



კავკასიის უნივერსიტეტი  
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო  
რეცენზირებადი ჟურნალი  
International Scientific  
Refereed Journal

5

ჯანდაცვის პოლიტიკა,  
ეკონომიკა და სოციოლოგია  
Health Policy, Economics and Sociology



5

2021

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

კავკასიის უნივერსიტეტი  
Caucasus University

რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed International Scientific Journal

Health Policy, Economics and Sociology

№ 5



კავკასიის უნივერსიტეტი  
CAUCASUS UNIVERSITY

თბილისი 2021 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტი

Caucasus University

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

Editor-in-Chief:

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

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984



კავკასიის უნივერსიტეტი  
CAUCASUS UNIVERSITY

## სარედაქციო კოლეგია:

კახა შენგელია - ისტორიის და ეკონომიკის დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)  
ბორის ლეჟავა - ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)  
გიორგი მახარაშვილი - მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლის დეკანი (კავკასიის უნივერსიტეტი)  
ზვიად კირტავა - მედიცინის დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)  
ოთარ გერზმავა - მედიცინის დოქტორი (გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი)  
ნატა ყაზახაშვილი - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
ლელა სტურუა - მედიცინის დოქტორი (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი)  
რევაზ ჯორბენაძე - მედიცინის დოქტორი (ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი)  
რიმა ბერიაშვილი - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი)  
იაგო კაჭკაჭიშვილი - სოციოლოგიის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
ნინო მაჩუროშვილი - პოლიტიკის მეცნიერების დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)  
დევი ტაბიძე - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი)  
კახაბერ ჯაყელი - ეკონომიკის დოქტორი (შავი ზღვის საერთაშორისო უნივერსიტეტი)  
ერეკლე პირველი - ეკონომიკის დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)  
დიმიტრი კორძაია - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
ოთარ ვასაძე - მედიცინის დოქტორი (საქართველოს უნივერსიტეტი)  
ოთარ ჩოკოშვილი - მედიცინის დოქტორი (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი)  
ნონა გელიტაშვილი - ეკონომიკის დოქტორი (თბილისის ჰუმანიტარული სასწავლო უნივერსიტეტი)  
ილია ნადარეიშვილი - მედიცინის დოქტორი (დ.ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი)  
ნინო ჩიხლაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
ზურაბ სიხარულიძე - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი)  
ლალი კოკაია - მედიცინის დოქტორი (თამარ მეფის უნივერსიტეტი)  
მანანა ჩიხლაძე - მედიცინის დოქტორი (ავ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
სოფიო ბერიძე - მედიცინის დოქტორი (ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
იმედა რუბაშვილი - ქიმიის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
დიმიტრი ჯაფარიძე - ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
ირმა კორთაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
გივი ბედიანაშვილი - ეკონომიკის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)  
თამარ ლობჯანიძე - ჯანმრთელობის მეცნიერებათა სკოლის დირექტორი, (საქართველოს უნივერსიტეტი)

## სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

ლეილა კარიმი - ფსიქოლოგიის და სტატისტიკის დოქტორი, RMIT უნივერსიტეტი, (ავსტრალია)  
მეთიუ იოვეტი - დოქტორი, ჯანდაცვის დაფინანსების უფროსი სპეციალისტი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (დიდი ბრიტანეთი)  
კამელია ქრისტინა დაიაკონუ - ჟურნალ “Archives of the Balkan Medical Union” რედაქტორი, ბალკანეთის მედიცინის კავშირის პრეზიდენტი (ბუქარესტი, რუმინეთი)  
ვივიანა მანგიატერა - პროფესორი, ბოკონის უნივერსიტეტი (მილანი, იტალია)  
თეა ი. კოლინზი - არაგადამდებ დაავადებათა გლობალური კოორდინაციის მრჩეველი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჟენევა, შვეიცარია)  
რევათი ფალკვი - ნოტინგემის უნივერსიტეტი (ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი)  
ლეილა აფმარი - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)  
თისა ვიჯარეთნი - დოქტორი, პროფესორი, მელბურნის უნივერსიტეტი (ავსტრალია)  
ჯირი რადა - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)  
სტივ პოლგერი - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)  
გიორგი მაქარიშვილი - სოციალურ მეცნიერებათა დოქტორი (შვეიცარია)  
არანკა იგნასიაკ-შულცი - ეკონომიკის დოქტორი, ნიკოლაუს კოპერნიკის უნივერსიტეტი (პოლონეთი)

### Scientific Editorial Board

Kakha Shengelia - Doctor of Economics (Caucasus University)  
Buba Lezhava - Doctor of Business Administration (Caucasus University)  
Giorgi Makharashvili - Dean of the School of Medicine and Healthcare Management (Caucasus University)  
Zviad Kirtava - Doctor of Medicine (Caucasus University)  
Otar Gerzmava - Doctor of Medicine (Grigol Robakidze University)  
Nata Kazakhashvili - Doctor of Medical Science (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)  
Revaz Jorbenadze - Doctor of Medical Science (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)  
Lela Sturua - Doctor of Medicine (National Center for Disease Control and Public Health)  
Devi Tabidze - Doctor of Medicine (Tbilisi State Medical University)  
Rima Beriashvili - Doctor of Medicine (Tbilisi State Medical University)  
Iago Kachkachishvili - Doctor of Social Sciences (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)  
Nino Machurishvili - Doctor of Political Science (Caucasus University)  
Otar Chokoshvili - Doctor of Medicine (Center for Infectious Pathology, AIDS and Clinical Immunology)  
Kakhaber Jakeli - Doctor of Economics (Black sea international university)  
Erekle Pirveli - Doctor of Economics (Caucasus University)  
Dimitri Kordzaia - Doctor of Medicine (Tbilisi State University)  
Otar Vasadze - Doctor of Medicine (University of Georgia)  
Nona Gelitashvili - Doctor of Economics (Tbilisi Humanitarian Teaching University)  
Ilia Nadareishvili - Doctor of Medicine (David Tvildiani Medical University)  
Nino Chikhladze - Doctor of Public Health (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)  
Zurab Sikharulidze - Doctor of Medicine (Tbilisi State Medical University)  
Manana Chikhladze - Doctor of Medicine (Ak. Tsereteli State University)  
Sophio Beridze - Doctor of Medicine (Batumi State University)  
Imeda Rubashvili - Doctor of Chemistry (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)  
Lali Kokaia - Doctor of Medical Science (King Tamar University)  
Dimitri Japaridze - Doctor of Business Administration (Ilia State University)  
Irma Kirtadze - Doctor of Public Health (Ilia State University)  
Givi Bedianashvili - Doctor of Economics (European University)  
Tamar Lobzhanidze - Director of the School of Health Sciences, (University of Georgia)

### Foreign part of Editorial board members:

Leila Karimi - Doctor of Psychology and Doctor of Statistics, Professor, RMIT University (Australia)  
Camelia Cristina Diaconu - Editor-in-Chief “Archives of the Balkan Medical Union”, President of the Balkan Medical Union (Bucharest, Romania)  
Matthew Jowett - PhD, Senior Health Financing Specialist, World Health Organization (Great Britain)  
George Shakarishvili – Doctor of Social Sciences (Switzerland)  
Viviana Mangiaterra - Professor, University of Bocconi (Milan, Italy)  
Téa E. Collins - Adviser of The World Health Organization Global Coordination Mechanism on NCDs (Geneva, Switzerland)  
Revati Phalkey - Professor, University of Nottingham (London, UK)  
Leila Afshari - PhD, Director of HRM and Management Programs, La Trobe University (Australia)  
Tissa Wijeratne - PhD, Professor, University of Melbourne (Australia)  
Jiri Rada - PhD, Professor, La Trobe University (Australia)  
Steve Polgar - PhD, Professor, La Trobe University (Australia)  
Aranka Ignasiak-Szulc - Doctor of Economics, Nicolaus Copernicus University in Torun (Poland)

რედაქტორი - ეკა ელიავა

Editor - Eka Eliava

## სარჩევი

1. გიორგი მიქიაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმები: თურქეთის მაგალითი
2. თენგიზ ვერულავა, ანა ლონდაძე, რევაზ ჯორბენაძე, მიხეილ წვერავა, მანანა დონჯაშვილი. გულის უკმარისობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები ხანდაზმულ პაციენტებში
3. სალომე აბულაშვილი, მარიამ ხუროშვილი, თენგიზ ვერულავა. სკოლებში ადაპტირებული გარემოს ხელმისაწვდომობის კვლევა ყრუ / სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის
4. ნათია ასანიძე, ნინო ჩიხლაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ნატო ფიცხელაური. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული საჭიროებების და რესურსების შეფასებითი ანალიზი
5. მარიამ აბრამიშვილი, ნინო ჩხაბერიძე, ნატო ფიცხელაური, მაია კერესელიძე, ნინო ჩიხლაძე. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პერსონალის კმაყოფილება (თბილისის და რუსთავის მაგალითზე)
6. ნ. ჩიხლაძე, ი. გრძელიძე, ე. ჩიხლაძე, მ. ბიჭვინაშვილი. სამედიცინო განათლება კოვიდ-19 პანდემიის დროს: საერთაშორისო სტუდენტების ელექტრონული სწავლებით კმაყოფილება
7. მანანა ცერცვაძე, ირინა მუჯირი. საქართველოს ჯანდაცვის და განათლების სისტემების პრობლემები საერთაშორისო ინდექსების მიხედვით

## Content

1. Giorgi Mikiashvili, Tengiz Verulava. Successful Health System Reforms: The Case of Turkey
2. Tengiz Verulava, Ana Ghonghadze, Revaz Jorbenadze, Michael Tsverava, Manana Donjashvili. Epidemiology of Heart Failure in Elderly Patients
3. Salome Abulashvili, Mariam Khuroshvili, Tengiz Verulava. Access to an Adapted School Environment for Deaf / Hard of Hearing Children
4. Natia Asanidze, Nino Chikhladze, Nata Kazakhashvili, Nato Pitskhelauri. Assessing Mental Health needs and resources in Georgia
5. Mariam Abramishvili, Nino Chkhaberidze, Nato Pitskhelauri, Maia Kereselidze, Nino Chikhladze. Job satisfaction of Emergency Medical Services staff (On the example of Tbilisi and Rustavi)
6. N. Chikhladze, I. Grzelidze, K. Chikhladze, M. Bitskhinashvili. Medical education during the Covid-19 pandemic: satisfaction of international students with e-learning
7. Manana Tsertsvadze, Irina Mujiri. Problems of health and education systems of Georgia according to international indices

## ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმები: თურქეთის მაგალითი

გიორგი მიქიაშვილი<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

<sup>1</sup> მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი; g\_mikiashvili3@cu.edu.ge

<sup>2</sup> მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, tengiz.verulava@gmail.com.

### აბსტრაქტი

2003 წლიდან თურქეთის ჯანდაცვის სისტემაში დაიწყო რადიკალური ცვლილებები. სახელმწიფოს მიზანს შეადგენდა სამედიცინო სერვისებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა, თითოეული მოქალაქისათვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების თანაბარი უზრუნველყოფა, ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა. შემუშავდა „ჯანდაცვის ტრანსფორმაციის პროგრამა“, რომელიც სამ ძირითად ასპექტზე იყო დაფუძნებული: ა) ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ცვლილება; ბ) ადამიანური რესურსების მართვის პოლიტიკის ცვლილება; გ) რეფორმების პოლიტიკური ეკონომიკა. 2012 წლის იანვარში ამოქმედდა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის მეშვეობით თურქეთის თითოეულ მოქალაქეს მიეცა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა. 2003 წლიდან 2013 წლამდე ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში სახელმწიფო დანახარჯების წილი გაიზარდა 72%-დან 77%-მდე, ხოლო ჯიბიდან გადახდები შემცირდა 18.5%-დან 15.4%-მდე. მიუხედავად არსებული მრავალი გამოწვევისა თუ პრობლემისა, თურქეთმა სწორი პოლიტიკით, მიდგომებით და ქმედებებით, წინასწარ დასახული პროგრამის გეგმაზომიერი შესრულებით, შეძლო შთამბეჭდავი შედეგების მიღწევა.

**საკვანძო სიტყვები:** სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, თურქეთის ჯანდაცვა.

**ციტირება:** გიორგი მიქიაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმები: თურქეთის მაგალითი. ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

### Successful Health System Reforms: The Case of Turkey

Giorgi Mikiashvili<sup>1</sup>, Tengiz Verulava<sup>1</sup>

<sup>1</sup> School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University

#### Abstract

Since 2003, Turkey has implemented major health care reforms. The goal of the reforms was to provide the general population with high quality medical services, to increase financial and geographical access. A “Health Transformation Program” was developed, which was based on three main aspects: (a) change of the health financing system; B) change of human resources management policy; C) the political economy of reforms. A law on universal health insurance was enacted in January 2012, giving every Turkish citizen access to quality medical care. From 2003 to 2013 the share of government spending in total healthcare spending increased from 72% to 77%, while out-of-pocket payments decreased from 18.5% to 15.4%. Despite many challenges or problems, Turkey has been able to achieve impressive results.

**Keywords:** access to medical services, Turkish healthcare.

**Citation:** Giorgi Mikiashvili, Tengiz Verulava. Successful health System: The Case of Turkey. Health Policy, Sociology and Economics, 2021; 5



## შესავალი

თანამედროვე მსოფლიოს ერთ-ერთი აქტუალური საკითხია სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომის თანასწორობა. სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა გულისხმობს, რომ საზოგადოების თითოეულ წევრს უნდა შეეძლოს დროულად მიიღოს ნებისმიერი საჭირო მომსახურება დაბრკოლებების გარეშე. არსებობს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ფინანსური და არაფინანსური ბარიერები. ფინანსური ბარიერი დაკავშირებულია სერვისების სიძვირის გამო ხელმიუწვდომლობას. არაფინანსური ბარიერებიდან აღსანიშნავია სხვადასხვა რეგიონებში სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული მიუწვდომლობა, მიმწოდებლების ნაკლებობა, მოცდის დიდი დროის პრობლემა. ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა შეუძლებელია სამართლიანად ჩაითვალოს, თუ სერვისების მიღება გაცილებით რთულია საზოგადოების ერთი ფენისთვის, ვიდრე დანარჩენებისთვის<sup>1</sup>. ამასთან, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თანასწორობის გაზომვა საკმაოდ რთული საკითხია, რომელიც მოიცავს ბევრ თეორიულ თუ პრაქტიკულ ასპექტს.

ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემები განსაკუთრებით გამწვავდა მეოცე საუკუნის ბოლო პერიოდიდან, როდესაც ჯანდაცვის ხარჯები კატასტროფულად გაიზარდა და მათი შეკავება, ფაქტობრივად, შეუძლებელი გახდა. ამას თან დაერთო მსოფლიო ეკონომიკური კრიზისი, რომლის ფონზე კონკრეტული სფეროების დაფინანსების ზრდა უკანა პლანზე გადავიდა<sup>2</sup>.

სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომის თანასწორობასთან დაკავშირებული პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთი საინტერესო მაგალითია თურქეთში გატარებული ეფექტური რეფორმები. 2003 წელს თურქეთში დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესი, შეიქმნა „ჯანდაცვის გარდაქმნის პროგრამა“ (Health Transformation Program, HTP). პროგრამის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის დაფინანსების ფრაგმენტული სისტემის ინტეგრაცია და ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთიანი სისტემის შექმნა. 2012 წლის იანვარში ამოქმედდა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლის საფუძველზე თურქეთის თითოეულ მოქალაქეს გაუჩნდა ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა<sup>3</sup>.

2003 წლიდან 2013 წლამდე ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში სახელმწიფო დანახარჯები გაიზარდა 72%-დან 77%-მდე, ჯიბიდან გადახდები კი

შემცირდა 18.5%-დან 15.4%-მდე, თუმცა ერთ სულზე ჯიბიდან გადახდები \$87-დან \$172-მდე გაიზარდა.

რეფორმის შედეგად დაინერგა თანამედროვე დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიები, სხვადასხვა რეგიონში აშენდა სამედიცინო დაწესებულებები, განვითარდა სამედიცინო ტურიზმი. უცხოელმა პაციენტებმა დაიწყეს სამკურნალოდ თურქეთში ჩასვლა, მაშინ როცა წარსულში თურქეთის მოქალაქეები ევროპაში მიდიოდნენ სამკურნალოდ.

ნაშრომის მიზანია ჯანდაცვის სფეროში თურქეთის წინაშე არსებულ გამოწვევათა დამლევის, გატარებული რეფორმების შესწავლა, რაც მნიშვნელოვანია საქართველოში მიმდინარე რეფორმების ეფექტურად განსახორციელებლად.

## ჯანდაცვის ტრანსფორმაციის პროგრამა (Health Transformation Program, HTP)

ჯანმრთელობა არის ადამიანის უნივერსალური უფლება და ადამიანის ძირითადი მოთხოვნილება. ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემის უმთავრესი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და დაფინანსების სამართლიანობა (ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება). სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უთანასწორობის შესამცირებლად 2003 წლიდან თურქეთში ეტაპობრივად განხორციელდა ჯანდაცვის რეფორმები.

2003 წელს სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების სერვისები მთელი მოსახლეობისათვის უფასო გახდა. პაციენტებს აღარ უწევდათ საავადმყოფოებში იძულებით დაყოვნება მკურნალობის საფასურის გადაუხდელობის გამო.

2004 წლიდან მწვანე ბარათის დაზღვევით დაფარულია ამბულატორიული მომსახურებები და მედიკამენტები; ორსულებისა და ბავშვებისთვის უკიდურესად გაჭირვებული ოჯახებიდან (მოსახლეობის 6%) შემოღებულ იქნა სპეციალური პროგრამა. ფარმაცევტული სფეროს რეგულირების შედეგად შემცირდა მედიკამენტების ფასები. პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს ექიმი, რომელიც დასაქმებულია სახელმწიფო საავადმყოფოში და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი.

2005 წლიდან დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. საპილოტე რეგიონებში დაინერგა საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელი.

2006 წელს საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელი დანერგვა გაფართოვდა ქვეყნის სხვა რეგიონებში.

2007 წელს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაწევა უფასო გახდა ყველასთვის, მიუხედავად დაზღვევის სტატუსისა. საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელი დანერგვა გაფართოვდა ქვეყნის სხვა რეგიონებში.

2008 წელს გადაუდებელი და ინტენსიური თერაპიის სერვისები ხელმისაწვდომი გახდა ყველასთვის, როგორც კერძო, ასევე საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში; საჭირო სასწრაფო დახმარება უფასო გახდა მთელი მოსახლეობისთვის.

2009 - 2010 წლისათვის საოჯახო მედიცინის მოდელი დაიწერა მთელი ქვეყნის მასშტაბით<sup>4</sup>.

### ჯანდაცვის რეფორმამდელი სისტემა

თურქეთის ჯანდაცვის სისტემის განვითარება იწყება 1923 წლიდან, თურქეთის რესპუბლიკის დაარსების დღიდან. თურქეთში ჯანდაცვის რეფორმამდელი სისტემის განვითარება შეიძლება დაიყოს სამ პერიოდად: 1) 1923-1960 წლებში სახელმწიფოს უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის ფინანსური და ადამიანური დეფიციტის გადალახვის გზების ძიება, გადამდები დაავადებების გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა; 2) 1960-1983 წლებში ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მომსახურების ფრაგმენტული სისტემა. მუშათა კლასისათვის შეიქმნა სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია (Sosyal Sigortalar Kurumu, SSK); ვაჭრებისთვის, ხელოსნებისთვის და თვითდასაქმებულებისთვის შეიქმნა სოციალური დაზღვევის სააგენტო (Bağ-Kur), ხოლო სამთავრობო ორგანიზაციებში დასაქმებულთათვის სახელმწიფო მოხელეთა საპენსიო ფონდი (Government Employees Retirement Fund, GERF); 3) 1983 წლის შემდეგ პერიოდში და განსაკუთრებით, 90-იან წლებში ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულმა ცვლილებებმა გამოიწვია ზოგადი სოციალური პარადიგმებიდან ახალ საჯარო მენეჯმენტზე გადასვლა.

ჯანდაცვის სამინისტრო იყო პირველადი, მეორეული და მესამეული სამედიცინო სერვისების მთავარი მიმწოდებელი სამედიცინო პუნქტების, ჯანმრთელობის ცენტრებისა და საავადმყოფოების ქსელის საშუალებით. თურქეთის ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2002 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ფლობდა საავადმყოფოების 64.3%-ს, ხოლო კერძო სექტორი 7,8%-ს.

სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია წარმოადგენდა მეორეული და მესამეული დონის სამედიცინო სერვისების მეორე უმსხვილეს მიმწოდებელს და გააჩნდა საკუთარი ჯანდაცვის ორგანიზაციები და პერსონალი. მიუხედავად იმისა, რომ კერძო სექტორი შეადგენდა სამედიცინო ბაზრის შედარებით მცირე წილს, იგი მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა საჯარო სექტორის ექიმების საქმიანობაში. ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილი სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციების პარალელურად დასაქმებულები იყვნენ კერძო სექტორში არასრულ განაკვეთზე.

არსებული ფრაგმენტული ორგანიზაციული მიწოდების სისტემის მიზეზს წარმოადგენდა ფრაგმენტული დაფინანსების სისტემა. დაფინანსების სამი ძირითადი წყარო არსებობდა:

- სახელმწიფო ბიუჯეტი, რომელიც გროვდება ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებით;
- სოციალური დაზღვევის სახსრები (სოციალური დაზღვევის ორგანიზაცია - SSK, სოციალური დაზღვევის სააგენტო - Bağ-Kur, სახელმწიფო მოხელეთა საპენსიო ფონდი - GERF);
- ჯიბიდან გადახდები.

ჯანდაცვა ძირითადად ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ. ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 63%-ს შეადგენდა სახელმწიფო დანახარჯები (28% - სოციალური დაზღვევის სექტორიდან, 28% სახელმწიფოს სხვა წყაროებიდან). ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენდა 27.6%-ს, ხოლო კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები და კორპორაციები ასრულებდნენ მინიმალურ როლს ჯანმრთელობის დაფინანსებაში (შესაბამისად, 4,4% და 3,6%)<sup>5</sup>.

მოსახლეობა დაყოფილი იყო ხუთ ქვეჯგუფად: აქტიური საჯარო მოხელეები, პენსიონერი საჯარო მოხელეები (GERF), სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის ბენეფიციარები (SSK), სოციალური დაზღვევის სააგენტოს ბენეფიციარები (Bağ-Kur) და მწვანე ბარათის (ე.წ. Green Card) მფლობელები. დაფინანსების და მიწოდების ფრაგმენტული სისტემა ხელს უწყობდა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის არათანასწორობას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები არადაამკმაყოფილებელი იყო. 2002 წელს ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე შეადგენდა 26,1-ს, ხოლო სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 71 წელს.

**ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები (2003-2013)**

2002 წელს ახლადარჩეული მთავრობის მიერ გამოქვეყნებულ „ჯანდაცვის გარდაქმნის პროგრამის“ უმთავრეს მიზნად განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის და თანასწორობის გაუმჯობესება. ძირითადი აქცენტი გაკეთდა პროფილაქტიკურ სერვისებზე, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებაზე, ავადობის შემცირებაზე და სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდაზე. მომსახურების მიწოდების მხრივ, 2005 წელს სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის (SSK) ობიექტები გადაეცა ჯანმრთელობის სამინისტროს, რითაც ერთმანეთისგან გაიყო მყიდველისა და პროვაიდერის ფუნქციები.

ახალი სისტემის თანახმად, ჯანდაცვის სამინისტრო გახდა ჯანდაცვის სერვისების მთავარი მიმწოდებელი, ხოლო სოციალური დაცვის ინსტიტუტი (SSI) გახდა ჯანმრთელობის დაცვის მთავარი შემსყიდველი როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.

2006 წელს შემოღებულ იქნა საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება გაწეული მომსახურებების მიხედვით.

თავიდანვე ხაზგასმით აღინიშნა პირველადი ჯანდაცვისა და პრევენციის მნიშვნელობა. შემუსავდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროგრამა, რომლის მიზანს შეადგენდა ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, ჰოსპიტალური ვიზიტების შემცირება. 2006 წელს პირველადი ჯანდაცვის სერვისები უფასო გახდა მთელი მოსახლეობისათვის.

თურქეთის ყველა მოქალაქეს, განურჩევლად სოციალური ფენისა, მათ შორის მწვანე ბარათის ბენეფიციარებს, ჰქონდა თანაბარი წვდომა სამედიცინო ორგანიზაციებზე. პროგრამაში მონაწილეობდნენ როგორც კერძო ასევე სახელმწიფო პროვაიდერები. 2008 წელს 18 წლამდე ასაკის მოსახლეობისთვის ყველა სამედიცინო მომსახურება უფასო გახდა, სოციალური დაცვის სტატუსის მიუხედავად<sup>6</sup>.

2012 წელს განხორციელდა ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურული რეფორმები. ჯანდაცვის სამინისტრო ჩამოყალიბდა როგორც „პოლიტიკის შემუშავების და ზედამხედველობის“ ორგანო. გაუქმდა ძველი სტრუქტურები და შეიქმნა ახალი ადმინისტრაციული ერთეულები. განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა საზოგადოებრივი ჰოსპიტლების ინსტიტუტსა და ფარმაცევტული და სამედიცინო მოწყობილობების სააგენტოზე. პირველი შეიქმნა

საზოგადოებრივი საავადმყოფოების ახალი რეორგანიზებული სტრუქტურისთვის. საჯარო საავადმყოფოების შესახებ კანონის ამოქმედდა 2013 წელს. კანონით საავადმყოფოებს მიენიჭათ ფინანსური და მენეჯერული ავტონომია. შეიქმნა ფარმაცევტული და სამედიცინო მოწყობილობების სააგენტო.

**რეფორმები ადამიანური რესურსების მართვაში**

თურქეთის ჯანდაცვის რეფორმების წარმატებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ადამიანური რესურსების პოლიტიკას, ჯანდაცვის პროფესიონალების დონის ამაღლებას და პერსონალის სწორ გადანაწილებას შორეულ რეგიონებში. რეფორმის შედეგად სამედიცინო პერსონალი თითქმის გაორმაგდა, რამაც შესაძლებელი გახდა ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობების გაფართოება. რეფორმის წარმატებას ხელი შეუწყო შემდეგმა ცვლილებებმა: (ა) ხელშეკრულებაზე დაფუძნებული დასაქმება, (ბ) სავალდებულო მომსახურების კანონი, (გ) შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება, (დ) სრული დღის კანონი და (ე) საოჯახო მედიცინის მოდელი. რეფორმის შედეგად გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობა. იმ რეგიონებში, სადაც აღინიშნებოდა სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი, სახელმწიფომ დააწესა გარკვეული პერიოდით სავალდებულო დასაქმება. განხორციელებულმა ადამიანური რესურსების პოლიტიკამ წარმოშვა კრიტიკა და უკმაყოფილება სამედიცინო პერსონალის მხრიდან.

**ხელშეკრულებაზე დაფუძნებული დასაქმება**

ჯანმრთელობის ტრანსფორმაციის პროგრამის ერთ-ერთი პრიორიტეტი იყო პერსონალის განაწილების რეგიონალური განსხვავებების შემცირება. გარკვეულ რეგიონებში კადრების დასაქმების წახალისების მიზნით 2003 წელს ძალაში შევიდა კანონი #4924, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საშუალებას აძლევდა დაექირავებინა სახელშეკრულებო ურთიერთობით სამედიცინო პერსონალი ისეთ რეგიონებში (განსაკუთრებით აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ რეგიონებში) დასაქმებისათვის, სადაც შეინიშნებოდა კადრების დეფიციტი და დაბალი იყო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონე. ამის გარდა, ჯანდაცვის სამინისტრომ ამოქმედდა „საჯარო მოსამსახურეთა შესახებ“ კანონის ერთ-ერთი მუხლი, რომელიც ეხებოდა პერსონალის განაწილებას ღარიბ რეგიონებში.



ექთნებისა და ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებისთვის ხელშეკრულებების მიხედვით დასაქმების დაწესებამ გარკვეულ რაიონებში ხელი შეუწყო ქვეყნის მასშტაბით ადამიანური რესურსების უფრო სამართლიანად გადანაწილებას. ხელშეკრულება მათ არ აძლევდა საშუალებას გადასულიყვნენ საკუთარი ნებით ერთი პოზიციიდან მეორეზე. აღსანიშნავია, რომ საკონტრაქტო ურთიერთობები იყო ნებაყოფლობითი და გაცილებით მაღალ ფინანსურ სარგებელს იღებდნენ მასში ჩართული პირები, ვიდრე იგივე პოზიციის სხვა პირები. ამ რეფორმის დახმარებით, სამინისტროს გამოეყო კვოტა 22000 სახელშეკრულებო პერსონალი, გარკვეულ ადგილებში გადასანაწილებლად (ამ კვოტიდან მაქსიმუმ 5% დაიშვებოდა ქალაქებში, აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ რეგიონებში). 65000 პერსონალის კონტრაქტირება განხორციელდა გარკვეულ რაიონებში, ხოლო 19755 კონტრაქტი გაფორმდა #4924 კანონის ფარგლებში. ისინი გაანაწილეს პრიორიტეტულ რეგიონებში, რომლებიც მიჩნეული იყო დაზარალებულ რეგიონებად. ჯანდაცვის ტრანსფორმაციის პროგრამის პირველ წლებში ნაწილობრივ მუშაობდა ღარიბ რეგიონებში სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის გაზრდის სახელშეკრულებო მეთოდი. პროგრამა წარმატებით დასრულდა ასეთ რეგიონებში მედდების და ბებიაქალის უფრო მაღალი დაქირავების კუთხით. თუმცა, აღნიშნული წარმატებული არ გამოდგა ზოგადი პრაქტიკოსების (ექიმების) და სპეციალისტების ჭრილში.

**სავალდებულო მომსახურების კანონი**

სავალდებულო მომსახურება თურქეთში მოქმედებდა 1981-1995 წლებში. რეფორმის პირველ წლებში (2003-დან 2005 წლამდე), რეგიონებში, სადაც არასაკმარისი სამედიცინო მომსახურება ტარდებოდა ან მცირე იყო სამედიცინო დაწესებულებების ოდენობა, სამედიცინო პერსონალისთვის სავალდებულო მომსახურება გაუქმდა და შეიცვალა ხელშეკრულებზე დაფუძნებულმა გადახდებმა. ამასთან, იმის გათვალისწინებით, რომ პოლიტიკა არ იყო წარმატებული აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთის რეგიონებში ზოგადი და სპეციალიზირებული ექიმების მოზიდვის კუთხით, სავალდებულო საჯარო მომსახურების კანონი ხელახლა განხორციელდა 2005 წელს. ახალი კანონი ითვალისწინებდა სავალდებულო საჯარო მომსახურებას საჯარო

სამედიცინო სკოლების ახალი კურსდამთავრებულებისთვის და სამედიცინო სპეციალობის განათლების მქონდე ახალ კურსდამთავრებულთათვის. სკოლის დამთავრებისთანავე და მათი დიპლომის მიღებამდე ყველა სამედიცინო, სტომატოლოგიური და ფარმაცევტული ფაკულტეტების კურსდამთავრებულს განესაზღვრებოდათ სავალდებულო მომსახურების ვადა და ადგილმდებარეობა. თურქეთის საჯარო სექტორის ყველა ექიმი ვალდებული იყო შეესრულებინა სავალდებულო მომსახურება საჯარო სექტორში. სავალდებულო მომსახურების ხანგრძლივობა შეიძლება ყოფილიყო ერთიდან ორ წლამდე, რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური დონის მიხედვით ან სპეციალობის მიხედვით. ექიმ სპეციალისტებისთვის (რომლებიც დამატებით ოთხიდან ექვს წლამდე სწავლობდნენ), სავალდებულო მომსახურების ხანგრძლივობა ორიდან ოთხ წლამდე მერყეობდა. თუ ექიმი არ ირჩევდა სავალდებულო მომსახურებას, მას უფლება არ აქვს მედიცინის სფეროში ემუშავა თურქეთში. დიპლომები გაიცემა მხოლოდ სავალდებულო მომსახურების პერიოდის დასრულების შემდეგ. კურსდამთავრებულები სხვადასხვა პროვინციაში ნაწილდებიან კადრების საჭიროებისა და ლატარიის სისტემის საფუძველზე. ლატარიჯ სისტემას ზედამხედველობას უწევს ნოტარიუსი. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროვინციაში დანიშნული ექიმის სავალდებულო მომსახურების პერიოდი შედარებით მოკლეა. თურქეთის 81 პროვინცია იყოფა ოთხი კატეგორიად, ხოლო სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით ექვს კატეგორიად. ეს ქსელი გამოიყენება ქულების განაწილებისთვის. ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებიც მუშაობენ დაბალი სიმჭიდროვის და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ადგილებში, უფრო მეტ ქულებს ღებულობენ. დადგენილია სავალდებულო მომსახურების მინიმალური პერიოდები. ქულა გამოიყენება იმ შემთხვევაშიც, როდესაც კანდიდატი ეძებს თავის შემდგომ სამუშაო ადგილს: კანდიდატს, რომელსაც აქვს ყველაზე მეტი ქულა, განაწილდება ახალ თანამდებობაზე. ყველა ვაკანსია ცხადდება წელიწადში სამჯერ. ვაკანსიების გამოცხადებისთანავე, სამედიცინო სკოლის ბოლო კურსდამთავრებულები წარადგენენ თავიანთ ხუთ საუკეთესო უპირატესობას. მათი დანიშნულების ადგილები

განისაზღვრება ლატარიით, რომელიც ტარდება წელიწადში ექვსჯერ.

### შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება

2003 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ დაწერა შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემა. იგი მიმართული იყო სერვისების გაზრდის მიზნით სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოტივაციისკენ. თანამშრომლებს მიეცათ დამატებითი ანაზღაურება საქმიანობის შესაბამისად. მოგვიანებით სისტემას დაემატა ინსტიტუციონალური შესრულების კომპონენტი. ამჟამად, კომპლექსური ფორმულა აერთიანებს მიწოდების პირად საქმიანობას და სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობას. ჯანდაცვის მუშაკისათვის ბონუსის სახით დამატებითი ანაზღაურება დაფუძნებულია ინსტიტუციური და ინდივიდუალური შესრულების კრიტერიუმების შესაბამისად. თუ რა თანხის ანაზღაურებას მიიღებს პერსონალი შესრულებაზე დაფუძნებული გადახდებით, ამას განსაზღვრავს შემდეგი ფაქტორები:

**ინსტიტუციონალური რეიტინგი:** ჯამური თანხა, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებები გამოყოფენ შესრულებაზე დაფუძნებულ გადახდაზე, მოიცავს ობიექტის მთლიანი შემოსავლის 40 პროცენტს. საავადმყოფოს მენეჯმენტი პასუხისმგებელია, გადაწყვიტოს, თუ რა თანხა გამოიყოფა შესრულებაზე დაფუძნებულ გადახდებზე, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი ლიმიტის ფარგლებში. ჯამური მოცულობის კორექტირება ხდება სამედიცინო ცენტრის ან საავადმყოფოს ინსტიტუციონალური შესრულების საფუძველზე. ინსტიტუციონალური შესრულებიდან გამომდინარე, ყველა სამედიცინო ცენტრი ან საავადმყოფო იღებს ქულას 0-დან 1-ს შორის, რაც მრავლდება შემოსავლის მთლიანი პროცენტზე, რომელიც ჰოსპიტალს შეუძლია გამოუყოს თანამშრომლების პრემიების სახით. ჯანდაცვის სამინისტრო იყენებს ინდიკატორების ხუთ კატეგორიას ინსტიტუციონალური წარმატების გასაზომად: (1) საგამოცდო დარბაზების ხელმისაწვდომობა, (2) საავადმყოფოს ინფრასტრუქტურას და პროცესები, (3) პაციენტისა და აღმზრდელის კმაყოფილება, (4) ინსტიტუციონალური პროდუქტიულობა და (5) ინსტიტუციური მომსახურების მიზნები.

**ინდივიდუალური რეიტინგი:** გარდა ინსტიტუციონალური ქულით გადახდილი პრემიებისა, პერსონალის თითოეულ წევრი ასევე იღებს ინდივიდუალურ ქულას, რაც

დამოკიდებულია პერსონალის მიერ შესრულებული პროცედურების რაოდენობასა და მის თანამდებობაზე. თითოეულ კლინიკურ პროცედურას შეესაბამება კონკრეტული პუნქტის შესაბამისი ქულა, რომელიც განსაზღვრულია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ. ექიმის ჯამური ქულა შემდეგ ზუსტდება სამუშაოს სახელწოდების შესაბამისი კოეფიციენტით. ქულა კორექტირდება წელიწადში ნამუშევარი დღეების მიხედვით, ასევე იმის გათვალისწინებით, სრული ან ნახევარ განაკვეთზე მუშაობდა იგი. სრული განაკვეთისთვის კოეფიციენტია 1.0, ნახევარი განაკვეთისთვის კი 0.4. ამან ხელი შეუწყო ექიმების სრულ განაკვეთზე მუშაობას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ობიექტებში.

გადახდის ასეთი სისტემა გააკრიტიკეს ორი მიზეზით: (1) ჯანმრთელობის არასაჭირო პროცედურებზე სტიმულირებისთვის და (2) ჯანმრთელობის სისტემის დაცულობის დონის და ჯანმრთელობის ცენტრებში ვიზიტების დროს პაციენტისთვის გამოყოფილი დროის შემცირების გამო.

### სრული დღის კანონი

2010 წლამდე ექიმებს შეეძლოთ ნახევარ განაკვეთზე მუშაობა როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში, შესაბამისად ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილს ჰქონდათ ორმაგი პრაქტიკა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში შესრულებაზე დაფუძნებულმა ანაზღაურების სისტემის დანერგვამ გამოიწვია ორმაგი პრაქტიკის მქონე ექიმების რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება. ჯანდაცვის სამინისტროს პერსონალის გენერალური დირექტორატის მიერ გამოქვეყნებული მონაცემების თანახმად, ნახევარ განაკვეთზე პრაქტიკოსი ექიმების რაოდენობა 2002 წელს 89% 2010 წელს 8%-მდე შემცირდა.

სრული დღის კანონი 2010 წელს იქნა მიღებული, რომლის თანახმად საჯარო სექტორში მომუშავე პირები უნდა მუშაობდნენ სრულ განაკვეთზე. 2010 წლის ივლისის შემდეგ, ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებული სამედიცინო ორგანიზაციის პერსონალს ექსკლუზიურად მხოლოდ სახელმწიფო სექტორში უნდა ემუშავა, ხოლო საუნივერსიტეტო კლინიკების ექიმებს ისევ ჰქონდათ ორმაგი პრაქტიკის უფლება<sup>7</sup>.

### საოჯახო მედიცინის მოდელი

პირველადი ჯანდაცვის გასაძლიერებლად 2004 წელს ამოქმედდა საოჯახო მედიცინის მოდელის პროგრამა. მოდელის თანახმად, პირველად ან

მეორეულ სამედიცინო სერვისებზე მომუშავე ექიმებს ტრენინგის გავლის შემდეგ საშუალება მიეცათ დაეტოვებინათ თავიანთი სამუშაო და გამხდარიყვნენ დამოუკიდებელი კონტრაქტორი ოჯახის ექიმები. ამ ექიმებს უფლება ჰქონდათ ნებისმიერ დროს დაბრუნებოდნენ საწყის საჯარო სექტორის სამუშაოებს. თურქეთში, ტრადიციულად, საოჯახო მედიცინის სწავლება ჩატარდა სპეციალობის სასწავლო პროგრამების მეშვეობით, ისევე, როგორც სხვა სამედიცინო სპეციალობებში. ამით შესაძლებელი გახდა ექიმთა გადამზადება პროგრამით და მათი ოჯახის ექიმებად ჩამოყალიბება.

ოჯახის ექიმის და პაციენტების თანაფარდობის მიზნობრივი მაჩვენებელი განისაზღვრა 1:3400. შემდეგ განისაზღვრა 20,000 ოჯახის ექიმის საჭიროება მთელი ქვეყნის მასშტაბით. 2010 წლისთვის, შეიქმნა თითქმის 20,000 საოჯახო მედიცინის გუნდი, რომლებმაც შეძლეს საოჯახო მედიცინაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის განვითარება თურქეთის ყველა 81 პროვინციაში<sup>8</sup>.

ადამიანური რესურსების რეფორმები წარმატებული აღმოჩნდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. პაციენტთა და მოსახლეობის კმაყოფილების დონე ჯანმრთელობის მომსახურებებთან და ჯანმრთელობის სისტემასთან მიმართებაში საგრძნობლად გაიზარდა. თუმცა, თავად ჯანდაცვის პერსონალი უკმაყოფილოა დასაქმების და სხვა პირობებისა ზოგიერთი ასპექტით.

სამედიცინო სკოლების კვოტები 2003 წელთან შედარებით გაორმაგდა. ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო სკოლები აგრძელებენ ყველაზე კონკურენტუნარიანი საუნივერსიტეტო გამოცდების ჩატარებას და აწესებენ საკმაოდ მაღალ გამსვლელ ქულებს. კოლეჯის აბიტურიენტების უმრავლესობა ამჯობინებს სამედიცინო სექტორის არჩევას. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ შრომის ბაზარი თანდათან სტაბილური გახდა.

### რეფორმების პოლიტიკური ეკონომიკა

ჯანდაცვის რეფორმა რთული პროცესია, რომელზეც გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა: ისტორია, პოლიტიკა, ეკონომიკა. ეს ფაქტორები მნიშვნელოვანი იყო თურქეთში ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის და ხელს უწყობდნენ მის განხორციელებას.

### რეფორმის სასურველი კონტექსტი

2002–2012 წლებში თურქეთში არსებული ისტორიული, პოლიტიკური და

დემოგრაფიული კონტექსტი ჯანმრთელობის რეფორმისთვის ხელსაყრელ გარემოს ქმნიდა.

• **ჯანდაცვის სფეროს რეფორმების არსებული გეგმები:** 2003 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ შეძლო სწრაფად დაეწყო რეფორმები, რადგან რეფორმების უმეტესი კომპონენტები უკვე შემუშავებული იყო. მმართველი პარტია სწრაფად მოქმედებდა ჯანდაცვის რეფორმის მიმართულებით, რათა გამოეყენებინა ის მხარდაჭერა, რომელიც მან 2002 წლის არჩევნების შემდეგ მიიღო. 1990 წლის ჯანმრთელობის სექტორის განვითარების გეგმის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის სამინისტრომ და სახელმწიფო დაგეგმვის ორგანიზაციამ შეიმუშავეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების მოდელი შემდეგი ასპექტების საფუძველზე: (1) მყიდველი-პროვაიდერის გაყოფა, (2) ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევა, (3) ადამიანური რესურსების რაციონალური პოლიტიკა და პერსონალის შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება და (4) ოჯახის ექიმის მოდელის შექმნა.

• **ძლიერი პოლიტიკური ვალდებულება და რეფორმების თანმიმდევრულობა:** 2002 წლის საპარლამენტო არჩევნებმა სამართლიანობისა და განვითარების (Adalet ve Kalkınma Partisi – AK) პარტიას საკანონმდებლო უმრავლესობა მიანიჭა. 2002 წლიდან 2007 წლამდე სამართლიანობისა და განვითარების პარტია აკონტროლებდა პარლამენტში ადგილების 66%-ს, რაც მათ ხმების უმრავლესობას აძლევდა საკანონმდებლო ორგანოში. ეს უმრავლესობა მნიშვნელოვანი იყო იმის გამო, რომ იგი ზღუდავდა ჯანდაცვის სფეროში სხვა მხარეთა ინტერესებს ან რეფორმირების პროცესის შენელებას და ხელსაყრელ გარემოს ქმნიდა ჯანმრთელობის რეფორმის თვალსაზრისით. რეფორმების ჯგუფი 2003-2013 წლამდე მჭიდროდ თანამშრომლობდა მინისტრთან რეფორმის შემუშავების, მიღებისა და განხორციელების ყველა ასპექტზე. რეფორმების ჯგუფმა შეიმუშავა პოლიტიკურად სიცოცხლისუნარიანი კომუნიკაციების სტრატეგია, რათა ხელი შეეწყოს რეფორმის განხორციელებისათვის.

• **ეკონომიკური ზრდა და ფისკალური სივრცე ხელს უწყობდა ჯანდაცვის რეფორმების განხორციელებას:** ხელსაყრელმა ეკონომიკურმა პირობებმა მთავრობას საშუალება მისცა განეხორციელებინა ჯანდაცვის რეფორმით განსაზღვრული ცვლილებების დაფინანსება. ქვეყნის ეკონომიკური ზრდა ჯანმრთელობისთვის ფისკალური სივრცის



გაფართოების უზრუნველყოფის შესაძლებლობას იძლეოდა. ერთ სულ მოსახლეზე რეალური მშპ 70%-ით გაიზარდა, 2002 წლიდან 2011 წლამდე 5,952 აშშ დოლარიდან 8,493 აშშ დოლარამდე.

**• ახალგაზრდა მოსახლეობა და ჯანდაცვის ნაკლები საჭიროება:** თურქეთს ჰყავდა შედარებით ახალგაზრდა მოსახლეობა. ცხადია, რაც უფრო ახალგაზრდაა მოსახლეობა, მით ნაკლებია სამედიცინო მომსახურების საჭიროება. აღნიშნული ხელს უწყობდა რეფორმის მიმართ პოზიტიურ დამოკიდებულებას, ვიდრე ეს მოხდებოდა ასაკოვანი მოსახლეობის მაღალი წილის მქონე პოპულაციაში. თურქეთის ახალგაზრდა მოსახლეობას უფრო მეტად ძირითადი, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებები სჭირდებოდა, ვიდრე ხანდაზმულ მოსახლეობას, რომელსაც ძვირი, ჰოსპიტალური მკურნალობა ესაჭიროებოდა. გარდა ამ ხელსაყრელი დემოგრაფიული მდგომარეობისა, წლების მანძილზე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ, თურქეთის მოქალაქეებს ახალი რეფორმის მიმართ დაბალი მოლოდინები ჰქონდათ. 2003 წელს მოსახლეობის მხოლოდ 39.5 პროცენტმა აღნიშნა, რომ ისინი კმაყოფილი იყვნენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხით. აღნიშნულმა გარემოებამ ქვეყანას შესაძლებლობა მისცა სისტემის შედარებით მცირე გაუმჯობესებითაც სწრაფად მიეღო პაციენტების კმაყოფილება.

### **პოლიტიკური ეკონომიკის გამოწვევები**

ჯანმრთელობის რეფორმა პოლიტიკურად დატვირთული პროცესია, რადგან იგი გულისხმობს რესურსების განაწილებაზე პოლიტიკურ პასუხისმგებლობებს. ჯანმრთელობის რეფორმა მტკივნეული პროცესია, რადგან მოითხოვს რესურსების ხელახალ გადანაწილებას, რაც ბადებს პერსპექტივას, რომ პროცესი წარმოქმნის გამარჯვებულებსა და დამარცხებულებს. როგორც წესი, ჯგუფები, რომლებიც რეფორმირებამდე კარგად არიან განწყობილნი, განიხილავენ პოლიტიკის ცვლილების შესახებ საკითხებს, როგორც მათი სარგებელის პოტენციური საფრთხეს. ამ მხრივ გამოიყოფა პოლიტიკური ეკონომიკის სამი გამოწვევა.

### **გამოწვევა 1: მოსახლეობის ფართო ფენების ჩართვა რეფორმის წარმატებით განსახორციელებლად.**

მიუხედავად იმისა, რომ რეფორმის პოტენციური ბენეფიციარები გაცილებით

მრავალრიცხოვანი არიან, მათ აქვთ მცირე ეკონომიკური ან პოლიტიკური რესურსი და სავარაუდოდ, ისინი ნაკლებად არიან ჩართული რეფორმების მხარდასაჭერაში. ამისგან განსხვავებით, რეფორმის მოწინააღმდეგეებს, როგორც მაღალი ეკონომიკური ან პოლიტიკური რესურსის მქონე კარგად ორგანიზებულ ჯგუფებს შეუძლიათ შეაფერხონ ან სხვაგვარი გავლენა მოახდინონ რეფორმირების პროცესზე მათ სასარგებლოდ.

ჯანდაცვის სამინისტროს სტრატეგიის მნიშვნელოვანი ასპექტი იყო ბენეფიციარებს შორის რეფორმის მხარდაჭერის სწრაფად ჩამოყალიბება, რადგან მათი დიდი რაოდენობა ქმნის ძლიერ პოლიტიკურ ძალას. დადგინდა, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის არ მქონე ან შეზღუდული წვდომის მქონე პირთა რაოდენობა დაახლოებით 24,8 მილიონი ადამიანი იყო, რაც 2003 წელს მოსახლეობის დაახლოებით 36%-ს წარმოადგენდა. მათი მხარდაჭერა კი მმართველი პარტიისთვის მნიშვნელოვანი და საჭირო, რადგან რეფორმას ურბანული ელიტები და ორგანიზებული ინტერესთა ჯგუფები დაუპირისპირდნენ.

ჯანდაცვის სამინისტრომ მოსახლეობის მხრიდან რეფორმის მხარდაჭერის ასამაღლებლად აქცენტი გააკეთა ჯანდაცვის სისტემის თვალსაჩინო ცვლილებებზე, პირველ რიგში, იმ ადგილებში, სადაც ყველაზე ნაკლებად იყო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა. ყურადღება გამახვილდა დაუყოვნებლივ და შესამჩნევ გაუმჯობესებებზე, რაც ემსახურებოდა მომსახურების მიწოდებისა და პაციენტების კმაყოფილების გაუმჯობესებას, ხოლო ამავდროულად ხელს უწყობდა რეფორმის პოლიტიკურ სიცოცხლისუნარიანობას. ამ მხრივ, რეფორმის შედეგად სისტემის პირველი ცვლილებები იყო შემდეგი:

- გაუქმდა არასურველი პრაქტიკა პაციენტების მიმართ, როდესაც კლინიკას შეეძლო მათი დაყოვნება იქამდე, სანამ ისინი არ გადაიხდიდნენ ხარჯებს;

- განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის რეორგანიზაცია ისე, რომ უფრო მეტი ოთახი იყო ხელმისაწვდომი პაციენტთა ზრუნვისთვის (შესაბამად ნაკლები ოთახი გამოიყო სამედიცინო პერსონალის დასასვენებლად სარგებლობისთვის)

- გადაუდებელი სამედიცინო სატრანსპორტო სერვისები გაფართოვდა, სასწრაფო დახმარების მანქანების (მ.შ. თვითმფრინავით სასწრაფო დახმარების) რაოდენობა გაიზარდა.

ამ შედარებით მარტივმა ცვლილებებმა გააუმჯობესა რეფორმისადმი საზოგადოების მხარდაჭერა და ხელი შეუწყო შემდგომ წლებში დაგეგმილ სისტემაში უფრო რთულ, მასშტაბურ ცვლილებებს. რეფორმის მოწინააღმდეგე ადამიანების რიცხვი 2003 წელს 59.59 პროცენტთან 2005 წელს 29.30 პროცენტამდე შემცირდა. ამავე პერიოდში, რეფორმის პირველი ორი წლის განმავლობაში, მოქალაქეების კმაყოფილება ჯანმრთელობის მომსახურებით, 46,17%-დან 55,27%-მდე გაიზარდა.

## გამოწვევა 2: საპირისპირო ინტერესების მქონე ჯგუფების გავლენის მართვა

რეფორმის საწყის ეტაპზე ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოავლინა რეფორმის მხარდაჭერისთვის მნიშვნელოვანი ჯგუფები და შეიმუშავა სტრატეგიები, რათა დაერწმუნებინათ საწინააღმდეგოდ მოაზროვნე ჯგუფები. იმის გათვალისწინებით, რომ მოწინააღმდეგეების პოზიციები გავლენას იქონიებდა მოსახლეობაზე, მთავრობამ შეიმუშავა პროცესების მართვის გეგმა.

გამოვლინდა სამი ძირითადი ჯგუფი, რომელიც პოტენციურად შეეწინააღმდეგებოდა რეფორმას:

**1) პროფკავშირები:** პროფკავშირები იყო ერთ-ერთი ყველაზე გავლენიანი ჯგუფი, რომელიც ეწინააღმდეგებოდა რეფორმებს. ჯანდაცვის სამინისტროს მაღალჩინოსნებმა შეხვედრების გრძელი სერია გამართეს პროფკავშირების წარმომადგენლებთან, რათა დაემტკიცებინათ თუ როგორ იმოქმედებს რეფორმები მათი წევრების კეთილდღეობაზე, არ შემცირდებოდა შეღავათები და უმეტეს შემთხვევაში სარგებელი გაიზრდებოდა კიდევ. ჯანდაცვის სამინისტრო აქცენტს აკეთებდა ჯანმრთელობის სამართლიანობასა და თანასწორობის პრინციპის დაცვაზე, როგორც რეფორმის უმთავრეს მიზანზე. რეფორმის გრძელვადიანი მიზანი იყო ყველა მოქალაქეს ჰქონოდა ისეთი შეღავათები, როგორც პენსიაზე მყოფ საჯარო მოხელეებს. ამ სტრატეგიამ უზრუნველყო ის, რომ ორგანიზებული ჯგუფების უმეტესობა აღარ ეწინააღმდეგებოდა რეფორმას.

**2) საჯარო მოხელეები (White Collar Civil Servants)** მეორე გავლენიანი ოპოზიციური ჯგუფი იყო, რომლებიც რეფორმას ეწინააღმდეგებოდნენ ორი მიზეზის გამო. პირველი, როგორც ყველაზე სრულყოფილი პაკეტის ბენეფიციარები, ისინი შიშობდნენ, რომ რეფორმა შეამცირებდა მათ სარგებლებს. მეორეც, ძველი დროის ამ საჯარო მოხელეების უმეტესი ნაწილი ნაკლებად იყო მმართველი პარტიის მომხრე. ჯანდაცვის

სამინისტრომ გამოიყენა დამაჯერებელი სტრატეგია, რათა დაერწმუნებინათ საჯარო მოხელეები, რომ მათი სარგებელი არ შემცირდებოდა. მათი წინააღმდეგობის დასამლევადა, ჯანდაცვის სამინისტრომ გადაწყვიტა, რომ არცერთ აქტიურ სახელმწიფო მოხელეს არ შეხებოდა ჯანმრთელობის შეღავათების ცვლილებები, და შეთანხმდნენ, რომ ახალ წესებს გამოიყენებენ მხოლოდ მომავალში დასაქმებულებზე.

**3) ჯანდაცვის მუშაკები:** ჯანდაცვის მუშაკების მონაწილეობას დაგეგმილ რეფორმებში არსებითი მნიშვნელობა ჰქონდა. მთავარ პრობლემას წარმოადგენდა დატრენინგებული პროფესიონალების დეფიციტი. ჯანდაცვის მუშაკების მიერ უფრო მეტი მომსახურების მიწოდების სტიმულირების მიზნით, შემოღებულ იქნა შესრულებული სამუშაოთი ანაზღაურების მეოდი, რომელიც დაკავშირებული იყო ჩატარებული მომსახურების რაოდენობასთან და პაციენტის კმაყოფილებასთან. ამ სისტემამ მკვეთრად გაზარდა საჯარო სექტორში მომსახურე ექიმების ხელფასები.

## გამოწვევა 3: სარგებლის სისტემების გაერთიანება და ღარიბების სადაზღვევო დაფარვა დამატებითი მიდგომებით

ბევრმა ქვეყანამ სცადა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის შექმნა, რომელიც ითვალისწინებდა დაბალშემოსავლიანი პირებისთვის პაკეტის გაფართოებას. მხოლოდ თურქეთმა მიაღწია სხვადასხვა პროგრამების ერთიან სისტემაში წარმატებით ინტეგრირებას, რომელიც ყველა მოქალაქეს მოიცავს. ღარიბთა და საჯარო მოხელეების სარგებლების ერთ სისტემაში ინტეგრირება ძალიან რთულია, რადგან წარმოადგენს პოლიტიკური ეკონომიკის დიდ გამოწვევას. საჯარო მოხელეებს უფრო მეტი ეკონომიკური და პოლიტიკური ძალა აქვთ. რეფორმა საფრთხეს უქმნის მათ ინტერესებს, რადგან თანხების გადანაწილება, რომელიც საჭიროა დაბალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებისთვის, გულისხმობს საკუთარი შეღავათების შესაძლო შემცირებას და სხვებისთვის მათი გარკვეული წილის გადანაწილებას.

**ნაბიჯი 1: მწვანე ბარათის პროგრამის გაფართოება.** რეფორმამდე მწვანე ბარათის პროგრამას მნიშვნელოვანი შეზღუდვები ჰქონდა. დაბალი შემოსავლის მქონე შინამეურნეობებისთვის იგი მხოლოდ საზოგადოებრივ სამედიცინო ორგანიზაციებში



გაწეული სტაციონარული ხარჯების დაფარვას ითვალისწინებდა და ითვლებოდა წარუმატებლად, როგორც კორუფციული გადახდის პროცედურების და შეზღუდული შეღავათების პაკეტის, ისე მომსახურების დაბალი ხარისხის გამო. პრობლემების მიუხედავად, მწვანე ბარათის პროგრამა აგრძელებდა მოქმედებას, თუმცა არასრულყოფილად. რეფორმის შედეგად ჯანდაცვის სამინისტრომ გაზარდა მოცული სერვისების გაფართოება.

**ნახიჯი 2: მწვანე ბარათის პროგრამის შემოტანა ჯანდაცვის სამინისტროს ქვეშ.** რეფორმების დაწყებამდე, მწვანე ბარათების პროგრამას მართავდა სოციალური სოლიდარობის ფონდი, რომელიც იყო პრემიერ მინისტრის კონტროლის ქვეშ. 2004 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ მოითხოვა მწვანე ბარათების პროგრამის პირდაპირი კონტროლი. მწვანე ბარათების პროგრამა სამართავად გადაეცა ჯანდაცვის სამინისტროს, რითაც მას მიეცა სარგებლების პაკეტის გაფართოების და პრობლემების მოგვარების შესაძლებლობა.

ჯანდაცვის სამინისტრომ გააფართოვა სარგებელი პაკეტი, 2004 წელს დაემატა ამბულატორიული მომსახურების დაფარვა, ხოლო 2005 წელს მედიკამენტების დაფარვა. ჯანდაცვის სამინისტრომ გაზარდა მწვანე ბარათების პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა, რაც პოლიტიკურად მიზანშეწონილი იყო, რადგან იგი უფრო მეტ სარგებელს აძლევდა მოქალაქეებს. მწვანე ბარათების მფლობელთა რიცხვი გაიზარდა 2.5 მილიონიდან (2003 წ.) 9.1 მილიონამდე (2011 წ.). პროგრამის გადართობის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა სახელმწიფო ხარჯები: 3.8%-დან (2003) 8.4%-მდე (2009).

მწვანე ბარათების პროგრამის ბენეფიციართა გაზრდასთან ერთად, ჯანდაცვის სამინისტრომ განიზრახა მიწოდების სისტემის გაუმჯობესება. აქცენტი გაკეთდა ქვეყნის იმ აგრარულ და ღარიბ რაიონებზე, სადაც ცხოვრობდნენ მწვანე ბარათის მფლობელი პირები. მწვანე ბარათების პროგრამის ბენეფიციართათვის ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის ამაღლებაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა საოჯახო მედიცინის პროგრამის დანერგვამ, სამედიცინო პერსონალის შესრულების სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის შემოღებამ და სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის (SSK) საავადმყოფოების ჯანდაცვის სისტემაში გაერთიანებამ.

2012 წლის იანვრისში განხორციელდა მწვანე ბარათის მფლობელთა ფაქტობრივი ინტეგრაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის ზოგადი სისტემაში. მწვანე ბარათის პროგრამა ოფიციალურად გაუქმდა.

ჯანდაცვის სამინისტროს მიდგომამ, გაერთიანებინა დაფარვებისა და სქემების ყველა სახე, საშუალება მისცა დამატებითი შეღავათები გაეცა დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებისთვის ისე, რომ არ გაეღვივებინა განსხვავებული ინტერესების მქონე პირების წინააღმდეგობა პროგრამის ფისკალური შედეგების შესახებ. რასაკვირველია, რეფორმამ ხელი შეუწყო თურქეთის ეკონომიკის ზრდას. რეფორმამ თანდათანობით აღმოფხვრა სარგებლების პაკეტებში განსხვავება და მაღალსარგებლიანი ჯგუფების რეფორმის მიმართ წინააღმდეგობა.

## დასკვნა

ნაშრომში განვიხილეთ სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის თანასწორობაზე მოქმედი სამ ძირითადი ასპექტი: ჯანმრთელობის დაფინანსების სისტემის ცვლილება, ადამიანური რესურსების პოლიტიკის ცვლილება და რეფორმის პოლიტიკური ეკონომიკა. რეფორმის შედეგად თურქეთში გაუმჯობესდა სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნა და მიწოდება, რაც აისახა სერვისების უტილიზაციაში და ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებაში.

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა ბოლო ათი წლის განმავლობაში გამოწვეული იყო სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გაზრდით. 2002-დან 2012 წლამდე პერიოდში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები გაიზარდა 36%-ით. უფრო მეტი ჯანდაცვის მუშაკის დატრენინგების და გადამზადების მიზნით, მთავრობამ სამედიცინო სკოლებში კვოტები გაზარდა 4,450 სტუდენტიდან 11,037 სტუდენტამდე. რეფორმის შედეგად გაიზარდა პირველადი ჯანდაცვის, საავადმყოფოების, საავადმყოფოების საწოლების, და ჯანმრთელობის სხვა ორგანიზაციების რაოდენობა. მიუხედავად ამისა, ერთ სულ მოსახლეზე საავადმყოფოების საწოლების რაოდენობა მაინც დაბალია. თურქეთის მთავრობა ამჟამად ეძებს ტექნოლოგიების უფრო ეფექტურად გამოყენების გზებს.

რეფორმის შეფასების ყველაზე მკაფიო ინდიკატორია ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის ზრდა. ბოლო ათწლეულში ერთ სულ მოსახლეზე ექიმზე მიმართვიანობა გაორმაგდა 3.2-დან (2002 წ.) 8.2-მდე (2012 წ.), რაც

მეტყველებს, რომ თურქეთში ჯანდაცვის სისტემის როგორც ფიზიკური, ისე ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესდა.

რეფორმის წარმატებაზე მიუთითებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება. 2002 წლიდან 2011 წლამდე სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ გაიზარდა 71.0 წლიდან 74 წლამდე. ახალშობილთა სიკვდილიანობა 1000 სულზე შემცირდა 26.1-დან (2002 წ.) 12,2-მდე (2012). შემცირების ეს მაჩვენებელი შთამბეჭდავია ყველა სხვა ქვეყანასთან შედარებით. 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 სულზე შემცირდა 31.5-დან 14,2-მდე.

რეფორმების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის ზრდა, ადამიანური რესურსების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ზრდა დაკავშირებულია ჯანდაცვის სახელმწიფო ინვესტიციების ზრდასთან. მიღებული დადებითი შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ რეფორმით მიღებული სარგებლები დიდწილად ამართლებს სახელმწიფოს მიერ გაზრდილი ინვესტიციების განხორციელებას.

### გამოყენებული ლიტერატურა

---

<sup>1</sup> Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. Health Policy Plan 2014;29(2):177–92.

<sup>2</sup> Balaban NB. Global economic crisis and Turkey. The Turkish Yearbook of Inter-national Relations 2009;40:123–8.

<sup>3</sup> Bump J, Sparkes S, Tatar M, C, elik Y. Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program (2003-13). Health, nutrition, and population (HNP) discussion paper 93172. World Bank. Europe and Central Asia Region. Human Development Sector Unit; 2014.

<sup>4</sup> Stokes, J., Gurol–Urganci, I., Hone, T., & Atun, R. (2015). Effect of health system reforms in Turkey on user satisfaction. Journal of Global Health.

<sup>5</sup> Berman, P., & Tatar, M. (2003). National Health Accounts 1999-2000: Final Report. Ankara: Ministry of Health.

<sup>6</sup> Social Security Institution. (2016). Retrieved from Social Security Institution Web Site: [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/en/detail/universalsal\\_health\\_ins](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/en/detail/universalsal_health_ins)

<sup>7</sup> Sparkes, Susan Powers. 2015. The Political Economy of Health Reform: Turkey's Health Transformation Program, 2003-2012. Doctoral dissertation, Harvard T.H. Chan School of Public Health.

<sup>8</sup> Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., Yücel, U., & Özdemir, R. (2014). Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Family Practice.

