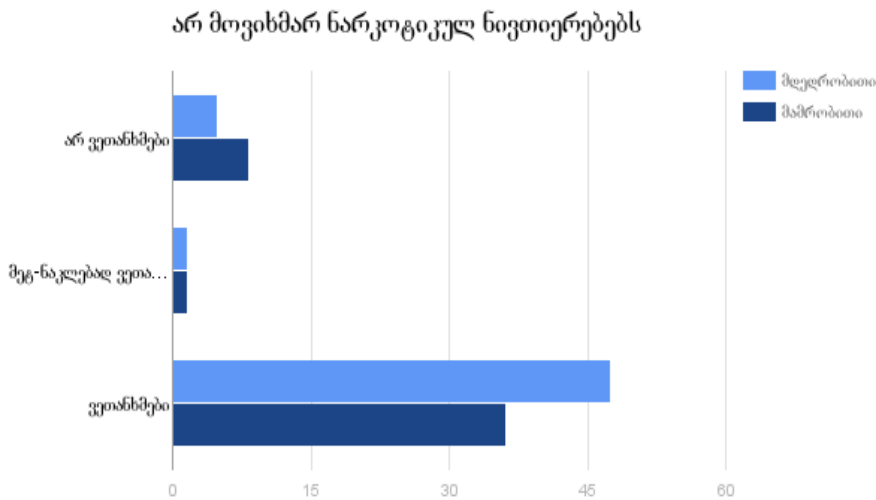
არ ვარ თამბაქოს მომხმარებელი: არ ვეთანხმები - მდედრობითის 9.8%, მამრობითის 16.4%; მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები - მდედრობითის 3.3%, მამრობითის 8.2%; ვეთანხმები - მდედრობითის 41%, მამრობითის 21.3%.

ნახატი 8:



არ მოვიხმარ ნარკოტიკულ საშუალებებს: არ ვეთანხმები - მდედრობითის 4.9%, მამრობითის 8.2%; მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები - მდედრობითის 1.6%, მამრობითის 1.6%; ვეთანხმები - მდედრობითის 47.5%, მამრობითის 36.1%.

ნახატი 9:

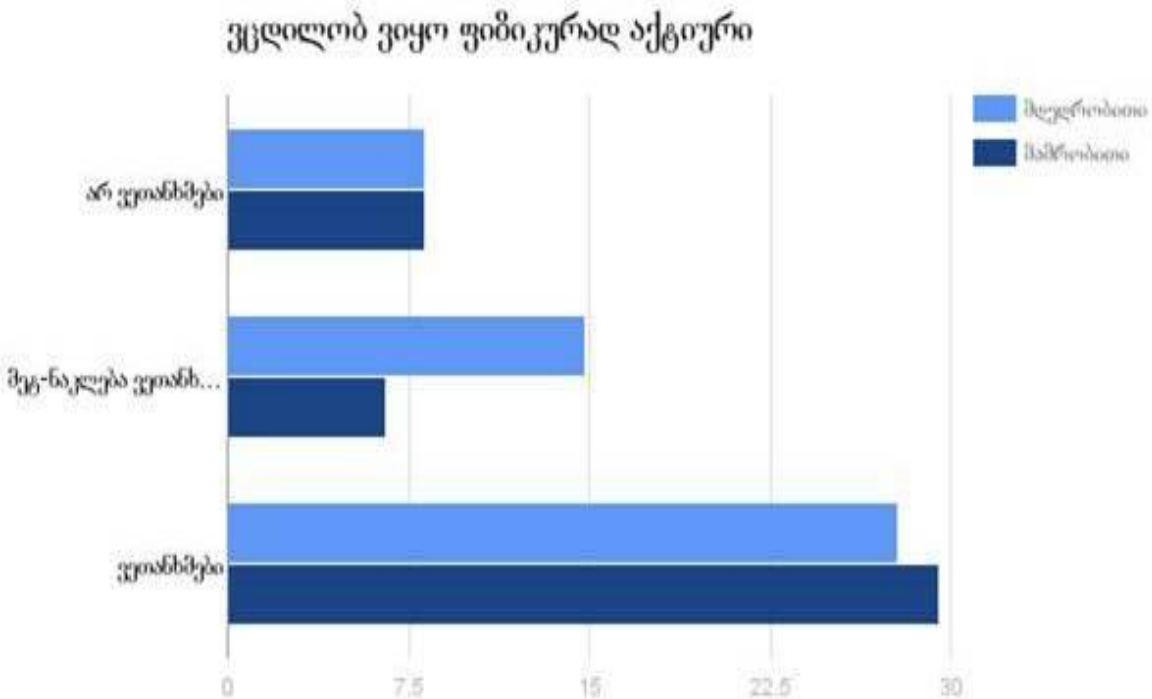


როგორც დიაგრამებიდან ჩანს, გენდერული განსხვავება შეინიშნება თამბაქოსა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებაზე. ამ შემთხვევაში უფრო მეტი მამრობითი სქესის წარმომადგენელი მოიხმარს მათ, ვიდრე მდედრობითს.

შემდეგი დებულებები ეხებოდა ფიზიკურ აქტივობასა და ჯანსაღ კვებას. მათი პროცენტული მაჩვენებელი სქესის მიხედვით, შემდეგნაირია:

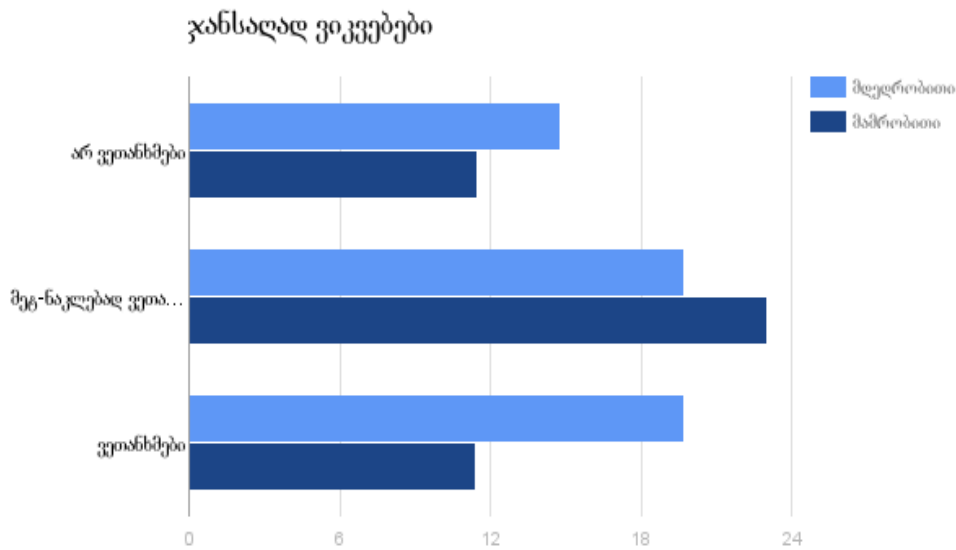
ვცდილობ ვიყო ფიზიკურად აქტიური: არ ვეთანხმები - მდედრობითი 8.2%, მამრობითი 8.2%; მეტნაკლებად ვეთანხმები - მდედრობითი 14.8%, მამრობითის 6.6%; ვეთანხმები მდედრობითის 27.8%, მამრობითის 29.5%.

ნახატი 10:



ჯანსაღად ვიკვებები: არ ვეთანხმები - მდედრობითის 14.8%, მამრობითის 11.5%; მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები - მდედრობითის 19.7%, მამრობითის 23%, ვეთანხმები - მდედრობითის 19.7%, მამრობითის 11.4%

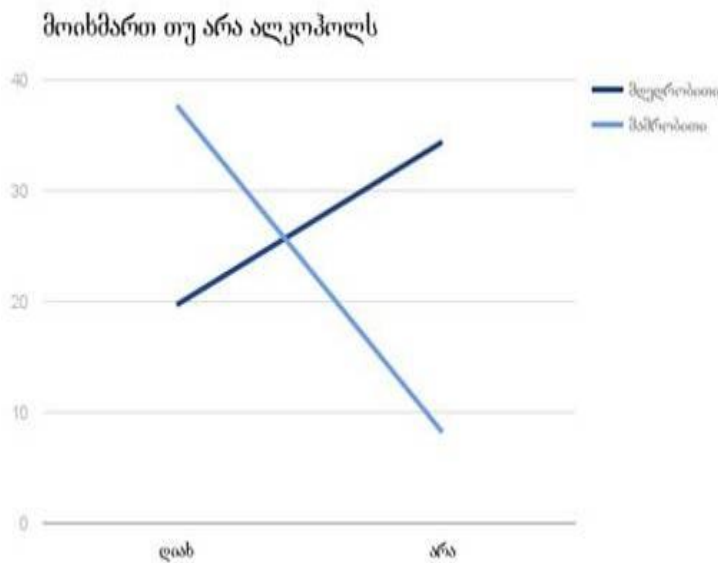
ნახატი 11:



როგორც დიაგრამებიდან ჩანს, ორივე სქესის წარმომადგენლები ცდილობენ მისდიონ ჯანსაღი ცხოვრების წესს.

რესპონდენტთა 57.4% ალკოჰოლის მოხმარებელია. უმეტესად კაცები მოიხმარენ ალკოჰოლს (38%), ვიდრე ქალები (20%):

ნახატი 12:



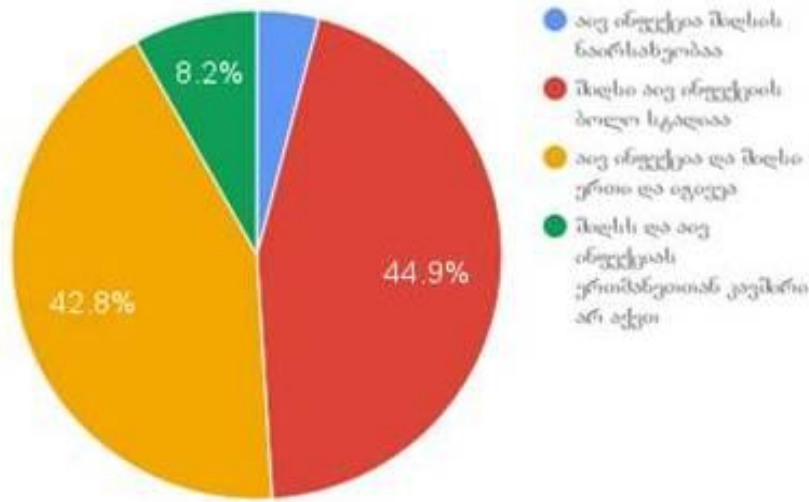
ამათგან გამოკითხულთა 37.1%-ის მიერ ალკოჰოლის მოხმარება წელიწადში რამდენჯერმე თრობით მთავრდება. ხოლო 22.9% თვეში რამდენჯერმე თვრება ალკოჰოლის მოხმარების შედეგად.

კვლევის ფარგლებში გვანტერესებდა, რამდენად ინფორმირებულები იყვნენ სტუდენტები საქართველოს მოქმედი სკრინინგ პროგრამების შესახებ. გაირკვა, რომ 65.6%-ს სმენია სკრინინგ პროგრამების შესახებ საქართველოში, თუმცა, თითქმის სრულ უმრავლესობას (95%) არ მიუმართავს სკრინინგისთვის.

შემდეგი კითხვა ეხებოდა რესპოდენტთა ინფორმირებულობა აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ.

ნახატი 13:

რომელია სწორი?

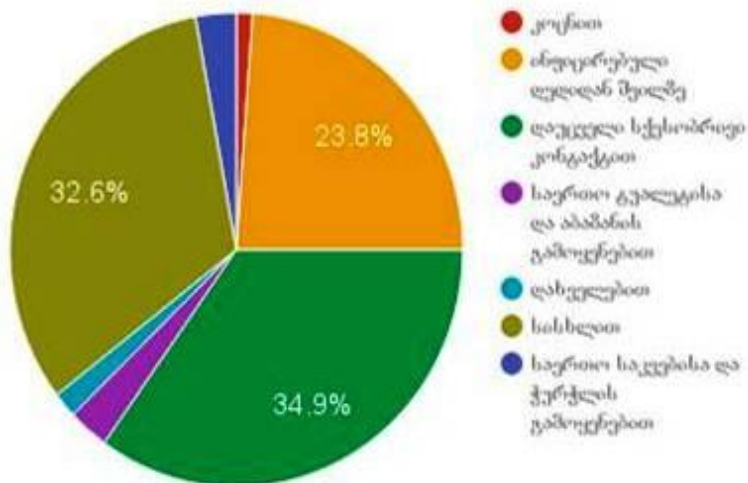


როგორც შედეგებიდან ჩანს, რესპონდენტების ნაწილმა არ იცის აივ ინფექციის და შიდსის მნიშვნელობა. კერძოდ, რესპოდენტთა 42.8% მიიჩნევს, რომ აივ ინფექცია და შიდსი ერთი და იგივე დაავადებაა. ხოლო 8.2%-ის აზრით, აივ ინფექციას და შიდსს ერთმანეთთან კავშირი არ აქვთ.

გარდა ამისა, სტუდენტებმა პასუხი გასცეს კითხვას თუ რა გზებით გადადის აივ ინფექცია, მათ უმრავლესობას აქვთ ინფორმაცია გადამდები გზების შესახებ:

ნახატი 14:

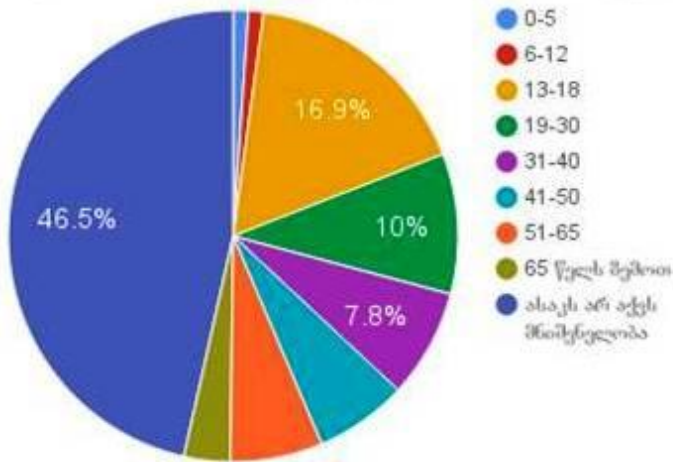
შიდსი გადადის



ბოლო შეკითხვა ეხებოდა ასაკის მნიშვნელობას ჯანმრთელი ქცევის კონტექსტში. კითხვაზე, თუ რომელ ასაკობრივ პერიოდში საჭიროებს ადამიანი პრევენციული ჯანმრთელობის ღონისძიებებს, რესპოდენტთა 46.5% მიიჩნევს, რომ ასაკს არ აქვს მნიშვნელობა.

ნახატი 15:

რომელ ასაკობრივ პერიოდში საჭიროებს ადამიანი პრევენციული ჯანმრთელობის ქცევას?



დისკუსია, ინტერპრეტაცია

როგორც შედეგებიდან ჩანს, რესპონდენტთა ნახევარმა არ იცის ის, თუ რას ნიშნავს პრევენციული ჯანმრთელობა. აღნიშნული შეიძლება დაკავშირებული იყოს იმასთან, რომ დაბალია მოსახლეობის განათლება პრევენციული ჯანმრთელობის შესახებ. ასევე, დაბალია სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობა, რაც ხელს უშლის პრევენციის მიზნით ექიმთან მიმართვიანობას.

ხაზგასასმელია თავად ფაქტი, რომ სტუდენტების უმრავლესობა პრევენციის მიზნით საერთოდ არ მიმართავს ექიმს. ამ შემთხვევაში, ზემოაღნიშნულ ფაქტორებთან ერთად გასათვალისწინებელია, რომ ახალგაზრდებში შედარებით ნაკლებია ავადობა ვიდრე ასაკოვნებში. შესაბამისად, რადგან სამედიცინო მომსახურების საჭიროება ნაკლებია, სტუდენტებმა შეიძლება არც ჩათვალონ საჭიროდ ამ ეტაპზე რაიმე სახის გამოკვლევის ჩატარება პრევენციის მიზნით.

კვლევის შედეგებით გამოვლინდა, რომ სტუდენტების უმრავლესობას საერთოდ არ უფიქრია პრევენციის მიზნით მიემართა ექიმისათვის. გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, ამის მიზეზი შეიძლება იყოს დამკვიდრებული ქცევის ტრადიცია. კერძოდ, ადამიანი ადრეული ასაკიდან სხვა ადამიანებზე დაკვირვებით ან მექანიკურად ითვისებს ქცევებს, იღებს ინფორმაციას. შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანის ქცევის უდიდესი ნაწილი დასწავლილია იმ ადამიანებისაგან, რომლებთანაც აქვს ურთიერთობა. იმის გათვალისწინებით, რომ ახლანდელი სტუდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა დაბადებულია 90-იან წლებში, რომელიც გამოირჩევა უკიდურესად მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით, მათ არც ოჯახის წევრებისგან და არც იმ უახლოესი სოციალური წრიდან, რომელშიც უწევთ დროის დიდი ნაწილის გატარება, არ უნახავთ იმგვარი ქცევა, რომ სრულიად ჯანმრთელი ადამიანი პრევენციის მიზნით აკითხავდეს ექიმს და იტარებდეს გამოკვლევებს წელიწადში ორჯერ მაინც. ცხადია, ასეთ სიტუაციაში რთულია ადამიანი ფიქრობდეს ჯანმრთელობის პრევენციაზე და ასევე, რთულია მოკლე ხანში ქცევის ამგვარი კულტურის დამკვირდება. ამ მხრივ, ჩვენი კვლევის შედეგები ეხმიანება ლიტერატურულ მიმოხილვაში განხილულ კვლევას, რომლის თანახმად ადამიანის ჯანმრთელობის პრევენციასთან დაკავშირებული ქცევების (ჯანსაღი კვება, ფიზიკური დატვირთვა და ა.შ.) ჩამოყალიბებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ოჯახი [5].

კვლევით გამოვლინდა, რომ სტუდენტების მიერ პრევენციის მიზნით ექიმთან მიმართვიანობის მთავარი მიზეზია საკუთარ ჯანმრთელობაში დარწმუნება, ოჯახის წევრებისა და ახლობლების დაქინებული თხოვნა ან ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულობის შედეგად შესაბამისი ხარჯების ანაზღაურება.

პრევენციული ჯანმრთელობის რწმენა ნათლად აისახება ვირუსების ეპიდემიების არსებობის დროს. ამ შემთხვევებში ინფექციის გავრცელების წყაროს წარმოადგენს დაავადებული ადამიანი, რომელიც ვირუსს ჰაერწვეთოვანი გზით ავრცელებს ცემინებისას, ხველებისას. ამ

დროს მნიშვნელოვანია საზოგადოებაში არსებობდეს პირბადის ტარების კულტურა. ჩვენი კვლევა საპირისპიროს აჩვენებს, გამოკითხულთა ძალიან მცირე ნაწილი (ორივე სქესის წარმომადგენელი) ატარებს პირბადეს ვირუსული ეპიდემიის არსებობის დროს. გარდა ამისა, მცირეა ვირუსული ეპიდემიის დროს ექიმთან კონსულტაციის მიზნით მიმართვიანობა და შესაბამისად, სათანადო მკურნალობის მიღება.

ჯანმრთელი ქცევის მაჩვენებელია ჯანსაღი ცხოვრების წესი, კერძოდ, ფიზიკური აქტივობა, სწორი კვება, ალკოჰოლოსა და თამბაქროს მოხმარებისგან თავის შეკავება. ფიზიკურ აქტივობასა და სწორ კვებასთან მიმართებით მამაკაცებისა და ქალების დამოკიდებულება თითქმის მსგავსია. თუმცა, გენდერული განსხვავება შეინიშნება თამბაქოს, ნარკოტიკული საშუალებებისა და ალკოჰოლის მოხმარებაზე. კერძოდ, მამაკაცთა შორის უფრო მეტია მისი მოხმარება, ვიდრე ქალებში. ამაზე გარკვეულ გავლენას ახდენს საზოგადოებაში გავრცელებული კულტურა, რომელშიც ქალისა და მამაკაცის მიმართ განსხვავებული მიდგომებია თამბაქოს, ნარკოტიკული საშუალებებისა და ალკოჰოლის მოხმარებაზე. გასაკვირი არცაა ის ფაქტი, რომ ქალები იქცევიან საზოგადოების მოსაწონად და ცდილობენ არ მიეკვროთ დევიანტის იარლიყი. ცნობილი ინგლისელი სოციოლოგი ენტონი გიდენსი საუბრობდა საზოგადოებაში არსებულ ამ ორმაგ სტანდარტებზე: ის, რაც დასაშვებია კაცისთვის, დაუშვებელია ქალისთვის [5]. ქცევის ნიმუშების გენდერული თვალსაზრისით დანაწევრება ქართული ემპირიული რეალობისთვის საკმაოდ ნაცნობია, აღნიშნული კი ჯანმრთელი ქცევის შემთხვევაშიც გამოიხატება.

გამოკითხულთა უმრავლესობის სკრინინგ პროგრამებში ჩაურთველობა აგრეთვე მიუთითებს სტუდენტების პერსონალური პასუხისმგებლობის დაბალ დონეზე. აღნიშნულზე გავლენას ახდენს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის ნაკლები განვითარება. პირველადი ჯანდაცვა “ არის პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, ექიმთან, ერთგვარი „მეკარიბჭე“ ჯანდაცვის სისტემაში [6]. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების ადრეული სტადიების გამოვლინებას, მის პირველად შეფასებას, რაც ხელს უწყობს დაავადებათა განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრას [6].

პრევენციული ჯანმრთელობის მიმართ სტუდენტების დაბალ განათლებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ უმეტესმა ნაწილმა არ იცის აივ ინფექციის მნიშვნელობა, შიდა და აივ ინფექციას შორის განსხვავება. თუმცა, სტუდენტების უმრავლესობამ სწორად მიუთითა შიდასის გადაცემის გზები. როგორც ჩანს, გასულ წლებში მიუთითა შიდასის გადაცემის გზებზე ჩატარებულმა საინფორმაციო კამპანიებმა, რომელთა მიზანიც იყო საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება, გაამართლეს, რაც შედეგებიდანაც კარგად ჩანს. ამას ერთვის ისიც, რომ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში იღებენ ბაზისურ ცოდნას ძირითადი დაავადებებისა და მათი გავრცელების გზების შესახებ. კვლევა ადასტურებს, რომ გავრცელებული შეხედულებები იმის შესახებ, რომ მხოლოდ ბავშვები, მოხუცები საჭიროებენ პრევენციული ჯანმრთელობის ქცევას ნელ-ნელა იმსხვრევა. რესპონდენტები თითქმის ნახევარმა აღნიშნა, რომ ადამიანი ნებისმიერ ასაკში საჭიროებს პრევენციული ჯანმრთელობის ქცევას.

დასკვნა, რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების მიხედვით, შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელი ქცევა სტუდენტებში არც თუ ისე მყარია. რესპონდენტთა უმრავლესობა არ მიმართავს ექიმს პრევენციის მიზნით. აღნიშნულს ხელს უწყობს ბევრი ფაქტორი: ახალგაზრდებში ავადობის დაბლი რისკფაქტორი, ქვეყნის დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონე, პირველადი ჯანდაცვის ნაკლებად განვითარება. ჯანდაცვის სოციოლოგების მიხედვით, ჯანმრთელი ქცევაზე ასევე გავლენას ახდენს ოჯახი, სანათესაო, სამეგობრო წრე. საზოგადოების ნაკლები ინტერესი პრევენციული ჯანმრთელობის მიმართ გავლენას ახდენს ახალგაზრდების მოტივაციაზე მიმართონ პრევენციულ ღონისძიებებს. სტუდენტები ინფორმირებულები არიან აივ ინფექციის გადამდები გზების შესახებ, რაც თავისთავად განაპირობებს პრევენციულ ქცევას, თუმცა, მათი ამ მხრივ განათლება მაინც არასაკმარისია. სტუდენტების ინფორმირებულობა დაბალია ქვეყანაში მოქმედი სკრინინგ პროგრამების მიმართ, შესაბამისად, ნაკლებად მიმართავენ.

მიზანშეწონილია ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სრულყოფილი განვითარების ხელშეწყობა, ასევე, ახალგაზრდების ინფორმირებულობის დონის ამაღლება პრევენციული ჯანმრთელობის შესახებ. იგი ხელს შეუწყობს პრევენციული ჯანმრთელობის კულტურის დამკვიდრებას

ახალგაზრდებში. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება არასამთავრობო ორგანიზაციებს, მედიას, სახელმწიფოს, რათა მოხდეს ჯანსაღი ცხოვრების პროპაგანდა, ხელშეწყობა. გარდა ამისა, მიზანშეწონილია, ამ თემაზე ჩატარდეს სიღრმისეული კვლევა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს უფრო დეტალურად განვსაზღვროთ პრობლემის გამომწვევი მიზეზები და შევიძინოთ მისი აღმოფხვრის სრულყოფილი სამოქმედო გეგმა.

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანმრთელი ქცევის ერთ-ერთი ინდიკატორია პრევენციული ღონისძიებებისაკენ ადამიანის სწრაფვა. საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპული შეხედულების მიხედვით, პრევენციულ ჯანმრთელობას ძირითადად ასაკოვანი ადამიანები საჭიროებენ. ამ მხრივ, საინტერესოა, ახალგაზრდების დამოკიდებულება მის მიმართ. კვლევის მიზანია ჯანმრთელი ქცევის შესწავლა სტუდენტებში. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა რესპოდენტების გამოკითხვა თვითადმინისტრირებადი კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** ჯანმრთელი ქცევა სტუდენტებში არც თუ ისე მყარია. რესპოდენტთა უმრავლესობა არ მიმართავს ექიმს პრევენციის მიზნით. **დისკუსია:** პრევენციული ჯანმრთელობის მიმართ სტუდენტთა დაბალი მოტივაცია განპირობებულია შემდეგი ფაქტორით: ახალგაზრდებში ავადობის დაბალი რისკფაქტორი, ქვეყნის დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონე, პირველადი ჯანდაცვის ნაკლებად განვითარება, საზოგადოების ნაკლები ინტერესი პრევენციული ჯანმრთელობის მიმართ. სტუდენტების ინფორმირებულობა დაბალია ქვეყანაში მოქმედი სკრინინგ პროგრამების მიმართ. **რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სრულყოფილი განვითარების ხელშეწყობა, ახალგაზრდების ინფორმირებულობის დონის ამაღლება პრევენციული ჯანმრთელობის შესახებ.

