



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

6

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



6

2022

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

№ 6



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

თბილისი 2022 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 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983



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)
თამარ ლობჯანიძე - ჯანმრთელობის მეცნიერებათა სკოლის დირექტორი, (საქართველოს 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 სინარულიძე - 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 კირთაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
ირაკლი სასანია - ჯანდაცვის ციფრული ტექნოლოგიების კომპანია "MyDoc"
გივი ბედიანაშვილი - ეკონომიკის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

ლელია 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)
ლელია აფშარი - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
თისა ვიჯარეთნი - დოქტორი, პროფესორი, მეღებურნის უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
ჯირი რადა - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
სტივ პოლგერი - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
გიორგი შაქარიშვილი - 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)
Tamar Lobzhanidze - Director of the School of Health Sciences, (University of Georgia)
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)
Irakli Sasania - Health Digital Technology Company "MyDOC";
Irma Kirtadze - Doctor of Public Health (Ilia State University)
Givi Bedianashvili - Doctor of Economics (European University)

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. ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა. ევროკავშირის, როგორც გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიის მნიშვნელოვანი აქტორის როლის გაძლიერება
2. მარიამ ზარნაძე, ნატა ყაზახაშვილი. აბორტზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შეფასება საქართველოში
3. თამარ აზიკური, თენგიზ ვერულავა. მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის
4. მილორდ შენგელია. Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი უნდობლობა: აცრის გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებული ბარიერები
5. გულნარა აბაშიძე. ოჯახის ექიმის სისტემის განვითარება ტაივანში
6. ნინო ქევხიშვილი. ეთნიკური უმცირესობები და COVID-19
7. დიანა ნემსაძე. მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასწარმოქმნა მოლდოვეთში: გამოცდილება, გამოწვევები
8. მეტონიძე ირინა. საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტირება: გავლენა ხარჯებზე, მოცულობასა და ხარისხზე
9. მათა მაჭავარიანი-წერეთელი. კოვიდ-19-ით გამოწვეული პანდემია და ფსიქიკური ჯანმრთელობა
10. მარიამ პეტრიაშვილი. დედების მიერ თანდაყოლილი მალფორმაციის მქონე ახალშობილების აღქმა და ემოციური დამოკიდებულება
11. თეკლე კენტელაძე, თინათინ ლოხუტაშვილი. საპენსიო დაზღვევის რეფორმა საქართველოში
12. ნინო ჩერქეზიშვილი. ჩაგრულთა გაკვეთილები
13. ნუგეშა გრიგალაშვილი. მცირე ზომის ენდომეტრიოზის ადრეული დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობა

Content

1. **Ani Sikhuashvili, Mariam Berulava, Tengiz Verulava.** Strengthening the EU's Role as an Important Actor in Global Health Diplomacy
2. **Mariam Zarnadze, Nata Kazakhashvili.** Assessment of the impact of social determinants on abortion in Georgia
3. **Tamar Azikuri, Tengiz Verulava.** Pharmaceutical Price Regulation Policy: Recommendations for Georgia
4. **Milord Shengelia.** Distrust of the Covid-19 vaccine: barriers to the decision to vaccinate
5. **Gulnara Abashidze.** The Development of Family Medicine in Taiwan
6. **Nino Kevkhashvili.** Ethnic Minorities and COVID-19
7. **Nino Cherkezishvili.** The lesson e of the Oppressed
8. **Metonidze Irina.** Global hospital budgeting: implications for costs, volume and quality
9. **Maya Machavariani-Tsereteli.** The covid-19 pandemic and mental health
10. **Mariam Petriashvili.** Maternal perception in terms of newborns with a congenital malformation
11. **Thekle Kenteladze, Tinatin Lukhutashvili.** Pension insurance reform in Georgia
12. **Diana Nemsadze.** Reference pricing for medicines in Moldova: experience, challenges
13. **Nugesha Grigalashvili.** Early diagnostics and surgical treatment of small size endometrium



ევროკავშირის, როგორც გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიის მნიშვნელოვანი აქტორის როლის გაძლიერება

ანი სიხუაშვილი¹, მარიამ ბერულავა¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

² მედიცინის და ჯანმდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატია დღევანდელ რეალობაში უპრეცედენტოდ მნიშვნელოვანია, რამდენადაც არაერთი პანდემია და დაავადება მსოფლიოსათვის დღემდე მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. კვლევის მიზანია, ევროკავშირის კონკრეტული ნაბიჯებისა და პოლიტიკების შესწავლით დადგინდეს ორგანიზაციის როლი მსოფლიო ჯანდაცვის დიპლომატიაში. თვისებრივი კვლევის მეთოდის შემთხვევის შესწავლის (case-study) მეშვეობით გაანალიზდა ევროკავშირის კონკრეტული პოლიტიკები/ნაბიჯები. კვლევამ აჩვენა, რომ დროთა განმავლობაში ევროკავშირის ჩართულობა და წვლილი გლობალური ჯანდაცვის საკითხებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა. დღემდე ევროკავშირმა შეიმუშავა გლობალური ჯანდაცვის არა ერთი სტრატეგია და აქტიურად თანამშრომლობს გაეროსთან და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან მსოფლიოში ჯანმრთელობის საკითხების რეგულაციისა და ამ თვალსაზრისით ქმედებების კოორდინაციის მიზნით. იგი მნიშვნელოვანი პარტნიორია ჯანმრთელობის თითქმის ყველა საკითხში და მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს გლობალური ჯანდაცვაში, როგორც პოლიტიკური, ისე- ეკონომიკური და ფინანსური თვალსაზრისით

საკვანძო სიტყვები: ევროკავშირი, ჯანდაცვის დიპლომატია, გლობალური აქტორი, რბილი ძალა.

ციტირება: ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა. ევროკავშირის, როგორც გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიის მნიშვნელოვანი აქტორის როლის გაძლიერება. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Strengthening the EU's Role as an Important Actor in Global Health Diplomacy

Ani Sikhuashvili¹, Mariam Berulava¹, Tengiz Verulava²

¹ Faculty of Social and Political Sciences, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

² School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University

Abstract

Global health diplomacy is unprecedentedly important in today's reality, as many pandemics and diseases are still an important challenge for the world. The purpose of the study is to determine the role of the organization in global health diplomacy by studying the specific steps and policies of the European Union. Specific policies/steps of the European Union were analyzed through the qualitative research method case-study. The study shows that the EU's involvement and contribution to global health issues has increased significantly over time. To date, the European Union has developed more than one global health strategy and actively cooperates with the United Nations and other international organizations in order to regulate health issues in the world and coordinate actions in this regard. It is an important partner in almost all health issues and a significant contributor to global health, both politically, economically and financially.

Keywords: EU, health diplomacy, global actor, soft power.

Quote: Ani Sikhuashvili, Mariam Berulava, Tengiz Verulava. Strengthening the EU's role as an important actor in global health diplomacy. *Health Policy, Economics and Sociology*, 2022; 6.

შესავალი

გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატია დღევანდელ რეალობაში უპრეცედენტოდ მნიშვნელოვანია, რამდენადაც არაერთი პანდემია და დაავადება მსოფლიოსათვის დღემდე მნიშვნელოვანი გამოწვევაა (Elsayed, 2019). გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატია მოიცავს მოლაპარაკებების პროცესებს, რომლებიც აყალიბებენ და წარმართავენ გარემოსდაცვითი და ჯანდაცვითი საკითხების შესახებ გლობალურ პოლიტიკას. ამ პროცესებში მნიშვნელოვანია ქვეყნებს შორის მოლაპარაკებებისა და შეთანხმებების არსებობა, რამდენადაც აღნიშნული სფეროს მკვლევრები და პოლიტიკის მრჩეველები ჯანდაცვაში რიგი მულტინაციონალური პროექტების დაგეგმვისას ერთიანდებიან (Kickbush, et.,2013). თუმცა, რამდენადაც, ერთი მხრივ, ჯანდაცვის სფეროში არსებული გამოწვევები ქვეყნებს თანამშრომლობისაკენ უბიძგებს, მეორე მხრივ, გავლენა ჯანდაცვის სფეროზე, განსაკუთრებით გლობალურ ასპექტში, შესაძლოა, ზოგიერთი ქვეყნის მიერ გამოყენებულ იქნას როგორც რბილი ძალა ეროვნული ინტერესების მისაღწევად (Elsayed, 2019).

ევროკავშირის როლი მსოფლიო პოლიტიკაში განსაკუთრებით ცივი ომის შემდეგ გაიზარდა, რამდენადაც ორგანიზაცია მრავალი რეგიონთაშორისი შეთანხმების კერად იქცა. ამ ფაქტმა კი გააძლიერა ორგანიზაციის როლი გლობალურ სავაჭრო, კულტურულ, უსაფრთხოებისა და ეკონომიკურ სფეროებში (Söderbaum, Langenhove, 2006). მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ევროკავშირის დამაარსებლებს თავდაპირველად გლობალური ჯანდაცვის საკითხებში აქტიურად ჩართვა არ ჰქონიათ მიზნად დასახული, თუმცა დღეს ორგანიზაცია ამ თვალსაზრისით მეტად აქტიურ ნაბიჯებს დგამს და მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ლისაბონის ხელშეკრულების იმპლემენტაციაშიც. ეს გარდატეხა, ფაქტობრივად, მასტრიხტის ხელშეკრულებით დაიწყო, რამდენადაც პირველად გამოჩნდა ევროკავშირის კომპეტენციის გარღვევა წევრ ქვეყნებთან მიმართებაში გლობალური ჯანდაცვის საკითხებში უსაფრთხოების საერთო პრობლემების შესახებ.

ევროკავშირის განხილვა გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიაში მნიშვნელოვანია, რამდენადაც იგი არ წარმოადგენს ერთიან აქტორს, არამედ ევროკავშირი აერთიანებს 27 სახელმწიფოს, თუმცა ის ფაქტი, რომ ეს სახელმწიფოები ხშირად მზად არიან დათმონ საკუთარი სუვერენიტეტის ნაწილი ერთიანი პოლიტიკის გასატარებლად, გლობალურ პროცესებში ევროკავშირს შედარებით გავლენიან აქტორად წარმოადგენს. ევროკავშირისთვის ჯანდაცვის

საკითხები საკმაოდ პრიორიტეტულია, რაზეც მეტყველებს ის გარემოება, რომ მისი შემადგენელი უმთვერესი ორგანოები ამ სფეროში შეთანხმებულად და კოორდინირებულად მოქმედებენ. ევროპარლამენტის ფარგლებში ჯანდაცვის საკითხებს განიხილავს გარემოს დაცვის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სურსათის უვნებლობის კომიტეტი. რაც შეეხება ევროკავშირის საბჭოს, კავშირის მთავარ გადაწყვეტილებების მიმღებ ორგანოს, აქ ჯანდაცვის საკითხები განიხილება დასაქმების, სოციალური პოლიტიკის, ჯანმრთელობისა და მომხმარებელთა საკითხთა საბჭოს მიერ (Kickbush, et.,2013).

ევროკავშირის მიერ ჯანდაცვის პირველი სტრატეგია მიღებული იქნა 2007 წელს, რამდენადაც ევროკავშირის მიზანს წარმოადგენდა საკუთარი პოზიციის გაძლიერება გლობალური ჯანდაცვის სისტემაში. საინტერესოა, რომ ევროკავშირი შეიმუშავებს ახალ გლობალურ სტრატეგიას, რომელიც მოიცავს როგორც ევროპული საზოგადოების გეგმას 2030 წლის ჩათვლით, ასევე რიგ ჯანდაცვით და გეოპოლიტიკურ გამოწვევებს, რაც კიდევ უფრო მეტად აქტუალურს ხდის მისი მნიშვნელობის განხილვას გლობალური ჯანდაცვის სფეროში. (Kursaal, 2022).

კოვიდ-19-ის პანდემიამ ევროკავშირი გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ყურადღების ცენტრში მოაქცია. კიდევ უფრო გაძლიერდა ევროკავშირის ჩართვა კოვიდ 19-ის შესახებ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეზოლუციებში. ევროპის თანამეგობრობამ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობა ჯერ კიდევ 1972 წლიდან დაიწყო. აღსანიშნავია, რომ ევროკავშირის საბჭომ წამოაყენა წინადადება გლობალური პანდემიის ხელშეკრულების ჩამოყალიბების შესახებ. გლობალური ჯანდაცვის შესახებ ამგვარი მოლაპარაკებების ჩამოყალიბებით ევროკავშირმა განიმტკიცა როლი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციაში, რომლის მიერ მიღებული რეზოლუციების 70%-დან 90%-მდე ნაწილი შეიცავს ევროკავშირის კანონმდებლობით გათვალისწინებულ კომპონენტებს (Kickbush, et.,2013).

მეთოდოლოგია

ევროკავშირი კომპლექსურ ორგანიზაციას წარმოადგენს, რომელსაც გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკაზე დიდი გავლენა აქვს. შესაბამისად, მოცემული კვლევის მიზანია, ევროკავშირის კონკრეტული ნაბიჯებისა და პოლიტიკების შესწავლით დადგინდეს ორგანიზაციის როლი მსოფლიო ჯანდაცვის დიპლომატიაში. ხოლო საკვლევი კითხვა ფორმირდება შემდეგნაირად: რა როლს ასრულებს ევროკავშირი გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიაში? კვლევის პროცესში საკვლევ კითხვაზე პასუხის გასაცემად დამუშავდა და კრიტიკულად გაანალიზდა საკითხზე არსებული რიგი მნიშვნელოვანი ინგლისურ და ქართულენოვანი აკადემიური ნაშრომები. გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი შემთხვევის შესწავლა (case-study), რომლის მეშვეობითაც გაანალიზდა ევროკავშირის კონკრეტული პოლიტიკები/ნაბიჯები.

ევროკავშირი გლობალურ ჯანდაცვაში

ევროკავშირის როლი გლობალურ ჯანდაცვაში, სავარაუდოდ, სხვა პოლიტიკის სფეროებში მისი გამოცდილებიდან გამოიხატება. ცივი ომის დასრულების შემდეგ ევროკავშირმა თანდათან გააფართოვა თავისი საერთაშორისო ურთიერთობები, საგარეო პოლიტიკა და მსოფლიო პოლიტიკაში გლობალური აქტორი გახდა. იგი სწრაფად იქცა მრავალი რეგიონთაშორისი შეთანხმებების კერად მსოფლიოს არაერთ რეგიონში. რეგიონული და რეგიონთაშორისი ურთიერთობების ხელშეწყობა კი არა მხოლოდ ამართლებს და აძლიერებს ევროკავშირის, როგორც გლობალური „აქტორის“ არსებობას და ეფექტურობას, სტრატეგია ასევე ხელს უწყობს სხვა რეგიონების ლეგიტიმურობასა და სტატუსს, რაც იწვევს ჯვარედინი რეგიონთაშორისი ურთიერთობების გაღრმავებას სავაჭრო, ეკონომიკურ თუ ჯანდაცვის

ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა

სფეროებში (Söderbaum, Langenhove, 2006). ევროკავშირის ლიდერის როლი გამოიხატა კლიმატის პოლიტიკაში, სადაც ევროკავშირი განიხილება როგორც მამოძრავებელი ძალა და წარმატებული მედიატორი. კავშირი ასევე აქტიურად იყო ჩართული სამშვიდობო მოლაპარაკებებში საერთაშორისო შუამავლის როლის დამყარების მიზნით. უფრო მეტიც, ევროკავშირი განიხილება, როგორც გლობალური დაფინანსების აქტორი. განსაკუთრებით მდგრადი განვითარების პოლიტიკაში, ევროკავშირი განიხილება, როგორც მთავარი დონორი. ფუნქციებისა და ვალდებულებების მრავალფეროვანი სპექტრიდან გამომდინარე, ევროკავშირი არის გამორჩეული, როგორც მრავალმხრივი განვითარებისა და სავაჭრო აქტორი. (Bergner, 2021).

ევროკავშირზე საუბრისას, უპირველეს ყოვლისა, მნიშვნელოვანია, რომ განვიხილოთ ის პროცესები, რომელთა ირგვლივაც განვითარდა ორგანიზაცია ნაბიჯ-ნაბიჯ ეკონომიკური ინტეგრაციის იდეის გარშემო. ყველაფერი ევროპის ქვანახშირისა და ფოლადის გაერთიანების დამფუძნებელი ხელშეკრულებით დაიწყო 1951 წლის 18 აპრილს, რასაც ევროპის ეკონომიკური გაერთიანებისა და ევროპის ატომური გაერთიანებების ხელშეკრულებები მოჰყვა, რომელთაც საბოლოოდ „ევროპული საზოგადოებები“ ეკონომის სფეროში ღრმად დააკავშირეს. შესაბამისად, შეიძლება ითქვას, რომ საწყის ეტაპზე ევროკავშირის მთავარი ფოკუსი ეკონომიკური სექტორი იყო, თუმცა 1993 წელს მასტრიხტის ხელშეკრულებამ აღნიშნა გარღვევა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში და გამოყო ცალკე მუხლი ჯანმრთელობის შესახებ, რომელიც დაავადებების გავრცელების პრევენციაზე იყო ფოკუსირებული, თუმცა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კანონმდებლობისათვის ნაკლებად გამოდგებოდა. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის ძირითადი ნაწილები დროთა განმავლობაში მხოლოდ ხელშეკრულების სხვა მუხლების (ძირითადად ხელშეკრულების სოფლის მეურნეობის, ერთიანი ბაზრის, გარემოს ფსიქიკური ან ჯანმრთელობისა და სამუშაოს უსაფრთხოების დებულებების გამოყენებით) საფუძველზე შემუშავდა. მათ მხედველობაში მიიღეს ჯანმრთელობის პრობლემები, თუმცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანმიმდევრულ კონცეფციას არ მიჰყვებოდნენ, რამაც განაპირობა ცალმხრივი მიდგომა ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ კანონმდებლობაში ევროპულ დონეზე. ამ პერიოდში მკაფიო სამართლებრივი საფუძვლის არარსებობის მიუხედავად, ნარკომანიის, კიბოს და შიდსის შესახებ ცნობიერების ამაღლებამ, ევროკავშირში პაციენტებისა და ჯანდაცვის პროფესიონალების მზარდ თავისუფალ გადაადგილებასთან ერთად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დღის წესრიგში კიდევ უფრო დააწინაურა. ამ თვალსაზრისით, აღსანიშნავია კიბოს პირველი საზოგადოებრივი პროგრამა (რომელმაც საბოლოოდ განაპირობა თამბაქოს კონტროლის ძირითადი აქტივობები ევროპულ დონეზე) და 1991 წელს შიდსის წინააღმდეგ პროგრამა. მთელი ამ წლების განმავლობაში ევროპარლამენტი იყო ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი აქტორი ევროკავშირის ჯანდაცვის ქმედებების გაძლიერების თვალსაზრისით, ფინანსური პროგრამების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სურსათის უვნებლობისა თუ ფარმაცევტული კანონმდებლობის მეშვეობით პარლამენტი ჯანდაცვის მოქმედებების ძალიან ძლიერი მხარდამჭერი და ხელშემწყობი იყო. ამასთანავე ევროპის მართლმსაჯულების სასამართლო ძირითადად პრეცედენტული სამართლის მეშვეობით ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის თავისუფლებასთან დაკავშირებით ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვან მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენდა.

მიღწეული პროგრესისა და გადადგმული ქმედითი ნაბიჯების მიუხედავად, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული სერიოზული კრიზისები აუცილებელი იყო ევროკავშირის შიგნით ჯანმრთელობის საკანონმდებლო დებულებების გასაუმჯობესებლად. ამგვარ კრიზისებს განეკუთვნება საფრანგეთში ჰემოფილებისთვის დაბინძურებული სისხლის მიწოდება, რომლითაც დაირღვა ევროკავშირის სისხლის უსაფრთხოების კანონმდებლობა. ამას

დაერთო 2001 წლის 11 სექტემბრის ტერორისტული თავდასხმები აშშ-ში, რამაც ჯანმრთელობის დაცვის დებულებებისა და საქმიანობის გაძლიერება გამოიწვია (Kicksbuch, et al, 2013).

ევროკავშირის, როგორც გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი აქტორის როლზე საუბრისას მნიშვნელოვანია, ლისაბონის ხელშეკრულების როლიც, რომელიც ძალაში შევიდა 2009 წლის 1 დეკემბერს. იგი ადგენს ამჟამინდელ სამართლებრივ ჩარჩოს ევროკავშირის ყველა საქმიანობისთვის და განსაზღვრავს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი დონე უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ევროკავშირის ყველა პოლიტიკისა და აქტივობის დასახვისა და განხორციელების დროს. ხელშეკრულება განმარტავს, რომ ევროკავშირი იზიარებს კომპეტენციას წევრ სახელმწიფოებთან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში უსაფრთხოების საერთო საკითხებთან დაკავშირებით (ხელშეკრულებაში განსაზღვრული ასპექტებისთვის). მნიშვნელოვანია, რომ პირველად სწორედ ლისაბონის ხელშეკრულებამ დაადგინა ტერმინის „ევროპული თანამეგობრობა“ „ევროკავშირით“ ჩანაცვლება.

განვითარების პოლიტიკაში, ევროკავშირი ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერებას და უნივერსალური გაშუქებისა და ჯანმრთელობის უფლებისკენ გადადგმულ ნაბიჯებს, რითაც „ევროპული სოციალური მოდელის“ ექსპორტს ახორციელებს. ამას კი არსებითად დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან ევროპული ინსტიტუტები და ევროკავშირის წევრი ქვეყნები ერთად ოფიციალური განვითარების დახმარების (ODA) ნახევარზე მეტს წარმოადგენენ. სამართლიანია იმის თქმა, რომ ევროკავშირი მთლიანობაში (ეროვნული და ევროკავშირის კომპეტენციისთვის) ახორციელებს თავის მიზნებსა და პრინციპებს: წევრი სახელმწიფოები უზრუნველყოფენ ჯანმრთელობის დაცვას თავიანთი მოქალაქეებისათვის. გარდა ამისა, თავისი განვითარებისა და სავაჭრო პოლიტიკის ფარგლებში, ევროკავშირი მოწოდებულია გააუმჯობესოს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა განვითარებადი ქვეყნებისთვის და როგორც გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიის აქტორს წვლილი შეაქვს განვითარებადი ქვეყნებისთვის აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაფართოებაში. ასევე ცდილობს დაამყაროს ბალანსი ფარმაცევტული კომპანიების ინტელექტუალური საკუთრების უფლებებსა და ღარიბი ქვეყნებისთვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას შორის, რომელიც WTO TRIPS-ის შეთანხმების „დოჰას დეკლარაციას“ ეფუძნება (Kicksbuch, et al, 2013).

ევროკავშირი, როგორც აქტორი გლობალური ჯანდაცვის სისტემაში

ევროკავშირს აქვს შესაძლებლობა გახდეს გლობალური ჯანდაცვის მთავარი სტრატეგიული აქტორი - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფარგლებში დამკვირვებლის სტატუსის ამაღლებით, ორგანიზაციაში კიდევ უფრო დიდი ფინანსური წვლილის შეტანით და შეერთებულ შტატებთან კოორდინირებით. პანდემიამდე გლობალური ჯანდაცვა არ იყო იმ დონეზე ევროპის პოლიტიკურ დღის წესრიგში, როგორც ახლაა. მიუხედავად პანდემიის მიმართ მისი წევრი ქვეყნების თავდაპირველი რეაგირების კოორდინაციის ნაკლებობისა, ევროკავშირმა მალევე მიიღო ერთობლივი მიდგომა კრიზისის წინააღმდეგ. 2020 წლის ნოემბერში კომისიამ გამოაცხადა წინადადებების ნაკრები ჯანდაცვის ევროპული კავშირისთვის, რომელიც პირდაპირ დაიცავს ევროკავშირის მოქალაქეების ჯანმრთელობას. ბლოკმა კიდევ ერთხელ დაადასტურა თავისი ვალდებულება დაიცვას 27 წევრი სახელმწიფო, უზრუნველყოს გეგმა, რომელიც უპასუხებს საზოგადოების ჯანმრთელობის საჭიროებებს. ევროკავშირის ახალი რეგულაცია ჯანმრთელობის სერიოზულ ტრანსსასაზღვრო საფრთხეებზე ფოკუსირებულია ჯანდაცვის სისტემების მდგრადობის გაუმჯობესებაზე, მონიტორინგის მექანიზმების გამჭვირვალობაზე, კოორდინაციასა და მონაცემთა შეგროვებაზე და ევროკავშირის ისეთი

ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა

ორგანოების სიმლიერეზე, როგორცაა ევროპის მედიკამენტების სააგენტო და დაავადებათა პრევენციის ევროპული ცენტრი (Scognamiglio, 2021). თუმცა მხედველობიდან არ უნდა გამოგვრჩეს ევროკავშირის საკმაოდ რთული სექტორული და აუცილებელია, განვიხილოთ მისი შემადგენელი სხვადასხვა ნაწილის მნიშვნელობა ორგანიზაციის გამართული ფუნქციონირებისა და გლობალური სტატუსის შენარჩუნება/განმტკიცებისათვის (Kicksbuch, et al, 2013).

ევროკავშირი - უნიკალური სტრუქტურა და მახასიათებლები

ევროკავშირი არც აშშ-ს მსგავსი ფედერაციაა და არც მთავრობათაშორისი თანამშრომლობის ორგანიზაცია. ქვეყნები, რომლებიც ქმნიან ევროკავშირს, რჩებიან დამოუკიდებელ სუვერენულ სახელმწიფოებად, მაგრამ გარკვეული პოლიტიკის და ზოგჯერ ამ პოლიტიკის მხოლოდ ნაწილის მიხედვით ისინი აერთიანებენ თავიანთ სუვერენიტეტს, რათა მოიპოვონ ძალა და გავლენა, რომელიც არც ერთ მათგანს შეიძლება ჰქონდეს დამოუკიდებლად. შემდეგ ეს პოლიტიკა ევროპულ ინსტიტუტებში სპეციფიური პროცესების გამოყენებით ერთობლივად წყდება. ამ მხრივ გამოიყოფა გადაწყვეტილების მიმღები სამი ძირითადი ორგანო: ევროპარლამენტი, რომელიც წარმოადგენს ევროკავშირის მოქალაქეებს, ევროკავშირის საბჭო, რომელიც შედგება წევრი სახელმწიფოების წარმომადგენლობით და ევროკომისია, რომელიც არის ევროკავშირის აღმასრულებელი ხელი და ცდილობს დაიცვას მთლიანი კავშირის ინტერესები. ეს ინსტიტუციური სამკუთხედი ავითარებს პოლიტიკას და კანონებს, რომლებიც ვრცელდება მთელ ევროკავშირში. რაც შეეხება ევროპულ სასამართლოს, იგი იცავს ევროპული სამართლის უზენაესობას, ხოლო აუდიტორთა სასამართლო ამოწმებს ევროკავშირის სახსრების გამოყენებას (Kicksbuch, et al, 2013).

ევროპარლამენტს (EP) ამჟამად ჰყავს 736 წევრი, რომლებიც უშუალოდ არჩეულია ევროკავშირის მოქალაქეების მიერ მათი ინტერესების დასაცავად, პარლამენტს აქვს სამი ძირითადი როლი: პირველ რიგში, ის იღებს ევროპულ კანონებს, ბევრ სფეროში საბჭოსთან ერთად, მეორე, ის ახორციელებს დემოკრატიულ ზედამხედველობას ევროკავშირის სხვა ინსტიტუტებზე და, კერძოდ, ევროკომისიაზე. მას აქვს უფლება დაამტკიცოს ან უარყოს კომისიის წევრთა კანდიდატურა და შეაფასოს კომისია მთლიანად. მესამე, მას აქვს „საფულის ძალა“: პარლამენტი იზიარებს საბჭოს უფლებამოსილებას ევროკავშირის ბიუჯეტზე და, შესაბამისად, შეუძლია გავლენა მოახდინოს ევროკავშირის ხარჯებზე. ამრიგად, პარლამენტი გამოხატავს კავშირის მოქალაქეების დემოკრატიულ ნებას (490 მილიონზე მეტი ადამიანი) და წარმოადგენს მათ ინტერესებს ევროკავშირის სხვა ინსტიტუტებთან დისკუსიებში. რაც შეეხება ჯანმრთელობის საკითხებს, ისინი განიხილება პარლამენტის გარემოს დაცვის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სურსათის უვნებლობის კომიტეტში და, რა თქმა უნდა, პლენარულ სხდომებზე და ჯანმრთელობის განსაკუთრებული ინტერესის მქონე პარლამენტის წევრების არაფორმალურ „ჯანმრთელობის ინტერჯგუფში“.

საბჭო არის ევროკავშირის მთავარი გადაწყვეტილების მიმღები ორგანო, ის წარმოადგენს წევრ სახელმწიფოებს და იღებს კანონმდებლობას, ასევე განსაზღვრავს ევროკავშირის ბიუჯეტს უმეტეს შემთხვევაში ევროპარლამენტთან ერთად. მის შეხვედრებს ესწრება თითო მინისტრი ევროკავშირის თითოეული ეროვნული მთავრობიდან. ჯანდაცვის საკითხებს განიხილავს დასაქმების, სოციალური პოლიტიკის, ჯანმრთელობისა და მომხმარებელთა საკითხთა საბჭო, ასევე, საგარეო ურთიერთობათა საბჭო. საბჭოს სხდომებს ტექნიკურ დონეზე ამზადებენ შესაბამისი კომიტეტები და სამუშაო ჯგუფები. წელიწადში ოთხჯერ, წევრი სახელმწიფოების მთავრობის მეთაურები თავიანთ პრეზიდენტთან და ევროკომისიის პრეზიდენტთან ერთად, იკრიბებიან ევროპის საბჭოს სახით. აღნიშნული „სამიტი“ აყალიბებს ევროკავშირის ზოგად

პოლიტიკას და წვეტს საკითხებს, რომლებიც არ შეიძლება გადაწყდეს დაბალ დონეზე (ანუ მინისტრების მიერ საბჭოს ჩვეულებრივ სხდომებზე).

ევროკომისია დამოუკიდებელია ეროვნული მთავრობებისაგან. მისი ამოცანაა მთლიანად ევროკავშირის ინტერესების წარმოდგენა და დაცვა. იგი ამზადებს წინადადებებს ახალი ევროპული კანონებისთვის, რომლებიც შემდეგ განიხილება და მიიღება ან (იშვიათ შემთხვევებში) უარყოფილია ევროპარლამენტისა და საბჭოს მიერ. კომისია ასევე არის ევროკავშირის აღმასრულებელი ხელი, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ის პასუხისმგებელია პარლამენტისა და საბჭოს გადაწყვეტილებების შესრულებაზე. ევროკომისიას აქვს ოთხი ძირითადი როლი:

- წარუდგინოს კანონმდებლობა პარლამენტს და საბჭოს;
- მართოს ევროკავშირის პოლიტიკა და ბიუჯეტი;
- ევროპული სამართლის აღსრულება;
- კავშირის წარმომადგენლობა საერთაშორისო ასპარეზზე (გარდა საერთო საგარეო და უსაფრთხოების პოლიტიკისა და ხელშეკრულებებით გათვალისწინებული სხვა შემთხვევებისა).

ევროპის მართლმსაჯულების სასამართლო ზრუნავს, რომ ევროკავშირის კანონმდებლობა ერთნაირად იყოს განმარტებული და გამოყენებული ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში, რათა კანონი თანაბარი იყოს ევროკავშირის ყველა მოქალაქისთვის. ის უზრუნველყოფს, მაგალითად, რომ ეროვნულმა სასამართლოებმა არ გამოიტანონ განსხვავებული გადაწყვეტილება ერთსა და იმავე საკითხზე. ამასთანავე, სასამართლოს აქვს უფლება მოაგვაროს სამართლებრივი დავა ევროკავშირის წევრ ქვეყნებს, ევროკავშირის ინსტიტუტებს, ბიზნესებსა და ინდივიდებს შორის. აღსანიშნავია, რომ სასამართლო იყო მთავარი აქტორი შიდა ბაზრის წესების, მათ შორის ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის თავისუფლების გამკაცრებაში. მწმენელოვანია აუდიტორთა სასამართლოც, აუდიტორთა სასამართლოს აქვს უფლება შეამოწმოს და გააკონტროლოს, რომ ევროკავშირის სახსრები სწორად არის შეგროვებული და ისინი იხარჯება კანონიერად. მისი მიზანია უზრუნველყოს, რომ ევროკავშირის გადასახადის გადამხდელებმა მიიღონ მაქსიმალური ღირებულება მათი ფულისთვის და მას აქვს უფლება მოახდინოს აუდიტი ნებისმიერი პირის ან ორგანიზაციის მიერ, რომელიც მართავს ევროკავშირის სახსრებს. სასამართლოს ჰყავს ერთი წევრი ევროკავშირის თითოეული ქვეყნიდან.

ასევე უნდა აღინიშნოს მთელი რიგი უწყებები და სერვისები, რომლებიც მუშაობენ ჯანდაცვის საკითხებზე. მათ შორის აღსანიშნავია ევროპის მედიკამენტების სააგენტო ლონდონში, დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ცენტრი სტოკჰოლმში, ევროპის სურსათის უვნებლობის ორგანო პარმაში, ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრი ლისაბონში, ევროპის უსაფრთხოების სააგენტოსა და ჯანმრთელობა სამსახური ბილბაოში და სათემო მცენარეთა მრავალფეროვნება ანჯერში. ისინი შეიქმნა მეორადი კანონმდებლობის აქტით და ჩვეულებრივ ასრულებენ სპეციფიკურ ტექნიკურ, სამეცნიერო ან მენეჯერულ დავალებას.

ამის საპირისპიროდ, აღმასრულებელი სააგენტოები შექმნილია ევროკავშირის გარკვეული პროგრამების სამართავად, მაგალითად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტო ლუქსემბურგში, რომელიც მართავს კომისიის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამას. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ წარსულში ზემოხსენებული აქტორები სულაც არ მოქმედებდნენ „გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიის“ საფარქვეშ, თუმცა მნიშვნელოვანი სამუშაო გასწიეს ჯანმრთელობის საკითხების თვალსაზრისით. კომისია განსაკუთრებით აქტიურად იყო ჩართული GHD-ში, მონაწილეობდა რამდენიმე საერთაშორისო მოლაპარაკებაში

ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა

ჯანმრთელობის შესახებ და აქტიურად უჭერდა მხარს გლობალური ჯანმრთელობის კონცეფციას (Kicksbuch, et al, 2013).

ევროკავშირი და ჯანდაცვის დიპლომატია

აღანიშნავია ისიც, რომ ჯანდაცვის დიპლომატია ახლა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ოდესმე, იგი საკმაოდ რთული და მრავალგანზომილებიანი კონცეფციაა. გლობალური ჯანმრთელობის დიპლომატიის შესამუშავებლად ჯანდაცვის მკვლევარები და ჯანდაცვის პოლიტიკის მრჩეველები იკრიბებიან ჯანდაცვის სფეროში რთული მრავალეროვნული პროექტების განსახილველად, ამ დროს მათ ესაჭიროებათ დიპლომატიური შეთანხმებები, რომლებიც მოითხოვს ხალხებს შორის მოლაპარაკებებს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული უნივერსალური შეთანხმების მისაღწევად (Elsayed, 2019).

გლობალური ჯანმრთელობის დიპლომატია მიზნად ისახავს მრავალდონიანი და მრავალმხრივი მოლაპარაკებების პროცესების აღქმას, რომლებიც აყალიბებენ ჯანმრთელობის გლობალურ პოლიტიკას. ის აკავშირებს განვითარებისადმი ერთგულებას და ურთიერთდამოკიდებულ სამყაროში კოლექტიური მოქმედების განსაზღვრის აუცილებლობას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ: „გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატია ეხება მოლაპარაკების პროცესებს, რომლებიც აყალიბებენ და მართავენ ჯანმრთელობის გლობალური პოლიტიკის გარემოს და მის განმსაზღვრელ ფაქტორებს“. ეს გარემო დინამიურია, რომელშიც მონაწილეთა სიმრავლეა: სახელმწიფოები, საერთაშორისო ორგანიზაციები და სულ უფრო მეტად არასახელმწიფო აქტორები, როგორცაა კერძო ფონდები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და ცალკეული ექსპერტები და წარმოდგენს გამოწვევას გლობალური მმართველობის მცდელობისთვის საზოგადოების ინტერესის ისეთ სფეროებში, როგორცაა ჯანმრთელობა.

პირველი ჯანდაცვის სტრატეგიის შექმნისას, რომელიც მიღებულ იქნა 2007 წელს, კომისიამ მოითხოვა ევროკავშირის ხმის გაძლიერება გლობალურ ჯანმრთელობაში, თუმცა ევროკავშირი აქამდეც ეწეოდა მთელ რიგ დიპლომატიურ საქმიანობას, რომელიც ეხებოდა გლობალურ ჯანდაცვის საკითხებს. ჯერ კიდევ 1972 წელს, მაშინდელი ევროპული თანამეგობრობა ცდილობდა მჭიდრო თანამშრომლობას ჯანმო-სთან. ამასთანავე, ევროკავშირი სულ უფრო ხშირად მონაწილეობდა სამთავრობათაშორისო პროცესებში და ჯანმო-ს მუშაობაში „რეგიონული ეკონომიკური ინტეგრაციის ორგანიზაციის“ სახელწოდებით. მაშინდელი ევროპული თანამეგობრობა მიწვეული იყო მოლაპარაკებებზე ჯანმო-ს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩოს კონვენციაზე, სადაც ევროპულმა თანამეგობრობამ მოახდინა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოლაპარაკებული პირველი ხელშეკრულების რატიფიცირება იმ ნაწილებისთვის, რომლებიც საზოგადოების კომპეტენციას ექვემდებარებოდა და ამით გახდა მხარე სრული უფლებებით (გარდა ხმის უფლებისა) და საკუთარი ფინანსური წვლილით კონვენციაში. ევროკავშირის წარმომადგენლები ასევე მონაწილეობდნენ 2004–2006 წლებში მოლაპარაკებებში ჯანმრთელობის საერთაშორისო რეგულაციების შესახებ. ევროკავშირის წარმომადგენლები ასევე კონკრეტულად იყვნენ მოწვეულნი და აქტიურად მიიღეს მონაწილეობა რამდენიმე სხვა ბოლოდროინდელ მთავრობათაშორის პროცესში ჯანდაცვის სფეროში, მათ შორის გლობალურ სტრატეგიასა და სამოქმედო გეგმაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ინოვაციებისა და ინტელექტუალური სფეროების შესახებ. მათ განიხილეს პროცესები ღია სამუშაო ჯგუფებში უხარისხო/ყალბი/ცრუ ეტიკეტირებული/ყალბი/ყალბი სამედიცინო პროდუქტების შესახებ, რადგან ყველა ეს პროცესი ეხება ევროკავშირის კომპეტენციის ძირითად სფეროებს. გარდა ამისა, როგორც FCTC-ის სრულუფლებიანი მხარე, ევროკავშირი ასევე სრულად მონაწილეობს თამბაქოს ნაწარმით უკანონო ვაჭრობის შესახებ საპროტოკოლო მოლაპარაკებებში და დღეს ჯანმო-ს რეზოლუციების 70%-დან 90%-მდე შეიცავს

მინიმუმ კომპონენტს, რომელიც ეხება ევროკავშირის კანონმდებლობას. ევროკავშირის წევრი ქვეყნები და ევროკავშირი სულ უფრო მეტად ცდილობენ თავიანთი პოზიციების კოორდინაციას მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განხილული ჯანმრთელობის საკითხების მნიშვნელოვან ნაწილებზე.

ევროკავშირი ასევე აქტიურია სხვა ჯანდაცვის პარტნიორებთან გლობალურ დონეზე: ევროკომისია და ევროკავშირის რამდენიმე წევრი ქვეყანა შიდსთან, ტუბერკულოზისა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის დამფუძნებელ წევრებს შორის არიან და ევროკავშირი არის მთავარი ფინანსური კონტრიბუტორი და წარმოდგენილია მმართველ ორგანოებში. ის ასევე ფინანსურ და სხვა სახის მხარდაჭერას უწევს ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალურ ალიანსს (GAVI), ჯანმრთელობის სისტემებისა და პოლიტიკის ევროპის ობსერვატორიას და ბევრ სხვა საერთაშორისო ჯანდაცვის პარტნიორობასა და აქტორს. ევროკავშირი და მისი წევრი ქვეყნები ერთად იღებენ გლობალური განვითარების დახმარების დაახლოებით 60%-ს და, შესაბამისად, მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ გლობალური ჯანდაცვის არქიტექტურის ჩამოყალიბებაში. კომისიამ მხარი დაუჭირა პარიზის დეკლარაციას დახმარების ეფექტურობის შესახებ (2005) და აკრას სამოქმედო გეგმას (2008). პოლიტიკურად, იგი უაღრესად ერთგულია ათასწლეულის განვითარების მიზნების (MDGs) მიღწევისკენ და კონკრეტულად უბიძგებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული MDG-ების განხორციელებას. ევროკავშირი დათანხმდა 2010 წლისთვის გაეზარდა ფინანსური განვითარების დახმარება მისი მთლიანი ეროვნული შემოსავლიდან 0,56%-მდე, რათა მიეღწია გაეროს მიერ გათვალისწინებულ მიზანმდე, 0,7%-მდე 2015 წლისთვის. გარდა ამისა, რა თქმა უნდა, ევროკავშირს აქვს რამდენიმე ხანგრძლივი თანამშრომლობა სხვა საერთაშორისო და რეგიონულ ორგანიზაციებთან. დღის წესრიგში დგას კავშირები ჯანმრთელობისა საკითხებთან დაკავშირებით, ამ მხრივ მნიშვნელოვანი თანამშრომლობა არსებობს აფრიკის კავშირთან, რომელიც ასევე მოიცავს ჯანმრთელობის ასპექტებს (Kicksbuch, et al, 2013).

ჯანმრთელობის მნიშვნელობა ევროკავშირისათვის

ჯანმრთელობა წარმოადგენს ევროკავშირის კვლევის ჩარჩოს პროგრამის უდიდეს კომპონენტს, რომელიც ასევე ეხება ისეთ საკითხებს, როგორცაა ტროპიკული და უგულვებელყოფილი დაავადებები. რვა სახელმწიფოსთან (კანადა, საფრანგეთი, გერმანია, იტალია, იაპონია, მექსიკა, დიდი ბრიტანეთი და აშშ) და ჯანმო-სთან ერთად, კომისია არის გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების ინიციატივის წევრი, რომელიც წარმოადგენს თანამაზრე ქვეყნების არაფორმალურ საერთაშორისო პარტნიორობას. ევროკავშირი მოწოდებულია, გააძლიეროს მზადყოფნა და გლობალური რეაგირება ბიოლოგიური, ქიმიური, რადიობირთვული ტერორიზმისა და გრიპის პანდემიის საფრთხეებზე. ევროკავშირმა თავისი წვლილი შეიტანა განვითარებადი ქვეყნებისთვის მედიკამენტებზე უკეთესი ხელმისაწვდომობის შესახებ შეთანხმების მიღწევაში, შემდეგ კი დებულებების შიდა განხორციელებაში.

რაც შეეხება სურსათის უვნებლობას და ვაჭრობას, ევროკავშირი, რომელიც არის მსოფლიოში სოფლის მეურნეობისა და საკვები პროდუქტების უდიდესი იმპორტიორი და ექსპორტიორი, არის WTO-ს სანიტარული და ფიტოსანიტარული ზომების კომიტეტის ერთ-ერთი მთავარი წევრი. ევროკავშირი ხელს უწყობს კვების პროდუქტების უვნებლობისა და უსაფრთხოების მაღალი სტანდარტების გამოყენებას მთელ მსოფლიოში. კომისია ასევე მხარს უჭერს სპეციფიკურ სასწავლო პროგრამებს სურსათის უვნებლობის შესახებ განვითარებადი ქვეყნებისთვის. ევროკავშირი არის WHO/FAO Codex Alimentarius კომისიის წევრი, რომელიც ადგენს სურსათის სტანდარტებს და აქტიურად აკვირდება ცხოველთა ჯანმრთელობის

ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა

მსოფლიო ორგანიზაციის (OIE) მუშაობას. ვროკავშირი ასევე მონაწილეობს როგორც აქტორი გლობალური ჯანდაცვის დიპლომატიის 237 G8 და G20 შეხვედრებში და ჩართულია ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ გამართულ სამიტებში.

დღეს ევროკავშირი მნიშვნელოვანი პარტნიორია ჯანმრთელობის თითქმის ყველა საკითხში, პოლიტიკურად, ეკონომიკურად და ფინანსურად. ჯანდაცვის გლობალური საკითხების გადასაჭრელად ევროკავშირის ძალისხმევა მეტად დიდია, პირველ რიგში, კოორდინაციისკენ სწრაფვა ავალდებულებს ევროკავშირის ყველა წევრ ქვეყანას, გადაწყვიტონ ადრეულ ეტაპზე და წინასწარ განიხილონ მნიშვნელოვანი საკითხები. მეორე, პატარა წევრ სახელმწიფოებს, რომლებიც ჩვეულებრივ ძნელად აწვდენენ ხმას საერთაშორისო ასპარეზზე, მნიშვნელოვანი გავლენა და პოზიცია აქვთ კავშირის ფარგლებში, ვიდრე ექნებოდათ კავშირის გარეშე. მესამე, ევროკავშირი ზოგადად ითვლება სტაბილურ და სანდო პარტნიორად მსოფლიოში და მისი კოლექტიური წონა საკმაოდ დიდია (Kicksbuch, et al, 2013).