## გულის უკმარისობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები ხანდაზმულ პაციენტებში

თენგიზ ვერულავა<sup>1,2</sup>, ანა ლონდაძე<sup>2</sup>, რევაზ ჯორბენაძე<sup>1</sup>, მიხეილ წვერავა<sup>1</sup>, მანანა დონჯაშვილი<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი

<sup>2</sup>მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

**შესავალი:** გულის უკმარისობა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია ხანდაზმულებში. გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა ოდენობა კიდევ უფრო გაიზრდება პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემდგომი ზრდის გამო. კვლევის მიზანია გულის უკმარისობის ეპიდემიოლოგიური ტენდენციების შესწავლა ხანდაზმულ პაციენტებში. **მეთოდოლოგია:** კვლევის ფარგლებში შევისწავლეთ ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით და მათ შორის, გულის უკმარისობით ხანდაზმული პაციენტების (75 წლის და მეტი ასაკის) სამედიცინო ისტორიები (2015-2019 წწ.). გაანალიზებულ იქნა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების სტრუქტურა და გულის უკმარისობით თანმხლები დაავადების (I50, I50.0 I50.1) მქონე ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა რეადმისიის მაჩვენებლები. **შედეგები, დისკუსია:** ხანდაზმულ პაციენტებში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების უმთავრესი გართულებაა გულის უკმარისობა (68.6%), ხოლო ამ დაავადებათაგან გულის უკმარისობის სინდრომი ყველაზე მეტად აღინიშნება მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობის დროს (65%). ბოლო წლებში გაიზარდა გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, რაც დაკავშირებულია მოსახლეობის დაბერების პროცესთან. აღნიშნული ტენდენცია, სავარაუდოდ, შემდგომ წლებშიც გაგრძელდება. მიუხედავად გულის უკმარისობის მკურნალობაში მნიშვნელოვანი მიღწევებისა, ისევ მაღალია რეადმისიის მაჩვენებელი. რეადმისიის ყველაზე ხშირ მიზეზია გულის უკმარისობა (ყველა რეადმისიის 48%). გულის უკმარისობით პირველადი ჰოსპიტალიზაციიდან 6-9 თვის შემდეგ ნებისმიერი მიზეზის გამო რეადმისია შეადგენდა 60%-ს. პაციენტებს აღენიშნებოდათ ისეთი თანმხლები დაავადებები, როგორებიცაა ჰიპერტენზია (43%), მოკარდიუმის ინფარქტი (14%), დიაბეტი (36%), პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადება (7%) და ინსულტი (8%), რაც გავლენას ახდენს რეადმისიის მაჩვენებელზე. აღნიშნული მიუთითებს, რომ გულის უკმარისობის გარდა, რეადმისიის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება იყოს ისეთი არაკარდიალური მდგომარეობები, როგორებიცაა: პნევმონია, თირკმლის უკმარისობა და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები. მედიკამენტების სათანადო შერჩევითა და მონიტორინგით შესაძლებელია გარკვეული არაკარდიალური მიზეზით გამოწვეული რეადმისიის პრევენცია. კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტებს, რომლებსაც არ ჰქონდათ გაკეთებული იმპლანტირებული კარდიომოწყობილობები გულის უკმარისობის პირველადი ჰოსპიტალიზაციის დროს, აღენიშნებოდათ რეადმისიის და სიკვდილიანობას უფრო მაღალი მაჩვენებელი. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ხანდაზმული ასაკის პაციენტებში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების და გულის უკმარისობის კლინიკური გამოსავლები გაუმჯობესდა, რეადმისიის მაჩვენებელი მაინც მაღალი რჩება. აღნიშნული მიგვითითებს, რომ გულის უკმარისობა ჯერ კიდევ რჩება ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემად. აუცილებელია გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისას ყურადღება მიექცეს როგორც კარდიულ, ასევე არაკარდიალურ მდგომარეობებს. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევით გამოიკვეთა იმ ღონისძიებათა დადგენის

აუცილებლობა, რომლებიც შეამცირებენ გულის უკმარისობით გამოწვეულ რეადმისიას. კვლევა გვაწვდის ახალ ინფორმაციას გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა მახასიათებლებსა და გამოსავლებზე საქართველოში. კვლევა საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა მიმართ მომავალი კვლევების სფეროები.

**საკვანძო სიტყვები:** გულის უკმარისობა, რეადმისია, ჰოსპიტალიზაცია, დაბერება, ეპიდემიოლოგია.

**ციტირება:** თენგიზ ვერულავა, ანა ღონღაძე, რევაზ ჯორბენაძე, მიხეილ წვერავა, მანანა დონჯაშვილი. გულის უკმარისობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები ხანდაზმულ პაციენტებში. ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

## Epidemiology of Heart Failure in Elderly Patients

Tengiz Verulava<sup>1,2</sup>, Ana Ghonghadze<sup>2</sup>, Revaz Jorbenadze<sup>1</sup>, Michael Tsverava<sup>1</sup>, Manana Donjashvili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chapidze Emergency Cardiology Center, Tbilisi, Georgia

<sup>2</sup> School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

### Abstract

**Introduction:** Heart Failure (HF) is one of the leading mortality causes in elderly people. The goal of this study is to explore the epidemiological trends of HF in the elderly patients. **Methods:** We explored medical records of elderly patients with HF (75 years and more) at Chapidze Emergency Cardiology Center (within 2015-2019 years). We analyzed the structure of the cardiovascular diseases and readmission rates of hospitalized patients with HF (I50, I50.0 I50.1). **Results, Discussion:** The major complication of cardiovascular diseases in elderly patients is Heart Failure (68.6%). Hospitalization rates due to the HF in elderly patients were increased during the past years, which is associated with the population aging process. This trend will be most likely continued during the next years. Despite significant improvements in the HF treatment, readmission rates are still high. HF is the most commonly revealed cause of readmission (48% of all readmissions). 6-9 months after the primary hospitalization due to HF, readmission for any reason was 60%. Patients had concomitant diseases including hypertension (43%), myocardial infarction (14%), diabetes (36%), and stroke (8%), affecting the readmission rate. The Study showed that patients without cardiac implants within primary hospitalization had higher readmission and mortality rates. **Conclusion, Recommendations:** HF remains an important problem in Public Health. During HF associated hospitalization both cardiac and non-cardiac conditions should be addressed. The study provides new information regarding features and outcomes in elderly patients with HF in Georgia. The study allows us to identify further areas of research for elderly patients with HF.

**Key words:** Heart failure, readmission, hospitalization, aging, epidemiology.

**Citation:** Tengiz Verulava, Ana Ghonghadze, Revaz Jorbenadze, Michael Tsverava, Manana Donjashvili. Epidemiology of Heart Failure in Elderly Patients. Health Policy, Sociology and Economics, 2021; 5

### შესავალი

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები სიკვდილის ძირითადი მიზეზია თანამედროვე მსოფლიოში<sup>1</sup>. 2016 წელს მსოფლიოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მიზეზით 17.9 მლნ ადამიანი გარდაიცვალა, რამაც საერთო

სიკვდილიანობის 31.4% შეადგინა; აღნიშნულ შემთხვევათა შორის 9.4 მლნ იყო გულის კორონარული დაავადებით, ხოლო 5.8 მლნ - თავის ტვინის ინსულტით გამოწვეული სიკვდილი; ამ შემთხვევების 3/4 დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში გამოვლინდა<sup>2</sup>

2018 წლის მონაცემებით, საქართველოში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 15.3%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევები 7.4%-ს შეადგენს<sup>3</sup>. 2000-2018 წლებში საქართველოში აღინიშნა სისხლის მიმოქცევის დაავადებების პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილობით ხასიათდება ჰიპერტონული, იშემიური და ცერებროვასკულური დაავადებები.

საქართველოში კარდიოვასკულური დაავადებების რეგისტრირებული შემთხვევების სტრუქტურაში 64.8% ჰიპერტენზიაზე მოდის. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის STEPS 2016-ის მონაცემებით, ჰიპერტენზია მოსახლეობის 37.7%-ში აღირიცხა; იგივე მაჩვენებელი 2010 წელს 33.4% იყო; 2018 წლის მონაცემებით, საქართველოში გულის იშემიური დაავადებები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა რაოდენობის 16.3%-ს შეადგენს, მათ შორის სტენოკარდია – 4.9%; მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი – 2.2% და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები – 1.5%; 2016 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით დროული ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფობის დაწყებიდან პირველ 24 საათში) შემთხვევათა 52.8%-ში განხორციელდა<sup>4</sup>.

ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების განმარტებით, გულის უკმარისობა კლინიკური სინდრომია, რომელიც ვლინდება ტიპური სიმპტომებითა (ჰაერის უკმარისობა, ადვილად დაღლა და ა.შ.) და ნიშნებით (საუღლე ვენური წნევის გაზრდა, ხიხინი ფილტვის აუსკულტაციისას და ა.შ.), რასაც საფუძვლად უდევს გულის სტრუქტურული და/ან ფუნქციური დარღვევები, რომლებსაც თან სდევს გულის განდევნის (სისტოლური მოცულობის) დაქვეითება და/ან გულშიდა წნევის გაზრდა და რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს მოსვენების ან დატვირთვის პირობებში<sup>5</sup>.

გულის უკმარისობა დიდი და მზარდი პრობლემაა მსოფლიოში, რადგან იწვევს მაღალ ავადობასა და სიკვდილიანობას და დაკავშირებულია მვირადღირებულ მკურნალობასთან<sup>6</sup>. იგი, როგორც ქრონიკული დაავადება, ასოცირდება სიცოცხლის დაბალ ფუნქციონალურ სტატუსთან და ხარისხთან.

ექსპერტთა მტკიცებით, საქართველოში, დაახლოებით 66670 პაციენტს აქვს გულის უკმარისობა (100 000 მოსახლეზე 150), ყოველწლიურად 7330-ზე მეტს უდგინდება

დიაგნოზი პირველად, ხოლო ლეტალობა შეადგენს 700 პაციენტს (ლეტალობის მაჩვენებელი 1%) წელიწადში<sup>7</sup>.

გულის უკმარისობის დაავადების სიხშირე განსხვავდება ასაკის და სქესის მიხედვით. კვლევათა დიდი ნაწილი აჩვენებს, რომ გულის უკმარისობის სიხშირე შედარებით მაღალია მამაკაცებში ქალებთან შედარებით<sup>8</sup>. ასევე მაღალია გულის უკმარისობით პირველი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ 6 წლის პერიოდში მამაკაცების სიკვდილიანობის რისკი ქალებთან შედარებით<sup>9</sup>.

გულის უკმარისობის მქონე პაციენტის გამოსავალი არაკეთილსამედოა. პაციენტების ნახევარი იღუპება 4 წლის განმავლობაში, ხოლო გულის უკმარისობის მძიმე ფორმის შემთხვევაში პაციენტების 50% იღუპება 1 წლის განმავლობაში.

გულის უკმარისობის დაავადების დიაგნოსტიკებსა და მკურნალობაში ბოლო ათწლეულში განხორციელებული მიღწევების შედეგად გაიზარდა სიცოცხლის ხანგრძლივობა, მოსახლეობის დაბერება, რამაც თავის მხრივ, გაზარდა პრევალენტობა<sup>10</sup>. შეერთებული შტატებისა და ევროპის მონაცემებზე დაყრდნობით, გულის უკმარისობის დაავადების პრევალენტობა მერყეობს 1-დან 14%-მდე<sup>11</sup>.

კვლევები ადასტურებენ, რომ 1990-იანი წლების შემდეგ შეინიშნება გულის უკმარისობის დაავადების ინციდენტობის კლება<sup>12,13</sup>. ასევე, გულის უკმარისობით გამოწვეული სიკვდილიანობა ბოლო ათწლეულებში მუდმივად მცირდება<sup>14,15</sup>. აღნიშნული მნიშვნელოვანწილად გამოწვეულია ისეთი მედიკამენტების გამოგონებით, როგორებიცაა ანგიოტენზინ-გარდამქნელი ფერმენტების ინჰიბიტორები, ბეტა-ბლოკატორები და ალდოსტერონის ანტაგონისტები<sup>16,17</sup>. გულის უკმარისობის საწყისი დიაგნოზის შემდეგ, სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა 1 წლის პერიოდში 72-75% შეადგენს<sup>18</sup>, ხოლო 5 წლის პერიოდში - 35-52%-ს<sup>19</sup>. კვლევათა უმეტესი ნაწილი აჩვენებს, რომ გულის უკმარისობის საწყისი დიაგნოზის დასმის შემდეგ ქალები უფრო მეტ წელს ცხოვრობენ, ვიდრე მამაკაცები<sup>20</sup>.

ასევე შემცირდა გულის უკმარისობის გამო საავადმყოფოში დაფიქსირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც<sup>21</sup>. თუმცა, საავადმყოფოდან გაწერის 30 დღის შემდეგ სიკვდილიანობა შედარებით მცირედ შემცირდა, რაც შესაძლოა, გამოწვეული იყოს პაციენტთა



ნაადრევი გაწერით, რადგან შეერთებული შტატებში საავადმყოფოში სტანდარტზე ზევით უფრო ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში მკურნალობა სახელმწიფოს მხრიდან არ ანაზღაურდება.

პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა და შესაბამისად მოსახლეობის დაბერების პროცესმა, გულის იშემიური დაავადების და ჰიპერტენზიის მკურნალობის სფეროში მიღწეულმა პროგრესმა და სიკვდილიანობის შემცირებამ ხელი შეუწყო გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა რაოდენობის ზრდას ბოლო 2 ათწლეულის მანძილზე<sup>22</sup>. გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში, ასაკი ასოცირდება გულსისხლძარღვთა დაავადებების და სიკვდილიანობის მომატებულ რისკთან<sup>23</sup>. დღეისათვის ბევრ ქვეყნებში გულის უკმარისობა ხანდაზმულთა მთავარი ქრონიკული დაავადება გახდა<sup>24</sup>. კვლევები აჩვენებენ, რომ გულის უკმარისობით პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე მაღალია 65 წელს ზევით<sup>25</sup>. ხანდაზმულ პაციენტებში დაბალი ფიზიკური აქტივობა, დეპრესია და შფოთვა ზრდის დაავადების რისკს და ამძიმებს დაავადების კლინიკურ შედეგებს<sup>26,27,28</sup>.

კვლევები აჩვენებენ, რომ ბოლო პერიოდში შემცირდა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა კარდიოვასკულარული მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და გაიზარდა არაკარდიოვასკულარული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა<sup>29</sup>. კვლევები აჩვენებენ, რომ პაციენტის ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება თანმხლებ დაავადებათა სიმძიმე, რაც გავლენას ახდენს არაკარდიოვასკულარული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდაზე<sup>30</sup>.

კვლევები აჩვენებენ, რომ გულის უკმარისობით ჰოსპიტალიზებული პაციენტები რეადმისიის მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან<sup>31</sup>. თუმცა, გულის უკმარისობით პაციენტთა რეადმისიის დაახლოებით მხოლოდ 50% გამოწვეულია კარდიოვასკულარული მიზეზებით<sup>32</sup>. რეადმისიის უმეტესი შემთხვევის მთავარ მიზეზად სახელდება ისეთი სხვა, არაკარდიოვასკულარული დაავადებები, როგორებიცაა სასუნთქი გზების ინფექციები, თირკმლის ავადმყოფობები<sup>33</sup>, რაც მიგვანიშნებს თანმხლებ დაავადებათა გავრცელებას გულის უკმარისობით პაციენტებში. გულის უკმარისობით ხანდაზმულ პაციენტებში უფრო ხშირად აღენიშნებათ თანმხლები ქრონიკული დაავადებები (ჰიპერტენზია, მოციმციმე

არითმია, პერიფერული სისხლძარღვთა დაავადება, კორონარული არტერიული დაავადება, სარქვლოვანი დაავადება, სასუნთქი სისტემების დაავადება, თირკმლის უკმარისობა)<sup>34</sup>.

გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტთა პროგნოზი ხაზს უსვამს პრევენციის სტრატეგიების და ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის ისეთი მეთოდების მნიშვნელობას, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია მიოკარდიუმის დისფუნქციის თავიდან აცილება, განსაკუთრებით იმ პირთათვის, რომლებიც ჰიპერტენზიის, დიაბეტის, ან მიოკარდიუმის ინფარქტის გამო გულის უკმარისობის განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ არიან.

გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტებში პრობლემას წარმოადგენს კარდიოლოგთან დროულად მიმართვა და თანამედროვე კლინიკური რეკომენდაციების ნაკლებად დაცვა<sup>35</sup>, მედიკამენტების არასრულად ან არაოპტიმალური დოზებით გამოყენება<sup>36</sup>. შესაბამისად, გულის უკმარისობის მქონე პაციენტები ხშირად ვერ სარგებლობენ მკურნალობის ეფექტური სქემებით<sup>37</sup>. ამ მხრივ, საჭიროა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების მიერ მკურნალობის სათანადო პირობების დაცვა<sup>38</sup>. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ თავად პაციენტებიც უნდა იყვნენ ჩართული მათ მკურნალობასთან დაკავშირებული კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში<sup>39</sup>. დაავადების დროულად დიაგნოსტიკის და ეფექტური მკურნალობისათვის საჭირო კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესში აუცილებელია კომპლექსური ორგანიზებული ინტერ-დისციპლინარული მიდგომა.

კვლევები აჩვენებს, რომ საავადმყოფოდან გაწერის სრულყოფილი დაგეგმვა, მათ შორის, მედიკამენტების მიღების და მათი გადასინჯვის შესახებ კონსულტაცია, პაციენტსა და ექიმს შორის გაუმჯობესებული კომუნიკაცია და შემდგომი უწყვეტი მეთვალყურეობა, ხელს შეუწყობს რეადმისიის შემცირებას<sup>40</sup>. ამასთან, იმპლანტირებული კარდიოლოგიური მოწყობილობების გამოყენება ოპტიმალურ მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად წარმატებით ამცირებს გულის უკმარისობით პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებს<sup>41</sup>.

კვლევები აჩვენებენ, რომ გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა ჩართვას რანდომიზირებულ კონტროლირებად

კვლევებში იშვიათად ითვალისწინებენ<sup>42</sup>. შესაბამისად, მათ შესახებ მონაცემები შეზღუდულია<sup>43</sup>. ბოლო წლებში გულის უკმარისობის მართვაში მნიშვნელოვანი ცვლილებების მიუხედავად, ცოტა რამ არის ცნობილი გულის უკმარისობის მქონე ასაკოვან პაციენტთა გამოსავლების შესახებ. ჩვენი კვლევის მიზანია ხანდაზმულ პაციენტებში გულის უკმარისობის რეადმისიის შეფასება, მისი გამომწვევი მიზეზების შესწავლა იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებიც ხელს უწყობენ რეადმისიის ალბათობის გაზრდას. კვლევის შედეგები ხელს შეუწყობენ გულის უკმარისობის მართვის ეფექტური მექანიზმების შემუშავებას.

### კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში 2015 - 2019 წლებში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით (I00 - I99) ნამკურნალევი 75 წლის და მეტი ასაკის ხანდაზმული პაციენტების მონაცემები. შესწავლილ იქნა გულის უკმარისობის თანმხლები დაავადების მქონე ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა რეადმისიის მაჩვენებლები შემდეგი კოდების მიხედვით: I50 გულის უკმარისობა, I 50.0 გულის შეგუბებითი უკმარისობა, I50.1 მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობა, I50.9 გულის უკმარისობა, დაუზუსტებელი.

შეფასებულ იქნა გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტების რეადმისიის მაჩვენებლები ასაკობრივი ჯგუფისა და ჰოსპიტალიზაციის წლის მიხედვით. რეადმისია შეფასებულ იქნა ჰოსპიტალიდან გაწერის დღიდან.

პაციენტები დაიყო კატეგორიებად ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (75-დან 80 წლამდე ასაკის, 81-დან 85 წლამდე, 86-დან 90წლამდე და 90 წელზე მეტი ასაკის), რომ ხანდაზმული ასაკის ჯგუფის შიგნით გვექონოდა შედარების საშუალება.

გარდა ასაკისა, პაციენტთა მახასიათებლები მოიცავდა სქესს, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით (I00 - I99) ჰოსპიტალიზაციას, გულის უკმარისობის გართულებით ჰოსპიტალიზაციას (I50, I50.0, I50.1, I50.9), ჰოსპიტალიზაციის დაყოვნების ხანგრძლივობას, თანმხლებ დაავადებებს.

სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა სოციალურ კვლევათა სტატისტიკური პროგრამის SPSS ბაზაზე. ასევე გამოყენებულ იქნა X<sup>2</sup> ტესტი

ასაკობრივ ჯგუფებს შორის საბაზისო მახასიათებლებისა და შედეგების შესაფასებლად.

### შედეგები

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ 2015 - 2019 წლების პერიოდში გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში მკურნალობდა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების მქონე (ICD10 - I00-I99) 75 და მეტი ასაკის 8623 პაციენტი. დროის ამ პერიოდში დაფიქსირდა 9916 ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევა. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებიდან ხანდაზმული ასაკის პაციენტებში ყველაზე მეტად შეინიშნება სტენოკარდია (43.83%) და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (12.54%). პაციენტებს შორის ყველაზე მეტს შეადგენდნენ 75 - 80 წლის ასაკის პირები (64.6%), ხოლო სქესის მიხედვით - მამაკაცები (63.6%), თუმცა, ასაკის მატებასთან ერთად იზრდებოდა პაციენტ ქალების რაოდენობა.

**ცხრილი 1:** სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (I00 - I99) ნოზოლოგიური ჯგუფების მიხედვით ხანდაზმული ასაკის პაციენტებში (2015-2019 წწ.)

	ნოზოლოგიური ჯგუფები	n	%
I20	სტენოკარდია (გულის ანგინა)	3780	43.83%
I21	მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი	1082	12.54%
I35	აორტის სარქვლის არარევემატული დაზიანებები	605	7.02%
I25	გულის ქრონიკული იშემიური ავადმყოფობა	593	6.87%
I11	გულის ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	511	5.93%
I08	რამდენიმე სარქვლის ერთდროული დაზიანება	430	4.99%
I34	მიტრალური საკნის არარევემატული დაზიანებები	426	4.94%
	სხვა დაავადებები	1196	13.88%

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების მქონე პაციენტებიდან გულის უკმარისობის გართულება აღენიშნებოდა 5912 პაციენტს (68.6%). დროის ამ პერიოდში დაფიქსირდა გულის უკმარისობის გართულების 7508 ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევა. შიდაჰოსპიტალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, რომელიც დაკავშირებულია

გულის უკმარისობის საწყის ჰოსპიტალიზაციასთან, შეადგენდა 1.8%-ს. კვლევაში წარმოდგენილი შედეგები ეფუძნება პაციენტებს, რომლებმაც შეინარჩუნეს სიცოცხლე გულის უკმარისობით საწყისი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ.

გულის უკმარისობის პირველ ჰოსპიტალიზაციამდე წინა 6-9 თვის პერიოდში პაციენტების 43%-ს (n=2542) ჰქონდა ერთი ან მეტი რაიმე მიზეზით ჰოსპიტალიზაცია. გულის უკმარისობის გამო ჰოსპიტალიზაცია წინა კალენდარული წლის განმავლობაში გამოვლინდა პაციენტთა 14%-ში (n=828).

ცხრილში 1 მოცემულია გულის უკმარისობის მქონე ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მონაცემები. გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა უმრავლესობას შეადგენენ 75-80 წლის ასაკის პირები (n=3614, 61%) და მამაკაცები (n=3665, 62%). გულის უკმარისობის მქონე ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 5.2 ± 5.1 დღეს, ხოლო პაციენტთა დაახლოებით 82% (n=4848) ჰოსპიტალიზირებული იყო 7 დღეზე მეტი ხნის განმავლობაში. პაციენტთა 56%-ს ჰქონდა კორონარული არტერიების დაავადება, 47%-ს - ჰიპერტენზია, 35%-ს - დიაბეტი. პაციენტთა 0.8%-ს ჰქონდა იმპლანტირებული კარდიომოწყობილობები გულის უკმარისობის ჰოსპიტალიზაციის დროს.

გულის უკმარისობის დაავადებათაგან ყველაზე მეტი რაოდენობა აღინიშნება მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობის დროს (n=3843, 65%). კვლევა აჩვენებს, რომ ბოლო წლებში გაიზარდა გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, თუმცა, დინამიკა უფრო ტალღოვან ხასიათს ატარებს.

გულის უკმარისობის პირველი ჰოსპიტალიზაციის 6-9 თვის შემდეგ პაციენტების 56%-ში (n=3311) აღინიშნებოდა მინიმუმ 1 რეადმისია, საშუალოდ 1.9 რეადმისია თითო პაციენტზე. რეადმისიის ყველაზე ხშირ მიზეზს მოცემულ პერიოდში წარმოადგენდა გულის უკმარისობა (ყველა რეადმისიის 48%). გულის უკმარისობით პირველადი ჰოსპიტალიზაციიდან 6-9 თვის შემდეგ ნებისმიერი მიზეზის გამო რეადმისია შეადგენდა 60%-ს. რეადმისიის მეორე და მესამე მიზეზებს წარმოადგენდა პნევმონია და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებათა გამწვავება.

**ცხრილი 2.** გულის უკმარისობის გართულება სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტებში ასაკის და წლების მიხედვით

	n	%
ასაკი		
75-80	3614	61%
81-85	1579	27%
86-90	628	11%
≥ 90	91	1%
ჯამი	5912	100%
სქესი		
ქალი	2247	38%
კაცი	3665	62%
საწყისი ჰოსპიტალიზაციის დროს დაყოვნების ხანგრძლივობა		
საშუალო ± სტანდარტული გადახრა	5.2±	
≤ 7 დღე	4848	82%
> 7 დღე	1064	18%
თანმხლები დაავადებები		
დიაბეტი		35%
ჰიპერტენზია		47%
მიოკარდიუმის ინფარქტი		17%
ინსულტი		6%
კორონარული არტერიების დაავადება		56%
პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები		5%
კარდიომოწყობილობების იმპლანტაცია გულის უკმარისობის საწყისი ჰოსპიტალიზაციის დროს*	47	0.8%
გულის უკმარისობის პირველ ჰოსპიტალიზაციამდე წინა 6-9 თვის პერიოდში ჰოსპიტალიზაცია	2542	43%
ჰოსპიტალიზაცია გულის უკმარისობის გამო წინა კალენდარული წლის განმავლობაში	828	14%

\*პეისმეიკერების იმპლანტაცია, კარდიოვერტერ დეფიბრილატორიების იმპლანტაცია, რესინქრონიზატორების იმპლანტაცია.



**ცხრილი 3.** გულის უკმარისობის გართულებების სახეები სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტებში ასაკის და წლების მიხედვით

	ყველა (n=5912; 100%)	75-80 წლის (n=3614; 61%)	81-85 წლის (n=1579; 27%)	86-90 წლის (n=628; 11%)	90წლის ზევით (n=91; 1%)
<b>I50.0 გულის შეგუბებითი უკმარისობა</b>	<b>578 (9.8)</b>	<b>412 (11.4)</b>	<b>116 (7.3)</b>	<b>43 (6.8)</b>	<b>7 (7.7)</b>
2019	198 (100)	112(56.6)	64 (32.3)	18 (9.1)	4 (2)
2018	83 (100)	48 (57.7)	22 (26.6)	11(13.3)	2 (2.4)
2017	57 (100)	35 (61.4)	11 (19.3)	11(19.3)	0
2016	166 (100)	166 (100)	0	0	0
2015	74 (100)	51 (68.9)	19 (25.7)	3 (4.1)	1 (1.3)
<b>I50.1 მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობა</b>	<b>3843 (65)</b>	<b>2217 (61.3)</b>	<b>1137 (72)</b>	<b>441 (70.2)</b>	<b>48 (52.7)</b>
2019	825 (100)	405 (49.1)	301 (36.5)	103 (12.5)	16 (1.9)
2018	763 (100)	494 (64.7)	190 (24.9)	76 (10)	3 (0.4)
2017	900 (100)	586 (65.1)	217 (24.1)	84 (9.3)	13 (1.5)
2016	940 (100)	462 (49.1)	331 (35.2)	139 (14.8)	8 (0.9)
2015	415 (100)	270 (65.1)	98 (23.6)	39 (9.4)	8 (1.9)
<b>I50.9 გულის უკმარისობა, დაუზუსტებელი</b>	<b>1491 (25.2)</b>	<b>985 (27.3)</b>	<b>326 (20.7)</b>	<b>144 (23)</b>	<b>36 (39.6)</b>
2019	262 (100)	165 (63)	74 (28.2)	18 (6.9)	5 (1.9)
2018	348 (100)	219 (62.9)	82 (23.6)	40 (11.5)	7 (2)
2017	412 (100)	258 (62.6)	92 (22.3)	51 (12.4)	11 (2.7)
2016	134 (100)	117 (87.3)	0	9 (6.7)	8 (6)
2015	335 (100)	226 (67.5)	78 (23.3)	26 (7.7)	5 (1.5)

**ცხრილი 4:** პაციენტების მონაცემების შედარება, რომლებსაც ჰქონდათ რეადმისია იმ პაციენტების მონაცემებთან, რომლებიც არც გარდაცვლილან და არც რეადმისია ჰქონდათ გულის უკმარისობის პირველი ჰოსპიტალიზაციის 6-9 თვის განმავლობაში.

	პაციენტები, რომლებსაც ჰქონდათ რეადმისია 6-9 თვის განმავლობაში 56% (3311)	პაციენტები, რომლებიც არც გარდაცვლილან და არც რეადმისია ჰქონდათ 6-9 თვის განმავლობაში 44% (n=2601)
<b>ასაკი</b>		
75-80	1192 (36%)	1014 (39%)
81-85	927 (28%)	650 (25%)
86-90	795 (24%)	520 (20%)
≥ 90	397 (12%)	416 (16%)
ჯამი	3311 (100%)	2601 (100%)
<b>სქესი</b>		
ქალი	1035 (31%)	1212 (47%)
კაცი	2276 (69%)	1389 (53%)
<b>საწყისი ჰოსპიტალიზაციის დროს დაყოვნების ხანგრძლივობა</b>		
საშუალო ± სტანდარტული გადახრა	5.6± 5.8	4.2± 3.1
≤ 7 დღე	73%	83%
> 7 დღე	27%	17%

<b>თანმხლები დაავადებები</b>		
<b>დიაბეტი</b>	36%	34%
<b>ჰიპერტენზია</b>	43%	52%
<b>მიოკარდიუმის ინფარქტი</b>	14%	11%
<b>ინსულტი</b>	8%	8%
<b>კორონარული არტერიების დაავადება</b>	6%	4%
<b>პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები</b>	7%	6%
<b>კარდიომოწყობილობების იმპლანტაცია გულის უკმარისობის საწყისი ჰოსპიტალიზაციის დროს***</b>	0.8%	1.3%
<b>გულის უკმარისობის პირველ ჰოსპიტალიზაციამდე წინა 6-9 თვის პერიოდში ჰოსპიტალიზაცია</b>	53%	42%
<b>ჰოსპიტალიზაცია გულის უკმარისობის გამო წინა კალენდარული წლის განმავლობაში</b>	24%	15%

ცხრილი 4 ერთმანეთს ადარებს პაციენტების მონაცემებს, რომლებსაც ჰქონდათ რეადმისია გულის უკმარისობის პირველი ჰოსპიტალიზაციის 6-9 თვის განმავლობაში, იმ პაციენტების მონაცემებთან, რომლებიც არც გარდაცვლილან და არც რეადმისია ჰქონდათ. პაციენტებს, რომლებსაც გულის უკმარისობით საწყისი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ჰქონდათ რეადმისია, აღენიშნებოდათ უფრო მეტი დაყოვნების ხანგრძლივობა პირველი ჰოსპიტალიზაციის დროს, წინა წლის განმავლობაში უფრო ხშირად იმყოფებოდნენ საავადმყოფოში და, ჰქონდათ კორონარული არტერიის დაავადება, დიაბეტი, პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადება, ინსულტი. ამ პაციენტებს ასევე ნაკლებად ჰქონდათ იმპლანტირებული კარდიომოწყობილობები გულის უკმარისობის პირველი ჰოსპიტალიზაციის დროს.