Healthy behavior in students

Ia Latsabidze, Sofo Skhirtladze, Lela Parjiani - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology.

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Resume

Introduction: Healthy behavior indicator is humans strive for preventative activities. According to stereotypes, only old people need preventative health. It is really considerable young people's opinions in terms of this issue. Research aim is to investigate healthy behavior of students. **Methodology:** Quantitative survey was conducted in order to make inquire with questionnaire among students. **Results:** Healthy behavior is less characteristic for students. The majority of respondents do not visit doctors to prevent risks. **Discussion:** Low motivation of preventative health is caused by following factors: low risk factor of disease among young people, low socioeconomic level of country, slight development of primary health care, less interest of society towards preventative health, less information about current screening programs. **Recommendation:** It is important to improve supporting of primary health care. In addition the education about this issue should be increased among young people.

ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თენგიზ (2016). ჯანდაცვის სოციოლოგია. სალექციო კურსის მასალები
2. ვერულავა, თენგიზ (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
3. ჯანმრთელობის დაცვა 2010. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
4. არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი 2011. http://www.who.int/chp/steps/2012_GeorgiaSTEPS_Report.pdf
5. Lau, Richard R. Quadrel, Marilyn Jacobs. Hartman, Karen A. Development and Change of Young Adults' Preventive Health Beliefs and Behavior: Influence from Parents and Peers. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association. 1990.
6. ვერულავა, თენგიზ. 2015. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი.

ჯანსაღი კვება და სტუდენტები

ირმა თავართქილაძე, ლიკა დიდუბაშვილი, ანა შალამბერიძე, ნათია გობეჯიშვილი, ანა გორთამაშვილი, ნია ხუროშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი.

შესავალი

ჯანსაღი კვება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია თითოეული ადამიანის ჯანრთელობისათვის, ზრდისა და განვითარებისთვის. თუმცა დღეისთვის ცოტა თუ ითვალისწინებს ამას, რასაც შეიძლება ძალიან ცუდი შედეგებიც მოჰყვეს, რადგან არაჯანსაღმა კვებამ შეიძლება ცუდი გავლენა იქონიოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და ბევრი სხვადასხვა დაავადების განვითარებას შეუწყოს ხელი. ჯანსაღი კვება გულისხმობს ისეთი ელემენტების დაბალანსებულ მიღებას, როგორცაა ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინერალური ნივთიერებები.

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 ჯანმთელობის პრობლემების წინაშე დააყენოს ადამიანი. საინტერესოა, თუ რა მდგომარეობაა ამ მხრივ სტუდენტებში, რას ფიქრობენ ისინი ამ საკითხთან დაკავშირებით, და ზოგადად, როგორია მათი დამოკიდებულება კვების წესისადმი.

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

კვლევის ამოცანებია:

- გავარკვიოთ თუ ზოგადად რა წარმოდგენა და 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.

ლიტერატურული მიმოხილვა

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. კვება უნდა შეესაბამებოდეს ადამიანის მიერ დახარჯულ ენერგიას, რომელიც დამოკიდებულია ზრდაზე, ასაკზე, სხეულის მასაზე, ცხოვრების პირობებზე, საქმიანობის სახეობაზე, კლიმატზე, ადამიანის ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზე (ფეხმძიმობა, მეძუძურობა), აქტიურობის დონეზე (სპორტი). საკვები ნივთიერებების განსაზღვრულმა რაოდენობამ და პროპორციამ უნდა უზრუნველყოს ადამიანის ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები. სურსათი უნდა იყოს უვნებელი ადამიანის ჯანმრთელობისათვის და უნდა განაწილდეს სწორად დღის განმავლობაში [1].

არაჯანსაღი კვება, მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია. ახალშობილთა, ბავშვთა და ორსულთა ჯანმრთელობა, იმუნური სტატუსი, ზოგიერთი არაგადამდები დაავადების განვითარება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანსაღ და სრულფასოვან კვებაზე [3].

საქართველოს მოსახლეობის დიეტური ჩვევების შესახებ არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის მიერ საკვების მიღების ჩვევებს საფუძვლიანი კორექტირება სჭირდება. 2006-2007 წლებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა 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 არაგადამდები 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% მიირთმევენ ხილის და ბოსტნეულის რეკომენდებულ 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში. 3) მნიშვნელოვნად დაბალია ხორცპროდუქტებისა და თევზეულის 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. მაღალი არტერიული წნევა ჭარბწონიანებში აღენიშნა 2-ჯერ მეტს (37,6%), ხოლო მსუქნებში 3-ჯერ მეტს (55%).

ცხრილი 1: ხილის და ბოსტნეულის მოხმარება (ტიპური კვირის განმავლობაში), ინტერვიუების მონაცემები, 18-64 წლის ასაკის მოსახლეობა, საქართველო, 2010

მაჩვენებელი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
დღეების საშუალო რაოდენობა როცა მოიხმარეს ხილი	4.9 (4.8-5.1)	4.7 (4.5-4.9)	5.2 (5.1-5.3)
ხილის სტანდარტული პროციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	1.8 (1.7-1.9)	1.7 (1.6-1.8)	1.9 (1.8-2.0)
დღეების საშუალო რაოდენობა, როცა მოიხმარეს ბოსტნეული	5.8 (5.7-5.9)	5.8 (5.6-5.9)	5.9 (5.8-6.0)
ბოსტნეულის სტანდარტული პროციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	2.2 (2.1-2.3)	2.2 (2.1-2.4)	2.1 (2.0-2.2)
პროცენტი იმ პირებისა, რომლებიც საშუალოდ მიირთმევენ ხილის და/ან ბოსტნეულის 5 სტანდარტულ პროციაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში	69.6% (66.7-72.6)	70.7% (66.8-74.6)	68.6% (65.6-71.5)

წყარო: Georgia Steps Survey of chronic disease risk factors. 2010. WHO

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].

შერჩევა და კვლევის მეთოლოგია

კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა ინტერნეტ გამოკითხვის მეთოდი. აღნიშნული მეთოდით უფრო იოლი იყო კვლევის თემის შესახებ მონაცემების მოძიება. ინტერნეტ გამოკითხვისთვის გამოყენებულ იქნა Facebook-ი, კვლევის ინსტრუმენტი კი იყო კითხვარი. კითხვარი მოიცავდა ინფორმირებული თახმობის ბლოკს. კითხვარი აიტვირთა სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის არა მხოლოდ მთავარ ოფიციალურ ფეისბუკ 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, გამოკითხა სულ 100 სტუდენტი.

სოციოლოგიური კვლევის ჩატარება დაკავშირებულია გარკვეულ ეთიკურ საკითხებთან. ჩვენი კვლევის შემთხვევაში კითხვარის ინსტრუქციაში მითითებული იყო კვლევის დანიშნულება, მისი მიზანი, ამოცანები, კვლევაში მონაწილეობის ნებაყოფლობითობა.

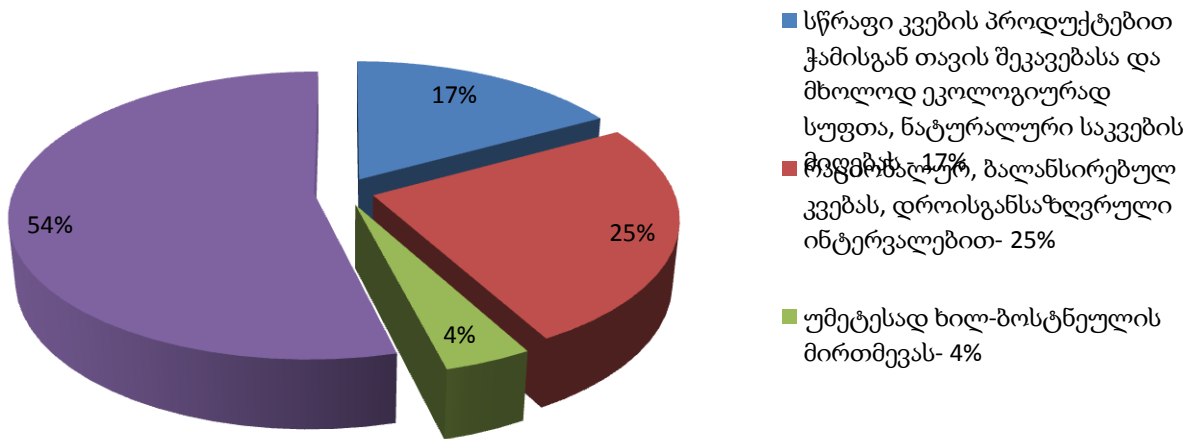
კვლევის შეზღუდვებს შეადგენდა ის გარემოება, რომ შეუძლებელი იყო რესპონდენტის მიერ შეკითხვის ინტერპრეტაციის პროცესის გაკონტროლება, თუ მან როგორ გაიგო ესა თუ ის კითხვა. კვლევის შედეგები არ არის რეპრეზენტატიული და ვერ განვავრცობთ ყველა სტუდენტებზე.

კვლევის შედეგები

კვლევის ფარგლებში გენდერული ბალანსის დაცვა ვერ მოხერხდა, რადგან კვლევის თემით განსაკუთრებით მდებარეობითი სქესის სტუდენტები დაინტერესდნენ. კვლევის მონაწილეთა 77%-ს შეადგენდნენ მდებარეობითი 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%).

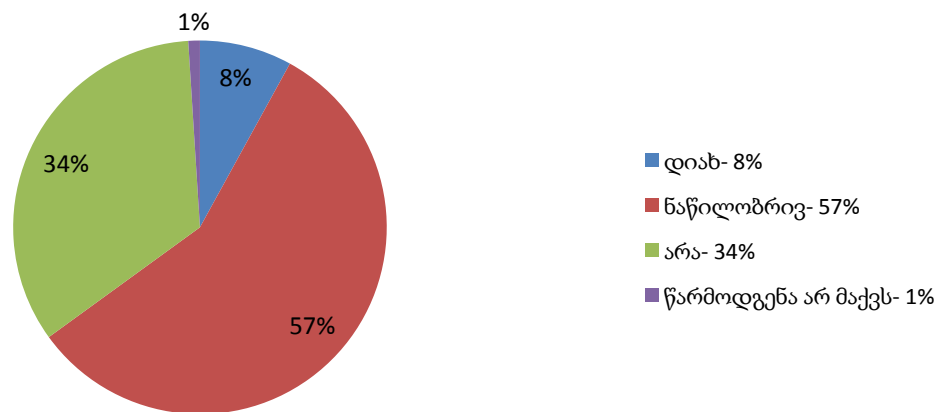
რესპონდენტთა უმრავლესობას (54%) ჯანსაღი კვება ესმის, როგორც რაციონალური, ბალანსირებული კვება, დროის განსაზღვრული ინტერვალებით. ასევე სწრაფი კვების პროდუქტებისგან თავის შეკავება და უმეტესად ჯანსაღი, ნატურალური საკვების მიღება, ასევე ისინი ჯანსაღ კვებაში დიდი როლდენობით ბოსტნეულისა და ხილის მირთმევასაც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

სურათი 1
რას ნიშნავს თქვენთვის ჯანსაღი კვება?



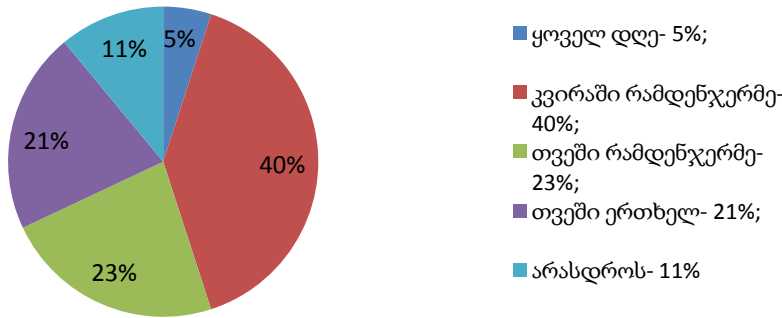
გამოკითხული რესპოდენტების უმრავლესობა (57%) თვლის, რომ ნაწილობრივ ჯანსაღად იკვებება, მხოლოდ 8% თვლის, რომ ჯანსაღად იკვებება. რესპოდენტთა 34% მიიჩნევს, რომ არაჯანსაღად იკვებება.

სურათი 2
თვლით თუ არა, რომ თქვენ ჯანსაღად იკვებებით?



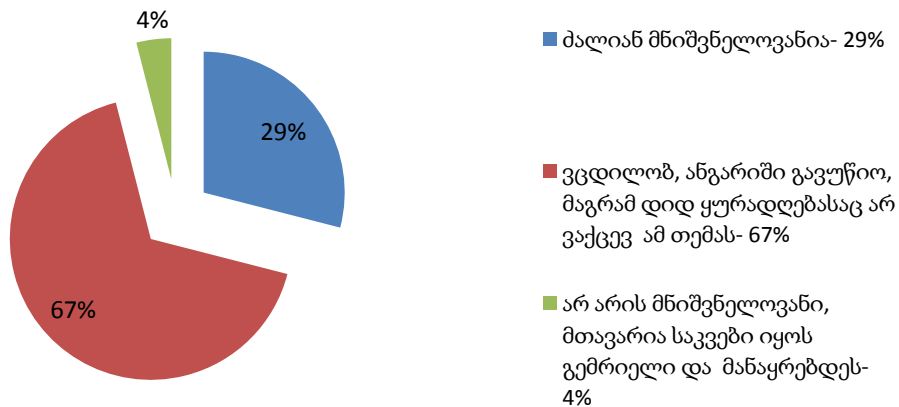
საინტერესოა რესპოდენტთა დამოკიდებულება კვების წესთან დაკავშირებით. სწრაფი კვების პროდუქტებით რესპოდენტთა უმეტესობა (40%) კვირაში რამდენჯერმე იკვებება, და მხოლოდ 5% იკვებება ყოველდღიურად, 21 % კი თვეში ერთხელ (სურათი 3).

სურათი 3
იკვებებით თუ არა სწრაფი კვების პროდუქტებით?



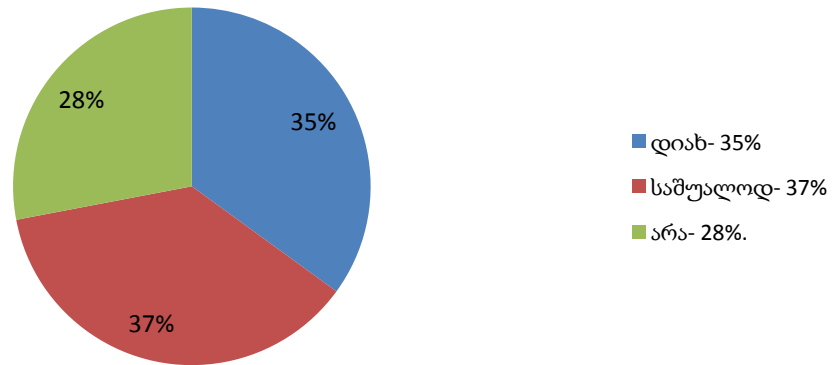
რესპოდენტთა უმრავლესობა (57%) ანგარიშს უწევს საკვების შემადგენლობას და სანამ მიირთმევდეს, ცდილობს გაარკვიოს, თუ რამდენად ჯანსაღია და მარგებელია საკვები. რესპოდენტთა 29%-ისთვის ეს ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია. აღნიშნული მაჩვენებლები დადებითია, მაშინ როცა ასე მომრავლებულია სწრაფი კვების პროდუქტებით მოვაჭრე დაწესებულებები ქვეყანაში და სულ უფრო პოპულარული ხდება fast Food-ი, რაზეც დღევანდელი რეალობა მეტყველებს.

სურათი 4
მნიშვნელოვანია თუ არა თქვენთვის იმის გარკვევა, თუ რამდენად ჯანსაღია და მარგებელი საკვები, სანამ მიირთმევთ?



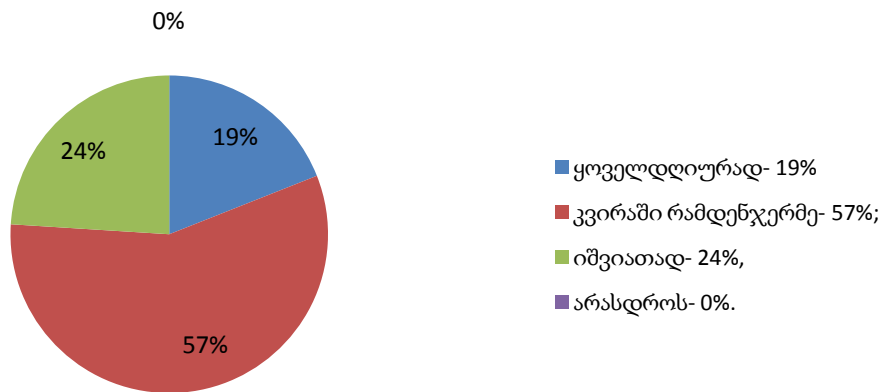
რაც შეეხება რესპოდენტების კვების რაციონს, რესპოდენტთა დიდი ნაწილი გაზიანი სასმელების მოყვარულია (37% - საშუალოდ, 35% - დიახ).

სურათი 5
გიყვართ თუ არა გაზიანი სასმელები?

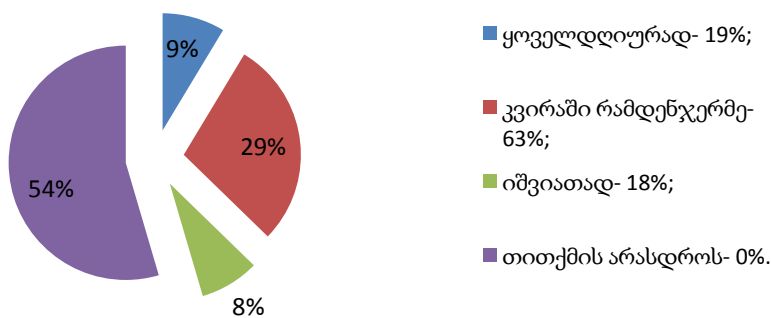


რესპოდენტთა უმრავლესობა კვირაში რამდენჯერმე მიირთმევს ხილს (57%) და ბოსტნეულს (63%), ყოველდღიურად ხილ-ბოსტნეულით 19 სტუდენტი იკვებება, იშვიათად ხილით 24 %, ბოსტნეულით კი 18 %. გამოკითხულ სტუდენტებში არ გვხვდება ისეთი რესპოდენტი, რომელიც საერთოდ არ იღებს ხილს ან ბოსტნეულს.

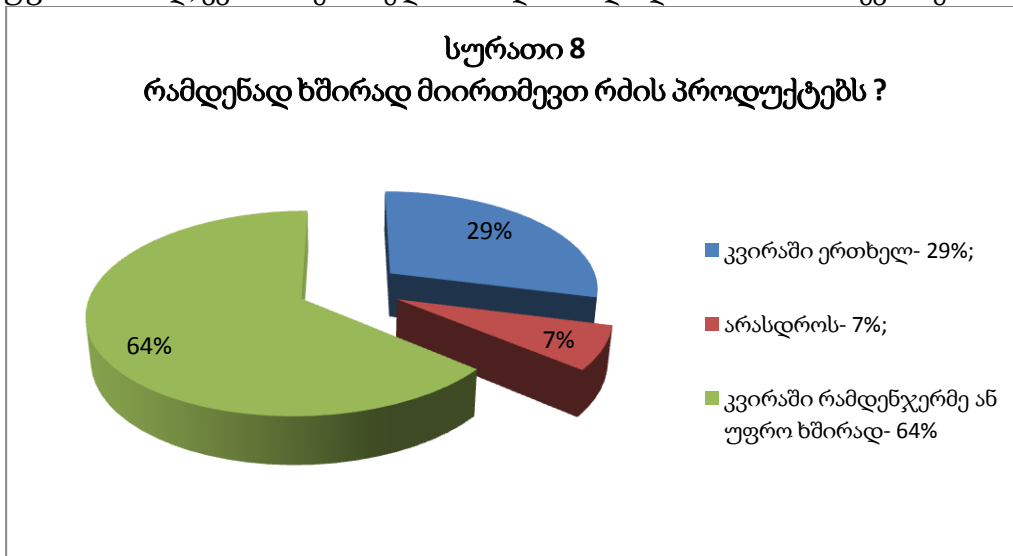
სურათი 6:
რამდენად ხშირად მიირთმევთ ხილს?



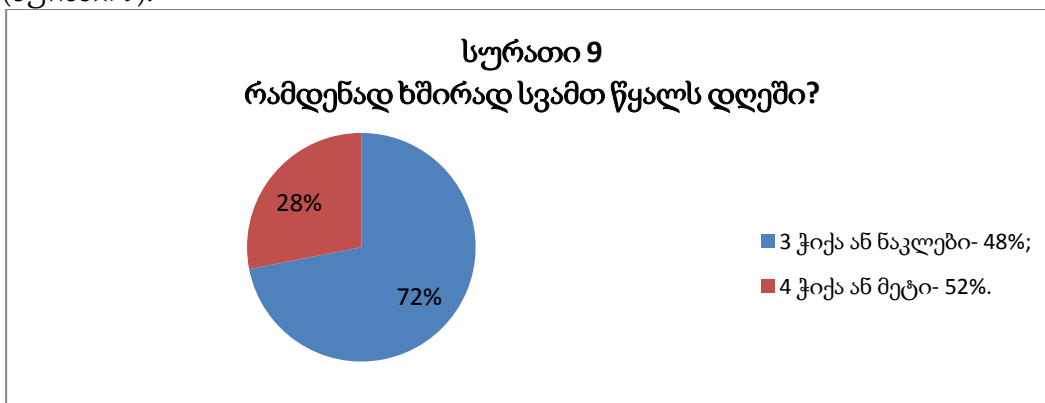
სურათი 7
რამდენად ხშირად მიირთმევთ ბოსტნეულს?



რესპოდენტთა უმრავლესობა (64 %) რძის პროდუქტებს მიირთმევს კვირაში რამდენჯერმე ან უფრო ხშირად, კვირაში ერთხელ - 29% და მხოლოდ 7% არ მიირთმევს საერთოდ მათ.

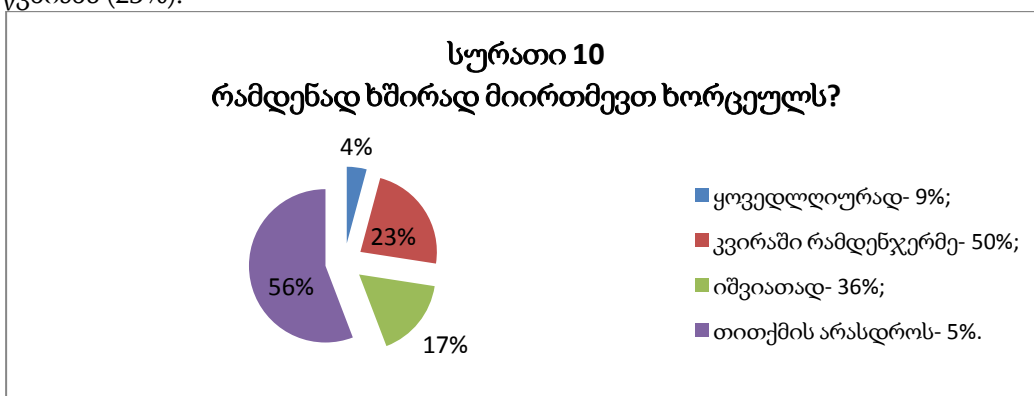


რესპოდენტთა 52% დღეში 4 ჭიქა ან მეტ წყალს მიირთმევს, ხოლო 48% - 3 ჭიქა ან ნაკლებს (სურათი 9).

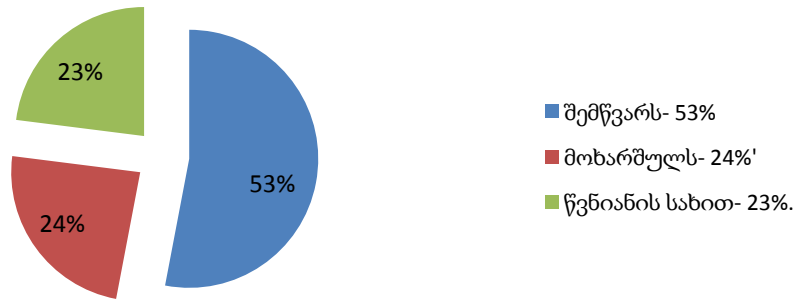


ეს მაჩვენებლები იმაზე მოწმობს, რომ გამოკითხული რესპოდენტების დიდი ნაწილი საკმაოდ ჯანსაღად იკვებება, რადგან ხილ-ბოსტნეული, წყალი, რძის პროდუქტები ჯანსაღი კვების რაციონის ძირითადი შემადგენელი კომპონენტებია.

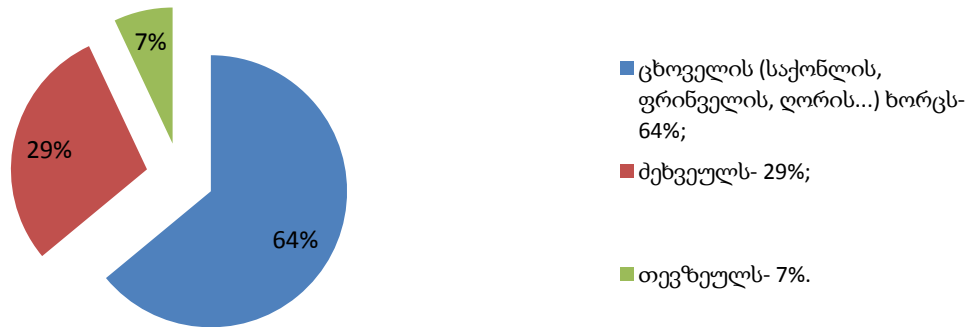
რაც შეეხება ხორცეულს, რომელიც ასევე ჯანსაღი კვების განუყოფელი ნაწილია, რესპოდენტთა უმეტესობა (50%) კვირაში რამდენჯერმე მიირთმევს ხორცეულს, ყოველდღიურად მხოლოდ 9%, იშვიათად 36%, თითქმის არასდროს კი 5%. აქედან ყველაზე დიდი ნაწილი (64%) უმეტესად ცხოველის ხორციით იკვებება, ძეხვეულით 29%, თევზეულით კი მხოლოდ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



სურათი 11
უმეტესად რა სახით მიირთმევთ ხორცეულს?