გლობალური ჯანდაცვის საკითხების მიმართ ინტერესი დღითიდღე იზრდება. რამდენიმე ქვეყანამ როგორცაა დიდი ბრიტანეთი და შვეიცარია, შეიმუშავეს საკუთარი გლობალური ჯანმრთელობის სტრატეგიები და სხვა ქვეყნებიც იწყებენ ამაზე მუშაობას. მიუხედავად იმისა, რომ განსხვავებული ხასიათისაა, ყველა სტრატეგია და პოლიტიკა ადასტურებს პოლიტიკის მეტი თანმიმდევრულობის მიწოდების აუცილებლობას ჯანდაცვაში, განსაკუთრებით სხვა პოლიტიკებთან დაკავშირებით (ხშირად საგარეო და/ან განვითარების პოლიტიკა). ამ დებატებში კი კავშირის მნიშვნელობა პირველ ევროპულ ჯანდაცვის სტრატეგიაშია (2007 წელი) აღიარებული. ევროკომისიის სამმა გენერალურმა დირექტორატმა - ჯანდაცვის, განვითარებისა და კვლევის გენერალური დირექტორატები - ერთობლივად გაიარეს კონსულტაციები სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარეებთან 2009 წლის ოქტომბრიდან დეკემბრამდე და შედეგად მიიღეს ერთობლივი კომუნიკაციისა და პერსონალის სამუშაო დოკუმენტები, ასევე მიღებულ იქნა 2010 წლის დოკუმენტები ევროკავშირის როლის შესახებ მსოფლიო ჯანმრთელობაში, რომლებიც განვითარების პოლიტიკაში ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერებას და დახმარების ეფექტურობას მოიცავს, ასევე გვთავაზობს კოორდინაციისა და მონიტორინგის მექანიზმს, ისევე როგორც გლობალური ჯანდაცვის შესაძლებლობების განვითარებას. დოკუმენტი განსაზღვრავს მოქმედების გამოწვევებს - მმართველობის, პოლიტიკის თანმიმდევრულობის, უნივერსალური გაშუქებისა და ცოდნის გამოწვევებს - და განსაზღვრავს სამართლებრივ საფუძველს, დამატებულ ღირებულებას და ჩარჩოს ევროკავშირის ერთობლივი მოქმედებისთვის. ამ კომუნიკაციის საფუძველზე, საგარეო საქმეთა საბჭომ - ევროკავშირის წევრი ქვეყნების წარმომადგენლებმა - მიიღო საბჭოს დასკვნები ევროკავშირის როლის შესახებ გლობალურ ჯანმრთელობაში 2010 წლის 10 მაისს. ეს დასკვნები პირველ რიგში ადასტურებს ევროკავშირისთვის მნიშვნელოვან პრინციპს, ჯანმრთელობას: ჯანმრთელობა, როგორც ადამიანის უფლება, მოიცავს ჯანმრთელობისთვის ეკონომიკური და სოციალური პირობების მნიშვნელობას, ქმედებები განვითარებაში დახმარებასთან დაკავშირებით (მაგ. ფოკუსირება ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერებაზე), გარე პოლიტიკის ქმედებები (ჯანმო-ს გაძლიერებული ხელმძღვანელობის მხარდაჭერა, ძირითადი ნებაყოფლობითი წვლილის გადატანა, უფრო ძლიერი და თანმიმდევრული ხმით საუბარი), კვლევის პოლიტიკა (კვლევის დაფინანსება, რომელიც სასარგებლოა ყველას ჯანმრთელობაზე, უზრუნველყოს, რომ ინოვაციები აწარმოებენ პროდუქტებსა და სერვისებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია ყველასათვის). საბჭოს ეს დასკვნები ახლა აყალიბებს ევროკავშირის ყველა ქმედებას გლობალურ ჯანდაცვაში უახლოეს მომავალში. ეს ნიშნავს, რომ ევროკავშირმა აღიარა უფრო თანმიმდევრული შიდა და გარე პოზიციის აუცილებლობა გლობალურ ჯანდაცვის საკითხებზე. ის ასევე აჩვენებს, რომ ევროკავშირს აქვს კონკურენტული უპირატესობები, როგორცაა მისი უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა

ჯანმრთელობისადმი, ხარისხიანი და საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისები და მრავალმხრივ ინსტიტუციებში მუშაობის შესაძლებლობა. ამრიგად, მას შეუძლია მნიშვნელოვანი როლის შესრულება გლობალური ჯანდაცვის მმართველობის მშენებლობასა და მიმდინარე გლობალურ ჯანდაცვის დებატებში. ამას ემატება ის ფაქტიც რომ ევროკავშირმა კარგად იცის, თავისი ეკონომიკური სიძლიერე გრძნობს მნიშვნელოვან პასუხისმგებლობას გლობალური საზოგადოების წინაშე. შესაბამისად, ქვეყნის ან რეგიონის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა დღეს უნდა იყოს შერწყმული გლობალური საზოგადოების ჯანმრთელობის ინტერესების წინსვლასთან (Kicksbuch, et al, 2013).

დასკვნა

ნაშრომში განხილული ინფორმაცია ცხადყოფს, რომ ევროკავშირი საკმაოდ კომპლექსური და მრავალი ურთირთდაკავშირებული სისტემისაგან შემდგარი ერთობაა, რომელსაც საერთაშორისო ასპარეზზე საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა გააჩნია. მართალია, მისი შექმნის საფუძველი და მიზნები თავდაპირველად ეკონომის სფეროსთან უფრო ასოცირდებოდა, თუმცა დროთა განმავლობაში ევროკავშირის ჩართულობა და წვლილი გლობალური ჯანდაცვის საკითხებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა რამდენადაც, მან კარგად შეაფასა როგორი მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის საკითხების დარეგულირება და გამართული ჯანდაცვის სისტემა ეკონომიკური სიძლიერის უზრუნველსაყოფად. შესაბამისად, დღემდე ევროკავშირმა შეიმუშავა გლობალური ჯანდაცვის არა ერთი სტრატეგია და ჯანდაცვის სერვისები, იგი აქტიურად თანამშრომლობს გაეროსთან და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან მსოფლიოში ჯანმრთელობის საკითხების რეგულაციისა და ამ თვალსაზრისით ქმედებების კოორდინაციის მიზნით. იგი მნიშვნელოვანი პარტნიორია ჯანმრთელობის თითქმის ყველა საკითხში და მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს გლობალური ჯანდაცვაში, როგორც პოლიტიკური, ისე- ეკონომიკური და ფინანსური თვალსაზრისით.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Bergner, S., (2021), The role of the European Union in global health: The EU's self-perception(s) within the COVID-19 pandemic, Health Policy, accessed 19/12/2022, retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021002542?fbclid=IwAR2y9xY3Ai4aPP7CLWkas38TKcuygC-cXvEKoeg4wkzIX-1C5903Znfo6w>
- Brant, J., Canado, P., F., (2022), Designing tomorrow's EU Global Health Strategy, European Health Forum, accessed 15/12/2022 retrieved from https://www.ehfg.org/conference/programme/sessions/designing-tomorrows-eu-global-health-strategy?fbclid=IwAR33x7n6SyJY8wD_jLj8PJhcOaD2PAeNCcL24u4bmt6d26qsj9W387tqFiA
- Elsayed, O. (2019), Health Diplomacy as a soft power: What COVID-19 has taught us? Issue #5 accessed 17/12/2022, retrieved from: https://sis.journals.ekb.eg/article_184437_e2fb6a8d2497a7ccad6b3fbc1c120ab0.pdf?fbclid=IwAR3sbaNGpcZK0W09AhKJ2h3U8Me3Z-O4U4H39jHiM6aFfgD2tKxHElvb_L4
- Ginsberg, Roy H., and Smith, Michael E. (2007) Understanding the European Union as a global political actor: Theory, practice, and impact. In: UNSPECIFIED, Montreal, Canada. (Unpublished) accessed 15/12/2022 retrieved from: <http://aei.pitt.edu/7882/?fbclid=IwAR23BsNPUe8ZOSk11OoNP4xrZk76P1RKq2bjAmd2GckU6fDORHWCYnmycE8>
- Kicjbusch, I., Lister, G., Told, M., Drager, N., (2013), Global Health Diplomacy, Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases. Springer Science + Business Media, New York.

ანი სიხუაშვილი, მარიამ ბერულავა, თენგიზ ვერულავა

- Schübel, D., (2015), The European Union's Role in Global Health Diplomacy, Master's Thesis, UTRECHT UNIVERSITY, FACULTY OF HUMANITIES, INTERNATIONAL RELATIONS IN HISTORICAL PERSPECTIVE, accessed 19/12/2022, retrieved from https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/20869/D.Schubel_The%20European%20Union%3fs%20Role%20in%20Global%20Health%20Diplomacy.pdf?sequence=2&isAllowed=y&fbclid=IwAR0N7FvhwAqLKbjw0-T9VIBxCxusQRbK3zwTNo1INckewEyO2pD-B0MOX8
- Scognamiglio, G., (2021), Europe's post-pandemic strategy for the WHO, European Council On Foreign Relations, accessed 17/12/2022, retrieved from: https://ecfr.eu/article/europes-post-pandemic-strategy-for-the-who/?fbclid=IwAR3sbaNGpcZK0W09AhKJ2h3U8Me3Z-O4U4H39jHiM6aFfgD2tKxHElvb_L4
- Svendsen, Y., (2021), The Politics of Competence in Global Health: The European Commission's Global Response to the COVID-19 Pandemic, European Foreign Affairs Review, Vol. 26, pp.15-30, accessed 17/12/2022, retrieved from: <https://kluwerlawonline.com/journalarticle/European+Foreign+Affairs+Review/26.3/EERR2021024?fbclid=IwAR2e--PrHbirKFh1qtJ-FBVFeVQKI10ER2I3NG7yC67gDMFSfavoFFyho70>
- Söderbaum, F., Langenhove, V. L., (2006), The UE as a Global Player: the politics of interregionalism, Routledge, London.



აბორტებზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შეფასება საქართველოში

მარიამ ზარნაძე¹, ნატა ყაზახაშვილი²

¹მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

²მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. აბორტი დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში კვლავაც რჩება ხშირად მოთხოვნად სამედიცინო სერვისად, რომელზეც გავლენას ახდენენ სოციალური ფაქტორები. კვლევის მიზანია კორელაციის გამოვლენა აბორტის მაჩვენებელსა და სხვადასხვა სახის სოციალურ დეტერმინანტს შორის საქართველოში და აბორტის მიმართ ქალთა ცოდნა-დამოკიდებულების შეფასება. **მეთოდოლოგია.** რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში წინასწარ შედგენილი კითხვარის საშუალებით, გამოკითხულ იქნა შემთხვევითი შერჩევის წესით შერჩეული რეპროდუქციული ასაკის ქალბატონები. კვლევის ობიექტად შერჩეულ იქნა რეპროდუქციული ასაკის (18-49 წელი) ქალბატონები. **შედეგები.** აბორტის მაჩვენებელზე გავლენას ახდენენ ისეთი სოციალური დეტერმინანტები, როგორცაა, შემოსავლის დონე, ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (გეოგრაფიული, ფინანსური, კულტურული, ლინგვისტური და სხვ), განათლება, საცხოვრებელი გარემო. რეპროდუქციული ასაკის ქალბატონები არასაკმარისად არიან ინფორმირებულნი აბორტის უარყოფითი მხარეების შესახებ. ქალთა დამოკიდებულება აბორტის ოპერაციის მიმართ საკმაოდ ლოიალურია. **რეკომენდაციები.** მნიშვნელოვანია ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიწოდების კულტურის ამალგება, სამედიცინო პერსონალისა და სახელმწიფოს ჩართულობის გაზრდა აბორტის შემდგომი შესაძლო გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ცნობიერების და განათლების დონის ამალგებაში. სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მიცემა სკოლის ასაკიდანვე.

საკვანძო სიტყვები: აბორტი, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ოჯახის დაგეგმვა

ციტირება: მარიამ ზარნაძე, ნატა ყაზახაშვილი. აბორტზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შეფასება საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Assessment of the Impact of Social Determinants on Abortion in Georgia

Mariam Zarnadze¹, Nata Kazakhshvili²

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University

² Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Abstract

Introduction. Abortion is still considered as a one of the most required medical service in low-and middle-income countries which is influenced by social factors. The purpose of this research is to reveal correlation between abortion rate and different type of social determinants in Georgia and to determine women's knowledge and attitude around abortion. **Methodology.** Using of a pre-made questionnaire and quantitative research methods the randomly selected women of reproductive age were interviewed. As a survey objects was selected women of reproductive age (18-49 year). **Results.** social determinants, like level of income, different type of availability of primary health care services (geographical, financial, cultural, linguistic, etc), level of education, living environment and other factors has an impact on the abortion rate. women of reproductive age have insufficient information about negative sides of abortion and their attitude around this topic is quite loyal. **Recommendations.** It is important to enhance the culture of providing family planning services, support of the state and medical personnel to raise the level of awareness and education of women of reproductive age about possible side effects and complications after abortion. The state should ensure that education about sexual and reproductive health need to be provided from school age.

Keywords: Abortion, reproductive health, family planning

Quote: Mariam Zarnadze, Nata Kazakhashvili. Assessment of the Impact of Social Determinants on Abortion in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6

შესავალი

ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ოპერაცია - აბორტი, საზოგადოებრივი ცხოვრების ერთ-ერთი მტკივნეული, რთული და წინააღმდეგობებით აღსავსე თემაა. აბორტი და მასთან დაკავშირებული სოციალური, სამართლებრივი თუ რელიგიური საკითხები დღესაც არ კარგავს აქტუალურობას (Clark, 2004). მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე ეპოქა გამოირჩევა ჰუმანურობით, ემპათიითა და ტოლერანტობით, აბორტის მიმართ საზოგადოებაში არაერთგვაროვანი დამოკიდებულებაა. აბორტი და მასთან ასოცირებული საკითხების გადაწყვეტა რომ მუდმივად საჭიროებს მთავრობებისა და საზოგადოების მუდმივ ყურადღებას მოწმობს ის ფაქტი, რომ აბორტების რიცხვი მსოფლიოს მასშტაბით მუდმივად იზრდება. 1980 წლიდან მოყოლებული დღემდე მსოფლიოში მილიარდ 600 მილიონზე მეტი აბორტია ჩატარებული (Clock.org, 2022). მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში აბორტი არ არის ლეგალიზებული, მაჩვენებელი მაინც ინარჩუნებს მზარდ ტენდენციას.

სტატისტიკური მონაცემები ადასტურებენ, რომ აბორტი საქართველოში მწვავე პრობლემაა. კერძოდ, საქართველოში 2012 წლიდან 2021 წლამდე სულ რეგისტრირებულია 276 937 აბორტის შემთხვევა (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2021). ეს მონაცემი საქართველოს მსგავსი მცირერიცხოვანი ქვეყნისათვის საკმაოდ მაღალია, იმის გათვალისწინებით, რომ შობადობის მაჩვენებელი ყოველწლიურად კლებადი ტენდენციით ხასიათდება, ხოლო სიკვდილიანობის მაჩვენებელი წლიდან წლამდე იზრდება. მაგალითისთვის, თუ 2014 წელს შობადობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 კაცზე იყო 16.3, 2021 წლისთვის ეს მაჩვენებელი საგრძნობლად შემცირდა და გახდა 12.4. რაც შეეხება გარდაცვალების კოეფიციენტს ყოველ 1000 კაცზე, 2014 წელს იყო 13.2, ხოლო დინამიკაში ეს მაჩვენებელი გაიზარდა და 2021 წლისთვის ის უკვე 16.2-ს შეადგენდა (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022).

აბორტი დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში კვლავაც რჩება ხშირად მოთხოვნად სამედიცინო სერვისად, რომელზეც გავლენას ახდენენ სოციალური ფაქტორები. კვლევის მიზანია კორელაციის გამოვლენა აბორტის მაჩვენებელსა და სხვადასხვა სახის სოციალურ

დეტერმინანტს შორის საქართველოში და აბორტის მიმართ ქალთა ცოდნა-დამოკიდებულების შეფასება.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რეპროდუქციული ასაკის (18-49 წელი) 407 ქალბატონის გამოკითხვა წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. შერჩევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა შემთხვევითი შერჩევის პრინციპი. განხორციელდა ქალთა ინტერნეტგამოკითხვა სოციალური ქსელების პლათფორმის საშუალებით. მასალების დამუშავება განხორციელდა სტატისტიკურ პროგრამა SPSS 22.0-ით.

შედეგები

გამოკითხულ ქალბატონთა უმეტესობის ასაკი შეადგენდა 25-29 წელს (30.8%; n=124) კითხვაზე პასუხი არ დააფიქსირა 5-მა რესპონდენტმა. გამოკითხულ ქალთა 65.6%-მა დააფიქსირა, რომ იყო დაოჯახებული (n=263). გამოკითხულთა უმრავლესობა, 70.6%, ცხოვრობდა ქალაქის ტიპის დასახლებაში (n=283). რესპონდენტთა ყველაზე დიდ ნაწილს, 32.1%-ს საერთოდ არ ჰყავდა შვილი (n=129). გამოკითხულთა უმეტესობას ჰქონდა უმაღლესი განათლება (33.1%; n=133). რესპონდენტთა აბსოლიტური უმრავლესობა ქრისტიანია (90.3%; n=362). გამოკითხულთა 66.9% იყო დასაქმებული (n=269). გამოკითხულ ქალთა დემოგრაფიული მონაცემები ნაჩვენებია ცხრილში 1.

ცხრილი 1: რესპონდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები

<i>ასაკი</i>	<i>რაოდენობა,% (402 პასუხი)</i>
18-24	55(13.7%)
25-29	124(30.8%)
30-34	70(17.4%)
35-39	60(14.9%)
40-44	40(10%)
45-49	53(13.2%)
ოჯახური მდგომარეობა	(401 პასუხი)
დაოჯახებული	263(65.6%)
დასაოჯახებელი	97(24.2%)
განქორწინებული	29(7.2%)
ქვრივი	11(2.7%)
ვცხოვრობ პარტნიორთან	1
საცხოვრებელი ადგილი	(401 პასუხი)
ქალაქის ტიპის დასახლება	283(70.6%)
სოფლის ტიპის დასახლება	118(29.4%)
შვილების რაოდენობა	(402 პასუხი)
არცერთი	129 (32.1%)
ერთი	78(19.4%)
ორი	69(17.2%)
სამი	90(22.4%)
ოთხი და მეტი	36(9%)
განათლება	(402 პასუხი)

არასრული საშუალო	3(0.7%)
საშუალო	114(28.4%)
არასრული უმაღლესი	42(10.4%)
პროფესიული განათლება	30(7.5%)
უმაღლესი	133(33.1%)
მაგისტრის ხარისხი	20(12.4%)
დოქტორის ხარისხი	4(1%)
ამჟამად სტუდენტი	26(6.5%)
აღმსარებლობა	(401 პასუხი)
ქრისტიანი	362(90.3%)
ისლამი	7(1.7%)
ინდუიზმი	0
ბუდიზმი	0
სხვა რელიგია	31(7.7%)
დასაქმების სტატუსი	(402 პასუხი)
დასაქმებული	269(66.9%)
უმუშევარი	133(33.1%)
როგორ შეაფასებდით თქვენს მატერიალურ (ფინანსურ) მდგომარეობას	(400 პასუხი)
დაბალი შემოსავლების დონე	172(43%)
საშუალო შემოსავლების დონე	205(51.2%)
მაღალი შემოსავლების დონე	23(5.8%)

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ჰქონდა რესპონდენტთა 50%-ს (n=200). საპირისპირო პოზიცია დააფიქსირა გამოკითხულთა 27.5%-მა (n=110). ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ხელმისაწვდომი იყო 29%-თვის (n=116). საპირისპირო პოზიცია გააჩნდა გამოკითხულთა 25%-ს (n=100). რესპონდენტების დიდი ნაწილს სხვადასხვა სახის კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით ჰქონდა მცირე ინფორმაცია (43.4%, n=174), ხოლო 39.9% მიიჩნევდა თავს საკმარისად ინფორმირებულად (n=160). რესპონდენტთა 50.5%-ს (n=201) ჰქონდა ლოიალური დამოკიდებულება აბორტის მიმართ. რესპონდენტთა უმრავლესობამ (54.4%; n=218) აღნიშნა, რომ არც ერთხელ არ არ ჰქონია ხელოვნური აბორტი გაკეთებული. გამოკითხულთა 21.2%-ის თქმით, გაკეთებული ჰქონდა სამი აბორტი (n=85). ოთხი და მეტი აბორტის შემთხვევა ჰქონდა რესპონდენტების 10.2%-ს (n=41). მხოლოდ ერთი აბორტი ჰქონდა გაკეთებული გამოკითხულთა 8.2%-ს (n=33). რაც შეეხება აბორტის ჩატარების ასაკობრივ განაწილებას, აღმოჩნდა, რომ ყველაზე ხშირად ქალებს აბორტი გაკეთებული ჰქონდათ 25-29 (20.9%; n=84) და 18-24 (20.2% ; n=81) წლის ასაკში.

საინტერესო იყო იმის გამოკვლევა, იყვნენ თუ არა გამოკითხულთა შორის ადამიანები, რომლებმაც აბორტი ნაყოფის არასასურველი სქესის გამო გაიკეთეს. შედეგად გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტების მხოლოდ 6.3%-ს ჰქონდა სელექციური აბორტი გაკეთებული (n=25). 41%-ს აბორტი აღნიშნული მიზეზით აბორტი არ გაუკეთებია (n=164).

საინტერესო იყო, როგორი ემოციები და ფიზიკური მდგომარეობა ჭარბობდა გამოკითხულ ქალებში აბორტის გაკეთების შემდგომ, ვინაიდან, წარსული გამოცდილება ხშირ შემთხვევაში განაპირობებს მომავალში გადაწყვეტილების მიღებას. აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა 22.4%-ში აბორტის შემდგომი მდგომარეობა ხასიათდებოდა უარყოფითად როგორც ფიზიკური, ისე

ემოციური თვალსაზრისით (n=90). აბორტის შემდგომ მძიმე ემოციურ ფონს აღნიშნავდა რესპონდენტების 15.5% (n=62).

როგორც ყველა სამედიცინო მანიპულაციას, აბორტის პროცედურასაც შესაძლოა ახლდეს გვერდითი ეფექტები და გართულებები, რომელთა შესახებ ინფორმირებულობა და მზაობა ძალიან მნიშვნელოვანია. რესპოდენტთა უმრავლესობამ (44.5%; n=179) აღნიშნა, რომ ჰქონდა მცირე ინფორმაცია აბორტის შემდგომი შესაძლო გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ. გამოკითხულთა 37.1% (n=149) თვლიდა, რომ მათი ინფორმირებულობის დონე იყო საკმარისი.

გარდა ამისა, კვლევის ფარგლებში საჭიროდ ჩაითვალა გამოკვეთილიყო, მოახდენდა თუ არა გავლენას ნაყოფის სქესი აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას, რაზედაც აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (91.4%; n=363) აღნიშნა, რომ მსგავს გადაწყვეტილებას არასდროს მიიღებდა. საპირისპირო დააფიქსირა რესპოდენტთა მხოლოდ 8.6%-მა (n=34).

ცნობილია, რომ ოჯახში არსებული ღირებულებები, შეხედულებები და კულტურა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სოციალური დეტერმინანტებია. შესაბამისად, საინტერესო იყო იმის გამოკვლევა, ჰქონდა თუ არა გამოკითხული ქალების ოჯახის წევრებს (დედა, ბებია) აბორტის შემთხვევა წარსულში. რესპოდენტთა მეტმა ნაწილმა (58.5%; n=235) აღნიშნა, რომ მათ ოჯახის წევრებს ჰქონდათ წარსულში ხელოვნური აბორტი გაკეთებული.

რესპოდენტების დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილების მიღების წინაპირობებია ფინანსური პრობლემები, უმუშევრობა და ამ ყველაფრის ფონზე დაკისრებული პასუხისმგებლობის შიში. გარდა ამისა, რესპოდენტები აბორტის ჩატარების მიზეზად ასახელებდნენ არასასურველ დროს ორსულობას, ნაყოფისა და დედის ცუდ ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ორსულობას არაოფიციალური ურთიერთობებიდან, ნაყოფის სქესს, სექსუალური განათლების არქონას.

კითხვაზე, თუ რა საკითხებზე უნდა იზრუნოს სახელმწიფომ აბორტების რაოდენობის შემცირების მიზნით, პასუხები რამდენიმე ნაწილად გაიყო. გამოკითხულთა ყველაზე დიდი ნაწილი მიიჩნევდა, რომ მთავარი განათლების პრობლემაა. მათი აზრით, მნიშვნელოვანია ქვეყანამ უზრუნველყოს მოსახლეობაში ცნობიერების დონის ამაღლება. გამოკითხულთა აზრით, სექსუალური განათლების მიცემა სკოლის ასაკიდანვე აუცილებელია.

კვლევით გამოვლინდა, რომ ქალაქში მცხოვრები ქალების 68%-ს (n=283) ჰქონდათ პჯდ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, მაშინ როდესაც სოფლად მცხოვრები ქალების მხოლოდ 6%-სთვის (n=118) იყო აღნიშნული სერვისები ხელმისაწვდომი.

ქალაქში მცხოვრები ქალების 40%-ისთვის (n=283) ხელმისაწვდომია ოჯახის დაგეგმვის სერვისები, ხოლო სოფლად მცხოვრები ქალბატონებიდან (n=118) არცერთმა არ დააფიქსირა, რომ მსგავსი ტიპის სამედიცინო სერვისი მათთვის ხელმისაწვდომია.

სოფლად მცხოვრები ქალბატონების მხოლოდ 11% (n=118) თვლიდა თავს საკმარისად ინფორმირებულად კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან მიმართებით, ისე აბორტის შემდგომი შესაძლო გართულებებისა და გვერდითი მოვლენების თაობაზე, მაშინ, როცა ქალაქად მცხოვრები ქალების თითქმის 52% (n=283) მიიჩნევდა, რომ ამის შესახებ მათ ჰქონდათ საკმარისი ინფორმაცია.

გამოიკვეთა კავშირი აბორტთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენების შესახებ ცნობიერების დონესა და საცხოვრებელ გარემოს შორის. მხოლოდ 7% იყო იმ რესპოდენტთა წილი, რომლებიც ცხოვრობდნენ სოფელში (n=118) და თავის საკმარისად ინფორმირებულებად მიიჩნევდნენ.

საჭიროდ იქნა მიჩნეული გარკვეულიყო, ახდენს თუ არა გავლენას შვილების რაოდენობა აბორტის ჩატარებაზე გადაწყვეტილების მიღებისას. კვლევამ გამოავლინა, რომ რაც უფრო მეტია ოჯახში შვილთა რაოდენობა, აბორტთა მაჩვენებელი შედარებით მაღალია.

გამოვლინდა, რომ დაბალი შემოსავლების მქონე ქალბატონები (n=172) გაცილებით ხშირად იკეთებენ აბორტს, ვიდრე საშუალო (n=205) და მაღალი შემოსავლების მქონე (n=23) ქალბატონები.

დაბალი შემოსავლების მქონე ქალბატონების საერთო რაოდენობის (n=172) 54% აღნიშნავდა, რომ მათ პრაქტიკულად არ გააჩნდათ პჯდ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა. ამ კატეგორიაში მყოფი ქალების მხოლოდ 13% მიიჩნევდა, რომ ეს სერვისები მათთვის ხელმისაწვდომი იყო.

რაც შეეხება ოჯახის დაგეგმვის სერვისებთან დაკავშირებით რესპონდენტთა ხელმისაწვდომობას, დაბალი შემოსავლების მქონე ქალბატონების საერთო რაოდენობის (n=172) 40%-ის თქმით, მათ ხელმისაწვდომობა სერვისების მიმართ პრაქტიკულად არ ჰქონდათ.

დადასტურდა პჯდ სერვისებზე ხელმისაწვდომობასა და კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებას შორის კავშირის არსებობა. ქალბატონები, რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ მათთვის პჯდ სერვისები ხელმისაწვდომი იყო (n=200), ხოლო ინფორმირებულობის დონე მაღალი, წარმოადგენენ აღნიშნული კატეგორიის უდიდეს ნაწილს (61%). მხოლოდ 4%-ია იმ ქალთა წილი, რომლებსაც აქვთ პჯდ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, მაგრამ არ აქვთ ინფორმაცია კონტრაცეპტიული საშუალებების შესახებ.

ამას გარდა საინტერესოა ისიც, თუ როგორ გამოიყურება კავშირი კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებულ ცნობიერებასა და აბორტების რაოდენობას შორის. მონაცემებზე დაყრდნობით ირკვევა, რომ ქალებს, რომლებსაც აქვთ მცირე ინფორმაცია კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით (n=174), უფრო მეტი აბორტი აქვთ გაკეთებული (76%), ვიდრე იმ ქალბატონებს, რომლებსაც აქვთ საკითხის შესახებ საკმარისი ინფორმაცია (n=160). ამ უკანასკნელთაგან მხოლოდ 23% აფიქსირებს წარსულში აბორტის შემთხვევას.

კვლევის ფარგლებში დადგინდა რესპონდენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს შორის კავშირი აბორტთან დაკავშირებულ საკითხთან მიმართებით. აღმოჩნდა, რომ ქალებს, რომელთა ოჯახის წევრებს (დედა; ბები) გაკეთებული ჰქონდათ აბორტი (n=235), გააჩნდათ მეტად ლოიალური დამოკიდებულება აბორტის ოპერაციის მიმართ და პროცენტული მაჩვენებელი ამ კატეგორიაში მყოფი ქალებისათვის შეადგენდა 68%-ს. რაც შეეხება იმ ქალბატონებს, რომელთა წინაპრებს არ ჰქონდა გაკეთებული აბორტი (n=96), გააჩნდათ მკაცრი დამოკიდებულება საკითხის ირგვლივ (87%).

ცხრილი 2: აბორტებზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შეფასება

<i>გაქვთ თუ არა პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა</i>	<i>(400 პასუხი)</i>
დიახ	200 (50%)
არა	110(27.5%)
მეტნაკლებად	90(22.5%)
<i>გაქვთ თუ არა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა</i>	<i>(400 პასუხი)</i>
დიახ	116(29%)
არა	100(25%)
მეტნაკლებად	87 (21.8%)
არ მაქვს ინფორმაცია აღნიშნულ სერვისებზე	97(24.3%)

როგორ შეაფასებდით თქვენი ცოდნის დონეს კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით	(401 პასუხი)
არ მაქვს არანაირი ინფორმაცია	18(4.5%)
მაქვს მცირე ინფორმაცია	174(43.4%)
მაქვს საკმარისი ინფორმაცია	160(39.9%)
ვფლობ ძალიან დიდ ინფორმაციას	49(12.2%)
თქვენი დამოკიდებულება აბორტის ოპერაციის მიმართ არის	(398 პასუხი)
ლოიალური	201(50.5%)
მკაცრი	197(49.5%)
რამდენი ხელოვნური აბორტი გაქვთ გაკეთებული?	(401 პასუხი)
არ გამიკეთებია	218(54.4%)
ერთი	33(8.2%)
ორი	24(6%)
სამი	85(21.2%)
ოთხი და მეტი	41(10.2%)
რომელ ასაკში გაიკეთეთ პირველი ხელოვნური აბორტი? გაკეთებული?	(401 პასუხი)
არ გამიკეთებია	218(54.4%)
18-24	81(20.2%)
25-29	84(20.9%)
30-34	13(3.2%)
35-39	5(1.2%)
40-44	0
45-49	0
გამხდარა თუ არა ნაყოფის სქესის წინასწარი ცოდნა ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წინაპირობა?	(400 პასუხი)
არ გამიკეთებია არასდროს	211(52.8%)
დიახ	25(6.3%)
არა	164(41%)
აბორტის შემდგომ პერიოდს შეაფასებდით როგორც:	(401 პასუხი)
არ გამიკეთებია	216(53.9%)
მძიმე ფიზიკურად	27(6.7%)
მძიმე ემოციურად	62(15.5%)
მძიმე ფიზიკურად და ემოციურად	90(22.4%)
არ ყოფილა მძიმე არც ფიზიკური დაარც ემოციური თვალსაზრისით	6(1.5%)

<i>როგორ შეაფასებდით თქვენი ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დონეს აბორტის შემდგომი შესაძლო გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ?</i>	<i>(402 პასუხი)</i>
არ მაქვს არანაირი ინფორმაცია	46(11.4%)
მაქვს მცირე ინფორმაცია	179(44.5%)
მაქვს საკმარისი ინფორმაცია	149(37.1%)
ვფლობ ძალიან დიდ ინფორმაციას	28(7%)
<i>ნაყოფის სქესის წინასწარი ცოდნა მოახდენდა თუ არა გავლენას აბორტთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებისას?</i>	<i>(397 პასუხი)</i>
დიახ	34(8.6%)
არა	363(91.4%)
<i>ყოფილა თუ არა თქვენს წინა თაობაში (დედა, ბებია) ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ფაქტი?</i>	<i>(402 პასუხი)</i>
დიახ	235(58.5%)
არა	96(23.9%)
არ მაქვს ინფორმაცია	71(17.7%)

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ სოციალური დეტერმინანტები დიდ გავლენას ახდენს აბორტთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებისას. ასევე, ქალთა ცოდნა აღნიშნული საკითხის ირგვლივ არც ისე მაღალია, ხოლო დამოკიდებულება - ლოიალური.

საცხოვრებელი გარემო ერთ-ერთი სოციალური დეტერმინანტია, რომელიც გავლენას ახდენს უამრავ ყოფით საკითხზე, მათ შორის, სამედიცინო სერვისების მიღებაზე. სოფლად და ქალაქად მცხოვრებ რესპონდენტებს მკვეთრად განსხვავებული წვდომა აქვთ პჯდ სერვისებზე. ქალაქში მცხოვრები რეპროდუქციული ასაკის ქალბატონების 68%-თვის პჯდ სერვისები ხელმისაწვდომია, მაშინ როდესაც სოფლად მცხოვრები ქალების მხოლოდ 6% აღნიშნა ამ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.

კვლევამ აჩვენა, რომ საცხოვრებელი გარემო მნიშვნელოვნად განაპირობებს კონტრაცეპტიულ საშუალებებზე ცნობიერების დონეს. ქალაქში მცხოვრები გამოკითხული ქალბატონების 52%-ის აზრით, საკითხის ირგვლივ მათი ინფორმირებულობის დონე იყო საკმარისი, ხოლო სოფლად მცხოვრები რესპონდენტების მხოლოდ 11% მიიჩნევდა თავს საკმარისად ინფორმირებულად.

საცხოვრებელი გარემოს მსგავსად, ასაკიც ერთ-ერთ გავრცელებულ სოციალურ ფაქტორადაა მიჩნეული, რაც გავლენას ახდენს აბორტის ოპერაციის ჩატარებაზე. კვლევამ აჩვენა, რომ აბორტს ყველაზე ხშირად ქალები იკეთებდნენ 18-24 და 25-29 წლის ასაკში. აღნიშნულთან დაკავშირებით შესაძლოა გამოითქვას სხვადასხვა ვარაუდი. ამ ასაკის ქალებს არ აქვთ მზაობა იმისა, რომ გახდნენ მშობლები. ხშირად, ამ პერიოდში ქალბატონები ან განათლების მიღების პროცესში არიან, ან სულაც ახლა დგამენ საკუთარი კარიერის განვითარებისკენ პირველ ნაბიჯებს, ხოლო დამატებითი პასუხისმგებლობები მათთვის ხელისშემშლელია. მიუხედავად ამისა, აბორტი საკმაოდ კომპლექსური თემაა და იმის თქმა, რომ ქალები მხოლოდ მაშინ იღებენ ამ გადაწყვეტილებას, როცა ახალგაზრდები არიან, დაუშვებელია. ასაკი შეგვიძლია განვიხლოთ ერთ-ერთ დეტერმინანტად, რასაც შესაძლოა გავლენა ჰქონდეს გადაწყვეტილების მიღებისას.

კვლევამ აჩვენა, რომ ეკონომიკურ მდგომარეობას დიდი გავლენა აქვს ოჯახის დაგეგმვასა და აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაზე. დაბალი შემოსავლების მქონე ქალები გაცილებით ხშირად იღებდნენ აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილებას, ვიდრე მაღალი შემოსავლების მქონე ქალბატონები. ამის არაერთი მიზეზი შეიძლება დასახელდეს, როგორცაა დაბალი შემოსავლების პირობებში გაზრდილი პასუხისმგებლობების შიში. გარდა ამისა, ფინანსური მდგომარეობა განაპირობებს სამედიცინო სერვისების მიღების შესაძლებლობასაც. ხშირად, აღნიშნული ბარიერი ხელს უშლის ქალებს, მიმართონ პჯდ დაწესებულებას და ჩაიტარონ რუტინული კვლევები. დაბალი შემოსავლების მქონე ქალების 54%-ს პჯდ-ის მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა პრაქტიკულად არ აქვთ. საპირისპირო გამოვლინდა საშუალო შემოსავლების მქონე ქალთა შემთხვევაში, რომელთა 76%-ის აზრით, პჯდ-ის სერვისების მიღება პრობლემას არ წარმოადგენდა.

ოჯახის დამოკიდებულებას სხვადასხვა საკითხზე შესაძლოა გავლენა ჰქონდეს მისი წევრების მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებზე. შესაბამისად, აღნიშნული შესაძლოა განვიხილოთ ერთ-ერთ სოციალურ დეტერმინანტად. ნაშრომში გამოყენებული კითხვა - ჰქონდათ თუ არა რესპოდენტთა წინაპრებს აბორტი გაკეთებული, ემსახურებოდა სწორედ იმის გამორკვევას, აქვს თუ არა ოჯახში არსებულ გამოცდილებას გავლენა მათი შთამომავლების მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებზე. შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქალებს, რომელთა ოჯახის წევრებსაც გაკეთებული ჰქონდათ აბორტი, მეტად ლოიალური დამოკიდებულება აქვთ საკითხის მიმართ (68%), მათთან შედარებით, რომელთა წინაპრებსაც აბორტი არასდროს გაუკეთებიათ (13%).

კვლევამ დაადასტურა, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალბატონები არასაკმარისად არიან ინფორმირებულნი აბორტთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ. ნაშრომში გამოყენებულ კითხვაზე, ჰქონდათ თუ არა რესპოდენტებს ინფორმაცია აბორტის შემდგომი შესაძლო გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ, გამოკითხულთა უმრავლესობამ (44.5%) უპასუხა, რომ მათი ინფორმირებულობის დონე დაბალი იყო. ამის ბევრი მიზეზი შეიძლება დასახელდეს. გამოვლინდა, რომ ქალთა 83%-ს, რომლებსაც არ აქვთ პჯდ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, გააჩნიათ მცირე ინფორმაცია ზემოაღნიშნული საკითხის ირგვლივ.

არასასურველი ორსულობებისა და ხელოვნური აბორტების თავიდან აცილების ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი თავდაცვის მეთოდი არის კონტრაცეპტიული საშუალებების სწორი გამოყენება. კვლევამ გამოავლინა, რომ გამოკითხულთა დიდ ნაწილს (43.4%) ჰქონდათ მცირე ინფორმაცია კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით. ქალები, რომლებსაც აქვთ მცირე ინფორმაცია კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით, აღნიშნავდნენ აბორტის უფრო მეტ შემთხვევას (76%), ვიდრე ის ქალები, რომელთა ცონდა შედარებით მაღალი იყო (23%).

საკითხის მეტად სიღრმისეული ანალიზისთვის გამოყენებულ ღია კითხვებშიც რამდენიმე მნიშვნელოვანი დეტალი გამოიკვეთა. პირველი ღია კითხვის ფარგლებში რესპოდენტებს უნდა დაეფიქსირებინათ, თუ რა იყო ის ძირითადი მიზეზ(ებ)ი, რის გამოც მიიღეს ან მომავალში მიიღებდნენ აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილებას. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ხშირად აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილების მიღების წინაპირობა იყო ან შესაძლოა რომ ყოფილიყო, ფინანსური პრობლემები და უმუშევრობა. დასახელდა ისეთი მიზეზები, როგორებიცაა: ორსულობა არასასურველ დროს, წინა ორსულობიდან გასული მცირე პერიოდი, ორსულობა არასასურველი პარტნიორისგან, ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

მეორე ღია კითხვა ეხებოდა საკითხს, თუ რა ფაქტორები განაპირობებდა აბორტის ჩატარებას გამოკითხულთა აზრით. პასუხებს შორის ყველაზე ხშირად სახელდებოდა ფინანსურ საკითხთან დაკავშირებული პრობლემები. ასევე გამოკითხულთა აზრით, ნაყოფის სქესი ხშირად განაპირობებს აბორტების ჩატარებას. მიზეზებს შორის სახელდებოდა დედისა და

ნაყოფის არასასურველი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. რეპონდენტების აზრით, სექსუალური განათლების ნაკლებობა ერთ-ერთი უმთავრესი დეტერმინანტია. გარდა ამისა, რეპონდენტთა ნაწილი საუბრობდა ემოციური მზაობის არქონისა და საზოგადოებრივი სტიგმების უარყოფითი ზემოქმედების შესახებ.

გამოკითხულთა დიდი ნაწილის აზრით, მთავარი განათლების დეფიციტია. გამოკითხული ქალბატონები მიიჩნევენ, რომ სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ცნობიერების დონის ამაღლება. რეპონდენტები მიიჩნევენ, რომ ორსულებს, ისევე როგორც მრავალშვილიან ოჯახებს, განსაკუთრებულად სჭირდებათ სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ფინანსური პრობლემების გამო კი ხშირ შემთხვევაში ოჯახები ვერ უზრუნველყოფენ ძირითად მოთხოვნილებებსა და საჭიროებებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

დასკვნა

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ყოფა-ცხოვრებაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ აბორტის თაობაზე გადაწყვეტილებების მიღებისას. ქალთა ცოდნის შეფასებისას გამოიკვეთა საკითხის ირგვლივ არსებული ინფორმაციის მკვეთრი დეფიციტი, ხოლო დამოკიდებულების განსაზღვრისას გამოვლინდა საკითხისადმი ლოიალური მიდგომა.

ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საცხოვრებელი გარემო ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სოციალური დეტერმინანტია, რომელიც გავლენას ახდენს ქალთა ინფორმირებულობის დონეზე როგორც კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით, ისე აბორტთან ასოცირებული გვერდითი მოვლენების შესახებ.

აბორტის შესახებ გადაწყვეტილებას ყველაზე ხშირად ახალგაზრდა ქალები იღებენ, რასაც შესაძლოა განაპირობებდეს გამოცდილების ნაკლებობა, ემოციური და ფსიქოლოგიური მზაობის დეფიციტი, კარიერული განვითარების შეფერხების შიში და სხვ.

ეკონომიკურ მდგომარეობასა და ფინანსურ შესაძლებლობებს უდიდესი გავლენა აქვს აბორტთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებებზე და განიხილება როგორც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სოციალური დეტერმინანტი. ძალიან ხშირად, ოჯახის დაგეგმვასა და აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებას სწორედ ოჯახების ფინანსური მდგომარეობა განაპირობებს.

ოჯახში არსებული კულტურული თუ ემოციური ღირებულებები, რომლებიც გავლენას ახდენენ მომავალში ახალი თაობის შობის შესახებ ახალგაზრდების მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებზე, ერთ-ერთი გავრცელებული სოციალური ფაქტორია.

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა დიდ ნაწილს არ აქვს ზუსტი და ამომწურავი ინფორმაცია აბორტთან დაკავშირებული გართულებებისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ. დაბალია გამოკითხულთა ინფორმირებულობის დონე არასასურველი ორსულობებისა და ხელოვნური აბორტების თავიდან აცილების ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი თავდაცვის ბერკეტის, კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით.

აბორტთან ასოცირებული გვერდითი ეფექტების შესახებ ინფორმირებულობისა და კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენების კუთხით მოსახლეობის განათლების დაბალ დონეს დიდწილად პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა განაპირობებს.

რეკომენდაციები. მნიშვნელოვანია ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიწოდების კულტურის ამაღლება, სამედიცინო პერსონალისა და სახელმწიფოს ჩართულობის გაზრდა აბორტის შემდგომი შესაძლო გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ცნობიერების და განათლების დონის ამაღლებაში. სახელმწიფომ უნდა

უზრუნველყოს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მიცემა სკოლის ასაკიდანვე.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Clark, W. P. (2004). For Reagan, All Life Was Sacred. The New York Times.
- Clock.org, U. A. (2022, August 25). Abortion Counters. Retrieved from Number of Abortions: <http://www.numberofabortions.com/>
- დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2021). ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი. In დ. კ. ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი (თავი მე-6, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა - აბორტი) (p. 97). დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი.
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022, August 25). მოსახლეობა და დემოგრაფია. Retrieved from საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>



მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის

თამარ აზიკური¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

² მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ფარმაცევტული ხარჯები გლობალურად დღითიდღე იზრდება. ბევრ მაღალშემოსავლიან ქვეყანას შემუშავებული აქვს ფასების კორექციის და შესყიდვის სტრატეგიები ხარჯების ტვირთის შესამსუბუქებლად, თუმცა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ფარმაცევტული ბაზრები ნაკლებად რეგულირებადია და შესაბამისად, მედიკამენტებზე ფასები ნაკლებად ხელმისაწვდომია. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში მედიკამენტების ხარჯების უმეტესი ნაწილის დაფარვა სახელმწიფოს ან სადაზღვეო კომპანიების მიერ ხდება. მეორეს მხრივ, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ფარმაცევტული დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდით იფარება. მედიკამენტების ფასისა და შესყიდვის პოლიტიკის მრავალი ვარიანტი მუშაობს, მაგრამ მათ ასევე აქვთ თანხლები რისკები. მიზანშეწონილია კომბინირებული მეთოდის შერჩევა ქვეყნის სპეციფიკური კონტექსტიდან გამომდინარე. სასურველია, რომ წარმატებული ფარმაცევტული პოლიტიკა და ფასების მექანიზმები იყოს ადგილობრივად მორგებული, გამჭვირვალე, სტაბილური და პროგნოზირებადი. სამართლებრივი სისტემის გაძლიერება არის აუცილებელი ფასების და შესყიდვების პოლიტიკის შემუშავებისთვის. ეს უნდა მოიცავდეს ფარმაცევტული სექტორის რეგულირებას, კონკურენციის და ანტიკორუფციულ კანონს, რათა შეიქმნას თანაბარი პირობები ჯანსაღი და კონკურენტუნარიანი ბაზრის უზრუნველსაყოფად. ჯანსაღი კონკურენციის გზით ფასების რეგულირება აშკარა უპირატესობას შეიცავს ფასების პირდაპირ რეგულირებასთან შედარებით. ასევე სასურველია გამჭვირვალე ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების შემუშავება და ფართოდ გამოყენება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ფარმაცევტულ მედიკამენტთა ფასების და შესყიდვის პოლიტიკის განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების გასაადვილებლად.

საკვანძო სიტყვები: ფარმაციის პოლიტიკა, ფარმაცევტული ფასები, ფარმაცევტული შესყიდვები, ფარმაცევტული ხარჯები, გარე რეგულირებული ფასი

ციტირება: თამარ აზიკური, თენგიზ ვერულავა. მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Pharmaceutical Price Regulation Policy: Recommendations for Georgia

Tamar Azikuri¹, Tengiz Verulava²

¹School of Health Sciences, University of Georgia, Tbilisi, Georgia

²School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

Abstract

Pharmaceutical expenditure is rising globally on a daily basis. Most high-income countries have exercised price adjustment and procurement strategies to ease the cost burden. Low- and middle-income countries (LMICs), however, usually have less regulated pharmaceutical markets and often lack feasible pricing or purchasing strategies and therefore they are less affordable. In high-income countries, the majority of pharmaceutical costs are covered by the government or health insurance institutions. In LMICs, most pharmaceutical expenditure is covered by out-of-pocket payments. Many different options for drug pricing and purchasing policies work, but they also have accompanying risks. It is advisable to select a combined method depending on the specific context of the country. It is desirable that successful pharmaceutical policies and pricing mechanisms are locally tailored, transparent, stable and predictable. Strengthening the legal system is essential for the development of pricing and procurement policies. This should include pharmaceutical sector regulation, competition and anti-corruption law to create a level playing field to ensure a fair and competitive market. Price regulation through healthy competition has clear advantages over direct price regulation. It is also desirable to develop and widely use transparent healthcare information systems in low- and middle-income countries to facilitate the implementation, monitoring and evaluation of pharmaceutical drug pricing and purchasing policies.

Keywords: Pharmacy policy, pharmaceutical prices, pharmaceutical purchases, pharmaceutical costs, external reference price

Quote: Tamar Azikuri, Tengiz Verulava. Pharmaceutical Price Regulation Policy: Recommendations for Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6

ფარმაცევტული ხარჯები და ფარმაცევტული ბაზარი

მსოფლიოში ფარმაცევტული ხარჯები დღითიდღე იზრდება. ბოლო ათწლეულში ერთ სულ მოსახლეზე ფარმაცევტულ პროდუქტებზე დანახარჯები გაიზარდა 50%-ით. ზოგადად, ფარმაცევტული ხარჯების საშუალო წლიური ზრდის ტემპი მნიშვნელოვნად აჭარბებს ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯს მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში. აღნიშნულია ამცირებს მოსახლეობის ფინანსურ ხელისაწვდომობას მედიკამენტებზე.