გამოყენებულ იქნა მულტივარიაციული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელი იმ ფაქტორების იდენტიფიცირებისათვის, რომლებიც დაკავშირებულია ნებისმიერი მიზეზის გამო რეადმისიასთან გულის უკმარისობის საწყისი ჰოსპიტალიზაციის პირველი 6-9 თვის განმავლობაში (ცხრილი 3). კვლევადან გამოირიცხა გარდაცვლილი პაციენტები. 75-80 წლის პაციენტებში ყველაზე მეტია გულის უკმარისობის საწყისი ჰოსპიტალიზაციის რეადმისიის ალბათობა. რეადმისიის ზრდასთან დაკავშირებული სხვა ფაქტორებია გულის უკმარისობის წინა ჰოსპიტალიზაცია რაიმე მიზეზით, 7 დღეზე ნაკლები დაყოვნების ხანგრძლივობა, დიაბეტი, პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადება და ინსულტი. პაციენტებს, რომლებსაც გაკეთებული აქვთ იმპლანტირებული კარდიომოწყობილობები გულის უკმარისობის

ჰოსპიტალიზაციის დროს, აღენიშნებათ რეადმისიის შემცირება.

**დისკუსია**

კვლევამ აჩვენა, რომ ხანდაზმულ პაციენტებში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების უმთავრესი გართულებაა გულის უკმარისობა (68.6%), ხოლო ამ დაავადებათაგან გულის უკმარისობის სინდრომი ყველაზე მეტად აღინიშნება მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობის დროს (65%). კვლევა ადასტურებს, რომ ბოლო წლებში გაიზარდა გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმული ასაკის პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, რაც დაკავშირებულია მოსახლეობის დაბერების პროცესთან. აღნიშნული ტენდენცია, სავარაუდოდ, შემდგომ წლებშიც გაგრძელდება. მსგავსი შედეგები იქნა მიღებული სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევებითაც<sup>44</sup>.

გულის უკმარისობის საწყისი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ხანდაზმული პაციენტების რეტროსპექტული ანალიზი აჩვენებს, რომ, მიუხედავად გულის უკმარისობის მკურნალობაში მნიშვნელოვანი მიღწევებისა, ისევ მაღალია რეადმისიის მაჩვენებელი. რეადმისიის ყველაზე ხშირ მიზეზია გულის უკმარისობა (ყველა რეადმისიის 48%). მსგავსი მაჩვენებელი აღინიშნებოდა სხვა კვლევებში<sup>45</sup>. თუმცა, ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება სხვა კვლევების მაჩვენებლებს<sup>46,47</sup>. გულის უკმარისობით პირველადი ჰოსპიტალიზაციიდან 6-9 თვის შემდეგ ნებისმიერი მიზეზის გამო რეადმისია შეადგენდა 60%-ს. მსგავსი შედეგები აჩვენა სხვა კვლევებმაც<sup>48</sup>.

რეადმისიის მეორე და მესამე მიზეზებს წარმოადგენდა პნევმონია და ფილტვების

ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებათა გამწვავება. პაციენტებს აღნიშნებოდათ ისეთი თანმხლები დაავადებები, როგორებიცაა ჰიპერტენზია (43%), მიოკარდიუმის ინფარქტი (14%), დიაბეტი (36%), პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადება (7%) და ინსულტი (8%), რაც გავლენას ახდენს რეადმისიის მაჩვენებელზე. მსგავსი შედეგები აჩვენა სხვა კვლევებმაც<sup>49</sup>. აღნიშნული მიუთითებს, რომ გულის უკმარისობის გარდა, რეადმისიის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება იყოს ისეთი არაკარდიალური მდგომარეობები, როგორებიცაა: პნევმონია, თირკმლის უკმარისობა და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები<sup>50</sup>. კვლევები ადასტურებენ, რომ არასელექციურ რეცეპტორულ ანტაგონისტებს შეუძლიათ გაამწვავონ ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება<sup>51</sup> და, რომ გულის სისტოლური უკმარისობის მკურნალობის დაწყების შემდეგ, ხანდაზმულ პაციენტებში შესაძლოა უფრო მეტად აღინიშნოს გვერდითი მოვლენები<sup>52,53</sup>. მედიკამენტების სათანადო შერჩევითა და მონიტორინგით შესაძლებელია გარკვეული არაკარდიალური მიზეზით გამოწვეული რეადმისიის პრევენცია. გარდა ამისა, ხანდაზმული პაციენტები საავადმყოფოში შეძენილი ინფექციების მაღალი რისკის ჯგუფს შეადგენენ<sup>54</sup>. შესაბამისად, ხანდაზმულთა მიმართ ჩატარებულ პრევენციულ ღონისძიებებს შეუძლიათ შეამცირონ პნევმონიით გამოწვეული რეადმისიის შემთხვევები<sup>55</sup>. ამგვარად, აუცილებელია ხანდაზმულებში გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისას ყურადღება მიექცეს როგორც კარდიულ, ასევე არაკარდიალურ მდგომარეობებს.

კვლევით დადგინდა, რომ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა 90%-ზე მეტი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ბინაზე იქნა გაწერილი. დაახლოებით მსგავსი შედეგები იქნა მიღებული სხვა კვლევის მიხედვით, სადაც გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა 80% იქნა გაწერილი ბინაზე<sup>56</sup>. თუმცა, მედიქას სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამით (Medicare) გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა მხოლოდ 50% იქნა გაწერილი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ბინაზე<sup>57</sup>.

შიდაჰოსპიტალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, რომელიც დაკავშირებულია გულის უკმარისობის საწყის ჰოსპიტალიზაციასთან, შეადგენდა 1.8%-ს,

ხოლო საწყისი ჰოსპიტალიზაციის დროს დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა  $5.2 \pm 5.1$  დღე. ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება სხვა კვლევების მაჩვენებლებს<sup>58,59</sup>.

კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტებს, რომლებსაც არ ჰქონდათ გაკეთებული იმპლანტირებული კარდიომოწყობილობები გულის უკმარისობის პირველადი ჰოსპიტალიზაციის დროს, აღნიშნებოდათ რეადმისიის და სიკვდილიანობას უფრო მაღალი მაჩვენებელი<sup>60</sup>.

### დასკვნები, რეკომენდაციები

ჩვენი კვლევა ადასტურებს, რომ გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციათა რაოდენობა გაიზარდა ხანდაზმულ მოსახლეობაში, რაც დაკავშირებულია მოსახლეობის დაბერების პროცესთან. აღნიშნული ტენდენცია, სავარაუდოდ, შემდგომ წლებშიც გაგრძელდება. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ხანდაზმული ასაკის პაციენტებში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების და გულის უკმარისობის კლინიკური გამოსავლები გაუმჯობესდა, რეადმისიის მაჩვენებელი მაინც მაღალი რჩება. აღნიშნული მიგვითითებს, რომ გულის უკმარისობა ჯერ კიდევ რჩება ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემად. იმის გათვალისწინებით, რომ ხანდაზმულებში გულის უკმარისობის გარდა, რეადმისიის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება იყოს არაკარდიალური მდგომარეობებიც, აუცილებელია გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისას ყურადღება მიექცეს როგორც კარდიულ, ასევე არაკარდიალურ მდგომარეობებს.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევით გამოიკვეთა იმ ღონისძიებათა დადგენის აუცილებლობა, რომლებიც შეამცირებენ გულის უკმარისობით გამოწვეულ რეადმისიას. კვლევა გვაწვდის ახალ ინფორმაციას გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა მახასიათებლებსა და გამოსავლებზე საქართველოში. კვლევა საშუალებას გვამლევს განვსაზღვროთ გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა მიმართ მომავალი კვლევების სფეროები.

### შეზღუდვები

ჩვენი კვლევა განხორციელდა მხოლოდ ჰოსპიტალიზებულ გულის უკმარისობის მქონე ხანდაზმულ პაციენტთა მიმართ. იმ პაციენტთა შედეგები, რომლებიც მკურნალობენ ამბულატორიულ პირობებში, შეიძლება განსხვავდებოდეს.

## გამოყენებული ლიტერატურა

- <sup>1</sup> WHO. World Health Statistics 2011. Geneva, 2011. [https://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](https://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf)
- <sup>2</sup> WHO. Cardiovascular diseases, Key facts. 2017. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- <sup>3</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2018. თბილისი, 2019.
- <sup>4</sup> დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების STEPS კვლევა საქართველო 2016. თბილისი, 2018.
- <sup>5</sup> Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129–2200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128.
- <sup>6</sup> Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1):e2-e220.
- <sup>7</sup> საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოება. გულის ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოსტიკა და მენეჯმენტი. თბილისი, 2006.
- <sup>8</sup> Bibbins-Domingo K, Pletcher MJ, Lin F, Vittinghoff E, Gardin JM, Arynchyn A, et al. "Racial differences in incident heart failure among young adults." *New Engl J Med*, 2009: 360:1179–90.
- <sup>9</sup> Croft, JB, WH Giles, RA Pollard, and NL Keenan. Heart failure survival among older adults in the United States: a poor prognosis for an emerging epidemic in the Medicare population. *Arch Intern Med* 159 (1999): 505–510.
- <sup>10</sup> McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. *Eur Heart J*, 2012: 33:1787–1847.
- <sup>11</sup> Dunlay SM, Roger VL. Understanding the epidemic of Heart Failure: Past, Present, and Future. *Curr Heart Fail Rep*, 2014: 11(4): 404-415.
- <sup>12</sup> Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, Hernandez AF, Anstrom KJ, Shea AM, et al. "Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994–2003." *Arch Intern Med*, 2008: 168:418–24.
- <sup>13</sup> Teng TH, Finn J, Hobbs M, Hung J. "Heart failure: incidence, case fatality, and hospitalization rates in Western Australia between 1990 and 2005." *Circ Heart Fail*, 2010: 3:236–43.
- <sup>14</sup> Yeung DF, Boom NK, Guo H, Lee DS, Schultz SE, Tu JV. "Trends in the incidence and outcomes of heart failure in Ontario, Canada: 1997 to 2007." *Canadian Med Asso J*, 2012: 184:E765–73.
- <sup>15</sup> Chen J, Normand SL, Wang Y, Krumholz HM. "National and regional trends in heart failure hospitalization and mortality rates for Medicare beneficiaries, 1998–2008." *JAMA*, 2011: 306:1669–78.
- <sup>16</sup> Packer M, Coats AJ, Fowler MB, Katus HA, Krum H, et al.; Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group: Effect of carvedilol on survival in severe heart failure. *N Engl J Med* 2001;344:1651–1658
- <sup>17</sup> Taylor AL, Ziesche S, Yancy C, Carson P, D'Agostino R Jr, et al.; African-American Heart Failure Trial Investigators: Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in blacks with heart failure. *N Engl J Med* 2004;351:2049–2057
- <sup>18</sup> Barasa A, Schaufelberger M, Lappas G, Swedberg K, Dellborg M, Rosengren A. "Heart failure in young adults: 20-year trends in hospitalization, aetiology, and case fatality in Sweden." *Eur Heart J*, 2014: 35:25–32.
- <sup>19</sup> Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KK, et al. "Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure." *New Engl J Med*, 2002: 347:1397–402.
- <sup>20</sup> Barker WH, Mullooly JP, Getchell W. "Changing incidence and survival for heart failure in a well-defined older population, 1970–1974 and 1990–1994." *Circulation*, 2006: 113:799–805.
- <sup>21</sup> Chen J, Dharmarajan K, Wang Y, Krumholz HM. "National trends in heart failure hospital stay rates, 2001 to 2009." *J Am Coll Cardiol*, 2013: 61:1078–88.
- <sup>22</sup> Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. "Executive summary: heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association." *Circulation*, 2013: 127:143–152.
- <sup>23</sup> Metra, M, G Cotter, and J El-Khorazaty. "Acute heart failure in the elderly: differences in clinical characteristics, outcomes, and prognostic factors in the VERITAS Study." *J Card Fail* 21 (2015): 179–188.
- <sup>24</sup> Rich, MW. "Epidemiology, pathophysiology, and etiology of congestive heart failure in older adults." *J Am Geriatr Soc* 45 (1997): 968-974.
- <sup>25</sup> Goldberg RJ, Spencer FA, Farmer C, Meyer TE, Pezzella S. "Incidence and hospital death rates associated with heart failure: a community-wide perspective." *Am J Med*, 2005: 118:728–34.
- <sup>26</sup> Carubelli V, Metra M, Corrà U, et al. "Exercise performance is a prognostic indicator in elderly patients with chronic heart failure—application of



metabolic exercise cardiac kidney indexes score." *Circ J*, 2015; ;79:2608–2615.

<sup>27</sup> Rossignol P, Masson S, Barlera S, et al. "Loss in body weight is an independent prognostic factor for mortality in chronic heart failure: insights from the GISSI-HF and Val-HeFT trials." *Eur J Heart Fail*, 2015: 17:424–433.-

<sup>28</sup> Uchmanowicz I, Gobbens RJ. "The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure." *Clin Interv Aging*, 2015: 10:1595–1600.

<sup>29</sup> Henkel DM, Redfield MM, Weston SA, Gerber Y, Roger VL. "Death in heart failure: a community perspective." *Circ Heart Fail*, 2008: 1:91–7.

<sup>30</sup> O'Connor CM, Miller AB, Blair JE, Konstam MA, Wedge P, Bahit MC, et al. "Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduced left ventricular ejection fraction: results from Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study with Tolvaptan (EVEREST) program." *Am Heart J*, 2010: 159:841–849.

<sup>31</sup> Krumholz HM, Parent EM, Tu N, Vaccarino V, Wang Y, et al.: Readmission after hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. *Arch Intern Med* 1997;157: 99–104.

<sup>32</sup> encks SF, Williams MV, Coleman EA. "Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program." *New Engl J Med*, 2009: 360:1418–28.

<sup>33</sup> Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, Therneau TM, Hall Long K, Shah ND, et al. "Hospitalizations after heart failure diagnosis a community perspective." *J Am Coll Cardiol*, 2009: 54:1695–702.

<sup>34</sup> Metra , M, RJ Mentz , and K Chiswell. "Acute heart failure in elderly patients: worse outcomes and differential utility of standard prognostic variables. Insights from the PROTECT trial." *Eur J Heart Fail* 17 (2015): 109–118.

<sup>35</sup> Rutten FH, Grobbee DE, Hoes AW. "Differences between general practitioners and cardiologists in diagnosis and management of heart failure: a survey in every-day practice." *Eur J Heart Fail*, 2003: 5:337–344.

<sup>36</sup> Barywani SB, Ergatoudes C, Schaufelberger M, et al. "Does the target dose of neurohormonal blockade matter for outcome in Systolic heart failure in octogenarians? ." *Int J Cardiol*, 2015: 187:666–672.

<sup>37</sup> Yancy CW, Fonarow GC, Albert NM, et al. "Influence of patient age and sex on delivery of guideline-recommended heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: findings from IMPROVE HF." *Am Heart J*, 2009: 157:754–762.

<sup>38</sup> Krueger K, Botermann L, Schorr SG, et al. "Age-related medication adherence in patients with chronic

heart failure: a systematic literature review." *Int J Cardiol*, 2015: 184:728–735.

<sup>39</sup> Datino T, Rexach L, Vidán MT, et al. "Guidelines on the management of implantable cardioverter defibrillators at the end of life." *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2014: 49:29–34.

<sup>40</sup> Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, et al.: A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333:1190–1195

<sup>41</sup> Cleland JGF, Daubert JC, Erdmann E, Freemantle N, Gras D, et al.; Cardiac Resynchronization-Heart Failure (CARE-HF) Study Investigators: Theeffectofcardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure *N Engl J Med* 2005;352:1539–1549

<sup>42</sup> Kosiborod M, Lichtman JH, Heidenreich PA, Normand S-LT, Wang Y, Brass LM, Krumholz HM. "National trends in outcomes among elderly patients with heart failure." *Am J Med*, 2006: 119:616.e611–616.e617.

<sup>43</sup> Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR, Redfield MM. "Congestive heart failure in the community: trends in incidence and survival in a 10-year period." *Arch Intern Med*, 1999: 159: 29 –34.

<sup>44</sup> Fang J, Mensah GA, Croft JB, Keenan NL. "Heart failure-related hospitalization in the U.S. 1979 to 2004." *J Am Coll Cardiol*, 2008: 52:428–34.

<sup>45</sup> Tuppina, P., Cuerqa A., Perettib C. et. al. Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 2014; 107(3):158-168

<sup>46</sup> Aranda JM, Johnson JW, Conti J. Current Trends in Heart Failure Readmission Rates: Analysis of Medicare Data. *Clin. Cardiol*. 2009; 32(1):47–52

<sup>47</sup> Vader JM, LaRue SJ, Stevens SR, et al. Timing and Causes of Readmission After Acute Heart Failure Hospitalization-Insights from the Heart Failure Network Trials. *J Card Fail*. 2016;22(11):875-883. doi:10.1016/j.cardfail.2016.04.014

<sup>48</sup> Tuppina P, Cuerqa A, Peretti C et al., Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 2014; 107 (3):158-168

<sup>49</sup> Krumholz HM, Wang Y, Mattera JA, Wang Y, Han LF, et al.: An administrative claims model suitable for profiling hospital performance based on 30-day mortality rates among patients with heart failure. *Circulation* 2006;113:1693–1701

<sup>50</sup> Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, Hernandez AF, Anstrom KJ, Shea AM, et al. "Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons, 1994–2003." *Arch Intern Med*, 2008: 168:418–24.

<sup>51</sup> Sirak TE, Jelic S, Le Jemtel TH. "Therapeutic update: Non-selective beta- and alpha-adrenergic blockade in

---

patients with coexistent chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure." *J Am Coll Cardiol*, 2004; 44:497–502.

<sup>52</sup> Shlipak MG, Massie BM. "The clinical challenge of cardiorenal syndrome." *Circulation*, 2004; 110:1514–1517.

<sup>53</sup> Dinsdale C, Wani M, Steward J, O'Mahony MS. "Tolerability of spirono- lactone as adjunctive treatment for heart failure in patients over 75 years of age." *Age Ageing*, 2005; 34:395–398.

<sup>54</sup> Bueno H, Ross JS, Wang Y, Chen J, Vidan MT, Normand SL, et al. " Trends in length of stay and short-term outcomes among Medicare patients hospitalized for heart failure, 1993–2006." *JAMA*, 2010; 303:2141–7.

<sup>55</sup> American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia." *Am J Respir Crit Care Med* 171 (2005): 388–416.

<sup>56</sup> Shah, RU, Vivian Tsai, L Klein, and PA Heidenreich. "Characteristics and Outcomes of Very Elderly Patients After First Hospitalization for Heart Failure." *Circ Heart Fail* 4 (2011): 301-307.

<sup>57</sup> Forman DE, Cannon CP, Hernandez AF, Liang L, Yancy C, Fonarow GC, Get With the Guidelines -Heart Failure Steering Committee. "Influence of age on the management of heart failure: Findings from Get With the Guidelines-Heart Failure (GWTG-HF)." *Am Heart J*, 2009; 157: 1010 –1017.

<sup>58</sup> Fonarow GC, Corday E; ADHERE Scientific Advisory Committee: Overview of acutely decompensated congestive heart failure (ADHF): A report from the ADHERE registry. *Heart Fail Rev* 2004;9:179–185.

<sup>59</sup> . Steinberg BA, Zhao X, Heidenreich PA, et al. Trends in patients hospitalized with heart failure and preserved left ventricular ejection fraction: prevalence, therapies, and outcomes. *Circulation*. 2012;126: 65-75.

<sup>60</sup> Juan M. Aranda JM, Johnson, JW, Conti, JB. Current Trends in Heart Failure Readmission Rates: Analysis of Medicare Data. *Clin. Cardiol*. 2009;32, 1, 47–52. DOI:10.1002/clc.20453 © 2009 Wiley Periodicals, Inc.

## სკოლებში ადაპტირებული გარემოს ხელმისაწვდომობის კვლევა ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის

სალომე აბულაშვილი<sup>1</sup>, მარიამ ხუროშვილი<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

<sup>1</sup> სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

<sup>2</sup> მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

**შესავალი:** „გაეროს ბავშვის უფლებების კონვენცია“ ბავშვს განსაკუთრებული საჭიროებების მქონედ მიიჩნევს და აღიარებს, რომ ის საზოგადოების სრულფასოვანი წევრია. ბავშვები არიან განსაკუთრებული უფლებების მქონე ადამიანები და არა უფლების პასიური ობიექტები. სკოლა ვალდებულია ყრუ/სმენადაქვეითებულ ბავშვს შეუქმნას მისთვის ადაპტირებული გარემო, საჭიროების შემთხვევაში კი მულტიდისციპლინარულმა გუნდმა შეიმუშაოს ინდივიდუალური განვითარების გეგმა. კვლევის მიზანია საქართველოს სკოლებში ადაპტირებული გარემოს ხელმისაწვდომობის კვლევა ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მეორეულ მონაცემთა ანალიზი და ლიტერატურის მიმოხილვა. **შედეგები:** არსებული ადგილობრივი და საერთაშორისო კანონმდებლობაზე აღებული პასუხისმგებლობის მიუხედავად, საქართველოში მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ინკლუზიური გარემოს შექმნა და მასზე ხელმისაწვდომობა. ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების შემთხვევაში, ფიზიკური გარემოს ადეკვატურად უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, გამოწვევად რჩება სკოლების ადაპტირება FM-სისტემებით, რომლის გადამცემი შედგება რადიოგადამცემისგან, მიკროფონისგან და მიმღებისაგან. რადიოგადამცემი და მიკროფონი ტანსაცმელზე მიემაგრება მოსაუბრეს (ამ შემთხვევაში მასწავლებლებს). FM მიმღები კი შეიცავს სიგნალების მიმღებს და ემაგრება ბავშვის (მსმენელის) ტექნიკურ მოწყობილობას. FM სისტემა შესაძლოა იყოს ინდივიდუალური და კოლექტიური. ასევე, პრობლემა საგანმანათლებლო სისტემებში არსებული ცნობიერების დონე და რელევანტური ცოდნა ინკლუზიური გარემოს პრაქტიკაში შესაქმნელად. ბარიერს წარმოადგენს სრულყოფილი ეროვნული სტატისტიკური მონაცემების არარსებობა, რომელიც საშუალებას მოგვცემდა გაგვეანალიზებინა საჯარო და კერძო სკოლებში ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების რაოდენობა, მათი ინდივიდუალური საჭიროებები და სკოლებში არსებული რეალური გამოწვევები. **დასკვნა:** მნიშვნელოვანია სკოლების ადაპტირება FM-სისტემებით, სტატისტიკური მონაცემების წარმოება და საგანმანათლებლო სივრცეებში ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების რაოდენობის ზუსტი აღწერა, სკოლის პერსონალის გადამზადება და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება.

**საკვანძო სიტყვები:** ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლე, ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა.

**ციტირება:** სალომე აბულაშვილი, მარიამ ხუროშვილი, თენგიზ ვერულავა. სკოლებში ადაპტირებული გარემოს ხელმისაწვდომობის კვლევა ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის. ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

## Access to an Adapted School Environment for Deaf / Hard of Hearing Children

Salome Abulashvili<sup>1</sup>, Mariam Khuroshvili<sup>1</sup>, Tengiz Verulava<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Social and Political Sciences, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

<sup>2</sup> Doctor of Medicine, Professor, Caucasus University

### Abstract

**Introduction:** The UN Convention on the Rights of the Child considers a child with special needs and recognizes that he or she is a full member of society. Children are people with special rights and not passive objects of rights. The school is required to provide the deaf / hearing-impaired child with an environment that is adapted for him / her, and the multidisciplinary team, if necessary, develops an individual development plan. The purpose of the study is to investigate the availability of adapted environments in Georgian schools for deaf / hard of hearing students. **Methodology:** Secondary data analysis and literature review were conducted as part of the qualitative study. **Results:** In spite of the responsibility for existing local and international legislation, the creation of an inclusive environment and access to it is a major problem in Georgia. In the case of deaf / hearing-impaired children, adequate access to the physical environment remains a challenge for schools to adapt to FM systems, which consist of a radio transmitter, a microphone and a receiver. The radio and the microphone were attached to the clothes (teachers in this case). The FM receiver contains the signal receiver and is attached to the child's (listener's) technical equipment. The FM system can be individual and collective. There is also a problem with the level of awareness and relevance in educational systems to create an inclusive environment. In addition, the barrier is the lack of comprehensive national statistics that would allow us to analyze the number of deaf / hard of hearing children in the public and private schools, their individual needs and the real challenges in the schools. **Conclusion:** It is important to adapt schools to FM-systems, to produce statistics and accurate descriptions of the number of deaf / hearing-impaired children in educational settings, retraining and training of school personnel. You need to train people who have direct or indirect contact with children. One of the bases for implementing a non-discriminatory approach is to obtain adequate knowledge and experience from specialists.

**Keywords:** Deaf / hard of hearing student, person with disabilities, student with special educational needs.

**Quote:** Salome Abulashvili, Mariam Khuroshvili, Tengiz Verulava. Access to an Adapted School Environment for Deaf / Hard of Hearing Children. Health Policy, Sociology and Economics, 2021; 5

### შესავალი

გაეროს „ბავშვის უფლებათა კონვენციამ“ შეცვალა ბავშვების აღქმა და მათდამი დამოკიდებულება - ბავშვები არიან განსაკუთრებული უფლებების მქონე ადამიანები და არა უფლების პასიური ობიექტები. კონვენცია აღიარებს, რომ ბავშვებს განსაკუთრებული ზრუნვა და დაცვა სჭირდებათ, ასევე, მათ აქვთ უფლება მიიღონ ასაკის შესაბამისი განათლება და თანატოლების მსგავსად შეძლონ საზოგადოებაში ინტეგრირება (ბავშვის უფლებათა კონვენცია, 1989). საქართველოს კანონის, „ინკლუზიური განათლების დანერგვის, განვითარებისა და მონიტორინგის წესების, აგრეთვე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა იდენტიფიკაციის მექანიზმის

დამტკიცების თაობაზე“, თანახმად, სკოლა ვალდებულია ყრუ/სმენადაქვეითებულ ბავშვს შეუქმნას მისთვის ადაპტირებული გარემო, საჭიროების შემთხვევაში კი მულტიდისციპლინარულმა გუნდმა შეიმუშაოს ინდივიდუალური განვითარების გეგმა (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2018). დღეისათვის საქართველოში ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის რამდენიმე სახის განათლებაა ხელმისაწვდომი: სპეციალიზირებული, ინტეგრირებული და ინკლუზიური, რომელთაც აქვთ როგორც დადებითი, ასევე, უარყოფითი მხარეები. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვები იღებენ



სასკოლო განათლებას, შეიძლება ითქვას, რომ ეს პროცესი ზედაპირულად მიმდინარეობს, რადგანაც არსებული საგაკვეთილო პროცესი ხშირად არ არის მორგებული მოსწავლეთა ინტერესებზე და მათთვის ბუნდოვანი რჩება სასწავლო დაწესებულებებში ახსნილი მასალა. ზოგიერთ სმენის დაზიანების მქონე ბავშვს კი, რომელთა დიაგნოზს სხვა სირთულეებიც ახლავს თან, საერთოდ არ აქვს ამ უფლებით სარგებლობის შესაძლებლობა და მოკლებულია, როგორც სასკოლო განათლებას, ასევე თანატოლებთან ურთიერთობისა და სოციალიზაციის პროცესს.

სმენის დაზიანება განაპირობებს პიროვნების ფსიქოემოციურ მდგომარეობას, სმენის მეშვეობით ადამიანი შეიცნობს გარემომცველ სამყაროს და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, სმენა ადამიანებს ეხმარება ერთმანეთთან კომუნიკაციაში. ყრუ/სმენადაქვეითებული ადამიანებს კი ხშირად არ ეძლევათ სრულფასოვანი და ეფექტური კომუნიკაციის შესაძლებლობა. აღნიშნული საკითხი როგორც საქართველოსთვის, ასევე მსოფლიოს სხვა ქვეყნებისთვისაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება.

ადამიანი, რომელიც ვერ იგებს 25 დეციბელის მქონე ინტენსივობის ბგერებს, სმენადაქვეითებულია. განისაზღვრება სმენის დაქვეითების მსუბუქი, საშუალო, მძიმე და ღრმა ფორმები. ადამიანს, რომელსაც არ ესმის 80 დეციბელის მქონე ინტენსივობის ბგერებიც კი, მაშინ საქმე გვაქვს სიყრუესთან. სმენის დაქვეითება შესაძლოა იყოს როგორც თანდაყოლილი, აგრეთვე შეძენილი. სიყრუე/სმენადაქვეითებულობამ შესაძლოა გავლენა მოახდინოს ერთ ან ორივე ყურზე და გამოიწვიოს სასაუბრო მეტყველების ან ხმამაღალი ბგერების მოსმენის გაძნელება (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2018). მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო და ადგილობრივი სამართლებრივი აქტები, ხელშეკრულებები და შეთანხმებები ხელს უწყობს ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვისათვის სკოლებში ადაპტირებული გარემოს შექმნას, მოსწავლეები დღესაც რჩებიან უთანასწორო გარემოში, განიცდიან დისკრიმინაციას, როგორც თანატოლებისაგან, ასევე სკოლის პერსონალისგან. სმენის დაქვეითების მქონე ბავშვები ცდილობენ სოციალური სიტუაციებისთვის თავის არიდებას, გრძნობენ გარიყულობასა და მარტოობას, რაც იწვევს

გადიზიანებას; ფსიქოლოგიური და ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას; ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა კი სრულფასოვან განათლებაზე ხელმიუწვდომლობაა.

მნიშვნელოვანი საკითხია ყრუ/სმენადაქვეითებულ მოსწავლეებთან მიმართებით ზუსტი სტატისტიკური მონაცემების არარსებობა. მსოფლიოში 360 მილიონ ადამიანს (დედამიწის მოსახლეობის 5%) აქვს სმენის დაქვეითება, აქედან 32 მლნ (7%) კი ბავშვია. საქართველოს მონაცემებით კი, საჯარო სკოლებში მხოლოდ 400-მდე ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვი აღირიცხება (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2018).

კვლევის მიზანია საქართველოს სკოლებში ადაპტირებული გარემოს ხელმისაწვდომობის კვლევა ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის.

კვლევის ამოცანებია:

- სკოლებში არსებული პრაქტიკის გაანალიზება ადგილობრივ და საერთაშორისო კანონმდებლობასთან მიმართებით;
- საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ სკოლის პერსონალის ინფორმირებულობის შესწავლა;
- საქართველოში არსებული გამოწვევების გამოკვეთა.

## მეთოდოლოგია

საკითხის სიღრმისეული შესწავლის მიზნით, გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის ისეთი მეთოდები, როგორებიცაა: მეორეულ მონაცემთა ანალიზი და ლიტერატურის მიმოხილვა დოკუმენტების ანალიზისთვის მოვიძიეთ ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეების საჭიროებების შესახებ ჩატარებული რელევანტური კვლევები, ინკლუზიური განათლების უზრუნველყოფის შესახებ არსებული მეცნიერული ნაშრომები, გავანალიზეთ ადგილობრივი და საერთაშორისო კანონმდებლობა.

კვლევის შეზღუდვა არის სრულყოფილი ეროვნული სტატისტიკური მონაცემების არარსებობა, რომელიც საშუალებას მოგვცემდა გავგეანალიზებინა საჯარო და კერძო სკოლებში ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების რაოდენობა, მათი ინდივიდუალური

საჭიროებები და სკოლებში არსებული გამოწვევები.

## შედეგები

### ადგილობრივი პრაქტიკა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის საკანონმდებლო ბაზის გაძლიერებამ, საზოგადოებაში ახალი დამოკიდებულებების ჩამოყალიბებამ საქართველოში დღის წესრიგში დააყენა შეზღუდული შესაძლებლობისა და სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეთა ხარისხიანი განათლების უზრუნველყოფის საკითხი. დღეს საქართველოში ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის რამდენიმე სახის განათლებაა ხელმისაწვდომი: სპეციალიზირებული, ინტეგრირებული და ინკლუზიური. მკვლევრები გამოყოფენ თითოეული ტიპის განათლების უპირატესობებსა და ნაკლოვანებებს (პაჭკორია, 2012).