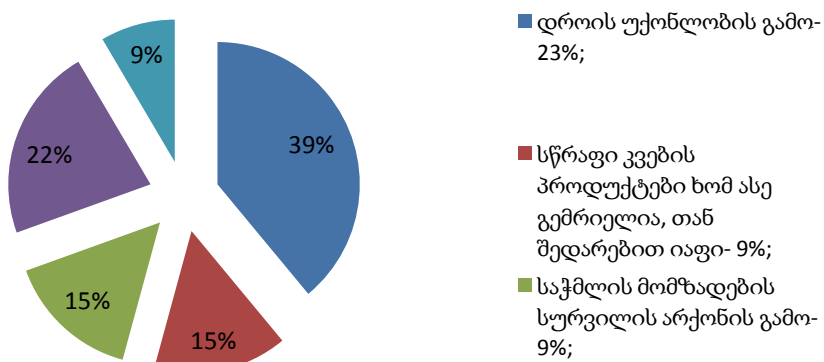


სურათი 12
უმეტესად რა სახის ხორცეულს მიირთმევთ?



რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით არაჯანსაღ კვებას დროის უქონლობა, სწრაფი კვების პროდუქტების სიახლე და კარგი გემო, საჭმლის მომზადების სურვილის არქონა, შედარებით ჯანსაღი საკვების სიმცირე და ასევე ჯანსაღი საკვებით მოვაჭრე ობიექტების სიმცირე განაპირობებს, მიზეზად მხოლოდ დროის უქონლობას მხოლოდ 23 სტუდენტი ასახელებს.

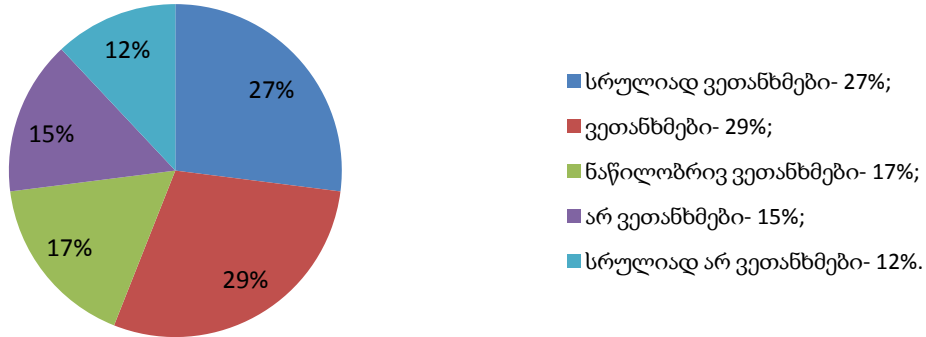
სურათი 13
თქვენი აზრით, რატომ იკვებებიან ადამიანები არაჯანსაღად?



რესპოდენტების უმრავლესობა ეთანხმება იმ აზრს, რომ კვება და ცხოვრების წესი განსაზღვრავს ადამიანის ჯანმრთელობას (56%).

სურათი 14

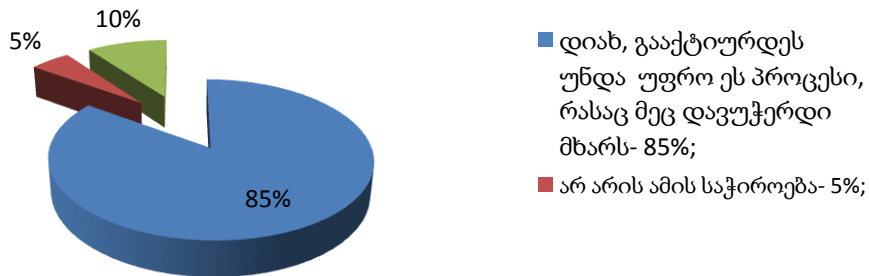
გთხოვთ, შეაფასოთ 5-ქულიან სკალაზე, თუ რამდენად ეთანხმებით იმ აზრს, რომ ყველაზე მეტად კვება და ცხოვრების წესი განსაზღვრავს ადამიანის ჯანმრთელობას?



რესპოდენტთა ძალიან დიდი ნაწილი (85%) ასევე მიიჩნევს, რომ საქართველოში აქტიურად უნდა მიმდინარეობდეს ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციის პროცესი, რასაც ისინიც დაუჭერდნენ მხარს. 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.

სურათი 15

თვლით თუ არა, რომ საქართველოში უფრო აქტიურად უნდა მიმდინარეობდეს ჯანსაღი კვების პოპულარიზაცია მოსახლეობაში?



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

რეკომენდაციები

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 ამაღლებაზე. აღნიშნული ორგანიზაციები ხელს შეუწყობენ მოსახლეობაში ჯანსაღი კვების წესის განვითარებასა და პოპულარიზაციას.

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანსაღი კვება და მასთან დაკავშირებული პრობლემები საკმაოდ აქტუალურია საზოგადოებაში. კვლევის მიზანია, განვსაზღვროთ, რამდენად ჯანსაღად იკვებებიან ახალგაზრდა სტუდენტები და როგორია მათი დამოკიდებულება კვების წესის მიმართ. **მეთოდოლოგია:** კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა ინტერნეტ გამოკითხვის მეთოდი. **შედეგები:** გამოკითხული სტუდენტები კარგად იყვნენ ინფორმირებულნი ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებით. რესპოდენტთა უმრავლესობა ჯანსაღად იკვებება, ყურადღებას აქცევს თავის კვების რაციონს და დაინტერესებულია ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციით. მათთან შედარებით კი მცირეა იმათა რიცხვი, ვინც არც თუ ისე დიდი ყურადღებით ეკიდება არაჯანსაღი კვების პრობლემას. **რეკომენდაციები:** 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 ამაღლებაზე.

Healthy meals and students

Abstract

Irma Tavartkiladze, Ani Shalamberidze, Lika Didebashvili, Natia Gobejishvili, Anna Gortamashvili, Nargiz Khuroshvili - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology.

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Introduction: Healthy nutrition and related problems are widespread in society. The study aims to determine how healthy eating for young students and their attitude towards food rules. **Methodology:** The survey was conducted on a survey method was used. **Results:** Surveyed students were well informed about healthy food. A majority of respondents eat a healthy diet, pay attention to his diet and is interested in the promotion of healthy eating. They are small compared to the number of students who are not so carefully unhealthy eating problem. **Recommendations:** It is recommended to the university with a minimum of conditions that contribute to students' healthy eating. In this regard, it is desirable to create a healthy food facilities at the university. It is recommended to create an organization that will take care of a healthy diet rules and the necessity of improving the education of the population.

ლიტერატურა

1. სურსათისა და ჯანსაღი კვების ეროვნული სტრატეგია (2015წ.): http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/STRATEGY-healthy%20eating%20-GEO_a8b2fd0c-ca6b-4678-8b10-1f0c121677c5.pdf
2. ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. 2010. http://ncdc.ge/AttachedFiles/STEPS%20report%20full-final_822d8253-2d88-4671-95cc-a89d05b78623.pdf
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. <http://www.moh.gov.ge/files//2015/Failebi/29.10.15-1>
6. თეონა კოკიჩაიშვილი (2011წ), ჯანმრთელობას 70%-ით ცხოვრების წესი და კვება განსაზღვრავს. <http://www.tabula.ge/ge/story/56748-janmrteლობას-7-it-cxovrebis-tsesi-da-kveba>
7. ირმა კირთაძე, ანა ვერულაშვილი, მაკა ექსეულიძე, თამარ მახარაშვილი. სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 1. 2015. <http://hepoin.com/index.php/component/k2/item/36-2015-06-09-19-37-13>

უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა

ანი კენჭაშვილი, მაია კვიციანი, ლაშა გვარამია, ლანა ბურჭულაძე, ანნა მაჩიტაძე, ცირა ყაჭიური - სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის პოლიტიკის მეცნიერების, საერთაშორისო ურთიერთობების, სოციალური მუშაობის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

თანამედროვე მსოფლიოში მედიცინის განვითარებასთან ერთად სულ უფრო და უფრო აქტუალური ხდება ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები. თითოეულ ქვეყანას საკუთარი მიდგომა აქვს შემუშავებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

საქართველო ახლახანს შეუდგა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვას. ამ მხრივ, აქტუალურია მსოფლიო გამოცდილების გაზიარება. შესაბამისად, ნაშრომის მიზანია, უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილების გაანალიზება, კერძოდ, უნივერსალური მოცვის რა მოდელები არსებობს განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში, მათ შორის რა ძირითადი განმასხვავებელი თავისებურებები შეინიშნება, უნივერსალური მოცვის როგორი სისტემა საქართველოში და რა რეკომენდაციები შეიძლება შევთავაზოთ.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. წყაროებს წარმოადგენდნენ როგორც საკანონმდებლო, ისე საინფორმაციო-სტატისტიკური მასალები, სხვადასხვა ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიები და პუბლიკაციები, სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგები.

ლიტერატურის მიმოხილვა

უნივერსალური მოცვა

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება თანდათანობითი პროცესია. იგი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად საკმარისია ქვეყანაში არსებული რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებისთვის. აღნიშნული საკითხი მნიშვნელოვანია როგორც განვითარებადი, ასევე განვითარებული ქვეყნებისათვის. შედარებისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 აშშ დოლარი იხარჯება თითო სულზე, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში - 15 აშშ დოლარზე ნაკლები [21. OECD]. გარდა ამისა, დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების უმეტესობა გაცილებით უფრო ნაკლებს ხარჯავს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისთვის. მაგალითად, ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა, როგორცაა ბანგლადეში დაახლოებით 5 დოლარს ხარჯავს თითო სულზე [22. World Bank].

აქვე გასათვალისწინებელია, რომ განვითარებად ქვეყნებში ბაზისურ პაკეტით შედარებით ნაკლები სერვისებია მოცული, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებში. ამ სერვისების ძალიან დიდი

რაოდენობა საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ან პირველად ჯანდაცვაზეა ორიენტირებული და ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები მასში არ შედის [13.გვ.30].

ჯანდაცვის გადასახადები და რისკის პულინგი

სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანები იხდიან როგორც პირდაპირი გადახდით უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ასევე არაპირდაპირი, გადასახადების გადახდის მეშვეობით. წინასწარი გადახდების სისტემას აქვს თავისი დადებითი მხარე, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში ადამიანებს არ უწევთ დიდი ხარჯების გაღება და შესაძლებლობა ეძლევათ აღნიშნული ხარჯები გადაინაწილონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში [23. WHO].

ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა არის ორი სახის: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების შემთხვევაში მთელი მოსახლეობა, ან მოსახლეობის ნაწილი მოცულია, მიუხედავად იმისა, ისინი იხდიან თუ არა გადასახადებს. უნივერსალური დაფინანსება მჭიდროდ არის დაკავშირებული გადასახადების სისტემის ადმინისტრირების უნართან. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადებით გროვდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 30%, მაშინ როცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 20%- დან 5%-მდე მერყეობს [17.WHO].

სადაზღვევო სისტემის ორი სახე არსებობს: ნებაყოფლობითი და სოციალური. ნებაყოფლობითი, ანუ კერძო დაზღვევა ორგანიზებულია კერძო სექტორის მიერ (მომგებიანი ან არამომგებიანი მესაკუთრეობის საფუძველზე). ამ დროს სადაზღვევო პრემიები დგინდება ჯანმრთელობის რისკის შესაბამისად. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა კერძო დაზღვევისაგან განსხვავებით არაკომერციულ პრინციპებს ეფუძნება და ფინანსდება სავალდებულო გადასახადებისგან. მნიშვნელოვან შენატანებს აკეთებენ დამსაქმებლები და სახელმწიფო. ჯანმრთელობის სოციალურ დაზღვევას უმთავრესად სახელმწიფო უზრუნველყოფს, თუმცა, შეიძლება მართოს არასამთავრობო ორგანიზაციამაც. სახელმწიფო დაფინანსება ვრცელდება ასაკოვან ადამიანებზე და ღარიბ ფენებზე [10.გვ.442].

სოციალური დაზღვევა ეფუძნება იდენტიფიცირებად სახელფასო გადასახადებს და შედარებით სტაბილურ სამუშაო ძალას. ამისგან განსხვავებით, ბევრ საშუალო და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში მუშახელი ცვალებადია, დასაქმება კი დროებითია, შესაბამისად, ხელფასი არაფორმალურია. გარდა ამისა, ხშირად ადგილი აქვს უნდობლობას სახელმწიფოს მიმართ და გადასახადის გადახდის თავიდან აცილების მცდელობას. ასეთ ქვეყნებში გავრცელებულია სათემო დაზღვევა, რომელიც მოიცავს სარგებლების შეზღუდულ პაკეტს. ასეთ პაკეტებში მიმართვიანობა ექიმებისადმი და სამედიცინო დაწესებულებებისადმი ლიმიტირებულია [10.გვ.442]. სოციალური დაზღვევის და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემებში ხორციელდება შემოსავლების გადანაწილება რისკის გადაცემის გზით ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, მდიდრიდან ღარიბზე. რისკის გადანაწილების ასეთი მექანიზმები არ არის ნებაყოფლობით დაზღვევაში, სადაც შენატანები, როგორც წესი, ფიქსირებული განაკვეთებია [10.გვ.442].

მოცვის გაფართოების ტექნიკური სირთულეები

ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის გაფართოებამ შესაძლოა გარკვეული პრობლემები წარმოშვას. უპირველესად უნდა გამოვყოთ ნეგატიური რისკის შერჩევა. ეს

პრობლემა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ადამიანებმა უფრო მეტი იციან თავიანთი რისკის მდგომარეობის შესახებ, ვიდრე მზღვეველმა. როდესაც პაციენტს აქვს ქრონიკული დაავადება, იგი ცდილობს დაეზღვიოს. ხოლო ჯანმრთელი ახალგაზრდები, რომელთაც არაფერი აწუხებთ, ცდილობენ არ დაეზღვიონ. აღნიშნულის გამო რისკები გადანაწილდება მაღალრისკიან პაციენტებს შორის, რაც თავის მხრივ განაპირობებს სადაზღვევო პრემიის გაძვირებას [5.გვ.885].

ნეგატიური რისკების შერჩევის პრობლემის გამო მოსახლეობის მოცვის გაფართოების ყველაზე ხელსაყრელი მექანიზმია სავალდებულო დაზღვევა. ამ შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანები დამოკიდებულია არა რისკზე, არამედ გადახდისუნარიანობაზე. სხვა ტექნიკურ სირთულეებს განეკუთვნება პოტენციური დაზღვეულების იდენტიფიცირება, შენატანების შეფასება, პრემიების შეგროვება. ეს სირთულეები განსაკუთრებით შეინიშნება დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ლეგალურად დასაქმებულთა რაოდენობა ძალიან მცირეა და უფრო მეტი რაოდენობა არალეგალურად დასაქმებულია, რომელთა აღრიცხვა სიმძლეებთანაა დაკავშირებული. აქედან გამომდინარე, სავალდებულო მოცვის დროს, რომელიც ეფუძნება დაზღვევის სოლიდარობის პრინციპს, მცირდება ზემოაღნიშნული სირთულეები [8.გვ.800].

მოცვის გაფართოებისათვის ასევე მნიშვნელოვანია ფინანსური მდგრადობა. შენატანები უნდა ეფუძნებოდეს დაზღვეულთა რისკის ზუსტ შეფასებას. მოულოდნელი მაღალი ხარჯების დასაფარავად გამოიყენებენ სადაზღვევო რეზერვებს. ცხადია, რაც უფრო ფართოა სადაზღვევო მოცვა მით მცირდება რისკი და პირიქით, რაც უფრო მცირე მოსახლეობაა მოცული, მით უფრო მეტია მზღვეველის რისკი [8.გვ.801].

განვითარებული ქვეყნების გზა უნივერსალურ მოცვამდე

გერმანია

უნივერსალური მოცვა მსოფლიოში ყველაზე პირველად გერმანიაში ჩამოყალიბდა კანცლერის ოტო ფონ ბისმარკის მიერ (1815-1898). დამსაქმებელი ვალდებული იყო დაქირავებულები გაეწევრიანებინა სადაზღვევო ფონდში. სადაზღვევო შენატანი დამოკიდებული იყო სახელფასო შემოსავლებზე. 1883 წელს მიღებული სადაზღვევო კანონის ძალით სოციალური დაზღვევა სავალდებულო გახდა გარკვეული კატეგორიის მუშაკებისათვის. ბისმარკის სოციალური კანონმდებლობის მთავარი პუნქტები მიმართული იყო სოციალისტური მოძრაობების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც ცდილობდნენ მუშაკებისათვის სოციალური დაცვის ფართო პაკეტის შეთავაზებას. სამრეწველო მუშები პროფკავშირებთან ერთად წარმოადგენდნენ სოციალური დემოკრატიული განწყობის ყველაზე გავლენიან ჯგუფს. აქვე აღსანიშნავია, რომ დასაქმებულ მუშაკებისგან სადაზღვევო შენატანების შეგროვება შედარებით ადვილი იყო. 1883 წელს მიღებულმა კანონმა ხელი შეუწყო სადაზღვევო დაფარვის შემდგომ გაფართოებას. პროფკავშირები ტრადიციულად სთავაზობდნენ მოწყვლადი ჯგუფების დაკრძალვის, საკვების და საცხოვრებელი ხარჯების დაფინანსებას. დამსაქმებლებს ეკისრებოდათ იურიდიული პასუხისმგებლობა დასაქმებულთა უბედური შემთხვევების ხარჯებზე, თუმცა ასეთი ვალდებულებები ხშირად მძიმე ტვირთად აწვა მცირე საწარმოებს. შესაბამისად, აღებული ვალდებულებები ხშირად არ სრულდებოდა. თავდაპირველად სადაზღვევო კანონით დაფარული იყო ლურჯსაყელიანი დაქირავებულების დაახლოებით 26%, მოსახლეობის დაახლოებით 10%. საჯარო მოხელეების მოცვა დაიწყო 1914 წლიდან, უმუშევართა მოცვა - 1918 წელს, ხოლო სოფლის მეურნეობაში თვითდასაქმებული მუშაკების - 1972 წელს, სტუდენტების - 1975 წელს. დღეისათვის მოსახლეობის 0,1%-ზე ნაკლებია დარჩენილი მოცვის გარეშე. 2007 წლის

კანონმდებლობის ძალით მოცვა სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის, როგორც კერძო, ასევე სოციალური დაზღვევის მეშვეობით. სოციალური დაზღვევის მთავარი პრინციპია სოლიდარობა მდიდრებსა და ღარიბებს შორის. გერმანიის შემდეგ, სოციალური დაზღვევის სისტემა განვითარდა ავსტრიაში (1888), უნგრეთში (1891), საფრანგეთში. შვეიცარიაში უნივერსალური მოცვის კანონმდებლობა მიღებულ იქნა დიდი ხნის შემდეგ, 1996 წელს [14.1991].

დიდი ბრიტანეთი

უნივერსალური მოცვის ალტერნატიული მექანიზმია, სადაზღვევო შენატანებისაგან განსხვავებით, მოქალაქეობის სტატუსის მქონე ადამიანების 100%-ით მოცვა. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ლორდ ბევერიჯმა შეიმუშავა აღნიშნული სისტემა და მას ბევერიჯის მოდელი ეწოდა. ბევერიჯის მოდელამდე ბრიტანული სისტემა გერმანული სისტემის მსგავსი იყო. 19 საუკუნის სოციალური პოლიტიკა ძირითადად მიმართული იყო ლატაკი მუშების ხელშეწყობაზე. შუა საუკუნეებიდან მოყოლებული ადამიანებს ჰქონდათ პასუხისმგებლობა დანხარებოდნენ ღარიბებს, რაც შემდგომ, 1834 წელს აისახა ღარიბთა კანონში. ამ მხრივ, გათვალისწინებული იყო ის ფაქტი, რომ ინფექციური დაავადებები უმთავრესად ვრცელდებოდა მოსახლეობის ღარიბ ფენებში, რაც მოითხოვდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების განხორციელებას. მეოცე საუკუნის დასაწყისში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსება უმთავრესად სახელმწიფოს ვალდებულებას წარმოადგენდა. მდიდრები სამედიცინო მომსახურების საფასურს იხდიდნენ როგორც ნებაყოფლობითი დაზღვევის, ასევე საკუთარი ჯიბიდან გადახდებით. დაბალშემოსავლიანი პირებისათვის არსებობდა სპეციალური საზოგადოებრივი და საქველმოქმედო სავადმყოფოები, სადაც ექიმები ხშირად საქიმო პრაქტიკას ეწეოდნენ უსასყიდლოდ. მუშებისათვის მეგობრულმა საზოგადოებებმა დააარსეს საქველმოქმედო ფონდები ჯანდაცვისა და გარდაცვალების ხარჯებისათვის. თუმცა, მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს აღნიშნული ფონდები განიცდიდნენ ფინანსურ პრობლემებს, რადგან დანახარჯებმა გადააჭარბა შემოსავლებს [7. გვ.47].

სავაჭრო პალატის პრეზიდენტი უინსტონ ჩერჩილი და ფინანსთა მინისტრი დევიდ ლოიდ ჯორჯი მხარს უჭერდნენ გერმანულის მსგავსი სოციალური დაზღვევის ფართო პაკეტების შემოღებას. 1911 წელს მიღებულ იქნა კანონი სოციალური დაზღვევის შესახებ. იგი მოიცავდა დაავადებათა მკურნალობას, პირველად სამედიცინო მომსახურებას, ასევე რიგ სპეციფიკურ სერვისებს (მაგ., ტუბერკულოზის მკურნალობას სანატორიუმებში). აქვე აღსანიშნავია, რომ გატარებული ღონისძიებების წინააღმდეგ გამოვიდნენ მეგობრული ორგანიზაციები, რადგანაც მათ ჰქონდათ ერთგვარი მონოპოლია ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებით.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში ამაღლდა კლასთაშორისი სოლიდარობის გრძნობა, რამაც ბიძგი მისცა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის შექმნას. 1942 წელს უილიამ ბევერიჯმა შეიმუშავა უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპები, რომელიც შემდგომ გახდა თანამედროვე კეთილდღეობის სახელმწიფოს საფუძველი. ამოსავალი პრინციპები იყო სრულყოფილი მოცვა, საარსებო წყაროებზე დაფუძნებული შენატანები და საჭიროებებზე დაფუძნებული სარგებლები. გერმანული სისტემისაგან განსხვავებით ბრიტანულ სისტემაში ინტეგრირებულია სამედიცინო მომსახურების როგორც დაფინანსება, ასევე მიწოდება [4. 2007].

უნივერსალური მოცვა ასევე შემოღებულ იქნა ახალ ზელანდიაში (1939 წ.), შვედეთში (1953), ნორვეგიაში (1956 წ.), ფინეთში (1963 წ.), დანიაში (1971წ.), ისლანდიაში(1972 წ.), კანადაში

(1966 წ.), ავსტრალიაში(1974 წ.), პორტუგალიაში(1978), ესპანეთში (1978) და იტალიაში (1980)[7. გვ.48].

რუსეთი

რუსეთში მე-19 საუკუნის ბოლოს დაიწყო გერმანული სოციალური დაზღვევის გამოცდილების გაზიარება და დანერგვა. ბატონყმობის გადაგდების შემდეგ ადგილობრივ თვითმმართველობის ორგანოებს დაეკისრათ პოლიკლინიკური და სტაციონარული სერვისების მიწოდება. 1912 წელს მეოთხე სახელმწიფო დუმამ მიიღო სადაზღვევო კანონი, რომელიც დამსაქმებლებს ავალდებულებდა დაქირავებულების და მათი ოჯახის წევრების უბედური შემთხვევების, დაავადებების და გარდაცვალების დროს ხარჯების გაწევაში თანამონაწილეობას. ეს ღონიძიებები მიმართული იყო რევოლუციების და მოსახლეობის უკმაყოფილებების თავიდან ასაცილებლად, თუმცა, საკმაოდ დაგვიანებული აღმოჩნდა და ჯანდაცვის ფუნდამენტური ცვლილებები განხორციელდა რევოლუციის შემდეგ. 1917 წლის რევოლუციის შემდეგ ექიმმა სემაშკომ (1874-1949), რომელიც იყო ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატის ხელმძღვანელი, შექმნა ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემა. ნაციონალიზირებულ ჯანდაცვის სისტემას თავისი წვლილი უნდა შეეტანა ქვეყნის ინდუსტრიალიზაციაში. მთავარ მიზანს წარმოადგენდა დაავადების შედეგად მუშახელის პროდუქტიულობის დაქვეითების შემცირება. შედეგად ჩამოყალიბდა სამრეწველო მედიცინის სამი ქვესისტემა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, მოზრდილთა მედიცინა და პედიატრია. ასევე ჩამოყალიბდა სპეციალიზირებული პოლიკლინიკების სისტემა, ხოლო ჯერ კიდევ მეფის რუსეთის დროს შექმნილი სოფლის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მომსახურება ინტეგრირდა სემაშკოს საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში. 1935 წელს შეიქმნა ჯანდაცვის სამინისტრო, როგორც ჯანდაცვის სექტორში უმაღლესი ადმინისტრაციული ორგანო. სამინისტროს ხელმძღვანელი ყოველთვის იყო ექიმი. სემაშკოს სისტემა საბჭოთა კავშირის გარდა გავრცელებული იყო აღმოსავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყანაში [19. გვ.240].

უნივერსალური მოცვის დანერგვის საერთო ტენდენციები განვითარებულ ქვეყნებში

განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს:

1. საყოველთაო მოცვის პროცესი იყო ძალიან ნელი. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა თითქმის მთელი საუკუნე გაგრძელდა[7. გვ.45].
2. რისკების გაერთიანების მექანიზმები თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობდა, და მოცვის გაფართოების მცდელობებიც სწორედ ამ მექანიზმებს ეყრდნობოდა. მაგალითად, ბრიტანეთში მეგობრული საზოგადოებები პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ ინტეგრირდნენ ეროვნული დაზღვევის ორგანიზაციებად. ასევე, საფრანგეთში ურთიერთდახმარების ორგანიზაციები (Mutuelles) გადაკეთდნენ დაზღვევის საზოგადოებრივ ფონდებად (იგი დღესაც დიდ როლს თამაშობს დამატებითი დაზღვევის უზრუნველყოფაში) [7. გვ.45].
3. ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე ისტორიულად იყო დაკისრებული ვალდებულებები, რომ უზრუნველყოს ღარიბი მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების დაფინანსება. ასევე დამსაქმებლებს უნდა განეხორციელებინათ უბედური შემთხვევების და დაავადებების დაზღვევა. აღნიშნულმა გარემოებებმა ხელი შეუწყო რისკების გაერთიანების ეფექტური ორგანიზაციების ჩამოყალიბებას. სოციალური დაცვის ორგანიზაციების შექმნაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა სახელმწიფომაც[7. გვ.46].