პრობლემასთან გამკლავების მიზნით, მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების უმეტესობას აქვს კონკრეტული პოლიტიკა, რომელიც მიმართულია მედიკამენტების ფასების ან შესყიდვის რეგულაციებისკენ. აშშ არის ერთადერთი მაღალშემოსავლიანი ქვეყანა, რომელსაც არ აქვს მედიკამენტების ეროვნული ფასების ან შესყიდვის სტრატეგია შემუშავებული. დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებს, ჩვეულებრივ, აქვთ ნაკლებად რეგულირებული ფარმაცევტული ბაზრები, ვიდრე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებს. ზოგიერთი მათ შორის არის მედიკამენტებზე უპირობო "ფასის მიმღები", რაც იმას ნიშნავს, რომ მოსახლეობა იხდის ნებისმიერ ფასს, რომელსაც ფარმაცევტული კომპანია დააწესებს.

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები წარმოადგენენ ფარმაცევტული ინდუსტრიის მთავარ ბაზარს. ეს ქვეყნები შეადგენდნენ მსოფლიოს მოსახლეობის 16%-ს და აქვთ 78,5%-იანი წილი მსოფლიო ფარმაცევტულ ხარჯებში. ამის საპირისპიროდ, დაბალი და საშუალო შემოსავლის

მქონე ქვეყნებში მცხოვრები მსოფლიოს მოსახლეობის 84%-მა მოიხმარა ფარმაცევტული პროდუქტებზე მსოფლიო დანახარჯების მხოლოდ 21,5%. ერთ სულ მოსახლეზე ფარმაცევტული ხარჯები მერყეობს 7.61 აშშ დოლარიდან (USD) დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში, 431.6 აშშ დოლარამდე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები სულ უფრო დიდ მნიშვნელობას იძენს ფარმაცევტული ინდუსტრიისთვის, იმის გათვალისწინებით, რომ მედიკამენტების ხარჯები მსგავსი ტიპის ქვეყნებში უფრო ცვალებადი და სწრაფად მზარდია, ვიდრე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში.

ფარმაცევტული ხარჯების ზრდის გამომწვევი ფაქტორები მრავალფეროვანია, თუმცა, დაკავშირებულია ორ ძირითად საკითხთან: მოხმარებისა და ფასების ცვალებადობასთან. ფარმაცევტული ბაზარი მოიცავს სამ ძირითად ჯგუფს: ურეცეპტოდ ხელმისაწვდომი მედიკამენტები, ჰოსპიტალური მედიკამენტები სტაციონარული პაციენტებისთვის და რეცეპტით გაცემული მედიკამენტები ამბულატორიული პაციენტებისთვის. უმეტეს ქვეყნებში, ურეცეპტოდ ხელმისაწვდომი მედიკამენტები დიდწილად თვითრეგულირებადია, ანუ თავისუფალი ბაზარი არეგულირებს. ურეცეპტო მედიკამენტებზე მოთხოვნა განისაზღვრება თავად პაციენტის მიერ და გამომწერი ექიმის გავლენაზე ნაკლებად არის დამოკიდებული. ურეცეპტო მედიკამენტები ფინანსდება უშუალოდ პაციენტების ჯიბიდან გაწული ხარჯებით. სახელმწიფო, როგორც წესი, ურეცეპტო მედიკამენტებზე ბაზარს თვითრეგულირების საშუალებას აძლევს. მიუხედავად ამისა, ურეცეპტო მედიკამენტების ჩამონათვალის რეგულირებით, სახელმწიფო ირიბად მოქმედებს ამ მედიკამენტების კონკრეტულ ფასებზე.

საავადმყოფოს მედიკამენტების შემენა შესაძლებელია მწარმოებლებთან პირდაპირი მოლაპარაკებით ან ტენდერით, რაც ხშირად იწვევს ფასდაკლებას. უმეტეს მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში, მედიკამენტების ფასები საავადმყოფოებში ხშირად არ ექვემდებარება სახელმწიფო შესყიდვების ან ფასების პოლიტიკას. თუმცა, ბევრ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანაში სახელმწიფო აფინანსებს საავადმყოფოებს, რაც გავლენას ახდენს მსგავსი ტიპის შესყიდვებზე.

რეცეპტით გაცემული ამბულატორიული მედიკამენტების ბაზარი ძირითადად წარმოადგენს ქვეყნის ფარმაცევტული დანახარჯების უდიდეს ნაწილს და ხშირად ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში. ევროპისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის უმეტეს ქვეყნებში ამბულატორიული მედიკამენტები შეადგენს მთლიანი ფარმაცევტული დანახარჯების 75-84%-ს, საიდანაც 50-80% შეიძლება ანაზღაურდეს სოციალური დაცვის სისტემების ან კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ. როგორც დომინანტური მყიდველი, ევროპისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის მთავრობების უმეტესობა ახდენს რეცეპტით გაცემული ამბულატორიული მედიკამენტების ბაზართან შეთანხმებებს. ამის საპირისპიროდ, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რეცეპტით გაცემული ამბულატორიული მედიკამენტებზე გადახდების უმეტესობა მოსახლეობის ჯიბიდან წარმოებს.

მედიკამენტებზე კერძო დანახარჯები, როგორც მთლიანი ფარმაცევტული დანახარჯების წილი ერთ სულ მოსახლეზე დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მერყეობს 61.2%-დან 76.9%-მდე. აღნიშნული ფაქტი მეტყველებს, რომ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სახელმწიფო გვევლინება ძლიერი შემსყიდველის ნაცვლად, სუსტ მარეგულირებლად. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მთავრობების სუსტი მმართველობის მახასიათებელს ემატება ის ფაქტი, რომ მსგავსი ტიპის ქვეყნებში, შეიძლება არსებობდეს რეგულაციები, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში ისინი არ აღსრულდება. ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების ნაკლებობა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ასევე ხელს უწყობს ფარმაცევტული ფასების რეგულირების და შესყიდვის პოლიტიკის არასათანადო განხორციელებას და მონიტორინგს.

ფარმაცევტული ფასებისა და შესყიდვის პოლიტიკის შესახებ უამრავი კვლევა არსებობს, მაგრამ ძალიან ცოტაა ორიენტირებული დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე.

კვლევების უმეტესობა ჩატარებულია ევროპაში და ევროპისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის ქვეყნებში. მხოლოდ რამდენიმე კვლევა ჩატარდა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

ფარმაცევტული ფასების და შესყიდვის პოლიტიკას წარმოადგენს რეგულაციები ან პროცედურები, რომლებსაც იყენებენ სამთავრობო ორგანოები ან მიმწოდებელი, გადაწყვეტილების მიმღები პირები, რათა განსაზღვრონ ან გავლენა მოახდინონ მედიკამენტების ფასებზე. ამ პოლიტიკას შეუძლია გავლენა იქონიოს მწარმოებლების ფასებზე, საბითუმო ფასებზე, საცალო ფასებზე ან ანაზღაურების ფასებზე. მედიკამენტების ფასები შეიძლება პირდაპირ განისაზღვროს (მაგ. მაქსიმალური ფიქსირებული ფასები, ფასების შემცირება ან ფასების გაყინვა) ან გავლენა მოახდინოს მედიკამენტების ფასებზე არაპირდაპირი გზით (მაგ. მოგების რეგულირება). ფასები ასევე შეიძლება შეთანხმებული იყოს ან დადგინდეს ღირებულებაზე დაფუძნებული მექანიზმით ან კონკურენტულად დადგინდეს სატენდერო შეთანხმებების გზით.

ტექნიკები, რომლებიც გამოიყენება ფასების დონის დასადგენად

ყველაზე რთული ამოცანაა იმის დადგენა, თუ რა არის მედიკამენტის გონივრული, სამართლიანი და მისაღები ფასი ან გონივრული მაქსიმალური ფასის ზღვარი. ქვეყნები განსხვავდებიან გონივრული მაქსიმალური ფასის განსაზღვრაში, რაც დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა ბიუჯეტის ლიმიტები, წამლის გამოწერის და დანიშვნის თავისებურებები, დემოგრაფია და ინდუსტრიის სტრატეგიული მნიშვნელობა ეროვნული ეკონომიკისთვის. გონივრული მაქსიმალური ფასის გამოსათვლელად გამოყენებული ტექნიკა ასევე განსხვავებულია. ყველაზე ხშირად გამოიყენება ორი ან მეტი ისეთი ტექნიკის კომბინაცია, როგორცაა: გარე რეფერენტული ფასი, შიდა რეფერენტული ფასი, ეკონომიკური შეფასება, ღირებულება პლუს ფასი და მოგების ზღვრების დაწესება.

გარე რეფერენტული ფასი. მედიკამენტების განფასების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ტექნიკა, რომელიც ასევე გამოიყენება სხვა სტრატეგიებთან ერთად კომბინაციაში არის გარე რეფერენტული ფასები, ასევე ცნობილი როგორც საერთაშორისო ფასების “ბენჩმარკინგი” ან საერთაშორისო რეფერენტული ფასები. ეს გულისხმობს მედიკამენტების ფასებს სხვადასხვა შესადარებელ ქვეყანაში, რათა განისაზღვროს მედიკამენტის ბაზარზე გაყიდვის ფასი ან ანაზღაურების ფასის ლიმიტი. ის ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას შიდა ბაზარზე ფასების ზრდის დასადგენად ან მოლაპარაკებების პროცესში საკონტროლო ზღვრული ფასის სანიშნე მაჩვენებლად.

მეთოდოლოგია განსხვავდება მარეგულირებლების, მყიდველებისა და გადამხდელების პერსპექტივის მიხედვით, მაგრამ პროცესი ჩვეულებრივ ხორციელდება სამ ძირითად ეტაპად. პირველი ეტაპი არის რეფერენტული ქვეყნების შერჩევა, რომელიც ხშირად ეფუძნება გეოგრაფიულ სიახლოვეს, ეკონომიკურ მსგავსებას, ისტორიულ კავშირებს, ფასების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაზღვევის დონეს, ფარმაცევტულ ინდუსტრიაში ინვესტიციების დონეს და შიდა ფარმაცევტული წარმოების შედარებით ეკონომიკურ მნიშვნელობას. რეფერენტული ქვეყნები ჩვეულებრივ დაახლოებით ხუთია. ზოგიერთი ექსპერტის რჩევით, უმჯობესია 10 რეფერენტული ქვეყანა იყოს ჩართული.

მეორე ეტაპს წარმოადგენს დონის განსაზღვრა, რომლის მიხედვითაც ხდება ფასების შედარება და კონკრეტული „ფასის თარიღის“ არჩევა რეფერენტულ ქვეყანაში (მაგ. მიმდინარე ფასი და ფასი გამოშვებისას). ევროპის ქვეყნების უმეტესობა იყენებს ქარხნის ფასს შედარებისთვის, რადგან ეს მიდგომა გამორიცხავს ფასების განსხვავებებს, რომლებიც გამოწვეულია დისტრიბუციის ფასანამატით. პოლონეთში შედარებისთვის გამოიყენებენ როგორც საბითუმო, ასევე სააფთიაქო საცალო ფასებს.

მესამე ეტაპია ზღვრული ფასის გამოსათვლელი მეთოდი. ერთი გავრცელებული მიდგომაა საშუალო ფასის აღება. ზღვრული საორიენტაციო ფასი ასევე შეიძლება იყოს საშუალო ფასის ფიქსირებული პროცენტი რეფერენტულ ქვეყნებში (მაგ. 85% დაპატენტებული, ადგილობრივად წარმოებული მედიკამენტებისთვის და 96% ადგილობრივი წარმოების გენერიკებისთვის სლოვენიაში). ზოგიერთ ქვეყანაში ზღვრული საორიენტაციო მაჩვენებელია ყველაზე დაბალი ფასი, ან სამი ყველაზე დაბალი ფასის საშუალო ან სამი ყველაზე დაბალი ფასის საშუალოს პლუს 10%.

გამოყენებული პრინციპის მიუხედავად, გარე რეფერენტული ფასების სისტემა უნდა იყოს მარტივად პროგნოზირებადი და ღია, გამჭვირვალე რეფერენტული ქვეყნების, ფასების წარმომავლობის და ფასების დაწესების პროცედურის ჩათვლით.

დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებმა, რომლებსაც სურთ განავითარონ გარე რეფერენტული ფასების სისტემა, უნდა განიხილონ რესურსები და ცოდნა (ადამიანური და მატერიალური), რომელიც საჭიროა მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზისთვის. არსებობს ტექნიკური სირთულეები ერთიდაიგივე წამლის ფასების შედარებისას ქვეყნებში, კომერციული სახელების, დოზის სხვაობის, იმავე ეფექტურობისა და შეფუთვის, დისტრიბუტორების მოგების მარჟის, ადგილობრივი გადასახადებისა და ფასების გამჭვირვალობის ნაკლებობის გამო. განვითარების მსგავს ეტაპებზე რეფერენტული ქვეყნების შერჩევა (მაგ. სხვა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებიდან) ზრდის რეფერენტული ფასების შემუშავებისთვის საჭირო მონაცემების შეგროვების სირთულეს, რადგან მსგავსი ტიპის ქვეყნებს ხშირად არ აქვთ სანდო ისტორიული და სისტემური მონაცემთა წყარო მედიკამენტების კონკრეტული ფასების შესახებ.

შიდა რეფერენტული ფასი. განფასების კიდევ ერთი გავრცელებული სტრატეგიაა შიდა რეფერენტული ფასები, რომელიც მოიცავს ფასების შედარებას მედიკამენტების თერაპიულ ექვივალენტებს შორის ქვეყნის შიგნით. შიდა რეფერენტულ ფასს ხშირად იყენებენ ფასწარმომქმნელი ორგანოები, როგორც ორიგინალური პროდუქტების ფასების სახელმძღვანელოს ბაზარზე შესვლისას, სადაც უკვე ხელმისაწვდომია კონკრეტული პრეპარატის თერაპიული ალტერნატივა. ამ შემთხვევებში, მედიკამენტი, რომელსაც არ აქვს დამატებითი თერაპიული ღირებულება ბაზარზე არსებულ მედიკამენტთან შედარებით, ახალი პრეპარატის ფასი ბაზარზე არსებულის ექვივალენტია. ამის საპირისპიროდ, თუ იგი მიჩნეულია არსებულ მედიკამენტზე აღმატებულად, შიდა რეფერენტული ფასების სისტემაში გამოიყენება პრემია, რომელიც აღნიშნავს ფასის პროცენტულ ზრდას. მაგალითად, იაპონიაში, ინოვაციის დონის მიხედვით, მედიკამენტი შეიძლება შეფასდეს, როგორც: ინოვაციური პრემია (ძალიან ინოვაციური), სარგებლიანობის პრემია I (ნაკლებად ინოვაციური) და სარგებლიანობა პრემია II (მცირე თერაპიული გაუმჯობესება) თითოეულ შემთხვევაში დამატებული ფასებია - 70-120%; 35-60% და 5-30%, აქედან გამომდინარე, შესადარებელი პრეპარატის ფასი მეტად მაღალი გამოდის ვიდრე ბაზარზე უკვე არსებულის ფასი.

შიდა რეფერენტული ფასი ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას გენერიკული მედიკამენტების ასანაზღაურებელი ფასის გამოთვლისას, ამ შემთხვევებში ხშირად ბრენდული პრეპარატის ასანაზღაურებელი ფასი შემცირებულია უტოლდება გენერიკული პრეპარატის ფასს. მაგალითად, საფრანგეთში, გენერიკული მედიკამენტების ფასი უნდა იყოს <50% არაპატენტური მედიკამენტის ფასის რომ ანაზღაურდეს.

შიდა რეფერენტული ფასი შეიძლება გამოყენებულ იქნას თერაპიული ჯგუფის ფარგლებში ერთი კონკრეტული მედიკამენტის ფასის ანაზღაურების დასადგენად. თუ კომპანიები არ ეთანხმებიან საორიენტაციო ფასს, მათ თავისუფლად შეუძლიათ დააწესონ უფრო მაღალი ფასი, თუმცა, თუ საცალო გასაყიდი ფასი რეფერენტულ ფასზე მაღალია, პაციენტებს ჩვეულებრივ მოეთხოვებათ სხვაობის გადახდა. ამ ფასის სიგნალმა შეიძლება გამოიწვიოს ბაზრის წილის დაკარგვა იაფი მედიკამენტებისთვის.

ტექნიკურად, ერთი საკითხი, რომელიც გასათვალისწინებელია შიდა რეფერენტული ფასების სისტემის შემუშავებისას, არის თერაპიული ჯგუფების შედგენა, ეს შეიძლება იყოს აქტიური ინგრედიენტების (გენერიკების) ან თერაპიულად მოქმედი მედიკამენტების საფუძველზე. მაგალითად, გერმანია მსგავსი პრინციპით აჯგუფებს მედიკამენტებს, რომლებიც თერაპიულად მსგავსია, მაგრამ არა ქიმიურად ან კლასის ექვივალენტით, როგორცაა მაგალითად ანტიჰიპერტენზიული ყველა მედიკამენტი ან ყველა ანტიდეპრესანტი.

ზოგიერთ ქვეყანაში, თერაპიულ ჯგუფებში შედის მხოლოდ არაპატენტური მედიკამენტები ჩვეულებრივ, გენერიკები ან "მსგავსი" პროდუქტები. სხვა ქვეყნებში, როგორებიცაა ავსტრალია, ახალი ზელანდია, კანადა და გერმანია, თერაპიული ჯგუფები შეიძლება შეიცავდეს როგორც ბრენდულ, ისე არაპატენტურ მედიკამენტებს.

კიდევ ერთი ტექნიკური საკითხია რეფერენტული ფასის განსაზღვრა, რომელიც მსგავსია გარე რეფერენტული ფასის, სადაც საორიენტაციო ფასი უტოლდება ჯგუფში ყველაზე დაბალფასიან პროდუქტს ან ჯგუფში შემავალი ყველა მედიკამენტის საშუალო ფასს. გერმანია იყენებს მედიანას, როგორც საორიენტაციო ფასის დონეს.

დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებმა უნდა გაითვალისწინონ შიდა რეფერენტული ფასების სისტემის ორი ძირითადი მიზანი. ეს არის ორიგინალური პროდუქტების ფასი ბაზარზე შესვლის დონეზე, სადაც უკვე ხელმისაწვდომია თერაპიული ალტერნატივები, ან განისაზღვროს ერთიანი ასაზღაურებელი ფასი მედიკამენტებისთვის კონკრეტულ თერაპიულ ჯგუფში. ფარმაკო-ეკონომიკური შეფასება შეიძლება საჭირო გახდეს ახალი პროდუქტების ინოვაციურობის შესაფასებლად ბაზარზე უკვე არსებულ თერაპიებთან შედარებით ან შესაბამისი თერაპიული ჯგუფების შესაქმნელად. ფარმაკო-ეკონომიკური შეფასება არის ტექნიკა, რომელიც მოითხოვს მნიშვნელოვან ტექნიკურ ექსპერტიზას და ქვეყნის შიგნით შესაძლებლობების განვითარებას, რომელიც, როგორც წესი, არ არის დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში ხელმისაწვდომი.

ფარმაცევტულ კომპანიებზე გავლენის მოსახდენად, რომ ისინი შეთანხმდნენ ანაზღაურებისათვის ერთ კონკრეტულ რეფერენტულ ფასზე, დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები უნდა იყვნენ დომინანტური მონოფონი მყიდველები. ეს ნაკლებად სავარაუდოა, რომ მოხდეს იმ შემთხვევაში, თუ დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები ვერ ახორციელებენ უნივერსალურ, ჯანდაცვის სისტემის საყოველთაო დაფარვას და მედიკამენტების უმეტესი გადასახადი იფარება ფიზიკური პირების მიერ ჯიბიდან გადახდის გზით.

და ბოლოს, რეფერენტული ფასების სისტემები რეგულარულად უნდა განახლდეს, რათა ახალი მედიკამენტები შევიდეს რეფერენტულ მედიკამენტთა სიაში. მიუხედავად იმისა, რომ დადასტურებულია, რომ რეფერენტული განფასების სისტემები ზღუდავს ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოყენებას, გარკვეულწილად პარადოქსულია, რომ ეს სისტემა ასევე გარკვეულწილად შეიძლება წარმოადგენდეს ბიძგს, რომ უფრო დაბალი ფასის მედიკამენტები მოერგოს რეფერენტულ ფასს. შესაბამისად, მიჩნეულია, რომ რეფერენტული განფასების სისტემა უნდა იქნას გამოყენებული სხვა ზომებთან ერთად, როგორცაა ფარმაცევტული კომპანიებისთვის ფასის ზრდის ოფიციალური დამტკიცების მოთხოვნა მხოლოდ „გონივრული საფუძვლის“ არსებობისას, სავალდებულო გენერიკით ჩანაცვლება ან ფასების სავალდებულო შემცირება.

რეფერენტული ფასის სისტემის დამატებითი ვარიანტია არის ინდექსური ფასის სისტემები, რომლებიც ფასის სიგნალს აძლევს ფარმაცევტებსა და მწარმოებლებს. ინდექსური ფასების ფარგლებში, ფარმაცევტები იღებენ დამატებით შემოსავალს გაყიდული პრეპარატის მიხედვით. ინდექსური ფასები ფარმაცევტებს აძლევს ეკონომიკურ სტიმულს, გასცენ ყველაზე დაბალფასიანი წამალი ინდექსის ჯგუფიდან, რადგან მათ რჩებათ სხვაობა გაცემული წამლის ინდექსურ ფასსა და საცალო ფასს შორის. გამოთვლილი ფასები რეგულარულად უნდა განახლდეს, რაც იწვევს ინდექსის დაბალ ფასს მომდევნო რეგულარულ განახლებაში. იაფი

მედიკამენტების გაცემის ზრდა ასევე ქმნის სტიმულს მწარმოებლებისთვის, შეამცირონ ფასები, რათა არ დაკარგონ ბაზრის წილი. სათანადო მართვის და რეგულირების შემთხვევაში, ინდექსური ფასების სისტემას აქვს პოტენციალი, შეამციროს ჯგუფის ფასები მინიმალურ ეკონომიკურ ზღვრამდე. ინდექსის ფასი მუშაობს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ნებადართულია თერაპიული ან გენერიკული ჩანაცვლება.

ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასება ღირებულებაზე დაფუძნებული შესყიდვისთვის. ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასება ასევე გამოიყენება სამართლიანი ფასის დასადგენად სხვა არჩეულ სტრატეგიებთან ერთად, როგორცაა გარე და შიდა რეფერენტული ფასები. ამ დროს დარდება ორი ან მეტი თერაპია მათი ხარჯებისა და თერაპიაზე პასუხის მიხედვით, იქნება ეს გამონახტული ფულადი ღირებულებით, ეფექტურობით თუ გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხით. ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასების დროს დასმული საბოლოო კითხვა არის თუ არა სარგებელი, რომელსაც ახალი წამალი გვთავაზობს არსებულ თერაპიასთან შედარებით ღირებული. ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასების ოთხი ძირითადი ტიპი გამოიყენება მედიკამენტების ფასების შეფასებისას: ხარჯების მინიმიზაციის ანალიზი, ხარჯ-სარგებლის ანალიზი, ხარჯ-ეფექტურობის ანალიზი და ხარჯთაღრიცხვის ანალიზი.

ევროპისა და OECD-ის ქვეყნების უმეტესობამ გარკვეულწილად გამოიყენა ფარმაცო-ეკონომიკური შეფასება ფასებისა და ანაზღაურების გადაწყვეტილებებში. ზოგ ქვეყნებში ეს ტექნიკა სავალდებულო გახდა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეთოდები ყველაზე მეტად საჭიროა იქ, სადაც რესურსების დეფიციტია, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები იშვიათად ატარებენ და იყენებენ ფარმაცო-ეკონომიკურ შეფასებას პოლიტიკის დონეზე. ეს განსაკუთრებით ეხება ქვეყნებს, სადაც კერძო დანახარჯები ჯანმრთელობის დაფინანსების ძირითადი ფორმაა. რამდენიმე დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანა ფორმალურად იყენებს ამ მეთოდს ფარმაცევტული ფასების შემუშავებისა და ანაზღაურების გადაწყვეტილების მიღებისას, ასევე ის ქვეყნები, რომლებსაც აქვთ ჯანდაცვის უნივერსალური დაფარვა, როგორცაა ტაილანდი და ტაივანი. თუმცა, იქ ამ მეთოდის გამოყენება ჯერ კიდევ საწყის ეტაპზეა.

დასკვნა

მედიკამენტების ფასების რეგულირების საერთაშორისოდ გამოყენებული მეთოდები მრავალფეროვანია. მიზანშეწონილია სხვადასხვა მეთოდების კომბინაცია, რაც დამოკიდებულია ქვეყნის სპეციფიკურ კონტექსტზე. ფარმაცევტული ფასების და შესყიდვის ეფექტური პოლიტიკის შემუშავებისას, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მთავრობებმა უნდა გაითვალისწინონ მსოფლიოში დაგროვილი გამოცდილება.

გრძელვადიან პერსპექტივაში სასურველია საყოველთაო ჯანდაცვის სრული დაფარვის დანერგვა, სადაც მედიკამენტების უმეტესობა ფინანსდება სოციალური უზრუნველყოფის სისტემებით ან კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევით. აღნიშნული საშუალებას მისცემს მსგავს ქვეყნებს გახდნენ დომინანტური მონოფსონი მყიდველი და ამ გზით შეამცირონ მედიკამენტთა ფასები. ბაზარზე დომინირების მიღწევა გაუხსნის ახალ შესაძლებლობებს მთავრობებს, როგორც აქტიურ ეკონომიკურ მოთამაშეებს ფასების დადგენისას, რათა გავლენა მოახდინონ მედიკამენტების საბაზრო ღირებულებაზე.

პოლიტიკის ნებისმიერი შესაძლო ვარიანტის დანერგვისას, თანმდევი რისკი უფრო დიდია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისათვის იმ შემთხვევაში თუ ქვეყნებს ჯერ კიდევ არ აქვთ ძლიერი სამართლებრივი სისტემები, რომლებიც მხარს უჭერენ და აძლიერებენ ჯანდაცვის სისტემას. სამართლებრივი სისტემის გაძლიერება არის აუცილებელი ფასების და შესყიდვების პოლიტიკის შემუშავებისთვის. ეს უნდა მოიცავდეს ფარმაცევტული სექტორის რეგულირებას, კონკურენციის და ანტიკორუფციულ კანონს, რათა შეიქმნას თანაბარი პირობები ჯანსაღი და კონკურენტუნარიანი ბაზრის უზრუნველსაყოფად. ჯანსაღი კონკურენციის გზით ფასების რეგულირება აშკარა უპირატესობას შეიცავს ფასების პირდაპირ

რეგულირებასთან შედარებით. ასევე სასურველია გამჭვირვალე ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების შემუშავება და ფართოდ გამოყენება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ფარმაცევტულ მედიკამენტთა ფასების და შესყიდვის პოლიტიკის განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების გასაადვილებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Ball D. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working Paper 3: The Regulation of Mark-ups in the Pharmaceutical Supply Chain. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Espin J, Rovira J, de Labry AO. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working paper 1: external reference pricing. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Faden L, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D, Wagner A. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working paper 2: The role of health insurance in the cost-effective use of medicines. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Huff-Rousselle M. 2012. The logical underpinnings and benefits of pooled pharmaceutical procurement: a pragmatic role for our public institutions? *Social Science and Medicine* 75: 1572–80.

Kalo' Z, Bodrogi J, Boncz I et al. 2013. Capacity building for HTA implementation in middle-income countries: the case of Hungary. *Value in Health Regional Issues* 2: 264–6.

Kaplan WA, Ritz LS, Vitello M, Wirtz VJ. 2012. Policies to promote use of generic medicines in low and middle income countries: a review of published literature, 2000-2010. *Health Policy* 106: 211–24. Kova'cs T, Ro'zsa P, Szigeti S, Borcsek B, Lengyel G. 2007. PPRI Pharma Profile Hungary. http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/Hungary_PPRI_2007.pdf, accessed 12 February 2011.

Kulsomboon V, Yang BM, Hu S. 2012. Bridging the gap in pharmacoconomics and outcomes research between researchers, policymakers, and practitioners in the Asia-Pacific region. *Value in Health* 15: S1–2.

Leopold C, Vogler S, Mantel-Teeuwisse AK et al. 2012. Differences in external price referencing in Europe: a descriptive overview. *Health Policy* 104: 50–60.

Nguyen TA, Knight R, Roughead EE, Brooks G, Mant A. Policy options for pharmaceutical pricing and purchasing: issues for low- and middle-income countries, *Health Policy and Planning*, Volume 30, Issue 2, March 2015; 267–280,

Ngorsuraches S, Meng W, Kim BY, Kulsomboon V. 2012. Drug reimbursement decision-making in Thailand, China, and South Korea. *Value in Health* 15: S120–5.

Vogler S. 2012. The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative Journal* 1: 93–100.

Vogler S, Habl C, Bogut M, Voncina L. 2011. Comparing pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Croatia to the European Union Member States. *Croatian Medical Journal* 52: 183–97.

Yongthong W, Hu S, Whitty JA et al. 2012. National drug policies to local formulary decisions in Thailand, China, and Australia: drug listing changes and opportunities. *Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoconomics and Outcomes Research* 15: S126–31.



Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი უნდობლობა: აცრის გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებული ბარიერები

მილორდ შენგელია¹

¹ სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

კოვიდ-19-ის პრევენციის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური გზა ვაქცინაციაა. ვაქცინისადმი ყოყმანი და უნდობლობა გლობალური გამოწვევაა. კვლევის მიზანია Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი უნდობლობის და ვაქცინაციის გადაწყვეტილების მიღების შემაფერხებელი ბარიერების შესწავლა. 10 რესპონდენტთან, რომლებიც არ იყვნენ Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით აცრილნი, ჩატარდა თვისებრივი კვლევა სიღრმისეული ინტერვიუების გამოყენებით. გამოიყო სამი ძირითადი კატეგორია, რომელიც აცრის სირთულეებს უკავშირდება: ნდობის ნაკლებობა (ეფექტურობის, უსაფრთხოების მიმართ), თვითკმაყოფილება (აღქმა, თოთქოს ვირუსი საშიში არ არის და არ გვავნებს, ან სულაც არ დაგვემართება) და არახელსაყრელობა (იმუნიზაციის სერვისის ხელმისაწვდომობის პრობლემა, დროის, მანძილის და სხვა ბარიერები). ამ კატეგორიების მიხედვით შეფასდა Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის ეფექტურობა, Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის უსაფრთხოება, ვაქცინის რეალური საჭიროება და მისი ვაქცინის ხელმისაწვდომობა. შედეგები კვლევამ აჩვენა, რომ ადამიანების ვაქცინაციის გადაწყვეტილებაზე გავლენას ახდენს მისი ეფექტურობისა და უსაფრთხოებისადმი უნდობლობა, რეალური საჭიროებისადმი სკეპტიკური დამოკიდებულება. ამასთანავე, ისინი არ არიან უპირობოდ წინააღმდეგი და ნაწილობრივ აცრის ბენეფიტებსაც იზიარებენ. თუმცა, არ არიან დარწმუნებულნი იმუნიზაციის შედეგებში. აქვებთ მოკლე დროში შექმნილი ვაქცინის უსაფრთხოება. გვერდითი ეფექტებისა და ჯანმრთელობაზე უარყოფითი გავლენის რისკიც არანაკლები შფოთვის მიზეზია.

საკვანძო სიტყვები: Covid-19, ვაქცინაცია, ვაქცინისადმი უნდობლობა, ვაქცინის უსაფრთხოება, ვაქცინის ეფექტურობა.

ციტირება: მილორდ შენგელია. Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი უნდობლობა: აცრის გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებული ბარიერები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Distrust of the Covid-19 vaccine: barriers to the decision to vaccinate

Milord Shengelia¹

¹ Faculty of Social and Political Sciences, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Abstract

One of the most effective ways to prevent Covid-19 is vaccination. Vaccine hesitancy and distrust is a global challenge. The aim of the research is to study the distrust of the vaccine against Covid-19 and the barriers preventing the decision to be vaccinated. A qualitative study using in-depth interviews was conducted with 10 respondents who were not vaccinated against Covid-19. Three main categories related to vaccination difficulties were identified: lack of confidence (in terms of effectiveness, safety), complacency (perception that the virus is not dangerous and does not harm us) and disadvantage (problem of availability of immunization services, time, distance, etc.) barriers). The effectiveness of the Covid-19 vaccine, the safety of the Covid-19 vaccine, the actual need for the vaccine and the availability of the vaccine were evaluated under these categories. results. Research has shown that people's decision to vaccinate is influenced by distrust of its effectiveness and safety, and skepticism about the real need. At the same time, they are not unconditionally against and partially share the benefits of vaccination. However, they are not sure about the results of immunization. Doubt the safety of the vaccine created in a short period of time. The risk of side effects and adverse health effects is no less a cause for concern.

Keywords: Covid-19, vaccination, vaccine acceptance, vaccine hesitancy, vaccine safety, vaccine effectiveness.

Cite article: Milord Shengelia. Distrust of the Covid-19 vaccine: barriers to the decision to vaccinate. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6

შესავალი

კოვიდ-19-ის ვირუსი, სწრაფი გავრცელებისა და ინფიცირების მაღალი მაჩვენებლების გამო, თავიდანვე იქცა დიდ გამოწვევად. ახალი კორონა ვირუსის გავრცელების საწყის ეტაპზე, დაავადების თავიდან აცილების ერთადერთ საშუალებად ითვლებოდა საერთაშორისო მიმოსვლის შეზღუდვა, საგანგებო მდგომარეობის გამოცხადება, სოციალური დისტანცირება, პირბადის ტარება, ხელების ხშირ დაბანა და სხვა ჰიგიენური ნორმების დაცვა. ჩვეულებრივ, ვირუსული დაავადებების საწინააღმდეგო ვაქცინების შექმნას 5 დან 10 წელი, ან უფრო მეტი დრო სჭირდება. ამ დროის განმავლობაში დგინდება თუ რამდენად უსაფრთხო და ეფექტურია იგი ვირუსის წინააღმდეგ (JHUM, 2020). გარდა ამისა ახლად შექმნილი ვაქცინა გადის მკაცრ რეგულაციებს, რომელიც რამდენიმე საფეხურს მოიცავს, რათა საბოლოოდ მოხდეს პროდუქტის დამტკიცება. თუმცა, კოვიდ-19-ით გამოწვეული წნეხი ჯანდაცვის სექტორზე და ეკონომიკაზე იმდენად დიდი იყო რომ იგი საჭიროებდა მყისიერ რეაგირებას და აუცილებელი ზომების მიღებას (Brothers, 2020). უპრეცედენტოდ მოკლე დროში შეიქმნა ვაქცინა და ამჟამად, ვაქცინაცია მიიჩნევა დაავადების პრევენციის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტურ გზად. დღეისათვის ვაქცინის სხვადასხვა სახეობა ხელმისაწვდომია თითქმის ყველა მსურველისთვის მსოფლიოს სხვადასხვა წერტილში. თუმცა, გლობალურ გამოწვევას წარმოადგენს ვაქცინისადმი ყოყმანი და უნდობლობა (Vaccine hesitancy) (Nossier, 2021).

ჯანმო-ს მიხედვით ვაქცინაცია ყოველწლიურად 2-3 მილიონით ამცირებს სიკვდილიანობას და კიდევ 1.5 მილიონი სიცოცხლის გადარჩენა შეიძლება აცრის მსურველთა მაქსიმალური რაოდენობის შემთხვევაში (WHO, 2019). იგი არის ერთგვარი იარაღი, რომელიც ადამიანებს ეხმარება დაიცვან თავი სხვადასხვა ინფექციური დაავადებებისაგან. აღნიშნულიდან გამომდინარე, საინტერესოა ვიკვლიოთ, თუ რა განაპირობებს იმუნიზაციისადმი მზაობის ნაკლებობას და ვაქცინისადმი უნდობლობას, ამავდროულად გავიგოთ, თუ რა არის ის ძირითადი დაბრკოლებები, რაც ხელს უშლის აცრის გადაწყვეტილების მიღებას.

ვაქცინის შექმნა რამდენიმე ეტაპს მოიცავს და ფაზებად არის დაყოფილი (JHUM, 2020): პრეკლინიკური, კლინიკური კვლევები უსაფრთხოების, დოზირებისა და იმუნური პასუხების შესაფასებლად, მოხალისეთა დიდი რაოდენობის ტესტირება ვაქცინაზე იმუნური რეაქციების გასაზომად, ვაქცინების უსაფრთხოობის და ეფექტურობის შეფასება, ვაქცინის ავტორიზაცია. კოვიდ-19-ის საწინააღმდეგო შემდეგი ვაქცინები შეიქმნა: ფაიზერ-ბაიონტეკი (Pfizer-BioNTech), მოდერნა (Moderna), ოქსფორდ-ასტრაზენეკა (Oxford-AstraZeneca), სინოფარმს (Sinopharm). ყველა აღნიშნული, გარდა მოდერნასი, ხელმისაწვდომია საქართველოში და ვაქცინაციის ეროვნული გეგმის ფარგლებში მოქალაქეებს შეუძლიათ მათთვის სასურველი მათგანი აირჩიონ.

კოვიდ-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინა სხვადასხვა ქვეყნებში გამოყენებაში ჩაეშვა 2020 წლის მიწურულს და 2021 წლის დასაწყისში. გაეროს ბავშვთა ფონდის მიხედვით (UNICEF Georgia, 2021) საქართველოში ვაქცინის პირველი პარტია COVAX პლატფორმის საშუალებით 2021 წლის 13 მარტს ჩამოვიდა, ხოლო იმუნიზაციის პროცესი 15 მარტს დაიწყო. ამჟამად ქვეყანაში 4 სხვადასხვა დასახელების ვაქცინაა ხელმისაწვდომი, ესენია: ფაიზერი (Pfizer-BioNTech), ოქსფორდ-ასტრაზენეკა (Oxford-AstraZeneca), სინოფარმი (Sinopharm) და სინოვაკი (Sinovac). აქედან ყველაზე ხშირად გამოყენებული ფაიზერი და შემდეგ სინოფარმია. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, საქართველოში 2022 წლის მაისისთვის ჩატარებული აცრების რაოდენობა 2 მილიონ 900 ათასამდეა, ხოლო სრულად აცრილი მოსახლეობის რაოდენობა 1 მილიონ 250 ათასს აღემატება, რაც მთლიანი მოსახლეობის დაახლოებით 34%-ია (NCDC). ამ სტატისტიკით საქართველო მკვეთრად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის და მეზობელი ქვეყნების უმეტესობას. მაგალითისათვის, გერმანიაში მოსახლეობის 76% სრულად ვაქცინირებულია, იტალიაში იგივე მაჩვენებელი 79%-ს უტოლდება, დიდ ბრიტანეთში 73%-ს, . აშშ-ში 66%-ს (CDC, 2022).

CRRC საქართველოს მიერ 2021 წლის დეკემბერში ჩატარებული კვლევის მონაცემებით, მოსახლეობის 42% ამბობს რომ ისინი არ აიცრებიან კოვიდ საწინააღმდეგო ვაქცინით. ძირითად მიზეზებად, თუ რატომაც არ სურს იმუნიზაცია, ასახელებენ ვაქცინის ხარისხის მიმართ უნდობლობას და არასათანადო ჯანმრთელობის მდგომარეობას. გარდა ამისა აცრის მოწინააღმდეგეთა 15% ამბობს რომ პანდემიასთან გამკლავება ვაქცინის გარეშე შესაძლებელია. ამვე კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებისთვის დასმულ კითხვაზე აცრიდნენ თუ არა შვილს კორონავირუსის წინააღმდეგ, 59%-მა უარი განაცხადა. ამ ყველაფრის გათვალისწინებით საგულისხმოა რომ საქართველოს მოსახლეობის 64%-ის აზრით საკმარისი ინფორმაცია აქვთ ვაქცინაციის პროცესთან დაკავშირებით (CRRC, 2021). იმუნიზაციის მსურველთა შორის ასაკის მიხედვით მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აღინიშნება, თუმცა მაინც შეიძლება ითქვას რომ 55 და უფროსი ასაკის ადამიანები უფრო მეტად გამოთქვამენ მზაობას აცრის მიმართ, ვიდრე უფრო ახალგაზრდა ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახურმა 2020 წლის ბოლოს ჩაატარა კვლევა, რომელიც ეხებოდა კოვიდ-19-ის გავლენას ოჯახებისა და ბავშვების კეთილდღეობაზე. ეს ის პერიოდია, როდესაც ქვეყანაში აცრა ხელმისაწვდომი არ არის. კითხვაზე, გაიკეთებდნენ თუ არა ვაქცინას, თუკი ის მთავრობის მიერ უსაფრთხოდ და ეფექტურად იქნებოდა აღიარებული, რესპონდენტების თითქმის მესამედმა (29,5%) განაცხადა, რომ გადაწყვეტილი არ აქვს. ხოლო უფრო მეტმა აღნიშნა (31,4%) რომ თითქმის გამორიცხავს აცრას. ეს კარგად აჩვენებს უნდობლობის დონეს, რომელიც ჯერ კიდევ მაშინ იყო საკმაოდ მაღალი, როდესაც ვაქცინა შემოსულიც კი არ იყო ქვეყანაში და შესაბამისად მისი ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შესახებ ეჭვები მხოლოდ მოსაზრებებს ეფუძნებოდა (საქსტატი, 2021). საქსტატმა 2021 წლის დეკემბერში საქსტატმა ჩაატარა კვლევა, ვაქცინაციისადმი დამოკიდებულებების შესახებ მათ შორის ვინც არ აცრილა. კვლევის შედეგების მიხედვით, 34,5%-ს არ გადაუწყვეტია იმუნიზაცია, 14,1%-ის აზრით ნაკლებად მოსალოდნელია, ხოლო 18,5% გამორიცხავს აცრას. მთლიანობაში გადაუწყვეტილი და უარყოფითი დამოკიდებულების მქონე რესპონდენტების წილი 67,1%-ს შეადგენს, რაც ასევე მაღალია (საქსტატი, 2021).

ვაქცინაციის მიმართ ყოყმანი (Vaccine hesitancy) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ თანამედროვეობის ერთ-ერთ საფრთხედ გამოაცხადა. მიუღებლობა საკმაოდ კომპლექსური პრობლემაა და მრავალი ფაქტორი განაპირობებს. მათ შორის არის თავად ინფექციის რისკი და სიმძიმე, ემოციური მდგომარეობა, ვაქცინის მიმართ უნდობლობა, არასრული ინფორმირებულობა, სოციალური კონტექსტი და სხვა. კონკრეტულად კოვიდ-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის მიმართ უნდობლობას ისეთი თავისებური მიზეზებიც განაპირობებს, როგორცაა მაგალითად შედარებით ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება აცრის შექმნის პროცესში და ასევე მისი უპრეცედენტოდ მოკლე დროში დამზადება. შესაბამისად, მიუხედავად მყარი მეცნიერული მტკიცებულებისა, რომ ვაქცინები ეფექტური და უსაფრთხოა ვირუსის წინააღმდეგ, ადამიანების დიდი ნაწილი მაინც ყოყმანობს და არ ავლენს იმუნიზაციის მიმართ მზაობას (Nossier, 2021). გარდა ამისა, რადგან კოვიდ-19 ახალი დაავადებაა, მის შესახებ გამუდმებით ცვალებადი ინფორმაციის ნაკადი გავლენას ახდენს ვირუსის მიმართ აღქმებზე. მისი სიმპტომების, სიმძიმის და ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის შესახებ უწყვეტი, მრავალფეროვანი ინფორმაცია დაბნეულობაში ამყოფებს ხალხს და შესაბამისად გაურკვევლობას ქმნის ვაქცინის ეფექტურობაზე. არანაკლებ მნიშვნელოვანია სხვა ადამიანების პირადი გამოცდილება და პრაქტიკები. ბენეფიციარები ხშირ შემთხვევაში ყურადღებას აქცევენ იმას, თუ როგორი გამოცდილება ჰქონდათ მათ ნაცნობებს ან ახლობლებს აცრის შემდეგ. რაიმე გვერდით მოვლენას ხომ არ ჰქონია ადგილი და ზოგადად როგორ იმოქმედა იმუნიზაციამ მათზე. მსგავსი პირდაპირი და უშუალო ერთგვარი საბუთი, გადაწყვეტილების მიღების მიზეზი შეიძლება გახდეს. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ იმუნიზაციის მიმართ დამოკიდებულებას გარკვეულწილად დროში ცვლილების ხასიათიც ჰქონდა. მას შემდეგ რაც აცრის შექმნის პროცესი დასასრულს მიუახლოვდა და მის შესახებ უფრო მეტი ინფორმაცია გახდა ხელმისაწვდომი, თავი იჩინა დეზინფორმაციებმაც, რამაც შეამცირა ნდობა საზოგადოების მხრიდან.

მიუღებლობა შეიძლება ისეთმა სოციალურმა, კულტურულმა და ფსიქოლოგიურმა მიზეზებმა განაპირობოს, როგორებიცაა: ნდობის ნაკლებობა (ეჭვები უსაფრთხოებასა და ეფექტურობაზე, თავად ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და ჯანდაცვის სექტორის მიმართ უნდობლობა), თვითკმაყოფილება (თითქოს დაინფიცირების რისკი დაბალია, არ დაემართება ვირუსი), მოუხერხებლობა (იმუნიზაციის სერვისების ხელმისაწვდომობის, ადგილის და დროის პრობლემა) (Shen & Dubey, 2019). კვლევები ადასტურებენ, რომ ყველაზე მეტი ეფექტის მქონე ნდობის ნაკლებობა და თვითკმაყოფილებაა, რადგან ისეთ პირობებშიც კი, სადაც ვაქცინის ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილია, მოსახლეობის დიდი ნაწილი იმუნიზაციის პროცესში ჩართვისადმი მზაობას არ ავლენს. უნდობლობა არის ბარიერი, რომელსაც ხშირ შემთხვევაში ქმნის სხვადასხვა მედია წყაროებიდან მიღებული ინფორმაცია (Tan et al., 2022).

მაშინ როდესაც ანტივაქსერული სენტიმენტები საკმაოდ მაღალია ქართულ საზოგადოებაში და ამავდროულად იმუნიზაციის მსურველთა რიცხვი ისევ დაბალი რჩება, ეს ქმნის საფრთხეს რომ პანდემიამ შესაძლოა კიდევ მოახდინოს გავლენა მოსახლეობაზე და მივიღოთ ვირუსის გავრცელების ახალი ტალღა. აცრის მიმართ დამოკიდებულების თვალსაჩინო მაგალითია ვადაგასული ვაქცინები. აპრილის თვეში „ფაიზერის“ მიერ წარმოებულ ვაქცინებს გამოყენების ვადა ამოეწურა და მათი მოხმარებაც ახალი დოზების შემოსვლამდე გარკვეული დროით შეწყდა. მსგავსი შემთხვევების თავიდან ასარიდებლად და ვაქცინაციის პროცესის სათანადო დონეზე მიმდინარეობისათვის, აუცილებელია, როგორც რესურსების მაქსიმალურად გამოყენება, ასევე საზოგადოების განწყობის ცვლილება აცრასთან მიმართებით, რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს დაავადებასთან ბრძოლის ეფექტურად წარმართვას.

კვლევის მიზანია Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი უნდობლობის და აცრის გადაწყვეტილების მიღების შემაფერხებელი ბარიერების შესწავლა.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე კვლევის ამოცანებია: Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის ეფექტურობის მიმართ ნდობის ნაკლებობის შესწავლა; Covid-19-ის საწინააღმდეგო

ვაქცინის უსაფრთხოების მიმართ ნდობის ნაკლებობის შესწავლა; ვაქცინის რეალურ საჭიროების შეფასება; იმუნიზაციის სერვისის ხელმისაწვდომობის შეფასება.