თანამედროვე სპეციალიზირებულ სკოლებს აქვს უპირატესობები და ნაკლოვანებები სხვა ტიპის სწავლებასთან შედარებით. მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია, დეტალურად განვიხილოთ, თუ რამდენადაა მორგებული აღნიშნული სწავლების ფორმა ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის. სპეციალიზირებულ განათლებაში გათვალისწინებულია ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების საჭიროებები, შემუშავებულია შესაბამისი სასწავლო პროგრამები. მაგალითად, ყრუ მოსწავლეებს ურთიერთობა აქვთ თანატოლებთან კლასგარეშე აქტივობებისა და ღონისძიებების დროს. ბავშვს, რომლის მახლობლად არ ცხოვრობს ყრუ ბავშვი, სკოლა საშუალებას აძლევს გაეცნოს მათ და ჰქონდეს ურთიერთობა ქვეტური ენის საშუალებით (პაჭკორია, 2012). საკამათოა, თუ რამდენად შეიძლება აღნიშნული განათლება მიჩნეული იყოს პრიორიტეტულად, რადგან ამ ტიპის განათლების ფორმა არ მოიაზრებს ინკლუზიურ გარემოს, სადაც ყველა ბავშვი და მასწავლებელი თანასწორია. ის ფაქტი, რომ სპეციალიზირებულ სკოლებში ორიენტირებულნი არიან უშუალოდ ყრუ/სმენის დაქვეითების მქონე ბავშვებზე, არ შეიძლება მხოლოდ დადებითი კუთხით შევაფასოთ. მოსწავლეები არიან უთანასწორო გარემოში, რომელიც მათ „ეუბნება“, რომ მათი განსხვავებულობა სეგრეგაციის საფუძველია. ე.წ. სპეციალიზირებული სკოლა-პანსიონის უარყოფითი მხარეა ისიც, რომ საერთაშორისოდ

აღიარებული პრაქტიკით ბავშვის განვითარებისთვის საუკეთესო გარემო ოჯახია. არ შეიძლება, რომ სხვადასხვა საჭიროების გამო სკოლის მოსწავლეები დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებებსა და პრაქტიკას განიცდიდნენ. „რაც არ უნდა კარგად იყოს სკოლის გარემო ორგანიზებული, ის ნამდვილად ვერ შეუცვლის ბავშვს სახლს ისევე, როგორც საუკეთესო პროფესიონალიც კი ვერ შეასრულებს მშობლის როლს“ (პაჭკორია, 2012, გვ. 57-58).

საქართველოს მაგალითზე, მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია განვიხილოთ სსიპ ქ. თბილისის N203 საჯარო სკოლაში (ყრუ და სმენადაქვეითებულ ბავშვთა სკოლა-პანსიონატი) არსებული ვითარება. სახალხო დამცველის 2012 წლის ანგარიშის მიხედვით, აღნიშნულ საჯარო სკოლაში „ბენეფიციარებთან კონფიდენციალური ინტერვიუს დაწყებისთანავე, როდესაც დაწყებულების პერსონალმა შეიტყო იმის შესახებ, რომ ექსპერტებთან ერთად ჯგუფში იმყოფებოდა სახალხო დამცველის მიერ დაქირავებული სურდო-თარჯიმანი, შესამჩნევი გახდა დაწყებულების პერსონალის შფოთვა, ნერვიულობა, ზედმეტი დაინტერესება გასაუბრების ოთახში მიმდინარე პროცესით; ადგილი ჰქონდა ინტერვიუს რამდენჯერმე შეწყვეტას თანამშრომლების მიერ ოთახში შემოსვლით, იმ საბაზით, რომ ბენეფიციარი „გადაიღალა და საჭირო იყო ინტერვიუს დამთავრება“ (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2012).

ინტერვიუების შედეგად, გამოვლინდა, რომ N203 სკოლაში ადგილი ჰქონდა ბავშვებისადმი ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობას, რაც თავისთავად არღვევს ბავშვის ფუნდამენტურ უფლებებს. საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს „განახორციელონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობისა და უგულვებელყოფის ყველა სავარაუდო შემთხვევის მოკვლევა და მიიღონ საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ზომები მოძალადეთა მიმართ; მოხდეს ძალადობის მსხვერპლთა რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა“ (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2012, გვ. 222). აღნიშნულთან ერთად, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ „N203 სკოლის

ადმინისტრაციის განცხადებით, აღნიშნულ სკოლაში (ერუ და სმენადაქვეითებულებისათვის) ასევე, მულტიდისციპლინარული გუნდი ჩარიცხავს მოსწავლეებს, მაგრამ მათთვის არ არის ცნობილი თუ რა კრიტერიუმებით რიცხავენ. ამავე დროს, ადმინისტრაციის გადმოცემით, მულტიდისციპლინარულ გუნდში არ არსებობს სმენადაქვეითებულ ბავშვთა სპეციფიკის მცოდნე სპეციალისტი“ (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2012, გვ. 238). მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია, აღნიშნული საკითხის ხელახლა მოკვლევა და ბავშვების უფლებების დასაცავად სასწრაფო ზომების მიღება. აღნიშნულთან მიმართებით, საჭიროდ ვთვლით, როგორც საგანმანათლებლო, ასევე სამედიცინო საჭიროებების დროულად იდენტიფიცირებასა და შეფასებას ერუ/სმენადაქვეითებულის მოსწავლეებისათვის.

სპეციალიზირებული სკოლებისგან განსხვავებით, ინტეგრირებული განათლება გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ჩართვას ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში, სადაც იგი სწავლობს სპეციალური განათლების კლასში. ასეთ კლასებს ხშირად რესურს კლასებსაც უწოდებენ, სადაც ბავშვებთან სპეციალურად მომზადებული მასწავლებლები მუშაობენ. დღის გარკვეულ მონაკვეთს მოსწავლეები ჩვეულებრივ კლასში, თავის თანატოლებთან ატარებენ, ესწრებიან გაკვეთილებს და სასკოლო ღონისძიებებს (პაჭკორია, 2012).

სპეციალიზირებულ განათლებასთან შედარებით, ამ ტიპის განათლების უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ ერუ/სმენადასვეითებულის ბავშვები განათლებას იღებენ დანარჩენ მოსწავლეებთან ერთად. აღნიშნულ შემთხვევაში, სკოლამ უნდა უზრუნველყოს ადეკვატური მომსახურების მოძიება, ბავშვის უფლებების ადვოკატირება, ადაპტირებული ფიზიკური გარემო, რათა მოსწავლეებს ჰქონდეთ განათლებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

მნიშვნელოვანია სკოლების ადაპტირება FM-სისტემებით, რომლის გადამცემი შედგება რადიოგადამცემისგან, მიკროფონისგან და მიმღებისაგან. რადიოგადამცემი და მიკროფონი მიემარება ტანსაცმელზე მოსაუბრეს (ამ შემთხვევაში მასწავლებლებს). FM მიმღები კი შეიცავს სიგნალების მიმღებს და ემაგრება ბავშვის (მსმენელის) ტექნიკურ მოწყობილობას. FM სისტემა შესაძლოა იყოს ინდივიდუალური და კოლექტიური. საყურადღებოა, უშუალოდ

ერუ/სმენადაქვეითებულის მოსწავლეების კონკრეტული საჭიროებები, რომლებიც საჯარო და კერძო სკოლებისათვის ჯერ კიდევ გადაუჭრელ გამოწვევებად რჩება. კერძოდ, სმენის დარღვევის მქონე ბავშვისთვის საგანმანათლებლო დაწესებულების და განათლების ფორმის ზუსტად შესარჩევად აუცილებელია პასუხი გაეცეს მთავარ კითხვას - მისცემს თუ არა ესა თუ ის სასწავლო გარემო სმენის დარღვევის მქონე ბავშვს ინტელექტუალური, სოციალური და ემოციური განვითარების საშუალებას და რომელი გარემო იქნება ამისთვის საუკეთესო. ამისათვის, უნდა მოხდეს ბავშვის სმენის დარღვევის ხარისხის შეფასება და აუდიოლოგიური კვლევა სპეციალიზირებულ კლინიკაში უნდა განხორციელდეს. ასევე, მნიშვნელოვანია პროცესში ფსიქოლოგის ჩართულობა, რომლის ამოცანაა სხვადასხვა ფსიქომეტრული ინსტრუმენტებით (მაგ. ინტელექტის, მოტორული განვითარების, კოგნიტური უნარების ტესტები და სხვ.) შეაფასოს ბავშვის ინტელექტის დონე, კომუნიკაციის, აკადემიური უნარ-ჩვევების და ემოციური განვითარების დონეები. სკოლის ადმინისტრაციამ კი უნდა განსაზღვროს რა დამატებითი მომსახურებების უზრუნველყოფა შეუძლია სმენის დარღვევის მქონე მოსწავლისათვის (პაჭკორია, 2012). აღნიშნულთან დაკავშირებით, შეიძლება განვიხილოთ ის საკითხი, რომ საქართველოს საჯარო და კერძო სკოლები ნაკლებად უზრუნველყოფენ ერუ/სმენადაქვეითებულის მოსწავლეებისათვის შესაბამისი მომსახურებების ხელმისაწვდომობას. ასევე, ჩვენი(მკვლევრების) პრაქტიკული გამოცდილებიდან გამომდინარე, შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, რომ ერუ/სმენადაქვეითებულის ბავშვებისათვის ძირითადად ხდება მინიმალური საჭიროებების დაკმაყოფილება, რაც არანაირად არ შეესაბამება ადაპტირებული გარემოს მოთხოვნებს. გასათვალისწინებელი საკითხია არა მხოლოდ არაადაპტირებული ფიზიკური გარემოს არარსებობა სკოლებში, ასევე სკოლის პერსონალის განათლების დაბალი დონე, რომელიც მოსწავლეების მიმართ ხშირად დისკრიმინაციულია. ძირითად შემთხვევებში, მშობლებს თავად უწევთ მასწავლებლებისათვის ბავშვის შესახებ დეტალური ინფორმაციის მიწოდება, თუმცა ამ პროცესებში ყოველთვის არ არის ჩართული სპეციალური პედაგოგი და ფსიქოლოგი, რომელიც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია პროცესების ჯანსაღი განვითარებისათვის.



რაც შეეხება, ინკლუზიურ განათლებას, იგი გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის სრულად ჩართვას ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში. ის ესწრება ყველა გაკვეთილს და სასკოლო ღონისძიებას, თუმცა მულტიდისციპლინური გუნდის (ზოგადი განათლების პედაგოგი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, ლოგოპედი ან სხვა) მიერ, მშობლის აქტიური მონაწილეობით მისთვის შედგება ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა (ისგ), რაც გულისხმობს არსებული სასწავლო პროგრამის ადაპტირებას ბავშვის ინდივიდუალური შესაძლებლობების გათვალისწინებით. მასში ასევე გაიწერება ის მეთოდები, რომლის მიხედვითაც სწავლობს და იღებს შეფასებას ბავშვი (პაჭკორია, 2012). ამ ტიპის გარემოში ბავშვს შესაძლებლობა აქვს დაკმაყოფილებული იყოს მისი ინდივიდუალური საჭიროებები და ამავდროულად, თანაკლასელებთან ერთად ჩართული იყოს მიმდინარე სასწავლო პროცესებში. მნიშვნელოვანია იმ საკითხის გააზრება, რომ ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების ინდივიდუალური საჭიროებების დაკმაყოფილება არ ნიშნავს მათთვის არადისკრიმინაციული გარემოს შექმნას. მაშინ, როდესაც ბავშვს არ ეძლევა თანატოლების მსგავსად განვითარების შესაძლებლობაზე ხელმისაწვდომობა, ეს ფაქტი უკვე დისკრიმინაციულ მიდგომას უსვამს ხაზს. საჯარო თუ კერძო სკოლებში სმენის დარღვევის მქონე მოსწავლისთვის ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შექმნის აუცილებლობის საკითხი დგება, თუკი მოსწავლე ზოგადსაგანმანათლებლო ან სპეციალიზირებულ სკოლაში სწავლობს, მას სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროება აქვს და რეგულარულად საჭიროებს განსხვავებულ მიდგომებს სწავლებისას და შეფასებისას. ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა არის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის საგანმანათლებლო და სასკოლო აქტივობებში ჩართვის შესაძლებლობა. ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა იძლევა საშუალებას მოსწავლეზე ორიენტირებულად მოხდეს დროის იმ ყოველი მონაკვეთის დაგეგმვა, რომელსაც მოსწავლე სასკოლო სივრცეში გაატარებს ან დაუთმობს სასწავლო საქმიანობებს სკოლაში თუ სახლში. „როცა სმენის დარღვევის მქონე მოსწავლე სკოლაში სწავლობს თანატოლებთან ერთად, მნიშვნელოვანია, მისი სწავლის პროცესი ზოგადსაგანმანათლებლო სასწავლო

პროცესისაგან მოწყვეტილად და სხვა მოსწავლეებისგან იზოლირებულად (მხოლოდ რესურს ოთახში) არ მიმდინარეობდეს. პირიქით ინდივიდუალურმა გეგმამ, კიდევ უფრო უნდა შეუწყოს ხელი მოსწავლის სოციალიზაციას და ინტეგრაციას კლასში“ (პაჭკორია, 2012, გვ. 66).

### **ადგილობრივი კანონმდებლობა**

მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია, პარალელი გავალოთ ადგილობრივ პრაქტიკასა და კანონმდებლობას შორის. საინტერესოა, რამდენად შესაბამისობაში მოდის კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები არსებულ გამოცდილებასთან. საქართველოს კანონის, „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“, პირველი მუხლის მიხედვით დოკუმენტის მიზანია: „...დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრა და ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირისათვის საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი უფლებებით თანასწორად სარგებლობის უზრუნველყოფა, რასის, ოჯახური მდგომარეობის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, შეზღუდული შესაძლებლობის, სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის, პოლიტიკური ან სხვა შეხედულების ან სხვა ნიშნის მიუხედავად“ (საქართველოს პარლამენტი, 2014). მხოლოდ კანონის მიღება არ უზრუნველყოფს ქვეყანაში ადეკვატური ღონისძიებებისა და პრაქტიკის განხორციელებას. კერძოდ, მნიშვნელოვანი პრობლემაა აღსრულების მექანიზმი, რომელიც ცალკე კვლევის საგნად შეიძლება მივიჩნიოთ. აღნიშნულ დოკუმენტთან ერთად, მნიშვნელოვანია ადგილობრივი კანონი „ინკლუზიური განათლების დანერგვის, განვითარებისა და მონიტორინგის წესების, აგრეთვე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა იდენტიფიკაციის მექანიზმის დამტკიცების თაობაზე“ (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2018), რომელიც სხვა საკითხებთან ერთად, რა თქმა უნდა, ორიენტირებულია ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეების საჭიროებების გამოკვეთასა და დაკმაყოფილებაზე. კერძოდ, ამ დოკუმენტის 22-ე მუხლი ხაზს უსვამს სკოლის ვალდებულებებს, რომლის მიხედვითაც სკოლამ „ხელი უნდა შეუწყოს სმენის დარღვევის მქონე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის სპეციალურ მასწავლებლს ჟესტური ენის შესწავლაში“ (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2018) მაშინ,

როდესაც ქვეყანაში შესტური ენის მცოდნე ადამიანთა საკმაოდ მცირე რაოდენობაა. ასევე, ამ კანონის მიხედვით, შესტური ენის თარჯიმანმა „სმენის დარღვევის იმ სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეს/მოსწავლეებს, რომელთა სწავლებაც ქართულ შესტურ ენაზე მიმდინარეობს საგაკვეთილო პროცესსა და სხვა სასკოლო სიტუაციებში უზრუნველყოფს თარგმანით – ქართული ენიდან ქართულ შესტურ ენაზე და, პირიქით, ქართული შესტური ენიდან ქართულ ენაზე“, (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2018) რაც პრაქტიკაში, შეიძლება ითქვას, ნაკლებად ხორციელდება.

საქართველოში ჩატარებული 2013 წლის კვლევის მიხედვით, „სკოლების ძალიან მცირე ნაწილში არიან თარჯიმნები სმენის დაქვეითების მქონე ბავშვების, ან უცხოენოვანი ბავშვებისთვის - 14.9%. გამოკითხულთა 43.1%-ს არ აქვს ინფორმაცია ამ საკითხზე. ამასთან, მხოლოდ 29.7% ეთანხმება დებულებას, რომ მასწავლებლები იყენებენ შესტურ ენას სიმღერებსა და ლექსებში და, რომ მასწავლებლები იყენებენ სახის გამომეტყველებას და სხეულის ენას ინფორმაციის მიწოდების ალტერნატიულ გზად-46.7%. გამოკითხულთა 36.4%-მა არ იცის, მიმართავენ თუ არა მასწავლებლები აღნიშნულ ხერხს გაკვეთილის პროცესში. საინტერესოა ის, რომ რესპონდენტთა 30.9%-მა არ იცის, ჰყავთ თუ არა მასწავლებლებს დამხმარე ასისტენტები და მონაწილეობენ თუ არა ისინი ბავშვების აქტივობების დაგეგმვასა და განხორციელებაში - 31.1%. რესპონდენტთა 84.3% მიიჩნევს, რომ სასწავლო პროცესში გამოყენებული აქტივობები ყველა ბავშვს ანიჭებს სიამოვნებას და ახალისებს სწავლის სურვილს. 67.2% ეთანხმება, რომ მასწავლებლები იყენებენ ალტერნატიულ გზებს, რომლითაც სსსმ ბავშვებს გარკვეულ აქტივობებში ჩართვის საშუალებას აძლევენ. თუმცა, ამ დებულებას სსსმ მოსწავლეთა მშობლების მხოლოდ 46.8% ეთანხმება, მაშინ, როდესაც ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლეთა მშობლების 63% იზიარებს ამ დებულებას (ჭინჭარაული, 2013, გვ. 26).

გარდა ამისა, პრობლემაა თავად ბავშვებისათვის შესტური ენის შესწავლა, რადგან ქვეყანაში ბარიერს წარმოადგენს დამხმარე მომსახურებების არსებობა ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის. მნიშვნელოვანია იმის ხაზგასმაც, რომ კანონის მიხედვით, შესტური ენის სპეციალისტი „საჭიროების შემთხვევაში, ასწავლის ქართულ

შესტურ ენას სმენის დარღვევის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის მასწავლებლებს, სხვა სპეციალისტებს, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის კანონიერ წარმომადგენელს და სურვილის შემთხვევაში, სმენის მქონე თანატოლებს“, (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2018) რაც საქართველოში არსებული სერიოზული ხარვეზებისა და ბარიერების ფონზე ნაკლებად ხორციელდება. აღნიშნული მუხლი ხაზს უსვამს სკოლის პერსონალის ინფორმირებისა და ცოდნის საჭიროებას, რის ნაკლებობასაც დღეს ქართული განათლების სისტემა განიცდის.

საჭიროდ ვთვლით, ადგილობრივი კანონმდებლობის ხარვეზების გამოკვეთასაც. კერძოდ, სახალხო დამცველის მონიტორინგმა გამოკვეთა სისტემური პრობლემა, რომელიც აბრკოლებს სსსმ მოსწავლეების ჭეშმარიტი ინტერესების დაცვას.

მოქმედი კანონმდებლობით, მოსწავლის საგანმანათლებლო საჭიროების შესაფასებლად, აუცილებელია კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა. მაშინ, როდესაც სკოლა ვერ იღებს მშობლისგან წერილობით თანხმობას, მშობელი განცხადებით ადასტურებს, რომ თავად იღებს პასუხისმგებლობას სწავლის შედეგებზე. მიუხედავად ამისა, როდესაც გარკვეული პერიოდის შემდგომ კვლავ ვლინდება ბავშვის შეფასების საჭიროება და სკოლის მიერ მშობლისგან განმეორებითი თანხმობის მიღების მიზნით მიღებული ზომების მიუხედავად, ეს უკანასკნელი მაინც უარს აცხადებს მოსწავლის შეფასებაზე, სკოლას არ რჩება სამინისტროს მულტიდისციპლინური გუნდისთვის მიმართვის ბერკეტი.

მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა არაერთი შემთხვევა, როდესაც მშობლის წინააღმდეგობა ან მის მიერ თანხმობის გვიან გამოხატვა გახდა მოსწავლის განვითარებისთვის შემაფერხებელი გარემოება. აღნიშნული საკითხი ერთ-ერთ პრობლემად დასახელდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლებთან გამართულ ფოკუს-ჯგუფის შეხვედრაზეც (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2019, გვ. 14).

საყურადღებოა, რომ აღნიშნული საკითხი პირდაპირ მიემართება ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების საჭიროებებს, რომლებიც დღეს სისტემაში არსებობს.

### საერთაშორისო კანონმდებლობა

საერთაშორისო კანონმდებლობის თვალსაზრისით, 2014 წელს საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრომ მიიღო გაეროს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“, რომელიც მნიშვნელოვან აქცენტს აკეთებს ქვეყანაში უნივერსალური დიზაინის შექმნაზე. კერძოდ, „უნივერსალური დიზაინი“ გულისხმობს პროდუქტის, გარემოს, პროგრამებისა და მომსახურების ისეთ დიზაინს, რომელიც ყველა ადამიანს აძლევს მისი მაქსიმალური გამოყენების საშუალებას, ადაპტაციისა და სპეციალური დიზაინის გამოყენების აუცილებლობის გარეშე. „უნივერსალური დიზაინი“ არ გამოირჩევა საჭიროების შემთხვევაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე კონკრეტული ჯგუფის მიერ დამხმარე საშუალებების გამოყენებას (საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრო, 2014). ბავშვის უფლებების დაცვის სფეროში უმნიშვნელოვანესი დოკუმენტია გაეროს „ბავშვის უფლებათა კონვენცია“, რომელიც გაერომ 1989 წელს მიიღო. საქართველომ მთავრობამ დოკუმენტს ხელი მოაწერა 1994 წელს. ეს დოკუმენტი მნიშვნელოვანწილად ორიენტირებულია ბავშვის აღზრდასთან, განვითარებასთან და განათლებასთან დაკავშირებულ პრინციპებსა და სახელმწიფოს უფლებამოსილებაზე (ბავშვის უფლებათა კონვენცია, 1989).

კანონმდებლობის თვალსაზრისით, შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოს მნიშვნელოვანი ვალდებულებები აქვს აღებული, როგორც ადგილობრივი, ასევე საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და საზოგადოების წინაშე, თუმცა პრაქტიკული თვალსაზრისით ჯერ კიდევ უამრავი გამოწვევა რჩება ყრუ/სმენადაქვეითებულ მოსწავლეთა საჭიროებების დაკმაყოფილების თვალსაზრისით.

სახელმწიფო მომსახურებები ვერ უზრუნველყოფენ არა მხოლოდ თანასწორი გარემოს შექმნას, არამედ სკოლის მოსწავლეთა ინდივიდუალურ გამოწვევებზე ორიენტირებას, რაც ნაწილობრივ კლასებში მოსწავლეთა დიდი რაოდენობითაც აიხსნება. ამასთანავე, სკოლის პედაგოგებს არ აქვთ საკმარისი ცოდნა ინდივიდუალური მიდგომებისა და ადეკვატური ინდივიდუალური გეგმების შედგენის შესახებ, რაც სისტემურ პრობლემას წარმოადგენს.

საერთაშორისო კანონმდებლობის შემადგენელი მნიშვნელოვანი ნაწილია „სალამანკას დეკლარაცია“, რომელმაც გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენციასთან ერთად მნიშვნელოვნად შეცვალა სპეციალური საჭიროებების მქონე ადამიანთა განათლებისადმი დამოკიდებულება. სალამანკის დეკლარაციით სათავე დაედო ინკლუზიური განათლების მოდელის საყოველთაოდ აღიარების პროცესს. აღნიშნული მოდელის თანახმად, ყველა ადამიანი, განურჩევლად შესაძლებლობებისა და შეზღუდვებისა, განათლებას უნდა იღებდეს თანატოლებთან (უმრავლესობასთან) ერთად. საქართველოში ინკლუზიური განათლება განათლების რეფორმის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად 2006 წლიდან იქცა. დღეისთვის განათლების მოცემული მოდელი სახელმწიფო პოლიტიკის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი გახდა. საქართველოში 2006 წლიდან დაწყებული, ზოგადი განათლების საფეხურზე და 2013 წლის თებერვლიდან, პროფესიული განათლების საფეხურზეც ინკლუზიური განათლების მოდელით სწავლება შესაბამისი საგანმანათლებლო დაწესებულებების ვალდებულებად განიხილება (ჭინჭარაული, 2013, გვ. 4). შესაბამისად, აღნიშნული დოკუმენტების ერთ-ერთი მიზანია განათლების ყველა საფეხურზე ინკლუზიური გარემოს შექმნის ხელშეწყობა, რაც თავისთავად მნიშვნელოვან აქცენტს აკეთებს შშმ და სსსმ მოსწავლეთა საჭიროებებსა და ფუნდამენტურ უფლებებზე.

2013 წლის კვლევის „ინკლუზიური განათლების მაჩვენებლები საქართველოში“ მიხედვით, „ბრაილისა და ქესტური ენის სწავლება მხოლოდ სენსორული დეფიციტის (მხედველობა, სმენა) მქონე მოსწავლეებისთვის სპეციალიზებული პროფილის სკოლებშია შესაძლებელი. რაც შეეხება კომუნიკაციისა და ორიენტაციის აუგმენტური და ალტერნატიული ფორმების სწავლებას, აღნიშნული სპეციალიზებული პროფილის სკოლებისთვისაც ახალი ტიპის მომსახურებას წარმოადგენს და ჯერჯერობით პილოტირების ფაზაზეა. დეფიციტურია შესაბამისი მომზადების მქონე მასწავლებლები“ (ჭინჭარაული, 2013, გვ. 13). აღნიშნულიდან გამომდინარე, პრობლემას წარმოადგენს სახელმწიფო სტრუქტურების მიერ საერთაშორისო კანონმდებლობით აღებული პასუხისმგებლობების გაანალიზება და აღსრულება.



## დასკვნა

წინამდებარე კვლევაში განხილულ იქნა ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების განათლებაზე ხელმისაწვდომობა და ადგილობრივი პრაქტიკაში არსებული გამოწვევები. ნაშრომში ყურადღება გამახვილებულია ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა: საქართველოს სკოლებში არსებული პრაქტიკული გამოცდილება; ადგილობრივი და საერთაშორისო კანონმდებლობის განხილვა ზემოთხსენებულ მიზნობრივ ჯგუფთან მიმართებით; საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ სკოლის პერსონალის გადამზადება და მათთვის ინფორმირებულობის უზრუნველყოფა და ადგილობრივი გამოწვევები. საყურადღებოა, რომ ყრუ/სმენადაქვეითებულ ბავშვებს რამდენიმე სახის განათლებაზე მიუწვდებათ ხელი, ესენია: სპეციალიზირებული, ინტეგრირებული და ინკლუზიური. სამივე განათლების მოდელს აქვს როგორც ნაკლოვანებები, ასევე, უპირატესი მხარეები. სპეციალიზირებულ განათლებაში გათვალისწინებულია ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების საჭიროებები და შემუშავებულია შესაბამისი სასწავლო პროგრამები, თუმცა ამ ტიპის განათლებას აქვს უარყოფითი მხარეებიც. კერძოდ, განათლების აღნიშნულ ფორმაში არ მოიაზრება ინკლუზიური გარემო, რომელშიც როგორც ყველა ბავშვს, ასევე მასწავლებელს აქვს თანაბარი უფლებები. სპეციალიზირებულ საგანმანათლებლო სივრცეში სკოლის მოსწავლეები სხვადასხვა საჭიროებებისა და გამოწვევების გამო დისკრიმინაციის მსხვერპლნი არიან, ადგილობრივ პრაქტიკაში დაფიქსირებულია ძალადობის შემთხვევებიც, რომელზეც სახალხო დამცველი განსაკუთრებულ ყურადღებას თავის ანგარიშში ამახვილებს (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2012). სპეციალიზირებულ სკოლა-პანსიონატებში არ არსებობს სმენადაქვეითებულ ბავშვთა სპეციფიკის მცოდნე სპეციალისტი (სურდოპედაგოგი). მოსწავლეების ჩარიცხვა ხდება მულტიდისციპლინარული გუნდის მიერ, თუმცა ადმინისტრაციისათვის ცნობილი არ არის, რის საფუძველზე რიცხავენ ამა თუ იმ ბავშვს. (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2012) მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია, მსგავსი სპეციალიზირებული ტიპის სკოლა-პანსიონების მონიტორინგი და სისტემის მზაობასთან ერთად ამ ტიპის დაწესებულებების ეტაპობრივად დახურვა. მნიშვნელოვანია, რომ პრაქტიკული

თვალსაზრისით აუცილებლად გაკეთდეს აქცენტი საჯარო და კერძო სკოლებში ინკლუზიური გარემოს შექმნაზე. აღნიშნული საკითხების აღმოსაფხვრელად და ბავშვების ჭეშმარიტი უფლებების დასაცავად, საჭიროა გეგმის შედგენა და გარკვეული ნაბიჯების წინ გადადგმა, როგორებიცაა: ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეების აღრიცხვა, მათი სამედიცინო, სოციალური და საგანმანათლებლო საჭიროებების იდენტიფიცირება, სახელმწიფო დონეზე სამოქმედო გეგმის შემუშავება და პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება. შემდგომი საგანმანათლებლო ტიპი არის ინტეგრირებულ განათლებაზე ხელმისაწვდომობა, რომელიც გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ჩართვას ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში. შშმ ბავშვი (ამ შემთხვევაში ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვი) სწავლობს სპეციალური განათლების კლასში, რომელსაც, აგრეთვე, რესურს-კლასებსაც უწოდებენ. მსგავსი ტიპის კლასებში სპეციალურად გადამზადებული მასწავლებლები მუშაობენ, რომლებიც ზრუნავენ მათ საჭიროებებზე. დღის გარკვეულ მონაკვეთს მოსწავლეები კლასში, თავის თანატოლებთან ატარებენ, ესწრებიან გაკვეთილებს და სასკოლო ღონისძიებებს (პაჭკორია, 2012). ამ ტიპის განათლების დადებითი მხარეა ის, რომ ყრუ/სმენადასვეითებული ბავშვები განათლებას იღებენ სმენის ნორმალური განვითარების მქონე მოსწავლეებთან ერთად. მსგავს შემთხვევებში სკოლა თვითონაა ჩართული ბავშვისათვის შესაბამისი მომსახურებებისა და სერვისების მოძიებაში, საჭიროების შემთხვევაში ყრუ/სმენადაქვეითებულ ბავშვებს უწევს ადვოკატირებას, მოსწავლეებს უქმნის ადაპტირებულ გარემოს, თუმცა პრაქტიკული თვალსაზრისით ეს ნაკლებად ხორციელდება. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ დღეისათვის კერძო და საჯარო სკოლები ვერ უზრუნველყოფენ ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეების საჭიროებების დაკმაყოფილებასა და ბავშვები ოჯახებთან ერთად დგანან მრავალი გამოწვევის წინაშე. მათ არ ეძლევათ საშუალება, რომ მათი ფუნდამენტური უფლებები იყოს დაცული. უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ბავშვის სმენის დარღვევის ხარისხის შეფასება. ამისათვის, აუდიოლოგიური კვლევა სპეციალიზირებულ კლინიკაში უნდა განხორციელდეს/ პროცესის მსვლელობისას რეკომენდებულია ფსიქოლოგის ჩართულობა,

რომლის ამოცანაა სხვადასხვა ინსტრუმენტით შეაფასოს ბავშვის ინტელექტის დონე, კომუნიკაციის, აკადემიური უნარ-ჩვევებისა და ემოციური განვითარების ეტაპები. სკოლის ადმინისტრაცია კი უნდა იყოს ჩართული ბავშვისათვის დამატებითი მომსახურებების მოძიებაში (პაჭკორია, 2012). სამწუხაროდ, სკოლები ვერ უზრუნველყოფენ მათთვის ისეთი გარემოს შექმნას, სადაც ბავშვებს შესაძლებლობა ექნება განვითარდნენ ინტელექტუალურად, ემოციურად და ჩაერთონ სოციალიზაციის პროცესში, რომელიც პირდაპირ კავშირშია ბავშვის ქეშმარიტი ინტერესების დაცვასთან.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ინკლუზიური განათლება გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის სრულად ჩართვას საგანმანათლებლო დაწესებულებაში, სადაც ის ესწრება სასკოლო გაკვეთილებსა და ღონისძიებებს, მისთვის მულტიდისციპლინური გუნდისა და მშობლის მონაწილეობით შედგენილია ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა (ისგ), სადაც დეტალურადაა აღწერილი ის მეთოდები, რომლის მიხედვითაც ბავშვი სწავლობს და იღებს შესაბამის შეფასებას (პაჭკორია, 2012). ამ ტიპის გარემოში ბავშვს შესაძლებლობა აქვს დაკმაყოფილებული იყოს მისი ინდივიდუალური საჭიროებები და ამავდროულად, თანაკლასელებთან ერთად ჩართული იყოს მიმდინარე სასწავლო პროცესებში. თუმცა, ის ფაქტი, რომ სკოლა მუშაობს ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის ისგ-ის შექმნაზე და ცდილობს ბავშვის საჭიროებების დაკმაყოფილებას, ეს არ გამოირიცხავს მოზარდისადმი არადისკრიმინაციული გარემოს სრულად უზრუნველყოფას. მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია, რომ ბავშვისთვის სპეციალურად შექმნილი სასწავლო გეგმა სკოლის სასწავლო პროცესისგან დამოუკიდებლად არ მიმდინარეობდეს, რადგანაც სწორედ ეს გარემო იქნება ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვისათვის თანატოლებისაგან მოწყვეტისა და იზოლირების მაგალითი. აუცილებელია, სისტემის მორგება მოსწავლეებზე და არა მოსწავლეთა მორგება არსებულ სისტემაზე.