4. უნივერსალური მოცვის შემდეგ პროვაიდერთა ადმინისტრირების მექანიზმები ძალიან მცირედით შეიცვალა. მხოლოდ დიდ ბრიტანეთში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ნაციონალიზაცია, ხოლო საბჭოთა კავშირში სახელმწიფოს ხელში გადავიდა ჯანდაცვის მთელი სისტემა[7. გვ.46].
5. საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევები. იგი გულისხმობდა სადაზღვევო ფონდების რეგულირებას. აშშ წარმოადგენდა ერთადერთ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა[7. გვ.47].
6. პოლიტიკურ ფაქტორებს ძალიან დიდი როლი ჰქონდათ სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაში. გერმანიაში სოციალური დაზღვევა შემოღებულ იქნა სოციალისტური მოძრაობების ოპოზიციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ასევე, რუსეთში სოციალური რეფორმები მიმართული იყო რევოლუციონერების დასაშოშმინებლად. იტალიაში ომებს შორის სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება დაკავშირებული იყო კლასებს შორის ერთობის განმტკიცებასთან. ბევრიოჯის რეფორმა ნაწილობრივ დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან[7. გვ.48].
7. განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელდა მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის მოცვა. ზოგიერთ ქვეყნებში ადრეულ ეტაპზე უნივერსალური მოცვის დანერგვას ხელი შეუშალა მოცვის გაფართოებასთან დაკავშირებულმა ხარჯებმა, სოციალურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა[7. გვ.48]

საყოველთაო ჯანდაცვა განვითარებად ქვეყნებში

როგორც წესი, განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ძალიან დაბალია. ცხადია, ამ მხრივ, განვითარებად ქვეყნებს შორის არსებობს განსხვავებები [15.GTZ/ILO/WHO].

ლათინური ამერიკა

ლათინური ამერიკის უმრავლეს ქვეყნებში არსებობს სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელიც ძირითადად პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ დაინერგა. ამ მხრივ, გამოყოფენ სამ ეტაპს. პირველ ეტაპზე სოციალური დაზღვევის სისტემა ჩამოყალიბდა არგენტინაში, ბრაზილიაში, ჩილეში, ურუგვაისა და კუბაში. თავდაპირველად იგი მოიცავდა სახელმწიფო მოსამსახურეებს, მსხვილი მრეწველობის მუშაკებს (სატრანსპორტო, ენერგეტიკული, საბანკო და საკომუნიკაციო სფეროებში დასაქმებულები). შემდგომ ეტაპზე იგი გავრცელდა სხვა მუშაკებზე, სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულებზე და თვითდასაქმებულებზე. მათზე განსხვავებული პაკეტები იყო დაწესებული. სახელმწიფო მოსამსახურეებზე და მსხვილი მრეწველობის მუშაკებზე განისაზღვრა უკეთესი პაკეტი. პაკეტების ასეთი დიფერენცირება მნიშვნელოვნად აფერხებდა მათ ერთ სქემაში გაერთიანებას[14. გვ.362].

არგენტინაში სოციალური დაზღვევა ეფუძნებოდა სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებს პროფკავშირების მიერ მართულ ფონდებში (Obras Sociales). ფონდების რაოდენობა 300-ს აღემატებოდა, მათგან უმსხვილეს 30 ფონდში გაწევრიანებული იყო 70%. მათი დიდი ნაწილი მე-19 საუკუნეში წარმოიქმნა. სადაზღვევო სქემები ფარავდნენ როგორც მუშებს, ასევე მათი ოჯახის წევრებს. გარდა ამისა, თითოეულ 23 პროვინციაში არსებობდნენ ფონდები, რომლებიც ფარავდნენ სახელმწიფო მოხელეების ხარჯებს. გამოიკვეთა რამდენიმე პრობლემა.

პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ფონდების მონოპოლიური ხასიათი, რადგანაც მუშაკები ხშირად იძულებულნი იყვნენ დაზღვეულიყვნენ მათთვის არასასურველ სადაზღვევო ფონდში. გარდა ამისა, ღარიბ ფონდებში დაზღვეულები იძულებულნი იყვნენ თანაგადახდების სახით საკუთარი ჯიბიდან გადაეხადათ მკურნალობის თანხები. 1994 წელს შემოღებულ იქნა გარანტირებული მინიმალური დაფინანსება ფონდების განაწილების მეშვეობით. თითოეულ ფონდს დაუწესდა მინიმალური ბაზისური პაკეტი[14. გვ.363].

ჩილე იყო ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, რომელმაც 1930-იან წლებში დააფუძნა სოციალური დაზღვევა. თავდაპირველად იგი ვრცელდებოდა მრეწველობაში დასაქმებულებზე. 1970-იან წლებში მოსახლეობის დაახლოებით 75% მოცული იყო სოციალური დაზღვევით. არგენტინური სისტემის მსგავსად, სხვადასხვა ჯგუფების სარგებლების პაკეტებს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. სახელმწიფო მუშაკებს და მრეწველობაში დასაქმებულებს გააჩნდათ უკეთესი სარგებლების პაკეტები, ვიდრე სხვა სფეროში დასაქმებულებს[14. გვ.363].

მთავარი რეფორმები განხორციელდა პინოჩეტის მთავრობის მიერ. კერძო სექტორის როლის გაფართოების მიზნით, ხალხს სტიმული ეძლეოდა უარი ეთქვა სოციალურ დაზღვევის სისტემაზე და შეეძინათ კერძო დაზღვევა. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენდა შემოსავლების და რისკის ჯგუფების მიხედვით რისკების გაერთიანების სოლიდარობის პრინციპზე. ნებაყოფლობითად დაზღვეულებს უპირატესად დაბალი რისკის, უფრო მდიდარი მუშაკები შეადგენდნენ. ასეთ ჯგუფებს შეეძლოთ მიეღოთ მიმზიდველი დაზღვევა, პროვაიდერების ფართო არჩევანით და შედარებით დაბალი პრემიებით. მოხუცებისათვის, ქრონიკულად ავადმყოფებისათვის და ბავშვებისათვის დადგენილი იყო შედარებით ძვირი სარგებლების პაკეტები და ძირითადად მოცულნი იყვნენ საყოველთაო დაზღვევით. ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაფინანსების შემცირებით დაქვეითდა საზოგადოებრივი სერვისების ხარისხი. ჩილეში სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გამოსვლა შეეძლო ნებისმიერი შემოსავლის პირს. ამისგან განსხვავებით, ნიდერლანდებსა და გერმანიაში სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გასვლის უფლება ჰქონდათ მხოლოდ მაღალშემოსავლიან პირებს[14. გვ.364].

ბრაზილია ერთადერთი ქვეყანაა ლათინურ ამერიკაში, რომელმაც შემოიღო უნივერსალური მოცვა. თავდაპირველად აქ განვითარდა დასაქმებაზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. 1988 წელს შემოღებულ იქნა ერთიანი და დეცენტრალიზებული ჯანმრთელობის სისტემა. მოცვის სიღრმეს აბრკოლებდა ქვეყნის მასშტაბით სხვადასხვა რეგიონებს შორის ეკონომიკური განსხვავებები. ცენტრალური ხელისუფლება უზრუნველყოფდა რეგიონების დაფინანსებას მოსახლეობის ზომის მიხედვით, რომელსაც ასევე ემატებოდა ადგილობრივი რესურსები. ღარიბ რეგიონებს არ შეუძლიათ უზრუნველყონ იმავე ხარისხით მოცვა, როგორც მდიდარ რეგიონებს, რაც განაპირობებს მათ შორის მნიშვნელოვან განსხვავებებს[14. გვ.367].

სოციალური დაზღვევის განვითარების მეორე ეტაპი დაიწყო 1940-იან წლებში. იგი გავრცელდა მექსიკაში, პერუში, კოლუმბიაში, პანამაში, ეკვადორში, ბოლივიაში, პარაგვაისა და ვენესუელაში, რასაც ხელი შეუწყო ამ ქვეყნების ინდუსტრიალიზაციამ. მექსიკაში სოციალური დაზღვევის სისტემით დაახლოებით მოცულია მოსახლეობის 50%, უმეტესად ლეგალური მუშაკები და მათი ოჯახები. დანარჩენები დაზღვეულია კერძო დაზღვევით[14. გვ.370].

სოციალური დაზღვევის განვითარების მესამე ეტაპი დაიწყო 1950-იან 1960-იან წლებში. იგი შეეხო ისეთ ღარიბ ქვეყნებს, როგორცაა: დომინიკის რესპუბლიკა, გვატემალა ელ-

სალვადორი, ნიკარაგუა და ჰონდურასი. მოცვის გაფართოებას ხელს უშლის ქვეყნის მშპ-ის დაბალი მაჩვენებელი, შედარებით მცირე სამრეწველო მუშაკები და დაქსაქსული, მიმოფანტული სოფლის მოსახლეობა[14. გვ.376].

ყოფილი საბჭოთა კავშირი და აღმოსავლეთ ევროპა

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა სოციალური დაზღვევის სისტემა. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებობდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი, რომელიც თეორიულად თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები სხვადასხვა ჯგუფებს შორის. მაგალითად, პარტიული მუშაკები, ე.წ. ნომენკლატურა უზრუნველყოფილი იყო მაღალი სტანდარტის სერვისებით. მოსახლეობის სხვა ფენები დებულობდნენ შედარებით დაბალი სტანდარტის სერვისებს. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები[12. GTZ/ILO/WHO].

სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღებით განხორციელდა დამფინანსებელი მხარის (სადაზღვევო კომპანია, ამ ჯანდაცვის სამინისტრო) და მიმწოდებლების განცალკევება. დამფინანსებელს უფლება ჰქონდა აერჩია მისთვის სასურველი სამედიცინო დაწესებულება, რაც ზრდიდა მათ შორის კონკურენციას და შესაბამისად დადებითად მოქმედებდა მომსახურების ხარისხზე[11. გვ.874].

ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., რუსეთში) დაზღვეულებს მიეცათ სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ჩართული ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო კომპანიების არჩევის უფლება. თუმცა, ფაქტიურად, ზოგჯერ ეფექტური კონკურენცია არ არსებობდა, რადგან ზოგიერთ რეგიონში ფუნქციონირებდა მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია. შესაბამისად დაზღვეულებს არ ჰქონდათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევანის საშუალება[9. გვ.75].

სოციალური დაზღვევის მშენებლობის გზაზე მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენდა არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა, საწარმოების დაბალი გადახდისუნარიანობა, გადამხდელთა მონაცემების ერთიანი ბაზის არარსებობა. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები[6.1998].

საქართველო

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში გამოყოფენ ოთხი პერიოდს: ინერციის პერიოდი - 1991-1995 წლები, რეფორმების პირველი პერიოდი - 1995-2003, რეფორმების მეორე პერიოდი - 2004-2012 წლები და რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წლიდან დღემდე.

2013 წლის თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა [2. 2013].

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, 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, 560 ათასი ადამიანი

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა, 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.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა თავდაპირველად ითვალისწინებდა მინიმალურ პაკეტით უზრუნველყოფას, რაც გულისხმობდა ოჯახის (ან უბნის) ექიმისა და ექთნის კონსულტაციას, ასევე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას. 2013 წლის 1 ივლისიდან პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში [2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა აზღვევს ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა არადაზღვეულ პირს. პირველად ქვეყნის ისტორიაში სახელმწიფო დაზღვევა გავრცელდება, როგორც ქვეყნის მოქალაქეებზე, ისე პირადობის ნეიტრალური მოწმობის/ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებზე და სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირებზე [2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით. მას შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში. ამასთან, თუ არ მოეწონება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, შეუძლია შეცვალოს რეგისტრაცია 2 თვეში ერთხელ. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას. რაც შეეხება გეგმიური სტაციონარულ მომსახურებას, მის მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად [2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს [1].

პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი მომსახურება: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წლის თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება. პარალელურად, აშშ-ის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტის (USAID/HSS) ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ჩატარდა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ და პროვაიდერებისა და მოსარგებლეების ხარისხობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფების დისკუსია) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით [2].

გამოკითხვის შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლების აბსოლუტური უმრავლესობა (96.4%) კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებით, ხოლო მოსარგებლების 80.3% კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით; გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა. ასევე მოსარგებლეთა უმრავლესობა მიუთითებს თავისუფალი არჩევანის უფლებაზე, როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ დადებით მხარეზე. გამოკითხულთა 7.6% უკმაყოფილებას ძირითადად გამოთქვამდა სასურველი მომსახურების მიღებამდე ლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობაზე.

დისკუსია/ინტერპრეტაცია

ზემოთმოყვანილი აკადემიური წყაროების გაანალიზებით, შეიძლება ვთქვათ, რომ უნივერსალურ დაზღვევას ბევრი დადებითი მხარე აქვს. მათ შორის აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის ასეთი ფორმა ქმნის იმის წინაპირობას, რომ მაღალი რისკები უკეთ გადანაწილდეს ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, ახალგაზრდიდან მოხუცზე და ა.შ. ნათლად გამოიკვეთა, რომ მხოლოდ კერძო დაზღვევა უნივერსალური დაზღვევის გაფართოების საუკეთესო საშუალება არ არის. ასევე, მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ თითქმის ყველა ქვეყანამ განვითარებულმა თუ განვითარებადმა თავისი უნიკალური გზა განვლო უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის განვითარებამდე. ხაზგასასმელია, რომ უნივერსალური დაზღვევის განვითარებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება. აქედან გამომდინარე, ხშირად ქვეყნის არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვან დამაბრკოლებლად გვევლინება უნივერსალური დაზღვევის განვითარებაში.

დასკვნა

არსებობს უამრავი გზა, რომლითაც ქვეყანას შეუძლია მიაღწიოს უნივერსალურ მოცვას. ამ მხრივ, თითოეული ქვეყნის გამოცდილება უნიკალურია. შეიძლება ითქვას, რომ საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლისას უმნიშვნელოვანესი როლი აკისრია სახელმწიფოს (რეგულირება, აუცილებელი საბაზისო მომსახურების პაკეტი). უნივერსალური მოცვის მოდელები განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში განსხვავებულია და ის დამოკიდებულია ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, სამთავრობო პოლიტიკაზე.

საქართველოსათვის, როგორც განვითარებადი ქვეყნისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი). აქვე გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში, სადაც ჯანდაცვაზე ისედაც მწირი რესურსებია გამოყოფილი, თუ არ იქნა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდები გამოყენებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარება შეიძლება შეფერხდეს. მიზანშეწონილია ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

აბსტრაქტი

შესავალი: თითოეულ ქვეყანას საკუთარი მიდგომა აქვს შემუშავებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. საქართველო ახლახანს შეუდგა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვას. ნაშრომის მიზანია, გაანალიზოს

უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. **შედეგები, დისკუსია:** უნივერსალური დაზღვევის განვითარებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება. აქედან გამომდინარე, ხშირად ქვეყნის არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვან დამაბრკოლებლად გვევლინება უნივერსალური დაზღვევის განვითარებაში. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საქართველოსათვის, როგორც განვითარებადი ქვეყნისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი), ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

საკვანძო სიტყვები: უნივერსალური მოცვა; საყოველთაო ჯანდაცვა

Abstract

World experience of universal coverage and reform of the Georgian health care system

Ani Kentchashvili, Maia Kvikvinia, Lasha Gvaramia, Lana Burtchuladze, Anna Machitadze, Cira Katchiuri – faculty of the Social and political science, Bachelors of the sections of the Policy science, International Relations and Social work

Tengiz Verulava - Academic doctor of medicine, professor

Introduction: Each country has elaborated its own approach to improve state of health of the population. Georgia has recently started universal health system implementation. This paperwork aims to analyze world experience of universal coverage and Georgian health care reform. **Methodology:** For the research we have used the method of studying and processing of primary and secondary information of universal coverage issues. **Consequences, Discussion:** The development of the universal coverage is significantly promoted by the economic situation of the country. As a consequence, unsuccessful economic situation of the country is the significant obstacle for developing of the universal coverage. **Conclusion, Recommendations:** For Georgia as for developing country, it is advisable to have general payments (model of Beveridge) for financing health care system, to elaborate cost containment methods and complex approach with appreciate of the country's specific economic situation.

Key words: Universal coverage; health care system

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა:ერთი წლის შედეგების შეფასება, პრესრელიზი.
2. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა - მოსარაგებლები დასამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.
3. თენგიზ ვერულავა (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
4. Appiah-Denkyira E and Preker A (2007) Reaching the Poor in Ghana with National Health Insurance – An Experience from the Districts of the Eastern Region of Ghana. Extending Social Protection in Health. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO.
5. Atim C (1999) Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. Social Science and Medicine 48 (7): 881–896.

6. Bennett S, Creese A, and Monasch R (1998) Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. Geneva, Switzerland: WHO Analysis Research and Assessment Division.
7. Carrin G and James C (2005) Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review* 58: 45–64
8. Carrin G, Waelkens MP, and Criel B (2005) Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health* 10(8): 799–811.
9. Dror D and Jacquier C (1999) Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded. *International Social Security Review* 52(1): 71–97
10. Ensor T Universal Coverage in Developing Countries, Transition to. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 6. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 441-452.
11. Ensor T (1999) Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine* 48(7): 871–879
12. Frenk J, Knaul F, Gonzalez-Pier E, and Barraza-Llorens M (2007) Poverty Health and Social Protection. *Extending Social Protection in Health*. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO
13. Kutzin J (1998) Enhancing the insurance function of health systems: A proposed conceptual framework. In: Nitayarumphong S and Mills A (eds.) *Achieving Universal Coverage of Health Care*, pp. 27–101. Bangkok, Thailand: Nontaburi Ministry of Public Health Thailand.
14. Mesa-Lago C (1991) Social security in Latin America and the Caribbean: A comparative assessment. In: Ahmed E, Dreze J, Hills J, and Sen A (eds.) *Social Security in Developing Countries*, pp. 356–394. New York: Oxford University Press.
15. Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Patcharanarumol W, and Jongudomsuk P (2007) University Coverage in Thailand: The Respective Roles of Social Health Insurance and Tax-Based Financing. *Extending Social Protection in Health*. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO.
16. World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health Executive Summary*. Washington, DC: World Bank.
17. World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization
18. World Health Organization (2006) *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
19. Twigg J (1999) Regional variation in Russian medical insurance: Lessons from Moscow and Nizhny Novgorod. *Health and Place* 5(3): 235–245.

ინტერნეტ-წყაროები

20. <http://www.ilo.org> – International Labour Organization (ILO),(20.10.2016)
21. <http://www.OECD.org> – Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), (23.10.2016)
22. <http://www.worldbank.org> – World Bank,(22.10.2016)
23. http://www.who.int/health_financing – World Health Organization, Health Financing Policy,(23.10.2016)

ჰომეოპათიის განვითარება საქართველოში: პრობლემები და პერსპექტივები

მარია წამალაშვილი, ანა ხვედელიძე, ანა ბარამიძე, ნათია თელია, ქეთი ჩხეტიანი, ქეთი ტულუში - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

ჰომეოპათია ალტერნატიული მედიცინის დარგია, რომელიც თვლის, რომ დაავადების სამკურნალოდ საჭიროა ხშირად და მცირე დოზით ისეთი წამლების მიღება, რომელთა დიდი დოზა ჯანმრთელ ადამიანში გამოიწვევდა ამ დაავადების მსგავს სიმპტომებს. ჰომეოპათია იყენებს მცენარულ, მინერალურ და ცხოველურ სამკურნალო საშუალებებს უმცირესი დოზით და „მსგავსების პრინციპით“ („მსგავსების პრინციპი“ ნიშნავს მკურნალობა „მსგავსისა მსგავსით“: იმ პათოგენზე, რომელსაც პრეპარატი იწვევს დიდ დოზაში, მკურნალობს უმცირესი დოზით).

თავისი არსით ჰომეოპათია ბიომარეგულირებელი თერაპიაა, რომელიც არ სტიმულირებს ან არ თრგუნავს ამა თუ იმ პათოლოგიურ პროცესს. იგი მართავს და აწესრიგებს ორგანიზმის ადაპტაციურ მექანიზმებს და ხელს უწყობს ორგანიზმის თვითგანკურნების მექანიზმს თითოეული ადამიანის ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინებით. იგი ადამიანის ორგანიზმს და მასში არსებულ პათოლოგიებს განიხილავს არა ცალ-ცალკე სისტემების მიხედვით, არამედ მთლიანობაში და ერთ ადამიანში არსებულ რამდენიმე პათოლოგიას ლოგიკურად უკავშირებს ერთმანეთს და გვიხსნის, თუ რატომ უვითარდება იგი ადამიანს.

ჰომეოპათია მთელს მსოფლიოში გავრცელებული მკურნალობის მეთოდია. მისი ფუძემდებელია XVIII საუკუნის გერმანელი ექიმი სამუელ ჰანემანი. ჰომეოპათია უკვე 200 წელია იმკვიდრებს ადგილს მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში, თუმცა საქართველოში მედიცინის ეს დარგი მაინც სიახლედ ითვლება.

კვლევის მიზანია საქართველოში ჰომეოპათიის განვითარების და მის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესწავლა.

კვლევის ამოცანებია:

- ჰომეოპათიაზე მზარდი მოთხოვნის განმაპირობებელი ფაქტორების შესწავლა;
- რატომ ანიჭებს უპირატესობას საზოგადოების გარკვეული ნაწილი ჰომეოპათიურ მკურნალობას?
- რა გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა: სქესი, ასაკი, სოციალური მდგომარეობა ჰომეოპათიური მკურნალობის გამოყენებაზე?
- ექიმთა მოსაზრება ჰომეოპათიური მკურნალობის ეფექტურობა/არაეფექტურობის შესახებ.

ლიტერატურის მიმოხილვა

თანამედროვე რეალობაში ჰომეოპათიას ჰყავს უამრავი მიმდევრები, თუმცა არიან ისეთებიც რომლებიც მკურნალობის ამ მეთოდს სკეპტიკურად უყურებენ. “Funtime”-ისთვის მიცემულ ერთ-ერთ ინტერვიუში [1] ცნობილი ექიმი ჰომეოპათი, ეკოლოგიურ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი კახა საბახტარიშვილი საუბრობს ჰომეოპათიის მზარდ განვითარებაზე. მისი თქმით, ჰომეოპათია მედიცინის ერთ-ერთი მიმართულებაა და ბოლო დროს მსოფლიო მასშტაბით დიდი პოპულარობა მოიპოვა. მისი აზრით, ამაზე ის ფაქტიც მეტყველებს, რომ, მაგალითად, ინდოეთში ექიმების 50% სწორედ ჰომეოპათიური მკურნალობის მეთოდებს იყენებს, გერმანიაში - 25%, დიდ ბრიტანეთში - 40%. ინგლისის დედოფალი და მთელი სამეფო ოჯახი მხოლოდ ჰომეოპათიური საშუალებებით მკურნალობენ.

ისეთი განვითარებული ქვეყანა, როგორცაა გერმანია, ფართოდ იყენებს მკურნალობის ჰომეოპათიურ მეთოდს, ოქროპირ რუხაძე სტატიაში [2] „ჰომეოპათია - „მსგავსით მსგავსისა“ მკურნალობა“ საუბრობს ამ ქვეყანის მაგალითზე. მისი თქმით, გერმანიაში ჰომეოპათია, მისი სხვადასხვა მიმართულებით და მეთოდით, ძალიან გავრცელებულია. ამ ქვეყანაში რეგისტრირებულ ექიმთა 5 პროცენტი ჰომეოპათია. გერმანიაში 2009 წელს ჰომეოპათიური საშუალებებისთვის სადაზღვევო ფირმების მიერ გაღებული თანხა 25 მილიონი ევროა, ანუ საერთო თანხის ერთი მეათედი პროცენტი, მაშინ როცა ქიმიური მედიკამენტებისთვის გაღებული სახსრები ათეულ მილიარდებს აღწევს და საერთო მონაცემის 17 პროცენტი. ბატონი ოქროპირის აზრით, ჰომეოპათიის სიიაფესა და ხელმისაწვდომობაზე გერმანიაში ვერ იდავებ.

ონტარიოს ჰომეოპათიური მედიცინის კოლეჯის ინტერნეტ საიტზე მოცემულია ის უპირატესობები, რომელიც ჰომეოპათიური მკურნალობის მეთოდს გააჩნია:

. ჰომეოპათია არის ბუნებრივი და უსაფრთხო მკურნალობის მეთოდი ყველა ასაკის ადამიანისათვის და ცხოველებისთვისაც კი

. ჰომეოპათიური მედიცინა არის ეფექტური

. ჰომეოპათიური მკურნალობა ხელმისაწვდომია

. ჰომეოპათიური პრეპარატები არ შედის რეაქციაში სხვა მედიკამენტებთან

. ჰომეოპათიური მკურნალობა ინდივიდუალურია

. ჰომეოპათია კურნავს მთლიანად ადამიანს და არა კონკრეტულ დაავადებას [3]

ევროპის ჰომეოპათია საინფორმაციო საიტზე მოცემულია იმ ქვეყანათა ჩამონათვალი, სადაც ჰომეოპათია კანონითაა აღიარებული. ეს ქვეყნებია: ბელგია, ბულგარეთი, გერმანია, უნგრეთი, ლატვია პორტუგალია, რუმინეთი, სლოვენია, გაერთიანებული სამეფო. ამ ქვეყნებიდან რამოდენიმეში მხოლოდ მედიცინის დოქტორებს აქვთ უფლება განახორცილონ ჰომეოპათიური მკურნალობა.