მეთოდოლოგია

კვლევაში, მისი შინაარსობრივი თავისებურებიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა თავისებრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ სიღრმისეული ინტერვიუ. ამ მეთოდის საშუალებით შესაძლებელია გამოვკვეთოთ ის ძირითადი თავისებურებები, რაც ვაქცინის მიმართ ნდობას უკავშირდება და სიღრმისეულად შევისწავლოთ აცრასთან დაკავშირებული ბარიერების მიზეზები. კვლევის პროცესში გამოვიყენეთ ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს გზამკვლევი, რათა რესპონდენტებისთვის მეტი თავისუფლება მიგვეცა და ამავდროულად არ გამოგვრჩენოდა რაიმე ისეთი თემა, რაც თავდაპირველად გზამკვლევის შედგენის დროს გათვალისწინებული არ იყო. კვლევის პროცესში, სიღრმისეული ინტერვიუ ჩატარდა 10 რესპონდენტთან, რომლებიც სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნებოდნენ და არ იყვნენ კოვიდ-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით აცრილნი. ყველაზე ახალგაზრდა რესპონდენტის ასაკი იყო 23 წელი. ხოლო ყველაზე უფროსი ასაკის რესპონდენტის ასაკი იყო 56 წელი. თითოეული ინტერვიუს ხანგრძლივობა საშუალოდ შეადგენდა 30-40 წუთს. ინტერვიუს ტრანსკრიპტები გაანალიზდა თავისებრივი კვლევის კომპიუტერული პროგრამის Nvivo-12-ის მეშვეობით.

შეზღუდვები

კვლევა დროში განმეორებადი არ იყო, შესაბამისად არ ვიცით თუ როგორ იცვლებოდა ვაქცინის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებები ინფიცირების შემთხვევების მატებასთან ან კლებასთან ერთად, ან დაავადების გავრცელების თავიდან ასაცილებლად შემოღებული შეზღუდვების გამკაცრებისა და შემსუბუქების პარალელურად. შესაბამისად სხვადასხვა დროს ჩატარებულ ინტერვიუებში შესაძლოა გარკვეულწილად განსხვავებული შედეგები მიგვეღო.

შედეგები

ვაქცინის ეფექტურობის შეფასება

კვლევის თითქმის ყველა მონაწილე სკეპტიკურად უყურებდა აცრის ეფექტურობას. ზოგიერთი მათგანის თქმით, ვაქცინა ვერ ასრულებს თავის დანიშნულებას და მისი ძირითადი ფუნქცია, რომ ადამიანები დაიცვას დაავადებისგან ხშირ შემთხვევაში ვერ ხორციელდება. რესპონდენტები იხსენებენ მაგალითს, როდესაც მათი ნაცნობები ან მათ გარემოცვაში მყოფი ადამიანები აცრის შემდეგ დაინფიცირდნენ ვირუსით. მსგავსი შემთხვევები ეჭვის საფუძველი ხდება და იწვევს ეფექტურობის შესახებ ყოყმანს.

„ვიცნობ ხალხს, რომლებიც აცრილები იყვნენ მაგრამ მაინც შეხვდათ კორონა და საკმაოდ რთულად გადაიტანეს, სიცხეები ჰქონდათ, სისუსტე და სხვადასხვა სიმპტომები. მოკლედ ჩემზე ცუდად გადაიტანეს რა, მე აცრილი არ ვიყავი და უბრალოდ ორი სამი დღე მომცა სიცხე. არც გემო დამიკარგავს, არც ყნოსვა და მეტი ადვილად როგორ უნდა გადამეტანა. იმათ კიდევ პირიქით“. (კაცი, 24)

„გასაგებია რომ ვაქცინაცია აუცილებლად იმას არ ნიშნავს რომ კოვიდი არ დაგემართება, მაგრამ თუ დაგემართა უნდა გიცავდეს და არ უნდა გირთულდებოდეს, მაგრამ ეგ ტყუილი ამბავია, იმიტომ რომ მაგის გარანტიას ვერავეინ გამლევს“. (ქალი, 56)

„ჩემს მშობლებს ორი დოზა გაკეთებული ჰქონდათ და მერე დაემართათ ეს (კოვიდი) და მძიმე ფორმებში დაემართათ, განსაკუთრებით მაგის გამო კიდევ უფრო, რაღაცა უნდობლობა მაქ ვაქცინის მიმართ. ანუ აზრი სად არის რომ გავიკეთო. მიზანს ვერ ვხვდები თორემ გავიკეთებ რა პრობლემაა“. (ქალი, 28)

რესპონდენტები ასევე ყურადღებას ამახვილებენ სხვადასხვა შტამების მიმართ ეფექტურობის საკითხზე. ვირუსის დაწყების ეტაპიტან დღემდე ვირუსის ახალი ვარიანტები გამოჩნდა, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავებულია. კოვიდ-19-ის თავდაპირველი შტამი

თითქმის აღარ არსებობს და ის თანდათანობით ჩაანაცვლა ახალმა ვარიანტებმა. თითოეულს ახასიათებს განსხვავებული სიმპტომები, ავადობის ხანგრძლივობა და გადადების თავისებურებები. ამის მაგალითია ყველაზე გავრცელებული ფორმები, როგორც არიან „დელტა“ და „ომიკრონი“. „დელტა“ ვარიანტი 2021 წლის ზაფხულში ფართოდ იყო გავრცელებული მოსახლეობაში და იგი მიიჩნეოდა ერთ-ერთ მძიმე ფორმად. რესპონდენტების თქმით, ინფორმაციას ხშირად ისმენდნენ იმის შესახებ, რომ სხვადასხვა ვაქცინას განსხვავებული ეფექტურობა გააჩნია შტამების მიმართ. ეს გარკვეულწილად დაბნეულობის გამოძწევია და ისედაც გადაუწყვეტელ ადამიანებში უფრო მეტად განაპირობებს აცრისგან თავშეკავებას. თუკი არ არსებობს ერთი კონკრეტული ვაქცინა, რომელიც ყველა შტამისგან დაიცავს, მაშინ სათუო ხდება საერთოდ ღირს თუ არა აცრა.

„სხვადასხვა შტამების გამოჩენის შემდეგ ამბობდნენ რომ ეს რაღაც კონკრეტული ვაქცინა იმ კონკრეტული შტამის მიმართ ეფექტური არ არისო, იმ შტამისგან კიდე ეს ვაქცინა იცავსო, მოკლედ რამდენი ვაქცინა უნდა გაიკეთო რომ ყველა შტამისგან დაგიცვას?! ანუ აცრას რა აზრი აქვს მაშინ?“. (კაცი, 27)

„ვირუსმა იმდენი მუტაცია და ცვლილება განიცადა რომ კიდეც რაღაც ახალი ვარიანტი გამოჩნდება, რომელსაც განსხვავებული თვისებები ექნება და არავინ იცის რა გართულებებს გამოიწვევს, ახლა არსებული ვაქცინები შეიძლება საერთოდ უძლური აღმოჩნდეს და შედეგი არ ჰქონდეს“. (ქალი, 56)

„რეალურად, თავდაპირველად ისეთი განწყობა იყო რომ მაგალითად ვაქცინირებულ ადამიანს საერთოდ არ ემართებოდა ვირუსი. მერე ოთხმოც პროცენტამდე ჩამოვიდნენ, მერე ბოლო შტამზე საერთო აზრი აღარ აქო, მაინც აღარ იცავსო. საერთო ჯამში ასეთი არაერთგვაროვანი განწყობა ჩამოყალიბდა“. (ქალი, 43)

ერთ-ერთი რესპონდენტი ასევე საუბრობს იმ დროის მონაკვეთზე, რომელშიც ვაქცინა შეიქმნა და მიაჩნია რომ მოკლე პერიოდში დამზადებული აცრა ვერ იქნება სანდო მისთვის. აქ ძირითადად საქმე ეხება დროში გამოუცდელი პრობლემას.

„მალიან ბევრი შესწავლა სჭირდება (ვაქცინას), მალიან დიდხნიანი გამოკვლევები სჭირდება და რამდენად ეფექტური იქნება ეს წელიწად-ნახევარში თუ ორ წელში შექმნილი ვაქცინა არავინ არ იცის. ჯერ ისედაც რა ვაქცინებს ვიკეთებთ ეგეც საკითხავია და ახლა ეს ნაუცხადევად შექმნილი დაამატე“. (ქალი, 28)

გარდა ამისა, რესპონდენტების ნაწილს მიაჩნია რომ ვაქცინის ეფექტურობა უნდა გამოიხატებოდეს ისეთ კომპონენტებში, როგორცაა აცრის შემდეგ ვირუსის გადადების პრევენცია, დაინფიცირების რისკის მინიმუმამდე დაყვანა და ავადობის შემთხვევაში მაქსიმალურად მსუბუქ ფორმებში გადატანა. როდესაც პირად გამოცდილებაზე საუბრობენ, აღნიშნავენ რომ არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმი არ კმაყოფილდება და მათ სანაცნობო წრეში მყოფი ვაქცინირებული ადამიანების მაგალითზე თუ ვიმსჯელებთ, აცრის შემდეგ ვირუსის გადადების და დაინფიცირების შემთხვევებს საკმაოდ ხშირად ჰქონდა ადგილი.

„თუ იქნება ისეთი ვაქცინა, რომელსაც გაიკეთებ და სხვას აღარ გადასდება, მე პირადად გავიკეთებ და დავიცავ სხვას. მაგრამ საქმე იმაშია რომ ის (ვაქცინა) არ არის იმდენად კარგი, რომ ჩემი მოქმედებით (აცრით) დამეცვა სხვა. ანუ უფრო ეფექტური რომ ყოფილიყო ალბათ გავიკეთებდი, ეფექტურში ვგულისხმობ რომ სხვას არ გადასდებოდა“ (ქალი, 35)

„თუ მაგის გარანტია არ მაქვს რომ არ დამემართება კორონა და ჩვეულებრივად გადამდება, მაშინ აცრა რაღაში მჭირდება?!... თავიდან სიმართლე ითქვას მეგონა, რომ ვაქცინირებულები მართლა უფრო დაცულები იყვნენ, მაგრამ მერე და მერე იმათაც ემართებოდათ ჩვეულებრივად და ყველამ მოიხადა რასაც ქვია“ (კაცი, 51)

მთლიანობაში, ეფექტურობის შეფასების ბლოკში გამოიკვეთა კვლევის მონაწილეების სკეპტიკური დამოკიდებულება ვაქცინის პროდუქტიულობის მიმართ. ისინი ეჭვქვეშ აყენებენ მის რეალურ სარგებელს და აღნიშნავენ რომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიიღებენ აცრის

გადაწყვეტილებას, თუკი დარწმუნდებიან იმუნიზაციის ეფექტურობაში. აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტების უმრავლესობის თქმით, მათ წარსულში არაერთხელ გაუკეთებიათ სხვადასხვა სეზონური ვირუსული დაავადებების საწინააღმდეგო აცრები, მაგალითად როგორც არის გრიპის ვაქცინა. ასევე იხსენებენ წითელასა და ყბაყურაზე იმუნიზაციის გამოცდილებას. ამის მიუხედავად, მაინც უნდობლად უყურებენ კოვიდ-19-ის პროფილაქტიკის მიზნით იგივე პრაქტიკაში ჩართვას და მთავარ მიზეზად ინფორმაციის ნაკლებობას და გამოუცდელიობას ასახელებენ.

ვაქცინის უსაფრთხოების შეფასება

ზოგადად, კორონა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინის მიუღებლობის ერთ-ერთი ყველაზე თვალსაჩინო მიზეზი, მისი უსაფრთხოებისადმი დამოკიდებულებაა. სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ ადამიანები თავს იკავებენ, რადგან არ იციან თუ რას გამოიწვევს აცრა მათ ორგანიზმში, და ამასთანავე არ არიან ბოლომდე დარწმუნებული უსაფრთხოების საკითხში. ჩვენს მიერ ჩატარებულ ინტერვიუებში, ზემოთ აღნიშნულ თემაზე საუბრისას, რესპონდენტები ძირითადად აქცენტს სვამენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შიშზე. ისინი აღნიშნავენ, რომ აცრამ, ორგანიზმის დაცვის ნაცვლად, შესაძლოა საფრთხე შეუქმნას მას და გამოიწვიოს არასასურველი შედეგები. კვლევის ზოგიერთი მონაწილის თქმით, მათ ჰყავთ სანაცრობო წრეში ადამიანები, რომლებიც ვაქცინაციის შემდეგ გარკვეულ ჯანმრთელობის პრობლემებს უჩივიან. მიუხედავად იმისა, რომ აქტიურად მიმდინარეობს კამპანია, რომელიც იმუნიზაციის წახალისებას ემსახურება და სპეციალისტებიც არწმუნებენ მოსახლეობას აცრის უსაფრთხოებაში, ადამიანები მაინც უნდობლობას გამოხატავენ.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მიუღებლობა უპირობო ხასითის არ არის. რესპონდენტების ნაწილის მიხედვით, თუკი განსაზღვრული პირობები დაკმაყოფილდება, ისინი მზად არიან ვაქცინაციისთვის. ასეთი პირობაა მაგალითად წინასწარი სამედიცინო გამოკვლევა. ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინების გარეშე, განურჩევლად ყველას აცრა არამართებულად ესახებათ და თავს უფრო თავდაჯერებულად იგრძნობთ, თუ აცრამდე სამედიცინო შემოწმებას გაივლიან.

„თუნდაც აი რომ იყოს დაწესებული, რომ ვაქცინას სანამ გაიკეთებ, ამა და ამ სახის კვლევა უნდა ჩაიტარო, ფილტვზე, სისხლზე, გულზე და ა.შ. რამე პრობლემა ხომ არ გაქვს. ამას რაღაცნაირად წინასწარ მაინც რომ იკვლევდნენ, თუ როგორი აქვს ადამიანს ჯანმრთელობის ზოგადი სურათი, მაგ შემთხვევაში შეიძლება გამეკეთებინა“. (ქალი, 28)

„ვრცელდებოდა ინფორმაცია, რომ აცრის შემდეგ ჯანმრთელობა გიზიანდებოდა. შეიძლება ეს ცრუ იყო ან არ იყო ცრუ, მაგრამ იყო მაგაზე საუბარი რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობა გიუარესდებოდა თუ აცრას გაიკეთებდი. მაგანაც გარკვეულწილად მათქმევინა უარი“. (კაცი, 32)

კითხვაზე, თუ რა საფრთხეებს შეიძლება შეიცავდეს ვაქცინის გაკეთება, რესპონდენტები განსხვავებულ მიზეზებს ასახელებენ, მაგრამ ყველაზე ხშირად გამოთქული შემფოთება გვერდით მოვლენებს უკავშირდება. ვინაიდან ვაქცინა ადამიანებზე სხვადასხვაგვარად მოქმედებს, ძირითადი წუხილი სწორედ იმას ეხება, თუ როგორ მიიღებს მათი ორგანიზმის აცრას.

„ბოლომდე გამოკვლეული რომ არ არის არ ვიცი როგორ იმოქმედებს ჩემზე. შეიძლება ვიღაცას საერთოდ არანაირი გვერდითი ეფექტი არ გამოუვლინდეს და ჩვეულებრივად იყოს, ვერც იგრძნოს, მიუხედავად იმისა რომ ეს გვერდითი მოვლენები ნორმალურია. მაგრამ ყველა ერთნაირად ხომ არ არის?! მე მაგალითად ალერგიული ვარ, ყველაფერზე ალერგია მაქვს რასაც ქვია და ვერ გავრისკავ რომ უცხო სხეულის შეყვანით საფრთხე შევუქმნა ჩემს ორგანიზმს“. (ქალი, 56)

„არ ვიცი რა შეიძლება გამოიწვიოს, აი ეგ რო არ ვიცი მაგიტომ არ გავიკეთე (ვაქცინა). ანუ არც ის ვიცოდი რა დადებითს გამოიწვევდა და არც ის რა საფრთხეებს გამოიწვევდა. ჩემი აზრით რაც სუსტი გაქ ორგანიზმში იმაზე უფრო დაგარტყამდა“. (კაცი, 28)

რამოდენიმე რესპონდენტმა გაიხსენა ახალციხელი 28 წლის ექთნის შემთხვევა, რომელსაც კოვიდ-19-ის საწინააღმდეგო აცრიდან ნახევარ საათში ანაფილაქსიური შოკი განუვითარდა და კომაში ჩავარდა. მეორე დღეს იგი გარდაიცვალა. აღნიშნული შემთხვევა ვაქცინაციის კამპანიის საწყის ეტაპზე მოხდა, როდესაც ინფიცირების რისკ ჯგუფებში სწორედ სამედიცინო პერსონალი შედიოდა და იმუნიზაციას პირველ რიგში მათ უნდა გაეკეთათ. ამ ფაქტმა დიდი გავლენა იქონია საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულებაზე უსაფრთხოების მიმართ და კიდევ უფრო გააღრმავა ისედაც არსებული ეჭვები და უნდობლობა.

„გეცოდინება, ერთ-ერთი პირველი, თუ პირველი არა, ვაქცინირებული ახალგაზრდა ექთანი გოგონა რომ გარდაიცვალა აცრის შემდეგ... ამანაც იქონია გავლენა მოსახლეობაზე, ასევე თქვათ განწყობის შექმნის კუთხით და ვაქცინის თავდაპირველმა წარუმატებლობამ შიშის განცდა გააჩინა“. (კაცი, 27)

„ისედაც ხომ არ ვაპირებდი ვაქცინის გაკეთებას, მაგრამ იმ შემთხვევის შემდეგ, როცა ექთანს რეაქცია მისცა და გარდაიცვალა კიდევ უფრო დავრწმუნდი ჩემი გადაწყვეტილების სისწორეში“. (ქალი, 43)

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წინაღობა, რაც ვაქცინაციის გადაწყვეტილებას უშლის ხელს, სწორედ უსაფრთხოების მიმართ შფოთვაა. როგორც ახლო, ასევე შორეულ პერსპექტივაში. გარდა იმისა, რომ ადამინებს გვერდითი მოვლენების შიში აქვთ, ისინი ასევე არ არიან დარწმუნებული თუ რა შედეგებს გამოიწვევს იმუნიზაცია წლების შემდეგ. ზოგიერთი რესპონდენტი საკუთარ ჯანმრთელობას ასახელებს მიზეზად და ამბობს რომ აცრის გაკეთება მისთვის რისკის შემცველია. ნაწილის თქმით კი ალერგიული ფონის გამო არ გადაუწყვეტია ღირსთ თუ არა ვაქცინაცია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ხშირად სმენიათ აცრის შემდგომი გართულებების შესახებ სხვა ადამიანებში.

ვაქცინის საჭიროების შეფასება

ჩვენს მიერ დასახულ ამოცანებში, მესამე ბლოკი ეხება თვითკმაყოფილების კომპონენტს. თვითკმაყოფილებაში სწორედ ვაქცინის რეალური საჭიროებისადმი შეხედულებები იგულისხმება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ადამინების ნაწილის აზრით დაავადებასთან გასამკლავებლად სულაც არ არის აუცილებელი რაიმე სახის სამედიცინო ჩარევა, ვინაიდან იგი მსუბუქი ვირუსია და თავისით გაივლის. მაშინ, როდესაც მსგავსი მოსაზრებები დომინირებს, ჩვენ ვაწყდებით პანდემიის რეალური საფრთხისა და საშიშროების არასათანადო შეფასების რისკებს. ვაქცინაციის პროგრამის საწყის ეტაპზე მსგავსი მიდგომების გამო უამრავმა ადამიანმა თქვა უარი აცრაზე და ამ ყველაფრის შედეგები ქვეყანაში ინფიცირებულთა მაღალ სტატისტიკაშიც გამოიხატა. უფრო მეტიც, ვირუსის ადრეული გავრცელების პეროდში, ადამინებს არ ჰქონდათ მოლოდინი, რომ ნებისმიერი მათგანი იყო ინფიცირების რისკის ქვეშ. მიდგომა თითქოს ვირუსი არ დაემართებოდათ ან თუ დაემართებოდათ მარტივად გადაიტანდნენ მცდარი აღმოჩნდა, შედეგად მძიმე ეპიდემიოლოგიურმა ვითარება მივიღეთ. ყველა მსგავს თავისებურებას მივყავართ თვითკმაყოფილებამდე. ამის თავიდან ასაცილებლად კი სპეციალისტები თქმით აუცილებელია გვახსოვდეს, რომ კოვიდით დაინფიცირების რისკი მაღალია და იგი ნეგატიურად აისახება როგორც ჩვენს, ასევე ჩვენი გარემომცველების ჯანმრთელობაზე და ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.

ინტერვიუებში ამ თემაზე საუბრისას საკმაოდ ამბივალენტური დამოკიდებულებები გამოიკვეთა. რესპონდენტების ნაწილის აზრით დაავადება მართლაც საშიშია და მისი რეალური გავლენა საკუთარ თავზე და ოჯახის წევრების მაგალითზე გამოუცდია. მაშინ როდესაც კვლევის მონაწილეების მეორე ნაწილი შედარებით მარტივად უყურებს ამ საკითხს და მიიჩნევს რომ აცრის გარდაუვალ საჭიროებას არ არსებობს. ამ უკანასკნელთა მიხედვით ადამიანები პანდემიას

ბუნებრივი იმუნიტეტის მეშვეობით გაუმკლავდებიან და არ არის აუცილებელი რაიმე დამატებითი გარეგანი ჩარევები. ქვემოთ მიმოვიხილავთ ორივე სახის შეხედულების მქონე რესპონდენტების მოსაზრებებს. ერთ-ერთი მათგანი სწორედ ბუნებრივი იმუნიტეტის ჩამოყალიბებაზე გვიზიარებს მოსაზრებას.

„ძან ბევრმა ადამიანმა, ნახევარმა მილიონმა კოვიდი უკვე მოიხადა ოფიციალური სტატისტიკით, სულ კიდე სამი მილიონი ვართ... დიდმა რაოდენობამ კოვიდი უკვე გადაიტანა და სავარაუდოდ მაგის გამო არის რომ ინფიცირების მაღალი მაჩვენებელი აღარ არის და არა იმიტომ რომ ვაქცინაციამ ქნა ესე. რა თქმა უნდა გავლენა ჰქონდა აცრას, მაგრამ მთლად იმდენიც არა“. (ქალი, 56)

უშუალოდ ვირუსის სიმძიმეს და მის საფრთხეს რაც შეეხება, რამდენიმე რესპონდენტი ამბობს, რომ მისთვის კოვიდ-19 ვერ ჩაითვლება განსაკუთრებით საშიშად და აქამდეც არაერთხელ ყოფილა ისტორიაში ისეთი შემთხვევები, როდესაც საქმე ბევრად უფრო რთულ დაავადებებთან გვქონია და გავმკლავებივართ მას.

„სტატისტიკურად რომ შევხედოთ ეხლა, ეს ისეთი დამანგრეველი ვირუსი არ იყო როგორც წინა საუკუნეებში სხვა ვირუსები იყო გავრცელებული მთელ მსოფლიოში. იმან უფრო დიდი ზიანი მიაყენა კაცობრიობას, ვიდრე ამან (კოვიდ-19-მა)“. (კაცი, 27)

„ჩემი აზრით, კორონა ვირუსი მძიმე დაავადებებში არ უნდა გავიყვანოთ რა, მაგრამ ხანდახან ადამიანებზე უფრო რომ მოქმედებს ეგ ფაქტია და იმათზე ვისაც სუსტი ორგანიზმი აქვს. აქედან გამომდინარე პირდაპირ ვერ იტყვი რომ საშიში არ არის მაგრამ მე მაინც მგონია რომ ახალგაზრდებში მარტივია და ჩვეულებრივი ვირუსის ტიპად ჩავთვლიდი“. (კაცი, 28)

„ვირუსი არსებობს, მაგრამ ისეთი მომაკვდინებელი, როგორსაც წარმოაჩენენ ნამდვილად არ არის ეს ვირუსი. გაციების უმადლესი ფორმაა, მაგრამ არა ისეთი, რომ თუ ნორმალურად მიხედავ რამე სირთულე შეგიქმნას“. (ქალი, 40)

ზემოთ მოცემულია იმ რესპონდენტების ციტატები, რომლებიც შედარებით მარტივად უყურებენ ვირუსის საშიშროებას. მაგრამ მეორე ნაწილის მიხედვით, არ უნდა უგულებელვყოთ დაავადების რეალური საფრთხე, რადგან მან უკვე უამრავი ადამიანი იმოქმედა და მძიმე გავლენა მოახდინა თითოეულის ჯანმრთელობაზე. ხოლო თუ მას ზერეულედ მოვეკიდებით, იგი ისევ განაგრძობს ჩვენს ყოველდღეობაზე ნეგატიურ ზემოქმედებას.

„ეგრე ზედაპირულად არ ვუყურებ კოვიდის ვირუსს ნამდვილად, რო რაღაცა ეგეთი წარმოდგენით არავარ, რო იოლად გადავიტან და არ მჭირდება ვაქცინა. არა, საკმაოდ რთულად დამემართა. ძან საგაგნაგამო მგონია კიდევ ეს ოცი ათასი ადამიანის სიკვდილი“. (კაცი, 32)

„ფაქტია რომ ძან საშიში ვირუსი არის და სერიოზული მიხედვა ჭირდება, ეს ფაქტია და ვერსად ვერ გავექცევით. მას შემდეგ რაც გადავიტანე (დაავადება), ცდილობ რომ სულ ჩემს ჯანმრთელობას მივხედო და რაღაცნაირად ვუშველო თავს“. (კაცი, 27)

„ისე ვიცავდი წესებს რომ მეტი არ შეიძლება. ადამიანი არ იარსებებს, რომელმაც ჩემზე უკეთ დაიცვა წესები. თუ ვინმეს ვნახულობდი დისტანციას არ ვარღვევდი, ორი პირბადე და სულ დეზინფექცია. მოკლედ ვიცავდი ყველანაირად“. (ქალი, 28)

საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ რესპონდენტების ეს ნაწილი ცდილობს სერიოზულად მიუდგეს ვირუსს და ზოგიერთი მათგანი ვაქცინის აუცილებლობაზეც საუბრობს. აქ კიდევ ერთხელ ჩანს ჩვენს მიერ ნახსენები მზაობის საკითხი იმუნიზაციის მიმართ. არავაქცინირებული ადამიანები პირდაპირ არ ამბობენ უარს აცრაზე. პირიქით რამოდენიმე რესპონდენტი მის საჭიროებაზეც საუბრობს, მაგრამ საქმე იმაშია, რომ ისინი ვერ ხედავენ უკვე არსებული ვაქცინების გამოყენების შედეგად მიღებულ სარგებელს. ამ თემაზე ეფექტურობის და უსაფრთხოების ბლოკში უკვე ვისაუბრეთ და დამატების სახით შეიძლება ითქვას, რომ ბენეფიციარები ცდილობენ დაავადებას პასუხისმგებლობით მოეკიდონ და დაიცვან საკუთარი თავიც და სხვებიც, მაგრამ ჩვენს ხელთ უკვე არსებული ვაქცინები ამ ყველაფრის განხორციელების საშუალებად არ ესახებათ.

ზოგადად, თვითკმაყოფილების (Complanecy) კომპონენტი საკმაოდ დინამიკურია რა ვარირებს არა მარტო პერსონალური და სოციალური თავისებურებების გათვალისწინებით, არამედ სხვადასხვა გარე ფაქტორების მიხედვით. იგი შეიძლება იცვლებოდეს დროსთან ერთად. მაგალითისთვის, თვითკმაყოფილების დონე შეიძლება იზრდებოდეს ინფიცირების შემთხვევების კლების შედეგად, ან პანდემიის შედეგად შემოღებული შეზღუდვების შემსუბუქების პარალელურად. თუკი დადასტურებული შემთხვევების რაოდენობა მაღალია, შესაბამისად მაღალია იმის რისკიც, რომ ადამიანი დაავადდეს. ამან შეიძლება მეტი შემფოთება გამოიწვიოს და ბენეფიციარს უბიძგოს ვაქცინაციისკენ. პირიქით ხდება მაშინ, როდესაც ნაკლებია ინფიცირების მაჩვენებელი. ამ დროს ადამიანს რეალური საფრთხის შეგრძნება უქრება და მიაჩნია, რომ ვირუსი თითქოს გამქრალია და შესაბამისად საგანგაშოც არაფერია.

ვაქცინის ხელმისაწვდომობის შეფასება

ჩვენ უკვე შევხებთ იმუნიზაციის შესაძლო ხელისშემშლელ სამ ფაქტორს. შემდეგი პოტენციური მიზეზი, რომელიც დაბრკოლების გამომწვევს გარემოებად შეიძლება ჩაითვალოს, არის აცრის სერვისის ხელმისაწვდომობა. სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული კვლევების შედეგად გამოვლინდა, რომ ხელმისაწვდომობის პრობლემა ზოგიერთ შემთხვევაში დგას დღის წესრიგში. თუმცა მას ვერ ვუწოდებთ ისეთივე მნიშვნელობის ბარიერს, როგორც ეფექტურობისა და უსაფრთხოების მიმართ უნდობლობაა. როგორც ლიტერატურის მიმოხილვაში აღინიშნა, ვაქცინაციის ცენტრების მდებარეობა, მომსახურების საფასური, ტრანსპორტირების ხარჯები და დოზების საკმარისი მარაგი არის ის წინაპირობები, რომლებიც ხელმისაწვდომობის კომპონენტზე ახდენს გავლენას. თუ ეს წინაპირობები არ კმაყოფილდება, აცრის მსურველს არა მარტო დისკომფორტი ექმნება, არამედ გარკვეულწილად ეზღუდება მარტივი და ეფექტური წვდომა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისზე.

სიღრმისეულ ინტერვიუებში, რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მათთვის არანაირ დაბრკოლებას არ წარმოადგენს აცრის გაკეთება. თუ სურვილი ექნებათ, შეუძლიათ ძალიან მარტივად ჩაეწერონ ვაქცინაციის ცენტრში. შესაბამისად, ვერ ხედავენ რაიმე მიზეზს, რომელმაც შეიძლება ბარიერი წარმოქმნას ამ სურვილის განხორციელების პროცესში. როგორც თავად ამბობენ, მთავარი მიზეზი მათი ნების არარსებობაა და არა ხელმისაწვდომობის დაკავშირებული პრობლემა.

„ხელმისაწვდომი არის ქვეყანაში ვაქცინა, ნებისმიერ მოქალაქეს შეუძლია აიცრას თავისუფლად, მაგის პრობლემას მე ვერ ვხედავ. ეხლაც თუ მოვინდომებ, არანაირი პრობლემა არ იქნება“. (კაცი, 28)

„როცა საერთოდ შექმნილი არ იყო მაშინ არ იყო ხელმისაწვდომი რა თქმა უნდა, მაგრამ რომ დაამზადდეს ასე ვთქვათ, მაგის მერე საქართველოშიც ძან მალე შემოვიდა, საჩუქრადაც გადმოგვცეს რაღაც რაოდენობის დოზები თუ სწორად მახსოვს... თვითონ მოხმარება არ ჰქონდა იმდენი თორე აცრები იყო საკმარისი რაოდენობით. პირიქით, აქეთ იხვეწებოდნენ რომ აცრილიყო ხალხი.“ (ქალი, 56)

„რავიცი, თუ სურვილი გაქ ჩვეულებრივად შეგიძლია გაიკეთო, უფასოა, თანხის გადაგხდა მაგამი არ გჭირდება და არაფერი“. (ქალი, 43)

„მე ხვალვე რომ მომიხდეს ვაქცინირება, დარწმუნებული ვარ დამხვდება, ის რომ ნაკლებობა იყოს არა. საკმარისი რაოდენობით რომ გვაქ დოზები მაგამი დარწმუნებული ვარ“. (კაცი, 51)

რესპონდენტები ასევე საუბრობენ ვაქცინების მრავალფეროვნებაზე. საქართველოში ამჟამად ოთხი სხვადასხვა დასახელების ვაქცინაა ხელმისაწვდომი, აქედან ორი ჩინური წარმოებისაა, ხოლო სხვები ბრიტანულ-შვედური და ამერიკული ფარმაცევტული კომპანიების მიერ არის შექმნილი. სურვილის შემთხვევაში ბენეფიციარს შეუძლია ნებისმიერი მათგანით იმუნიზაცია. ამისათვის საჭიროა წინასწარი რეგისტრაციის გავლა სასურველ სამედიცინო პუნქტში. ამის გაკეთება შესაძლებელია როგორც ელექტრონულად, ასევე უშუალოდ

ვაქცინაციის ცენტრში ვიზიტით. გარდა ამისა, არსებობს მეორე ალტერნატივა, რომლითაც ადამიანებს საშუალება აქვთ ცოცხალი რიგი დაიკავონ, ასეთ შემთხვევაში წინასწარი რეგისტრაცია სავალდებულო არ არის. ამ ყველაფრის გათვალისწინებით შეიძლება ითქვას, რომ არჩევანში შეზღუდულობის საკითხი ნაკლებად დგას.

„ერთი თუ არ მოგწონს სხვა არის და მიხვალ და იმით აიცრი. აი მაგალითად ასტრაზენეკაზე რომ ამბობდნენ ყველაზე მეტად მაგას აქვს გვერდითი ეფექტებიო, შეგიძლია სხვა გაიკეთო, რომელიც უფრო უსაფრთხოა მაგ კუთხით“. (კაცი, 27)

„მე როგორც ვიცი, ჩინური ვაქცინები არის ტრადიციული მეთოდით დამზადებული. სხვებში ახალი ტექნოლოგიებია გამოყენებული და თუ მაინცდამაინც საშველი არ არის და კატასტროფულად აუცილებელი იქნებოდა ჩინურ ვაქცინას გავიკეთებდი“. (ქალი, 28)

მთლიანობაში, კვლევის მონაწილეების შეხედულებები ხელმისაწვდომობის მიმართ ახლოს დგას ერთმანეთთან. ისინი თანხმდებიან, რომ მათ გადაწყვეტილებაზე, ჩართულიყვნენ იმუნიზაციის პროგრამაში, არ უმოქმედია ზემოთ ხსენებულ საკითხს. სიღრმისეულ ინტერვიუებში ამ კომპონენტზე საუბრის შედეგად დგინდება, რომ კორონა ვირუსის საწინააღმდეგო აცრის კასაკეთებლად საკმაოდ ხელსაყრელი გარემო არსებობს, მაგრამ ეს გავლენას ვერ ახდენს მიმდებლობის ხარისხზე. როგორც ლიტერატურის მიმოხილვიდანაც გამოჩნდა, ეს არის ერთ-ერთი ყველაზე სუსტი ფაქტორი, რომელიც აქტიური დეტერმინანტის როლს ვერ თამაშობს და შეიძლება ითქვას რომ მხოლოდ ხელშემწყობი გარემოებაა იმ ადამიანებისთვის, ვისაც იმუნიზაცია უკვე გადაწყვეტილი აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სექტორი საკმაოდ ძალისხმევას ხარჯავს საინფორმაციო კამპანიასა და ასევე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე, როგორც ჩანს ეს მაინც არ არის უშუალო წინაპირობა ვაქცინაციის პროგრამის წარმატებისთვის.

დისკუსია, დასკვნა

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ რესპონდენტებს ვაქცინაზე უარის თქმის განსხვავებული მიზეზები აქვთ. რიგ შემთხვევაში ეს მიზეზები პირად გამოცდილებას უკავშირდება, ხოლო ზოგ შემთხვევაში გარეგანი ფაქტორები მოქმედებს შეხედულების ჩამოყალიბებაზე. მთლიანობაში შეინიშნება სკეპტიკური დამოკიდებულება და უნდობლობა, რაც საბოლოო ჯამში ქმნის დაბრკოლებას, რათა ადამიანებმა მიიღონ იმუნიზაციის გადაწყვეტილება. კვლევის ფარგლებში გამოვყავით ოთხი ძირითადი კატეგორია, რომლებიც ლიტერატურაში განხილულია, როგორც აცრასთან დაკავშირებული ბარიერები. ესენია, აცრის ეფექტურობის, უსაფრთხოების, რეალური საჭიროებისა და ხელმისაწვდომობის მიმართ შეხედულებები. თითოეულ მათგანს განსხვავებული როლი აქვს და არათანაბარი გავლენის მქონეა.

ვაქცინის ეფექტურობის თემა ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია. როგორც ინტერვიუების ანალიზიდან გამოიკვეთა, უმეტესად ეჭვის ქვეშ დგას იმ ფაქტის მართებულობა, ნამდვილად ასრულებს თუ არა საკუთარ ფუნქციას აცრა. მიუხედავად იმისა, რომ ვაქცინირებული ადამიანის დაინფიცირების რისკი არსებობს და ეს არ არის განსაკუთრებული მოვლენა, რესპონდენტები მსგავს ცალკეულ შემთხვევებს არაეფექტურობის მტკიცებულებად თვლიან. ისინი საკუთარი ახლობლების გამოცდილებაზე საუბრობენ. გამოთქვამენ რა ვარაუდს, რომლის მიხედვითაც ვაქცინა იმ შემთხვევაში იქნებოდა პროდუქტიული და ირწმუნებდნენ მის პროდუქტიულობას, თუკი იმუნიზირებული ადამიანის ინფიცირების ალბათობა მინიმალური იქნებოდა. რეალობა კი მათივე თქმით სხვაგვარია, რაც ნდობის საფუძველს არ იძლევა. მთლიანობაში ინტერვიუს მონაწილეები არ არიან დარწმუნებულები, რომ აცრის შემდეგ დაცულები იქნებიან დაავადებისგან. მათი აზრით, იმუნიზაცია რისკებთანაც არის დაკავშირებული და შესაბამისი ბენეფიტებიც არ გააჩნია, რომელიც გადაწონის ამ რისკებს.

როცა საქმე უსაფრთხოებას ეხება, ადამიანებში გაურკვეველობის და შფოთვის განცდა დომინირებს. ისინი ფიქრობენ რომ ვაქცინა ნაჩქარევად დამზადდა და ასევე არ არის სათანადოდ

გამოცდილი. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი რესპონდენტი ზოგადად აცრის მნიშვნელობას დადებითად აფასებს და უპირობოდ მისი წინააღმდეგი არ არის, მაინც არსებობს ისეთი ინდივიდუალური ხასიათის მოვლენების მიმართ შიში, როგორცაა გვერდითი ეფექტები და ალერგიული ფონი. იგივე შეიძლება ითქვას შორეულ პერსპექტივაში შესაძლო ჯანმრთელობის პრობლემების მიმართ განწყობებზე. კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის მიხედვით, ყველაზე მნიშვნელოვანი და მთავარი ბარიერი, რაც ადამიანებს ხელს უშლის გადაწყვიტონ დაავადების წინააღმდეგ თავის დაცვა იმუნიზაციის გზით, არის უსაფრთხოების მიმართ უნდობლობა, ან სხვა სიტყვებით, რწმენის ნაკლებობა.

პანდემია მოულოდნელად დაატყდა მსოფლიოს თავს და თითქმის ყველა ადამიანის ცხოვრებაზე იმოქმედა ნეგატიურად. მის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის საჭირო იყო თავდაცვის საშუალების შექმნა მაქსიმალურად მოკლე დროში. ადამიანებს უწყვეტად მიეწოდებოდათ ინფორმაციის ნაკადი დაავადების გავრცელებისა და მისი უარყოფითი შედეგებისა შესახებ. მას შემდეგ, რაც ვაქცინა შეიქმნა და გამოყენებაში ჩაეშვა, ამ უკანასკნელის შესახებაც არანაკლები ინტენსივობით ხდებოდა ინფორმაციის გავრცელება. სოციალურ ქსელებში თუ სხვა მედია წყაროებში უამრავი სხვადასხვა სახის ურთიერთსაპირისპირო სიახლეებზე მიუწვდებოდათ ადამიანებს ხელი, რამაც ერთგვარი ინფორმაციული გადატვირთვა გამოიწვია. ერთდროულად აცრის შესახებ არსებული პოზიტიური და ნეგატიური ინფორმაცია, დაბნეულობას იწვევს და ართულებს კონკრეტული პოზიციის ჩამოყალიბების შესაძლებლობას. როგორც რამოდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა ინტერვიუებში, მათ გადაწყვეტილებაზე გავლენა იქონია ვაქცინის უსაფრთხოების შესახებ მიღებულმა უარყოფითმა ინფორმაციამ. საერთო ჯამში, ყოყმანს დიდწილად განსაზღვრავს იმუნიზაციის შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შიში, იქნება ეს გვერდითი მოველნა თუ სხვა სახის არასასურველი ეფექტი.

აცრის რეალური საჭიროების შეფასებისას რესპონდენტების აზრი ორად იყოფა. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სწორედ ამ საკითხისადმი დამოკიდებულება გვიჩვენებს თუ რა დონეზეა თვითკმაყოფილების კომპონენტი. ადამიანები, რომლებიც თვლიან რომ პანდემიას გარეგანი ჩარევის გარეშე გავუმკლავდებით და არ არის საჭირო მისი გამოყენება, თვითკმაყოფილების მაღალი დონით გამორჩევიან და სათანადოდ ვერ აფასებენ დაავადების რეალურ საფრთხეს. ისინი უგულვებელყოფენ საშიშროებას და საკუთარი ახსნები აქვთ მიმდინარე მოვლენების მიმართ. ასეთი მიდგომები განსაკუთრებით ჭარბობდა ვირუსის გავრცელების ადრეულ ეტაპზე. რესპონდენტების ნაწილი მსგავს დამოკიდებულებას ავლენს და აღნიშნავს რომ ბოლო პერიოდში ინფიცირების შემთხვევების კლებას ბოლომდე ვაქცინას ვერ მივაწერთ. მათი აზრით, მოსახლეობის დიდმა ნაწილმა გადაიტანა ვირუსი და გამოუმუშავდათ იმუნიტეტი, ეს გახდა დადასტურებული შემთხვევების კლების მიზეზი და არა იმუნიზაცია. დაახლოებით იგივე ინდიფერენტული განწყობა ვლინდება კვიდ-19-ის სიმძიმის შეფასების მიმართ. როგორც შედეგებში გამოჩნდა, ზოგიერთი კვლევის მონაწილე მიიჩნევს, რომ ჩვენ საქმე გვაქვს არც ისე რთულ ვირუსთან და ის არ არის იმდენად საშიში, როგორც წარმოაჩენენ. მსგავსი ატიტუდები მხოლოდ უარყოფითად აისახება დაავადების შესახებ მართებული შეხედულებების შექმნაზე და არასწორი მოსაზრებების ჩამოყალიბებას განაპირობებს თვითკმაყოფილების ზრდის გზით.

რესპონდენტების მეორე ნაწილი, განსხვავებულ მიდგომას ავლენს. ისინი რეალურ საფრთხეზე საუბრობენ და იხსენებენ იმ ზიანს, რაც ვირუსმა მათ ან მათ ახლობლებს მიაყენა. ამ კატეგორიას ნაკლებად აქვს თვითკმაყოფილების გრძნობა. არ თვლიან რომ დაცულები არიან და ცდილობენ სერიოზულად მოეკიდონ გამოწვევას. შესაძლოა ეს ყოველივე სწორედ მათი პირადი გამოცდილებიდან იყოს ნაკარნახევი. დაავადების საკუთარ თავზე ან ოჯახის წევრების მაგალითზე გამოცდა ცვლის მცდარ მოლიდონს იმის შესახებ, თითქოს არ გვემუქრება ინფიცირება ან ავადობის შემთხვევაში მარტივად გავუმკლავდებით მას. უნდა ითქვას, რომ პირველი კატეგორიის რესპონდენტებსაც ჰქონიათ ინფიცირების პრაქტიკა, თუმცა მათი გულგრილი დამოკიდებულება საშიშროების მიმართ, შეიძლება ვირუსის მსუბუქად გადატანით

აიხსნას. საერთო ჯამში, მიუხედავად გამოწვევის სიმძაფრეზე ყურადღების გამახვილებისა, ადამიანები აცრის გაკეთებას მაინც არ განიხილავენ.

ვაქცინის ხელმისაწვდომობა ყველაზე ნაკლებად შეგვიძლია გავიყვანოთ ბარიერებში. ზოგიერთი ქვეყნისგან განსხვავებით, სადაც ამ სამედიცინო მომსახურების მიღება ფასიანია, საქართველოში თითქმის ყველა ადამიანს მიუწვდება ხელი აცრაზე. კვლევის მონაწილეებიც არ მიიჩნევენ ამ ასპექტს პრობლემად. უმრავლესობა ამბობდა, რომ სურვილის შემთხვევაში რაიმე წინაღობას ვერ ხედავდა. ქვეყანაში ამჟამინდელი მონაცემებით საკმარისი რაოდენობის ვაქცინაა და იგი მოთხოვნას ბევრად აღემატება. შესაძლოა არიან ისეთი კონკრეტული ჯგუფები, რომელთათვისაც ხელმისაწვდომობის საკითხი პრობლემურია, თუმცა კვლევის მონაწილეები ცალსახად აღნიშნავენ რომ თუ ხვალვე გადაწყვეტენ იმუნიზაციას, მათ ამის საშუალება ექნებათ. მართალია ეს ისეთ ძალისხმევას უკავშირდება, როგორცაა ვაქცინაციის ცენტრამდე მგზავრობა ან ცოცხალი რიგის შემთხვევაში ლოდინი, მაგრამ ეს რა თქმა უნდა ვერ ჩაითვლება დაბრკოლებად.

მთლიანობაში, ადამიანების გადაწყვეტილებაზე გავლენას ახდენს ვაქცინის ეფექტურობისა და უსაფრთხოებისადმი უნდობლობა. რიგ შემთხვევაში კი რეალური საჭიროებისადმი სკეპტიკური დამოკიდებულება. ისინი არ არიან უპირობოდ წინააღმდეგი და ნაწილობრივ აცრის ბენეფიტებსაც იზიარებენ. რამდენიმე რესპონდენტი მის დადებით მხარეებზეც საუბრობდა. თუმცა საქმე იმაშია, რომ ისინი არ არიან დარწმუნებულნი იმუნიზაციის შედეგებში. აქვეებით მოკლე დროში შექმნილი ვაქცინის უსაფრთხოება. გვერდითი ეფექტებისა და ჯანმრთელობაზე უარყოფითი გავლენი რისკიც არანაკლები შფოთვის მიზეზია. ამ ყოველივეს გათვალისწინებით რთულია აცრის გადაწყვეტილების მიღება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Ball D. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working Paper 3: The Regulation of Mark-ups in the Pharmaceutical Supply Chain. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Espin J, Rovira J, de Labry AO. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working paper 1: external reference pricing. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Faden L, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D, Wagner A. 2011. Review series on pharmaceutical pricing policies and interventions: working paper 2: The role of health insurance in the cost-effective use of medicines. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO/HAI.

Huff-Rousselle M. 2012. The logical underpinnings and benefits of pooled pharmaceutical procurement: a pragmatic role for our public institutions? *Social Science and Medicine* 75: 1572–80.

Kalo' Z, Bodrogi J, Boncz I et al. 2013. Capacity building for HTA implementation in middle-income countries: the case of Hungary. *Value in Health Regional Issues* 2: 264–6.

Kaplan WA, Ritz LS, Vitello M, Wirtz VJ. 2012. Policies to promote use of generic medicines in low and middle income countries: a review of published literature, 2000-2010. *Health Policy* 106: 211–24. Kova'cs T, Ro'zsa P, Szigeti S, Borcsek B, Lengyel G. 2007. PPRI Pharma Profile Hungary. http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/Hungary_PPRI_2007.pdf, accessed 12 February 2011.

Kulsomboon V, Yang BM, Hu S. 2012. Bridging the gap in pharmacoconomics and outcomes research between researchers, policymakers, and practitioners in the Asia-Pacific region. *Value in Health* 15: S1–2.