აღნიშნული კვლევების საფუძველზე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ საქართველოში არსებობს გარკვეული მომსახურებები, რომლებიც ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეებისათვის უზრუნველყოფენ განათლების ხელმისაწვდომობას, თუმცა ბავშვები მაინც მრავალი გამოწვევის წინაშე დგანან. მიგვაჩნია, რომ მოცემული გამოწვევების

გადაჭრა შესაძლებელია ადგილობრივი კანონმდებლობის მეტად დახვეწითა და საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანით; გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია სკოლების ადაპტირება FM-სისტემებით, რომლის გადამცემი შედგება რადიოგადამცემისგან, მიკროფონისგან და მიმღებისაგან. რადიოგადამცემი და მიკროფონი მიემარება ტანსაცმელზე მოსაუბრეს (ამ შემთხვევაში მასწავლებლებს). FM მიმღები კი შეიცავს სიგნალების მიმღებს და ემარება ბავშვის (მსმენელის) ტექნიკურ მოწყობილობას. FM სისტემა შესაძლოა იყოს ინდივიდუალური და კოლექტიური. ასევე, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია, სტატისტიკური მონაცემების წარმოება და საგანმანათლებლო სივრცეებში ყრუ/სმენადაქვეითებული ბავშვების რაოდენობის ზუსტი აღწერა; შემდგომი გამოწვევაა სკოლის პერსონალის გადამზადება და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება. მიგვაჩნია, რომ საერთაშორისო პრაქტიკის გაცნობისა და პრაქტიკული გაზიარების შედეგად მეტად გაუმჯობესდება ყრუ/სმენადაქვეითებული მოსწავლეების მდგომარეობა სკოლებში. მნიშვნელოვანია, რომ საერთაშორისო გამოცდილება მორგებულ იქნას ადგილობრივ სოციალურ და კულტურულ კონტექსტზე. სახელმწიფო სტრუქტურებს მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებასა და რელევანტური ღონისძიებების გატარებაში. აქედან გამომდინარე, საჭიროდ ვთვლით იმ ადამიანების გადამზადებას, რომლებსაც პირდაპირი თუ ირიბი შეხება აქვთ ბავშვებთან. არადისკრიმინაციული მიდგომის პრაქტიკაში განხორციელების ერთ-ერთი საფუძველი კი სპეციალისტებისთვის ადეკვატური ცოდნისა და გამოცდილების მიღებაა.

### გამოყენებული ლიტერატურა

- ბავშვის უფლებათა კონვენცია. (1989). unicef საქართველოში. Retrieved from [www.unicef.org](http://www.unicef.org): [https://wcmprod.unicef.org/georgia/sites/unicef.org/georgia/files/2019-03/CRC\\_ge.pdf](https://wcmprod.unicef.org/georgia/sites/unicef.org/georgia/files/2019-03/CRC_ge.pdf)
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. Retrieved from [www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge): <http://www.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=4dc003a2-182f-48e8-a402-841573156f14>



- პაჭკორია, თ., ლადიძე, ა., ჰენია, ჰ. (2012). სმენის დარღვევის მქონე მოსწავლეების სწავლება. Retrieved from [http://ncp.ge/files/inclusion%20education/wignebi/smenis\\_dargvevis\\_mqone\\_mostavleebis\\_stavleba\\_-\\_shigtavsi.pdf?fbclid=IwAR1c2B82SVASoM99E1Of1Y7Ibm28CW1mqdrb6tEPhHfNs1PwFV5qXQrM62k](http://ncp.ge/files/inclusion%20education/wignebi/smenis_dargvevis_mqone_mostavleebis_stavleba_-_shigtavsi.pdf?fbclid=IwAR1c2B82SVASoM99E1Of1Y7Ibm28CW1mqdrb6tEPhHfNs1PwFV5qXQrM62k)
- საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. (2018, თებერვალი 23). ინკლუზიური განათლების დანერგვის, განვითარებისა და მონიტორინგის წესების, აგრეთვე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა იდენტიფიკაციის მექანიზმის დამტკიცების თაობაზე. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4007539?publication=0&fbclid=IwAR2YqHpsW3qdUsTXmtmxVkOSDqy2H8RMthRZyO98xLo3y59ITwdEyXzeLzw>
- საქართველოს პარლამენტი. (2014, მაისი 7). Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2339687?publication=1>
- საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრო. (2014). დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289?publication=0>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2012). Retrieved from <http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/18663>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2019). Retrieved from <http://www.ombudsman.ge/res/docs/2019061419175345379.pdf>
- ჭინჭარაული, თ. (2013). Retrieved from [http://vet.ge/wp-content/uploads/2013/10/book4.pdf?fbclid=IwAR0bm61GrP\\_OMUWRH8O51bYitNXN3hjHYwmYigqjRFAF2WiYLn51av1bVuU](http://vet.ge/wp-content/uploads/2013/10/book4.pdf?fbclid=IwAR0bm61GrP_OMUWRH8O51bYitNXN3hjHYwmYigqjRFAF2WiYLn51av1bVuU)

## საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული საჭიროებების და რესურსების შეფასებითი ანალიზი

ნათია ასანიძე<sup>1</sup>, ნინო ჩიხლაძე<sup>1</sup>, ნატა ყაზახაშვილი<sup>1</sup>, ნატო ფიცხელაური<sup>1</sup>

<sup>1</sup> მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება. მაღალია ფსიქიკური აშლილობების გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. სამწუხაროდ, ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად კვლავ ვერ პასუხობენ. სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. კვლევის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საჭიროებების და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის არსებული რესურსების ანალიზი. კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ექსპერტები და სერვისის მიმწოდებლები, ხოლო კვლევის მეთოდოლოგიად შეირჩა თვისებრივი კვლევა, კერძოს სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქვეყანაში პრობლემაა პრიორიტეტულად მიჩნეული ჰოსპიტალური მომსახურება, ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხი, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, დე-ინსტრუქციონალიზაციის პროცესის განხორციელება და ა.შ.

**საკვანძო სიტყვები:** ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ჯანდაცვის სისტემა.

**ციტირება:** ნათია ასანიძე, ნინო ჩიხლაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ნატო ფიცხელაური. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული საჭიროებების და რესურსების შეფასებითი ანალიზი. ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

## Assessing Mental Health needs and resources in Georgia

Natia Asanidze<sup>1</sup>, Nino Chikhladze<sup>1</sup>, Nata Kazakhashvili<sup>1</sup>, Nato Pitskhelauri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine

### Abstract

According to the World Health Organization, 450 million people worldwide have some form of mental health problem. The impact of mental disorders on life expectancy and personal and public life is high. Unfortunately, health systems still cannot adequately respond to the burden of mental disorders. The difference between the need for treatment and its delivery worldwide is enormous. The purpose of the research is to analyze the needs of people with mental health problems and the resources available to meet those needs. The target group of the research was mental health experts and service providers and qualitative research, in-depth interview, was selected as the research methodology. Research has shown that in the

country problems are priority hospital services, lack of human resources, low quality of medical services, problem with geographical access, delayed implementation of de-institutionalization process, etc.

**Keywords:** mental health, healthcare.

**Quote:** Natia Asanidze, Nino Chikhladze, Nata Kazakhashvili, Nato Pitskhelauri. Assessing Mental Health needs and resources in Georgia. Health Policy, Sociology and Economics, 2021; 5

## შესავალი

„ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორი თავისი ღირსებითა და უფლებებით“, ვკითხულობთ ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში [1]. თითქოსდა, ეს მარტივი და ბუნებრივი დებულებაა, მაგრამ ჩვენს ირგვლივ არსებობენ ადამიანები, რომლებიც ყოველდღიურად დგებიან სხვადასხვა სიძნელეების წინაშე და ირღვევა მათი უფლებები. ამ ადამიანებს შორის არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებიც. მათი უფლებების, საჭიროებების დაკმაყოფილების და გამოწვევებთან ბრძოლის საკითხი აქტუალობას არ კარგავს, რადგან როგორც საქართველოში, ასევე მსოფლიოში ისინი უამრავი გამოწვევის წინაშე დგანან: საჭირო რესურსების ნაკლებობა, მომსახურებების დაბალი ხარისხი, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბარიერები, სტერეოტიპები და სხვა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება. [6] მაღალია ფსიქიკური აშლილობების გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. საქართველოში 2017 წლის მონაცემებით 88610 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირი რეგისტრირდება. 2017 წელს საქართველოში 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენდა 2376.9-ს, ხოლო დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4,841 ახალი შემთხვევა (129.9 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე). [2]

ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად ვერ პასუხობენ. სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76%-85% მდე ვერ იღებს მკურნალობას, ხოლო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი მაღალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის. უნდა აღინიშნოს, რომ დღესდღეობით მსოფლიო

ქვეყნების 40%-ზე მეტს არ აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სადაზღვეო პოლისი, 30%-ს არ გააჩნია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა, ხოლო 25% საერთოდ კანონმდებლობის გარეშეა დარჩენილი. [7]

საქართველოში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც სრულად ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს შემდეგ სერვისებს: სათემო ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, სტაციონარული მომსახურება და ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა. [3]

აღსანიშნავია, რომ 2006-2019 წწ მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის მოცულობა დიდ ცვლილებას არ განიცდის. ამ დანახარჯით მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებთან. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2006-2017 წლებში 3.2-ჯერ გაიზარდა [8]. ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე გაწეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და მხოლოდ 2,15%-ს შეადგენს [8]. სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე). ამისგან განსხვავებით, ევროპის ქვეყნებში სტაციონარულ სერვისებზე იხარჯება 9-31% და შედარებით მეტად ფინანსდება არაჰოსპიტალური სერვისები. საქართველოში პირიქით დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა სამსახურების ხარჯები. [4]

80-იანი წლების ბოლოდან საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 3.09/10000, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000. ქვეყანაში არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და ფსიქიატრიული კაბინეტები მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის სერვისის გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. [4]

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსის ნაკლებობასაც. ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მუშაკების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე საშუალოდ 9 ადამიანს შეადგენს (ვარიანობა 1-დან 50-მდე, ქვეყნების შემოსავლის მიხედვით). საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პერსონალი 100 000 მოსახლეზე 12,4. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მხრივ. სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22 ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრიის ექთანი და 13 სოც. მუშაკი. [5]

კვლევის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საჭიროებების და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის არსებული რესურსების ანალიზი. ასევე სახელმწიფოს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების მიდგომების შეფასება. შესაბამისად კვლევის ამოცანებია თემის ირგვლივ არსებული ლიტერატურული წყაროების შეკრება, სისტემატიზაცია, აღწერა, შედარება და ანალიზი; თემის აქტუალობის განსაზღვრა; საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული რესურსების შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის შეკრება, შესწავლა და ანალიზი; მცირე მასშტაბის კვლევის ჩატარება: „საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების და სფეროში არსებული რესურსების შესახებ“;

სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში მოძიებული ლიტერატურული წყაროებისა და ჩატარებული მცირე მასშტაბის კვლევის საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

## მეთოდოლოგია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული გამოწვევების და რესურსების სიღრმისეული ანალიზისთვის მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ხარისხობრივი კვლევის ჩატარება, კერძოდ სიღრმისეული ინტერვიუების ჩატარება ექსპერტებთან და სერვისის მიმწოდებლებთან. კვლევის პროცესში გამოყებულია დელფის ანალიტიკური მეთოდი.

კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ექსპერტები და სერვისის მიმწოდებლები. სულ გამოიკითხა 10 რესპონდენტი, 6 მდებარეობითი სქესის და 4 მამრობითი სქესის წარმომადგენელი. კვლევა ჩატარდა თბილისში 2019 წლის მაისის თვეში. კვლევის კითხვარი შედგებოდა 19 კითხვისგან.

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის დაწყების წინ მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე გამოითქვა ვარაუდი, რომ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები მრავალი პრობლემისა და საჭიროების წინაშე არიან, თუმცა ქვეყანაში არსებული რესურსები ადეკვატურად ვერ პასუხობს მათ საჭიროებს. სწორედ სფეროში არსებული რესურსების სიმცირე წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრობლემას, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მომსახურებების ხარისხზე და მდგომარეობაზე.

## შედეგები

გარემო, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები ცხოვრობენ რესპონდენტების უმრავლესობა საუბრობს საზოგადოებაში გავრცელებულ არასწორ, მცდარ შეხედულებებზე, რომლებიც ხელს უწყობს ამ ადამიანების მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავრცელებას. მათი აზრით ხშირ შემთხვევაში, საზოგადოებას არ აქვს სათანადო ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და არსებობს ბევრი სტერეოტიპი, რაც ხელს უშლის ამ ადამიანების მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

რესპონდენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ კლინიკის გარეთ უფრო გაჭირვებულად ცხოვრობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის



პრობლემების მქონე პირები, უჭირთ საბაზისო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. ერთ-ერთი რესპონდენტი ინტერვიუს დროს აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „პაციენტს რომ 100 ლარს აძლევდნენ პენსიას, რომელიც ქმედუნაროა ცხადია იგი ვერ იქნება უზრუნველყოფილი“.

რესპონდენტების გადმოცემით არსებობს ხედვა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები არიან არაპროგნოზირებადები. მათგან მოსალოდნელია აგრესიული, სხვების მიმართ დამაზიანებელი ქცევის განხორციელება და ამიტომ საფრთხილოა მათთან ურთიერთობა. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია): „როდესაც უკვე დიაგნოზი გაქვს განაპირობებს ეს უფლებების რღვევას. ჩემთვის თუ შეიძლება სახლში ყვირილი, ან თუნდაც მეზობელთან ყვირილი, ან რაღაც მსგავსი აფექტური ქცევა, ამაზე არავის რეაქცია არ ექნება, ჩაითვლება ნორმალურ ქცევად. ზუსტად იგივე რომ ჩაიდონოს დიაგნოზის მქონე პირმა, პირდაპირ ჩასვამენ და მოარბენინებენ აქ. ანუ მათ უხასიათობის გამოხატვის უფლებაც არ აქვთ.“

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების პრობლემები და საჭიროებები**

ოჯახის წევრების და ახლობლების თანადგომა რესპონდენტების გადმოცემით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს განსაკუთრებით ესაჭიროება ოჯახის წევრების და ახლობლების თანადგომა. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია): „ყველა ის საჭიროება აქვს რაც ყველა ადამიანს, ვფიქრობ რომ განსაკუთრებით სჭირდებათ სიყვარული და ერთგულება მათი დაუცველი მდგომარეობის მიმართ. ასევე ძლიერი ოჯახი, ოჯახის წევრების ინფორმირებულობა, ოჯახის წევრების შესაძლებლობა, მათი ინტელექტუალური და ემოციური ამტანობა, პაციენტების ქრონიკული მდგომარეობის მიღება და მოთმინებით ატანა, მათი გაგება. ზოგჯერ ახერხებს ამას ოჯახი, ზოგჯერ ვერა. ეს ძალიან ინდივიდუალური ამბავია, რომელიც დამოკიდებულია ჯიბეზე, გონებაზე და სულიერ მდგომარეობაზე“.

**საზოგადოებაში ინტეგრაცია**

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ სოციუმში როგორც ჩაერთვებიან ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები იმის მიხედვით აქვთ პრობლემებიც. რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ამ ადამიანებს უჭირთ სოციუმში თავის დამკვიდრება საკუთარი დიაგნოზიდან გამომდინარე. საკუთარ თავში ჩაკეტილები ხდებიან და საკუთარ პრობლემაზე მიჯაჭვულები.

**საზოგადოების არაინფორმირებულობა**

მნიშვნელოვან პრობლემად რესპონდენტები ასევე ასახელებენ საზოგადოების არაინფორმირებულობას ფსიქიკური პრობლემებისა და სიმპტომების შესახებ. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „მათ ქცევაზე არასწორი რეაგირება მიკრო თუ მეზო დონეზე, იქნება ეს სკოლა, ბაღი, სოციალური გარემო, ოჯახი თუ სხვა. მნიშვნელოვანია ყველა იმ გარემოში, სადაც პაციენტი იმყოფება იცოდნენ ქცევაზე სწორი რეაგირება, რათა უფრო არ განუმტკიცდეს პაციენტს მისი პრობლემა“.

რესპონდენტები ასევე აღნიშნავენ შემდეგ პრობლემებს: თავად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების არაინფორმირებულობა საკუთარი დიაგნოზისა და სიმპტომების შესახებ, სოციალური უზრუნველყოფის, სერვისების ნაკლებობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების დასაქმების პრობლემას.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მატერიალური რესურსი**

რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მატერიალური რესურსი არასაკმარისია. მიუხედავად წინა წლებთან შედარებით გაზრდილი ბიუჯეტისა, მათი აზრით არსებული დაფინანსება მაინც ვერ პასუხობს ადეკვატურად პაციენტთა საჭიროებებს და მხოლოდ ძირითად და ბაზისურ საჭიროებებს აკმაყოფილებს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „ნამდვილად არასაკმარისია იმიტომ რომ ჯერ ერთი თერაპიული მედიკამენტების ნაკლებობაა სერიოზული, არჩევანი არ არის მედიკამენტებზე. მედიკამენტების მხოლოდ საშუალო ხარისხია მიღწეული.“ რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ ასევე ინფრასტრუქტურის მდგომარეობის შესახებ. მათი აზრით სტაციონარი უნდა იყოს უფრო მეტად კეთილმოწყობილი. უნდა აღინიშნოს,

რომ რესპონდენტების გადმოცემით ნელ-ნელა ამ სფეროში დაფინანსება იზრდება და უკეთესობისკენ იცვლება ყველაფერი.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ადამიანური რესურსი**

რესპონდენტების აზრით არ შეიძლება 200 კაციან საავადმყოფოს ერთი ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი ჰყავდეს. ასევე თვლიან, რომ ფსიქიატრის, სანიტარის, მომვლელის და ექთნის რაოდენობაც არ არის საკმარისი. მნიშვნელოვან პრობლემად ასახელებენ სფეროში ნარკოლოგების არარსებობას. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „გვაკლია, არ გვყავს ნარკოლოგები. რადგან შეიძლება მოვიდეს პაციენტი, დასვა დიაგნოზი, რომელიც არის აშკარად ფსიქოზი მაგრამ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შედეგად განვითარებული. ამ შემთხვევაში საჭიროა ნარკოლოგის კონსულტაცია.“ რესპონდენტების აზრით ადამიანური რესურსის სიმცირეს ემატება ასევე კვალიფიციური კადრების არარსებობაც. რესპონდენტების აზრით ზოგადად ჯანდაცვაში კვალიფიციური სპეციალისტების პრობლემაა, იმიტომ რომ არ არის უწყვეტი სამედიცინო განათლება. ფსიქიატრიული ექთნის მომზადების ელემენტარული პროგრამა არარსებობს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „სპეციალიზაცია არ არის ფსიქოთერაპევტების, არარეგულირებადი სპეციალობებია და ამიტომ ხშირად ისეთი ადამიანები საქმდებიან ვისაც არ აქვს შესაფერისი კვალიფიკაცია. იგივე შემთხვევა ვთქვა ფსიქოლოგიურ მომსახურების მიმწოდებლებზე და ასევე სოციალურ მუშაკებზე. არ გვაქვს კლინიკური სოციალური მუშაკის პროგრამა და არ გვყავს სოციალური მუშაკები, რომლებმაც კარგად იციან ფსიქიატრია“.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სერვისები**

რესპონდენტების აზრით სერვისების მხრივ ყველა მიმართულებით პრობლემაა. მათი აზრით, სამედიცინო კუთხით შეიძლება მედიკამენტები არის, მაგრამ ბოლო 5-10 წლის გამოშვებული მედიკამენტები არ არის შემოსული. ისინი აღნიშნავენ, რომ პირველი და მეორე თაობის მედიკამენტები არის ქვეყანაში, მაგრამ შემდგომი ატიპიური

ანტიდეპრესანტების მწირი არჩევანია, ასევე ანტიფსიქოზური ახალი თაობის პრეპარატების არჩევანიც ისეთი არ არის როგორც იგივე ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში (ბელორუსიაში, უკრაინაში, მოლდოვეთში). რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ ასევე იმ ფაქტზე, რომ წამლის დანიშვნისას უნდა კეთდებოდეს შესაბამისი ანალიზები, კონცენტრაციის შემოწმება ამა თუ იმ პრეპარატის სისხლში და ა.შ. მათი აზრით, პრეპარატებს აქვთ გვერდითი მოქმედებები და ამიტომ პერიოდულად უნდა კეთდებოდეს ენდოკრინული სისტემის და ფარისებრთა ჯირკვლის ანალიზი, რაც გაიდლაინებშია მოცემული მაგრამ ამას ვერ აკეთებენ, რადგან თანხებთანაა დაკავშირებული. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისების განვითარების ნაწილს რაც შეეხება აქ უკვე რესპონდენტები კადრების პრობლემას და სახელმწიფო დაფინანსების ნაკლებობას ასახელებენ ამ სერვისების განვითარების ხელისშემშლელ მთავარ პრობლემად.

**მომსახურებების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა**

ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მომსახურებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესდა, იმიტომ რომ ამბულატორიები დაემატა და დაფინანსება შეიცვალა, თუმცა მაინც პრობლემებია. მაგ: ამბულატორია უნდა იყოს 43 ადგილას და გვაქვს 35 ადგილას. ბოლო ორი წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა მათი რაოდენობა, მანამდე იყო 20-22. თუმცა ხარისხი, კადრების რაოდენობა და კვალიფიკაცია დიდ პრობლემას წარმოადგენს. რესპონდენტების გადმოცემით შეიძლება ამბულატორიები რაოდენობრივად გვაქვს, მაგრამ არასრულფასოვნადაა დაკონპლექტებული. რესპონდენტების აზრით, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე მიუთითებს ასევე მობილური გუნდის განვითარებაც, რომელიც სწორედ ამაზეა გათვლილი.

**დე-ინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია**

ძირითადად ფსიქიატრები თვლიან, რომ დიდ დაწესებულებაში უკეთესი სიტუაციაა. მათი აზრით, დიდ დაწესებულებაში უფრო კომფორტული გარემოს შექმნა შესაძლებელი. თვლიან, რომ არანაირი განსხვავება არ არის 30 კაციან განყოფილებასა და დიდი დაწესებულების განყოფილებას შორის სადაც 80



პაციენტია. მათი გადმოცემით არ ირღვევა პაციენტების უფლებები, ყველასთან ინდივიდუალური მიდგომით მუშაობენ და ეჭვი ეპარებათ, რომ დიდ სტაციონარში გასხვავებულად ექცეოდნენ პაციენტს და პატარა დაწესებულებაში განსხვავებულად.

რესპონდენტების ნაწილის აზრით, სტაციონარში მხოლოდ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ხვდებოდეს პაციენტი როდესაც ამის აუცილებლობაა და სხვა გზა არაა. მანამდე თემში ისე უნდა ემსახურებოდნენ, სერვისები ისე უნდა იყოს განვითარებული, რომ შეაფერხოს სტაციონარში ადამიანის მოხვედრა, მაგ: რეზიდენტული საცხოვრებლები.

ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „კლინიკა არ გამოირიცხავს რომ იყოს თუნდაც მობილური გუნდი, პირიქით ავსებს და ერთმანეთს ეხმარება. მაგ: როდესაც გვიმწვავდება პაციენტი და ამბულატორიულ სერვისში უბრალოდ უმართავია, ამ შემთხვევაში საჭიროა მისი სტაციონარში განთავსება. ვფიქრობ რომ ბალანსირებული მოვლა საუკეთესო გამოსავალია.“

რესპონდენტების უმრავლესობა თვლის, რომ დე-ინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის შესრულება შეფერხებულია რადგან ძალიან ძვირი ჯდება. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „წარმოდგინეთ ის რაც არის უნდა დაიხუროს და გაკეთდეს ახალი. მივესალმები ამ სტრატეგიას, ესაა ის კონცეფცია რომელიც ჩვენმა ქვეყანამ დაამტკიცა და ამ სფეროს წარმომადგენლების მიერ იყო შემუშავებული. მაგრამ ალბათ დროც უნდა და ნებაც. როგორც უკვე გითხარტ დე-ინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია ძვირი ჯდება, ჯერ ამის გააზრება იყო რთული. 2015-2020 წლის სტრატეგიის 40% არის შესრულებული, 60% ჯერ კიდევ წინაა“.

**სახელმწიფოს როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა გამოწვევებთან გამკლავებაში**

რესპონდენტების აზრით სახელმწიფოსთვის პრიორიტეტული უნდა იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო, რადგან წლების განმავლობაში ამ ადამიანების რიცხვი არათუ კლებულობს, არამედ იზრდება. მათი აზრით საჭიროა ისეთი მომსახურებების, ისეთი ხარისხის მომსახურებების მიწოდება პაციენტებისთვის, რომლებიც პრევენციული ხასიათის იქნება და შეამცირებს ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა რაოდენობას. რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ შემდეგ საკითხებზე:

- სოციალური გარემოს გაუმჯობესება
- დაფინანსების გაზრდა ყველა მომსახურებაში
- ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება
- „შელტერების“ ტიპის საცხოვრისები
- უფრო მეტი ფსიქოლოგიური მომსახურებების არსებობა
- თემზედაფუძნებული სერვისების-ასერტული გუნდის გაფართოება
- ბავშვთა და მოზარდთა მომსახურებების გაუმჯობესება
- სხვადასხვა თერაპიული წრეების განვითარება
- სფეროში კვალიფიციური სპეციალისტების არსებობა და მათი უწყვეტი განათლების შესაძლებლობა
- ფსიქოგანათლების გაზრდა საზოგადოებაში

**დასკვნა**

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქვეყანაში პრობლემაა პრიორიტეტულად მიჩნეული ჰოსპიტალური მომსახურება, ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხი, საზოგადოების შიში, იზოლაცია და დისკრიმინაცია ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მიმართ. კვლევის მიხედვით დიდ გამოწვევად რჩება გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა. რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას არ შეუძლია ისარგებლოს მრავალფეროვანი სერვისებით. ასევე განუვითარებელი რჩება მულტიდისციპლინარული მიდგომა, ხოლო დამკვიდრებული სტაციონარული მომსახურება ხელს უშლის დე-ინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მიმდინარეობას და საავადმყოფოს გარე, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება/ჩამოყალიბებას ქვეყანაში. თავად საავადმყოფოებში კი უდიდეს სირთულეს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხის არსებობა, იაფასიანი წამლები, არასათანადო საცხოვრებელი პირობები და ჯერ კიდევ პოპულარული სამედიცინო მოდელი.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა კეთილდღეობაზე მოქმედებს საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონე, რაც გამოხატულია მათ მიმართ დისკრიმინაციასა და უგულვებელყოფაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს არ აქვთ მუშაობის დაწყების ისეთივე პირობები, როგორც ყველას.

გამოწვევად რჩება ასევე მათთვის სოციალური წრისა და საცხოვრებლის არარსებობაც.

#### გამოყენებული ლიტერატურა

- ბავშვის უფლებათა კონვენცია. (1989). unicef საქართველოში. Retrieved from [www.unicef.org: https://wcmprod.unicef.org/georgia/sites/unicef.org.georgia/files/2019-03/CRC\\_ge.pdf](https://wcmprod.unicef.org/georgia/sites/unicef.org.georgia/files/2019-03/CRC_ge.pdf)
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. Retrieved from [www.ncdc.ge: http://www.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=4dc003a2-182f-48e8-a402-841573156f14](http://www.ncdc.ge: http://www.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=4dc003a2-182f-48e8-a402-841573156f14)
- პაჭორია, თ., ლადიძე, ა., ჰენია, ჰ. (2012). სმენის დარღვევის მქონე მოსწავლეების სწავლება. Retrieved from [http://ncp.ge/files/inclusion%20education/wignebi/smenis\\_dargvevis\\_mqone\\_mostavleebis\\_stavleba\\_-\\_shigtavsi.pdf?fbclid=IwAR1c2B82SVASoM99E1Of1Y7Ibm28CW1mqdrb6tEPhHfNs1PwFV5qXQRm62k](http://ncp.ge/files/inclusion%20education/wignebi/smenis_dargvevis_mqone_mostavleebis_stavleba_-_shigtavsi.pdf?fbclid=IwAR1c2B82SVASoM99E1Of1Y7Ibm28CW1mqdrb6tEPhHfNs1PwFV5qXQRm62k)
- საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. (2018, თებერვალი 23). ინკლუზიური განათლების დანერგვის, განვითარებისა და მონიტორინგის წესების, აგრეთვე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა იდენტიფიკაციის მექანიზმის დამტკიცების თაობაზე. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4007539?publication=0&fbclid=IwAR2YqHpsW3qdUsTXmtmxVkOSDqy2H8RMthRZyO98xLo3y59ITw dEyXzeLzw>
- საქართველოს პარლამენტი. (2014, მაისი 7). Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2339687?publication=1>
- საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრო. (2014). დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289?publication=0>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2012). Retrieved from <http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/18663>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2019). Retrieved from <http://www.ombudsman.ge/res/docs/2019061419175345379.pdf>
- ჭინჭარაული, თ. (2013). Retrieved from [http://vet.ge/wp-content/uploads/2013/10/book4.pdf?fbclid=IwAR0bm61GrP\\_OMUWRH8O51bYitNXN3hjHYwm yigjRFAF2WiYLn51av1bVuU](http://vet.ge/wp-content/uploads/2013/10/book4.pdf?fbclid=IwAR0bm61GrP_OMUWRH8O51bYitNXN3hjHYwm yigjRFAF2WiYLn51av1bVuU)

## გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პერსონალის კმაყოფილება (თბილისის და რუსთავის მაგალითზე)

მარიამ აბრამიშვილი<sup>1</sup>, ნინო ჩხაბერიძე<sup>1</sup>, ნატო ფიცხელაური<sup>1</sup>, მათა კერესელიძე<sup>1</sup>, ნინო ჩიხლაძე<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

**შესავალი.** გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურის ორგანიზაციას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ნებისმიერი ქვეყნის საზოგადოებისათვის[4.გვ.16]. გადაუდებელი მდგომარეობების დროს სამსახურის ეფექტიან და გამართულ ფუნქციონირებაზე ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას: კოორდინირებული და დროული რეაგირება, შეზღუდულ დროში გადაწყვეტილების მიღება და ადექვატური სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, არსებული რესურსების სწორად გადანაწილება, მოტივირებული ადამიანური რესურსი. ამ პროცესებში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია, ცოდნა, უნარ-ჩვევები, ფსიქო-ემოციური სტაბილურობა და კმაყოფილების დონე[2.გვ.13][4.გვ.50].

**კვლევის მიზანი.** კვლევის მიზანს წარმოადგენს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პერსონალის კმაყოფილების დონის შესწავლა საქართველოს ორ დიდი ქალაქის, თბილისისა და რუსთავის მაგალითზე.

**მეთოდოლოგია.** გამოკითხვა ჩატარდა 2020 წლის აპრილ-ივნისში, სპეციალურად შედგენილი სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. რესპონდენტებად შერჩეულ იყვნენ გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტისა და საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრების თანამშრომლები თბილისისა და რუსთავში.

**შედეგები და დისკუსია.** ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა მრავალი ფაქტორი, რომელიც ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს პერსონალის მოტივაციაზე. ამ ფაქტორებს შორის აღსანიშნავია პერსონალის გადაძაბვა ზეგანაკვეთური სამუშაო საათებით, სტრესული გარემო, არასაკმარისი ანაზღაურება და სხვა. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სისტემაში მომუშავე პერსონალის უმეტესობა უკმაყოფილოა სამსახურში არსებული სამუშაო გრაფიკითა და სისტემით, რაც გამოხატულია სამუშაო მოცულობისა და საპასუხისმგებლო სტრესული საქმის შეუსაბამობით მიღებულ სარგებელსა (გასამრჯელო) და დაფასებას შორის.

**საკვანძო სიტყვები:** გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, სამედიცინო პერსონალი, სამუშაოთი კმაყოფილების დონე.