არქიმანდრიტი რაფაელი თავის ნაშრომში “ ჰომეოპათია – მეცნიერება და არა იდეოლოგია“ აღნიშნავს, რომ ჰომეოპათიურ მკურნალობას საქართველოში იყენებდნენ ქართველი პატრიარქები კალისტრატე და ეფრემი; თუმცა საბჭოთა პერიოდში ჰომეოპათია ფაქტობრივად იდევენობდა [4]. აღნიშნული გამოწვეული იყო იმ გარემოებით, რომ ჰომეოპათიური მკურნალობა არ ეტეოდა მატერიალისტური მსოფლმხედველობის ჩარჩოებში და ეწინააღმდეგებოდა საბჭოთა იდეოლოგიას. საბჭოთა დიქტატის დამთავრების შემდეგ მდგომარეობა შეიცვალა. ჰომეოპათია არა მარტო აღიარეს, არამედ მიანიჭეს ოფიციალური სტატუსი. ამგვარად, ჰომეოპათია არ მიეკუთვნება რელიგიურ და ფილოსოფიურ სისტემებს [4].. ჰომეოპათები შეიძლება იყვნენ სხვადასხვა რელიგიის მიმდევრები და ჰქონდეთ განსხვავებული ფილოსოფიური ხედვა. ჰომეოპათია რჩება პრაქტიკულ მედიცინად, რომელიც დამყარებულია ფაქტებზე და მისი ეფექტურობა მტკიცდება არა განყენებული დისკუსიების ფონზე, არამედ ავადმყოფის საწოლთან [4].

„დღეს დიდი დილემა დგას კაცობრიობის წინაშე. მხოლოდ ქიმიურ პრეპარატებზე დამყარებული მედიცინა, რომელიც ხშირად იმართება ფარმაკოლოგიური ფირმების დიქტატით, კატასტროფას უახლოვდება. სულ უფრო ფართო გავრცელებას ჰპოვებს ჯგუფი დაავადებებისა, რომელიც ცნობილია წამლისმიერი დაავადებების სახელით. ეს ემსგავსება ადამიანის მიერ შექმნილ ცივილიზაციას, რომელიც შეიძლება საკუთარი წარმოებების გამონაბოლქვმა გაანადგუროს ან დედამიწას, რომლის სიკვდილს აჩქარებს ხშირად გაუგებარი ტექნოლოგიებით შექმნილი ქიმიური სასუქები. ამ ფონზე ისახება გამოსავალი – მივმართოთ ბუნებას და მკურნალობის ბუნებრივ საშუალებებს. [4]

ჰომეოპათიისა და ქართული ტრადიციული მედიცინის ლიგის თავმჯდომარის, კლინიკა „ოჯახის მკურნალი“ დირექტორის, საქართველოს ეკოლოგიურ მეცნიერებათა აკადემიის წევრის, თერაპევტის, ჰომეოპათის, თორნიკე ალაშვილის თქმით, ჰომეოპათია საქართველოში ოფიციალური მედიცინის ფარგლებშია. ის საუბრისას აცხადებს, რომ ჰომეოპათია ჯანდაცვის სისტემაში სპეციალობათა ნუსხაშია, ის ისწავლება რამდენიმე სამედიცინო ინსტიტუტში და, ამავე დროს, საქართველოში მოქმედებს კლინიკა „ოჯახის მკურნალი“, სადაც ჰომეოპათი ექიმები მუშაობენ. [5]

მაკათმა განდი აღიარებდა ჰომეოპათიის უპირატესობებს. მისი აზრით, ჰომეოპათია მეცნიერების სრულყოფილი დარგია, რომელიც ბევრად უსაფრთხო და ეკონომიურია, და გამოიყენება მრავალი დაავადების სამკურნალოდ [6].

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ექსპერტების გამოკითხვა და სიღრმისეული ინტერვიუ. სიღრმისეული ინტერვიუ ჩატარდა საქართველოში ჰომეოპათია ასოციაციის პრეზიდენტთან გია ნადარეიშვილთან. სიღრმისეული ინტერვიუ ასევე ჩატარდა სამ ექიმთან, სამ ჰომეოპატთან და 5 ჰომეოპათიის მეთოდით მოსარგებლე პაციენტებთან.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ონლაინ გამოკითხვა, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 50-მა რესპონდენტმა. შერჩევა იყო არაალბათური, კვლევაში მონაწილეთა ეთიკური უფლებები იქნა დაცული. მსგავსი მულტიმეთოდური მიდგომა დაგვეხმარა საკითხის უფრო სიღრმისეულ შესწავლასა და ინტერპრეტირებაში.

კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ კვლევის გეოგრაფიული არეალი მხოლოდ თბილისს მოიცავდა, რაც ასევე ნაკლებ წარმოდგენას გვაძლევს საქართველოს ზოგად სურათზე.

კვლევის შედეგები

ექსპერტი გია ნადარეიშვილი აღნიშნავს, რომ საქართველოში ჰომეოპათიის აქტუალობა წლიდან წლამდე იზრდება. მისი ჰომეოპათიით დაინტერესება მაშინ დაიწყო, როდესაც გაიგო ახლობელის განკურნება ჰომეოპათიური პრეპარატით. ამის შემდეგ გადაწყვიტა გერმანიაში მიეღო ჰომეოპათიური განათლება. იგი 30 წელზე მეტია ამ სფეროში მოღვაწეობს და უკვე 40 000-მდე პაციენტს ჩაუტარა მკურნალობა.

ექსპერტის აზრით, ჰომეოპათია არ არის სიცოცხლისათვის საშიში და სრულიად უსაფრთხოა ორგანიზმისათვის. მედიკამენტების მიღებით შეიძლება სერიოზული საფრთხე დაემუქროს ჯანმრთელობას, მაშინ, როდესაც ჰომეოპათიური პრეპარატების შემთხვევაში მსგავსი რისკები არ არსებობს, თუნდაც მისი დიდი დოზით მიღების დროს. მისი თქმით, ჰომეოპათიას ძითადად ისეთი პაციენტები მისდევენ, რომლებიც უკმაყოფილონი არიან მედიცინის შედეგებით.

ჰომეოპათი თენგიზ ტერუნაშვილი ამ სფეროთი მაშინ დაინტერესდა, როდესაც მრავალწლიანი მკურნალობის შემდეგ მწვავე სახსრების ტკივილების განკურნება მხოლოდ ჰომეოპათიური გზით შეძლო. მან დანერგა საქართველოში ჰომეოპათიის ისეთი მიმართულებები, როგორცაა: ჰომოტოქსიკოლოგია, ფიზიოლოგიურ-რეგულაციური მედიცინა, იზოპათიური მედიცინა და სხვა. მისი თქმით, პირველი ჰომეოპათიური აფთიაქი საქართველოში შეიქმნა დაახლოებით ათი წლის წინ, ჰომეოპათ გიორგი გორგასლიძის ძალისხმევით.

ოპონენტების მოსაზრებას იმის შესახებ, რომ ჰომეოპათიურ პრეპარატებს პლაცებო ეფექტი აქვს, ექსპერტი იმით პასუხობს, რომ ჰომეოპათია ცხოველებშიც წარმატებით გამოიყენება, ხოლო ცხოველებზე შეუძლებელია პლაცებო ეფექტის მოქმედება. ჰომეოპათიური პრეპარატები აბსოლუტურად უსაფრთხოა ადამიანისათვის. ექსპერტის აზრით, ჰომეოპათია საქართველოში ახლა იწყებს განვითარებას და მას დიდი მომავალი აქვს.

ჰომეოპათიური მკურნალობის მეთოდის მქონე პაციენტებთან ინტერვიუების ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა რომ ყველა მათგანი უპირატესობას ამ მკურნალობის მეთოდს ანიჭებს. მათი აზრით, ეს მეტად იაფი, სანდო და რაც მთავარია ბუნებრივი გზაა დაავადებებთან სამკურნალოდ. „ჰომეოპათიური მკურნალობის შესახებ რამდენიმე წლის წინ, ახლობლის მეშვეობით შევიტყვე, ის მკურნალობდა. იმ დროს ინსომნია მჭირდა და ძალიან ხშირად მტკიოდა თავი. გადავწყვიტე მეც მიმემართა მისთვის და მიმეღო ის ბურთულები-პრეპარატები, რომელსაც ჩემი ახლობელი სვამდა. შედეგით ნამდვილად კმაყოფილი დავრჩი. მომიწესრიგდა ძილის რეჟიმი და თავის ტკივილებიც მალე ჩაბარე წარსულს. რაც მთავარია, ეს არ ყოფილა დროებითი ეფექტი.“ აცხადებს სიღრმისეული ინტერვიუში ქ-ნი ნინო ა. რესპონდენტები საკუთარი პრაქტიკის გათვალისწინებით საუბრობდნენ ჰომეოპათიის შესახებ. ერთ-ერთი მათგანი იმასაც კი ამბობდა რომ ჰომეოპათიურმა საშუალებებმა, რომელიც ცხოველური ექსტრაქტისგან მიიღებოდა, დაუშალა თირკმელში არსებული კენჭები. ყველა რესპონდენტი ჰომეოპათიური მკურნალობის მოთხოვნილების

გაზრდას ვარაუდობს სამომავლოდ, რადგან ეს მეთოდი უსაფრთხო და შედეგიანია. „რეკომენდციას რა თქმა უნდა ჰომეოპათიას გავუწევ, შედეგებს ვხედავ, ეს ფაქტია, ახლობლებსად იგივეს ვურჩევ ყოველთვის“ - გვითხრა ინტერვიუში საუბრისას ბატონმა დემურმა.

პაციენტებისგან განსხვავებული აზრი ჰქონდათ გამოკითხულ ექიმებს, ისინი სკეპტიკურად აფასებდნენ ჰომეოპათიური მეთოდით მკურნალობას და თვლიან რომ ეს სარისკო ქცევაა კია, პაციენტთა მხრიდან. მათი თქმით, თანამედროვე სამყაროში არსებობს არაერთი მედიკამენტი რომლის გამოყენებითან პაციენტს ყოველგვარი უკუჩვენების გარეშე. ჰომეოპათია სიმცირეზე საუბრობს ერთ-ერთი ექიმი, მისი თქმით ჰომეოპათიური ინსტიტუტის მზარდი განვითარების ხელის შემშლელი ფაქტორი ესეცაა.

„კლასიკური ექიმები“ მზარდი რაოდენობით უპირატესობას ფლობენ, ჰომეოპათი ექიმებთან შედარებით, სწორედ ამიტომ ხალხში ვერ სარგებლობენ გარკვეული პოპულარულობით“- განაცხადა ინტერვიუში ლელა ბაკურაძემ, „ველედას“ ოფიციალურმა წარმომადგენელმა საქართველოში. მან ასევე აღნიშნა, რომ ექიმები თვლიან რომ ჰომეოპათები არ არიან ექიმები, ხოლო ჰომეოპათები პირიქით, ანტიბიოტიკის საჭიროებას უარყოფენ. შესაბამისად ამ ორი მხრის მეგობრობა წარმოუდგენელი და დროის ამბავის საკითხია. ჰომეოპათია საფუძვლიან სამომავლო განკურნებას გთავაზობს.

რაოდენობრივი კვლევის ონლაინ გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 51-მა რესპონდენტმა, რომელთაგანაც დაახლოებით 30% იყო მამაკაცი, ხოლო 70%- ქალი. გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობას 59% 18-25 წლამდე ახალგაზრდები წარმოადგენდნენ.

საინტერესოა ის ფაქტი, რომ გამოკითხულთა 49%მა ზუსტად იცოდა ჰომეოპათიის განმარტება, დანარჩენ 51%-ს კი არასწორი წარმოდგენა ჰქონდა ამ ტერმინზე. გამოკითხულთა მხოლოდ მცირე ნაწილს, კერძოდ 25%-ს ჰქონდა უშუალო შეხება ჰომეოპათიური მკურნალობის მეთოდთან. კვლევამ აჩვენა, რომ რესპოდენტები, მათი ახლობლები თუ ნაცნობები იშვიათად მიმართავენ ჰომეოპათიური მკურნალობის მეთოდს. გამოკითხულთა მხოლოდ მცირე ნაწილი ადასტურებს, რომ მათ ახლობლებსა თუ ნაცნობებს უმკურნალიათ ჰომეოპათიური მეთოდებით.

რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, ჰომეოპათიური მეთოდით მკურნალობა სანდოა. თუმცა, რესპოდენტთა უმეტესობა აცხადებს, რომ საქართველოში ჰომეოპათიური მკურნალობა არ არის პოპულარული. გამოკითხულთა 60% უპირატესობას მკურნალობის ტრადიციულ მეთოდს ანიჭებს. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ რაც უფრო მაღალია რესპოდენტთა ასაკი, მით მეტია ჰომეოპათიური მეთოდით ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობაც. 41 და მეტი წლის რესპოდენტების 90%-ს ჰომეოპათიური მეთოდით უმკურნალია ან მათ გარშემო ხშირია ამ მეთოდის მკურნალობის ფაქტები.

დასკვნა, რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებმა ცხადყო რომ საქართველოში ჰომეოპათიის გზით მკურნალობა არც თუ ისე პოპულარული, მაგრამ მზარდი მოვლენაა. ჰომეოპათი ექიმების აზრით, საქართველოში მკურნალობის ამ მეთოდს დიდი მომავალი აქვს და შესაძლებელია მალე იმდენად ტრადიციულ მოვლენად იქცეს, რამდენადაც სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების სფეროა განვითარებული. ჰომეოპათიის ინსტიტუტი საზოგადოებაში სანდოობით სარგებლობს.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია მკურნალობის ამ მეთოდის პოპულარიზაცია და მოსახლეობის ამ საკითხისადმი მეტად ინფორმირებულობა. სასურველია სახელმწიფოს მხრიდან ამ მიმართულებით დაინტერესება და მისი განვითარების ხელშეწყობა. ტრადიციული მედიცინის და ჰომეოპათიური მკურნალობის სერვისები საზოგადოების მოთხოვნილებებს უკეთესად უზრუნველყოფს და დააკმაყოფილებს.

აბსტრაქტი

შესავალი: ჰომეოპათიური მკურნალობა არა მხოლოდ საქართველოში, არამედ მთელს მსოფლიოში ფართოდ გავრცელებული მკურნალობის მეთოდია, რომელსაც ბევრი მიმდევარი ჰყავს და მზარდ მოვლენად ითვლება. კვლევის მიზანია საქართველოში ჰომეოპათიის განვითარების და მის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** კვლევის ფარგლებში გამოვიყენეთ როგორც რაოდენობრივი კვლევა, ონლაინ გამოკითხვის

მეშვეობით, ისე თვისებრივი კვლევაც, კერძოდ ექსპერტთა გამოკითვა, თოვლის გუნდის გამოყენებით და სიღრმისეული ინტერვიუების მეთოდი. **შედეგები, დისკუსია:** გამოკითხული მოსახლეობის ნაწილის აზრით, ჰომეოპათია საქართველოში პოპულარული არ არის, თუმცა პაციენტთა უმრავლესობა ნდობითაა განწყობილი მკურნალობის ამ მეთოდის მიმართ. მათი აზრით, ჰომეოპათიური მკურნალობის დადებით მხარეს მკურნალობის ხელსაყრელი პირობები, პრეპარატების უკუჩვენებების არ ქონა, პრეპარატთა ბუნებრივი შემცველობა და ეფექტიანობა. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია, ჰომეოპათიური მკურნალობის მეთოდის პოპულარიზაცია და მოსახლეობის ამ საკითხისადმი მეტად ინფორმირებულობა. სასურველია სახელმწიფოს მხრიდან ამ მიმართულებით დაინტერესება და მისი განვითარების ხელშეწყობა.

Research in Georgia "Homeopathy Institute" needs and functioning of the reasons

Marika TsamalaSvili, Ana Khvedelidze, Ana Baramidze, Natia Telia, Ketii Chkhetiani, Ketii Tughushi - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology

Tengiz Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor

Abstract

Introduction: homeopathic treatment not only in Georgia but throughout the world is a widespread method of treatment, which has a great following and growing event. The goal of research is to search "Institute of Homeopathy" in Georgia, its needs and the functioning of the reasons for establishing the basis of the opinion of the population. **Methodology:** the survey was conducted using both quantitative research through an online survey, and qualitative research. **Results:** The results of a panel discussion of people surveyed believe that homeopathy is not popular in Georgia, however because of its credibility questioned have drawn. Patient's to clear their confidence and attitude towards this method of treatment. The study showed that the homeopathic treatment practices of the respondents are positive on the future of this institution and still intend to apply it. Respondents point out the benefits of homeopathic treatment, in particular the treatment of favorable conditions, lack of drugs, contraindications, drug content in natural and efficiency, which affects the whole body. **Conclusions and recommendations:** homeopathic treatment and the promotion of awareness of this issue, in our view, is recommended. It is to be wished that the state gave supportive services in the direction of interest. The healthcare sector, and provides better meet needs of the community model of homeopathic treatment.

ბიბლიოგრაფია

- 1) კახა საბახტარიშვილი „ რა არის ჰომეოპათია და რა უპირატესობები აქვს მას?!“ <http://funtime.ge/mkurnali-mcenareebi/ra-aris-homeopatia-da-ra-upiratesobebi-akvs-mas> (27.12.16)
- 2) ოქროპირ რუხაძე „ ჰომეოპათია - მსგავსით მსგავსისა მკურნალობა“ -თბილისი, 2010 წ. <http://www.radiotavisupleba.ge/a/2100912.html> (წვდომის თარიღი 26.12.2016)
3. ონტარიოს ჰომეოპათიური მედიცინის კოლეჯის ინტერნეტ საიტი <http://www.ochm.ca/benefits-of-homeopathy> (წვდომის თარიღი 28.12.2016)
4. არქიმანდრიტი რაფაელი (კარელინი) „ჰომეოპათია – მეცნიერება და არა იდეოლოგია,“ <http://mana.ge/index.php/medicalarticles/abouthomeopatia/rafaeli> (27.12.2016)
5. ოქროპირ რუხაძე „ ჰომეოპათია - მსგავსით მსგავსისა მკურნალობა“ -თბილისი, 2010 წ. <http://www.radiotavisupleba.ge/a/2100912.html> (წვდომის თარიღი 26/12.2016)
6. What do Nobel Laureates say about Homeopathy? 5.06.2012 <https://drnancymalik.wordpress.com/tag/mahatma-gandhi/> (წვდომის თარიღი 30.12.2016)

უნივერსალური ჯანდაცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები

ნიკოლოზ სურმავა, ცოტნე ციცხვაია, მარიამ კვანჭიანი, სალომე ჭონიშვილი, მაიკო ჭანტურიძე - ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა [1].

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, 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, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა [2]. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა [2].

პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში. ცხადია, დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვა სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედებს საჭირო სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე, და შესაბამისად კმაყოფილებაზე.

უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება მრავალ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. სხვადასხვა ქვეყნები განსხვავებულ მიდგომებს იყენებენ არსებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად. კვლევის მიზანია, სამხრეთ კორეის გამოცდილების საფუძველზე საყოველთაო ჯანდაცვის საკვანძო საკითხების განხილვა, საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარებაში არსებული გამოწვევების შესწავლა. სამხრეთ კორეის გამოცდილება განსაკუთრებით აქტუალურია საშუალო და დაბალ შემოსავლიანი ქვეყნებისათვის, რომელნიც ცდილობენ ქვეყანაში უნივერსალური ჯანდაცვის მიღწევას.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. წყაროებს წარმოადგენდნენ როგორც საკანონმდებლო, ისე საინფორმაციო-სტატისტიკური მასალები, სხვადასხვა ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიები და პუბლიკაციები, სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჯანდაცვის ექსპერტთან ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარების გამოყენებით.

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება კორეაში

სამხრეთ კორეაში კანონი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ მიღებულ იქნა 1963 წელს სამხედრო მთავრობის მიერ. ქვეყანაში არსებული მძიმე ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის გამო სოციალური დაზღვევის სისტემის მშენებლობა შეფერხდა 1970-იან წლების შუა პერიოდამდე. 1976 წელს გადასინჯულ იქნა კანონი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ,

რომლის ძალით მთელი მოსახლეობა იქნა მოცული სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევით. [3]

1977 წლიდან კორპორაციებზე, რომელთა თანამშრომლები 500-ს აღემატებოდნენ, გავრცელდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. 1979 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევა გაფართოვდა იმ საწარმოებზე, რომელთა თანამშრომლები შეადგენდნენ 300-ზე მეტს, 1981 წელს იგი კიდევ უფრო გაფართოვდა მათზე, რომელთაც ჰყავდათ 100-ზე მეტი თანამშრომელი, ხოლო 1983 წლიდან მათზე, ვისაც ჰყავდა 16-ზე მეტი თანამშრომელი.

1977 წელს ამოქმედდა უმწეოთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა (Medicaid). 1979 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას შეუერთდნენ სახელმწიფო მოხელეები და მასწავლებლები. ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში თვითდასაქმებულებს ჩართვის მიზნით 1981 წელს სახელმწიფომ შექმნა საპილოტე პროგრამა რამდენიმე სოფელში და ქალაქში. 1988 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამამ მიაღწია უნივერსალურ მოცვას სოფლის თვითდასაქმებული მოსახლეობის ჩართვით, ხოლო 1989 წლიდან ქალაქის თვითდასაქმებული მოსახლეობის ჩართვით.

თავიდანვე, ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ჩართვა ხდებოდა ოჯახის წევრების საფუძველზე. დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაზღვევა ეფუძნებოდა სამუშაო ადგილებს, ხოლო თვითდასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაზღვევა - მათ რეგიონში საბინადრო ადგილს. დიდ კორპორაციებს თანამშრომელთა ჯანმრთელობის დასაზღვევად გააჩნდათ ინდივიდუალური საწარმოს დონეზე არსებული სადაზღვევო საზოგადოებები. მცირე და საშუალო ზომის ფირმები გაერთიანდნენ მათ გეოგრაფიულ არეალში მყოფ სადაზღვევო საზოგადოებში.

1977 წელს დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 8.8% (5000 პირი), 1980 წლიდან 1995 წლამდე მოცვა გაიზარდა 24%-დან 98%-მდე, 2006 წლის მონაცემებით საყოველთაო დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 98.2%. [3]

სამხრეთ კორეაში ავტორიტარულმა პოლიტიკურმა რეჟიმმა და პოლიტიკური ლეგიტიმაციის სურვილმა დიდი როლი ითამაშა საყოველთაო ჯანდაცვის განვითარებაში. ამისგან განსხვავებით, დასავლეთის ქვეყნებში უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი ითამაშეს მუშათა მოძრაობებმა და კლასობრივმა დაპირისპირებებმა. იმ პერიოდში ქვეყანაში არ არსებობდნენ არც მუშათა და არც სოციალ-დემოკრატიული პარტიები. სამხრეთ კორეის პრეზიდენტის პაკ ჩონ ჰის მიერ 1960-იან წლებში დაწყებულმა 5 წლიანმა ეკონომიკური განვითარების გეგმამ არსებითად გააუმჯობესა ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. მთავრობამ გააცნობიერა სოციალური კეთილდღეობის სისტემის უპირატესობა და 1977-1981 წლებში შემუშავებულ იქნა ეკონომიკური განვითარების მეოთხე გეგმა, სადაც დიდი ყურადღება ექცეოდა სოციალურ განვითარებას.

საყოველთაო ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ჯანმრთელობის დაზღვევის გაფართოება თვითდასაქმებულებზე და არაფორმალურ სექტორში მომუშავეთათვის. ამ პროცესში დიდი როლი ითამაშეს ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა. კერძოდ, 1980-იან წლების ბოლოს სამხრეთ კორეის ეკონომიკური აღმავლობის (წლიური 12%-იანი ზრდა) შედეგად გაიზარდა თვითდასაქმებულთა სოციალური დაზღვევის სისტემაში გადამხდელ უნარიანობა. გარდა ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის შემოღებით სამხედრო მთავრობა ცდილობდა მოსახლეობის ფართო ფენებში მოეპოვებინა პოლიტიკური მხარდაჭერა და ლეგიტიმაცია. 1987 წელს საპრეზიდენტო არჩევნებში მმართველი პარტიის პროგრამა ძირითადად სოციალური კეთილდღეობის პროგრამების გაფართოებაზე იყო ფოკუსირებული. 1986 წელს მთავრობამ წარმოადგინა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევაში თვითდასაქმებულების ჩართვის, სახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის სისტემის და მინიმალური სახელფასო სისტემის გეგმები.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია ეკონომიკის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები 1977 წელს (როდესაც პირველად შემოღებულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევა), 1989 წელს (როდესაც მიღწეულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევის უნივერსალური მოცვა) და 2005 წელს. დროის ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ქვეყნის მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შემცირდა ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, გაიზარდა

სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, გაშენდა ახალი სამედიცინო დაწესებულებები, გაიზარდა სამედიცინო სერვისების უტილიზაცია.

ცხრილი: ეკონომიკის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები

	1977	1989	2005
მშპ ერთ სულ მოსახლეზე აშშ დოლარებში	1042	5430	16 301
სიცოცხლის ხანგრძლივობა	64,8	71	77,4
სიკვდილიანობა (ყოველ 100 000 ადამიანზე)	690	542,3	504,3
ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა (ყოველ 1000 დაბადებულზე)	38	12	3,8
ექიმების რაოდენობა ყოველ 10 000 ადამიანზე	5	8	16
საწოლების რაოდენობა ყოველ 10 000 ადამიანზე	17	30	73
ექიმების ვიზიტების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	3,7	6,2	10,6
ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	-	0,06	0,12
საავადმყოფოში გატარებულ დღეთა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე	12	14	13,5

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევა კორეაში

ორგანიზაციული სტრუქტურა. 2000 წლამდე ქვეყანაში არსებობდა სამი სახის სოციალური დაზღვევა სქემა: (1) საჯარო მოხელეები და მასწავლებლები და მათ კმაყოფაზე მყოფი ოჯახის წევრები დაზღვეულნი იყვნენ ერთიან სადაზღვევო საზოგადოებაში; (2) სამრეწველო მუშაკები და მათ კმაყოფაზე მყოფი ოჯახის წევრები დაზღვეულნი იყვნენ დაახლოებით 140 სადაზღვევო საზოგადოებაში; და (3) თვითდასაქმებულები და იმ საწარმოების მუშაკები, სადაც დასაქმებული იყო ხუთზე ნაკლები თანამშრომელი, დაზღვეული იყო 230 სადაზღვევო საზოგადოებაში. ცალკე არსებობდა ღარიბების დაზღვევის პროგრამა (Medicaid), რომელიც მოიცავდა მოსახლეობის 3-5%-ს (სიღარიბის სტატუსის ყოველწლიური შეფასებით). Medicaid-ის პროგრამა ფინანსდებოდა ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების ზოგადი შემოსავლებით, რომლის ადმინისტრირებას ახდენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა.