Leopold C, Vogler S, Mantel-Teeuwisse AK et al. 2012. Differences in external price referencing in Europe: a descriptive overview. *Health Policy* 104: 50–60.

Nguyen TA, Knight R, Roughead EE, Brooks G, Mant A. Policy options for pharmaceutical pricing and purchasing: issues for low- and middle-income countries, *Health Policy and Planning*, Volume 30, Issue 2, March 2015; 267–280,

Ngorsuraches S, Meng W, Kim BY, Kulsomboon V. 2012. Drug reimbursement decision-making in Thailand, China, and South Korea. *Value in Health* 15: S120–5.

Vogler S. 2012. The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative Journal* 1: 93–100.

Vogler S, Habl C, Bogut M, Voncina L. 2011. Comparing pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Croatia to the European Union Member States. *Croatian Medical Journal* 52: 183–97.

Yoongthong W, Hu S, Whitty JA et al. 2012. National drug policies to local formulary decisions in Thailand, China, and Australia: drug listing changes and opportunities. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 15: S126–31.



ოჯახის ექიმის სისტემის განვითარება ტაივანში

გულნარა აბაშიძე¹

¹ მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

1995 წელს ტაივანში დაწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებამ ხელი შეუწყო ქვეყანაში ოჯახის ექიმის სისტემის განვითარებას. რეფორმის მიზანს შეადგენდა პაციენტებზე ყოვლისმომცველი, უწყვეტი და ხარისხიანი ზრუნვა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მეშვეობით. რეფორმამ დადებითად იმოქმედა პაციენტების მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებაზე, ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებასა და პაციენტების კმაყოფილების ზრდაზე. სტატიაში განხილულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები და სამომავლო ხედვები, მათ შორის ჯანდაცვის სისტემაში ოჯახის ექიმების როლის გაძლიერების აუცილებლობის კუთხით.

საკვანძო სიტყვები: ოჯახის ექიმის სისტემა, პირველადი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის რეფორმა, ტაივანი.

ციტირება: გულნარა აბაშიძე. ოჯახის ექიმის სისტემის განვითარება ტაივანში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

The Development of Family Medicine in Taiwan

Gulnara Abashidze¹

¹ Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Abstract

The reform of the health care system started in Taiwan in 1995 contributed to the development of the family physician system in the country. The goal of the reform was comprehensive, continuous care for patients through the primary health care system. The reform has had a positive impact on improving patient outcomes, reducing healthcare costs, and increasing patient satisfaction. The article discusses the challenges and future visions of the primary health care system, including the need to strengthen the role of family physicians in the health care system.

Keywords: Family physician system, primary health care, health care reform, Taiwan.

Quote: Gulnara Abashidze. The Development of Family Medicine in Taiwan. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6.

საოჯახო მედიცინის განვითარება ტაივანში

ტაივანის ჯანდაცვის სისტემა აღიარებულია, როგორც ერთ-ერთი საუკეთესო მსოფლიოში და ამ მიღწევის მნიშვნელოვანი ნაწილი საოჯახო მედიცინის სისტემის განვითარების დამსახურებაა.

1990-იანი წლების დასაწყისში ტაივანის ჯანდაცვის სისტემა კრიზისის წინაშე აღმოჩნდა, რადგან უმთავრესი აქცენტი კეთდებოდა საავადმყოფოზე დაფუძნებულ ზრუნვაზე, რაც ძვირი და არაეფექტური იყო. პრობლემის გადასაჭრელად, ტაივანის მთავრობამ წამოიწყო რეფორმების სერია, რომელიც მიზნად ისახავდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე დაფუძნებული სისტემის განვითარებას, რომელიც უზრუნველყოფდა ხელმისაწვდომ და ყოვლისმომცველ ზრუნვას ყველა მოქალაქისთვის. რეფორმების ერთ-ერთი მთავარი ინიციატივა იყო საოჯახო მედიცინის განვითარება. მთავრობამ აღიარა, რომ საოჯახო მედიცინა უალტერნატივო იქნებოდა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში, რომელიც ორიენტირებულია ქრონიკული დაავადებების პრევენციაზე, ადრეულ დიაგნოზსა და მართვაზე. საოჯახო მედიცინის განვითარების მხარდასაჭერად, ტაივანის მთავრობამ დიდი ინვესტიცია ჩადო ტრენინგ პროგრამებში და დაიწყო ექიმების წამახალისებელი კამპანია ოჯახის ექიმებად გადამზადებისათვის. შედეგად, საოჯახო მედიცინის ექიმების რაოდენობა ტაივანში მნიშვნელოვნად გაიზარდა და ისინი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ხერხემალი გახდნენ (Chen & Huang, 2016).

რეფორმის შედეგად, საოჯახო მედიცინის სისტემა გახდა ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭე“, რომლის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ ნებისმიერი პრობლემის შემთხვევაში პაციენტი პირველად მიმართავს ოჯახის ექიმს. სისტემა უზრუნველყოფს პაციენტების ყოვლისმომცველ და კოორდინირებული ზრუნვის მიღებას და ასევე ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას. ტაივანის საოჯახო მედიცინის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელია მისი ფოკუსირება საზოგადოებაზე დაფუძნებულ ზრუნვაზე. საოჯახო მედიცინის ექიმები მჭიდროდ თანამშრომლობენ სათემო ჯანდაცვის ცენტრებთან, სოციალურ მუშაკებთან და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან, რათა უზრუნველყონ ზრუნვის ჰოლისტიკური მიდგომა (Chiang და სხვ. 2014).

საზოგადოების ყოვლისმომცველი ზრუნვის მოდელის შექმნა

საკოველთაო ყოვლისმომცველი ჯანდაცვის მოდელის შექმნა ტაივანში გულისხმობს ერთობლივ ძალისხმევას ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და საზოგადოებას შორის მოსახლეობისთვის ინტეგრირებული ზრუნვის უზრუნველსაყოფად. ამ მოდელის მიზანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, დაავადებების პრევენცია და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება ყველა პირისთვის, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებისთვის. მოდელი ეფუძნება გუნდურ მიდგომას, სადაც ოჯახის ექიმები არიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები და დაავადების შემთხვევის მენეჯერები, რომლებიც კოორდინაციას უწევენ ზრუნვას და ხელს უწყობენ კომუნიკაციას ჯანდაცვის პროვაიდერებს, პაციენტებსა და მათ ოჯახებს შორის. სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალები, როგორცაა ექთნები, ფარმაცევტები და სოციალური მუშაკები, ასევე მონაწილეობენ ზრუნვაში. თემის ყოვლისმომცველი ზრუნვის მოდელი ტაივანში ასევე მოიცავს ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენებას, როგორცაა ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერები, რათა პაციენტის ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იყოს ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის. ეს უზრუნველყოფს ზრუნვის უკეთ კოორდინაციას და ხელს უწყობს სამედიცინო შეცდომების თავიდან აცილებას.

საერთო ჯამში, ტაივანში საზოგადოების ყოვლისმომცველი ზრუნვის მოდელმა აჩვენა პერსპექტიული შედეგები ზრუნვის ხარისხისა და პაციენტის შედეგების გაუმჯობესებაში, ასევე ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებაში. რეფორმამ დადებითად იმოქმედა სოფლად ექიმების დეფიციტის საკითხის მოგვარებაზე, უფრო მეტი ოჯახის ექიმის მომზადებით და წახალისა მათ ამ სფეროებში მოღვაწეობა. თუმცა, კვლავ რჩება გამოწვევები, მათ შორის ჯანდაცვის პროფესიონალების მეტი ტრენინგის ჩატარება და განათლების ამაღლება, ჯანდაცვის საინფორმაციო ტექნოლოგიებში ინვესტიციების გაგრძელების აუცილებლობა (Jan და სხვ., 2018).

ტაივანში საოჯახო მედიცინის განვითარების შედეგად ჩამოყალიბდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ხელმისაწვდომ და ყოვლისმომცველ ზრუნვას ყველა მოქალაქისთვის. სისტემის უნიკალურმა მახასიათებლებმა, როგორცაა „მეკარიბჭის სისტემა“ და საზოგადოებაზე დაფუძნებული ზრუნვა, ხელი შეუწყო მის წარმატებას და შეიძლება გახდეს მოდელი სხვა ქვეყნებისთვის, რომლებიც ცდილობენ თავიანთი ჯანდაცვის სისტემების რეფორმირებას.

ტაივანის მთავრობამ საოჯახო მედიცინის პოპულარიზაცია 1970-იან წლებში დაიწყო, რათა მოეწესრიგებინა ფრაგმენტული ჯანდაცვის სისტემა და გაეზარდა ოჯახის ექიმების განათლება. საოჯახო მედიცინის ტრენინგები ტაივანში 1976 წელს დაიწყო მთავრობის მიერ დაფინანსებული "ზოგადი მედიცინის ექიმთა განვითარების პროგრამით". 1979 წელს ტაივანის ეროვნულმა საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალმა განახორციელა პირველი სარეზიდენტო ტრენინგ პროგრამა პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის. 1986 წელს დაარსდა საოჯახო მედიცინის ტაივანის ასოციაცია (TAFM), რომელიც იყო პირველი ინსტიტუტი, რომელსაც მთავრობამ დაავალა საოჯახო მედიცინის სპეციალობის სასერტიფიკაციო გამოცდებისა და რეზიდენტურის სასწავლო პროგრამის აკრედიტაციის განხორციელება.

დღეისათვის ტაივანის ყველა სამედიცინო სასწავლებელს აქვს საოჯახო მედიცინის მიმართულება და კურსდამთავრებულთა დაახლოებით 10% ირჩევს ყოველწლიურად საოჯახო მედიცინის დიპლომის შემდგომ კვალიფიკაციას. 2019 წლის მაისის მდგომარეობით, ტაივანში იყო 5,377 სერტიფიცირებული საოჯახო მედიცინის საბჭოს მიერ სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმი. 2019 წელს სამედიცინო სტუდენტების გადამზადების პროგრამა შეიცვალა 6-წლიანი საბაკალავრო და 2-წლიანი ასპირანტურის ზოგადი მედიცინის სასწავლო პროგრამით, ხოლო ოჯახის მედიცინის რეზიდენტის სასწავლო პროგრამა 3 წლამდე გაგრძელდა საზოგადოების საჭიროებების სრულად დასაკმაყოფილებლად. 3 წლიანი სასწავლო პროგრამა მოიცავს საოჯახო მედიცინის, შინაგანი მედიცინის, ქირურგიის, მეანობა-გინეკოლოგიას, პედიატრიას, ფსიქიატრიას, გადაუდებელ მედიცინას, არჩევით კურსებს და სათემო მედიცინის სასწავლო კურსებს.

საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტი

რეფორმის შედეგად, 2003 წელს ტაივანში განხორციელდა საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის (FPICP) ინიცირება, რომლის მიზანი იყო ფართო საზოგადოების უზრუნველყოფის ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და უწყვეტი სამედიცინო დახმარება. საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტი (FPICP) ფოკუსირებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჯგუფების (CHCGs) შექმნაზე, რომელიც შედგება თემის პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და საზოგადოებრივი საავადმყოფოებისგან. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჯგუფები (CHCG) მიზნად ისახავს პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვის უზრუნველყოფას და ჯანდაცვის სერვისების ინტეგრირებას, მათ შორის პრევენციულ

დახმარებას, ქრონიკული დაავადებების მართვას და სიცოცხლის ბოლომდე ზრუნვას (Chang და სხვ, 2011).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჯგუფებში (CHCG) ოჯახის ექიმები ასრულებენ ჯანდაცვის სერვისების მთავარი კოორდინატორების როლს და უზრუნველყოფენ პაციენტებზე ზრუნვის უწყვეტობას. საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტი (FPICP) ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას, არასაჭირო სამედიცინო ხარჯების შემცირებას და ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის (FPICP) უმთავრესი გამოწვევებია ოჯახის ექიმების დეფიციტი, ოჯახის ექიმების სტიმულირების ნაკლებობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჯგუფების (CHCG) განვითარების შეზღუდული რესურსები. მთავრობამ უნდა უზრუნველყოს ფინანსური და პოლიტიკის მხარდაჭერა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჯგუფების (CHCG) განვითარების ხელშეწყობისა და ოჯახის ექიმების მონაწილეობის წახალისებისთვის (Jan და სხვ., 2020).

საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის (FPICP) ფარგლებში განხორციელდა რამდენიმე სტრატეგია, მათ შორის, საოჯახო მედიცინის კლინიკების შექმნა, ოჯახის ექიმების დაქირავება და ტრენინგი, ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების ყოვლისმომცველი სისტემის შემუშავება და ჯანმრთელობის განათლებისა და დაავადების პრევენციის პროგრამების ხელშეწყობა.

საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის (FPICP) ერთ-ერთი მთავარი მახასიათებელი იყო საოჯახო მედიცინის კლინიკებში სულადობრივი (კაპიტაციური) დაფინანსების მეთოდის დანერგვა. გადახდის ამ მოდელმა წახალისა ოჯახის ექიმები, უზრუნველყონ ყოვლისმომცველი და პრევენციული დახმარება, ვიდრე ფოკუსირება მოახდინონ უფრო მომგებიან პროცედურებზე ან სერვისებზე. ოჯახის ექიმები ცდილობენ უზრუნველყონ ჯანმრთელობის ყოვლისმომცველი შეფასებები, პრევენციული ზრუნვა, ქრონიკული დაავადების მენეჯმენტი და ზრუნვის კოორდინაცია ჯანდაცვის სხვა პროვაიდერებთან. პაციენტები ცდილობენ აირჩიონ მათთვის სასურველი ოჯახის ექიმი. პაციენტის ჯანმრთელობის ჩანაწერებზე წვდომაც ყველა ჯანდაცვის პროვაიდერს აქვს.

საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის (FPICP) შექმნამ მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია ტაივანში საოჯახო მედიცინისა და პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე. ამან გამოიწვია საოჯახო მედიცინის კლინიკების და საოჯახო მედიცინის სპეციალისტების რაოდენობის ზრდა და გააუმჯობესა ჯანდაცვის მიწოდების ხარისხი და ეფექტურობა. პროექტმა ასევე ხელი შეუწყო ჯანდაცვის სისტემების ინტეგრაციას და პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვის მოდელის ჩამოყალიბებას. მთლიანობაში, საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის (FPICP) დაწყება ტაივანში მნიშვნელოვანი ეტაპი იყო ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის განვითარებაში. პროექტის აქცენტმა საოჯახო მედიცინაზე, პრევენციულ ზრუნვასა და ჯანდაცვის ინტეგრირებულ მიწოდებაზე ხელი შეუწყო ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებას და პაციენტების კმაყოფილებას.

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის მიღწევები

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტის დანერგვით შეიძლება გამოვყოთ რამდენიმე მიღწევა:

1) პაციენტის ზრუნვის გაუმჯობესება. პროექტმა გაზარდა პაციენტებზე გაწეული კონსულტაციის ხარისხი. პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზებული ზრუნვის ინტეგრაციის გზით პაციენტები იღებენ უფრო ყოვლისმომცველ და კოორდინირებულ

დახმარებას, რამაც გამოიწვია პაციენტების ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესება და პაციენტების კმაყოფილების გაზრდა.

2) ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება. პროექტმა მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯანდაცვის ხარჯები და გაზარდა ზრუნვის ხარისხი, რაც გამოწვეული იყო არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციისა და სასწრაფო დახმარების ვიზიტების შემცირებით, ქრონიკული დაავადებების მართვის გაუმჯობესებითა და გართულებების თავიდან აცილებით.

3) პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება. პროექტმა გააძლიერა პირველადი ჯანდაცვის როლი ჯანდაცვის სისტემაში. გაიზარდა ოჯახის ექიმების როლი ყოვლისმომცველი დახმარების უზრუნველყოფაში, ქრონიკული დაავადებების მართვასა და კოორდინაციაში.

4) ჯანდაცვის თანასწორობის ხელშეწყობა. პროექტმა ხელი შეუწყო ჯანდაცვის თანასწორობის ამაღლებას და დაუცველი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებას. გაიზარდა პაციენტის ხელმისაწვდომობა მაღალი ხარისხის, კოორდინირებულ ზრუნვაზე, მიუხედავად მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა.

მთლიანობაში, ტაივანში საოჯახო პრაქტიკის ინტეგრირებული ზრუნვის პროექტმა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტების ზრუნვის გაუმჯობესებით, ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებით, პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებით და ჯანდაცვის თანასწორობის ხელშეწყობით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Chiang, TL., Wen, YP., Hsieh, CR. (2014). Progress and Problems of Taiwan's National Health Insurance. *Formosan J Medicine*;18:33–42.

Chang, BJ., Guo, FR., Lee, JL., Wang, SL., Chen, CY., Chiu, TY. (2011). The implementation effectiveness and future prospects of Taiwan family physician integrated care plan. *Taiwan Medical Journal*;54:56–60.

Chen, CY., Huang, KC. (2016). Family medicine, family physician and family practice – now and future. In: *Family medicine*. 4th ed. Taipei, Taiwan: Taiwan Association of Family Medicine:3–15.

Jan, CF., Chiu, TY., Chen, CY., Guo, FR., Lee, MC. (2018). A 10-year review of health care reform on family practice integrated care project-Taiwan experience. *Fam Pract*;35:352–7.

Jan, CF., Hwang, SJ., Chang, CJ., Huang, CK., Yang, HY., Chiu, TY. (2020). Family physician system in Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association* 83(2):p 117-124, February.

National health insurance family practice integrated care project pilot plan. Available at <http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040170081010300-1080115> Accessed April 21, 2023.



ეთნიკური უმცირესობები და COVID-19

ნინო ქევხიშვილი¹

¹ სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უთანასწორობას ეთნიკურ უმცირესობებში მრავალი ფაქტორი უწყობს ხელს, მათ შორის შეზღუდული სოციალური მხარდაჭერა, მწირი ცნობიერება ჯანდაცვის სისტემებზე, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანმრთელობის გაუარესების შემთხვევები და ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა. ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობა და ენობრივი ბარიერები არის მთავარი პრობლემა, რადგან ეთნიკურ უმცირესობებს ხშირად მნიშვნელოვან საკითხებზე ნაკლებად აწვდიან ინფორმაციას მშობლიურ ენაზე, შესაბამისად ისინი რჩებიან ინფორმაციულ ვაკუუმში, რაც ხდება მათი ზოგადი მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი. ნაშრომში განხილულია ეთნიკური უმცირესობების მდგომარეობა COVID-19-ის დროს, თუ რა გააკეთეს ქვეყნებმა ეთნიკური უმცირესობებისათვის საჭირო ინფორმაციის დეტალურად მიწოდებისათვის, მათი სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების გათვალისწინებით, რამდენად მოხერხდა ამ თემებისათვის სრულფასოვანი დახმარების გაწევა. მათ შორის, განხილულია საქართველოში არსებული ვითარება, თუ რა გაკეთდა ეთნიკური უმცირესობებისათვის და რა რეკომენდაციების გათვალისწინება მნიშვნელოვანი. გამოკვეთილია სოციალური მუშაობის როლი პანდემიის დროს ეთნიკური უმცირესობებისათვის სრულფასოვანი ცხოვრების ტემპის შენარჩუნებისა და მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიწოდების მხრივ.

საკვანძო სიტყვები: ეთნიკური უმცირესობები, COVID-19, სოციალური მუშაობა, ჯანმრთელობაზე ზრუნვა

ციტირება: ნინო ქევხიშვილი. ეთნიკური უმცირესობები და COVID-19. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Ethnic Minorities and COVID-19

Nino Kevkhishvili¹

¹ Faculty of Social and Political Sciences, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Abstract

Many factors contribute to health care disparities among ethnic minorities, including limited social support, poor awareness of health care systems, low socioeconomic status, incidence of poor health, and lack of access. Access to care and language barriers are a major problem, as ethnic minorities are often given less information about important issues in their native language, leaving them in an information vacuum that worsens their general condition. The paper discusses the situation of ethnic minorities during COVID-19, what the countries have done to provide the necessary information for ethnic

minorities in detail, taking into account their socio-economic factors, to what extent it was possible to provide full assistance to these communities. Among them, the current situation in Georgia is discussed, what has been done for ethnic minorities and what recommendations are important to consider. The role of social work in terms of maintaining a full-fledged life pace and providing important information for ethnic minorities during the pandemic is highlighted.

Keywords: Ethnic minorities, COVID-19, social work, health care.

Quote: Nino Kevkhishvili. Ethnic minorities and COVID-19. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6.

შესავალი

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მიგრანტები და ეთნიკური თუ ეროვნული უმცირესობები ყველაზე მძაფრად განიცდიან პანდემიისგან გამოწვეულ არასახარბიელო შედეგებს. რისკის ფაქტორები დიდწილად დაკავშირებულია სოციალურ და ეკონომიკურ უთანასწორობასთან, კერძოდ:

➤ *დასაქმების ტიპი:* ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობები ძირითადად დასაქმებულნი არიან ისეთ ადგილას, სადაც ნაკლებადაა შესაძლებელი სოციალური დისტანციისა და სხვა რეკომენდაციების დაცვა;

➤ *საცხოვრებელი პირობები:* უმცირესობათა ჯგუფების უმეტესი ნაწილი ცხოვრობს სოციალურ-ეკონომიკურად დაუცველ და უფრო მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში, რაც თავისთავად ზრდის ინფექციის ადვილად გავრცელების შესაძლებლობას;

➤ *საერთო ჯანმრთელობა:* დასაქმების ტიპი და საცხოვრებელი პირობები ხშირად უარყოფით გავლენას ახდენს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (Janke, 2021)

ცხადია, ინფექციის გავრცელებაზე უფრო დიდ გავლენას სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები ახდენს და არა ეთნიკური თუ ეროვნული განსხვავებულობა. თუმცა, ენობრივი ბარიერი და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ინფორმაციის განსხვავებული ხელმისაწვდომობა, რა თქმა უნდა, ზრდის ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობებისათვის დაავადების რისკებს (Thurau, 2021)

საქართველოში ეთნიკურ უმცირესობათა მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და მათთვის უსაფრთხო, ჰარმონიული და სამართლიანი გარემოს შექმნის მიზნით 2005 წელს შემოღებულ იქნა ინსტიტუციური მიდგომა ეთნიკური უმცირესობების სამოქალაქო ინტეგრაციის კუთხით. საქართველომ შეიმუშავა პოლიტიკა, რომლის მიზანი დაფუძნებულია ეთნიკური უმცირესობების პატივისცემის პრინციპებს და მათივე უფლებების რეალიზაციისთვის შესაბამისი პირობების შექმნას. 2009 წელს, ასევე შეიქმნა ტოლერანტობისა და სამოქალაქო ინტეგრაციის სახელმწიფო კონცეფცია. 2015 წელს დამტკიცდა სამოქალაქო თანასწორობისა და ინტეგრაციის სახელმწიფო სტრატეგია. აღნიშნული სტრატეგიები და სამოქმედო გეგმები წარმოადგენს მნიშვნელოვან ინსტრუმენტებს ქვეყნის სამოქალაქო ინტეგრაციის პოლიტიკის წარმატებით განხორციელებისთვის (ამირეჯიბი & გაბუნია, 2021).

COVID-19-ის პანდემიამ თითოეულ ქვეყანაში შეცვალა სიტუაცია და აუცილებელი გახდა სხვა, მნიშვნელოვანი ღონისძიებების გატარება, რომელთა მეშვეობითაც მაქსიმალურად იქნებოდა დაცული მოქალაქეთა ჯანმრთელობა. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ეთნიკური უმცირესობები ამ მხრივ ზოგ ქვეყანაში უკანა პლანზე აღმოჩნდნენ, რადგან შეიქმნა ენობრივი ბარიერი, რაც ართულებდა ინფორმაციის გავრცელებას, საპრობლემო გახდა მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და სხვ.

კვლევის მიზანია პანდემიის პერიოდში ეთნიკურ უმცირესობათა სფეროში არსებული გამოწვევების შესწავლა, წამოჭრილი სირთულეების გაანალიზება, როგორც ადგილობრივ, ასევე

საერთაშორისო კონტექსტში. აგრეთვე, სოციალური სამუშაოსა და სოციალური მუშაკის უნივერსალური როლის გამოკვეთა მოცემულ სფეროში.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა მეორეული მონაცემების ანალიზი, რომელთა საშუალებითაც შეიძლება საკვლევი თემის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მიღება. გამოყენებული ლიტერატურის ანალიზი საშუალებას იძლევა უკეთესად განიხილოს პანდემიის ზეგავლენის ეფექტი ეთნიკურ უმცირესობათა უფლებებზე და შესაბამისად გამოიკვეთოს COVID-19-ის დროს წამოჭრილი რისკები. ნაშრომში, მეორეული მონაცემების ანალიზის მეთოდით, დამუშავებულა ისეთი დოკუმენტები, როგორებიცაა: საერთაშორისო და ადგილობრივი დოკუმენტები, საერთაშორისო და ადგილობრივი კანონმდებლობა.

საერთაშორისო კანონმდებლობა და პრაქტიკა პანდემიის პერიოდში

პანდემიის დროს ეთნიკური უმცირესობებისათვის გარკვეული პრობლემების აღმოსაფხვრელად და მათთვის მდგომარეობის შესამსუბუქებლად ქვეყნებმა მიიღეს გარკვეული ზომები. კერძოდ: უმცირესობათა უნიკალური მახასიათებლების, საჭიროებების, კულტურისა და ქცევის გათვალისწინებით (მაგალითად თემის სიმჭიდროვე, ოჯახების ერთად ცხოვრება) ისრაელში ცალსახად მეტი რისკის წინაშე აღმოჩნდნენ ეთნიკური და რელიგიური უმცირესობები. ქვეყანაში ულტრა-მართლმადიდებლური ებრაული თემი და არაბული მოსახლეობა არის ყველაზე მეტად გავრცელებული უმცირესობათა ჯგუფები, რომლებიც მთლიანი მოსახლეობის 12%-სა და 20%-ს შეადგენენ. 2020 წლის მარტში ულტრა-მართლმადიდებელი ებრაელებით დასახლებული ქალაქი გახდა COVID-19-ის გავრცელების კერა, რამაც მთავრობა აიძულა სწორედ ამ უმცირესობათა ჯგუფებისათვის შეემუშავებინა გაკრვეული სტრატეგია, რომლის დახმარებითაც შესაძლებელი გახდებოდა უმცირესობათა ჯგუფებისათვის პანდემიის მავნებლობის შესახებ ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება (Waitzberg, et al., 2020). მთავრობის მიერ გატარდა 3 ძირითადი ღონისძიება, კერძოდ:

❖ ულტრა-მართლმადიდებლური საზოგადოების ხელმძღვანელობას შორის ნდობის მოპოვება და ამით მათთან თანამშრომლობის დაწყება. მაგალითად: ინფორმაციის მიწოდება ჰიგიენისა და დისტანციის დაცვის აუცილებლობის შესახებ. ამას გარდა, სამოქალაქო საზოგადოების არსებული ქსელები და სტრუქტურები, როგორცაა დამხმარე და საქველმოქმედო ორგანიზაციები, დაკომპლექტდნენ, რათა უზრუნველყოფილი ყოფილიყო უმცირესობათა ჯგუფებისათვის იმ სერვისებისა და საქონლის (საკვები, წამლები) მიწოდება, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ პანდემიის გავრცელების რისკის შემცირების თვალსაზრისით;

❖ უმცირესობათა ჯგუფებს შორის დიაგნოსტიკური ტესტირების გაზრდა, ინფექციის მქონე პირების იზოლაცია და მოხუცების ევაკუაცია მთავრობის მიერ დაქირავებულ სასტუმროებში;

❖ იმ ქალაქებისა და დაბების კარანტინი, სადაც ინფექციის მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდებოდა. ამრიგად, 2020 წლის 1 აპრილს მთავრობამ დაამტკიცა სპეციალური რეგულაციები უმცირესობათა იმ ჯგუფებისათვის, რომელთა საცხოვრებელ ტერიტორიაზეც ინფექციის მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდებოდა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში დიდი ყურადღება ექცევა ვაქცინაციის სამართლიან მიწოდებას, სწორედ ეროვნული და ეთნიკური უმცირესობების ინტერესების დასაცავად, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის მიერ გამოიკვეთა ის ძირითადი ფაქტორები, რომელთა დახმარებითაც უმცირესობათა ჯგუფებში იზრდება ვაქცინაციისადმი ინფორმირებულობა და შესაბამისად, ვაქცინირებულთა რიცხვი, კერძოდ: მკაფიო და ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება COVID-19-ისა და ვაქცინაციის უპირატესობის შესახებ (ვაქცინაციის სარგებლიანობისა და პანდემიის დროს მისი საჭიროების დეტალური ანალიზი); მუდმივად დასმულ კითხვებზე პასუხების გავრცელება სხვადასხვა ენაზე, რათა ყველასათვის იყოს

გასაგები; საზოგადოების საჭიროებების გამოკვეთა ვაქცინაციის დროს და საჭიროებებზე ადაპტირებული სტრატეგიის შემუშავება (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

იმის მიუხედავად, რომ ინფექციით გამოწვეულმა ავადობამ და სიკვდილიანობამ პირველ რიგში მოიცვა ის ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ქრონიკული დაავადებები, მეტად დაცულები არ აღმოჩნდნენ უმცირესობათა ჯგუფების წარმომადგენლები. მიგრანტები და ლტოლვილები განსაკუთრებულ გამოწვევებს აწყდებიან COVID-19-ის კრიზისთან დაკავშირებით, როგორცაა ინფორმაციის ნაკლები ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო დახმარების სერვისებზე წვდომის ნაკლებობა და სხვა. უფრო მეტიც, იმ ადამიანებს, რომლებსაც არ გააჩნიათ საბუთი, ნაკლებად ახერხებენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმებას, საჭირო მკურნალობის მიღებას (Burton-Jeangros, და სხვ., 2020).

მნიშვნელოვანია ასევე ლტოლვილების საცხოვრებელი პირობები, მათი სამუშაო გარემო, რომელიც ძირითადად ფიზიკურ და ყოველდღიურ შრომას უკავშირდება, რაც ამცირებს დისტანციისა და სხვა რეგულაციების დაცვის შესაძლებლობას. ამასთან, ქვეყნის მასშტაბით გამკაცრებულმა პირობებმა და ჩაკეტვის ზომებმა იმოქმედა საკვების ხელმისაწვდომობაზე (Burton-Jeangros, და სხვ., 2020).

ყოველივე ამის მიუხედავად, სახელმწიფო სტრატეგია არ არის ცალკეულად მორგებულ იმ უმცირესობათა ჯგუფებზე და პანდემიასთან ბრძოლა საერთაშორისო კონტექსტისა და ქვეყნის ზოგადი მდგომარეობით მიმდინარეობს. თუმცა, შვეიცარიული არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომლებიც ჩართულნი არიან ჯანდაცვის სფეროშიც, ადაპტირდნენ არსებული სიტუაციის შესაბამისად და დაიწყეს მუშაობა ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა:

- ჯანდაცვის სამინისტროების, ადგილობრივი საავადმყოფოებისა და კლინიკების მხარდაჭერა სამედიცინო პერსონალის ტრენინგებითა და დამცავი ღონისძიებების გავლით;
 - ლტოლვილთა ბანაკების გამოკვება (საცხოვრებელი პირობები, ჯანმრთელობის მდგომარეობა) და სანიტარული და სამედიცინო საშუალებების გაუმჯობესება;
 - მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების (მათ შორს იმ უმცირესობათა წარმომადგენლების, რომლებსაც არ გააჩნიათ საბუთები) დაცვა და დაზარალებულთა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა (Government of Switzerland, 2020)
- კორონა ვირუსის პანდემიის ფონზე გაერთიანებულ სამეფოში შემუშავდა ახალი სტრატეგია, რომელიც უმცირესობებისათვის ფონდების მოძიებაზე კონცენტრირდებოდა. 2020-2022 წლების სტრატეგიის მიხედვით, ქვეყანაში თანასწორობის უზრუნველსაყოფად შემუშავებული სამოქმედო გეგმა შემდეგ ძირითად საქმიანობაზე ფოკუსირდა:
- *გაძლიერება*- არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და სხვადასხვა კომპანიის ხელშეწყობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ ეთნიკური და რელიგიური უმცირესობების დასაქმების საკითხებს;
 - *თანამშრომლობა*- სახელმწიფო და კერძო სექტორის ერთობლივი მუშაობა უმცირესობათა ინტერესების დაცვის სტრატეგიების შესახებ;
 - *გავრცელება*- კვლევითი ნაშრომების, თანასწორობის ინიციატივებისა და მრავალფეროვნების მნიშვნელობის შესახებ არსებული კამპანიების გავრცელება სოციალური ქსელისა და ბიულეტენების საშუალებით;
 - *მონაწილეობა*- დისკუსიებში, დებატებში, პანდემიის ფონზე მისაღებულ გადაწყვეტილებების შემუშავებაში ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობათა წარმომადგენლების მაქსიმალური ჩართულობა;
 - *ხელშეწყობა*- რასათა თანასწორობის შესახებ ყოველწლიური ლექციების ხელშეწყობა. (Diversity UK).

ამას გარდა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციის ხელშეწყობით ჩატარდა მიმოხილვა COVID-19-ის რისკებისა და მისი შედეგების შესახებ. მათ შორის გამოკვლეულ იქნა

ეთნიკური უმცირესობების, ვირუსის შემთხვევებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედეგების კავშირები (United Nations-Human Rights, 2020). ყოველივე ამის მიუხედავად, პანდემიის პირობებში მაინც საგანგაშოდ შესამჩნევია უთანასწორობა ადგილობრივ და ეთნიკურ თუ ეროვნულ უმცირესობებს შორის. კერძოდ: ინდიელები და აფრიკელები უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იყვნენ მათი საცხოვრებელი, სამუშაო პირობებისა და ჯანდაცვის სერვისებზე ნაკლებად წვდომის შესაძლებლობის გამო. პაკისტანის, ბანგლადეშისა და კარიბის ზღვის ჯგუფის წარმომადგენლებს ნაკლებად უტარდებოდათ ტესტირება და შესაბამისად, ნაკლებად მოწმდებოდა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობების მაღალი რისკი დაკავშირებულია მათ საცხოვრებელ და სამუშაო პირობებთან (ძირითადად მუშაობენ დაბალანაზღაურებად სამსახურებში), ჯანმრთელობის სერვისების არათანაბარ წვდომასთან, ნაკლებ განათლებასთან და სხვ. (The OpenSAFELY Collaborative, 2020).

არსებული მრავალი ბარიერის მიუხედავად, რომლებიც პანდემიის პერიოდში ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფებისათვის წარმოიშვა, ერთადერთი რაც გერმანიაში მათი უფლებების დასაცავად გაკეთდა, არის ენობრივი ბარიერის აღმოფხვრის სტრატეგია. კერძოდ:

➤ სერვისის ნომერი, რომელიც მნიშვნელოვანია სიმპტომების ან/და ინფექციის გაუარესების შემთხვევაში ექიმთან დასაკავშირებლად, მარტიდან გერმანულის გარდა ხელმისაწვდომია ინგლისურს, რუსულ, თურქულ და არაბულ ენებზე;

➤ ხოლო ვაქცინაციის აუცილებლობისა და მისი სარგებლიანობის კამპანიის შესახებ საინფორმაციო მასალა 10 უცხო ენაზეა ნათარგმნი და ხელმისაწვდომია ნებისმიერი ადამიანისათვის (Thurau, 2021).

იმის მიუხედავად, რომ ქვეყანაში ენობრივი ბარიერების აღმოფხვრაზე მიდის მუშაობა, ჯანმრთელობის დაცვისა და ვაქცინაციის მიღებისაკენ ძირითადად ის ადამიანები იხრებიან, რომლებიც მთავრობისადმი ნდობით არიან აღჭურვილნი (უმეტესად კვლავ გერმანელები და არა ეთნიკური ან/და ეროვნული უმცირესობები), შესაბამისად გადაჭრით იმის თქმა, რომ ქვეყანა პანდემიის დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს უმცირესობებს და ზრუნავს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე შეუძლებელია (Soine, Kriegel, & Dollmann, 2020).

მართალია ესტონეთში აქტიურად მიმდინარეობდა პანდემიასთან ბრძოლა, თუმცა უმცირესობებისათვის მნიშვნელოვანი ღონისძიებები საკმაოდ გვიან გატარდა. კერძოდ (Instytut Europy Środkowej, 2021):

➤ ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდმა დაფარა მკურნალობის ხარჯები და COVID-19 ტესტები იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც არ იყვნენ ჩართული ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის სისტემაში. შესაბამისად, იმ ადამიანებისათვის, ვისაც არ ჰქონდა შესაბამისი საბუთი ან ვერ უზრუნველყოფდა პირადად სამედიცინო ხარჯებს, თამამად აკითხავდა ჯანდაცვის დაწესებულებას და იღებდა შესაბამის მკურნალობას

➤ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა ეროვნული და ეთნიკური უმცირესობების წევრებისა და უმრავლესობისთვის მსგავსი იყო, რადგან საგანგებო მდგომარეობის პირველი დღეებიდან მნიშვნელოვანი ინფორმაცია საზოგადოებაში სხვადასხვა სამაუწყებლო არხის მეშვეობით ვრცელდებოდა ესტონურ, რუსულ და ინგლისურ ენებზე.

➤ სხვადასხვა დეპარტამენტებიდან და სამინისტროებიდან დახმარება გაუწიეს რუსულენოვან სპეციალისტებს რამაც თავის მხრივ, ხელი შეუწყო პანდემიის დროს ქვეყანაში ყველაზე დიდი ეროვნული უმცირესობათა წარმომადგენლების მობილიზებასა და საჭირო ღონისძიებებში ჩართვას.

საქართველოს კანონმდებლობა და პრაქტიკა პანდემიის პერიოდში

პანდემიით გამოწვეული კრიზისის დროს მნიშვნელოვან საკითხად განისაზღვრა ეთნიკურ, რელიგიურ თუ სექსუალურ უმცირესობათა წარმომადგენლებთან კომუნიკაცია/თანამშრომლობა, რაც მიზანიმართული იყო მათთვის ინფორმაციისა და ძირითად საარსებო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, ამასთან, პანდემიით

წამოჭრილი სოციალურ-ეკონომიკური ზიანის შემსუბუქებისა და სოციალური უფლებების დაცვის მიზნით. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან საარსებო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, ადგილობრივ მუნიციპალიტეტთან, კერძო სექტორებთან და საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებასთან პარტნიორობით, დედაქალაქსა და რეგიონებში მასშტაბურად ხორციელდებოდა მხარდამჭერი ხასიათის კამპანიები, რომლებშიც განსაკუთრებული ყურადღება მახვილდებოდა უმცირესობების, მათ შორის ბომათა თემების, იძულებით გადაადგილებულ პირების და დევნილთა ჩასახლების, ეთნიკურ უმცირესობებისა და ლგბტქი+ თემის საკითხებზე. აღსანიშნავია, რომ მხარდამჭერის პროცესში მონაწილეობდნენ სათემო ორგანიზაციებიც (საქართველოს მთავრობა, 2020).

COVID19-ით გამოწვეულმა პანდემიამ რწმენისა და რელიგიის თავისუფლების დაცვის სფეროში აწ უკვე არსებული არა ერთი სისტემური პრობლემა უფრო მკვეთრად წარმოაჩინა. სახელმწიფომ ვერ უზრუნველყო რელიგიისა და რწმენის თავისუფლების დაცვა ყველა თემისათვის, უგულვებელყო რელიგიურ გაერთიანებებს შორის თანასწორობა და რელიგიისა და სახელმწიფოს ურთიერთდამოუკიდებლობა. კრიზისის ფონზე იმატა სიძულვილის ენამაც, რაც განსაკუთრებით მწვავედ ეთნიკურად აზერბაიჯანელი და მუსლიმი მოსახლეობის მიმართ გამოიკვეთა. საანგარიშო პერიოდი საყურადღებო აღმოჩნდა მართლმადიდებელი ეკლესიის სასულიერო პირების ანტისემიტური განცხადებების კუთხითაც (თარხნიშვილი, 2021).

მაგალითად, 2020 წლის 17 აპრილიდან 27 აპრილამდე საქართველოში აკრძალული იყო ავტომობილებით გადაადგილება. თუმცა, ამის მიუხედავად, მართლმადიდებელი ეკლესიის საპატრიარქომ მტკიცედ განაცხადა, რომ ეკლესიის ყველა წარმომადგენელს ჰქონდა ავტომობილით გადაადგილების სრული უფლება. სხვა რელიგიური ორგანიზაციების სასულიერო პირებისთვის მთავრობას მსგავსი შეღავათი არ გამოუცხადებია. მათ რამდენიმედღიანი ძალისხმევა დასჭირდათ, რომ ინდივიდუალურად მოეპოვებინათ ლიმიტირებული რაოდენობის ავტომობილით გადაადგილების სპეციალური საშუალებები (თარხნიშვილი, 2021).

ფონდი „ღია საზოგადოება საქართველოს“ და სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის თანამშრომლობით 2019 წელს ჩატარებულმა და გამოცემულმა კვლევამ გამოკვეთა, რომ საქართველოს მოსახლეობის მნიშვნელოვნად დიდ წილს კვლავა მწვავედ უდგას ქვეყნის ცხოვრებაში ინტეგრირების საკითხი. კონკრეტულად, გამოკვეთილია ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლების მდგომარეობა, განსაკუთრებით მათი, ვინც ვერ ფლობს ქართულ ენას, რის გამოც ვერ ახერხებს არჩევით ორგანოებში, პოლიტიკურ ცხოვრებასა და სამთავრობო უწყებებში სრულფასოვან ჩართულობასა და ქვეყანაში მიმდინარე მნიშვნელოვანი მოვლენების შესახებ დეტალური ინფორმაციის მიღებას. კვლევაში ასევე ნათქვამია, რომ საქართველოში განვითარებული პროცესების შესახებ ინფორმაციას თითქმის ყოველთვის იღებს ეთნიკურად სომეხი მოქალაქეების მხოლოდ 21,4%, ხოლო აზერბაიჯანელების - 13,7% (ღია საზოგადოების ფონდი, 2019).

პანდემიის გავრცელებასთან ერთად, რა თქმა უნდა, გაიზარდა და კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი გახდა ეთნიკური უმცირესობების ბარიერები. პანდემიის შესახებ ინფორმაცია ძირითადად საინფორმაციო მაუწყებლობიდან და სოციალური ქსლებიდან ვრცელდებოდა. საინტერესოა, რომ ეთნიკურ უმცირესობათა ენაზე პირველი საინფორმაციო გამოშვება 2020 წლის მარტში გაშუქდა, მხოლოდ მას მერე, რაც შიდა გავრცელების ფაქტი უკვე იყო გამოკვეთილი ეთნიკურად სომეხებითა და აზერბაიჯანელებით მჭიდროდ დასახლებულ რეგიონებში. სწორედ ამ დღიდან დაწყებული თითქმის ყოველდღე საინფორმაციო გამოშვება „მოამბეში“ გადიოდა რამდენიმე წუთიანი რეპორტაჟი სომხურ და აზერბაიჯანულ ენებზე. აღნიშნული რეპორტაჟები მიმოიხილავდა მხოლოდ კონკრეტულად და ლაკონურად მოკლე ინფორმაციას თავდაპირველად მარნეულსა და ბოლნისში საგანგებო მდგომარეობის გამოცხადების და ეპიდსიტუაციის შესახებ. მოგვიანებით კი, მას შემდეგ, რაც მთელი ქვეყნის მასშტაბით გამოცხადდა საგანგებო მდგომარეობა და შესაბამისად დაწესდა საგანგებო მდგომარეობის შესაბამისი შეზღუდვები, სომხურენოვან და აზერბაიჯანულენოვან მოსახლეობას მიეწოდა განახლებული ინფორმაცია (ქავთარაძე, 2020).

პრობლემა გარდა გვიან გაცემული ინფორმაციისა იყო თავად ამ ინფორმაციის სიმცირე და არადეტალურობაც. ინფორმაცია მოსახლეობას მიეწოდებოდა ძირითადად ქვეყანაში ეპიდეოლოგიის სტატისტიკურ მონაცემებზე, გადაადგილება/მგზავრობასა და შეკრებაზე, ასევე ეკონომიკურ საქმიანობაზე დადგენილ შეზღუდვებზე, სწავლების პროცესის შეწყვეტაზე, საგანგებო ფორმით გაგრძელებაზე და ა.შ. თუმცა, ეს ყოველივე მოწოდებული იყო მხოლოდ და მხოლოდ განცხადებების სახით და მას არ ერთვოდა შესაბამისი ვიზუალური მასალა, რაც თითოეული ადამიანისათვის ინფორმაციას უკეთ აღსაქმელსა და უფრო საინტერესოს ხდის. ყოველივე ამის გარდა, მას შემდეგ რაც მარნეულში დაფიქსირდა ცალკეული შემთხვევა და ქალაქი ჩაიკეტა, სოციალურ ქსელში გავრცელდა ეთნიკური უმცირესობებისადმი დამამცირებელი, ცინიკური, დისკრიმინაციული გამონათქვამები, რამაც კიდევ უფრო მეტად გამოკვეთა არსებული უთანასწორობა საზოგადოებას შორის (ქავთარაძე, 2020).

ქვეყანაში შექმნილი ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გამო, შერიგებისა და სამოქალაქო თანასწორობის საკითხებში სახელმწიფო მინისტრის აპარატის ინიციატივით, ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენლებისათვის მშობლიურ ენებზე კორონავირუსთან დაკავშირებული აუცილებელ ინფორმაციაზე წვდომის ხელშეწყობის მიზნით, ქვეყანაში დაიწყო საინფორმაციო კამპანია. ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელთა სამომავლო ოპერატიული ინფორმირების მიზნით, სახელმწიფო მინისტრის აპარატის ინიციატივით, ეთნიკური უმცირესობებისთვის მშობლიურ ენებზე გამზადდა და გავრცელდება საინფორმაციო ბროშურები ქვეყანაში დაწესებული უახლესი ღონისძიებებისა და კორონავირუსთან დაკავშირებით ხშირად დასმული შეკითხვების შესახებ. 100 000-მდე ბროშურა სამცხე-ჯავახეთის, კახეთისა და ქვემო-ქართლის ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებით მჭიდროდ დასახლებულ, მუნიციპალური ცენტრებიდან დაშორებულ იმ სოფლებში გავრცელდება, სადაც ელექტრონული გზებით საჭირო ინფორმაციის მიღებაზე წვდომა ჯერ კიდევ პრობლემატურია. კამპანიის ფარგლებში მასალების გავრცელებას ხელს უწყობდნენ წარმომადგენლები ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან კარდაკარ სიარულის პრინციპით (პირველი არხი, 2020).