**ციტირება:** მარიამ აბრამიშვილი, ნინო ჩხაბერიძე, ნატო ფიცხელაური, მათა კერესელიძე, ნინო ჩიხლაძე. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პერსონალის კმაყოფილება (თბილისის და რუსთავის მაგალითზე). ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

## Job satisfaction of Emergency Medical Services staff (On the example of Tbilisi and Rustavi)

Mariam Abramishvili<sup>1</sup>, Nino Chkhaberidze<sup>1</sup>, Nato Pitskhelauri<sup>1</sup>, Maia Kereselidze<sup>1</sup>, Nino Chikhladze<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine

### Abstract

**Introduction.** The organization of an emergency medical service is of great importance for the population of any country. Many factors affect the effective and efficient operation of the service during emergencies, among them: coordinated and timely response, providing adequate medical care in a limited time and making correct decisions, allocation of available resources, motivated human resources. The qualifications, knowledge, skills, psycho-emotional stability and level of satisfaction of medical staff play an important role in these processes.

**Objectives.** The aim of the survey is to study job satisfaction of the emergency medical staff on the example of professionals employed in two cities of Georgia, Tbilisi and Rustavi.

**Methodology.** The survey was conducted in April-June 2020 using a specially designed structured questionnaire. The respondents were employees of the Emergency Medical Service in Tbilisi and Rustavi.

**Results and discussion.** The research revealed many factors that have a negative impact on staff motivation. These factors include staff overwork, overtime, stressful environment, inadequate payment, and more. Most of the staff working in the emergency care system are dissatisfied with the work schedule and system at work, which is reflected in the discrepancy between the workload, responsible stressful work and appreciation.

**Key words:** emergency medical service, medical professionals, level of job satisfaction

**Quote:** Mariam Abramishvili, Nino Chkhaberidze, Nato Pitskhelauri, Maia Kereselidze, Nino Chikhladze. Job satisfaction of Emergency Medical Services staff (On the example of Tbilisi and Rustavi). Health Policy Sociology and Economics, 2021; 5

### შესავალი

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურის მთავარი მიზანია დაზარალებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტაბილიზაცია და მართვა, როგორც პრეჰოსპიტალურ, ისე ჰოსპიტალურ დონეზე. საგანგებო მდგომარეობის მართვისთვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახური აღჭურვილია სპეციალური ადამიანური, ტექნიკური და მატერიალური რესურსით, მათ შორის: სათანადო კვალიფიკაციის მქონე პერსონალით, სატრანსპორტო საშუალებებით, სამედიცინო და სხვა საჭირო ინვენტარით. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამიზნეს წარმოადგენს ნებისმიერი დაზარალებული პირი, რომლის ჯანმრთელობა ან/და სიცოცხლე საფრთხეშია და დაუყოვნებლივ საჭიროებს პირველად სამედიცინო ჩარევას, მდგომარეობის სტაბილიზაციას და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციას. პაციენტის სტაბილიზაციის ადექვატური მეთოდების გამოყენება ზრდის მის შანსებს მიყვანილ იქნას საავადმყოფოში

შენარჩუნებული სასიცოცხლო პარამეტრებით [3. გვ.112].

საქართველო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სერვისზე მოთხოვნილების ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, დატვირთვით განსაკუთრებით გამოირჩევა რუსთავი და თბილისი. ყოველწლიურად გაზრდილი მიმართვიანობა უკავშირდება რესურსების, როგორც ადამიანურს, ისე ტექნიკურის, გაზრდის აუცილებლობას. გადაუდებელი დახმარების სისტემაში მომუშავე თითოეული თანამშრომლის როლი უაღრესად დიდია, რადგან სწორედ ისინი იწყებენ დაზარალებულისთვის პირველადი და უმნიშვნელოვანესი სამედიცინო დახმარების გაწევას. გადაუდებელი დახმარების ექიმი სრულყოფილად უნდა ფლობდეს პაციენტის მდგომარეობის სტაბილიზაციისთვის საჭირო ყველა მანიპულაციას, საჭიროების შემთხვევაში შეეძლოს გადაუდებელი დახმარების გუნდის ფლობა[1.გვ.15]. სამედიცინო პერსონალის მუშაობის ხარისხის გასაზრდელად და



მოტივაციის ასამაღლებლად მნიშვნელოვანია აღნიშნულ სფეროში დასაქმებული პროფესიონალების მოტივაციის გაზრდა, ფინანსური და მორალური მხარდაჭერა, ასევე პროფესიონალური განვითარება [2. გვ.61].

### მეთოდოლოგია

კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იყო რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. გამოკითხვის ჩასატარებლად შემუშავდა სპეციალურად შედგენილი დახურული კითხვარი. რესპონდენტებად შერჩეულ იქნა თბილისსა და რუსთავში გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტისა და საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრების თანამშრომლები. კვლევის ჩატარებისთვის მოპოვებული იქნა ეთიკის კომიტეტის თანხმობა (ოქმი # 2020-048/IRB00002150).

### კვლევის შედეგები

კვლევაში მონაწილე 199 რესპონდენტიდან 44%-ს (n=88) შეადგენს რუსთავის გადაუდებელი დახმარების სამსახურში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი, ხოლო 56%-ს (n=112) - თბილისში დასაქმებული.

რესპონდენტთა 48%-ს (n=96) შეადგენენ მდებრობითი, 52%-ს (n=104) კი - მამრობითი სქესის წარმომადგენლები. პრევალენტურ ასაკობრივ ჯგუფს წარმოადგენს 18-24 წელი - 41% (n=82), რასაც მოჰყვება შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფები: 25-36 წელი - 32% (n=65), 37-55 წელი - 18% (n=36) და 56-65 წელი - 9% (n=18).

რესპოდენტების უმეტესობას (69%) აქვს უმაღლესი განათლება, 5%-ს - საშუალო განათლება, 26%-ს - პროფესიული განათლება. რესპოდენტთა 2%-ს აქვს სამეცნიერო ხარისხი. რესპოდენტთა 94%-მა (n=186) სამედიცინო განათლება მიიღო საქართველოში, 2.5%-მა (n=5) - გერმანიაში, 1%-მა (n=2) - რუსეთში, 0.5%-მა (n=1) - დიდ ბრიტანეთში. უცხო ენა იცის სამედიცინო პერსონალის 92%-მა, აქედან უმრავლესობამ (43%) იცის ინგლისური ენა.

კვლევაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის 44% (n=86) ექიმია, 40% (n=79) - ექთანი, 9% (n=18) - რეზიდენტი (უმცროსი ექიმი), ხოლო 7% (n=12) - დამხმარე პერსონალი. რესპოდენტთა 61% არის დასაოჯახებელი, 28% - დაოჯახებული, 9% - განქორწინებული, 2% კი - ქვრივი.

გამოკითხული პერსონალის ნახევარს (n=98) ჯანდაცვის სისტემაში ერთიდან 5 წლამდე მუშაობის გამოცდილება აქვს, 39%-ს (n=77) - 6-10 წელი, 2%-ს (n=5) - 16-20 წელი, 2%-ს (n=5) - 20 წელი და მეტი და 7%-ს (n=14) - 1 წლამდე მუშაობის გამოცდილება აქვს. გამოკითხული რესპოდენტების 19%-ს გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში მუშაობის 1 წლიანი გამოცდილება აქვს, 48%-ს - ერთიდან 5 წლამდე, 31%-ს - 6-10 წელი, 1,5%-ს კი - 11-20 წლიანი გამოცდილება აქვს.

კვლევამ აჩვენა, რომ რესპოდენტების 47% ბოლო ერთი წლის განმავლობაში თვეში 11-15 ცვლას მუშაობს. გამოკითხულთა 4% კვირაში მუშაობს 40 სთ-ზე ნაკლებს, 12% მუშაობს 40 საათს კვირაში, 61% - 41-50 საათამდე, 17% - 51-60 საათს, ხოლო 6% - 60 საათს და მეტს (ცხრილი 1). გამოკითხულთა 7% (n=13) ყოველდღიურად იყენებს საინფორმაციო ტექნოლოგიებს (IT) პროფესიონალურ საქმიანობაში, 34% (n=67) - ხშირად, 47% (n=93) იშვიათად, 13%-ს (n=25) კი საინფორმაციო ტექნოლოგიები არასდროს გამოუყენებია.

კვლევაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის მხოლოდ 27% არის პროფესიული ასოციაციის წევრი, 40%-ს არ მიუღია მონაწილეობა ტრენინგებსა და სასწავლო პროგრამებში ბოლო 12 თვის განმავლობაში, 38% - არ აქვს გამოწერილი არც ერთი სამეცნიერო ჟურნალი.

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პერსონალის 78% თავს დაცულად გრძობს ნოზოკომიური ინფექციებისგან; 81%-ს ჩატარებული აქვს B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. გამოკითხულთა 3%-მა საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა განსაზღვრა როგორც ცუდი, 74%-მა - დამაკმაყოფილებლად შეაფასა, 20%-მა - კარგად, 3%-მა კი - ძალიან კარგად. სამედიცინო პერსონალის 74%-ს აქვს პროფესიული დაზღვევა.

კვლევაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის მხოლოდ 34% აღნიშნავს, რომ გრძობს ორგანიზაციულ მხარდაჭერას. რესპოდენტების 74% აღნიშნავს, რომ დამსაქმებელი მის პროფესიულ განვითარებაზე ზრუნავს მხოლოდ ნაწილობრივ, 16%-ს მიაჩნია, რომ ზრუნავს, ხოლო 10%-ის აზრით დამსაქმებელი პერსონალის განვითარებაზე საერთოდ არ ზრუნავს. გამოკითხულთა 61% აღნიშნავს, რომ ტრენინგში მონაწილეობისთვის დამსაქმებელი მგზავრობისა და რეგისტრაციის საფასურს არ უხდის თანამშრომელს.

პერსონალის 68% (n=133) მიიჩნევს, რომ მათი სამსახური სტრესულია. რესპოდენტების

სრული უმრავლესობა (93%) ფიქრობს, რომ არსებული ანაზღაურება არ შეესაბამება გაწეულ სამუშაოს.

რესპონდენტთა 64% მიიჩნევს, რომ არასაკმარისი კომუნიკაცია მყარდება თანამშრომელსა და მენეჯმენტს შორის. გამოკითხულთა 64% თვლის, რომ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურიდან მაღალია თანამშრომელთა დენადობა. გამოკითხულთა 37% მოცემულ დაწესებულებაში მუშაობის გაგრძელებას გეგმავს 1-6 თვე, 38% - 12 თვე და მეტი, 8% - დატოვებს, როგორც კი შეძლებს.

რესპონდენტთა 93%-ს სურს ჰქონდეს სწავლის გაგრძელების ან პროფესიული უნარების გაუმჯობესების შესაძლებლობა. გამოკითხულთა 83%-ს აქვს სურვილი გაიაროს რესერტიფიცირება.

რესპონდენტებმა დაასახელეს ღონისძიებები, რომელთა გატარება აუცილებელია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფისათვის. რესპონდენტთა 36% (n=71) თვლის რომ საჭიროა საბაზისო სამედიცინო განათლების, ხოლო 11%-ის (n=22) აზრით საჭიროა უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის გაუმჯობესება, 28%-ის (n=55) აზრით საჭიროა სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირების, ხოლო 10%-ის აზრით (n=19) - რესერტიფიცირების სისტემის გაუმჯობესება. რესპონდენტთა 15%-ის (n=31) აზრით საჭიროა ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მიმართულების გაუმჯობესება (ცხრილი 2).

კვლევის მონაწილეთა 35%-ის აზრით, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პერსონალის გადამზადება უკავშირდება კლინიკის საჭიროებებს, 36%-ის აზრით -ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას, 24% თვლის, რომ გადამზადება თანამშრომლების შესაძლებლობებისა და სურვილების მიხედვით ხდება, 6% კი მიიჩნევს, რომ საერთოდ არ ხდება თანამშრომლების გადამზადება.

რესპონდენტებმა დაასახელეს პაციენტთა უკმაყოფილების შესაძლო გამომწვევი მიზეზები: სამედიცინო კადრების არაკვალიფიციურობა (რესპონდენტთა 61%), პერსონალის უხეში მოპყრობა (რესპონდენტთა 6%), მოძველებული ინფრასტრუქტურა (რესპონდენტთა 8%) (ცხრილი 3).

კითხვაზე, აკმაყოფილებს თუ არა დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების განყოფილება ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის

გაუმჯობესებისთვის საჭირო სტანდარტებს, რესპონდენტთა აზრი შემდეგნაირად გადაწილდა: უმეტესობის (82%) აზრით - აკმაყოფილებს, 11%-ის აზრით კი - მხოლოდ ნაწილობრივ აკმაყოფილებს. რესპონდენტთა 93% ადასტურებს გადაუდებელი მდგომარეობის მართვის სტანდარტების არსებობას დაწესებულებაში: რესპონდენტთა 86% აღნიშნავს, რომ ხელმძღვანელობენ ეროვნული გაიდლაინებით, ხოლო 14% - კონკრეტული სავადმყოფოს სტანდარტებით. სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა (88%) ადასტურებს, რომ გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტი აკმაყოფილებს მასზე დაკისრებულ ფუნქციებს. გამოკითხულთა უმეტესობამ (87%) აღნიშნა, რომ არ ექმნება პრობლემები პაციენტის სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების განხორციელების თვალსაზრისით. ამავე დროს, გამოკითხულთა უმეტესობა (65%) აღნიშნავს სამუშაო გრაფიკის ცვლილების საჭიროებას, ასევე ინფრასტრუქტურის და სამედიცინო აპარატურის განახლების, სამუშაო პირობების გაუმჯობესების აუცილებლობას.

კვლევის ლიმიტაციას წარმოადგენს გამოკითხვაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის მცირე რაოდენობა.

## დასკვნა

ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა მრავალი ფაქტორი, რომელიც შემაფერხებელ გავლენას ახდენს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურის პერსონალის მოტივაციაზე. ამ ფაქტორებს შორის აღსანიშნავია პერსონალის გადამზავა ზეგანაკვეთური სამუშაო საათებით, სტრესული გარემო, არასაკმარისი ანაზღაურება და სხვ. თუმცა მიუხედავად იმისა, რომ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურებში სამუშაო დატვირთვა საკმაოდ მაღალია და საქმიანობა სტრესული, სამედიცინო პერსონალის უმეტესობის აზრით მათ არ ექმნებათ პრობლემა სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურებისთვის და ისინი მაღალი პასუხისმგებლობით ასრულებენ დაკისრებულ სამსახურებრივ უფლება-მოვალეობებს. ჩატარებული კვლევის შედეგები ადასტურებს, ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის საჭირო სტანდარტების სრული შესაბამისობის უზრუნველყოფისათვის, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურებში მიზანშეწონილია გატარებული იქნას რიგი ღონისძიებები.



## რეკომენდაციები

□ მიზანშეწონილია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურში დასაქმებულთა შრომისა და დასვენების პირობების მოწესრიგება; ასევე პერსონალის დატვირთვის ნორმატივების გადახედვა და ანაზღაურების ადექვატური სისტემის შემუშავება;

□ სასურველია უფრო ხშირად ჩატარდეს ტრენინგები პერსონალის პროფესიული განვითარებისთვის. მნიშვნელოვანია გადაუდებელი დახმარების სამსახურის თანამშრომლებმა მონაწილეობა მიიღონ სხვადასხვა სამეცნიერო კონფერენციაში, სადაც გაეცნობიან უახლეს სამედიცინო ინფორმაციას.

□ სასურველია პერიოდულად შედგეს შეხვედრები სამედიცინო პერსონალსა და დამსაქმებელი ორგანიზაციის მენეჯმენტს შორის, მოსმენილ და განხილულ იქნას მიმდინარე პრობლემური საკითხები.

□ მიზანშეწონილია ჩატარდეს ფართო მასშტაბური კვლევა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სისტემაში მომუშავე პერსონალის სამუშაოთი კმაყოფილების დონის და საქმიანობაზე დამაბრკოლებლად მოქმედი ფაქტორების შესწავლის მიზნით.

კვლევა შესრულებულია საერთაშორისო პროექტის „iCREATE: კვლევითი შესაძლებლობების გაზრდა აღმოსავლეთ ევროპაში“ (აშშ ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი, ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრი 2D43TW007261) ფარგლებში.

კვლევა შესრულებულია საერთაშორისო პროექტის „iCREATE: კვლევითი შესაძლებლობების გაზრდა აღმოსავლეთ ევროპაში“ (აშშ ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი, ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრი 2D43TW007261) ფარგლებში.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. საქართველოს ანესთეზიოლოგთა და კლინიკური მედიცინის საზოგადოება. 2007. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სწავლების პროგრამა ექიმებისთვის.

<http://www.gsacm.ge/uploads/pdf/swavlebaeqimi.pdf> (13.10.2020)

2. ნიკოლაშვილი მარიამ, მაჭარაშვილი ნანა. 2019. 112-ის თანამშრომლების დაბალი მოტივაციის მიზეზები და მათი აღმოფხვრის გზები მომსახურების შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით (ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)

<https://openscience.ge/bitstream/1/1254/1/MA%20Thesis.Nikolashvili%20sajaro2019.pdf> (13.10.2020)

3. ჩიხლაძე ნინო, კერესელიძე მაია. 2019. ტრავმატიზმის პრევენცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განზომილებაში. სახელმძღვანელო სტუდენტებისთვის.

4. Report of an assessment project co-ordinated by the report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. 2008.

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/114406/E92038.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf) (13.10.2020)

<i>სამუშაო საათები კვირაში</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
< 40 სთ	8	4
40 სთ	25	12
41 -50 სთ	121	61
51-60 სთ	33	17
60 + სთ	12	6
	<b>199</b>	<b>100</b>
<i>ცვლების რაოდენობა თვეში</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1 - 5 ცვლა	10	5
6 - 10 ცვლა	42	21
11 - 15 ცვლა	93	47
16 - 20 ცვლა	34	17
20 + ცვლა	20	10
	<b>199</b>	<b>100</b>

ცხრილი 1. სამედიცინო პერსონალის სამუშაო გრაფიკი

<i>პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფის ღონისძიებები</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
საბაზისო სამედიცინო განათლების სისტემის გაუმჯობესება	71	36
უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის გაუმჯობესება	22	11
სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება	56	28
რესერტიფიცირების სისტემის გაუმჯობესება	19	10
ყველა ზემოჩამოთვლილი მიმართულების გაუმჯობესება	31	15
	<b>199</b>	<b>100</b>

ცხრილი 2. პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფის ღონისძიებები

<i>პაციენტის უკმაყოფილების შესაძლო მიზეზები</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
სამედიცინო კადრების არაკვალიფიციურობა	121	61
პერსონალის უხეში მოპყრობა	12	6
მომძველებული ინფრასტრუქტურა	16	8
ყველა ზემოჩამოთვლილი	12	6
არცერთი ზემოჩამოთვლილი	38	19
	<b>199</b>	<b>100</b>

ცხრილი 3. პაციენტის უკმაყოფილების შესაძლო მიზეზები

## სამედიცინო განათლება კოვიდ-19 პანდემიის დროს: საერთაშორისო სტუდენტების ელექტრონული სწავლებით კმაყოფილება

ნ. ჩიხლაძე, ი. გრძელიძე, კ. ჩიხლაძე, მ. ბიჭვინაშვილი

<sup>1</sup> ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

**შესავალი.** კორონავირუსის პანდემიამ 2020 წელს სამედიცინო განათლება და ჯანდაცვის სისტემები მთელს მსოფლიოში უდიდესი გამოწვევის წინაშე დააყენა. საქართველოში კოვიდ-19 ეპიდემიის პირველი შემთხვევა დაფიქსირდა 2020 წლის 26 თებერვალს. 2019/2020 სასწავლო წლის გაზაფხულის სემესტრში ქვეყნის ყველა უმაღლეს დაწესებულებაში, მათ შორის ივანე ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში სწავლება წარიმართა დისტანციურ რეჟიმში. **კვლევის მიზანი.** კვლევის მიზანს წარმოადგენს თსუ მედიცინის ფაკულტეტის საერთაშორისო სტუდენტების ელექტრონული სწავლებით კმაყოფილების შესწავლა და გამოვლენილი პრობლემების გადაჭრის გზების გამოვლენა. **მეთოდოლოგია.** გამოკითხვის ჩასატარებლად გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. გამოკითხვა ჩატარდა 2020/2021 სასწავლო წლის შემოდგომის სემესტრში. **შედეგები და დისკუსია.** კვლევის შედეგად გამოვლინდა საერთაშორისო სტუდენტების კმაყოფილების დონე და მათი საჭიროებები, შემუშავდა სათანადო რეკომენდაციები.

**საკვანძო სიტყვები:** სამედიცინო განათლება, სტუდენტთა კმაყოფილება, კოვიდ-19 პანდემია, ელექტრონული სწავლება.

**ციტირება:** ნინო ჩიხლაძე, ირმა გრძელიძე, ქრისტინე ჩიხლაძე, მაია ბიჭვინაშვილი. სამედიცინო განათლება კოვიდ-19 პანდემიის დროს: საერთაშორისო სტუდენტების ელექტრონული სწავლებით კმაყოფილება. ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

## Medical education during the Covid-19 pandemic: satisfaction of international students with e-learning

N. Chikhladze, I. Grzelidze, K. Chikhladze, M. Bitskhinashvili

<sup>1</sup> Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

### Abstract

**Introduction.** In 2020, the Coronavirus pandemic posed the greatest challenge to the medical education and healthcare systems worldwide. The first case of Covid-19 epidemic in Georgia was recorded on 26th February, 2020. During the spring semester of the 2019/2020 academic year, teaching/learning process was conducted remotely in all higher education institutions of the country, including Ivane Javakhishvili Tbilisi State University (TSU). **Objectives.** The aim of the research is to investigate the satisfaction of international students of TSU, Faculty of Medicine with online learning and to identify ways to solve the revealed problems.

**Methodology.** Quantitative research methods were used to conduct the survey. The survey was carried out in the fall semester of the 2020/2021 academic year. **Results and discussion.** Based on the research, the level of satisfaction of international students and their needs were revealed and appropriate recommendations were developed.

**Quote:** Nino Chikhladze, Irma Manjavidze, Kristine Chikhladze, Maia Bitskhinashvili. Medical education during the Covid-19 pandemic: satisfaction of international students with e-learning. Health Policy, Sociology and Economics, 2021; 5

## შესავალი

კორონავირუსის პანდემიამ 2020 წელს სამედიცინო განათლება და ჯანდაცვის სისტემები მთელს მსოფლიოში უდიდესი გამოწვევის წინაშე დააყენა [1. გვ. 1140, 2. გვ. 1631, 3]. საქართველოში კოვიდ-19 ეპიდემიის პირველი შემთხვევა დაფიქსირდა 2020 წლის 26 თებერვალს. 2019/2020 სასწავლო წლის გაზაფხულის სემესტრში ქვეყნის ყველა უმაღლეს დაწესებულებაში სწავლება წარიმართა დისტანციურ რეჟიმში. უცნობია ამ ცვლილებების ზეგავლენა სტუდენტებზე. სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები სამედიცინო პროფილის სტუდენტების ელექტრონული სწავლების მიმართ დამოკიდებულებების შესწავლის მიზნით [4. გვ. 272, 5. გვ. 1323, 6. გვ.100, 7. გვ.2, 8. გვ. 2, 9]. საქართველოში სამედიცინო და ჯანდაცვის სკოლებში ელექტრონულ სწავლებაზე გადასვლის შეფასებითი კვლევები და სტუდენტების კმაყოფილების შესახებ გამოქვეყნებული მონაცემები მეტად მცირეა [10. გვ.125].

ივანე ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში სწავლება ფარავს პრაქტიკულად ყველა დარგს, მათ შორის მედიცინას. 2020 წლის მონაცემების მიხედვით თსუ-ში 22606 აქტიური სტატუსის მქონე სტუდენტია, მათ შორის არის ერთსაფეხურიანი მედიცინის პროგრამის 403 საერთაშორისო სტუდენტი.

თსუ-ში სასწავლო პროცესის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს სტუდენტთა კმაყოფილების რეგულარული კვლევა, მათ შორის სასწავლო კურსებთან, ლექტორებთან, სასწავლო პროცესთან, სტუდენტთა სერვისებთან მიმართებაში. სწავლების ახალი ფორმის დანერგვამ განაპირობა დამოკიდებულების ინსტრუმენტის მოდიფიცირების აუცილებლობა და მიმდინარე წელს ორგანიზებულ დამოკიდებულების სტუდენტთა

დამოკიდებულებების შესწავლა ახალ ონლაინ გარემო პირობებთან მიმართებაში.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს თსუ მედიცინის ფაკულტეტის საერთაშორისო სტუდენტების ელექტრონული სწავლებით კმაყოფილების შესწავლა და გამოვლენილი პრობლემების გადაჭრის გზების გამოვლენა.

## მეთოდოლოგია

დამოკიდებულების ჩასატარებლად გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. დამოკიდებულების შესწავლის მიზნით იქნა სპეციალური კითხვარი, რომელიც მოიცავს როგორც დახურულ, ისე ღია კითხვებს. კითხვარი Google-ით დამოკიდებულების ფორმატით აიტვირთა ელექტრონული მართვის სისტემაზე (LMS.TSU.GE) და ხელმისაწვდომი გახდა ყველა სტუდენტისთვის. დამატებით ყველა სტუდენტს საუნივერსიტეტო ელექტრონულ ფოსტაზე მიეწოდა ინფორმაცია კვლევის მიზნების და დამოკიდებულების დასრულების ვადების შესახებ. დამოკიდებულება იყო ნებაყოფლობითი და კონფიდენციალური.

დამოკიდებულება ჩატარდა 2020 წლის ნოემბერში. კვლევის ჩატარებისა და მონაცემთა დამუშავების პროცედურა ცენტრალიზებული იყო და განხორციელდა უნივერსიტეტის ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურის მიერ.

კვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკურ პროგრამაში SPSS 20. კითხვარში ძირითადი ბლოკის დებულებების შესაფასებლად გამოყენებული იქნა ლიკერტის 5 ქულიანი სკალა, სადაც 1 ნიშნავს „სრულიად არ ვეთანხმები“, ხოლო 5 – „სავსებით ვეთანხმები“. ღია შეკითხვებით მიღებული თვისებრივი მონაცემები დამუშავდა თვისებრივი კონტენტ-ანალიზის გამოყენებით და თემატურად დაჯგუფდა.



## კვლევის შედეგები

ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა 151 სრულად შევსებული კითხვარი. გამოკვლევის დონის საერთო მაჩვენებელმა შეადგინა 37,5%. რესპოდენტების 51% მდებრობითი, ხოლო 49% მამრობითი სქესის წარმომადგენელია. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გამოკითხული სტუდენტების 45,0% ელექტრონული სწავლების პროცესს მიმდინარე სემესტრში დადებითად აფასებს, ხოლო 12,6% უარყოფითად. მნიშვნელოვანია, რომ სტუდენტების შეფასებაში 42,4% ნეიტრალური დამოკიდებულებაა.

კროსტაბულაციურმა ანალიზმა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები სქესის ან სწავლების წლების მიხედვით არ გამოავლინა.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობა სრულად არის ჩართული სასწავლო პროცესში, 13,2%-ს პერიოდულად აქვს შეფერხებები სასწავლო პროცესში ჩართვასთან დაკავშირებით, ხოლო სტუდენტების 2%-ს მნიშვნელოვანი პრობლემები აქვთ.

სტუდენტებმა, რომლებსაც პერიოდული ან ხშირი პრობლემები აქვთ ჩართული ელექტრონული სწავლების პროცესში ჩართვასთან დაკავშირებით, დაასახელეს შეფერხებების კონკრეტული მიზეზები (იხ. ცხრილი №1).

ელექტრონულ სასწავლო პროცესში სრულად ჩართვის ძირითად ხელისშემშლელ ფაქტორებად დასახელდა სამუშაო სივრცის არქონა (39,2%), ინტერნეტთან (13,0%) და ტექნოლოგიური მოწყობილობებთან (კომპიუტერი/სმარტფონი და სხვა) დაკავშირებული პრობლემები (8,7%). სტუდენტთა მესამედზე მეტმა აღნიშნა კატეგორია „სხვა მიზეზები“, რომელთა შორის დასახელდა შემდეგი ბარიერები:

- მოუქნელი სასწავლო განრიგი
- პირადი მიზეზები
- ელექტრონული სწავლების შეუფერებლობა მედიცინის ფაკულტეტთან
- მოტივაციის არქონა და სხვა.

გამოკითხვის ძირითადი ბლოკის შეკითხვები ეხებოდა სასწავლო პროცესის შედარებას 2019/2020 სასწავლო წლის გაზაფხულის

სემესტრში სასწავლო პროცესის მიმდინარეობასთან, როდესაც სტუდენტებისთვის პირველად ამოქმედდა დისტანციური რეჟიმი.

დებულებების მიმართ დამოკიდებულებები შეფასდა ლიკერტის 5 ქულიანი სკალაზე, თუმცა დებულებების ანალიზისას, 1 და 2 ქულა ჩაითვალა უარყოფით დამოკიდებულებად, 3 - ნეიტრალურად, ხოლო 4 და 5 - დადებით დამოკიდებულებად.

გამოკითხულ სტუდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ წინა სემესტრთან შედარებით მიმდინარე სემესტრში ზუმით ლექციები და სემინარული მეცადინეობები შეუფერხებლად მიმდინარეობს (შესაბამისად 54,2% და 48,2%). ასევე, უმრავლესობის აზრით, LMS და E-learning.tsu.ge პორტალი ელექტრონული სწავლების საჭიროებებზე უფრო მორგებული გახდა (შესაბამისად 45,2% და 50,4%). სტუდენტთა თითქმის თანაბარი ნაწილი ანტაგონისტურად აფასებს წინა სემესტრთან შედარებით ცხრილების მოწესრიგების საკითხს, სტუდენტთა 39,7% -ს დადებითი დამოკიდებულება აქვს, ხოლო 36,9%-ს უარყოფითი. სტუდენტების 45,0% აღნიშნავს, რომ სასწავლო მასალებზე ხელმისაწვდომობა თსუ-ს ელექტრონულ პლატფორმაზე (E-learning.tsu.ge) უკეთესია მიმდინარე სემესტრში, ხოლო გამოკითხულ სტუდენტთა ნახევარის (49,3%) აზრით შეფასების მეთოდები უფრო ადაპტირებულია ელექტრონულ სწავლებასთან.

სტუდენტების 42,6% მიიჩნევს, რომ წინა სემესტრთან შედარებით სტუდენტთა ჩართულობა მომატებულია, ხოლო 35% აღნიშნავს, რომ გაზრდილია ლექცია-სემინარებზე დამსწრე სტუდენტთა რაოდენობა. სტუდენტების პასუხების განაწილება წარმოდგენილია ცხრილში (იხ. ცხრილი №2).

სტუდენტებმა დაასახელეს ელექტრონული სწავლების პროცესში მათი აზრით გასაუმჯობესებელი ასპექტები (იხ. ცხრილი №3). სტუდენტებს შეეძლოთ აერჩიათ რამდენიმე პასუხი კითხვარში არსებული კატეგორიებიდან ან/და საკუთარი მოსაზრება დაეფიქსირებინათ გრაფაში „სხვა“.

გამოკითხულ სტუდენტთა აზრით გასაუმჯობესებელი მხარეებია:

- კომუნიკაცია ადმინისტრაციასთან - 17,4%

- სტუდენტთა მხარდამჭერი სერვისები - 15,0%
- სწავლების მეთოდები - 13,8%
- პროფესორ-მასწავლებელთა დროული უკუკავშირის - 12,4%
- კომუნიკაცია პროგრამის აკადემიურ პერსონალთან - 11,8%

ღია პასუხების ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა სტუდენტთა დამატებითი საჭიროებები:

- საგამოცდო დროის გაზრდა;
- შეფასების სისტემის დახვეწა;
- მოქნილი გრაფიკი.

### დისკუსია.

მართალია საერთაშორისო სტუდენტების უმეტესობა ჩართულია ელექტრონული სწავლების პროცესში, მაგრამ სტუდენტების გარკვეულ რაოდენობას აქვს სასწავლო პროცესში ჩართვის ნაწილობრივი და მნიშვნელოვანი პრობლემები. გასათვალისწინებელია, რომ ხელისშემშლელ წამყვან მიზეზად დასახელებულია სამუშაო სივრცის არქონა, თუმცა ამასთან ერთად ზოგიერთ სტუდენტს კვლავ აქვს ინტერნეტთან კავშირის და კომპიუტერული ტექნოლოგიების ფლობასთან დაკავშირებული პრობლემები. მიზანშეწონილია ჩაღრმავებული გამოკითხვის ჩატარება და საჭიროებების ინდივიდუალურ დონეზე გამოვლენა, სათანადო მხარდამჭერი ღონისძიებების გატარება, მაგალითად უსაფრთხოების დაცვის უზრუნველყოფით სტუდენტებისთვის სამუშაო სივრცეების მოწყობა, საჭიროების შემთხვევაში კომპიუტერული ტექნიკით და ინტერნეტით სტუდენტების უზრუნველყოფა.