სოციალური დაზღვევის საზოგადოებების სარგებლების პაკეტებს შორის არანაირი სხვაობა არ არსებობდა. კვაზი საჯარო სადაზღვევო საზოგადოებები ფუნქციონირებდნენ ჯანმრთელობისა და სოციალური სამინისტროს მკაცრი რეგულირების ქვეშ. ბენეფიციარების სადაზღვევო საზოგადოებზე მიკუთვნება ხორციელდებოდა დასაქმების და საცხოვრებელი ადგილის (თვითდასაქმებული). მიხედვით. დაზღვეულების მოზიდვის მიზნით ჯანმრთელობის დაზღვევის საზოგადოებს შორის არ არსებობდა კონკურენცია. ასევე, არ ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის საზოგადოებების მიერ ჯანდაცვის პროვაიდერების შერჩევა.

შენატანები და სარგებლები

მრეწველობაში დასაქმებულთათვის, საჯარო მოხელეებისთვის და სკოლის თანამშრომლებისთვის სადაზღვევო შენატანი მათი შემოსავლების პროპორციულია და თანაბრად ნაწილდება დასაქმებულებსა და დამსაქმებელს შორის. სადაზღვევო საზოგადოებების შერწყმამდე შენატანების საშუალო განაკვეთი შეადგენდა 5.6%-ს (სახელფასო შემოსავალი) საჯარო და სკოლის თანამშრომლებისათვის, და 3.75% ინდუსტრიულ მუშაკთათვის. სადაზღვევო შენატანების შეფასებისათვის არსებობს ხელფასის ჭერი, თუმცა იგი ძალიან მაღალია (თვიური ხელფასი 50 000 აშშ დოლარი) და მხოლოდ მცირე რაოდენობის ხალხს აქვს. იმის გამო, რომ თვითდასაქმებულების შემოსავლების შესახებ სანდო ინფორმაციის მოპოვება მხოლოდ ნაწილობრივ არის შესაძლებელი, მათი სადაზღვევო შენატანის გაანგარიშების ფორმულა ეფუძნება როგორც შემოსავლებს ასევე ქონებას.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სარგებლების პაკეტი მოიცავს სამკურნალო სერვისებს, წელიწადში ორჯერ ჯანმრთელობის შემოწმებას. ვაქცინაცია უფასოა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებში. თანაგადახდის წილი სტაციონარულ მომსახურებაზე შეადგენს 20%-

ს. ხოლო ამბულატორიულ მომსახურებაზე 35-50%-ს, რაც დამოკიდებულია საავადმყოფოს ტიპზე. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ საოჯახო მედიცინის ცენტრებში ამბულატორიული თანაგადახდის წილი გაცილებით დაბალია საავადმყოფოების ამბულატორიულ დეპარტამენტებთან შედარებით. იგი გამოწვეულია პაციენტების საოჯახო ცენტრებში ვიზიტების ხელშესაწყობად. Medicaid-ის პროგრამის ბენეფიციარები, 65 წლის და მეტი ასაკის პირები, ქრონიკული ავადმყოფები ან მძიმე დაავადებებით (მაგალითად, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, ჰემოფილია, ლეიკემია, კიბო) ამბულატორიულ სერვისებზე იხდიან თანა გადახდის შემცირებულ წილს. ჯანმრთელობის დაზღვევის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯიბიდან გადახდები. 1983 წელს იგი შეადგენდა 63%-ს, ხოლო 2004 წელს 38%-ს. თუმცა, მისი წილი ჯერ კიდევ მაღალია OECD ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდება და პროვაიდერების ანაზღაურების მექანიზმები

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები უმთავრესად არიან კერძო სამედიცინო დაწესებულებები (როგორც მომგებიანი, ასევე არამომგებიანი). საავადმყოფოების მხოლოდ 10%-ია საჯარო. პირველადი ჯანდაცვის რგოლს არ აქვს მკაცრი მეკარიბჭეობის როლი. როგორც საოჯახო მედიცინის კლინიკები და ასევე საავადმყოფოები ასრულებენ მსგავს ფუნქციებს. შედეგად პირველადი ჯანდაცვის როლი შეზღუდულია.

ჯანდაცვის პროვაიდერების ანაზღაურება ხდება რეგულირებადი სერვისების მიხედვით დაფინანსების მეთოდით. აღნიშნულმა მეთოდმა გაზარდა სერვისების მოცულობა, უტილიზაცია. შედეგად, სერვისების მიხედვით დაფინანსების სისტემა შეიცვალა პერსპექტიული გადახდის სისტემით, კერძოდ, მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების (DRG) მეთოდით. მთავრობამ 1997 წლიდან დაიწყო DRG საპილოტე პროგრამის განხორციელება. საპილოტე პროგრამამ დადებითი გავლენა იქონია ჯანდაცვის პროვაიდერები ქვეყაზე, შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, სამედიცინო ხარჯები, პროცედურების რაოდენობა (Kwon 2003a). თუმცა, პროვაიდერების მხრიდან ძლიერმა ოპოზიციამ ხელი შეუშალა მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფების (DRG) მეთოდით დაფინანსების გავრცელებას ყველა პროვაიდერებზე.

მიმწოდებელი ქვეყის რეგულირება ასევე გავლენას ახდენს პაციენტების ფინანსურ ტვირთზე. რადგანაც მოცული სერვისების ფასები რეგულირდება, პროვაიდერების აქვთ ფინანსური მოტივაცია ჩაატარონ მეტი მოუცველი სერვისები. ძირითადად, ახალი ტექნოლოგიები, რომელზე მათ შეუძლიათ დააწესონ საბაზრო ფასები. ერთ-ერთი კვლევის (Chung და კიმ 2005) მიხედვით, მთლიან სტაციონარულ ხარჯებში ჯიბიდან დანახარჯები შეადგენს 41%-ს (მოცულ სერვისების თანა გადახდაზე 18% და მოუცველ სერვისებზე 23%). ამბულატორიულ მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდები შეადგინა 50% საავადმყოფოებში (მოცული სერვისების თანა გადახდაზე 27% და 23% მოუცველ სერვისებზე), ხოლო საექიმო კლინიკებში - 34% (26% და 8%, შესაბამისად). აქედან გამომდინარე, ჯიბიდან გადახდების ფინანსური ტვირთის შესამცირებლად მთავრობა ცდილობს დაარეგულიროს მიმწოდებელთა ქცევა და ჯანდაცვის ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა და გამოყენება.

დაფინანსების ორი მეთოდი: ზოგადი გადასახადები და ჯანმრთელობის დაზღვევა

გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ მან შესაძლოა უფრო მეტად და სწრაფი ტემპით მოიცვას არაფორმალური სექტორი. თუკი გადასახადებზე დაფუძნებული დაფინანსება სამემოსავლო გადასახადს ეფუძნება, იგი უფრო პროგრესული იქნება ვიდრე ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, სადაც შენატანი შემოსავლის პროპორციული ან ფიქსირებული განაკვეთია. თუმცა, გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემა ტვირთად აწევს სახელმწიფო ბიუჯეტს. გარდა ამისა, შეინიშნება არათანასწორი დაფინანსება, რადგან შესაძლოა განაპირობოს ისეთი პირების სუბსიდირება, რომლებიც თვითდასაქმებულია, მაგრამ არ არის ღარიბი ფენა.

ბევრ ქვეყანაში, სადაც რესურსების სიმჭირის გამო სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები ვერ ხორციელდება ეფექტურად, ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანები შესაძლოა წარმოადგენდეს ჯანდაცვის სისტემისათვის რესურსების მობილიზების საუკეთესო გზად. ნეგატიური შერჩევის პრობლემის შესაკავებლად სავალდებულო გაწევრიანება უფრო ეფექტურია ვიდრე ნებაყოფლობითი დაზღვევა. ქვეყნის ავტორიტარულმა პოლიტიკურმა რეჟიმმა და

მზარდმა ეკონომიკამ დიდი წვლილი შეიტანა სავალდებულო დაზღვევის განვითარებაში. დამქირავებლები ვალდებულნი იყვნენ სადაზღვევო შენატანის ნახევარი გადაეხადათ თავიანთი დაქირავებულებისათვის. თუმცა, ზოგი დამქირავებლები ცდილობდნენ დაემაღლათ თანამშრომელთა რეალური სახელფასო შემოსავლები, ან თავი აერიდებინათ რეგისტრაციისათვის. ოჯახზე დაფუძნებულმა გაწევრიანებამ დადებითი როლი ითამაშა მოსახლეობის მოცვის გაფართოებაში.

მცირე ბიზნესისთვის ეკონომიკური ტვირთის შესამსუბუქებლად, დამქირავებლებს რომელთაც ხუთ დაქირავებულზე ნაკლები ჰყავდათ, განთავისუფლდნენ სადაზღვევო შენატანის გადახდისგან. ღარიბთა სრული სუბსიდირება და თვითდასაქმებულთა ნაწილობრივმა სუბსიდირებამ ხელი შეუწყო მოცვის გაფართოებას.

ქვეყანაში ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა თავიდან ითვალისწინებდა მცირე სარგებლებს, თუმცა პაკეტის მოცულობა წლიდან წლამდე თანდათანობით იზრდებოდა. სახელმწიფომ პრიორიტეტად დაისახა მთელი მოსახლეობის მოცვა ჯანმრთელობის დაზღვევით, ვიდრე მაღალი ბენეფიტების მქონე პაკეტების შეთავაზება, ვინაიდან, ეს უკანასკნელი შესაძლოა ბარიერი გამხდარიყო ჯანდაცვით მთლიანი მოსახლეობის მოცვისთვის. თუმცა ასეთ მიდგომას დადებითთან ერთად უარყოფითი შედეგებიც მოყვა. მაგალითად, ჯანდაცვის ხარჯები 32%-დან (1989 წლიდან) გაიზარდა 53%-მდე (2004 წლამდე).

ამრიგად, სწრაფმა ეკონომიკურმა განვითარებამ, ძლიერმა პოლიტიკურმა მხარდაჭერამ შესაძლებელი გახადა სამხრეთ კორეაში უნივერსალური ჯანდაცვის განვითარება.

საყოველთაო ჯანდაცვის განვითარება საქართველოში

2013 წელს, თებერვლის თვიდან სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევის არმქონე ყველა მოქალაქე გახდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (მომსახურების მინიმალური პაკეტი) მოსარგებლე. იმავე წლის ივლისში გაფართოვდა პროგრამა და დღეისათვის ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონალურ, გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობასა და მშობიარობას (საბაზისო პაკეტი). 2014 წლის ნოემბრის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის, 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო, ან კორპორატიული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით [4].

მოცემული კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველოს უფროსის მოვალეობის შემსრულებელ ქეთევან გოგინაშვილთან სიღრმისეული ინტერვიუ. მოცემული ინტერვიუს მიზანი გახლდათ გაგვეგო რესპონდენტისგან მაქსიმალურად დეტალური მოსაზრებები საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის შესახებ; მოცემული ინტერვიუს ანალიზის დროს იქნა გამოყოფილი ის ძირითადი საკითხები, რაზეც მოხდა ექსპერტის მხრიდან ყურადღების გამახვილება.

ექსპერტის მოსაზრებით, სახელმწიფო სახსრების დანახარჯი საქართველოში საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია. მისი აზრით, სხვა ექსპერტთა მოსაზრება, რომ სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე საკმაოდ დიდს შეადგენს, არ არის სწორი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა წლიდან წლამდე იზრდებოდა, თუმცა, იგი მკვეთრად გაიზარდა ქვეყანაში უნივერსალური ჯანდაცვის შემოღების შემდეგ. ცხადია, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების ზრდა დადებითი მოვლენაა, მაგრამ მეორე მხივ, გასათვალისწინებელია თუ რამდენად ხარჯეფექტურად იხარჯება გამოყოფილი რესურსები [5].

უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა დამოკიდებულია გარკვეულ სირთულეებთან, მითუმეტეს ისეთი მწირი ეკონომიკის მქონე ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. ერთი მხრივ, სახელმწიფოს მიერ უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა, რომლითაც ყველა ადამიანს აქვს საშუალება ისარგებლოს, საკმაოდ კარგი ნაბიჯია, თუმცა საჭიროა სახელმწიფოს

თანმიმდევრული პოლიტიკის განხორციელება დაფინანსების ხარჯთეფექტური მეთოდების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით.

2013 წლამდე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებდნენ კერძო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები. ექსპერტის მოსაზრებით, სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე კერძო სადაზღვევო კომპანიების რეგულირება სახელმწიფოს მხრიდან წარმოადგენდა სირთულეს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შესაძლოა კერძო დაზღვევის კომპანიების შემოსავლები შემცირდა, მაგრამ მათ საშუალება ეძლევათ ახალ პირობებში კიდევ უფრო განავითარონ სერვისები. არცერთ ქვეყანაში სახელმწიფო სრულად არ აფინანსებს ყველა სერვისებს. კერძო დაზღვევი კომპანიებს შეუძლიათ მომხმარებლებს შესთავაზონ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველი სერვისები. აღნიშნული კიდევ უფრო გაზრდის მათ შორის კონკურენციას და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

სამხრეთ კორეის მსგავსად, საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის შემოღება წარმოადგენდა პოლიტიკურ ნებას. იგი მთავრობის საარჩევნო კამპანიაში იყო ჩადებული, რომლის მიზანს შეადგენდა ხალხის კეთილგანწყობის მოპოვება. თუმცა, სამხრეთ კორეაში სადაც ქვეყანას მართავდა დიქტატორული მთავრობა, რომლისთვისაც შედარებით მარტივი იყო რეფორმების სწრაფად განხორციელება. საქართველოში სამედიცინო ბაზრის მრავალფეროვნებამ, შედარებით კონკურენტულმა ბაზარმა ხელი შეუწყო სფეროში მიმდინარე რეფორმების გაცილებით გამჭირვალედ წარმართვას.

საყოველთაო ჯანდაცვის ოპონენტთა აზრით, უნივერსალური ჯანდაცვა ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა, არასამართლიანია. მათი აზრით, იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ სახელმწიფო არ აფინანსებს ამბულატორიული მედიკამენტებს. შესაბამისად, მოსახლეობის ღარიბი ფენებისათვის ძვირადღირებული მედიკამენტები ფინანსურად ხელმიუწვდომელია. ექსპერტ ქ. გოგინაშვილის აზრით, ოპონენტების მსგავსი მოსაზრებები რეალობას მოკლებულია. ხშირად, ასეთ ოპონენტთა განცხადებები პოლიტიკურ ხასიათს ატარებენ. საერთაშორისო ორგანიზაციების (USAID, PH International) მიერ ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისებით მოსახლეობის კმაყოფილება საკმაოდ მაღალია (90-95%) [6].

დასკვნა

შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წარმატებით ხორციელდება. რა თქმა უნდა, არის ხარჯების ეფექტურობასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან, პირველადი ჯანდაცვის არასაკმარისად განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, თუმცა, რეფორმა დინამიური პროცესია.

საქართველოში, სადაც ჯანდაცვაში ისედაც მწირი სახელმწიფო რესურსებია გამოყოფილი, საჭიროა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდების გამოყენება. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.

აბსტრაქტი

შესავალი: ყველა ქვეყანას ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საკუთარი მიდგომა აქვს. საქართველომ 2013 წლიდან დაიწყო უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვა. ნაშრომის მიზანია, გაანალიზოს უნივერსალური მოცვის სამხრეთ კორეის გამოცდილება და საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმა. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჯანდაცვის ექსპერტთან

ჩაღრმავებული ინტერვიუ. **შედეგები, დისკუსია:** საქართველოში, სადაც ჯანდაცვაში ისედაც მწირი სახელმწიფო რესურსებია გამოყოფილი, საჭიროა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდების გამოყენება. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა. **დასკვნა:** ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.

საკვანძო სიტყვები: უნივერსალური მოცვა; საყოველთაო ჯანდაცვა

Abstract

Universal health care in the world and the experience of reforms In Georgia

Nikoloz Surmava, Cotne Cicxvaia, Mariam Kvanchiani, Salome Chonishvili, Maiko Chanturidze - faculty of the Social and political science, Bachelors of Sociology

Tengiz Verulava, Doctor of Medical Sciences, Professor

Introduction: Every country has its own approach to health care reform. Since 2013, Georgia has launched a universal health care system. The research aims to analyze the universal coverage of the South Korean experience and Georgia's health care reform. **Methodology:** For Studies have been used Qualitative and quantitative methods, As well as their processing and use methods. Qualitative research included in-depth interviews with health experts. **Results and discussion:** In Georgia, where state resources are allocated to health care is very poor, Needed efficient and expenditures growth containment appropriate methods. From Cost-containment methods, one of the most important in the country's are primary health care system. **Conclusion:** It can be said, that The containment health care costs, the best method is which can be achieved by improving the general health indicators Through effective use resources.

Keywords: Universal coverage; Universal Health Care

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. თბილისი. 2013 წლის 21 თებერვალი.
2. პრესრელიზი საყოველთაო ჯანდაცვის ერთი წლის შედეგების შეფასება. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2014.
3. Soonman Kwon. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. Health Policy and Planning. 2009
4. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.
5. ვერულავა, თენგიზ (2016). *ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მექანიზმები და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა*. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI); <http://georgia2020blog.org/2016/01/25/ჯანდაცვის-ხარჯების-შეკავ/>
6. ვერულავა, თენგიზ., დემურია, მირანდა (2015). *საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით კმაყოფილების შეფასება*. აკადემიკოს პაატა გუგუშვილის დაბადებიდან 110-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. ეროვნული ეკონომიკების მდგრადი განვითარების აქტუალური პრობლემები. გვ. 383-385.

ნორვეგიის გამოცდილება: ჯანდაცვის წარმატებული პოლიტიკის მაგალითი

ნუცა წამალაშვილი, ანი წამალაშვილი - ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის საერთაშორისო ურთიერთობების მიმართულების სტუდენტები

შესავალი

დღესდღეობით მრავალი სახელმწიფოსთვის მთვარი პრობლემა ჯანდაცვის პოლიტიკის წარმატებულად განვითარებაა. სკანდინავიის ქვეყნებისა და განსაკუთრებით კი ნორვეგიის დონე ჯერ კიდევ მიუღწეველია განვითარებული თუ განვითარებადი სახელმწიფოების დიდი ნაწილისთვის. მათ შორის აღსანიშნავია საქართველო, რომელსაც ამ სფეროში გარკვეული მიღწევების მიუხედავად, არც თუ განვითარებული ჯანდაცვის სისტემა აქვს. საქართველოს ცენტრალიზებული პოლიტიკა ნაკლებად ეფექტურია. ლიტერატურა ქართულ ენაზე, რომელიც შესაძლებლობას მისცემდა საზოგადოებას მთავრობასთან ერთად მოემძებნა სწორი და ქმედითუნარიანი საშუალება ჯანდაცვის რეფორმის განსახორციელებლად, მცირე რაოდენობით არსებობს. ნორვეგიის მაგალითი გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის კუთხით, რადგან ერთ-ერთი მოწინავე სახელმწიფოა როგორც ჰუმანური განვითარების, ასევე სოციალურ-ეკონომიკური პოლიტიკის მხრივ. ფაქტობრივად, ხელისუფლება ითვალისწინებს საზოგადოების ინტერესებს და ხალხიც მაქსიმალურადაა უზრუნველყოფილი ყველა საბაზისო სოციალური სერვისით. განვითარებადი ქვეყნებისთვის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის წარმატებული გამოცდილების განხილვა, რათა გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურები შეიცვალოს, გახდეს უფრო მეტად მოქნილი და მოქალაქეზე ორიენტირებული.

ჩვენი ნაშრომი საინტერესო იქნება გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურებში ჩართული პოლიტიკოსებისთვის, სოციალური პრობლემებით დაინტერესებული პირებისა და პროფესიონალთათვის, რომლებიც ცდილობენ საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკა მაქსიმალურად შედეგიანი გახადონ.

აღნიშნული ნაშრომით გვინდა წინ წამოვიწიოთ ისეთი თემები, როგორებიცაა: ჯანდაცვის რეფორმა, ეფექტური სოციალური სისტემა, ცენტრალური მთავრობის როლი მასში. გვინდა წინ წამოვიწიოთ საქართველოში აღნიშნული თემები, რადგან საჭიროა წარმატებული პოლიტიკის განხორციელება ამ მხრივ. ჩვენი ნაშრომი მისცემს საშუალებას სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენლებს დაფიქრდნენ, თუ როგორ შეუძლია საქართველოს გამოიყენოს ნორვეგიის მაგალითი და ქვეყანაში წარმატებულად დანერგოს სხვადასხვა პროექტი ჯანდაცვის კუთხით.

კვლევის პროცესში დაიბადა მთავარი კითხვა: რამდენად ეფექტურია ნორვეგიის დუალისტური ჯანდაცვის პოლიტიკა? აქვე გამოიკვეთა რამდენიმე ქვეკითხვა:

- რატომ გახდა აუცილებელი დეცენტრალიზებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურებზე უარის თქმა ჯანდაცვის სფეროში?
- როგორ გააუმჯობესა ცენტრალიზაციის ელემენტებმა ჯანდაცვის პოლიტიკა?

ოპერაციონალიზაციის დროს ჩვენ გამოვკვეთეთ პერიოდი 2002 წლიდან დღემდე. 2002 წელს მოხერხდა ჯანდაცვის რეფორმა, რომლის შემდეგაც საკმაოდ სწრაფი ტემპით დაიწყო ნორვეგიის სოციალური პროგრამების განვითარება. დღევანდელი მდგომარეობით კი გვინდა შევავასოთ ის, თუ რამდენად რელევანტური შედეგი მოიტანა აღნიშნულმა რეფორმამ.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ნორვეგიაში ჯანდაცვის სოციალური პოლიტიკის ჩამოყალიბება მე-19 საუკუნიდან იღებს სათავეს. ჯანმრთელობის დაცვის მრავალწლიანი დეცენტრალიზებული პოლიტიკის შემდეგ 21-

საუკუნის დასაწყისში რადიკალურად იცვლება მდგომარეობა. შეიძლება ითქვას, მყარდება შერეული, დუალისტური კონცეპტი ცენტრალიზაციასა და დეცენტრალიზაციას შორის. ამიტომ მკვლევართათვის ძალიან საინტერესოა ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემაზე დაკვირვება, რადგან შესაძლებელია როგორც ცენტრალური ხელისუფლების გავლენების, ისე ლოკალიზაციის ტენდენციებზე დაკვირვება.

ნორვეგიის საავადმყოფოთა მართვის სისტემა გასული საუკუნის 70-იან წლებამდე ერთ-ერთი ყველაზე დეცენტრალიზებული იყო. 1860 წელს ნორვეგიის პარლამენტმა მიიღო „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აქტი“, რომელიც საავადმყოფოების მმართველობაზე პასუხისმგებლობას ჯანდაცვის პერიფერიულ კომიტეტებს აკისრებდა. ისინი ჩამოყალიბდა, როგორც სამანდატო ინსტიტუციები ცენტრალური ხელისუფლებისთვის. აღსანიშნავია, რომ ეს კომიტეტები ლოკალიზაციის მნიშვნელოვანი მაგალითი იყო და ხშირ შემთხვევაში მათ სათავეში ადგილობრივი ექიმები ედგათ. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ კიდევ ერთხელ დგება საავადმყოფოთა პრობლემა, ამიტომ მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში მენეჯმენტი ფორმალურ სახე იღებს. 1969 წელს ნორვეგიამ საავადმყოფოების შესახებ კანონის („ჰოსპიტალთა აქტი: საავადმყოფოთა დაქვემდებარება საგრაფოებისთვის და საგრაფოთა შორის სპეციალური სამედიცინო სერვისების კოორდინაცია“) იმპლემენტაცია მოახდინა და აქედან იწყება პირველი რეფორმა, რომლის მიხედვით ეს დაწესებულებები საგრაფოებსა და ადგილობრივ ადმინისტრაციებს დაექვემდებარა (Angell, 2012).

2002 წლიდან ნორვეგიაში ჯანდაცვის პოლიტიკა შეიცვალა და საზოგადოებრივი საავადმყოფოები სახელმწიფო მფლობელობაში გადავიდა. ცენტრალური ხელისუფლება გახდა პასუხისმგებელი მათ მართვასა და დაფინანსებაზე. ნორვეგია დაყოფილია ოთხ ადმინისტრაციულ ერთეულად. ისინი ყოველ წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან იღებენ თანხას, რომელიც ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის გატარებას უნდა მოხმარდეს. თუმცა, მუნიციპალიტეტებს შუძლიათ განსაზღვრონ თავიანთი პრიორიტეტები და საკუთარი სურვილისამებრ გადაანაწილონ თანხები სხვადასხვა ჯანდაცვით სფეროში (Hernaes, Statistics Norway, 2013).

2008 წლის ჯანდაცვის ახალი რეფორმა ითვალისწინებს კოორდინაციას პრობლემატური საკითხების გადაწყვეტის დროს. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გადაწყვეტილებათა მიღების პროცედურების რამდენიმე საფეხური გამოიყოფა: ცენტრალური ხელისუფლება, მუნიციპალიტეტები და ნორვეგიის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ კონცეპტუალიზებული ე.წ. ჯანმრთელობის რეგიონები. მხოლოდ ძალიან მცირე წვლილი აქვთ საგრაფოებს ამ სფეროში გადაწყვეტილებების მიღების დროს. 2001 წლის აქტით „რეგიონული ჯანმრთელობის ხელისუფლებისა და ჯანმრთელობის ტრასტების შესახებ“ ნორვეგიის ჯანდაცვის სამინისტრო სულ ოთხ „ჯანმრთელობის რეგიონს“ გამოყოფს: ჩრდილოეთ, ცენტრალურ, დასავლეთსა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ ნორვეგიას. ეს უკანასკნელი კი ყველაზე დიდია და მოსახლეობის თითქმის 55%-ს შეადგენს. თითოეული რეგიონი ემყარება მათში არსებულ „ჯანმრთელობის ტრასტებს“, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან საავადმყოფოებთან ურთიერთობაზე, სერვისსა და სხვა რესურსულ უზრუნველყოფაზე. დღესდღეობით, ნორვეგიაში ასეთი სულ 27 ტრასტი არსებობს (Ringard, Sagen, Saunnes და სხვ, 2013).