საქართველოს მთავრობამ უზრუნველყო შემდეგი პრევენციული მექანიზმების გამხორციელება. კერძოდ: ამოქმედდა სამთავრობო საინფორმაციო ვებ-გვერდი StopCov.ge ექვს ენაზე [ქართული, აფხაზური, ოსური, სომხური აზერბაიჯანული, ინგლისური], სადაც დეტალურად ხდებოდა განახლებული ინფორმაციის განთავსება კორონავირუსთან დაკავშირებულ თითოეულ საკითხზე; ამოქმედდა სამთავრობო საინფორმაციო სპეციალური ცხელი ხაზი 144, რომლის მეშვეობითაც მოსახლეობას, მათ შორის სომხურ და აზერბაიჯანულ ენებზე აქვთ შესაძლებლობა მიიღონ სათანადო კონსულტაცია; სახელმწიფო მინისტრის აპარატმა ეტაპობრივად დაიწყო ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი მოსახლეობის ინფორმირება. დაიწყო აქტიური და ფართო მასშტაბიანი საინფორმაციო/ცნობიერების ამაღლების კამპანია COVID 19-ის გავრცელების პრევენციის ზომებზე, დაწესებულ რეგულაციებზე და შეზღუდვებზე, შეღავათებსა და კომპენსაციებზე; მომზადდა და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა მშობლიურ ენებზე ითარგმნა საინფორმაციო მასალები ვირუსის პრევენციასთან დაკავშირებით და სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე, მათ შორის: ჰიგიენის დაცვის წესებზე, კარანტინის წესებზე, ანტიკრიზისული გეგმაზე, კოვიდ პანდემიის მართვასა და სხვა აქტუალური საკითხებზე (შერიგებისა და სამოქალაქო თანასწორობის საკითხებში საქართველოს სახელმწიფო მინისტრის აპარატი, 2021).

სოციალური მუშაობა და ეთნიკური უმცირესობები

რასობრივი და ეთნიკური უმცირესობები განსხვავებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობას წინაშე არიან მთელ მსოფლიოში. ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის (APA) მიხედვით, არსებობს კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსს, რასასა და ეთნიკურ კუთვნილებას შორის. რასობრივი და ეთნიკური ნიშნით დისკრიმინაცია და მარგინალიზაცია აფერხებს რასობრივი და ეთნიკური უმცირესობების მობილობას, რომლებიც ცდილობენ თავი დააღწიონ სიღარიბეს. დაუცველ თემებს აქვთ:

- დაბალი ეკონომიკური განვითარება;
- ჯანმრთელობის ცუდი პირობები;
- განათლების დაბალი დონე (Social Work License Map, 2016).

სოციალური მუშაკები ეხმარებიან უმცირესობათა ჯგუფებს, მიიღონ რესურსები, რომლებიც საჭიროა განვითარებისთვის. ისინი მუშაობენ რისკის ქვეშ მყოფ პირებთან, ჯგუფებთან და ოჯახებთან. მათ შეუძლიათ უზრუნველყონ სამედიცინო კონსულტაციის მხარდაჭერა. მათ ასევე შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ უმცირესობების მოსახლეობის ადვოკატირებაში, უზრუნველყონ რეკომენდაციები სოციალური ცვლილებების განსახორციელებლად (Social Work License Map, 2016).

ტერმინი „ეთნიკურად მგრძობიარე სოციალური სამუშაო პრაქტიკა“ სოციალურმა მუშაკებმა გამოიყენეს, როდესაც ზოგადი პრაქტიკა, რომელიც ითვალისწინებს ეთნიკური უმცირესობების ჯგუფის წევრობის ჭრილში სოციალურ ფუნქციონირებას. ლონგრესი (1991) ვარაუდობს, რომ "ეთნიკური მგრძობიარე მოდელები" ხაზს უსვამენ კულტურულ ნორმებში არსებულ განსხვავებებს (Schlesinger & Devore, 1995).

სოციალური მუშაკები ყოველდღიურად ხვდებიან სხვადასხვა პრობლემას - ყველა სხვადასხვა ტიპის ადამიანს სჭირდება დახმარება და მხარდაჭერა. საზოგადოების წევრების კეთილდღეობის გაუმჯობესება ნიშნავს, რომ სოციალურ მუშაკებს უნდა შეეძლოთ ურთიერთობის უნარი სხვადასხვა წარმოშობის ადამიანებთან, განსხვავებული ეკონომიკური სტატუსით და უამრავი რელიგიური მრწამსით. კულტურული კომპეტენცია არის უმაღლესი სოციალური მუშაობის ქვაკუთხედი. იყო კულტურულად კომპეტენტური ნიშნავს, რომ გესმოდეს „კონკრეტული ადამიანებისა და ოჯახების სპეციფიკური კულტურული, ენობრივი, სოციალური და ეკონომიკური ნიუანსი“. სოციალურ მუშაკებს აქვთ უნიკალური უნარი გაიგონ როგორც სირთულეები, რომლებსაც აწყდებიან ადამიანთა სხვადასხვა ჯგუფები და იკვლიონ თუ რა შეიძლება გამოიწვიოს ამ უთანასწორობამ მთელი საზოგადოებისათვის და როგორ შეიძლება აღნიშნულს გამოსწორება. კულტურულად კომპეტენტური სოციალურ მუშაკებს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ საზოგადოების და იმ ადამიანების კეთილდღეობისთვის, რომლებსაც ემსახურებიან. კულტურული კომპეტენცია არის სოციალური მუშაობის ფასდაუდებელი ასპექტი (The Network For Social Work Management, 2015).

სოციალურ მუშაკებს უნდა გააჩნდეთ სათანადო ცოდნა, რომელიც გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ახორციელებს სოციალური მუშაკი ბენეფიციარებთან მუშაობას. ეს ასევე მნიშვნელოვანია თავად ბენეფიციარისთვის, რადგან მათ სოციალური მუშაკისაგან სჭირდებათ რეკომენდაცია სერვისებისა და რესურსების შესახებ, რომლებიც შეესაბამება მათ საჭიროებებს (Yeshiva University, 2021).

სოციალური მუშაკებისთვის მნიშვნელოვანია, ხელი შეუწყონ პოლიტიკასა და კანონმდებლობას, რომელიც დააკმაყოფილებს მათი ბენეფიციარის საჭიროებებს. მათი მიზანი უნდა იყოს ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფის გაძლიერება და საზოგადოებაში ინტეგრაციის მაქსიმალური ხელშეწყობა. სოციალურმა მუშაკმა უნდა გააცნობიეროს, რომ ის, რასაც აფასებენ და რისი მიღწევაც სურთ, შესაძლოა არ ემთხვეოდეს საზოგადოების ზოგად სურვილებს. სხვებთან კომუნიკაციის გარეშე, სოციალურ მუშაკმა შესაძლებელია არასწორად გაიგოს, თუ როგორ მოქმედებენ სოციალური საკითხები ან პოლიტიკა მათი ბენეფიციარის ცხოვრებაზე. ფართო (მაკრო) დონეზე, სოციალურმა მუშაკმა უნდა იმუშაოს უფრო სამართლიანი სამყაროს შესაქმნელად, რის გამოც მრავალფეროვნების გაგება და კომპეტენციისა და ცოდნის განვითარება ძალიან მნიშვნელოვანია (Yeshiva University, 2021).

სოციალურ მუშაკებს ესმით, რომ მრავალფეროვნება გადამწყვეტია იდენტობის ფორმირებისთვის. მრავალფეროვნება მრავლისმთქმელია და მოიცავს რასას, შეზღუდულ შესაძლებლობას, კლასს, ეკონომიკურ სტატუსს, ასაკს, სექსუალობას, სქესს (ტრანსგენდერის ჩათვლით), რწმენასა და სხვა მახასიათებლებს. სწორედ მრავალი მახასიათებლისა და კულტურული კომპეტენციის გამო, სოციალური მუშაკები ყველაზე უკეთ იგებენ ეთნიკურ

უმცირესობათა პრობლემებს, ესმით მათი საჭიროებების მნიშვნელობა და ინდივიდუალურ თუ საზოგადოებრივ დონეზე ცდილობენ უმცირესობათა ცხოვრების გაუმჯობესებისათვის ივექტური ცვლილებების წარმართვას (The Network For Social Work Management, 2015).

სოციალური მუშაობა COVID-19 პანდემიის დროს

სოციალური სამუშაოს პროფესიონალების მიზნები საგანგებო სიტუაციებში, ჰერეროს (2012) მიხედვით არის:

- ინფორმაციის მიწოდება თითოეული სოციალური ჯგუფისათვის მათი უფლებებისა და შესაძლებლობების შესახებ. ამასთან, ამ ჯგუფების მოტივირება, რათა არ აყვნენ პანიკას და მაქსიმალურად ეცადონ გამოიყენონ მათი ყოველი შესაძლებლობა და მარტივად გაუმკლავდნენ საგანგებო მდგომარეობას;

- საგანგებო მდგომარეობის დროს ადამიანთა დახმარება, თუ როგორ მართონ გრძნობები და ემოციები, როგორ შეძლონ პრობლემების გადაჭრა ახალ ვითარებაზე მორგებული გზებით და როგორ იფიქრონ არსებულ ვითარებაზე შედარებით პოზიტიურად. საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოლოგებთან თანამშრომლობა, რომლებიც ბენეფიციარებს დაეხმარებიან მათი ფსიქოლოგიური წონასწორობის აღდგენა/შენარჩუნებაში;

- კრიზისში მყოფ ადამიანებს შორის კომუნიკაციის დამყარება ან/და ხელშეწყობა. თითოეული აქტივობის ბენეფიციარებთან ერთად დამუშავება, რათა მათ შეძლონ არ დაკარგონ აქტიური ცხოვრების ხალისი და მაქსიმალურად იყვნენ ჩართულნი სხვადასხვა აქტივობებში;

- საჭიროების შემთხვევაში მათი უფლებების დაცვაზე ზრუნვა, სხვადასხვა სისტემებთან დაკავშირება და თანამშრომელი ორგანიზაციებისა თუ კომპანიების მეშვეობით ბენეფიციართა სოციალურ-ეკონომიკური საკითხების სირთულეების აღმოფხვრა (Nova Scotia College Of Social Workers, 2020).

პანდემიის პარალელურად სოციალური მუშაკების მიერ ტექნოლოგიების გამოყენებამ შექმნა ბენეფიციარებთან ურთიერთობისა და კომუნიკაციის ახალი გზები, რაც აჩენს ფუნდამენტურად ახალ კითხვებს სოციალური მუშაკისა და ბენეფიციარის ურთიერთობის მნიშვნელობის შესახებ. გარდა ამისა, სოციალური მუშაკები იყენებენ ტექნოლოგიების სხვადასხვა ფორმებს ინფორმაციის წვდომის, შეგროვებისა და სათანადოდ სამართავად. სოციალური მუშაკები იყენებენ ტექნოლოგიას კრეატიული გზებით სოციალური სამართლიანობის მძიმე საკითხების გადასაჭრელად, თემების ორგანიზებისთვის, ორგანიზაციების ადმინისტრირებისა და სოციალური პოლიტიკის შესამუშავებლად. სოციალური მუშაკები ასევე იკვლევენ და ავითარებენ ახალ ტექნოლოგიებს პრაქტიკისთვის და ავრცელებენ მათ კოლეგებთან ერთად (Nova Scotia College Of Social Workers, 2020).

ძალიან ცოტაა ის დოკუმენტირებული პრაქტიკა, რომელიც გამოიყენეს სოციალურმა მუშაკებმა პანდემიის დროს მარგინალიზებული ჯგუფების გამოწვევების საპასუხოდ. ხოლო ის რამდენიმე დოკუმენტირებული სტრატეგია მოიცავს, მაგალითად, სექტორთაშორისი თანამშრომლობას, რომელიც სოციალურ მუშაკებს ეხმარება სათანადო გადაწყვეტილებების მიღებაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კრიზისების დროს და არსებული საზოგადოების რესურსებისა და აქტივების გამოყენებაში, ასევე გადაწყვეტილებების მიწოდებას, რომლებიც ითვალისწინებს ადგილობრივ კონტექსტს და პროცესებს. ასევე აღსანიშნავია, რომ ჩაკეტვის რეგულაციებისა და სოციალური დისტანციის გავლენამ მნიშვნელოვანი საფრთხე შეუქმნა ურთიერთობებზე დაფუძნებულ უნარებს, რომლებსაც სოციალური მუშაობა ტრადიციულად ეყრდნობა. თუმცა, როცა ბიუროკრატია მცირდება, ასევე ჩნდება მუშაობის უფრო ეფექტური გზები, შესაბამისად სოციალურმა მუშაკებმა შეძლეს და ეთნიკური უმცირესობების დახმარება დაიწყეს ონლაინ პლატფორმების მეშვეობით, რითაც ვრცელდებოდა ინფორმაცია მათ მშობლიურ ენაზე, ასევე იყო დეტალური ინფორმაცია იმ დახმარებების შესახებ, რომელთა მიღებაც მათ შეეძლოთ (Nouman, 2021).

გარდა ონლაინ პლატფორმებისა და ღონისძიებებისა, სოციალურ მუშაკებს არც სოფლად მცხოვრები ეთნიკური უმცირესობები დავიწყებით, რომლებიც ნაკლებად არიან ჩართულნი სოციალურ ქსელში და შესაბამისად, ნაკლებად აქვთ ინფორმაცია სხვადასხვა დახმარების შესახებ. შეიქმნა განსაკუთრებული მობილური ჯგუფები, რომლებმაც გაიარეს გადამზადების ტრენინგები, რათა ადგილზე მისვლით დახმარებოდნენ ბენეფიციარებს. მობილური ჯგუფები ძირითადად განაწილდნენ ისეთ სოფლებში, სადაც მეტია ეთნიკურ უმცირესობათა წილი, ნაკლებადაა წვდომა ინტერნეტთან ან მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს ხანდაზმულები შეადგენენ და მშობლიურის გარდა არ იცოდნენ სხვა ენა, რის გამოც ვერ ახერხებენ საჭირო ინფორმაციის გაცნობას. აღნიშნული ჯგუფების მთავარი მოვალეობას ბინაზე ვიზიტით ოჯახებისათვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება, აცრის მნიშვნელობაზე ფაქტების გაცნობა და საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებებში ბენეფიციართა გადამისამართება წარმოადგენს. მართალია, პანდემიის შედეგები იმდენად მწვავეა, რომ გაწყული დახმარებები ნაკლებად ჩანს, თუმცა სოციალური მუშაკების ამ წამოწყების მეშვეობით საკმაოდ ბევრმა ადამიანმა გაიგო დეტალური ინფორმაცია არსებული ვითარებისა და საჭირო ზომების შესახებ (Nouman, 2021).

დასკვნა, რეკომენდაციები

საქართველოში კოვიდ პანდემიის დაწყებიდან დღემდე, სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორის მიერ სხვადასხვა აქტივობა და პროგრამა შემუშავდა, რომლებიც ხელს უწყობდა ეთნიკური უმცირესობების ინფორმაციური ვაკუუმის ბარიერების რღვევას, მათი უფლებების დაცვას სხვადასხვა სფეროში და უფლებებზე დაფუძნებული მომსახურებების სამართლიანად უზრუნველყოფას. უნდა აღინიშნოს, რომ თავდაპირველად, რთული იყო შექმნილ ფორსმაჟორში სოციალური სამართლიანობის მაქსიმალური დაცვა არამხოლოდ ეთნიკურ უმცირესობებში, არამედ, ზოგადად, ადგილობრივ მოსახლეობაში, რადგან პანდემიამ ერთნაირად დააზარალა ქვეყნის სრული მოსახლეობა და საჭირო გახდა დაუყოვნებელი სტრატეგიული გეგმის შემუშავება და მიზანმიმართული, ეფექტური ღონისძიებების გატარება, რომლებიც შეამსუბუქებდა მოსახლეობის მდგომარეობას. ცხადია, ეს სტრატეგიები უნდა ყოფილიყო მდგრადი და ყველა მოწყვლად ჯგუფზე მაქსიმალურად მორგებული. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან ეთნიკური უმცირესობების მიმართ წარმოქმნილ თითოეულ რისკსა და პრობლემაზე მოხდა დროული, თანაბარი და რელევანტური ჩარევა.

პანდემიამ თითოეულ ქვეყანაში კიდევ უფრო მეტად გამოკვეთა სოციალური უთანასწორობა და უმცირესობათა ჯგუფების შედარებით რთული სიტუაცია. მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა და ისედაც რთული სამუშაო პირობების გამო (ქვეყნებში უმცირესობათა ჯგუფები ძირითადად ყოველდღიურ ანაზღაურებაზე არიან დამოკიდებულნი, რაც რთულ სამუშაო პირობებთანაა დაკავშირებული) პანდემიამ და ახალმა შეზღუდვებმა გაამძაფრა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაც და კიდევ უფრო რთულად ხელმისაწვდომი გახდა სხვადასხვა საჭირო ინფორმაცია თუ რესურსი.

მსოფლიოსა და ადგილობრივ კანონმდებლობაში ეთნიკური და ეროვნული უმცირესობების მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით გაკრვეული ღონისძიებები გატარდა, რომლებიც ძირითად აქცენტს ენობრივი ბარიერის მოხსნაზე, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობასა და თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობის სრულფასოვან დაცვაზე აკეთებს. ეთნიკური უმცირესობების დახმარების საკითხში ერთ-ერთი მთავარი როლი სოციალურ მუშაობას უჭირავს, რადგან სწორედ სოციალური მუშაკები არიან ის ადამიანები, რომლებიც პანდემიის პირობებშიც კი ბინაზე ვიზიტით ცდილობენ დაიცვან ადამიანთა უფლებები, გააცნონ საჭირო ინფორმაცია და გააუმჯობესონ მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რათა ეთნიკურმა უმცირესობებმა არ დაკარგონ ქვეყნებში ინტეგრირების ის დონე, რომელსაც მათ პანდემიამდე მიაღწიეს.

განალიზებული მასალის საფუძველზე ცალსახად გამოიკვეთა, რომ საერთაშორისო და ადგილობრივმა კანონმდებლობამ დაუყოვნებლივ უნდა იზრუნოს ეთნიკურ უმცირესობათა მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, თუმცა აღსანიშნავია, რომ პანდემიამდე ისედაც არსებობდა მრავალი პრობლემა, რომლებიც ყოველდღიურ საქმიანობაში მივიწყებული იყო. სწორედ

ამიტომ, აუცილებელია წარმოდგენილ საკითხთა განხილვისა და გაანალიზების შემდეგ მეტი ყურადღება დაეთმოს ეთნიკურ უმცირესობათა პრობლემებს, დაიწყოს ამ პრობლემათა გადაჭრაზე მუშაობა და ნაბიჯ-ნაბიჯ გახდეს შესაძლებელი ამ მოწყვლადი ჯგუფებისათვის სრულფასოვანი, სამართლიანი გარემოს შექმნა.

რეკომენდაციები:

❖ პანდემიისაგან დამოუკიდებლად, უნდა არსებობდეს ეთნიკური უმცირესობათა პრობლემების რეაგირების ცხელი ხაზი, რომლის მეშვეობითაც გარკვეული იქნება ზოგადი და ყოველდღიური პრობლემები და, შესაბამისად, მოხდება მათზე რეაგირება;

❖ მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან დარეგულირდეს საინფორმაციო საშუალებების მიერ (ვებ-გვერდები, საიტები) სიახლეების გავრცელების სავალდებულო მოთხოვნები, რაც გულისხმობს იმას, რომ საჯაროდ განთავსებული ინფორმაციის თარგმნის ფუნქცია ქართული და ინგლისური ენის გარდა, შესაძლებელი იყოს ეთნიკური უმცირესობების მშობლიურ ან მათთვის ყველაზე ნაცნობ ენაზე;

❖ აუცილებელია, რომ ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენლებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობა ჰქონდეთ მშობლიურ ენაზე. ამაში მოიაზრება, როგორც ჯანდაცვის მუშაკის მომსახურება, ასევე ნებისმიერი საინფორმაციო საკითხის მათთვის ნაცნობ ენაზე მიწოდება;

❖ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, რომ ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენლებისთვის განხორციელდეს საინფორმაციო კამპანიები, რომლებიც მათ გააცნობს საკუთარ უფლებებს, მოვალეობებს, ვალდებულებებსა და არსებულ მომსახურებებს, რომლის ბენეფიტებით სარგებლობაც შეუძლიათ საჭიროებისამებრ;

გამოყენებული ლიტერატურა

- Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). COVID-19 Vaccine Equity for Racial and Ethnic Minority Groups.
- Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Casterlé, B. D., & Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research.
- Diversity UK. (n.d.). About Us.
- DiversityUK. (2019). Diversity in the UK.
- Government of Switzerland. (2020). COVID-19: Switzerland strengthens international cooperation.
- Instytut Europy Środkowej. (2021). Pandemics of social inequalities: status of national and ethnic minorities in Latvia and Estonia.
- Janke, C. (2021). Are minorities more at risk from COVID-19?
- Lally, C. (2020). Impact of COVID-19 on different ethnic minority groups.
- Legal Information Centre for Human Rights. (2009). Minority Rights in Estonia. Legal Information Centre for Human Rights.
- Lopez, L. (2021). Racial and Ethnic Health Disparities Related to COVID-19.
- Ministry for Integration and Gender Equality. (2007). National minorities and minority languages.

- Nouman, H. (2021). Social Work Practice with Ethnic Minorities during the COVID-19 Pandemic: Learning from the Arab Minority in Israel.
- Nova Scotia College of Social Workers. (2020). Social work practice during COVID-19.
- Schlesinger, E. G., & Devore, W. (1995). Ethnic Sensitive Social Work Practice: The State of the Art.
- Social Work License Map. (2016). Resources for Social Workers Working with Racial, Ethnic and Minority Populations.
- Soiné, H., Kriegel, L., & Dollmann, J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on risk perceptions: differences between ethnic groups in Germany.
- Sweden's national minorities. (2021). Sweden has 5 official national minorities. The law protects their languages and cultures.
- The Network For Social Work Management. (2015). DIVERSITY IN SOCIAL WORK MANAGEMENT AND PRACTICE.
- The OpenSAFELY Collaborative. (2020). Ethnic differences in COVID-19 infection, hospitalisation, and mortality: an OpenSAFELY analysis of 17 million adults in England.
- Thurau, J. (2021). COVID: Poverty a higher risk factor than ethnicity.
- Uberoi, E., & Lees, R. (2020). Ethnic diversity in politics and public life.
- United Nations-Human Rights. (2020). COVID-19 AND MINORITY RIGHTS: OVERVIEW AND PROMISING PRACTICES .
- Waitzberg, R., Davidovitch, N., Leibner, G., Penn, N., & Brammli-Greenberg, S. (2020). Israel's response to the COVID-19 pandemic: tailoring measures for vulnerable cultural minority populations.
- Yeshiva University. (2021). Diversity in Social Work.
- ამირეჯიბი, რ., & გაბუნია, ვ. (2021). საქართველს უწიერებს: ინტეგრაციის გზაზე არსებულ ბარიერების ნგრევა.
- თარნიშვილი, ნ. (2021). პანდემია, რომელიც მიმდინარეობს ადგილობრივი უფლებებზე.
- პირველი არხი. (2020). „კოვიდ19“-თან დაკავშირებით ეთნიკური უწიერების ინფორმირების მორიგი კამპანია დაიწყო
- საქართველს მთავრობა. (2020). ადგილობრივი უფლებების დაცვა COVID-19-ით გამოწვეულ კრიზისისას.
- ტატაშვილი, ზ., წიქოლაძე, გ., საზგულშვილი, შ., მახარაძე, თ., & გოგინეიშვილი, ქ. (2021). უფლებებზე დაფუძნებული სოციალური მომსახურება.
- ქავთარაძე, ლ. (2020). ეთნიკური უწიერების საჭიროებები, საზოგადოებრივი მაწიყებელ და პანდემია.
- ლა საზოგადოების ფუნდ. (2019). ეთნიკური უწიერების წარმომადგენლების პოლიტიკურ ცხოვრებაში მონაწილეობის კვლევა. თბილისი.
- შერეგებისა და სამოქალაქო თანასწორობის საკითხებში საქართველს სახელმწიფომინისტრის აპარატი. (2021). 2020 წელს საქმიანობის ანგარიში.



მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასწარმოქმნა მოლდოვეთში: გამოცდილება, გამოწვევები

დიანა ნემსაძე¹

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

რეფერენტული ფასების სისტემის შექმნის მთავარი მიზანია მედიკამენტების ღირებულების შემცირება. მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ქვეყნებში რეფერენტული ფასების პრინციპები დებატების საგანია, მისი გამოყენება სულ უფრო ფართოვდება. დებატები ეხება ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა ბაზრის სეგმენტების განსაზღვრა, რომლებზეც უნდა იყოს გამოყენებული რეფერენტული სისტემა, ანაზღაურების დონის გამოთვლა, ასევე, რეფერენტული სისტემის გავლენა ფარმაცევტული კომპანიების ფასწარმოქმნაზე და მარკეტინგულ პოლიტიკაზე. მოლდოვას რესპუბლიკის გამოცდილებიდან გამომდინარე, მსგავსი გამოწვევების წინაშე მდგარ ქვეყნებში მიზანშეწონილია ზემოთაღნიშნული პრობლემების ღრმა ანალიზი.

საკვანძო სიტყვები: რეფერენტული ფასები, მედიკამენტები, ფარმაცევტული კომპანიები, მოლდოვა.

ციტირება: დიანა ნემსაძე. მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასწარმოქმნა მოლდოვეთში: გამოცდილება, გამოწვევები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Reference Pricing for Medicines in Moldova: Experience, Challenges

Diana Nemsadze¹

¹ School of Health Sciences, University of Georgia

Abstract

The main goal of creating a reference price system is to reduce the cost of medicines. Although the principles of reference pricing in European countries are a matter of debate, its use is becoming more widespread. The debate concerns such issues as the definition of market segments to which the reference system should be applied, the calculation of reimbursement levels, as well as the impact of the reference system on the pricing and marketing policies of pharmaceutical companies. Based on the experience of the Republic of Moldova, a deep analysis of the above-mentioned problems is appropriate in countries facing similar challenges.

Keywords: Reference prices, medicines, pharmaceutical companies, Moldova.

Quote: Diana Nemsadze. Reference pricing for medicines in Moldova: experience, challenges. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6.

მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მსოფლიო გამოცდილება

ჯანმრთელობა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა. იმისთვის, რომ ადამიანის ფიზიკური, სოციალური და სულიერი კეთილდღეობა იყოს დაცული, აუცილებელია სახელმწიფოს სათანადო მონაწილეობა და ჯეროვანი ჩართულობა (ვერულავა, 2021). ჯანმრთელობის უფლება სახელმწიფოსგან მოითხოვს ისეთი პოლიტიკის და სამოქმედო გეგმების შემუშავებას, რომლებითაც მიიღწევა ყველასათვის ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობის დაცვა. ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის ერთერთი მთავარი შემადგენელი ნაწილი, კი მედიკამენტებზე წვდომაა. არარეგულირებადი ფასები სამკურნალო საშუალებებზე განვითარებად და ღარიბ ქვეყნებში მიძიმე ტვირთად აწვება შეჭირვებულ მოსახლეობას.

არსებობენ რიგი ქვეყნები, სადაც სახელმწიფო ახდენს ფარმაცოლოგიურ პროდუქციაზე ფასების რეგულირებას. ფარმაცევტული რეგულაციები მთელ მსოფლიოში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მედიკამენტების უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის უზრუნველყოფაში (World Health Organization, 2004).

გავრცელებულია მოსაზრება, რომ წამლების ფასები უფრო დაბალია იმ ქვეყნებში, სადაც ფასების მკაცრი რეგულირებაა, ვიდრე ნაკლებად მკაცრი რეგულაციის მქონე ქვეყნებში (აშშ) (Bardelay, 1996). მაგალითად, დადასტურებულია, რომ აშშ-ში მედიკამენტებზე ფასები 20-54%-ით აღემატება ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო საფრანგეთსა და იტალიაში ფასები 30-28%-ით პროცენტით დაბალი იყო ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელზე. ასევე, აშშ-ში მედიკამენტებზე ფასები 32%-ით მაღალია კანადასთან შედარებით და 60%-ით უფრო მაღალია ვიდრე გაერთიანებული სამეფოს ფასები. ამგვარად, მედიკამენტებზე ფასებს შორის ძალიან დიდი მრავალფეროვნებაა სხვადასხვა ქვეყნებს შორის. მედიკამენტების ფასებზე რეგულაცია ხდება იმ დაშვებით, რომ ფარმაციის ინდუსტრიაში ფასებს შორის კონკურენცია სუსტია (Ratanawijitrasin & Wondemagegnehu, 2002).

მედიკამენტების ფასების რეგულირების ერთ-ერთი გავრცელებული მექანიზმია რეფერენტული ფასების პრაქტიკის დანერგვა. რეფერენტული ფასი წარმოადგენს ანაზღაურების მაქსიმალურ შესაძლო დონეს (Kaplan & Laing, 2003). ისტორიულად, ქვეყნები, სადაც მედიკამენტების ღირებულება შედარებით მაღალი იყო, პირველები მივიდნენ იდეამდე რეფერენტული ფასების გამოყენების შესახებ. სწორედ ამ ფაქტორების ერთობლიობამ გახადა შესაძლებელი რეფერენტული ფასების იდეის წარმატებით გამოყენება. შემდგომში, ბევრმა ქვეყანამ შემოიღო ეს მექანიზმი (მაგ. ესპანეთი, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთი ქვეყანა) (Olsson et al., 2010)

ევროკავშირის იმ წევრ ქვეყნებში, სადაც სოციალური დაზღვევის ფონდები არიან ყველაზე მსხვილი გადამხდელები მედიკამენტების შესყიდვაში, რეფერენტული ფასები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ფარმაცევტული კომპანიების მარკეტინგულ პოლიტიკაზე. გერმანია, რომელმაც დასავლეთ ევროპაში პირველმა შემოიღო რეფერენტული ფასების სისტემა, იყენებს ამ მეთოდს როგორც ორიგინალური, ასევე ჯენერიკული მედიკამენტების მიმართ (World Health Organization, 2002).

მედიკამენტის გამოშვებიდან პირველი წლის განმავლობაში, ლიცენზიის მფლობელს შეუძლია მისი გაყიდვა ნებისმიერ ფასად. ამის შემდეგ, გერმანიის მარეგულირებელი ორგანოები აფასებენ პრეპარატის დამატებით სარგებელს სხვა სამკურნალო საშუალებებთან შედარებით. მედიკამენტები, რომლებიც არ იძლევა დამატებით სარგებელს, ენიჭება ფიქსირებული რეფერირებული ფასი. თუ მედიკამენტის ღირებულება აღემატება რეფერენტულ ფასს, პაციენტი იხდის სხვაობას (Cornips et al., 2010).

თუ მედიკამენტის გამოყენება დამატებით სარგებელს იძლევა, გერმანიის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) აწარმოებს მოლაპარაკებებს ამ მედიკამენტის მარკეტინგული ლიცენზიის მფლობელთან, რათა დადგინდეს ანაზღაურების დონე ფარმაცოეკონომიკური მაჩვენებლების საფუძველზე. ბელგიაში რეფერენტული ფასების

სისტემა მოქმედებს 2001 წლიდან. ფასი განისაზღვრება მსგავსი აქტიური ნივთიერების მქონე წამლებისთვის. ჯენერიკების ფასი სისტემის განვითარების ადრეულ ეტაპებზე 16%-ით ნაკლები იყო, ვიდრე მისი ორიგინალი პრეპარატების. დროთა განმავლობაში, 2010 წლისათვის, ეს მაჩვენებელი გაიზარდა 30%-მდე.

ნიდერლანდებში 1999 წლამდე გამოშვებულ მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასი განისაზღვრებოდა, როგორც ჯგუფის ყველა პროდუქტის საშუალო შეწონილი ღირებულება. 1999 წლის შემდეგ გამოშვებული მედიკამენტები ექვემდებარება მოლაპარაკების ფასს მათი თერაპიული უპირატესობის მიხედვით. რეფერენტული ფასები განიხილება წელიწადში ერთხელ (World Health Organization, 2007).

დანიაში რეფერენტული ფასი გამოითვლება მედიკამენტების ჯგუფში ყველაზე იაფი ჯენერიკი მედიკამენტის ღირებულების მიხედვით. ფარმაცევტულ კომპანიებს უფლება აქვთ შეცვალონ ფასები ყოველ 2 კვირაში, შემოიტანონ ახალი მედიკამენტები და ასევე შეწყვიტონ წამლების გაყიდვა. ამრიგად, თვეში ორჯერ შესაძლებელია მედიკამენტების ფასის გადახედვა.

საფრანგეთში მედიკამენტზე ფასი გამოითვლება ჯენერიკული მედიკამენტების ჯგუფის საშუალო ღირებულების საფუძველზე. საბაზისო ფასს ადგენს ჯანმრთელობის დაცვის პროდუქტების საფრანგეთის ეკონომიკური კომიტეტი (World Health Organization, 2007).

მედიკამენტების ჯგუფების შემადგენლობა განიხილება წელიწადში ერთხელ, შემდეგ კი თითოეულ წამალზე – ყოველ 18 თვეში ერთხელ, ბაზარზე შემოსვლის მომენტიდან.

რეფერენტული ფასწარმოქმნის ერთ-ერთი გავრცელებული მეთოდია გარე რეფერირება, რომლის დროსაც საბაზისო ფასის დადგენა ხორციელდება სხვა ქვეყნებში წამლების ფასების შედარების გზით, ე.წ. საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნის (International Reference Pricing - IRP) მეთოდით (Ministerul Sanatatii al Republicii Moldova, 2012).

ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) ქვეყნებში საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნა არის მედიკამენტების ფასი(ებ)ის გამოყენების პრაქტიკა რეფერენტული ფასის შესაქმნელად, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას მედიკამენტების ფასზე მოლაპარაკებებში ადგილობრივ ბაზარზე (Republica Moldova Ministerul Sanatatii, 2013).

ევროპარლამენტის გარემოს დაცვის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სურსათის უვნებლობის კომიტეტის (ENVI) თანახმად, ევროკავშირის 27 წევრი ქვეყნიდან 22 იყენებს საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნას. საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნას არ იყენებენ შემდეგი ქვეყნები: გერმანია, დანია, შვედეთი, დიდი ბრიტანეთი და მალტა. თუმცა, მალტის მთავრობამ უკვე გააზიარა თავისი გეგმები საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნის განხორციელების შესახებ. თითოეულმა ქვეყანამ შეიმუშავა საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნის საკუთარი მეთოდოლოგია მედიკამენტებზე საორიენტაციო ფასის გამოსათვლელად. ზოგიერთი ქვეყანა მედიკამენტებზე ფასს ადგენს შესწავლილ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალ ფასზე დაყრდნობით (ესპანეთი, უნგრეთი), ზოგი იყენებს საშუალო ფასს (ავსტრია, ირლანდია), ზოგიერთი ქვეყანა იყენებს ორივე მიდგომას საორიენტაციო ფასის გაანგარიშებისას (სლოვაკეთი, ბულგარეთი).

მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასის დადგენა მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყანაში, რაც გამოწვეულია მათი განვითარების სხვადასხვა ეკონომიკური, გეოგრაფიული და ისტორიული ასპექტებით.

ევროპარლამენტის გარემოს დაცვის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სურსათის უვნებლობის კომიტეტის (ENVI) მიხედვით, ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში ორიგინალური წამლების ღირებულების სხვაობა 25%-ს აღწევს, ჯენერიკებისთვის კი ეს მაჩვენებელი შეიძლება იყოს 16-ჯერ მეტი.

საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნის მეთოდში, ევროკავშირის მრავალი ქვეყანა ითვალისწინებს გერმანიაში მედიკამენტების ღირებულებას. ამრიგად, კვლევები

დიანა ნემსაძე

აჩვენებს, რომ თუ გერმანიაში მედიკამენტის ღირებულება 1 ევროთ იკლებს, ევროკავშირის ქვეყნებში მსგავსი მედიკამენტების ფასი ამ მეთოდის გამოყენებით მცირდება 0,15–0,36 ევროთი. მიუხედავად ამისა, მედიკამენტების ღირებულება ევროკავშირის სხვადასხვა წევრ ქვეყანაში მნიშვნელოვნად განსხვავდება, რაც გამოწვეულია როგორც მედიკამენტების ფასების კონტროლის სხვადასხვა მიდგომების გამოყენების, ასევე ფარმაცევტული კომპანიების სხვადასხვა მარკეტინგული სტრატეგიის შედეგად ადგილობრივ ბაზრებზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში ასეთი მიდგომის გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი შედეგებიც, კერძოდ, წამლების ღირებულების გაზრდა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, ისევე როგორც ახალი მედიკამენტების შემოტანის შეფერხება ბაზარზე.

საერთაშორისო რეფერენტული ფასწარმოქმნის გამოყენების მაგალითია ჩეხეთი, სადაც ადგილობრივ ბაზარზე მედიკამენტების ღირებულების რეგისტრაციისას ხდება შედარება მსგავსი მედიკამენტის ფასებთან ესტონეთში, საფრანგეთში, იტალიაში, ლიტვაში, უნგრეთში, პორტუგალიაში, საბერძნეთი, ესპანეთი. საორიენტაციო ფასის დასადგენად გამოიყენება მედიკამენტების ღირებულება ევროკავშირის ყველა წევრ ქვეყანაში და გაანგარიშება ხორციელდება მწარმოებლის ფასების საფუძველზე (Edwards 2011).

მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასწარმოქმნა მოლდოვაში

მოლდოვაში მედიკამენტებზე ფასების რეფორმის პროცესი 2010 წელს სარეგისტრაციო ფასის შემოღებით დაიწყო. ფასების დასარეგულირებლად შემოღებულ იქნა გარე რეფერენტული ფასების მეთოდი.

მედიკამენტების ფასები ყოველწლიურად გროვდებოდა ვებსაიტებიდან, რომლებიც აქვეყნებენ საბითუმო ფასებს. თუ ვალუტის გაცვლითი კურსი მერყეობდა 5% ან მეტით, რეგისტრაციის ფასი შეიძლება შეცვლილიყო. ფარმაცევტულ კომპანიებს არ შეეძლოთ რეგისტრაციის ფასზე ზედმეტ ფასად მედიკამენტის გაყიდვა (Jowett & Shishkin, 2010).

ქვეყანაში მოქმედებდა 870-ზე მეტი სათემო აფთიაქი და შვილობილი კომპანია, საიდანაც 350 იყო ქსელური აფთიაქი, ხოლო 520 - დამოუკიდებელი აფთიაქი.

მოლდოვას რესპუბლიკაში განხორციელებული ფარმაცევტული რეგულაციის რეფორმაში აღინიშნა როგორც პროგრესი, ასევე რიგი ხარვეზები, რაც დამახასიათებელია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. გამოვყოთ რამდენიმე მათგანი (Turcanu et al., 2012).

ნეგატიური მოვლენები

მედიკამენტების მარკეტინგული ავტორიზაცია (რეგისტრაცია) - გამოვლინდა ქვეყნის წამლის სააგენტოს წინააღმდეგობრივი როლი, რომელსაც ევალება მედიკამენტების რეგისტრაცია და ასევე შესყიდვა. ზოგიერთ შემთხვევაში, შეინიშნებოდა მწარმოებლების მხრიდან ზეწოლა პროდუქციის სწრაფად რეგისტრაციაზე. გარდა ამისა, ჯენერიკების ბიოექვივალენტურობის კვლევის არ არსებობის პირობებში გაიზარდა უხარისხო მედიკამენტების რეგისტრაციის რისკი.

მედიკამენტების არარაციონალური რეგისტრაცია - ხშირ შემთხვევაში რეგისტრირებული იყო საჭიროზე მეტი ერთი და იგივე ჯგუფის მედიკამენტი.

მედიკამენტების დეფიციტი - დეფიციტი აღინიშნა გარკვეული ტიპის (განსაკუთრებით ონკოლოგიური დანიშნულებების) წამლებზე, რაც გამოწვეული იყო რამდენიმე მიზეზით. მათ შორისაა წარუმატებელი მოლაპარაკებები მწარმოებელსა და წამლის სააგენტოს შორის. ასევე, წამლის დისტრიბუტორის არა საკმარისი ინტერესი გარკვეული მედიკამენტების იმპორტის მიმართ (Sautenkova et al., 2012).

პოზიტიური მოვლენები

მნიშვნელოვანი პოზიტიური მოვლენაა GMP გაიდლაინების დანერგვა, რომელიც 2014 წლიდან ხორციელდება ყველა ადგილობრივი მწარმოებლის მიერ.

ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა ახალი კანონპროექტი, რომლითაც გაუქმდა აფთიაქების გახსნის ადგილების დემოგრაფიული კრიტერიუმები.

ამრიგად, რეფერენტული ფასების სისტემის შექმნის მთავარი მიზანია მედიკამენტების ღირებულების შემცირება. მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ქვეყნებში რეფერენტული ფასების პრინციპები დებატების საგანია, მისი გამოყენება სულ უფრო ფართოვდება. დებატები ეხება ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა ბაზრის სეგმენტების განსაზღვრა, რომლებზეც უნდა იყოს გამოყენებული რეფერენტული სისტემა, ანაზღაურების დონის გამოთვლა, ასევე, რეფერენტული სისტემის გავლენა ფარმაცევტული კომპანიების ფასწარმოქმნაზე და მარკეტინგულ პოლიტიკაზე. მოლდოვას რესპუბლიკის გამოცდილებიდან გამომდინარე, მსგავსი გამოწვევების წინაშე მდგარ ქვეყნებში მიზანშეწონილია ზემოთაღნიშნული პრობლემების ღრმა ანალიზი.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა, თ. (2023) ჯანდაცვის პოლიტიკა. კავკასიის უნივერსიტეტი.
2. World Health Organization. (2004). Equitable access to essential medicines: A framework for collective action. WHO Policy Perspectives on Medicines. Geneva: World Health Organization
3. Bardelay D. (1996). An ISDB survey to assess the degree of transparency of drug regulatory agencies. *Int J Risk Saf Med*, 9: 151-155.
4. Ratanawijitrasin S. (2002). Wondemagegnehu E: Effective drug regulation: a multicountry study. Geneva: World Health Organization
5. Kaplan W, Laing R. (2003). Paying for pharmaceutical registration in developing countries. *Health Policy Plan*. 18 (3): 237-248. 10.1093/heapol/czg030.
6. Olsson S, Pal SN, Stergachis A, Couper M. (2010). Pharmacovigilance activities in 55 low- and middle-income countries: a questionnaire-based analysis. *Drug Saf*. 33 (8): 689-703. 10.2165/11536390-000000000-00000.
7. World Health Organization, Joint NLN-WHO Workshop: Pharmaceuticals and the internet: Drug regulatory authorities' perspective. NLN publication no.6. 2002, Geneva: World Health Organization
8. Cornips C, Rågo L, Azatyan S, Laing R. (2010). Medicines regulatory authority websites: review of progress made since 2001. *Int J Risk Saf Med*. 22 (2): 77-88.
9. World Health Organization. (2007). WHO data collection tool for the review of drug regulatory systems. Regulatory support series no.11. Geneva: World Health Organization
10. World Health Organization. (2007). Practical Guidance for Conducting a Review. Regulatory support series no.12., Geneva: World Health Organization
11. Ministerul Sanatatii al Republicii Moldova: Ordin cu privire la reglementarea autorizarii produselor medicamentoase de uz uman si introducerea modificarilor postautorizare. *Monitorul Oficial*. Nr. 254-262, art Nr: 1555, Chisinau; 2012
12. Republica Moldova Ministerul Sanatatii: Ordin cu privire la aprobarea Regulilor de bună practică de fabricație a medicamentelor (GMP) de uz uman. *Monitorul Oficial*. Nr. 75-81, art Nr: 399, Chisinau; 2013

13. Website of the International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceutical Products for Human Use: The common technical document. Online available: <http://www.ich.org/products/ctd.html> [Accessed April 2023]

14. Management Sciences for Health: Chapter 20: Quantifying pharmaceutical requirements. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. 2012, Arlington, VA: Management Sciences for Health
15 Website of the National Bureau of Statistic of the Republic of Moldova: Statistical data. Online available: <http://www.statistica.md> [Accessed: 01 April 2023]

15. Website of the World Bank: World Bank database. Online available: <http://data.worldbank.org/> [Accessed: 01 April 2023]

16. Edwards N: Improving the hospital system in the Republic of Moldova. Republic of Moldova Health Policy Series No.1. 2011, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe

17. Jowett M, Shishkin S: Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova. Health Financing Policy Paper 2010/1. 2010, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe

18. Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E. (2012). Republic of Moldova: Health system review. Health Systems in Transition., Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, Vol. 14 No.7

19. Sautenkova N, Ferrario A, Bolokhovets G, Kanavos P. (2012). Availability and affordability of medicines and assessment of quality systems for prescription of medicines in the Republic of Moldova. Republic of Moldova Health Policy Series No.6., Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe



საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტირება: გავლენა ხარჯებზე, მოცულობასა და ხარისხზე

ირინა მეტონიძე¹

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

გლობალურმა ბიუჯეტმა შესაძლებელი გახადა ჯანდაცვის ხარჯების დაუსაზღვრებელი ზრდის შეჩერება და შესაბამისად საავადმყოფოთა ეფექტურობის ამაღლება. დღესდღეობით, პოლიტიკოსები დგანან დილემის წინაშე - მათ სურთ შეზღუდონ საავადმყოფოების მზარდი ხარჯები, მაგრამ არ შეამცირონ საავადმყოფოების მომსახურების ხარისხი და საჭირო მოცულობა. საავადმყოფოების დაფინანსების მრავალ სისტემას შორის, გლობალური ბიუჯეტირების მეშვეობით განხორციელებული მონიტორინგი ითვლება ყველაზე ეფექტურ მეთოდად ხარჯების შემცირების კუთხით. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ დღითიდღე მატულობს იმ სახელმწიფოთა რიცხვი, რომლებიც გადადიან საავადმყოფოთა დაფინანსების გლობალური ბიუჯეტირების მეთოდზე, რადგან ამ მეთოდით შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურების ეფექტური მიწოდება.

საკვანძო სიტყვები: საავადმყოფოების დაფინანსება, გლობალური ბიუჯეტი

ციტირება: ირინა მეტონიძე. საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტირება. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Global hospital budgeting: implications for costs, volume and quality

Irina Metonidze¹

¹ School of Health Sciences, University of Georgia, Tbilisi, Georgia

Abstract

The global budget has made it possible to stop the unreasonable growth of health care costs and, accordingly, to increase the efficiency of hospitals. Today, politicians face a dilemma - they want to limit the rising costs of hospitals, but not reduce the quality of hospital services and the required volume. Among the many hospital financing systems, monitoring through global budgeting is considered the most effective method in terms of cost reduction. It is also important that day by day the number of countries that are switching to the global budgeting method of hospital financing is increasing, because with this method it is possible to provide medical services efficiently.

Keywords: Hospital financing, global budget.

Quote: Irina Metonidze. Global hospital budgeting: implications for costs, volume and quality. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6

ბიუჯეტირება, როგორც ტერმინი, სიტყვა „ბიუჯეტიდან“ (ბოხაშვილი, 2019) მომდინარეობს და გულისხმობს ბიუჯეტის მომზადების პროცესს, ხარჯთაღრიცხვას და შესრულების მონიტორინგს. თავად „გლობალური ბიუჯეტი“ შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ანაზღაურების ალტერნატიული მოდელი, რომლის დროსაც პროვაიდერებს (საავადმყოფოებს) უხდიან დადგენილ, ფიქსირებულ თანხას იმ სერვისებისთვის, რომლებსაც ისინი უზრინველყოფენ დროის მოცემულ პერიოდში. გლობალური ბიუჯეტი შეიძლება ასევე განიხილოთ, როგორც ძირითადი ინსტრუმენტი, რომელსაც გადამხდელები იყენებენ ჯანდაცვის ხარჯების შესამცირებლად, განსაკუთრებით ისეთ ბაზარზე, სადაც ნაკლებია კონკურენცია (Sharfstein et al., 2018). გლობალური ბიუჯეტით საავადმყოფოთა დაფინანსებისას სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია წინასწარ განსაზღვრავს საავადმყოფოს მიერ ასანაზღაურებელი ხარჯების მთლიან მოცულობას. საბჭოთა კავშირში „მუხლობრივი ხარჯების“ მიხედვით დადგენილი საავადმყოფოს ბიუჯეტი დამოკიდებული იყო საავადმყოფოს სიძლიერეზე, პერსონალის რაოდენობასა და საწოლთა ფონდზე. ევროპის ქვეყნებში საავადმყოფოს ბიუჯეტი ძირითადად ისტორიული მონაცემების მიხედვით დგინდება, ანუ წინა წლებში სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობის საფუძველზე (ვერულავა, 2016).