წინა სემესტრთან შედარებით სტუდენტების თითქმის ნახევარი დადებითად აფასებს ზუმით ლექციების და სემინარული მეცადინეობების მიმდინარეობას, უნივერსიტეტის ელექტრონული პორტალის სწავლების საჭიროებებზე მორგებას, თსუ-ს ელექტრონულ პლატფორმაზე სასწავლო მასალებზე ხელმისაწვდომობას, შეფასების მეთოდების ადაპტირებას ელექტრონულ სწავლებასთან. მიუხედავად გამოვლენილი დადებითი შეფასებისა, შემდგომ კვლევას და ანალიზს მოითხოვს ნეიტრალური პასუხების დიდი წილი.

ელექტრონული სწავლების პროცესში წამყვან პრობლემად დასახელებულია ადმინისტრაციასთან კომუნიკაცია და

სტუდენტთა მხარდამჭერი სერვისების ფუნქციონირება, ხოლო აკადემიურ სფეროში - სწავლების მეთოდების და პროგრამაში ჩართულ აკადემიურ პერსონალთან კომუნიკაციის გაუმჯობესება და პროფესორ-მასწავლებლებისგან დროული უკუკავშირის მიღება. აღნიშნული მიუთითებს, რომ საერთაშორისო სტუდენტებს უპირატესად ადმინისტრაციული და მხარდამჭერი ხასიათის საკითხების მოგვარება ესაჭიროებათ. გასათვალისწინებელია, რომ საერთაშორისო სტუდენტებზე დამატებით განსხვავებული გარემოებები ზემოქმედებს, ეს არის სხვა ქვეყანაში ყოფნა, ოჯახისაგან მოშორებით ცხოვრება, რაც გარკვეულ წილად დაუცველობის განცდასთან არის დაკავშირებული. შესაბამისად მათი მხარდამჭერი ღონისძიებები განსაკუთრებულ გაძლიერებას მოითხოვს.

აუცილებელია ასევე ყურადღების გამახვილება აკადემიური პერსონალის მხრიდან საერთაშორისო სტუდენტებთან კომუნიკაციაზე და უკუკავშირის გაცემაზე. აკადემიურ პერსონალთან კვლევის შედეგების გაზიარებასთან ერთად საჭიროა სათანადო მიმართულებების გაუმჯობესება.

### დასკვნა

კორონავირუსის პანდემია სამედიცინო სკოლებში ელექტრონული სწავლების დანერგვის ერთგვარ კატალიზატორად იქცა. სამედიცინო განათლებაში ელექტრონული სწავლების კომპონენტების დანერგვა მოითხოვს სწორი სტრატეგიის განხორციელებას. ამ პროცესში მნიშვნელოვანია ელექტრონული სწავლებით კმაყოფილების კვლევა, რათა ქვეყანაში როგორც ადგილობრივი, ისე საერთაშორისო სტუდენტებისათვის უზრუნველყოფილი იქნას მაღალი ხარისხის სამედიცინო განათლება.

### მადლიერება

მადლობას უხდით ყველა სტუდენტს, ვინც მონაწილეობა მიიღო გამოკითხვაში და ხარისხის უზრუნველყოფის სამსახურის სტაჟიორს მარიამ გოგოლიძეს მონაცემთა დამუშავებაში მონაწილეობისათვის.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. Woolliscroft JO. Innovation in Response to the COVID-19 Pandemic Crisis. Acad Med. 2020 Aug;95(8):1140-1142.
2. Sklar D. P. (2020). COVID-19: Lessons From the Disaster That Can Improve Health Professions Education. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 95(11), 1631-1633.
3. UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization COVID-19 educational disruption and response. [https://en.unesco.org/themes/education-emergencies/coronavirus-school-closures\(2020\)](https://en.unesco.org/themes/education-emergencies/coronavirus-school-closures(2020)), 2020.
4. Bayham J , Fenichel EP . Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. Lancet Public Health. 2020;5:e271-e278.
5. Chertoff JD, Zarzour JG, Morgan DE, Lewis PJ, Canon CL, Harvey JA. The Early Influence and Effects of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Resident Education and Adaptations. J Am Coll Radiol. 2020 Oct;17(10):1322-1328.
6. Mian A, Khan S. Medical education during pandemics: a UK perspective. Brit Med Cent Med. 2020;18:100.
7. Regmi K, Jones L. A systematic review of the factors - enablers and barriers - affecting e-learning in health sciences education. BMC Med Educ. 2020 Mar 30;20(1):91
8. Schneider SL, Martha Laurin Council ML. Distance learning in the era of COVID-19. Arch Dermatol Res. 2020;8:1-2.
9. Bączek M, Zagańczyk-Bączek M, Szpringer M, Jaroszyński A, Woźakowska-Kapłon B. Students' perception of online learning during the COVID-19 pandemic: a survey study of Polish medical students. Research Square; 2020;
10. Chikhladze N., Pitskhelauri N. Public health education at times of Covid-19: challenges and opportunities on TSU's example. In the Book: Health-Education-Society. Poland, 2020.

ცხრილი №1. ელექტრონული სწავლების პროცესში ჩართვასთან დაკავშირებული პრობლემები

პრობლემების ძირითადი კატეგორიები	%
კომპიუტერი/სმარტფონი და სხვა ტექნოლოგიური მოწყობილობა	8.7%
ინტერნეტი	13,0%
სამუშაო სივრცე	39.2%
სხვა მიზეზები	39.1%
სულ	100%

ცხრილი №2. სტუდენტთა შეფასებები

მიმდინარე სემესტრში წინა სრულიად არ ვეთანხმები	1	არ ვეთანხმები	2	მეტნაკლებად ვეთანხმები	3	ვეთანხმები	4	სრულიად ვეთანხმები	5
ზუმით ლექცია შეუფერხებლად მიმდინარეობს	9.7%		10.4%		25.7%		28.5%		25.7%
ზუმით სემინარი/სამუშაო ჯგუფში მუშაობა შეუფერხებლად მიმდინარეობს	11.2%		16.8%		23.8%		25.8%		22.4%
LMS პორტალი ელექტრონული სწავლების საჭიროებებზე მორგებული გახდა	11.7%		19,0%		24.1%		24.8%		20.4%
E-learning.tsu.ge პორტალი ელექტრონული სწავლების საჭიროებებზე მორგებული გახდა	8.2%		21.1%		20.3%		25.6%		24.8%
მოწესრიგდა ცხრილები	17,0%		19.9%		23.4%		22.7%		17,0%
სწავლების მეთოდები ადაპტირებულია ელექტრონულ სწავლებაზე	7.8%		20.7%		18.6%		27.9%		25,0%
ყველა სასწავლო კურსის მასალა ხელმისაწვდომია E-learning.tsu.ge	17.1%		17.9%		20,0%		21.4%		23.6%
შეფასების მეთოდები ადაპტირებულია ელექტრონულ სწავლებაზე	10.3%		14.7%		25.7%		22.1%		27.2%
სტუდენტთა ჩართულობა გაზრდილია	19.4%		14.9%		23.1%		22.4%		20.2%
გაიზარდა ლექცია-სემინარებზე დამსწრე სტუდენტთა რაოდენობა	21.2%		11.7%		32.1%		16,0%		19,0%

ცხრილი №3. ელექტრონული სწავლების გასაუმჯობესებელი კომპონენტები

სწავლების კომპონენტები	%
ელექტრონული სწავლების ტექნოლოგიები	11.2%
პროფესორ-მასწავლებლების კომპეტენციები კომპიუტერული ტექნოლოგიების გამოყენების თვალსაზრით	9.3%
სწავლების მეთოდები	13.8%
შეფასების მეთოდები	7.4%
კომუნიკაცია ადმინისტრაციასთან	17.4%
კომუნიკაცია პროგრამის აკადემიურ პერსონალთან	11.8%
პროფესორ-მასწავლებელთა დროული უკუკავშირი	12.4%
სტუდენტთა მხარდამჭერი სერვისები	15%
სხვა	1.7%
სულ	100%



## საქართველოს ჯანდაცვის და განათლების სისტემების პრობლემები საერთაშორისო ინდექსების მიხედვით

მანანა ცერცვაძე<sup>1</sup>, ირინა მუჯირი<sup>1</sup>

<sup>1</sup> უნივერსიტეტი გეომედი

### აბსტრაქტი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება. მაღალია ფსიქიკური აშლილობების გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. სამწუხაროდ, ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად კვლავ ვერ პასუხობენ. სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. კვლევის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საჭიროებების და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის არსებული რესურსების ანალიზი. კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ექსპერტები და სერვისის მიმწოდებლები, ხოლო კვლევის მეთოდოლოგიად შეირჩა თვისებრივი კვლევა, კერძოს სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქვეყანაში პრობლემა პრიორიტეტულად მიჩნეული ჰოსპიტალური მომსახურება, ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხი, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, დე-ინსტიტუციონალიზაციის პროცესის განხორციელება და ა.შ.

**საკვანძო სიტყვები:** ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ჯანდაცვის სისტემა.

**ციტირება:** მანანა ცერცვაძე, ირინა მუჯირი. საქართველოს ჯანდაცვის და განათლების სისტემების პრობლემები საერთაშორისო ინდექსების მიხედვით. ჯანმრთელობის პოლიტიკა, სოციოლოგია და ეკონომიკა, 2021; 5

## Problems of health and education systems of Georgia according to international indices

Manana Tsertsvadze<sup>1</sup>, Irina Mujiri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University Geomedi

### Abstract

According to the World Health Organization, 450 million people worldwide have some form of mental health problem. The impact of mental disorders on life expectancy and personal and public life is high. Unfortunately, health systems still cannot adequately respond to the burden of mental disorders. The difference between the need for treatment and its delivery worldwide is enormous. The purpose of the research is to analyze the needs of people with mental health problems and the resources available to meet those needs. The target group of the research was mental health experts and service providers and qualitative research, in-depth interview, was selected as the research methodology. Research has shown that in the country problems are priority hospital services, lack of human resources, low quality of medical services, problem with geographical access, delayed implementation of de-institutionalization process, etc.

**Keywords:** mental health, healthcare.

**Quote:** Manana Tsertsvadze, Irina Mujiri. Problems of health and education systems of Georgia according to international indices. Health Policy, Sociology and Economics, 2021; 5

## შესავალი

„ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორი თავისი ღირსებითა და უფლებებით“, ვკითხულობთ ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში [1]. თითქოსდა, ეს მარტივი და ბუნებრივი დებულებაა, მაგრამ ჩვენს ირგვლივ არსებობენ ადამიანები, რომლებიც ყოველდღიურად დგებიან სხვადასხვა სიმძნელების წინაშე და ირღვევა მათი უფლებები. ამ ადამიანებს შორის არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებიც. მათი უფლებების, საჭიროებების დაკმაყოფილების და გამოწვევებთან ბრძოლის საკითხი აქტუალობას არ კარგავს, რადგან როგორც საქართველოში, ასევე მსოფლიოში ისინი უამრავი გამოწვევის წინაშე დგანან: საჭირო რესურსების ნაკლებობა, მომსახურებების დაბალი ხარისხი, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბარიერები, სტერეოტიპები და სხვა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება. [6] მაღალია ფსიქიკური აშლილობების გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. საქართველოში 2017 წლის მონაცემებით 88610 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირი რეგისტრირდება. 2017 წელს საქართველოში 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენდა 2376.9-ს, ხოლო დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4,841 ახალი შემთხვევა (129.9 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე). [2]

ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად ვერ პასუხობენ. სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76%-85% მდე ვერ იღებს მკურნალობას, ხოლო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი მაღალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის. უნდა აღინიშნოს, რომ დღესდღეობით მსოფლიო ქვეყნების 40%-ზე მეტს არ აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სადაზღვეო პოლისი, 30%-ს არ

გააჩნია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა, ხოლო 25% საერთოდ კანონმდებლობის გარეშეა დარჩენილი. [7]

საქართველოში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც სრულად ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს შემდეგ სერვისებს: სათემო ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, სტაციონარული მომსახურება და ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა. [3]

აღსანიშნავია, რომ 2006-2019 წწ მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის მოცულობა დიდ ცვლილებას არ განიცდის. ამ დანახარჯით მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებთან. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2006-2017 წლებში 3.2-ჯერ გაიზარდა [8]. ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე გაწეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და მხოლოდ 2,15%-ს შეადგენს [8]. სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე). ამისგან განსხვავებით, ევროპის ქვეყნებში სტაციონარულ სერვისებზე იხარჯება 9-31% და შედარებით მეტად ფინანსდება არაპოსპიტალური სერვისები. საქართველოში პირიქით დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა სამსახურების ხარჯები. [4]

80-იანი წლების ბოლოდან საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა. ჯანმრთელობის

მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 3.09/10000, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000. ქვეყანაში არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და ფსიქიატრიული კაბინეტები მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის სერვისის გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. [4]

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსის ნაკლებობასაც. ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მუშაკების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე საშუალოდ 9 ადამიანს შეადგენს (ვარიაბელობა 1-დან 50-მდე, ქვეყნების შემოსავლის მიხედვით). საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პერსონალი 100 000 მოსახლეზე 12,4. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მხრივ. სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22 ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრიის ექთანი და 13 სოც. მუშაკი. [5]

კვლევის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საჭიროებების და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის არსებული რესურსების ანალიზი. ასევე სახელმწიფოს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების მიდგომების შეფასება. შესაბამისად კვლევის ამოცანებია თემის ირგვლივ არსებული ლიტერატურული წყაროების შეკრება, სისტემატიზაცია, აღწერა, შედარება და ანალიზი; თემის აქტუალობის განსაზღვრა; საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული რესურსების შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის შეკრება, შესწავლა და ანალიზი; მცირე მასშტაბის კვლევის ჩატარება: „საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების და სფეროში არსებული რესურსების შესახებ“; სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში მოძიებული ლიტერატურული წყაროებისა და ჩატარებული მცირე მასშტაბის კვლევის საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

## მეთოდოლოგია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული გამოწვევების და რესურსების სიღრმისეული ანალიზისთვის მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ხარისხობრივი კვლევის ჩატარება, კერძოდ სიღრმისეული ინტერვიუების ჩატარება ექსპერტებთან და სერვისის მიმწოდებლებთან. კვლევის პროცესში გამოყებულია დელფის ანალიტიკური მეთოდი.

კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ექსპერტები და სერვისის მიმწოდებლები. სულ გამოიკითხა 10 რესპონდენტი, 6 მდედრობითი სქესის და 4 მამრობითი სქესის წარმომადგენელი. კვლევა ჩატარდა თბილისში 2019 წლის მაისის თვეში. კვლევის კითხვარი შედგებოდა 19 კითხვისგან.

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის დაწყების წინ მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე გამოითქვა ვარაუდი, რომ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები მრავალი პრობლემისა და საჭიროების წინაშე არიან, თუმცა ქვეყანაში არსებული რესურსები ადეკვატურად ვერ პასუხობს მათ საჭიროებს. სწორედ სფეროში არსებული რესურსების სიმცირე წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრობლემას, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მომსახურებების ხარისხზე და მდგომარეობაზე.

## შედეგები

გარემო, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები ცხოვრობენ რესპონდენტების უმრავლესობა საუბრობს საზოგადოებაში გავრცელებულ არასწორ, მცდარ შეხედულებებზე, რომლებიც ხელს უწყობს ამ ადამიანების მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავრცელებას. მათი აზრით ხშირ შემთხვევაში, საზოგადოებას არ აქვს სათანადო ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და არსებობს ბევრი სტერეოტიპი, რაც ხელს უშლის ამ ადამიანების მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

რესპონდენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ კლინიკის გარეთ უფრო გაჭირვებულად ცხოვრობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები, უჭირთ საბაზისო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. ერთ-ერთი რესპონდენტი ინტერვიუს დროს აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „პაციენტს რომ 100 ლარს



ამდევნენ პენსიას, რომელიც ქმედუნაროა ცხადია იგი ვერ იქნება უზრუნველყოფილი“.  
რესპონდენტების გადმოცემით არსებობს ხედვა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები არიან არაპროგნოზირებადები. მათგან მოსალოდნელია აგრესიული, სხვების მიმართ დამაზიანებელი ქცევის განხორციელება და ამიტომ საფრთხილია მათთან ურთიერთობა. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია): „როდესაც უკვე დიაგნოზი გაქვს განაპირობებს ეს უფლებების რღვევას. ჩემთვის თუ შეიძლება სახლში ყვირილი, ან თუნდაც მეზობელთან ყვირილი, ან რაღაც მსგავსი აფექტური ქცევა, ამაზე არავის რეაქცია არ ექნება, ჩაითვლება ნორმალურ ქცევად. ზუსტად იგივე რომ ჩაიდონოს დიაგნოზის მქონე პირმა, პირდაპირ ჩასვამენ და მოარბენინებენ აქ. ანუ მათ უხასიათობის გამოხატვის უფლებაც არ აქვთ.“

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების პრობლემები და საჭიროებები**

ოჯახის წევრების და ახლობლების თანადგომა რესპონდენტების გადმოცემით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს განსაკუთრებით ესაჭიროება ოჯახის წევრების და ახლობლების თანადგომა. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია): „ყველა ის საჭიროება აქვს რაც ყველა ადამიანს, ვფიქრობ რომ განსაკუთრებით სჭირდებათ სიყვარული და ერთგულება მათი დაუცველი მდგომარეობის მიმართ. ასევე ძლიერი ოჯახი, ოჯახის წევრების ინფორმირებულობა, ოჯახის წევრების შესაძლებლობა, მათი ინტელექტუალური და ემოციური ამტანობა, პაციენტების ქრონიკული მდგომარეობის მიღება და მოთმინებით ატანა, მათი გაგება. ზოგჯერ ახერხებს ამას ოჯახი, ზოგჯერ ვერა. ეს ძალიან ინდივიდუალური ამბავია, რომელიც დამოკიდებულია ჯიბეზე, გონებაზე და სულიერ მდგომარეობაზე“.

**საზოგადოებაში ინტეგრაცია**

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ სოციუმში როგორც ჩაერთვებიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები იმის მიხედვით აქვთ პრობლემებიც. რესპონდენტების აბსოლიტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ამ ადამიანებს უჭირთ სოციუმში თავის დამკვიდრება საკუთარი დიაგნოზიდან

გამომდინარე. საკუთარ თავში ჩაკეტილები ხდებიან და საკუთარ პრობლემაზე მიჯაჭვულები.

**საზოგადოების არაინფორმირებულობა**

მნიშვნელოვან პრობლემად რესპონდენტები ასევე ასახელებენ საზოგადოების არაინფორმირებულობას ფსიქიკური პრობლემებისა და სიმპტომების შესახებ. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „მათ ქცევაზე არასწორი რეაგირება მიკრო თუ მეზო დონეზე, იქნება ეს სკოლა, ბაღი, სოციალური გარემო, ოჯახი თუ სხვა. მნიშვნელოვანია ყველა იმ გარემოში, სადაც პაციენტი იმყოფება იცოდნენ ქცევაზე სწორი რეაგირება, რათა უფრო არ განუმტკიცდეს პაციენტს მისი პრობლემა“.

რესპონდენტები ასევე აღნიშნავენ შემდეგ პრობლემებს: თავად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების არაინფორმირებულობა საკუთარი დიაგნოზისა და სიმპტომების შესახებ, სოციალური უზრუნველყოფის, სერვისების ნაკლებობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების დასაქმების პრობლემას.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მატერიალური რესურსი**

რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მატერიალური რესურსი არასაკმარისია. მიუხედავად წინა წლებთან შედარებით გაზრდილი ბიუჯეტისა, მათი აზრით არსებული დაფინანსება მაინც ვერ პასუხობს ადეკვატურად პაციენტთა საჭიროებებს და მხოლოდ ძირითად და ბაზისურ საჭიროებებს აკმაყოფილებს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „ნამდვილად არასაკმარისია იმიტომ რომ ჯერ ერთი თერაპიული მედიკამენტების ნაკლებობაა სერიოზული, არჩევანი არ არის მედიკამენტებზე. მედიკამენტების მხოლოდ საშუალო ხარისხია მიღწეული.“ რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ ასევე ინფრასტრუქტურის მდგომარეობის შესახებ. მათი აზრით სტაციონარი უნდა იყოს უფრო მეტად კეთილმოწყობილი. უნდა აღინიშნოს, რომ რესპონდენტების გადმოცემით ნელ-ნელა ამ სფეროში დაფინანსება იზრდება და უკეთესობისკენ იცვლება ყველაფერი.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ადამიანური რესურსი**



რესპონდენტების აზრით არ შეიძლება 200 კაციან საავადმყოფოს ერთი ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი ჰყავდეს. ასევე თვლიან, რომ ფსიქიატრის, სანიტარის, მომვლელის და ექთნის რაოდენობაც არ არის საკმარისი. მნიშვნელოვან პრობლემად ასახელებენ სფეროში ნარკოლოგების არარსებობას. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „გვაკლია, არ გვყავს ნარკოლოგები. რადგან შეიძლება მოვიდეს პაციენტი, დასვა დიაგნოზი, რომელიც არის აშკარად ფსიქოზი მაგრამ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შედეგად განვითარებული. ამ შემთხვევაში საჭიროა ნარკოლოგის კონსულტაცია.“ რესპონდენტების აზრით ადამიანური რესურსის სიმცირეს ემატება ასევე კვალიფიციური კადრების არარსებობაც. რესპონდენტების აზრით ზოგადად ჯანდაცვაში კვალიფიციური სპეციალისტების პრობლემაა, იმიტომ რომ არ არის უწყვეტი სამედიცინო განათლება. ფსიქიატრიული ექთნის მომზადების ელემენტარული პროგრამა არარსებობს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „სპეციალიზაცია არ არის ფსიქოთერაპევტების, არარეგულირებადი სპეციალობებია და იმიტომ ხშირად ისეთი ადამიანები საქმდებიან ვისაც არ აქვს შესაფერისი კვალიფიკაცია. იგივე შემთხვევა ვთქვა ფსიქოლოგიურ მომსახურების მიმწოდებლებზე და ასევე სოციალურ მუშაკებზე. არ გვაქვს კლინიკური სოციალური მუშაკის პროგრამა და არ გვყავს სოციალური მუშაკები, რომლებმაც კარგად იციან ფსიქიატრია“.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სერვისები**

რესპონდენტების აზრით სერვისების მხრივ ყველა მიმართულებით პრობლემაა. მათი აზრით, სამედიცინო კუთხით შეიძლება მედიკამენტები არის, მაგრამ ბოლო 5-10 წლის გამოშვებული მედიკამენტები არ არის შემოსული. ისინი აღნიშნავენ, რომ პირველი და მეორე თაობის მედიკამენტები არის ქვეყანაში, მაგრამ შემდგომი ატიპიური ანტიდეპრესანტების მწირი არჩევანია, ასევე ანტიფსიქოზური ახალი თაობის პრეპარატების არჩევანიც ისეთი არ არის როგორც იგივე ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში (ბელორუსიაში, უკრაინაში, მოლდოვაში). რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ ასევე იმ ფაქტზე, რომ

წამლის დანიშვნისას უნდა კეთდებოდეს შესაბამისი ანალიზები, კონცენტრაციის შემოწმება ამა თუ იმ პრეპარატის სისხლში და ა.შ. მათი აზრით, პრეპარატებს აქვთ გვერდითი მოქმედებები და იმიტომ პერიოდულად უნდა კეთდებოდეს ენდოკრინული სისტემის და ფარისებრთა ჯირკვლის ანალიზი, რაც გაიღვლინებშია მოცემული მაგრამ ამას ვერ აკეთებენ, რადგან თანხებთანაა დაკავშირებული. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისების განვითარების ნაწილს რაც შეეხება აქ უკვე რესპონდენტები კადრების პრობლემას და სახელმწიფო დაფინანსების ნაკლებობას ასახელებენ ამ სერვისების განვითარების ხელისშემშლელ მთავარ პრობლემად.

**მომსახურებების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა**

ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მომსახურებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესდა, იმიტომ რომ ამბულატორიები დაემატა და დაფინანსება შეიცვალა, თუმცა მაინც პრობლემებია. მაგ: ამბულატორია უნდა იყოს 43 ადგილას და გვაქვს 35 ადგილას. ბოლო ორი წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა მათი რაოდენობა, მანამდე იყო 20-22. თუმცა ხარისხი, კადრების რაოდენობა და კვალიფიკაცია დიდ პრობლემას წარმოადგენს. რესპონდენტების გადმოცემით შეიძლება ამბულატორიები რაოდენობრივად გვაქვს, მაგრამ არასრულფასოვნადაა დაკონპლექტებული. რესპონდენტების აზრით, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე მიუთითებს ასევე მობილური გუნდის განვითარებაც, რომელიც სწორედ ამაზეა გათვლილი.

**დე-ინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია**

ძირითადად ფსიქიატრები თვლიან, რომ დიდ დაწესებულებაში უკეთესი სიტუაციაა. მათი აზრით, დიდ დაწესებულებაში უფრო კომფორტული გარემოს შექმნა შესაძლებელი. თვლიან, რომ არანაირი განსხვავება არ არის 30 კაციან განყოფილებასა და დიდი დაწესებულების განყოფილებას შორის სადაც 80 პაციენტი. მათი გადმოცემით არ ირღვევა პაციენტების უფლებები, ყველასთან ინდივიდუალური მიდგომით მუშაობენ და ეჭვი ეპარებათ, რომ დიდ სტაციონარში გასხვავებულად ექცეოდნენ პაციენტს და პატარა დაწესებულებაში განსხვავებულად.

რესპონდენტების ნაწილის აზრით, სტაციონარში მხოლოდ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ხვდებოდეს პაციენტი როდესაც ამის აუცილებლობაა და სხვა გზა არაა. მანამდე თემში ისე უნდა ემსახურებოდნენ, სერვისები ისე უნდა იყოს განვითარებული, რომ შეაფერხოს სტაციონარში ადამიანის მოხვედრა, მაგ: რეზიდენტული საცხოვრებლები. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „კლინიკა არ გამოირიცხავს რომ იყოს თუნდაც მობილური გუნდი, პირიქით ავსებს და ერთმანეთს ეხმარება. მაგ: როდესაც გვიმწვავდება პაციენტი და ამბულატორიულ სერვისში უბრალოდ უმართავია, ამ შემთხვევაში საჭიროა მისი სტაციონარში განთავსება. ვფიქრობ რომ ბალანსირებული მოვლა საუკეთესო გამოსავალია.“

რესპონდენტების უმრავლესობა თვლის, რომ დე-ინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის შესრულება შეფერხებულია რადგან ძალიან ძვირი ჯდება. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (ამონარიდი რესპონდენტის ინტერვიუდან, სტილი დაცულია) „წარმოიდგინეთ ის რაც არის უნდა დაიხუროს და გაკეთდეს ახალი. მივესალმები ამ სტრატეგიას, ესაა ის კონცეფცია რომელიც ჩვენმა ქვეყანამ დაამტკიცა და ამ სფეროს წარმომადგენლების მიერ იყო შემუშავებული. მაგრამ ალბათ დროც უნდა და ნებაც. როგორც უკვე გითხარტ დე-ინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია ძვირი ჯდება, ჯერ ამის გააზრება იყო რთული. 2015-2020 წლის სტრატეგიის 40% არის შესრულებული, 60% ჯერ კიდევ წინაა“.

**სახელმწიფოს როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა გამოწვევებთან გამკლავებაში**

რესპონდენტების აზრით სახელმწიფოსთვის პრიორიტეტული უნდა იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო, რადგან წლების განმავლობაში ამ ადამიანების რიცხვი არათუ კლებულობს, არამედ იზრდება. მათი აზრით საჭიროა ისეთი მომსახურებების, ისეთი ხარისხის მომსახურებების მიწოდება პაციენტებისთვის, რომლებიც პრევენციული ხასიათის იქნება და შეამცირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა რაოდენობას. რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ შემდეგ საკითხებზე:

- სოციალური გარემოს გაუმჯობესება
- დაფინანსების გაზრდა ყველა მომსახურებაში
- ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება

- „შელტერების“ ტიპის საცხოვრისები
- უფრო მეტი ფსიქოლოგიური მომსახურებების არსებობა
- თემზედაფუძნებული სერვისების-ასერტული გუნდის გაფართოება
- ბავშვთა და მოზარდთა მომსახურებების გაუმჯობესება
- სხვადასხვა თერაპიული წრეების განვითარება
- სფეროში კვალიფიციური სპეციალისტების არსებობა და მათი უწყვეტი განათლების შესაძლებლობა
- ფსიქოგანათლების გაზრდა საზოგადოებაში

**დასკვნა**

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქვეყანაში პრობლემაა პრიორიტეტულად მიჩნეული ჰოსპიტალური მომსახურება, ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხი, საზოგადოების შიში, იზოლაცია და დისკრიმინაცია ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მიმართ. კვლევის მიხედვით დიდ გამოწვევად რჩება გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა. რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას არ შეუძლია ისარგებლოს მრავალფეროვანი სერვისებით. ასევე განუვითარებელი რჩება მულტიდისციპლინარული მიდგომა, ხოლო დამკვიდრებული სტაციონარული მომსახურება ხელს უშლის დე-ინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მიმდინარეობას და საავადმყოფოს გარე, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება/ჩამოყალიბებას ქვეყანაში. თავად საავადმყოფოებში კი უდიდეს სირთულეს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხის არსებობა, იაფასიანი წამლები, არასათანადო საცხოვრებელი პირობები და ჯერ კიდევ პოპულარული სამედიცინო მოდელები.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა კეთილდღეობაზე მოქმედებს საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონე, რაც გამოხატულია მათ მიმართ დისკრიმინაციასა და უგულვებელყოფაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს არ აქვთ მუშაობის დაწყების ისეთივე პირობები, როგორც ყველას. გამოწვევად რჩება ასევე მათთვის სოციალური წრისა და საცხოვრებლის არარსებობაც.

**გამოყენებული ლიტერატურა**

- ბავშვის უფლებათა კონვენცია. (1989). unicef საქართველოში. Retrieved from

www.unicef.org:

[https://wcmprod.unicef.org/georgia/sites/unicef.org/georgia/files/2019-03/CRC\\_ge.pdf](https://wcmprod.unicef.org/georgia/sites/unicef.org/georgia/files/2019-03/CRC_ge.pdf)

- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. Retrieved from [www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge): <http://www.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=4dc003a2-182f-48e8-a402-841573156f14>
- პაჭკორია, თ., ლადიძე, ა., ჰენია, ჰ. (2012). სმენის დარღვევის მქონე მოსწავლეების სწავლება. Retrieved from [http://ncp.ge/files/inclusion%20education/wignebi/smenis\\_dargvevis\\_mqone\\_mostavleebis\\_stavleba\\_-\\_shigtavsi.pdf?fbclid=IwAR1c2B82SVASoM99E1Of1Y7Ibm28CW1mqdrb6tEPhHfNs1PwFV5qXQrM62k](http://ncp.ge/files/inclusion%20education/wignebi/smenis_dargvevis_mqone_mostavleebis_stavleba_-_shigtavsi.pdf?fbclid=IwAR1c2B82SVASoM99E1Of1Y7Ibm28CW1mqdrb6tEPhHfNs1PwFV5qXQrM62k)
- საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. (2018, თებერვალი 23). ინკლუზიური განათლების დანერგვის, განვითარებისა და მონიტორინგის წესების, აგრეთვე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა იდენტიფიკაციის მექანიზმის დამტკიცების თაობაზე. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4007539?publication=0&fbclid=IwAR2YqHpsW3qdUsTXmtmxVkOSDqy2H8RMthRZyO98xLo3y59ITwdEyXzeLzw>
- საქართველოს პარლამენტი. (2014, მაისი 7). Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2339687?publication=1>
- საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრო. (2014). დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289?publication=0>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2012). Retrieved from <http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/18663>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2019). Retrieved from <http://www.ombudsman.ge/res/docs/2019061419175345379.pdf>
- ჭინჭარაული, თ. (2013). Retrieved from <http://vet.ge/wp-content/uploads/2013/10/book4.pdf?fbclid=IwAR>

0bm61GrP\_OMUWRH8O5IbYitNXN3hjHYwm  
yigjRFAF2WiYLn51av1bVuU