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემას გააჩნია მყარი იურიდიული საფუძველი. ბოლო დროინდელი საკანონმდებლო აქტებიდან ყველაზე მნიშვნელოვნად შეგვიძლია მივიჩიოთ 1999 წლის აქტები „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „პერსონალური ჯანმრთელობის შესახებ“, 2011 წლის აქტი „ჯანდაცვის სერვისის შესახებ (OECD, 2014).“

თუმცა, ამას გარდა, ჯანდაცვის სისტემის ხარისხს უზრუნველყოფენ სხვადასხვა სამთავრობო ორგანიზაციები. „ნორვეგიის ჯანდაცვის მონიტორინგის ბორდი“ არის მთავარი პასუხისმგებელი ორგანიზაცია ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვისა და ბავშვთა დაცვის

სერვისების ზედამხედველობის კუთხით. ბორდი „ევროპის ზედამხედველობის ორგანიზაციების გაერთიანების“ მიერ შეფასდა, როგორც ერთ-ერთი ყველაზე ნაყოფიერი რეგიონში. „ნორვეგიის ჯანმრთელობის დირექტორატი“, რომელსაც გააჩნია სამი მთავარი ფუნქცია: აღმასრულებელი, ადმინისტრაციული და საკონსულტაციო. პირველი ორი ფუნქცია დაკავშირებულია სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის იმპლემენტაციასთან, გრანტების გადანაწილებასთან, კლინიკური დირექტივების შესრულებასა და ლოკალური პროექტების განხორციელების ხელშეწყობასთან. რეგიონული ხელისუფლებები, „ჯანმრთელობის რეგიონები“, ტრასტები და ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამისი უწყებები ხშირად მიმართავენ დირექტორატს საკონსულტაციოდ. ასეთივე სახის კიდევ ათობით ორგანიზაცია ჩამოყალიბდა ნორვეგიაში რეფორმების გატარების შემდეგ: „ნორვეგიის ჯანდაცვის სერვისების ცოდნის ცენტრი,“ „ნორვეგიის სამედიცინო სააგენტო,“ ნორვეგიის ლოკალურ და რეგიონულ ხელისუფლებათა ასოციაცია” და ა.შ(OECD,2014).

ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევისას ნორვეგიის მაგალითზე ხშირია დაკვირვების მეთოდების გამოყენება ბუნებრივ და კვაზი-ექსპერიმენტულ პირობებში. ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკაა ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მეთოდების შერეული, კომპლექსური სახით გამოყენება. სტატისტიკა მნიშვნელოვან ცნობებს გვაწვდის ჯანდაცვის პოლიტიკის ეფექტიანობაზე და გვაძლევს საშუალებას შევადაროთ სხვა ქვეყნების გამოცდილებას. საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ საკმაოდ იშვიათია ნაშრომები ნორვეგიის ჯანდაცვის პოლიტიკაზე, როგორც ცალკე აღებულ საკვლევ პრობლემაზე, უმეტეს შემთხვევაში ის ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სხვა ისეთ ასპექტებთან, როგორებიცაა: ეკონომიკური, საზოგადოებრივი, იურიდიული და ა.შ.

მეთოდოლოგია

ჩვენი კვლევა მიმართულია ნორვეგიის ჯანდაცვის სიტემის, როგორც ევროპაში ერთ-ერთი წარმატებული პოლიტიკის მაგალითის, შესაწავლასა და ანალიზზე. კვლევის ობიექტად შევარჩიეთ გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურები აღნიშნულ სფეროში, კერძოდ კი ნორვეგიის დუალისტური მოდელი, რომელიც გულისხმობს როგორც ცენტრალური, ისე ლოკალური ხელისუფლების ჩართულობას. ნორვეგიის ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევისას გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის მეთოდები. კონკრეტულად კი შემთხვევის შესწავლა ე.წ. case study და ბუნებრივ პირობებში დაკვირვება.

კვლევის თეორიული ჩარჩო ადვოკატირებისა და მონაწილეობის ხედვაა. აღნიშნული ხედვა 1980-1990 წწ. წარმოიშვა და გულისხმობს მარგინალიზებული (განსხვავებული აზრის მქონე) ჯგუფების დაცვას. ის ცდილობს, გარკვეული ქცევის შეცვლას. ჩვენს შემთხვევაში ეს უკავშირდება საქართველოში არც თუ წარმატებულ ცენტრალიზებულ ჯანდაცვის პოლიტიკას, რომლის ცვლილება აუცილებლად მიგვაჩნია. ჩვენ გვსურს ხელი შევუწყოთ ამ სფეროში დისკუსიებს, მთავრობისა და ხალხის ურთიერთთანამშრომლობასა და ქმედითუნარიანი რეფორმების გატარებას სახელმწიფო დონეზე.

ჩვენ შევეცადეთ აღნიშნული სოციალურ-ჰუმანური პრობლემა უკეთ გაგვეგო და შეგვეფასებინა ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარების ტენდენციები, ნორვეგიის მაგალითი განგვეზოგადებინა, მოგვეხდინა შეგროვებული ინფორმაციის ინტერპრეტაცია, ანალიზი, სინთეზი და წინ წამოგვეწია ყველა სახელმწიფოსთვის სახელმძღვანელო პრინციპები ჯანდაცვის სფეროში ცენტრალიზაციასა და დეცენტრალიზაციას შორის არსებული შუალედური მოდელისთვის.

კვლევა ძირითადად ეყრდნობა ისეთ ლიტერატურას, როგორებიცაა: სამეცნიერო სტატიები, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების ანგარიშები, ნორვეგიის სახელისუფლებო ოფიციალური დოკუმენტები და ა.შ.

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური უზრუნველყოფა

2002 წლის ნორვეგიის ჯანდაცვის რეფორმის შემდეგ საავადმყოფოებისა და ყველა სხვა ჯანდაცვითი სერვისისთვის ბიუჯეტი გამოიყოფა ყოველწლიური სახელმწიფო ფინანსებიდან და შემდეგ ნაწილდება რეგიონებისა და პრიორიტეტების მიხედვით. ნორვეგია მოწინავე ქვეყანაა ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციაში (OECD_Organisation for Economic Co-operation and Development) ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხების რაოდენობით. 2012 წელს ამ სფეროში დახარჯული ფინანსების ოდენობა მთლიანი შიდა პროდუქტის 9.3%-ს შეადგენდა, ხოლო 2014 წლისთვის 9,4%-ს.

- ფინანსების განკარგვის მექანიზმი;

ფინანსური უზრუნველყოფა ძირითადად საერთო გადასახადების საფუძველზე ხდება. ცენტრალური ხელისუფლება ყოველწლიურად წარადგენს ე.წ. ჯანდაცვის ბიუჯეტს ოქტომბერში, რომლის ბოლო განხილვა და მიღება დეკემბერში ხდება. ხოლო მიღების შემდეგ მოსახლეობის რაოდენობისა და საჭიროებებიდან გამომდინარე „გენერალური გრანტების საჭიროების სქემა“ ანაწილებს ფინანსებს მუნიციპალიტეტების მიხედვით. ეს თანხები გადაეცემა ადგილობრივ ხელისუფლებას, რომელიც 50%-ს სუბსიდირებისთვის იყენებს, ხოლო 50% აქტივობებზე დაფუძნებული ფონდისთვის.

- ჯანდაცვის ბენეფიციარები;

ფინანსური უზრუნველყოფის უნივერსალური მოდელი მოქმედებს, რაც გულისხმობს ყველა მოქალაქის თანაბარ ხელმისაწვდომობას ჯანმრთელობის დაცვაზე. პოლიტიკა დაფუძნებულია თანასწორობაზე განურჩევლად ეთნიკური წარმომავლობისა, სოციო-ეკონომიკური სტატუსისა და საცხოვრებელი არეალისა. ადგილობრივი მოსახლეობის გარდა, იმავე მომსახურებით სარგებლობენ ევროკავშირის მოქალაქეები და ნორვეგიაში დროებითი მუშაობის ნებართვის მქონე პირები. ასევე მთლიანად ანაზღაურებულია ოფიციალური ვიზიტორების ჯანმრთელობის დაცვა. შედარებით შეზღუდული დაფარვით სარგებლობენ არალეგალი იმიგრანტები, თუმცა ამ თემაზე დებატები ჯერ კიდევ მიმდინარეობს.

- ნორვეგიის ჯანდაცვის სერვისები;

ნორვეგიაში მოქმედებს საყოველთაო სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც ფარავს ძირითად უზრუნველყოფის სერვისებს, ამბულატორიულ, ჰოსპიტალურ ზრუნვას და ე.წ. „ლურჯი სიით“ გათვალისწინებულ მედიკამენტებს. მოიცავს სტომატოლოგიურ მომსახურებას ბავშვებისა და სხვა პრიორიტეტული ჯგუფებისთვის. არ უზრუნველყოფს ოფთალმოლოგიური და პლასტიკური ქირურგიის ხარჯებს. ექიმის მიერ დანიშნული პლასტიკური ქირურგიის მომსახურების ანაზღაურება შესაძლებელია მხოლოდ შესაბამისი არგუმენტირების პირობებში. საავადმყოფოში პაციენტს ყველა ჯანდაცვითი მომსახურება უფასო აქვს. მომსახურება დაყოფილია ძირითადი უზრუნველყოფის, პრევენციულ და მოვლის სერვისებად. უნდა აღინიშნოს, რომ რიგი პრევენციული სერვისები ადაპტირებული და ინტეგრირებულია სასკოლო განათლების პროგრამასთან. თუმცა, ფინანსების განაწილება ასეთი სახის მომსახურებასთან დაკავშირებით წყდება უკვე ლოკალურ დონეზე (International Profiles of Health Care Systems, 2014).

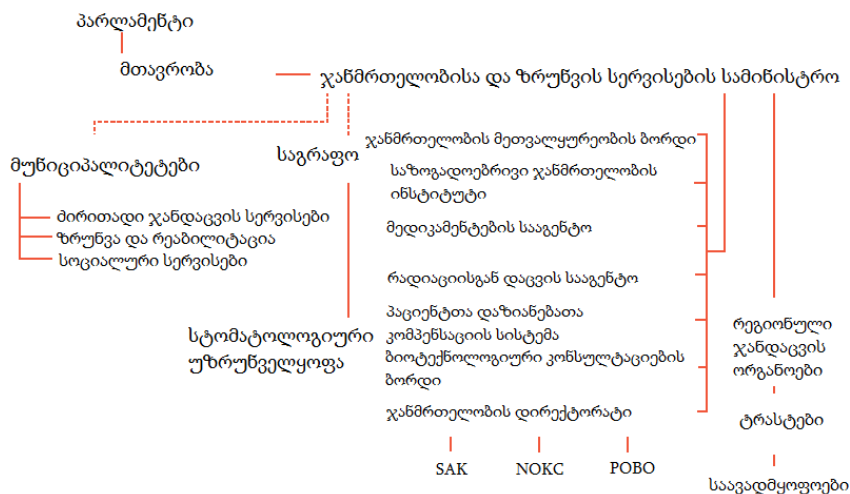
ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა საკმაოდ კომპლექსურია და მოიცავს ცენტრალიზაციის და დეცენტრალიზაციის ელემენტებს. 2002 წლის რეფორმის შემდეგ ჯანდაცვის სფეროები ლოკალური დონიდან გადავიდა სახელმწიფო დონეზე, რომელსაც ჯანმრთელობისა და ზრუნვის სერვისების სამინისტრო აკონტროლებს. სწორედ მის მიერ ხორციელდება სხვადასხვა პროექტები და ფინანსური უზრუნველყოფა ლოკალურ დონეზე. მიუხედავად იმისა, რომ სამინისტრო ჩართულია სხვადასხვა პროექტების ორგანიზებაში, ძირითადი ჯანმრთელობის დაცვის პროექტები, რომლებიც უშუალოდ მოსახლეობის სერვისებს უკავშირდება, ხორციელდება ლოკალურ დონეზე. ჯანდაცვის სფეროში მონაწილეობას სხვადასხვა ორგანო იღებს.

- პარლამენტში შექმნილია ჯანმრთელობისა და ზრუნვის კომიტეტი, რომელიც უზრუნველყოფს პოლიტიკის შემუშავებას ჯანმრთელობის სერვისების, ზრუნვისა და დასწრების სერვისების, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის, ფარმაცევტული ორგანიზაციების შესახებ (International Profiles of Health Care systems, 2015).

- ჯანმრთელობისა და ზრუნვის სერვისების სამინისტრო, რომელიც კოორდინაციას უწევს სხვადასხვა კონკრეტული სფეროს სააგენტოებს, რეგიონულ ჯანდაცვის ორგანოებს, საგრაფოებსა და მუნიციპალიტეტებს. რეგიონული ჯანდაცვის ორგანოები, რომლებიც დეცენტრალიზაციის მნიშვნელოვანი ელემენტია, უზრუნველყოფს ტრასტების ფუნქციონირებას ლოკალურ დონეზე. თავად ტრასტები კი საავადმყოფოების ფუნქციონირებაზე არიან პასუხისმგებელი. მუნიციპალიტეტები თავის მხრივ ძირითად სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებზე მუშაობენ მუნიციპალურ დასახლებებში. საგრაფოები კი, რომელთაც რეფორმამდე დეცენტრალიზაციის ერთადერთი ელემენტი იყო, მხოლოდ სტომატოლოგიურ მომსახურებას უზრუნველყოფენ (International Profiles of Health Care systems, 2015).

ამ შემთხვევაში ჩვენ ვხედავთ დეცენტრალიზაციის საკმაოდ საინტერესო დანაწილებას. ამ შემთხვევაში კონკრეტული სამსახურები ცდილობენ არა სხვადასხვა სფერო შეითავსონ, არამედ კონკრეტული ერთი საქმიანობა, რომელზეც იქნება ორიენტირებული. ასეთი მრავალფეროვანი დანაწილება უზრუნველყოფს სამსახურების ეფექტურ მუშაობას.



დასკვნა

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა ერთ-ერთი წარმატებულია რეგიონში. ფინანსების განაწილება, პოლიტიკისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცედურების ერთობლიობა ქმნის ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული სისტემების შერწყმას, რომელიც, როგორც კვლევის დროს გამოიკვეთა, საკმაოდ წარმატებული გამოდგა. ზემოთ აღნიშნული მაგალითის შემთხვევის შესწავლამ 2002 წლის რეფორმებიდან დღემდე გვაჩვენა, რომ შესაძლებელია გარკვეული

ქმედითუნარიანი რეკომენდაციები გამოვყოთ, რომლებიც ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის მოდელის სასიკეთოდ შეცვლის გარანტიას იძლევა:

- ცენტრალური და ლოკალური ხელისუფლების კოოპერაცია შედეგების მაქსიმიზაციის საშუალებას იძლევა;
- მოქალაქეთა ჩართულობა ისეთი სახით, როგორცაა ე.წ. ტრასტები საავადმყოფოების მენეჯმენტის მნიშვნელოვანი ნაწილია;
- დეცენტრალიზებული ჯანდაცვის სისტემა ყოველთვის გამოსავალი არ არის და ცენტრალიზებული მოდელიც შეიძლება იმგვარ პირობებში არსებობდეს, რომ დემოკრატიული და ეფექტური პოლიტიკის საწინდარი იყოს;

რეზიუმე

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში ერთ-ერთი წარმატებული მოდელია, რომელმაც შეაძლებინა მას სოციალური განვითარების საკმაოდ მაღალი დონისთვის მიეღწია. მისი გამოცდილების გაზიარება მრავალი სახელმწიფოსთვის იქნება გარანტი, რათა ქმედითუნარიანი პოლიტიკა შეიმუშავონ ამ მხრივ. აღნიშნული ნაშრომი მიზნად ისახავს 2002 წლიდან დღემდე ნორვეგიის პოლიტიკის განხილვას. ნაშრომის ჰიპოთეზის მიხედვით ნორვეგიის ჯანდაცვის პოლიტიკის მაგალითი დაეხმარება ისეთ სახელმწიფოებს, როგორცაა საქართველო, უფრო წარმატებული გახადონ თავიანთი პოლიტიკა ამ მხრივ. 2002 წლის შემდგომ ჩამოყალიბებული დუალისტური მოდელი არის საკმაოდ წარმატებული და ქმედითუნარიანი პოლიტიკა, რომელმაც მრავალი წინააღმდეგობის მიუხედავად, შეძლო მოსახლეობისთვის შეეთავაზებინა სერვისების მოქნილი სისტემა.

საკვანძო ფრაზები: ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა, დუალისტური მოდელი, სტრუქტურული რეფორმა, ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეფექტური მაგალითი.

Norway's experience, a successful example of health policy

Neither Tsamalashvili, Ani Tsamalashvili

Abstract

Norwegian health care system is one of the most successful models in the world which given an opportunity to the state to reach high social development. Sharing it's experience will be the guarantee for creating effective policy in this field for many countries This research aims to analyze Norwegian health policy from 2002 to today. According to the hypothesis this instance will help states like Georgia to make their policy more useful. The dual model which was created in 2002 is interesting due to it's possibility to offer beneficiary the flexible system of services.

Key words: Norwegian healthcare system, structural reform, health policy, effective instance.

ბიბლიოგრაფია

- Angell, S. (2012). *Two variants of decentralised health care: Norway and Sweden in comparison*. Bergen: Uni Rokkan Centre.
- NOMESCO Nordic Medico Statistical Committee,. (2012). *Financing of Health Care in the Nordic Countries*. NOMESCO Nordic Medico Statistical Committee.
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. (2013). *Norway Health system review*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- The COMMONWEALTH FUND,. (2015). *International Profiles Of Health Care Systems, 2014 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States*. New York: The COMMONWEALTH FUND.
- The COMMONWEALTH FUND,. (2016). *International Profiles Of Health Care Systems, 2015 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States*. New York: The COMMONWEALTH FUND.

ორგანოთა ტრანსპლანტაციის გამოწვევები საქართველოში

ტაბატაძე ქეთო შაყულაშვილი ანანო - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები

ამირან ბერძენიშვილი - სოციოლოგიის დოქტორი, პროფესორი

შესავალი

დღესდღეობით თამამად შეიძლება ითქვას, რომ ორგანოთა ტრანსპლანტაცია თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთ ყველაზე დინამიურად განვითარებადი დარგია. იგი გულისხმობს ავადმყოფი ორგანოს ჯანმრთელით ჩანაცვლებას, უამრავი ადამიანისთვის ორგანოთა ტრანსპლანტაცია სიცოცხლის, განკურნებისა და დაავადების პროგრესირების შეჩერების ერთადერთი შანსია. სამედიცინო პრაქტიკაში გვხვდება ადამიანის ორგანოთა და ქსოვილთა გადანერგვის რამდენიმე სახე [1]:

- აუტოტრანსპლანტაცია (ბერძ. საკუთარი, თავისი) - გადანერგვა ორგანიზმის ერთი ნაწილიდან მეორეზე;
- ჰომოტრანსპლანტაცია (ბერძ. თანასწორი) - ორგანოს გადანერგვა ერთი ადამიანის ორგანიზმიდან მეორე ადამიანის ორგანიზმში. ამ ტერმინის მაგივრად ზოგჯერ გამოიყენება ალოტრანსპლანტაციის ცნებაც. ორგანოთა გადანერგვის სფეროში სამართლებრივი პრობლემები დაკავშირებულია ტრანსპლანტაციის სწორედ ამ სახესთან;
- ჰეტეროტრანსპლანტაცია - ადამიანისათვის ორგანოს გადანერგვა ცხოველის ორგანიზმიდან. ორგანოთა ტრანსპლანტაცია გულისხმობს პარენქიმული ორგანოების (გულის, თირკმლის, ღვიძლის) და ქსოვილების (კანის, ძვლის ტვინის, რქოვანას) გადანერგვას.

დღესდღეობით ყველაზე ხშირად თირკმლის გადანერგვა ხდება. მას მოსდევს ღვიძლის, გულის, პანკრეასისა და ნაწლავის ტრანსპლანტაცია. მსოფლიოში ამ ოპერაციით ყოველწლიურად 100 000-მდე ადამიანს უნარჩუნდება სიცოცხლე. საზღვარგარეთ ტრანსპლანტაცია ტარდება, როგორც ცოცხალი დონორებისგან მიღებული ორგანოებით, ასევე გვამური დონაციის გამოყენებით. საქართველოში ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ 2000 წელს მიღებული კანონის თანახმად, გადასანერგად ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას გარდაცვლილთა ორგანოები. მიუხედავად აღნიშნული კანონისა, დღემდე გვამიდან არც ერთი გადანერგვა არ მომხდარა. ამის მთავარ მიზეზად მიიჩნევენ მოსახლეობის ნეგატიურ განწყობას გვამის ორგანოთა დონაციის მიმართ, საზოგადოება მენტალურად არაა მზად ამისთვის, ვინაიდან რელიგიურადაც ხშირად იგმოზა მსგავსი ფაქტები. [2]

ლიტერატურული მიმოხილვა

საქართველოში ორგანოთა გადანერგვის ისტორია 1977 წლიდან იწყება, როდესაც ჩვენს ქვეყანაში პირველად ჩატარდა თირკმლის გადანერგვა. ეს იყო რუსეთიდან ჩამოტანილი გარდაცვლილის თირკმელები. ამის შემდეგ საქართველოში გარდაცვლილთა ორგანოები აღარ გამოიყენებიათ. აღსანიშნავია, ისიც რომ ოპერაცია წარუმატებელი აღმოჩნდა, ვინაიდან იმ დროისთვის არ არსებობდა ოპერაციის შემდგომი მედიკამენტური მკურნალობის საშუალება. რამდენიმე წლიანი პაუზის შემდეგ, 1995 წელს, უროლოგიის ეროვნული ცენტრის ინიციატივით ორგანოთა გადანერგვა განახლდა. ამჟამად ტრანსპლანტაციას უროლოგიის ცენტრი და ქირურგიის ეროვნული ცენტრი აწარმოებენ. [2]

მედიცინის ამ დარგის განვითარება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული დონორთა მოძიებაზე, რაც არც თუ ისე მარტივი პროცედურაა. დონორი არ შეიძლება ნებისმიერი ადამიანი იყოს, მის ვინაობას კანონი არეგულირებს. საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ მიიღეს 2000 წელს. აღნიშნული კანონის, მე-18 მუხლის მიხედვით, დონორი უნდა იყოს ქმედუნარიანი, ფსიქიკურად

ჯანმრთელი, სრულწლოვანი პიროვნება, (თუმცა კანონი უშვებს განსაკუთრებულ შემთხვევაში, არასრულწლოვანის დონორობას, თუ საქმე გვაქვს ძვლის ტვინის გადანერგვასთან). კანონის თავდაპირველი ვარიანტის მიხედვით, დონორი შეიძლებოდა ყოფილიყო მხოლოდ რეციპიენტის გენეტიკურად მონათესავე ადამიანი, ახალი კანონპროექტის მიხედვით კი დონორთა წრე გაფართოვდა. დღესდღობით რეციპიენტის დონორი შესაძლოა იყოს: [3]

- მეუღლე, თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 1 წელი;
- რეციპიენტის მეუღლის შვილი,
- დედა (დედამთილი/სიდედრი), მამა (მამამთილი/სიმამრი),
- შვილიშვილი, ბებია, პაპა, და (მული/ცოლისდა), ძმა (მაზლი/ცოლისძმა), შვილის მეუღლე (რძალი/სიძე),
- შვილიშვილის მეუღლე (რძალი/სიძე),
- დის მეუღლე (სიძე), ძმის მეუღლე (რძალი), თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 2 წელი.

კანონის მიხედვით, იმ შემთხვევაში თუ დონორი აღნიშნულ პირებს შორის ვერ მოიძებნა და ამასთანავე არ არსებობს ალტერნატიული მეთოდი პაციენტის დასახმარებლად, მაშინ შესაძლოა დონორობის უფლება ასევე მიენიჭოს რეციპიენტთან ახლო ემოციურ კავშირში მყოფ პირს.

დონორთა გენეტიკური ნათესაობის მოთხოვნა ძირითადად სამი ფაქტორით შეიძლება აიხსნას.

- პირველს წარმოადგენს ის, რომ ცოცხალი დონორისათვის ზიანის მიყენება გამართლებული იყოს განსაკუთრებული მოტივებით, ამ შემთხვევაში ეს არის ახლობლის გადარჩენა;
- მეორე: გენეტიკური კავშირის შემთხვევაში არსებობს ოპერაციის წარმატებით დასრულების ყველაზე მეტი შანსი არსებობს, უცხო დონორის შემთხვევაში კი გაცილებით დიდი შანსია ორგანოთა შეუთავსებლობის.
- მესამე - ზოგჯერ ხდება ისე, რომ გარდაცვლილი დონორის მოძებნა ვერ ხერხდება. სახეზე არ გვყავს რეციპიენტთან გენეტიკურ კავშირში მყოფი პირი, რომელიც დონორად ყოფნას შეძლებდა. ასეთ შემთხვევაში რეციპიენტს ყოველთვის ექნება იმის ცდუნება, რომ მოძებნოს გარეშე დონორი, მოისყიდოს ან მოახდინოს მასზე ზემოქმედება მისი იძულების მიზნით. გენეტიკური კავშირის არსებობის მოთხოვნა კი გამორიცხავს ასეთ შესაძლებლობას.

უნდა აღინიშნოს, რომ დონორთა წრის გაფართოებამ შესაძლოა უარყოფითი შედეგებიც გამოიწვიოს, მაგალითად როგორცაა ორგანოთა ვაჭრობა. ამ ტიპის საფრთხე განსაკუთრებით სახიფათოა საქართველოს მსგავსი ეკონომიკური მდგომარეობის ქვეყნებისთვის. მართალია დამტკიცებელი ფაქტები არ მოიპოვება, მაგრამ არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი, რომ საქართველოში ორგანოთა ვაჭრობის ფაქტები არსებობს. შავ ბაზარზე ორგანოთა ფასები საკმაოდ ძვირად ფასობს.

- თირკმელი ღირს 20-დან 100 ათას ევრომდე;
- ღვიძლის პატარა ნაწილი ჯდება 20-25 ათასი დოლარი;
- თვალის რქოვანა 2 ათას დოლარამდე, ძვლის ტვინის გადანერგვა 40 ათასი დოლარი;
- ადამიანის გული 250 ათასი დოლარი.

დღეის მონაცემებით, საქართველოში დღეს 257 ორგანოგადანერგილი ადამიანი ცხოვრობს. აქედან ორს გული აქვს გადანერგილი, (ერთს საფრანგეთში, მეორეს რუსეთში) ორმოცდაათს ღვიძლი, დანარჩენს კი თირკმელი.