გლობალური ბიუჯეტი ასევე, შესაძლოა განისაზღვროს ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული დანახარჯებით, როცა შესაძლებელია მუნიციპალიტეტის დონეზე დანახარჯების განსაზღვრა (Berenson et al 2016).

გლობალური ბიუჯეტირებისას საავადმყოფოს ანაზღაურება ხორციელდება პერიოდულად ან პირდაპირ დამფინანსებლისთვის ქვითრის წარდგენის შემდეგ, სადაც მითითებულია დიაგნოზი, საწოლ-დღეების რაოდენობა და შესრულებული სამუშაო (კვიტიანიშვილი, 2008).

გლობალური ბიუჯეტირება ბოლო წლებში აღიარებულია პროგრესულ დაფინანსების მეთოდად, რადგან იგი დადებითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. გლობალური ბიუჯეტი გამოიყენება ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემებში. ამ მეთოდის მეშვეობით დამფინანსებელი განსაზღვრავს თანხის მთლიან ოდენობას, რომელიც საჭიროა სამედიცინო ორგანიზაციის ანაზღაურებისთვის. გლობალური ბიუჯეტის მეშვეობით შეიძლება დამფინანსებელმა დააწესოს მაქსიმალური თანხა კონკრეტული დაავადების ასანაზღაურებლად ან მაქსიმალური ბიუჯეტი თითოეული საავადმყოფოს დასაფინანსებლად.

გლობალური ბიუჯეტის ძირითადი მიზანია ჯანდაცვის ხარჯების შეზღუდვა/შემცირება. გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება იწვევს საავადმყოფოში ჯანმრთელობის სერვისების რაციონირებას. აღსანიშნავია, რომ ბევრ ქვეყანას აქვს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემები და მას იყენებენ, როგორც დაფინანსების ძირითად მექანიზმს. გლობალური ბიუჯეტირების ერთ-ერთი მთავარი მიზიდველი მხარე ისაა, რომ ადმინისტრაციულად მარტივად შესასრულებელია და დაფინანსების ეს მეთოდი წინასწარ განსაზღვრავს საავადმყოფოების მიერ ასანაზღაურებელი ხარჯების საერთო მოცულობას. თუმცა, უნდა ითქვას ისიც, რომ როდესაც ხდება საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტიდან დაფინანსება, მკაცრ ჩარჩოებში ექცევა თავად სამედიცინო დაწესებულებების (საავადმყოფოების) ბიუჯეტი, რაც რისკის ქვეშ აყენებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტირება აქტიურად 1980-იანი წლებიდან დაიწყო. მანამდე კი თითქმის მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, რაც პრობლემას წარმოადგენდა იმ კუთხით, რომ წლიდან წლამდე იზრდებოდა საავადმყოფოს ხარჯები. სწორედ ამ ხარჯების შემცირების მიზნით შემუშავდა გლობალური ბიუჯეტით საავადმყოფოების დაფინანსების მეთოდი (ვერულავა, 2009). გლობალური ბიუჯეტიდან დაფინანსების პირობებში პრიორიტეტების მიხედვით ხდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების განსაზღვრა, რომლებზეც ისინი არიან პასუხისმგებელნი.

გლობალური ბიუჯეტის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ლიმიტის დაწესება ჯანმრთელობის დასაცავად დახარჯული თანხის მთლიან ოდენობაზე. ასეთ დროს ხდება მთლიანი თანხის წინასწარ განსაზღვრა, რომლის დროსაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უნდა შეესაბამებოდეს სათანადო სტანდარტებს (Dredge, 2004). გლობალური ბიუჯეტი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების პოზიტიურ მექანიზმად უნდა იქცეს, რომელიც ეფექტური იქნება მხოლოდ მაშინ, როცა მისი გამოყენება დაკავშირებული იქნება რაციონალური გადაწყვეტილებების მიღებასთან. აღსანიშნავია ისიც, რომ გლობალური ბიუჯეტი ემყარება არა რესურსებს, არამედ საავადმყოფოს შედეგებს, რომელიც გამოიხატება გაწეული მომსახურების მოცულობასა და რაოდენობაში. საავადმყოფოების გლობალურ ბიუჯეტირებას შემდეგი დადებითი შედეგები შეიძლება ჰქონდეს:

- ხარჯების შემცირება;
- დაფინანსების სიზუსტე;
- შედარებით მარტივი (იაფი) ადმინისტრირება;
- მომსახურების გაუმჯობესებული კოორდინაცია და დაგეგმვა;
- არასაჭირო სერვისების აღმოფხვრა.

ზემოაღნიშნულ პოტენციურ სარგებელთან ასევე მჭიდროდაა დაკავშირებული ხარჯების შეკავების და ხარისხის დაბალანსების რისკი. მსოფლიოში წლების მანძილზე დაგროვილი პრაქტიკიდან გამომდინარე, ყველაზე ხშირად ვლინდება ხარჯების შემცირების შესაძლო უარყოფითი გავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. აღნიშნულის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია გათვალისწინებული იქნას საავადმყოფოთა გლობალური ბიუჯეტირების განხორციელების მკაფიო მიზნები და მინიმუმამდე იქნას შემცირებული უარყოფითი რისკები. ასევე ზუსტად უნდა იქნას განსაზღვრული თუ რა სახის მომსახურება იქნება დაფინანსებული გლობალური ბიუჯეტიდან.

საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება უნდა ეფუძნებოდეს თანასწორობის პრინციპს, რაც გულისხმობს პაციენტების საჭიროებების თანაბარ განაწილებას. გლობალური ბიუჯეტირება მოითხოვს კომპრომისს მომსახურების ღირებულებასა (ფასსა) და ბიუჯეტის ხარჯზე გაწეულ მომსახურების მოცულობას შორის. ამისათვის, წინასწარ დადგენილი უნდა იყოს მინიმალური ხარისხის სტანდარტი. იმ შემთხვევაში თუ მიმწოდებელს შეუძლია შეამციროს წარმოების ერთეულის ღირებულება, მაშინ მომსახურების მთლიანი მოცულობა ბიუჯეტით გაიზრდება. გლობალური ბიუჯეტის პირობებში იზღუდება იმ შემოსავლების ოდენობა, რომელსაც დაწესებულება მიიღებდა გარკვეული პერიოდის განმავლობაში მთელი წლის მანძილზე, განურჩევლად პაციენტების რაოდენობისა და ამ პაციენტებისთვის გაწეული მომსახურების რაოდენობისა.

საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტირება პირველად წარმატებით სცადას 1980-იან წლებში ნიუ იორკის „Finger Lakes“-სა და როჩესტერის რეგიონებში. თავიდანვე საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტირების პოლიტიკის მიზანს წარმოადგენდა ხარჯების შემცირება. გარდა ამისა, გლობალურ ბიუჯეტის გამოყენება მარტივად შესაძლებელს ხდის ზრუნვის დაგეგმილი მოცულობების დაკავშირებას დაგეგმილ ფინანსურ რესურსებთან და წარმოადგენს სტაციონარული დახმარების ნაწილის ამბულატორიულ რგოლზე გადატანის მექანიზმს.

მე-20 საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ ხელი შეუწყო საავადმყოფოთა ახალი სახით ჩამოყალიბებას და შეცვალა მათი როლი. გარდა გადაუდებელი და გეგმიური სამედიცინო მომსახურების საავადმყოფოებისა, შეიქმნა სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ცენტრები და შესაბამისად საავადმყოფო გახდა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, პაციენტთა სათანადო დონეზე მკურნალობის ადგილი (McGuire, 1985).

დღესდღეობით, განვითარებულ ქვეყნებში პოლიტიკოსები დგანან დილემის წინაშე - მათ სურთ შეზღუდონ საავადმყოფოების მზარდი ხარჯები და ამავე დროს შეინარჩუნონ

მომსახურების სათანადო ხარისხი. საავადმყოფოების დაფინანსების მრავალ სისტემას შორის, გლობალური ბიუჯეტების მეშვეობით განხორციელებული მონიტორინგი ითვლება ყველაზე ეფექტურ მეთოდად ხარჯების შემცირების კუთხით. ამის ნათელ მაგალითს წარმოადგენს ჰონგ კონგის საავადმყოფოების დაფინანსების სისტემა, სადაც მიღწეულ იქნა ხარჯების კონტროლი გლობალური ბიუჯეტების გზით. ჰონგ კონგის მაგალითი ხაზს უსვამს სამ აუცილებელ პირობას საავადმყოფოების ხარჯების ეფექტური კონტროლისთვის (Chu, 1992):

1. გადამხდელს უნდა ჰქონდეს მკაფიო პოლიტიკური პოზიცია მთლიანი სახელმწიფო ხარჯების მიმართ;
2. გადამხდელს უნდა ჰქონდეს მკაფიო პოლიტიკური პოზიცია ჰოსპიტალური მოვლის მნიშვნელობაზე სხვა მომსახურებებთან შედარებით;
3. გადამხდელს ასევე უნდა ჰქონდეს სურვილი და შესაძლებლობა შეზღუდოს საავადმყოფოს ხარჯები გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში.

გლობალური ბიუჯეტის დასადგენად საჭიროა სამედიცინო დაწესებულებამ (სავადმყოფომ) წლის ბოლოს წარმოადგინოს სრული სტატისტიკური და ფინანსური მონაცემები, რაც მოიცავს საწოლთა რაოდენობას, ავადმყოფთა რაოდენობას, სავადმყოფოში გატარებულ დღეთა რაოდენობას, მკურნალობის ხანგრძლივობას, სავადმყოფოს მიერ გაწეულ დანახარჯებს, შემოსავალს, შემოსავლებსა და დანახარჯებს შორის სხვაობას და ა.შ. ასევე აუცილებელია სავადმყოფომ წარმოადგინოს მომავალი წლის სავარაუდო ხარჯთაღრიცხვა, რაც მოიცავს ხელფასებს, ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ავადმყოფის მოვლას დღე-ღამის მორიგეობისას, მედიკამენტებს, მომსახურებას და ა.შ. ამის შემდეგ კი დამფინანსებელი მხარე შეისწავლის წარმოდგენილ ინფორმაციას და განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს დაუსაბუთებელი და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის, ასევე სტაციონარული მკურნალობის გახანგრძლივებულ შემთხვევებს.

გამომდინარე იქიდან, რომ ჯანდაცვის სერვისების ზუსტი პროგნოზირება შეუძლებელია, სავადმყოფოთა ხარჯებმა შესაძლოა გადააჭარბოს წინასწარ დადგენილ გლობალურ ბიუჯეტს ან პირიქით, ნაკლები შეადგინოს. ასეთ შემთხვევებში, საჭიროა ხელშეკრულებაში ზუსტად განისაზღვროს ვინ აიღებს პასუხისმგებლობას ბიუჯეტური თანხების გადაჭარბების ან არასრული ხარჯვის შემთხვევაში (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2017).

მას შემდეგ რაც ორივე მხარე შეთანხმდება გლობალური ბიუჯეტის პარამეტრებზე, აფორმებენ ხელშეკრულებას სტაციონარული მოვლის შეთანხმებული მოცულობის უზრუნველსაყოფად. მზღვეველი აკონტროლებს და აფასებს სახელშეკრულებო სავლდეულებების შესრულებას. საავადმყოფო კი მზღვეველს აწვდის ანგარიშს დაზღვეულებისთვის გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობის შესახებ. მოლაპარაკებების დროს მხარეები ასევე თანხმდებიან თითოეული პაციენტის მკურნალობის სავარაუდო ღირებულებაზე. ღირებულების ჰარმონიზაციის აუცილებლობა განპირობებულია იმით, რომ ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობათა შემცირებით აუცილებლად იზრდება გართულებული შემთხვევები. ასეთ შემთხვევებში კი მკურნალობა უფრო მნიშვნელოვან ხარჯებს მოითხოვს. საავადმყოფომ არ უნდა თქვას უარი გართულებების მქონე პაციენტების მიღებაზე. მან დაწესებული ტარიფები უნდა შეუსაბამოს რთული შემთხვევების მკურნალობის რეალურ ხარჯებს.

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსებისას საავადმყოფოს უნდა გააჩნდეს რესურსების თავისუფალი მანევრირების მყარი გარანტიები (Alban & Skovgaard Jeppesen, 2007). გლობალური ბიუჯეტებისას საავადმყოფოები ინარჩუნებენ დანაზოგს, რომელიც წარმოიქმნება შიდა ორგანიზაციული და ეკონომიკური ცვლილებების შედეგად, რაც თავისთავად ამცირებს პაციენტთა სავადმყოფოში ყოფნის ხანგრძლივობას.

სავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტებისთვის დამახასიათებელია ისეთი მნიშვნელოვანი კრიტერიუმები, რაც მეტად მიმზიდველს ხდის ამგვარი მეთოდის გამოყენებას. ესენია:

1. საავადმყოფოებში ავადმყოფთა ყოფნის ხანგრძლივობის შემცირება;
2. რესურსების მაქსიმალური ხელმისაწვდომობა მათი ეფექტური გამოყენების მიზნით;
3. გამოუყენებელი ადამიანური რესურსებისა და შესაძლებლობების შემცირება.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სწორედ ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის პრობლემის გადაჭრის მიზნად განაპირობა გლობალური ბიუჯეტის სხვადასხვა ფორმების გამოყენების შესაძლებლობა (Terris, 1991). საავადმყოფოთა გლობალური ბიუჯეტირება აქტიურად გამოიყენება ისეთ განვითარებულ ქვეყნებში, როგორცაა დიდი ბრიტანეთი, ამერიკის შეერთებული შტატები, კანადა, შვედეთი, თურქეთი, საფრანგეთი, ესპანეთი და სხვა (Chang & Hung, 2008). გლობალურმა ბიუჯეტმა შესაძლებელი გახადა ჯანდაცვის ხარჯების დაუსაზღვრებელი ზრდის შეჩერება და შესაბამისად საავადმყოფოთა ეფექტურობის ამაღლება. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ დღითიდღე მატულობს იმ ქვეყნების რიცხვი, რომლებიც საავადმყოფოთა დაფინანსებისას იყენებენ გლობალური ბიუჯეტირების მეთოდს, რადგან ამ მეთოდით შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურების ეფექტური მიწოდება, კერძოდ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ღირებულების შემცირება არ გამოიწვევს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და დაფინანსების შემცირებას, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს პაციენტებზე უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების გაწევას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ბოხაშვილი ნ., *ბიუჯეტის ეფექტიანობის განსაზღვრის პარამეტრები*, 2019:10;
2. ვერულავა თ., *ჯანდაცვის ეკონომიკა*, 2009;
3. ვერულავა თ., საქართველოში საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება იგეგმება., 2016 <http://liberali.ge/articles/view/26277/saqartveloshi-saavadmyofos-globaluri-biujetit-dafinanseba-igegmeba>
4. ვერულავა თ., ჯორბენაძე რ., *სიახლე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში: საავადმყოფოების გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება*, თბ. ჟურნ. „ეკონომიკა და ბიზნესი“ 2017., Vol.10, N1:137-142;
5. კვიციანი ი., *საქართველოს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსების მართვის სრულყოფის გზები*, 2008:47;
6. Alban A., Skovgaard Jeppesen JO., *From Global Budgets to Contracts in the Danish Hospital Sector*, Odense University Press., 1995., The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems. 106-125;
7. Berenson RA., Upadhyay DK., Delbanco SF., Murray R., *Global Budgets for Hospitals*, Urban Institute., 2016:2-7;
8. Chang L., Hung JH. *The effects of the global budget system on cost containment and the quality of care*, Health Serv Manage, 2008(21):106-116;
9. Chu DK., *Global budgeting of hospitals in Hong Kong*, Soc. Sci Med. 1992; 35(7):857-868 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1411686/>
10. Dredge E. *Hospital Global Budgeting*, 2004., The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank 1818 H street, NW, Washington, DC 20433:1-4;
11. Global Health Payment, LLC., *Toward Hospital Global Budgeting: State Considerations*, State health & Value Strategies., 2018:1-3;
12. Healthcare reform Project. Kaiser Permanente International. *Methodological approaches to the formation of the global hospital budget*, 1999;

13. McGuire A., *The theory of the hospital: A review of the models.*, Social Science & Medicine 1985, 20 (11):1177-1184;
14. Sharfstein., Joshua M., et al. *Global Budgets in Maryland: Assessing Results to Date.*, JAMA, Vol.319, N24., June 26, 2018;
15. Terris M. *Global Budgeting and the Control of Hospital Costs.*, Journal of Public Health Policy., 1991 12(1)., pp.61-71;



კოვიდ-19-ით გამოწვეული პანდემია და ფსიქიკური ჯანმრთელობა

მაია მაჭავარიანი-წერეთელი¹

¹ფსიქოლოგიის დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

კვლევის მიზანს შეადგენდა COVID-19-ით გამოწვეული პანდემიისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო წყაროების ნარატიული მიმოხილვა. ნაშრომში აღწერილია თუ რა სახის ზეგავლენას ახდენს ახალი კორონავირუსით გამოწვეული ინფექციური პროცესები და პანდემიასთან დაკავშირებული სტრესი ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და უშუალოდ თავის ტვინზე, როგორც ფსიქიკის ანატომიურ სუბსტრატზე. სტატიაში განხილულია, თუ ვინ ხვდება რისკ-ჯგუფებში და რა ფაქტორების მედიაციით ხორცილდება კვლევებით დადგენილი ცვლილებების განვითარება. შეჯამების სახით, მოყვანილია სხვადასხვა სამეცნიერო ჯგუფების მიერ, უკვე არსებული მონაცემების საფუძველზე, შემუშავებული რეკომენდაციები და იმ საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა შესწავლა იქნებოდა სამომავლოდ მნიშვნელოვანი და სასარგებლო.

საკვანძო სიტყვები: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, პანდემია, კოვიდ-19, კოგნიტური დარღვევები.

ციტირება: მაია მაჭავარიანი-წერეთელი. კოვიდ-19-ით გამოწვეული პანდემია და ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

The covid-19 pandemic and mental health

Maya Machavariani-Tsereteli¹

¹Doctor of Psychology, Associate Professor, Caucasus University

Abstract

The current article provides a narrative review of published scientific literature on the COVID-19 pandemic and mental health issues. The paper describes the effects new coronavirus-induced infectious processes and pandemic-related stress have on mental health and the nervous system as the anatomical substrate of mental functions. The article discusses who meets the risk groups and what factors mediate the development of the changes revealed in research data. In summary, the review involves practical recommendations developed by various scientific groups based on existing data and a list of issues that would be important and useful for future research.

Keywords: mental health, pandemic, covid-19, cognitive disorders.

Cite article: Maya Machavariani-Tsereteli. The covid-19 pandemic and mental health. Health Policy, Economics and Sociology, 2022; 6.

შესავალი

უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე მსოფლიომ იხილა არაერთი ინფექციური აფეთქება, მათ შორის, ებოლას, ზიკას და ახალი კორონა ვირუსებით (SARS, MERS, COVID-19) გამოწვეული დაავადებების ფართო გავრცელება. აღნიშნული პათოგენებით გამოწვეულმა დაავადებებმა მნიშვნელოვანი ნეგატიური ზეგავლენა მოახდინა როგორც მსოფლიოს ეკონომიკაზე, ისე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რესურსებზე. მიუხედავად იმისა, რომ მედიცინის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროები, უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე, მნიშვნელოვნად განვითარდა, ახალი კორონავირუსით გამოწვეული პანდემია არის თანამედროვე მსოფლიოს ერთ-ერთი ყველაზე დიდი გამოწვევა. ამჟამად, შექმნილია როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული დაავადებების მართვის ეფექტური მიდგომები, განსაზღვრულია და შესწავლილია სხვადასხვა მიმდინარეობის დაავადებების შემთხვევაში მნიშვნელოვანი და გასათვალისწინებელი ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები. თუმცა, ფართოდ გავრცელებული, გადამდები დაავადების ხანგრძლივი თანმდევი სოციალური და ფსიქოლოგიური შედეგების სამართავად კაცობრიობა მომზადებული არ აღმოჩნდა. მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ ჯერ მხოლოდ ორი წელია, რაც კოვიდ-19 გავრცელებამ მსოფლიო მასშტაბი მიიღო, მონაცემები პანდემიით გამოწვეული ფსიქიკური პრობლემების შესახებ უკვე მრავლად მოიპოვება. ისეთი საერთაშორისო ორგანიზაციები, როგორცაა გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (UNITED NATIONS) და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), ხაზგამით აღნიშნავენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მნიშვნელობას პანდემიის პირობებში. გაეროს პანდემიასთან დაკავშირებული პოლიტიკის მოკლე მიმოხილვაში მითითებულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა არის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხი (სიცოცხლის გადარჩენის შემდეგ), რაზეც უნდა იზრუნონ ქვეყნებმა და რაც უნდა გახდეს კოვიდთან ბრძოლის და პოსტკოვიდური აღდგენის ეროვნული გეგმის ნაწილი (UN Sustainable Development Group, 2020)

მეთოდოლოგია

სტატიაში განხილული კვლევების მოძიება განხორციელდა რამდენიმე სანდო ელექტრონული მონაცემთა ბაზის გამოყენებით (Science Direct, Google Scholar, DOAJ, PubMed). გამოქვეყნებული ნაშრომების მოძიების მიზნით გამოყენებულ იქნა შემდეგი საკვანძო სიტყვები: „ახალი კორონავირუსი“, „COVID-19“, „პანდემია“, „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“, „ნეიროფსიქიატრიული სიმპტომები“, „კოგნიტური დარღვევები“, „შფოთვა“, „დეპრესია“ და „სტრესი“ სხვადასხვა კომბინაციებში. სტატიების ნაწილი გამოირიცხა რადგან ხელმისაწვდომი არ იყო ინგლისურ ენაზე, ასევე გამოირიცხა ის პუბლიკაციები, რომლებიც არ იყო მისაწვდომი სრული სახით ან მათი შინაარსი არ შეესაბამებოდა მიმოხილვის მიზანს.

პანდემია და ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) 2020 წლის მიმოხილვაში აღნიშნულია, რომ ახალი კორონა ვირუსით გამოწვეულმა პანდემიამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გამოიწვია „პარალელური ეპიდემია“. ამასთან, ფსიქიკური სფეროს პრობლემები შეეხო როგორც რისკის მქონე ჯგუფებს, ასევე იმ ადამიანებსაც, ვისაც პანდემიამდე არ დასჭირვებია ამ მიმართულებით მხარდაჭერა. შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით 18-19 წლის ახალგაზრდებიდან თითქმის 50 %-ს, ხოლო სამედიცინო პრესონალის 20 %-მდე აღენიშნება შფოთვა და დეპრესია. (United Nations, 2021) ჯანმოს მიმოხილვაში მოყვნილი მონაცემების მიხედვით, ჩინეთში პანდემიის პერიოდში გამოვლინდა დეპრესიის (50%), შფოთვის (45%), ინსომნიის (34%) შემთხვევათა მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი მატება. შედარებისათვის, იგივე ქვეყანაში პანდემიამდე დეპრესიის მაჩვენებელი მხოლოდ 4.4 %-ია. ჩინეთის 19 უმაღლესი სასწავლებლის სტუდენტების პოპულაციაში ჩატარებულმა

გამოკითხვამ გამოავლინა ფსიქიატრიული სიმპტომების საგანგაშო მატება. გამოკითხვის მიხედვით: 67.05% აღნიშნავდა ტრავმატული სტრესის ნიშნებს, 46.5% დეპრესიის სიმპტომებს, 34.7% შფოთვის სიმპტომებს, 19.5% სუიციდალურ აზრებს. ავტორები მიუთითებენ კვლევის სუსტ მხარეებზე: ვინაიდან, გამოკითხვა ჩატარდა ონლაინ, ის სტუდენტები, ვისაც კვლევის მომენტისათვის შესაძლოა არ ჰქონდა წვდომა ინტერნეტზე, ვერ მიიღებდნენ კვლევაში მონაწილეობას. ავტორები ასევე იძლევიან სტუდენტების პოპულაციაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით საგანმანათლებლო კამპანიის განხორციელების რეკომენდაციას, რომელიც მიმართული იქნება შესაძლო სოციალური სტიგმის შემცირებასა და დაძლევის სტრატეგიების დანერგვაზე (Sun et al. 2021).

ჯანმოს გამოქვეყნებული წყაროს მონაცემებით, დიდ ბრიტანეთში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ახალგაზრდა ასაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების 32% აღნიშნავს სიმპტომების გაუარესებას პანდემიის პერიოდში. კანადის სტატისტიკური მონაცემებით, ახალგაზრდა ასაკის (15-49 წლის) მოსახლეობის 20% აღნიშნავს ალკოჰოლის გაზრდილ მოხმარებას პანდემიის პერიოდში, ხოლო სამედიცინო პერსონალის 47% აღნიშნავს ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროებას (WHO 2020). 2020 წლის ივლისში შეერთებულ შტატებში, KFF Health Tracking Poll გამოკითხვის შედეგად, კოვიდთან დაკავშირებული სტრესის ზეგავლენით, გამოკითხულთა 36% აღნიშნავდა ძილის დაღვევებს, 32% კვებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, 12% ალკოჰოლისა და ნივთიერებების გაზრდილ მოხმარებას, 12% ქრონიკული მდგომარეობების დამძიმებას (Panchal et al. 2021).

ზემოთ მოყვანილი მონაცემები და ისევე, როგორც მრავალი სხვა კვლევის შედეგები ცხადყოფს, თუ რამდენად დიდია პანდემიის ზეგავლენა მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა ქვეყნის მოსახლეობის ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე. პანდემიის პირობებში მსოფლიოს მოსახლეობას უწევს რამდენიმე მიმართულებით, მათ შორის, პირადი უსაფრთხოების, სოციალურ და ეკონომიკურ სფეროებში მკვეთრი ცვლილებების გააზრება და ამ ახალ რეალობასთან ადაპტაცია. ყველა მკვეთრი ცვლილება ადამიანის ცხოვრებაში დისტრესის გამოძწევია. ახალი ინფექციის წყაროს გაჩენა ახალი სტრესორების წყაროდ იქცა, როგორცაა დაინფიცირების შიში, ლეტალური გამოსავლის შიში, სხვა ადამიანისთვის ინფექციის გადაცემის შიში, სოციალური ურთიერთობების ნაკლებობა, ჩვეული ცხოვრების წესის მკვეთრი ცვლილება, სხვადასხვა სახის შეზღუდვა და შესაძლო ეკონომიკური პრობლემები. პანდემიის ფსიქოემოციური შედეგებიდან ყველაზე მძიმეა ფსიქიატრიული მდგომარეობების განვითარება, როგორცაა შფოთვითი აშლილობები, დეპრესია და სხვადასხვა სახის ადიქცია, შედარებით მსუბუქი შედეგები კი მივიღეთ ისეთი არაჯანსაღი ქმედებების სახით, როგორცაა ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ჭარბი მოხმარება, რეკომენდაციების შეუსრულებლობა, დაწესებული შეზღუდვების მიუღებლობა და გაპროტესტება. ამ თვალსაზრისით, სპეციალისტები გამოყოფენ ერთის მხრივ, ინდივიდთან დაკავშირებულ ფსიქოემოციურ შედეგებს, როგორცაა დაბნეულობა, საფრთხის მუდმივი მოლოდინი, ემოციური იზოლაცია, სტიგმა. მეორეს მხრივ კი, თემთან დაკავშირებულ ფსიქოემოციურ შედეგებს, მათ შორის, სამსახურების დაკარგვა, სკოლების დახურვა, რესურსების ნაკლებობა (მაგ. სამედიცინო დახმარების გასაწევად). უნდა აღინიშნოს, რომ ე.წ. „ტიპური კატასტროფების“ შემთხვევაში, როგორცაა მაგალითისთვის სტიქიური უბედურება, ადამიანებისთვის ნაკლებად არის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობების განვითარება. სტიქიური უბედურებების, საბრძოლო მოქმედებების და ტექნოგენური ავარიების ყველაზე ხშირი თანმდევი შედეგი არის ფსიქოლოგიური ტრავმა. ასეთი მოვლენების მოსწრე და მონაწილე პირების ძირითადი ჩივილები უკავშირდება პოსტტავმული სტრესული აშლილობის მდგომარეობას. ხოლო, როდესაც საქმე ეხება ბუნებრივი გზით გამოწვეულ სამედიცინო მდგომარეობებს, მაგალითად, სიცოცხლისათვის საშიშ ვირუსულ ინფექციებს, ემოციური

პასუხი განსხვავებულია და ვლინდება, ძირითადად, დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობების სახით (Pfefferbaum & North 2020).

ფსიქიატრიული და ნევროლოგიური მდგომარეობები

პანდემიის შემთხვევაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, სხვადასხვა ჯგუფები ავლენენ განსხვავებულ მოწყვლადობას. კერძოდ, რისკ-ჯგუფებში პირველ რიგში ხვდებიან ფსიქიატრიული ან ნევროლოგიური დიაგნოზის მქონე პირები, ასევე ხანშიშესული პირები და მედიკოსები (Pfefferbaum & North 2020). სხვადასხვა სამეცნიერო წყაროები ასევე მიუთითებენ ისეთი ჯგუფების მოწყვლადობას, როგორებიც არიან ქალები და ბავშვები, რომლებიც სოციალური იზოლაციის პირობებში შეესწრო ოჯახურ ძალადობას, ასევე სხვადასხვა უნარშეზღუდულობის მქონე ბავშვები და მიუსაფარი ბავშვები. უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით რისკ-ჯგუფს მიაკუთვნებენ ასევე იმ პირებს, ვინც გადაიტანა ახალი კორონავირუსი (Pfefferbaum & North 2020; Javed et al 2020).

ოქსფორდის უნივერსიტეტის და ბიოსამედიცინო კვლევის ცენტრის (NIHR Oxford Health Biomedical Research Centre) ერთობლივი რეტროსპექტული კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა 69 მლნ. ადამიანის დაავადების ისტორია. მათ შორის, კორონა ვირუსის დადასტურებული დიაგნოზით გამოვლინდა 62 354 შემთხვევა. კვლევის მიზანი იყო ახალი კორონა ვირუსით დაინფიცირებისა და ფსიქიატრიული დიაგნოზის კავშირის გამოვლენა. კვლევის მონაცემების მოხედვით, სხვა დაავადებებთან შედარებით (გრიპი, სასუნთქი გზების დაავადებები, კანის დაავადებები, ძვლების მოტეხილობა და ა.შ) ახალი კორონა ვირუსის ინფექციის გადატანის შემდეგ, პაციენტებს უფრო ხშირად უვითარდებათ სხვადასხვა ფსიქიატრიული მდგომარეობა. დაინფიცირების და დიაგნოზის დასმიდან 14-90 დღის განმავლობაში პაციენტების 18.1 %-ს დაუდასტურდა სხვადასხვა სახის ფსიქიატრიული მდგომარეობა, მათ შორის შფოთვა, დეპრესია, ინსომნია და დემენცია. კვლევის შედეგების მიხედვით, ფსიქიატრიული დიაგნოზის მქონე პირების შემთხვევაში, კოვიდით დაინფიცირების ინციდენტობა 65%-ით მაღალია (დაინფიცირების ყველა სხვა რისკ-ფაქტორის გათვალისწინებით). შესაბამისად, ახალი კორონა ვირუსით დაინფიცირების თვალსაზრისით, ფსიქიატრიული დაავადების დიაგნოზი წარმოადგენს დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორს. გასათვალისწინებელია ავტორების მითითება, რომ მოცემულ კვლევაში ვერ მოხერხდა სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების შესაძლო ზეგავლენის გაკონტროლება. მიუხედავად ამისა, ავტორთა მოსაზრებით, მიღებული მონაცემების სანდოობა და გამოყენებითი ღირებულება ეჭვს არ იწვევს (Taquet et al. 2021).

ახალი კორონა ვირუსით ინფექციის მიმდინარეობა სხვადასხვა სიმძიმით ხასიათდება. რთულად მიმდინარე ინფექციის მქონე გადარჩენილი და რეანიმირებული პაციენტებისთვის იწყება აღდგენის ხანგრძლივი პერიოდი. კარდიოლოგიური, სუნთქვისა და სხვა ფიზიკური სიმპტომების გარდა, COVID-19-ის შედარებით მძიმედ მიმდინარე შემთხვევებში, ასევე გვხვდება ისეთი ნევროლოგიური დარღვევები, როგორიცაა თავბრუსხვევა, გონების დაბინდვა, დელირიუმი, აგზნება, ინსულტი და სხვა (Varatharaj et al. 2020; Pirker-Kees et al. 2021). ბრიტანეთში, კანადასა და ფინეთში ჩატარებული კვლევების შედეგად, მეცნიერებმა დაასკვნეს, რომ ახალი კორონა ვირუსი მნიშვნელოვნად აზიანებს ნერვულ სისტემას. მძიმე შემთხვევებში, კორონა ვირუსს შესაძლოა პირდაპირი ნეგატიური ზეგავლენა ჰქონდეს ნერვულ სისტემაზე ენცეფალიტის სახით. საბედნიეროდ, ასეთი შემთხვევების სტატისტიკური მაჩვენებელი დაბალია. კვლევის მონაცემებით ვირუსის ნეგატიური ზეგავლენა ნერვულ სისტემაზე მოიცავს ინსულტის განვითარებისა და ჟანგბადის ნაკლებობით გამოწვეული ცვლილებების რისკებს (Fifi & Mocco, 2020; Kantonen et al. 2020). კოვიდ-19 ინფექციის გადატანის შემთხვევაში, პაციენტებს ინსულტის განვითარების შედარებით მაღალი რისკის (შედარებისათვის გრიპით ინფიცირების შემთხვევაში, ინსულტის რისკი 7-ჯერ ნაკლებია)

არსებობას ადასტურებს სხვადასხვა კვლევის მონაცემები. ამასთან, განსაკუთრებული რისკის ჯგუფია ხანშიშესული 70 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტები (Fridman et al. 2020). თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ინსულტის განვითარების რისკი შედარებით ახალგაზრდა პოპულაციაშიც ფიგურირებს, განსაკუთრებით საყურადღებოა ის პაციენტები, ვისაც უვლინდება მწვავე რესპირატორული სინდომი. იტალიის მულტიცენტრის მიერ ჩატარებული რეტროსპექტული კვლევის შედეგების მიხედვით, 725 პაციენტიდან მწვავე ნევროლოგიური სიმპტომატიკა განუვითარდა 15 %-ს (108 პაციენტს). აღნიშნული 108 პაციენტიდან 51-ს (ანუ სრული შერჩევის 47%-ს) თავის ტვინის გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა სხვადასხვა სახის ცვლილებები, მათ შორის, 34 (31%) მწვავე იშემიური ინფარქტები, ხოლო 6 (6%) ინტრაკრანიალური ჰემორაგია (Mahammedi, 2020).

კოვიდ-19-ით გამოწვეული კოგნიტური სფეროს დარღვევები

ნევროლოგიური სინდრომების განვითარება, თავის მხრივ იწვევს კოგნიტური და ქცევით-ემოციური სფეროების დარღვევებს. განსაკუთრებით საყურადღებოა კოგნიტური სფეროს დარღვევები, რომლებიც ვლინდება არა მხოლოდ მძიმე და ხანგრძლივად მიმდინარე ინფექციის შემთხვევაში, არამედ მსუბუქი მიმდინარეობის პაციენტებთანაც. შედარებით რთულად მიმდინარე კოვიდ-19-ის შემთხვევებში, ნეიროფსიქოლოგიური შეფასების შედეგად პაციენტებს უვლინდებათ კოგნიტური სფეროს ახალი დარღვევები ან უკვე არსებული დარღვევების გაუარესება. ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში მოხვედრილი პაციენტების ნეიროფსიქოლოგიური შეფასების პროფილებს (გამოვლენილი კოგნიტური დარღვევებით), ავტორები ადარებენ საშუალო სიმძიმის ქალა-ტვინის ტრავმას. მძიმედ მიმდინარე კოვიდ-19 და რესპირატორული უკმარისობა (ღრმა სედაციის ფონზე), ხშირად გახანგრძლივებული დელირიუმის მიზეზი ხდება. ინტენსიურ განყოფილებაში მოხვედრილი პაციენტის დელირიუმის ხანგრძლივობა კი, კოგნიტური დარღვევების განვითარების მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს. კერძოდ, ასეთ პაციენტებს აღნიშნებათ აღმასრულებელი ფუნქციების, ყურადღებისა, მეხსიერებისა და ვერბალური მოქნილობის დარღვევები. უკვე გაწერილი პაციენტები შემდგომში უჩივიან საკუთარი საქმიანობის დაგეგმვისა და მართვის გაძნელებას, რაც გამოიხატება მედიკამენტების მიღების, ფინანსების განკარგვის, წაკითხულის გააზრებისა და ახლობლებთან კომუნიკაციის სირთულეებში (Hosey & Needham, 2020).

როგორც აღინიშნა, მსუბუქად მიმდინარე პაციენტების შემთხვევაშიც, ადგილი აქვს კოგნიტურ დარღვევებს. ჩინეთში ჩატარებულ კვლევაში მონაწილობა მიიღო 29 პაციენტმა. პაციენტების მონაცემები შედარებულ იქნა საკონტროლო ჯგუფის (ყველა დემოგრაფიული და განათლების ფაქტორების გათვალისწინებით) მონაცემებთან. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების შეფასება მოხდა მათი სრული გამოჯანმრთელების შემდეგ და სუბიექტურ ჩივილებს პაციენტები არ წარმოადგენდნენ, გაღრმავებული ნეიროფსიქოლოგიური შეფასების შედეგად საკონტროლო ჯგუფისგან განსხვავებით, სამიზნე შერჩევაში გამოვლინდა ყურადღების ხანგრძლივად კონცენტრაციის გამოხატული სირთულეები. ყურადღების დარღვევები კორელაციაში აღმოჩნდა ანთებით პროცესებთან (კერძოდ, CRP ტესტის შედეგებთან). აღნიშნული კვლევა არის კოვიდ-19-ის და კოგნიტური სფეროს დარღვევების შესწავლის ერთ-ერთი პირველი მცდელობა. ავტორები აღნიშნავენ კოვიდ-19-ის ხანგრძლივი ეფექტების გამოკვლევის აუცილებლობას და მიუთითებენ კვლევის ისეთ სუსტ მხარეებზე, როგორცაა შერჩევის სიმცირე, ასევე საკონტროლო ჯგუფში ანთების მაჩვენებლისა და ემოციური სფეროს შეფასების კონტროლის საჭიროება (Lu, 2020).

ახალი კორონავირუსით ინფექციის გადატანის შემდეგ გამოვლენილი კოგნიტური ცვლილებები ბევრი კვლევის ობიექტი გახდა. განსაკუთრებით, დიდი ყურადღება ეთმობა მძიმედ მიმდინარე და გახანგრძლივებული კოვიდის შემთხვევებს. თუმცა, არის კვლევები,

რომლებიც მიზნად ისახავს კოგნიტური პრობლემების პრევენციისა და მახასიათებლების უფრო დეტალურ შესწავლას. ბრიტანელი მეცნიერების ჯგუფის მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემების მიხედვით, საკონტროლო ჯგუფისგან განსხვავებით, ახალი კორონა ვირუსის გადატანის შემდეგ გამოჯანმრთელებულ პირებს (მათი ჩათვლით, ვინც აღარ წარმოადგენდა ჩივილებს) უვლინდებოდათ აზროვნების, ამოცანის გადაწყვეტის, სივრცითი ფუნქციებისა და აღმასრულებელი ფუნქციების დეფიციტი. მოცემული კვლევის შემთხვევაში, კოგნიტური ფუნქციები შეფასდა ინტელექტის ტესტის გამოყენებით. მონაცემები შეგროვდა 81 337 კოვიდის დადასტურებული შემთხვევის ანალიზის გზით. გაკონტროლებულ იქნა შემდეგი ფაქტორები: კვლევაში მონაწილე პირთა ასაკი, სქესი, განათლების დონე, შემოსავლის დონე, მანამდე არსებული სამედიცინო დიაგნოზები, ეთნიკური წარმომავლობა, დეპრესიისა და შფოთვის მაჩვენებლები. გარდა ამისა, მკვლევრებმა გაითვალისწინეს კვლევაში მონაწილე პირების პრემორბიდული ინტელექტის მაჩვენებლებიც. მოცემული კვლევის შედეგები ადასტურებენ კვლევის ჰიპოთეზას, რომ Covid-19-ს მნიშვნელოვანი ზეგავლენა აქვს ადამიანის არაერთ კოგნიტურ ფუნქციაზე. რა საკვირველია, კროს-სექციური კვლევები არ იძლევა მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის გამოვლენის საშუალებას. ასევე დიდი და სოციოეკონომიკური თვალსაზრისით მრავალფეროვანი შერჩევის შემთხვევაში, გაძნელებულია ზოგიერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორის კონტროლი (Hampshire et al. 2021).

ოქსფორდის უნივერსიტეტის ექსპერიმენტული ფსიქოლოგიისა და ნუფილდის კლინიკური ნეირომეცნიერების კათედრის მკვლევრებმა გაანალიზეს და წარმოადგინეს დადასტურებული კოვიდ-19 ინფექციის მქონე პაციენტების კოგნიტური სფეროს შეფასების მონაცემები. აღმოჩნდა, რომ კოვიდგადატანილ პაციენტებს, რომლებიც არ ავლენდნენ გახანგრძლივებული კოვიდის სიმპტომებს და არ წარმოადგენდნენ ჩივილებს, შემდგომი 6-9 თვის განმავლობაში აღნიშნებოდათ მეხსიერების და ყურადღების დარღვევები. წარმოდგენილი მონაცემების მიხედვით, კოგნიტური სფეროს დეტალური შეფასების შედეგად აღნიშნულ პირებთან კოგნიტური ფუნქციების დიდი ნაწილი არ აღმოჩნდა დეფიციტური. მაგალითად, არ გამოუვლინდათ დაგეგმვის ან მუშა მეხსიერების დეფიციტი. ამასთან, დაუდგინდათ ეპიზოდური მეხსიერების და ყურადღების ხანგრძლივად კონცენტრაციის სიძნელეები. საინტერესოა, რომ სუბიექტური ჩივილების მხრივ საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფი არ განსხვავდებოდა. კერძოდ, კოვიდინფექციის გადატანის შემდეგ სუბიექტური შეფასების საფუძველზე კვლევის მონაწილე პირები არ აღნიშნავდნენ პოსტ-კოვიდურ გამოფიტვას და დაღლას. ავტორები ასევე ხაზს უსვამენ იმ ფაქტს, რომ ინფექციის გადატანიდან 9 თვის შემდეგ, კვლევის მონაწილეების ობიექტური ტესტირების შედეგები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა საკონტროლო ჯგუფის მონაცემებისგან, რაც ნიშნავს იმას, რომ გარკვეული დროის შემდეგ კოგნიტური ფუნქციები შესაძლოა სპონტანურად აღდგეს (Zhao et al. 2022).

ნორვეგიელ მკვლევართა ჯგუფმა შეაჯამა რამდენიმე კვლევის შედეგები და გამოაქვეყნა შემდეგი მიგნებები: პაციენტებს, რომლებსაც ახლო წარსულში გადატანილი ჰქონდათ კოვიდ-19 (განიხილებოდა მხოლოდ ტესტირების შედეგად დადასტურებულ შემთხვევები), აღნიშნებოდათ ისეთი კოგნიტური ფუნქციების დარღვევები, როგორცაა მეხსიერება, ყურადღება, აღმასრულებელი ფუნქციები და ვერბალური მოქნილობა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კოგნიტური ცვლილებები გამოუვლინდათ მსუბუქად მიმდინარე ინფექციის მქონე პაციენტებსაც, მათ შორის მათ, ვინც საერთოდ აღარ წარმოადგენდა ჩივილებს და თავი სრულიად ჯანმრთელად მიაჩნდათ, დაუფიქსირდათ ყურადღების კონცენტრაციის დეფიციტი. აღნიშნულ მიგნებებზე დაყრდნობით, ავტორები ხაზგასმით მიუთითებენ კოვიდინფექციის გადატანის შემდგომ კოგნიტური სფეროს შეფასების აუცილებლობაზე, მიუხედავად იმ ფაქტისა მძიმე თუ მსუბუქი მიმდინარეობის იყო ინფექციური დაავადება.

ატორები აღნიშნავენ მიმოხილვის შემდეგ შეზღუდვებს: მიმოხილვისთვის გამოიყენეს მხოლოდ Ovid Medline მონაცემთა ბაზა და მიმოხილული კვლევების რაოდენობაც არის მცირე. კვლევის ძლიერ მხარედ ავტორები მიიჩნევენ იმას, რომ მიმოხილვაში ჩართული კვლევები მოიცავს მაღალი სანდოობის, ობიექტურად დადასტურებულ მონაცემებს (არ მოიცავს კვლევების წინასწარ მონაცემებს, ან სუბიექტურ შეფასებაზე დაფუძნებულ კვლევებს) და, ამდენად, წარმოადგენს კარგ საფუძველს კოვიდ-19-ისა და კოგნიტური სფეროს შემდგომი კვლევებისათვის (Daroische et al. 2021).

არსებობს ემპირიული მონაცემები, რომ ახალი კორონა ვირუსის გადატანის შემდეგ იზრდება ალცჰაიმერის და სხვა ნეიროდეგენერაციული დაავადებების განვითარების რისკი. გერმანელი და ამერიკელი მკვლევრების ჯგუფმა იკვლია კოვიდ-19-ით ინფიცირების გრძელვადიანი შედეგები. კვლევაში მონაწილე პაციენტებს აღენიშნებოდათ კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება, რომელიც ერთის მხრივ, შესაძლოა იყოს არსებული კოგნიტური დეფიციტის გაურესების შედეგი ან წარმოადგენდეს სრულიად ახალ კოგნიტურ დარღვევებს. კვლევის შედეგების მიხედვით გამოიკვეთა, რომ კოვიდით ავადობის შემდეგ, პაციენტებს აქვთ ნეიროდეგენერაციული დაავადებების, კერძოდ ალცჰაიმერის დაავადების განვითარების უფრო მაღალი რისკი. აღსანიშნავია, რომ ავტორების დასკვნები ეფუძნება არა მხოლოდ ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს, არამედ ექსპერიმენტული გზით მოპოვებულ მასალას, რომლის მიხედვით, მოცემული ვირუსული ინფექციით გამოწვეული ანთებითი პროცესები უარყოფით ზეგავლენას ახდენს თავის ტვინის იმუნურ ფუნქციებზე. ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ, იწვევს ნეიროდეგენერაციასთან ასოცირებული პეპტიდების (როგორცაა ფიბრილარული ამილოიდი-β) პათოლოგიურ დაგროვებას (Heneka et al. 2020).