ღვიძლის გადანერგვის ოპერაცია საქართველოში პირველად 2014 წელს ჩატარდა და დღემდე სულ 12 ასეთი ოპერაციაა ჩატარებული. საქართველოში ღვიძლის გადანერგვის ოპერაციას დღესდღეობით ორ კლინიკაში აკეთებენ - "ბათუმის რეფერალურ ჰოსპიტალსა" და "ავერსში". ამ უკანასკნელში აღნიშნული ოპერაციის ფასი დაახლოებით 111 800 ლარს შეადგენს, "ბათუმის რეფერალურ ჰოსპიტალში კი ღირებულება 50 000 აშშ დოლარის ექვივალენტია ლარში. [4] სამედიცინო კომპანია

"ევექსის" საზოგადოებასთან ურთიერთობის განყოფილების ხელმძღვანელის, გიორგი ნიორაძის განცხადებით, საქართველოში პირველი კლინიკა, სადაც ღვიძლის ტრანსპლანტაცია განხორციელდა, ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალია. აღსანიშნავია, რომ ყველა შემთხვევა წარმატებით დასრულდა.[5]

როგორც აღვნიშნეთ, ტრანსპლანტაცია ხდება, როგორც ცოცხალი ასევე გარდაცვლილი ადამიანის ორგანოს გადანერგვის შედეგად. მსოფლიოში ჩატარებული ტრანსპლანტაციის ოპერაციების 80 % სწორედ გვამური დონაციის შედეგია, მიუხედავად იმისა, რომ 2000 წლიდან მოქმედი კანონის თანახმად გვამური დონაციის განხორციელება კანონით ნებადართულია, საქართველოში მაინც არ ჩატარებულა მსგავსი ტიპის ოპერაცია.

შესაძლებელია ითქვას, რომ გვამურ დონაციის დანერგვის გარეშე საქართველოში მედიცინის ამ დარგს განვითარება არ უწყდება, გვამურ დონაციას გაცილებით დიდი უპირატესობა გააჩნია, პირველი ალბათ ის შეიძლება იყოს, რომ ამ შემთხვევაში არ დგება ცოცხალი ადამიანის ჯანმრთელობის საკითხი საფრთხის ქვეშ, გარდა ამისა ერთი ადამიანის გვამური დონაციით 8 ადამიანის სიცოცხლე შეიძლება იყოს გადარჩენილი. გვამი დონორი შეიძლება იყოს ორი ტიპის: გულისცემაშეჩერებული და გულისცემაშენარჩუნებული (როცა დაფიქსირებულია თავის ტვინის სიკვდილი).

საქართველოს კანონის მიხედვით ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ, ადამიანის ორგანოს გამოყენება ნებადართულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ დამტკიცებულია მისი გარდაცვალება. ადამიანი გარდაცვლილად ჩაითვლება მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც დადგინდება თავის ტვინის სიკვდილი ან გულის შეუქცევადი გაჩერება და სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა. (საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ, თავი მე-4 თავი. მუხლი 12), როგორც კანონშია აღნიშნული გარდაცვლილის ორგანოს აღებაზე თანხმობის ან უარის განცხადების უფლება აქვთ შემდეგ ქმედუნარიან პირებს: შვილს, მშობელს, შვილიშვილს, შვილიშვილის შვილს, ძმას, დას, ძმისწულს, დისწულს, ბებიას, პაპას, ბიძას, დეიდას, მამიდას, ბიძაშვილს, დეიდაშვილს, მამიდაშვილს თანაბარი უფლების მქონე რამდენიმე ნათესავის არსებობისას, თუნდაც ერთის მიერ უარის განცხადების შემთხვევაში, გარდაცვლილის ორგანოს აღება დაუშვებელია. (საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ, თავი მე-9).[3]

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორის გია თომაძის თქმით, გადასანერგად უკეთესია ისეთი ორგანო, რომელიც თავის ტვინის სიკვდილით გარდაცვლილი ადამიანისგან არის ამოღებული. "თავის ტვინის სიკვდილის შემთხვევაში (რომელიც აბსოლუტურად იდენტურია ადამიანის გარდაცვალებისა), ჯერ კიდევ შენარჩუნებულია გულისცემა, ანუ სისხლის მომარაგება მიმდინარეობს ყველა ორგანოში, გარდა ტვინისა, აქედან გამომდინარე, თუ ასეთი ორგანო იქნება აღებული, იგი უფრო კარგად და დიდ ხანს იფუნქციონირებს", – ამბობს ის. გვამური ტრანსპლანტაციისას ამოღებული ორგანოს შენახვის წესები იგივეა, რაც ცოცხალი გადანერგვისას, თუმცა, ცოცხალი დონორიდან აღებული ორგანოს ან ორგანოს ნაწილის შენახვის დრო ჩვეულებრივ მინიმალურია (1-2 საათი), მაშინ როცა გვამურ ორგანოს ხშირად უფრო დიდხანს უწევს შენახვა მისი ტრანსპორტირების აუცილებლობის გამო (20-30 საათი).

მსოფლიოს მასშტაბით განსხვავებული კანონმდებლობა არსებობს ორგანოების დონაციასთან დაკავშირებით, ამ მხრივს სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული მდგომარეობაა. დღესდღეობით მთელს მსოფლიოში აღინიშნება ორგანოების მწვავე დეფიციტი. ორგანოთა გაცემა ალტრუისტული ქმედებაა, რომლის დროსაც დონორმა იცის, რომ მას ამაში ფულს არ გადაუხდებიან. ყველა სახელმწიფო ცდილობს შექმნას ორგანოთა გადანერგვის სფეროში ისეთი საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც უფრო უსაფრთხოს გახდის ტრანსპლანტაციას და მოიზიდავს მეტ დონორს.

2007 წელს იქნა მიღებული სტამბოლის დეკლარაცია „ტრანსპლანტაციურ ტურიზმსა და ორგანოთა ვაჭრობის შესახებ“. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის 2010 წლის რეზოლუციის მიხედვით, ორგანოთა გადანერგვა უნდა ემყარებოდეს თავისუფლების, ანონიმურობისა და უსასყიდლოების პრინციპს. მსოფლიოს მასშტაბით განსხვავებული კანონმდებლობა არსებობს ორგანოების დონაციასთან დაკავშირებით, ამ მხრივ სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული მდგომარეობაა. მაგალითად, ინდოეთი არის ერთ-ერთი ქვეყანა, სადაც ორგანოთა არალეგალური ტრანსპლანტაცია ფართოდ არის გავრცელებული. არსებობს არალიცენზირებული კლინიკები, სადაც გარკვეული ანაზღაურების სანაცვლოდ, ან იძულებით ხდება დონორისგან ორგანოს მიღება. ამგვარი ქმედებების გამო, ინდოეთის ხელისუფლებამ გაამკაცრა აქამდე არსებული კანონი (TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS ACT 1994) და 2004 წლიდან დაუშვა ცოცხალი დონორიდან ორგანოს გადანერგვა, თუ ეს უკანასკნელი არის რეციპიენტის ნათესავი ან ახლო მეგობარი. ანაზღაურებადი დონორობა, ისევე როგორც სხვა სახელმწიფოებში ისჯება კანონით.

- დიდ ბრიტანეთში, 2004 წელს მიღებული კანონის მიხედვით „ადამიანის ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის შესახებ,, არა მარტო რეციპიენტის გენეტიკური ნათესავის დონორობის შესაძლებლობას, არამედ ალტრუისტული მიზნით, ანონიმურად ორგანოს გაცემასაც არ ზღუდავს. ასევე დიდ ბრიტანეთში დანერგეს ე.წ. „დონორის წყვილის გაცვლის“ პროგრამა. რაც მდგომარეობს იმაში, რომ თუ რომელიმე წყვილს, დონორი-რეციპიენტი, აქვს შეუთავსებლობა, იძებნება სხვა იმავე პრობლემის წყვილი და ხდება ანონიმურად წყვილების გაცვლა. ეს პროგრამა წარმატებით მუშაობს დიდ ბრიტანეთში.

- გერმანიაში ორგანოთა ტრანსპლანტაცია შესაძლებელია, თუ ეს ხდება ნებაყოფლობით და თუ მონაწილენი არიან ნათესავები, ან იმყოფებიან ერთმანეთთან ახლო ურთიერთობაში.

- რუსეთში კანონმდებლობით განსაზღვრულია ცოცხალ დონორთა ორი წრე. ესენია: უახლოესი ნათესავები - ძმები, დები, მშობლები; და დონორები, რომლებსაც არ აქვთ ნათესაური კავშირი რეციპიენტთან - ქმრის ან ცოლის ნათესავები, მეგობრები, ახლო ნაცნობები. ცოცხალი დონორი უნდა იყოს სრულწლოვანი, ფიზიკურად და ფსიქიკურად ჯანმრთელი.

- თურქეთში ორგანოთა გადანერგვის საკითხებს აწესრიგებს კანონი „ადამიანის ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის შესახებ“. კანონში „ცოცხალი დონორი“ განმარტებულია, როგორც ტრანსპლანტაციისთვის ორგანოს ნებაყოფლობით გამცემი პირი. კანონი არ განსაზღვრავს ცოცხალ დონორთა წრეს. კანონის მიხედვით, მოცემულია ვინ არ შეიძლება იყოს დონორი: ბავშვები; ქმედუუნარო პირები; რეციპიენტისთვის მავნებელი დაავადების მატარებელი პირი; ორსული ქალები; ობლები. [6]

სტატისტიკურ მონაცემებს თუ გადავხედავთ ამერიკაში შემდეგი მდგომარეობაა: ამჟამინდელი ინფორმაციით 121,678 ადამიანი ელოდება ტრანსპლანტაციას ამერიკის მასშტაბით, აქედან 100,791 თირკმლის გადანერგვის მომლოდინეებს წარმოადგენენ. სტატისტიკურად დღეში 22 ადამიანი კვდება ტრანსპლანტაციის მომლოდინეთა სიიდან, მხოლოდ 3 ადამიანი კვდება 1000-დან ოპერაციის შემდგომ.

სტატისტიკური ინფორმაციით, აშშ-ში 2015 წლის ინფორმაციით 17879 პირს გაუკეთდა თირკმლის გადანერგვა, ღვიძლის გადანერგვა - 7127 პირს, გულის გადანერგვა - 2804 პირს, ფილტვის გადანერგვა - 2057 პირს, პანკრეასის - 228 პირს. აშშ-ში 10 დონორიდან ყოველი 6 არის გარდაცვლილი დონორი, ხოლო 4 ცოცხალი. [7]

კვლევის მეთოდი

აღნიშნული საკითხიდან გამომდინარე რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მასობრივი გამოკითხვა. კვლევის ინსტრუმენტად გამოვიყენეთ კითხვარი. კითხვარში გამოვიყენეთ დახურული ტიპის შეკითხვები, ასევე ლიკერტის სკალა

რესპონდენტების დამოკიდებულების გასაზომად, რომელზეც გაზომვა ხდება რიგის სკალაზე. გამოვიყენეთ აღწერითი კვლევის დიზაინი, რომელმაც საშუალება მოგვცა მიგველო საჭირო მონაცემები. რესპონდენტებს წარმოადგენდნენ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტები.

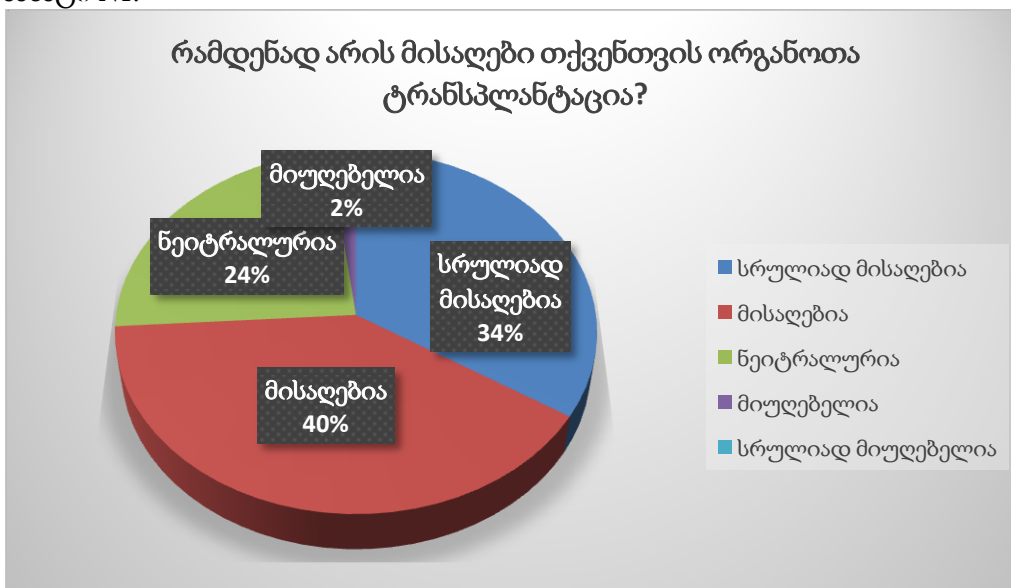
კვლევის ჩატარებისას დაცულ იქნა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის წესები, კერძოდ, რესპონდენტები გაეცნენ კვლევის მიზნებს, ამოცანებს. ავუხსენით, რომ მათ აქვთ უფლება ნებისმიერ დროს შეწყვიტონ ინტერვიუ უკმაყოფილების შემთხვევაში, რის შემდეგაც მათგან ავიღეთ თანხმობა კვლევის ჩატარებისთვის. კიდევ ერთი საკითხი, რომელიც მნიშვნელოვანია კვლევის ეთიკის განხილვისას არის ანონიმურობა და კონფიდენციალურობა. გამომდინარე იქიდან, რომ ჩვენი კვლევის შერჩევითი ერთობლიობა არ წარმოადგენს რაიმე კონკრეტულ სიას და ამასთანავე, კითხვარი არ მოითხოვდა რესპონდენტების სახელის და გვარის დაფიქსირებას გაცემული პასუხების კონფიდენციალურობა მაქსიმალურად იყო დაცული. მაქსიმალურად ვეცადეთ კვლევის ფარგლებში, რესპონდენტებს არ გასჩენოდათ უხერხულობის განცდა კვლევის თემასთან და კითხვებთან დაკავშირებით.

რაც შეეხება კვლევის შეზღუდვებს, ვინაიდან ჩვენი კვლევის შერჩევითი ერთობლიობა წარმოადგენს 50 ადამიანს, ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემების განზოგადება შეუძლებელი იქნება, შესაბამისად აღნიშნული კვლევა არ არის რეპრეზენტატული. საკვლევი თემიდან გამომდინარე, სხვა ტიპის შეზღუდვა ნაკლებად შესაძლებელია წარმოჩინდეს.

კვლევის შედეგები

რესპონდენტებს წარმოადგენდნენ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის 50 სტუდენტი, რომლებმაც შეავსეს კითხვარი. აღნიშნული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქართველი ახალგაზრდების განწყობების შესაწავლა ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ. იმასთვის რათა დაგვედგინა რამდენად მისაღებია ქართველი ახალგაზრდებისთვის ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და გვამური დონაცია, დავუსვით რამოდენიმე შეკითხვა ამ თემასთან დაკავშირებით. კითხვაზე, რამდენად არის მისაღები თქვენთვის ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, მივიღეთ შემდეგი შედეგი, რესპონდენტთა უმრავლესობისთვის (40%) მისაღებია ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, დაახლოებით მესამედისთვის (34%) სრულიად მისაღები, ხოლო 24% ნეიტრალურად არის განწყობილი ამ საკითხის მიმართ, რაც შეიძლება გამოუწვეული იყოს იმით, რომ მათ არ ქონიათ მსგავსი შემთხვევა, რომელიც დაკავშირებული იყო დონაციასთან ან ტრანსპლანტაციასთან. მხოლოდ ერთი ადამიანისთვის (2%) არის მიუღებელი ორგანოთა ტრანსპლანტაცია.

ნახატი N1.



რესპონდენტებს შევთავაზეთ დაეფიქსირებინათ თავიანთია აზრი, რამდენად ეთანხმებიან აღნიშნულ დებულება „საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, დონორი შეიძლება იყოს მხოლოდ ოჯახის წევრი“. რესპონდენტთა 84% არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას და თვლის, რომ არ არის აუცილებელი მხოლოდ ოჯახის წევრმა გაუწიოს პაციენტს დონორობა. ხოლო 16%

ეთანხმება იმ მოსაზრებას, რომ მხოლოდ ოჯახის წევრს უნდა შეემდობს გაილოს რომელიმე ორგანო სხვა ადამიანისთვის.

მიღებულ მონაცემებს ადასტურებს შემდეგი შედეგი, კითხვაზე, უნდა გაფართოვდეს თუ არა დონორთა წრე, რესპონდენტების 90%-მა (N=45) დადებითად უპასუხა, ხოლო 10% (5 ადამიანი) ისევ თვლის, რომ მხოლოდ ოჯახის წევრებს უნდა შეემდობდნენ ორგანოების დონაცია.

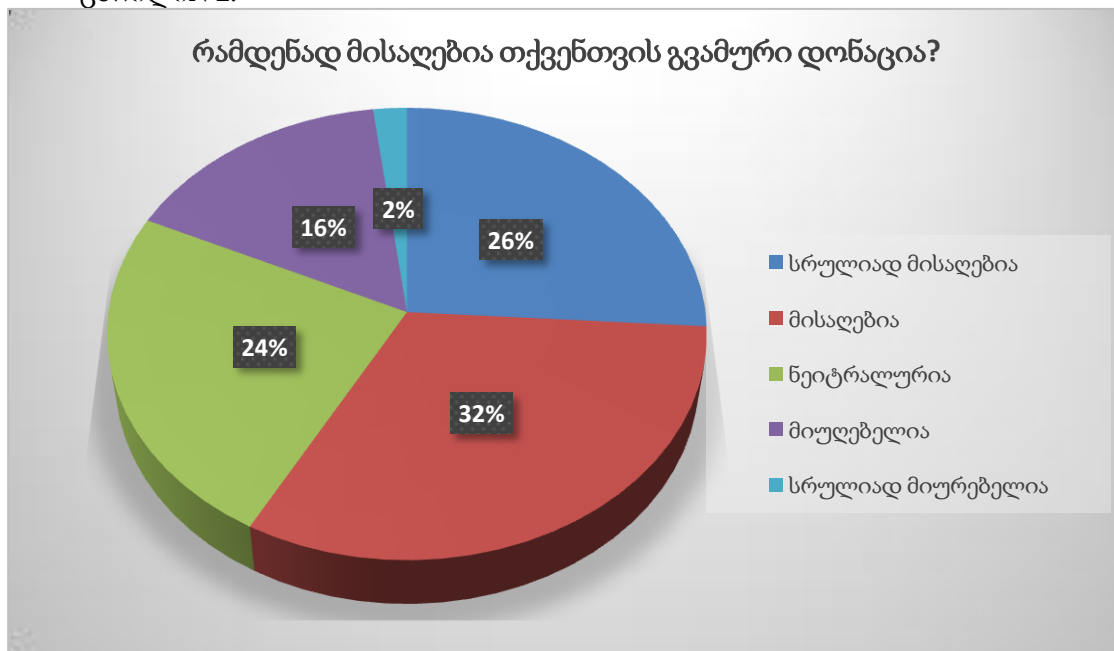
ერთ-ერთი კითხვა, რომელიც რესპონდენტებს დაეუსვით იყო შემდეგი, რამდენად მისაღებია თქვენთვის გვამური დონაცია. საქართველოს კანონმდებლობით გვამური დონაცია არ იკრძალება, მაგრამ მსგავსი ტიპის ტრანსპლანტაცია ჯერ არ ჩატარებულა, გამომდინარე აქედან გვანტერესებდა რამდენად არის მზაობა ქართველა ახალგაზრდებში ამ თემასთან დაკავშირებით, რაზეც მივიღეთ შემდეგი პასუხები: რესპონდენტთა 26% თვლის, რომ გვამური დონაცია სრულიად მისაღებია, რადგან სრულიად მორალურია უკვე აღარ არსებული სიცოცხლის რესურსით, სხვა სიცოცხლის გადარჩენა. რესპონდენტთა 32% თვლის, რომ მისაღებია, 24% ისევ ნეიტრალურად არის განწყობილი ამ საკითხის მიმართ. ხოლო 16 % თვლის, რომ გვამური დონაცია სრულიად მიუღებელი აქტია, რის გასამართლებლადაც მათ მოჰყავთ შემდეგი ტიპის არგუმენტები:

„ჩემი აზრით, ეს გარდაცვლილის შეურაცხყოფაა, ამასთანავე ჩვენი რელიგია კრძალავს ასეთ ქმედებებს.“;

„გვამური დონაცია მიუღებელია ალბათ იმიტომ, რომ ამის შესახებ აწ გადრდაცვილი ადამიანის ნებართვა არ გვექნება, რაც არ იქნება მორალურად სწორი საქციელი“;

„არასწორად მიმაჩნია, რადგან რელიგიურად გაუმართლებელი მგონია.“

ცხრილი N 2.



დასკვნა

დასკვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მიღებული მონაცემების გაანალიზების შედეგად, ჩვენს მიერ გამოკითხული რესპონდენტების დიდი ნაწილი მომხრეა ორგანოთა ტრანსპლანტაციის და ასევე მათი აზრით, საჭიროა დონორთა წრის გაფართოება, რათა უფრო მეტი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა იყო შესაძლო. რაც შეეხება გვამურ დონაციას, ახალგაზრდების მზაობა ამ თემასთან დაკავშირებით დაკლებად წარმოჩინდა, მათი მთავარი არგუმენტი რელიგიას უკავშირდებოდა, რომ რელიგია კრძალავს მსგავს ქმედებას, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ქრისტიანული რელიგია არ კრძალავს გარდაცვალების შემდგომ ორგანოთა დონაციას. ასევე დავის საკითხი ხდება როდის შეიძლება ჩაითვალოს ადამიანი გარდაცვლილად, როდესაც მისი ტვინი კვდება, თუ როდესაც გული ითიშება, რაც კიდევ ერთ გაურკვეველობას ბადებს საზოგადოებაში. ეს ყოველივე დაკავშირებულია საზოგადოების, ამ შემთხვევაში ახალგაზრდების

ცნობიერების დონესთან, მათ არ აქვთ საკმარისი როგორც ბიოლოგიური, ისე რელიგიური ცოდნა, რათა ობიექტურად მიუდგინენ ამ საკითხს.

აბსტრაქტი

ორგანოთა ტრანსპლანტაცია თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი ყველაზე დინამიურად განვითარებადი დარგია. მთელს მსოფლიოში ყოველწლიურად 100 000-მდე ასეთი ტიპის ოპერაცია ტარდება, რაც ამდენივე გადარჩენილ სიცოცხლეს ნიშნავს. ორგანოთა ტრანსპლანტაცია შესაძლებელია როგორც ცოცხალი ორგანიზმიდან ასევე გარდაცვლილის სხეულიდანაც. მსოფლიოს მაშტაბით მსგავსი ტიპის ოპერაციების 80 % სწორედ გვამური დონაციის მეშვეობით ხდება. მიუხედავად იმისა, რომ გვამური დონაცია საქართველოში 2000 წლიდანაა დაკანონებული, დღემდე არ მომხდარა გვამიდან ორგანოს დონაცია, ძირითად მიზეზად შეგვიძლია მივიჩნიოთ საზოგადოების მენტალობა. კანონის მიხედვით დონორი შეიძლება იყოს რეციპიენტის გენეტიკური ნათესავი, ასევე მეუღლის ნათესავი იგივე ხაზით, თუ აღნიშნულ პიროვნებებში ვერ მოხდება დონორის მოძიება, დონორობის უფლება ასევე შესაძლოა მიენიჭოს რეციპიენტთან ახლო ემოციურ კავშირში მყოფ პირს. რაც შეეხება გვამის გამოყენება ტრანსპლანტაციისთვის, იმ შემთხვევაშია ნებადართული თუ ადამიანმა სიცოცხლეშვე განაცხადა თანხმობა, ასეთი თანხმობის არარსებობის შემთხვევაში კი პასუხისმგებლობა ახლობლებს ენიჭებათ. როგორც აღვნიშნეთ გვამურმა დონაციამ დღემდე ვერ მოიკიდა ფეხი საქართველოში, მიუხედავად იმისა, რომ კანონის მიერ ნებადართულია. ჩვენს მიერ გამოკითხული რესპონდენტებიდან მხოლოდ 26 %-სთვისაა სრულიად მისაღები გვამური დონაცია, იმ რესპონდენტების ძირითად არგუმენტს, რომლებიც სრულიად ეწინააღმდეგება აღნიშნულ საკითხს, წარმოადგენს რელიგიური და მორალური ფაქტორი.

Organ transplantation challenges in Georgia

Tabatadze Keto, Shakulashvili Anano - Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences, Bachelors of Sociology

Abstract

Organ transplantation is one of developmental industry of the modern medicine. In whole world approximately 100,000 transplant operation are made, which means 100,000 saved lives. Organ transplantation can make as from alive organism, as from deceased body. 80% of these operations are made from deceased body in the world. In spite of that postmortem donation is legalized from 2000 year, donation had never made from deceased body in Georgia. The reason of this is consciousness of society. According by law, donor might be genetic relative of patient. As concerns utilization of deceased body for transplantation is allowed if patient says consent in its lifetime. Without consent liability gives its relatives. 26% of our respondents support postmortem donation. Other respondents say that religion da moral prohibit them postmortem donation

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ლევან ნანობაშვილი ; 1999; „ადამიანის ორგანოთა და ქსოვილთა გადანერგვის ზოგიერთი სამართლებრივი ასპექტი“.
2. ნ. ფრანგიშვილი 2007. „ორგანოთა გადანერგვა მხოლოდ სისხლის ნათესავებს შორისაა დაშვებული“<http://www.medportal.ge/pg2.php?Id=579&act=newsarch&catId=130&act2=full>
3. საქართველოს კანონი ორგანოთა გადანერგვის შესახებ; 2000; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16780>
4. Politcomersant; 2016. “ცოცხალ დონორთა წრის გაფართოება და ორგანოებით ვაჭრობის საფრთხე“
5. ქრისტინე გამთენაძე 2015 ; „ყველაზე ძვირადღირებული ოპერაციები საქართველოში“ <https://bpn.ge/finansები/15862-yvelaze-dzvirad-ghirebuli-operaciebi-saqarthveloshi.html?device=xhtml&lang=ka-GE>
6. ნ. კალანდაძე ; 2014 ; ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და ცოცხალ დონორთა წრე
7. U.S. Government Information on Organ Donation and Transplantation; 2015; “Organ Donation Statistics” ; <https://www.organdonor.gov/statistics-stories/statistics.html>
8. „შავ ტრანსპლანტოლოგთა საქმე- ვინ ყიდულობს საქართველოში გვამებს!“ ; 2015 <http://www.mediacity.ge/news.php?id=247>