კიდევ ერთი საინტერესო კვლევის შედეგები გამოაქვეყნა ავსტრიელი მკვლევრების ჯგუფმა. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კოგნიტურ სფეროსთან ჰიპოსამის (სუნის შეგრძნების დაქვეითების) კავშირის შესწავლა. ჰიპოსამია წარმოადგენს ნევროლოგიურ სიმპტომს, რომელიც საკმაოდ ხშირად არის დაკავშირებული ახალი კორონავირუსით გამოწვეულ ინფექციასთან. კერძოდ, ჰიპოსამია კოვიდ-19-ის მსუბუქი შემთხვევების 85%-ში, ხოლო მძიმედ მიმდინარე შემთხვევების 98%-ში გვხვდება. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ეტაპზე გამოქვეყნებულია კვლევის მხოლოდ წინასწარი მონაცემები, თუმცა გარკვეული დასკვნების გამოტანის საშუალებას მოპოვებული მასალა იძლევა. კვლევა ჩატარდა ავსტრიის კლინიკაში 7 პაციენტზე. სქესის, ასაკის, განათლების წლების მხრივ, საკვლევი ჯგუფი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებოდა საკონტროლო ჯგუფისგან. ასევე გაკონტროლდა ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ნეიროდეგენერაციული დაავადების, მსუბუქი კოგნიტური დარღვევების, ქალა-ტვინის ტრავმის, მეხსიერების ან სხვა კოგნიტური ფუნქციების დეფიციტის ანამნეზი. პაციენტები გადიოდნენ სუნის იდენტიფიკაციის სკრინინგს (ე.წ. საყნოსავი ჩხირების Sniffin' Sticks გამოყენებით), ხოლო კოგნიტური ფუნქციონირების შეფასების მიზნით გამოყენებულ იქნა მონრეალის კონგნიტური შეფასების ინსტრუმენტი (MoCA). მიღებული მონაცემების მიხედვით, MoCA-ს საერთო მაჩვენებლები კოვიდით დაინფიცირებულ პირებთან, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, მნიშვნელოვნად დაბალი აღმოჩნდა. კერძოდ, კოვიდით დაინფიცირებული პირების MoCA-ს ტესტის მონაცემებმა ამ პაციენტებთან გამოავლინა მსუბუქი კოგნიტური დარღვევა. საინტერესოა, რომ ტესტის მონაცემები პირდაპირ კავშირში აღმოჩნდა სწორად იდენტიფიცირებული სუნების რაოდენობასთან, როგორც საკვლევი პირებთან, ისე საკონტროლო ჯგუფის მონაწილეებთან. აღნიშნული წინასწარი მონაცემების საფუძველზე, მკვლევრებმა დაასკვნეს, რომ მსუბუქად მიმდინარე შემთხვევებში ჰიპოსამია წარმოადგენს ბიოლოგიურ ბიომარკერს, რომელიც შესაძლოა მსუბუქი კოგნიტური დარღვევების პრედიქტორს წარმოადგენდეს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიპოსამის პრედიქტორული ღირებულება აქამდეც იყო დადასტურებული არაერთი კვლევის შედეგად.

კერძოდ, სხვადასხვა ვირუსული ინფექციით გამოწვეული ყნოსვის დაქვეითება წინასწარმეტყველებს ისეთი დაავადებების განვითარებას, როგორცაა ალკაიმიერი, პარკინსონის დაავადება, გაფანტული სკლეროზი და მსუბუქი კოგნიტური დარღვევები (Pirker-Kees et al. 2021).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზეგავლენა პანდემიაზე

ზემოთ განხილულია ბევრი კვლევა ადასტურებს, რომ ახალი კორონა ვირუსი ახდენს ზეგავლენას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. თუმცა, როგორც აღმოჩნდა, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თავის მხრივ, ასევე ახდენს ზეგავლენას კოვიდ-19-ის გავრცელებაზე. ამერიკელი მეცნიერების ჯგუფმა იკვლია კავშირი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ინფიცირების მაჩვენებლებს შორის. ამ მიზნით, გამოყენებულ იქნა ჰოპკინსის უნივერსიტეტის რესურსცენტრის ბაზის მონაცემები: ამერიკის შეერთებული შტატების 2839 ოლქში აღრიცხული ინფიცირების მაჩვენებლები 2020 წლის იანვრიდან 2020 წლის ოქტომბრის ჩათვლით (100 000 სულ მოსახლეზე). შემდეგ იგივე ოლქების დონეზე სპეციალიზირებული გამოკითხვის სისტემიდან (Behavioral Risk Factor Surveillance System) ამოღებულ იქნა მონაცემები ფსიქიკური სფეროს ჩივილების (სტრესი, დეპრესია, შფოთვა და სხვა ემოციური ხასიათის პრობლემები) შესახებ: ა) უკანასკნელი 30 დღის მანძილზე, ბ) 2019 წლის მონაცემები, და გ) მონაცემები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით 2010-2019 წლის შუალედში. ბაიესის შერეული ეფექტების სივრცითმა რეგრესიამ გამოავლინა 2019 წელს (დაინფიცირებამდე) აღრიცხული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩივილების პოზიტიური კავშირი 2020 წელს კოვიდ 19-ით დაინფიცირების მაღალ მაჩვენებლებთან (RRR=1.059, 95% სანდო ინტერვალი=1.003, 1.117). აღნიშნულ კავშირს მეცნიერები ხსნიან გარემოს სტრესისა და ე.წ. „სისტემის გადატვირთვის“ თეორიებით: სტრესის ზეგავლენით, განსაკუთრებით, თუ სტრესი ქრონიკული ხასიათისაა, ქვეითდება იმუნური სისტემა. იმუნური სისტემის დაქვეითება კი, თავის მხრივ, დაინფიცირების მაღალ ალბათობას იწვევს. შესაბამისად, ფსიქიკური კეთილდღეობის გაუარესება სრულიად კანონზომიერად არის დაკავშირებული დაინფიცირების უფრო მაღალ მაჩვენებლებთან და პირიქით, იმ ოლქებში, სადაც გამოვლინდა ფსიქიკური ჩივილების ნაკლები შემთხვევა, შემდგომში დაინფიცირების უფრო დაბალი მაჩვენებელი ფიქსირდებოდა. მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე, ავტორები ასკვნიან, რომ მიზანშეწონილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაძლიერების მიმართულებით შესაბამისი ღონისძიებების გატარება თემის, ოლქისა თუ სხვა გეოგრაფიული ერთეულის დონეზე. კვლევის ავტორები მიუთითებენ რამდენიმე შეზღუდვაზე, მათ შორის აღნიშნულია ისეთი ფაქტორების გათვალისწინება და გაკონტროლება კვლევაში, როგორცაა ცალკეულ ოლქებთან დაკავშირებული ფაქტორები: ეთნიკური წარმომავლობა, გარემოს ფაქტორები, შემოსავალი, კრიმინოგენული სიტუაცია და სხვა გარემოებები, რომლებსაც უდავოდ ექნებოდა ზეგავლენა ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე (Ransome et al. 2021).

დასკვნა

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში ახალი კორონავირუსის შესწავლა შედარებით ახალი დაწყებულია. ფართომასშტაბიანი კვლევები ამ სფეროში საკმარისი რაოდენობით, სამწუხაროდ, არ მოგვეპოვება. თუმცა, უკვე არსებული სამეცნიერო წყაროების გათვალისწინებით, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ COVID-19-ით გამოწვეულმა პანდემიამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე პროფესიონალებისა და მკვლევრების მხრიდან ძლიერი ინტერესი გამოიწვია.

დღესისათვის არსებული სამეცნიერო ნაშრომების დიდი ნაწილი აღწერითი, ეპიდემიოლოგიური და დაკვირვების საფუძველზე ჩატარებული კვლევებია. უკვე არსებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ ახალი კორონავირუსით გამოწვეული პანდემია მნიშვნელოვან

ზეგავლენას ახდენს ადამიანების ფსიქიკურ სფეროზე. ამ თვალსაზრისით, პანდემია და ფსიქიკური ჯანმრთელობა შეიძლება განხილულ იქნას ორ განსხვავებულ ჭრილში: ერთ შემთხვევაში, პანდემია და მასთან დაკავშირებული ფსიქოსოციალური ფონი წარმოადგენს სტრესის წყაროს, რომლის შედეგად არის შფოთვისითი და დეპრესიული ფონის ძლიერი მომატება, რაც შეიძლება გამოვლინდეს არსებული ფსიქიატრიული მდგომარეობების დამძიმებაში. მეორე შემთხვევაში, ახალი კორონა ვირუსით გამოწვეული ინფექცია პირდაპირ ზეგავლენას ახდენს ნერვულ სისტემაზე, რის შედეგადაც ვლინდება სხვადასხვა ნევროლოგიური და პათოფსიქოლოგიური მდგომარეობები. მკვლევრები ჯერ კიდევ სწავლობენ ახალი კორონავირუსის ზეგავლენას თავის ტვინზე და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, თუმცა უკვე ცნობილია, რომ აღნიშნული ვირუსული ინფექცია თრგუნავს სისხლის მიწოდებასა და ჟანგბადით მომარაგებას, ხოლო ორგანიზმში მიმდინარე ანთებითი პროცესები, სხეულის სხვადასხვა ორგანოების (ფილტვები, ღვიძლი) დაზინება ნეგატურად აისახება ადამიანის არა მხოლოდ ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, არამედ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე.

ბევრი კვლევა ადასტურებს კოვიდ-19-ით გამოწვეულ კოგნიტური სფეროს დარღვევებს. კოვიდ-19-ის გადატანის შედეგად გამოვლენილი კოგნიტური დარღვევების შესაძლო მიზეზები, ავტორთა მოსაზრებით, არის ვირუსის პირდაპირი ზემოქმედება თავის ტვინზე და ორგანიზმში მიმდინარე ანთებითი პროცესები. ასევე მნიშვნელოვანი მონაცემებია მოპოვებული უკვე პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში კოვიდის გადატანის შემდგომ არსებული კოგნიტური და ემოციური სფეროს დარღვევების შესახებ.

არსებული მაცემების საფუძველზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ, იკვეთება შემდეგი რისკ-ჯგუფები: ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული დიაგნოზის მქონე პირები, ხანდაზმული (70 წლის და უფროსი ასაკის) პირები, სამედიცინო პერსონალი, განვითარების დაღრმეების მქონე ბავშვები. ასევე ზოგიერთი ავტორის მოსაზრებით რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნებიან მოზარდებისა და სტუდენტების პოპულაციებიც.

როგორც მოსალოდნელი იყო, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და პანდემიისას შორის კავშირი ორმხრივი აღმოჩნდა. კერძოდ, არა მხოლოდ პანდემია ახდენს ზეგავლენას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროზე, არამედ ფსიქიკური კეთილდღეობა ასევე ზეგავლენას ახდენს პანდემიის მიმდინარეობასა და გავრცელების მასშტაბებზე. ამ მიმართულებით არსებული მონაცემები მწირია და ეს საკითხი, უდავოდ საჭიროებს ბევრად ფართო და საფუძვლიან შესწავლას. მიუხედავად უკვე არსებული მონაცემებისა, ჯერ კიდევ დგას პილოტური და წინასწარი კვლევების საჭიროება ბევრი სხვადასხვა მიმართულებით, განსაკუთრებით ამის საჭიროება მწვავედ დგას იმ ქვეყნების შემთხვევაში, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო ნაკლებად არის განვითარებული და, შესაბამისად, პანდემიის შედეგებიც ამ მიმართულებით გაცილებით მძიმე იქნება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების შესწავლა პანდემიის ჭრილში აქტიურად მიმდინარეობს და უკვე არსებული მონაცემები სხვადასხვა მიმართულებით გარღმავებული და ბევრად მასშტაბიანი კვლევების დაგეგმვის საშუალებას იძლევა.

ამრიგად, დღეისათვის არსებული მონაცემები მიუთითებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების შესწავლისა და გათვალისწინების აუცილებლობას სხვადასხვა დონეზე: ზოგად პოპულაციაში, სამედიცინო სფეროს პროფესიონალებთან, და ასევე რისკ-ჯგუფებთან. მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ მოპოვებული მონაცემები ძირითადად დაკვირების და კროს-სექციული კვლევების შედეგია, რაც ცხადია არ არის საკმარისი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დასადგენად, ამ გზით მიღებული მონაცემები წარმოადგენს ღირებულ ინფორმაციას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისთვის. გარდა

ამისა, პანდემიის გრძელვადიანი ზეგავლენა ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, შესაძლოა გამოვლინდეს მხოლოდ რამდენიმე თვის შემდეგ და მოითხოვს შესაბამის რეაგირებას არა მხოლოდ ცალკეული ინდივიდების დონეზე, არამედ შეთანხმებულ და ორგანიზებულ ღონისძიებებს ჯანდაცვის სისტემის დონეზე.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Daroische, R., Hemminghyth, MS., Eilertsen, TH., Breivte, MH., Chwiszczuk, LJ. (2021). Cognitive Impairment After COVID-19. A Review on Objective Test Data. *Front. Neurol*, 12:699582.

Fifi, JT., Mocco, J. COVID-19 related stroke in young individuals. *Neurology*. 2020;(19):713-715.

Fridman, S., Bullrich, MB., Jimenez-Ruiz, A., Costantini, P., Shah, P., Just, C., Vela-Duarte, D. (2020). Stroke risk, phenotypes, and death in COVID-19: Systematic review and newly reported Cases. *Neurology*, 95(24).

Hampshire, A., et.al. (2021). Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *The Lancet Discovery Science*, 39:101044.

Heneka, MT., Golenbock, D., Latz, E., Morgan, D., Brown, R. (2020). Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, 12: 69.

Hosey, MM., Needham, DM. (2020) Survivorship after COVID-19 ICU stay. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1):60.

Javed, B., Sarwer, A., Soto, EB., Mashwani, ZR. (2020). The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *Health Plann Mgmt*, 35(5):993-996.

Kantonen J., et al. (2020). Neuropathologic features of four autopsied COVID-19 patients; 30(6):1012-1016.

Lu, Z. (2020). The landscape of cognitive function in recovered COVID-19 patients. *Hetong Journal of Psychiatric Research*, 129:98–102.

Mahammedi, A., et Al. (2020). Imaging of Neurologic Disease in Hospitalized Patients with COVID-19: An Italian Multicenter Retrospective Observational Study. *Radiology*, 297;2.

Panchal, N., Kamal, R., Cox, C., Garfield, R. (2023). The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use. *KFF*, Mar 20.

Pandharipande, PP., Girard, TD., Jackson, JC., Morandi, A. (2013). Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *NEJM*, 369:1306-1316.

Pfefferbaum, B., North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The new England Journal of Medicine*, 383:510-512.

Pirker-Kees, A., et al. (2021). hyposmia Is Associated with Reduced Cognitive Function in COVID-19: First Preliminary Results. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 50(1):68-73.

Rajkumar, RP. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature *Asian Journal of Psychiatry*, 52:102066.

Ransome Y., Luan H., Insang, S., Fiellin, DA., Galea, S. (2021). Association of Poor Mental Health Days with COVID-19 Infection Rates in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 62(3):326–332.

Sun, S., Goldberg, SB., Lin, D., Qiao, S., Operario, D. (2021) Psychiatric symptoms, risk, and protective factors among university students in quarantine during the COVID-19 pandemic in China. *Globalization and Health*, 17:15.

Taquet, M., Luciano, S., Geddes, JR., Harrison, PJ. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*; 8:130–40.

Varatharaj, A., et al. (2020). Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*, 7:875–82.

Zhao, S., et al. (2022). Rapid vigilance and episodic memory decrements in COVID-19 survivors. *Brain Communications*, 4(1).



დედების მიერ თანდაყოლილი მალფორმაციის მქონე ახალშობილების აღქმა და ემოციური დამოკიდებულება

მარიამ პეტრიაშვილი¹

¹ მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

85

აბსტრაქტი

მიმოხილვის მიზანია დედების დამოკიდებულების განსაზღვრა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ხანგრძლივი მკურნალობისა და მოვლისთვის გადაყვანილი თანდაყოლილი მალფორმაციების მქონე ახალშობილებთან მიმართებაში. მასში განხილულია პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობისთვის სასარგებლო რჩევები და მიდგომები, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი დედის უარყოფითი ემოციები და აქედან გამომდინარე, არასასურველი სამომავლო შედეგები თანდაყოლილი მალფორმაციების მქონე ახალშობილებთან მიმართებაში.

საძიებო სიტყვები: თანდაყოლილი მალფორმაციები, ახალშობილები, ნეონატალური ზრუნვა.

ციტირება: მარიამ პეტრიაშვილი. დედების მიერ თანდაყოლილი მალფორმაციის მქონე ახალშობილების აღქმა და ემოციური დამოკიდებულება. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Mothers' perception and emotional attitude of newborns with congenital malformations

Mariam Petriashvili¹

¹ Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Abstract

The aim of the review is to identify maternal perception in terms of newborns with a diagnosis of congenital malformation, hospitalized in the intensive care unit. According research, mothers require a more humane caring approach at the time of disclosure, since this is a negative experience in the family environment. It contains approaches to minimize the negative emotions of the mothers and, therefore, the undesirable consequences for newborns with congenital malformations.

Keywords: Neonatal Nursing; Congenital Abnormalities; Infant Newborn.

Quote: Mariam Petriashvili. Maternal perception in terms of newborns with a congenital malformation. Health Policy, Economics and Sociology 2022; 6

თანდაყოლილი ანომალიის მქონე ახალშობილთა პრობლემა სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს ჯანმრთელობის სფეროს პროფესიონალებისთვის, როგორც მკურნალობის, ასევე სოციალური, ფსიქო-ემოციური და დეონტოლოგიური თვალსაზრისით.

მიმოხილვის მიზანია დედების დამოკიდებულების განსაზღვრა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ხანგრძლივი მკურნალობისა და მოვლისთვის გადაყვანილი თანდაყოლილი მალფორმაციების მქონე ახალშობილებთან მიმართებაში.

ნაშრომში განხილულია ჟურნალ "Online Brazilian Journal of Nursing" (2015; 14(2)) გამოქვეყნებული სტატია "დედების მიერ თანდაყოლილი მალფორმაციის მქონე ახალშობილების აღქმა და ემოციური დამოკიდებულება" (Maternal perception in terms of newborns with congenital malformations: a descriptive study Original Article). სტატიის ავტორებია: Silva PLN, Soares ABA, Ferreira TN, Rocha RG [1].

აღნიშნულ კვლევაში გამოყენებულია რაოდენობრივი და თვისებრივი მეთოდები. კვლევა ჩატარდა კლემენტ ფარიას საუნივერსიტეტო საავადმყოფოს ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში (University Hospital Clemente Faria). კვლევა მიმდინარეობდა 2013 წ. ნოემბერი - 2014 წ. აპრილის პერიოდში. კვლევისათვის შეირჩა ცხრა დედა, რომელთაც ჰყავდათ ახალშობილები თანდაყოლილი მალფორმაციით.

მონაცემების შესაგროვებლად გამოყენებული იყო კვლევის შემდეგი ინსტრუმენტები: ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუ, აუდიო ჩანაწერები, ინტერვიუს და აუდიოჩანაწერების გაშიფვრა. დასმული იყო ორი მთავარი შეკითხვა:

1. როგორია დედის რეაქცია, როდესაც მიიღო ინფორმაცია თავისი შვილის თანდაყოლილი ანომალიის დიაგნოზის შესახებ?
2. როგორია დედის შეგრძნება (აღქმა, განცდა) შვილის საავადმყოფოს ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში დარჩენის გამო?

სტატიის შესავალში მოცემულია თანდაყოლილი ანომალიების სტატისტიკური მონაცემები. ახალშობილთა 3%-ში გვხვდება დიდი მალფორმაციები, რომლებიც იყოფა კოსმეტიკურ და ფუნქციურ დეფექტებად.

ასეთი მალფორმაციები 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის სტრუქტურაში მნიშვნელოვან წილს შეადგენს და წარმოადგენს ავადობის და სიკვდილობის უხშირეს მიზეზს სიცოცხლის ადრეულ წლებში. თანდაყოლილი ანომალიის მქონე ახალშობილი უზარმაზარ ემოციურ ტვირთს წარმოადგენს. ქალების უმრავლესობა არ არის მომზადებული ამ გამოწვევის პირისპირ. ისინი ავლენენ განსხვავებულ ემოციებს დიაგნოზის გაცნობის და მათი ახალშობილების ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანის დროს.

მედიცინის თანამედროვე მიღწევების ფონზე სულ უფრო იზრდება გადარჩენილი ანომალიების მქონე ახალშობილების რიცხვი. ანომალიების მქონე ბავშვს მოაქვს ნეგატიური განცდები მშობლებისთვის, რომელთაც აქვთ „იდეალური ბავშვის“ დაბადების მოლოდინი.

თანდაყოლილი დეფექტების უმეტესობა დიაგნოსტირებული იყო პრენატალურად. თუმცა, კვლავ დიდი რჩება დაბადების შემდგომ დიაგნოსტირებული დეფექტების წილი. დედები რეალურად აწყდებიან უხერხულ და მოულოდნელ სიტუაციებს სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობის დროს, კერძოდ: მშობლებისთვის მიუღებელია პედიატრის საუბარში შერბილებული, მანუგებელი ტონი, უცხო ტერმინოლოგია, ინფორმაციის დაგვიანებით მიწოდება, მშობიარობის შემდგომ ბავშვის დაგვიანებული მიყვანა დედასთან. რიგ

შემთხვევებში დედას ინფორმაცია ახალშობილის მდგომარეობის შესახებ მიაწოდა არა უშუალოდ ექიმმა, არამედ ოჯახის სხვა წევრებმა, მაგ., დედამთილმა.

სტატიაში განხილულია დედების ემოციური განწყობა და ფსიქოლოგიური მიმდებლობა/მიუღებლობა თანდაყოლილი ანომალიების მქონე ახალშობილების დიაგნოზების გაცნობის და მკურნალობის პროცესში ჩართვის ეტაპზე.

უხერხულ და მიუღებელ გარემოებებზე დედები მიიჩნევენ, აგრეთვე, დაგვიანებულ ინფორმირებას, ე.წ. „მორიდების ან დაზოგვის მიზნით“, აგრეთვე, დიდი რაოდენობით სამედიცინო პერსონალის ერთობლივად შესვლას პალატაში ინფორმაციის პირველადი მიწოდების დროს.

სტატიაში მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა ავტორების მიერ გაკეთებულ დასკვნებს, სადაც აღნიშნულია რომ:

1. დედის აღქმისთვის უაღრესად მნიშვნელოვანია დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის პირველად მიწოდების მომენტი, ვინაიდან დიაგნოზი ახდენს კრიტიკულ გავლენას არა მხოლოდ ბავშვის, არამედ დედის და მისი ოჯახის სამომავლო გეგმებზე, რაც შეიძლება მოიაზრებოდეს ბავშვზე უარის თქმას. ამ დროს ვითარდება ისეთი ფსიქოლოგიური შედეგები, როგორცაა დეპრესია, სუიციდის მცდელობა, გაუცხოება.
2. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა მიაწოდონ დედას სრული და ობიექტური ინფორმაცია ბავშვის დიაგნოზის შესახებ შესაფერ დროს, დროულად, მარტივი, დედისთვის გასაგები ენით.
3. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა აუცილებლად უნდა გაიარონ შესაბამისი ფსიქოლოგიური ტრენინგები მალფორმაციების შესახებ დიაგნოზის მიწოდების მეთოდებთან და წესებთან დაკავშირებით.
4. დაუშვებელია ჯანდაცვის პროფესიონალების მხრიდან ზედმეტად დამაიმედებელი ან გადაჭარბებულად პესიმისტური პროგნოზის გაკეთება დედასთან და ოჯახის წევრებთან.
5. დიაგნოზის შესახებ ინფორმირებისას მნიშვნელოვანია სწორად შეირჩეს დრო, ადგილი, ვის მიერ და ვისთან ერთად იქნება მიწოდებული ინფორმაცია.

სტატიის ავტორები ჩატარებული კვლევის შედეგების და დასკვნების საფუძველზე იძლევიან კონკრეტულ რეკომენდაციებს სამედიცინო პერსონალისთვის, კერძოდ:

- აუცილებელია მედპერსონალის სათანადოდ მომზადება მალფორმაციების შემთხვევაში დედასთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის, ინფორმირების და სამედიცინო ეთიკის სხვა ასპექტების მიმართულებით.
- აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის მიერ ინფორმაციის მაქსიმალურად რეალისტურად და დროულად მიწოდება; დედის უარყოფითი ემოციების მინიმუმამდე დაყვანა. დედის შემდგომი გადაწყვეტილება უმნიშვნელოვანესია ბავშვის და ოჯახის შემდგომ ცხოვრებაში, რაშიც უდიდეს როლს ასრულებს სამედიცინო პერსონალის მიერ დედის სწორი ინფორმირება. სტატია საინტერესოა და ღირებული პერინატალური და პედიატრიული სფეროს ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, ვინაიდან მასში განხილულია თანდაყოლილი მალფორმაციების მქონე ახალშობილთა დედებთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის პრობლემატური საკითხები. სტატიის ავტორები დასკვნაში იძლევიან პრაქტიკულ სამედიცინო საქმიანობისთვის სასარგებლო რჩევებს და მიდგომებს, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი დედის უარყოფითი ემოციები და აქედან გამომდინარე, არასასურველი სამომავლო შედეგები თანდაყოლილი მალფორმაციების მქონე ახალშობილებთან მიმართებაში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Silva PLN, Soares ABA, Ferreira TN, Rocha RG. Maternal perception in terms of newborns with congenital malformations: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing 2015; 14 (2):190-6.



საპენსიო დაზღვევის რეფორმა საქართველოში

თეკლე კენტელაძე¹, თინათინ ლუხუტაშვილი¹

¹ სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. საქართველოში არსებული საპენსიო სისტემა, მიმდინარე დემოგრაფიული დაბერების ფონზე, გარკვეულწილად ნაკლოვანია სამომავლო პერსპექტივაში, რაც ამ სისტემის ცვლილების აუცილებლობაზე მიუთითებს. შემუშავებულია საპენსიო სისტემის რეფორმირების კონცეფცია. კვლევის მიზანია დავადგინოთ რამდენად პოზიტიური მოლოდინები არსებობს ქართულ საზოგადოებრივ სივრცეში საპენსიო სისტემის რეფორმირების თვალსაზრისით ან რამდენად არის საზოგადოება მზად ამგვარი ცვლილებისთვის. მეთოდოლოგია. თვისობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სიღრმისეული ინტერვიუ დარგის ექსპერტებთან. გარდა ამისა, განხორციელდა საპენსიო სისტემის რეფორმირებასთან დაკავშირებული პირველადი და მეორეული მონაცემების ანალიზი. შედეგები, დასკვნა. საქართველოში არსებული პრობლემები გავლენას ახდენენ საპენსიო სისტემის რეფორმირების პროცესზე. აუცილებელია ეკონომიკური კრიზისის გადაჭრის გზების დასახვა, უმუშევრობის პრობლემის მოგვარება, საპენსიო სისტემის რეფორმირებაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება.

საკვანძო სიტყვები: საპენსიო დაზღვევა, რეფორმა, სოციალური დაცვა.

ციტირება: თეკლე კენტელაძე, თინათინ ლუხუტაშვილი. საპენსიო დაზღვევის რეფორმა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6

Pension insurance reform in Georgia

Thekle Kenteladze, Tinatin Lukhutashvili¹

¹ Faculty of Social and Political Sciences, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Abstract

Pension system is one of the most important parts of state's social policy. In Georgia population is ageing and the share of pensioners in total population is going to rise significantly. Therefore, the pressure on state budget will rise and it will be much difficult to provide pensions that are sufficient to protect elderly people against the risk of poverty. That is why the issue of pension system reform in Georgia is becoming more relevant.

Keywords: Pension insurance, reform, social security.

Cite article: Thekle Kenteladze, Tinatin Lukhutchashvili. Pension insurance reform in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology 2022; 6.

შესავალი

სოფლიოს წარმატებულ ქვეყანათა უმრავლესობის ერთ-ერთი მიზანი, რომელიც ამ ქვეყნების პოლიტიკურ დღის წესრიგში მოწინავე ადგილს იკავებს, არის მოქალაქეთა სოციალური დაცვა. თითქმის ყველა დემოკრატიული თუ დემოკრატიზაციის პროცესში მყოფი ქვეყანა აღიარებს ადამიანთა სოციალურ უფლებებს და შესაბამისად აქტიურად იღწვის ამ უფლებების გაფართოებისა და დაცვისთვის. სოციალური დაცვის სისტემაზე საუბრისას არ შეიძლება არ განვიხილოთ საპენსიო დაზღვევის სისტემა, რომელიც არამარტო სოციალური დაცვის სისტემისთვის, არამედ მთლიანად ქვეყნისთვის უმნიშვნელოვანეს რგოლს წარმოადგენს, რომელიც უზრუნველყოფს მოქალაქეებისთვის ღირსეული ცხოვრების შექმნას ან არსებულის შენარჩუნებას.

საპენსიო სისტემაზე აქტიური მსჯელობა კიდევ უფრო აქტუალური გახდა მოსახლეობის დაბერების პროცესის გამწვავების შედეგად. მსოფლიო ბანკის 1994 წლის ანგარიშის მიხედვით, მოსახლეობაში პენსიონერთა ოდენობის ზრდამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ფართოდ გავრცელებული საპენსიო სისტემის, კერძოდ, სახელმწიფო გადანაწილებითი საპენსიო სისტემის კრახი [1]. სახელმწიფო იძულებული იქნება გაზარდოს სოციალური დანახარჯები, რაც მის ეკონომიკურ კრიზისს შეუწყობს ხელს. ამ მხრივ, ერთ-ერთი გამოსავალია დაგროვებითი საპენსიო დაზღვევის მექანიზმის შემუშავება, ხოლო, სახელმწიფო გადანაწილებითი საპენსიო სისტემა დამატებითი ბერკეტი იქნება სიღარიბის წინააღმდეგ. [1]

საპენსიო სისტემის სამი მთავარი მოდელი არსებობს: სოლიდარულ პრინციპზე დამყარებული მოდელი, დაგროვებით პრინციპზე დამყარებული მოდელი და შერეულ პრინციპზე დამყარებული მოდელი.

საპენსიო სისტემის სოლიდარულ პრინციპზე დამყარებული მოდელი გულისხმობს საპენსიო გასაცემლის დაფინანსებას შრომისუნარიანი მოსახლეობის გადახდების (სადაზღვევო შენატანები, გადასახადები) გზით. ამ მოდელის კიდევ ერთ-ერთ ტიპად შეგვიძლია ჩავთვალოთ, როდესაც სახელმწიფო პირდაპირი გზით, ბიუჯეტიდან აფინანსებს საპენსიო გასაცემელს.

საპენსიო უზრუნველყოფის დაგროვებით პრინციპზე დამყარებული მოდელი გულისხმობს პენსიის დაგროვების ინდივიდუალურ ხასიათს, პენსიის ოდენობა ამ შემთხვევაში დამოკიდებულია საპენსიო შენატანის სიდიდესა და საპენსიო ფონდის მიერ განხორციელებულ საინვესტიციო მოგებაზე.

შერეულ პრინციპზე დამყარებული მოდელი გულისხმობს გარკვეულ ბალანსს სოლიდარულ და დაგროვებით სისტემასთან მიმართებაში და საპენსიო უზრუნველყოფის სიტემაში სახელმწიფო და კერძო სექტორის ერთობლივ თანაარსებობას. [2, 11]

მსოფლიოში მიღებულია საპენსიო სისტემის სვეტებად (ქვესისტემებად) დაყოფა, სულ არის სამი სვეტი:

პირველი (პილარი) სვეტი - სახელმწიფო გადანაწილებითი პენსია, სოციალური პენსია.

მეორე და მესამე (პილარი) სვეტი - იმ ქვეყნებში, სადაც დაგროვებითი პენსია სავალდებულოა, მეორე სვეტი წარმოადგენს სავალდებულო დაგროვებით პენსიას, ხოლო, მესამე - კერძო ნებაყოფლობითს. ხოლო იქ, სადაც დაგროვებითი პენსია არ არის სავალდებულო, მეორე სვეტი მოიცავს პროფესიულ საპენსიო სქემებს, ხოლო მესამე - კერძო ინდივიდუალურ საპენსიო სქემებს.

შეიძლება ითქვას, რომ დაგროვებითი საპენსიო სისტემა ორი თვალსაზრისით არის სასურველი.

პირველი არის ის, რომ დემოგრაფიული დაბერების პროცესის გამო იზრდება პენსიონერთა რიცხვი, ხოლო შრომისუნარიანი მოსახლეობა მცირდება.

დემოგრაფიული დაბერების პროცესი აქტუალურია საქართველოშიც. კერძოდ, 2010 წელს 4.4 მილიონი ადამიანიდან 14%-ზე მეტი 65 წლის და მეტის იყო, ხოლო ერთი მესამედი – 50 წლის და მეტის. მოსალოდნელია, რომ 2030 წლისთვის 65 წელს გადაცილებული მოსახლეობის მაჩვენებელი 21%-მდე გაიზარდოს, ხოლო 50 წლის და მეტის – 40%-მდე. პროგნოზის მიხედვით, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, რომელიც 2010 წელს 78 წელი იყო საქართველოში ქალებისთვის და 71 წელი – მამაკაცებისთვის, 2030 წლისთვის გაიზრდება 80-მდე (ქალებისთვის) და 73 წლამდე (მამაკაცებისთვის). [3]

მეორე ფაქტორი ის არის, რომ რაც უფრო იზრდება პენსიონერთა რიცხვი და მცირდება შრომისუნარიან ადამიანთა რაოდენობა, მით იზრდება წნეხი გადასახადების გადამხდელებზე და სახელმწიფოზე. სახელმწიფო იძულებულია გაზარდოს სოციალური დანახარჯები, რაც სახელმწიფოს ზოგად ეკონომიკურ მდგომარეობაზე ნეგატიურად აისახება. დაგროვებითი საპენსიო სისტემა ზრდის მოქალაქეთა ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობას და ამცირებს სახელმწიფოზე მუდმივ წნეხს.

ჩვენი ამოცანაა, გავიაზროთ დაგროვებითი საპენსიო დაზღვევა საქართველოს კონტექსტში და კვლევის შედეგად დავადგინოთ რამდენად პოზიტიური მოლოდინები არსებობს ქართულ საზოგადოებრივ სივრცეში ამ სისტემის დამკვიდრების თვალსაზრისით ან რამდენად არის საზოგადოება მზად ამგვარი ცვლილებისთვის. კვლევის მასშტაბურობის შეუძლებლობა, რა თქმა უნდა, ხელს უშლის არსებული სურათის მთლიანად წარმოჩენას, მაგრამ გარკვეული წარმოდგენის შექმნის შესაძლებლობა ნამდვილად შეიძლება გვქონდეს.

მეთოდოლოგია

თვისობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სიღრმისეული ინტერვიუ დარგის ექსპერტებთან. გარდა ამისა, განხორციელდა საპენსიო სისტემის რეფორმირებასთან დაკავშირებული პირველადი და მეორეული მონაცემების ანალიზი.

რესპოდენტთა ასაკობრივი მოცემულობა განვსაზღვრეთ 18-დან 35 წლამდე, რომელიც კიდევ დავყავით ხუთ ასაკობრივ ჯგუფად: 18-19 წელი, 22-23 წელი, 24-25 წელი, 29-30 წელი და 34-35 წელი. თითოეული ასაკობრივი ჯგუფიდან შევარჩიეთ ორ-ორი რესპოდენტი, მთლიანობაში გამოვკითხეთ 10 რესპოდენტი. ეს ყველაფერი გაკეთდა იმისთვის, რომ მონაცემები ყოფილიყო უფრო რეპრეზენტაციული და არა ერთგვაროვანი.

შევისწავლეთ პირველადი და მეორეული მონაცემები, სხვადასხვა სტატიები, კვლევები, სტატისტიკური მონაცემები, სამართლებრივი დოკუმენტები და ა.შ. ეს მეთოდი დაგვჭირდა იმისათვის, რომ ნაშრომში აგვესახა საქართველოში არსებული ზოგადი მდგომარეობა სოციალურ-პოლიტიკური თვალსაზრისით საპენსიო სისტემასთან მიმართებაში. გარდა ამისა, გავანალიზეთ ეტონეთის მაგალითი, როგორც უცხო ქვეყნის გამოცდილება. ესტონეთი შეირჩა შემდეგი მიზეზების გამო:

ესტონეთი წარმოადგენს პოსტსაბჭოთა ქვეყანას, ისევე, როგორც საქართველო. შესაბამისად, სოციალურ-პოლიტიკური გამოცდილების თვალსაზრისით ბევრი საერთოს პოვნა შეიძლება, მაგალითად, საბჭოთა სისტემიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალი პერიოდის სირთულეები;

1991 წლიდან, მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, ესტონეთში იწყება მოსახლეობის რაოდენობის შემცირება, შესაბამისად, ამ პერიოდისთვის მოსახლეობის დაბერება, ისეთივე აქტუალური იყო, როგორც საქართველოში;

1991_1994 წლებში ესტონეთში შეინიშნებოდა ჰიპერინფლაცია, რის წინაშეც საქართველო ამჟამად იმყოფება [5];

ესტონეთის მაგალითის ანალიზით, გვინდა უფრო ხელშესახები გავხადოთ ჩვენ მიერ დასმული საკითხის შესაძლებლობა, შესაბამისად, ესტონეთის შემთხვევა პარალელის გავლების შესაძლებლობას გვამღვეს საქართველოს სამომავლო პერსპექტივებთან და იმის განხილვა თუ როგორ შეძლო წარმატების მიღწევა ესტონეთმა სხვა და ამ შემთხვევაში საპენსიო სისტემის სრულყოფის თვალსაზრისით, ვფიქრობთ, საინტერესო იქნება ჩვენთვის, როგორც ამ გზაზე ახლად შემდგარი სახელმწიფოსთვის.

ლიტერატურის მიმოხილვა

მსოფლიო ბანკის მიერ 1994 წელს გამოქვეყნებული ანგარიში ხაზს უსვამს, რომ სახელმწიფო გადანაწილებითი საპენსიო დაზღვევა საფრთხის შემცველია მიმდინარე დემოგრაფიული დაბერების პროცესის გამო და აუცილებლად უნდა შექმნილიყო დაგროვებითი საპენსიო სისტემა, რომელიც რისკებს მინიმუმადე დაიყვანდა [1]. ზოგმა ექსპერტმა უარყოფითად შეაფასა ეს იდეა (Muller, 1999). მათი აზრით, მსგავსი სისტემა არათუ მოსალოდნელ რისკებს აქრობს, არამედ იგი ძალიან დიდ საფრთხეს შეიცავს მოსახლეობისათვის, რადგან ეკონომიკური კრიზისის დროს საინვესტიციო მოგება შეიძლება უარყოფითი იყოს და მომხმარებელმა დაკარგოს დანაზოგის დიდი ნაწილი. გარდა ამისა, განვითარებადი ქვეყნებისთვის, სადაც ეკონომიკა არც ისე მდგრადია, ეს პროცესი შესაძლებელია კიდევ უფრო ნეგატიური შედეგით დასრულდეს. ახალ სისტემაზე გადასვლამ შეიძლება გამოიწვიოს დეფიციტი საპენსიო სისტემაში, რადგან იმ შემთხვევაში, თუკი, შენატანების ნაწილი მიემართება მეორე სვეტში, პირველ სვეტს დააკლდება რესურსები და სახელმწიფოს მოუწევს დამატებითი საბიუჯეტო რესურსების მოძიება, რათა დაფაროს მიმდინარე საპენსიო ვალდებულებები. აღნიშნული პრობლემის წინაშე განვითარებადი ქვეყნები (მათ შორის საქართველო) დიდი ალბათობით შეიძლება დადგეს.

2014 წელს მსოფლიო ბანკის მიერ გამოცემული ანგარიში დაგროვებითი საპენსიო სისტემის შემოღების და მრავალსვეტიანი საპენსიო სისტემის აქტიური დანერგვის რეკომენდაციას იძლეოდა [1].

საქართველოში ბოლო დროს მნიშვნელოვნად შემცირდა შრომისუნარიანი მოსახლეობის რაოდენობა, რაც გამოწვეულია შობადობის შემცირებითა და მიგრაციით. უნდა ითქვას, რომ 2012 წლიდან ქვეყანაში მიგრაციის სალდო ძირითადად უარყოფითია [12].

ქვეყანაში დიდ პრობლემას წარმოადგენს ინფლაცია. მართალია პენსიის ოდენობა მიახლოებულია საარსებო მინიმუმთან (ამჟამად პენსია შეადგენს 180 ლარს, ხოლო საარსებო მინიმუმი არის 170 ლარი), თუმცა, სახელმწიფო პენსია ინფლაციის მიმდინარე პროცესის ფონზე არ წარმოადგენს სიღარიბის აღმოფხვრისკენ მიმართულ ბერკეტს. საჭიროა პენსიის ინდექსაციის მექანიზმის შემუშავება.

ბოლო წლებში საპენსიო ხარჯები მნიშვნელოვნად გაიზარდა. 2015 წელს საპენსიო სისტემის ხარჯმა 1.3 მილიარდ ლარს მიაღწია, რაც მშპ-ს 4.25%-ის ტოლფასია. აღნიშნული მძიმე ტვირთს წარმოადგენს სახელმწიფოს ეკონომიკისთვის. [6]

საქართველოს საპენსიო სისტემის რეფორმირება აუცილებელია შემდეგი ფაქტორების გამო:

სოციალურ პენსიას არ შეუძლია მაღალი ჩანაცვლების კოეფიციენტის გენერირება - 2006 წლიდან 2014 წლამდე პენსიის მკვეთრი ზრდის ფონზე სოციალური პენსია საარსებო მინიმუმს მიუახლოვდა. 2014 წელს ყოველთვიური სოციალური პენსია შეადგენდა 150 ლარს და ოდნავ ჩამოუვარდებოდა საარსებო მინიმუმს.

აღსანიშნავია, რომ 2006 წელს სოციალური პენსია საარსებო მინიმუმის 50%-ზე ნაკლებს წარმოადგენდა. ამგვარად, 2006-დან 2013 წლამდე, სოციალური პენსია საარსებო მინიმუმს მიუახლოვდა. არსებულ საპენსიო სისტემას არ გააჩნია სამართლებრივი და გაწერილი კრიტერიუმები, რომელიც განსაზღვრავს, თუ რა შემთხვევაში და რა ოდენობით გაიზრდება სოციალური პენსია. თუ პენსია არ გაიზრდება რეგულარულად, არსებობს პენსიის რეალური ღირებულებისა და მსყიდველუნარიანობის შემცირების საფრთხე, განსაკუთრებით მაღალი ინფლაციის შემთხვევაში. [6.გვ.12]

თვითდასაქმებულთა რაოდენობის ზრდა სამუშაო სტრუქტურაში, რომლებიც არ ახორციელებენ კონტრიბუციას საშემოსავლო გადასახადის მეშვეობით წარმოადგენს საკმაოდ დიდ პრობლემას, რადგან ისინი არ იხდიან საშემოსავლო გადასახადს [9]. ამ მხრივ, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ თვითდასაქმებულთა რიცხვი საგანგაშოდ მაღალია საქართველოში, როგორც სხვა განვითარებად ქვეყნებში [10].

განვიხილოთ საქართველოში დაგროვებითი საპენსიო სისტემის დანერგვის სამოქმედო გეგმა. საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური გარემოს გათვალისწინებით, საპენსიო ფონდში ყოველთვიური შენატანების ოდენობა განისაზღვრა 6%-ით. რეკომენდირებულია, რომ შენატანების კოეფიციენტმა საშუალო ვადიანი პერიოდში 8%-ს მიაღწიოს. საერთაშორისო პრაქტიკიდან გამომდინარე, არ არსებობს სტანდარტული ფორმულა საპენსიო სისტემაში შენატანების კოეფიციენტის განსაზღვრასთან დაკავშირებით. მაგალითისთვის, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც მსგავსი საპენსიო მოდელები დაინერგა შენატანების კოეფიციენტი მერყეობს 3%-იდან 9%-მდე, თუმცა, ლათინური ამერიკის ქვეყნებში იგივე კოეფიციენტი 10%-იდან 16%-ის ფარგლებშია. [6. გვ.24]

ესტონეთში 1992 წელს მიმე ეკონომიკური ვითარების გამო პენსია ყველასათვის თანაბარი გახდა, თუმცა, მანამდე იგი დამოკიდებული იყო სამუშაო სტაჟზე და ხელფასზე, ამგვარმა ცვლილებამ ჩანაცვლების კოეფიციენტი საგრძნობლად შეამცირა, რამაც საზოგადოების უარყოფითი რეაქცია გამოიწვია. ესტონეთში საპენსიო სისტემის ხელახალი რეფორმა იწყება 1995 წლიდან. საპენსიო ასაკი გათანაბრდა ქალისთვისაც და მამაკაცისთვისაც და იგი გახდა 63 წელი ორივე სქესისთვის.

ესტონეთი საპენსიო სისტემა შედგება სამი სვეტისგან.

პირველი სვეტი: ეს არის სახელმწიფო პენსია, ეფუძნება შემოსავლების გადანაწილების პრინციპს, რომელსაც აგრეთვე „თაობათა სოლიდარობა“ ეწოდება. სახელმწიფო პენსია გაიცემა სოციალური გადასახადებიდან. დამსაქმებელი იხდის დასაქმებულის ხელფასის 33%-ს სოციალური გადასახადის სახით. პირველი სვეტი შედგება ორი სახისაგან. პირველი გამოითვლება სამუშაო სტაჟის მიხედვით, ხოლო მეორე წარმოადგენს სახელმწიფო პენსიას, რომელიც გაიცემა იმ მოქალაქეებზე, რომელთაც არ აქვთ საშუალება პირველი სახის პენსიის მიღებისა. სახელმწიფო პენსია შეადგენს 167 ევროს.

მეორე სვეტი: ეს არის სავალდებულო დაგროვებითი პენსია, იგი ამოქმედდა 2002 წელს და წარმოადგენს პენსიონერისთვის დამატებით შემოსავლის წყაროს. სქემის მიხედვით, დასაქმებული იხდის ხელფასის 2%-ს აქტივების მმართველი კერძო კომპანიის მიერ დაარსებულ საპენსიო ფონდებში. ამას სახელმწიფო კიდევ უმატებს 4%-ს დასაქმებულის მიერ გადახდილი სოციალური გადასახადებიდან, სულ 6% ირიცხება საპენსიო ფონდში.

სავალდებულო დაგროვებით საპენსიო სისტემაში მონაწილეობის ვალდებულება აქვთ მხოლოდ იმ პირებს, რომელთაც ასაკობრივი მონაცემი ხელს უწყობს შესაბამისი თანხის დაგროვებაში ღირსეული სიბერის უზრუნველყოფისთვის.

ესტონეთში არსებობს 5 კერძო კომპანია, რომლებიც ფუნქციონირებენ საინვესტიციო მოგების ხარჯზე. კომპანიები განსხვავდებიან საინვესტიციო სტრატეგიის თვალსაზრისით, მაგალითად, კონსერვატიული ტიპი გულისხმობს ინვესტირებას მხოლოდ ფიქსირებული შემოსავლის მქონე ინსტრუმენტებში.

დაბალანსებულის ტიპის დროს აქტივების 25%-ის ინვესტირება ხდება აქციებში. დინამიური ტიპის დროს აქტივების 75%-ის ინვესტირება ხდება აქციებში. ყველაზე სანდო და ნაკლებად რისკის შემცველი კონსერვატიული ტიპის საინვესტიციო სტრატეგიის მქონე კომპანიები არიან. ყველაზე მეტი რისკი მოდის დინამიური ტიპის კერძო კომპანიებზე.

მესამე სვეტი: ეს არის ნებაყოფლობითი, დამატებითი საპენსიო სქემა. იგი ეფუძნება ცალკეული პირების მიერ ნებაყოფლობით განხორციელებულ საპენსიო შენატანებს და მიზნად ისახავს პენსიონერისთვის პესიაზე გავლამდე არსებული სოციალური მდგომარეობის შენარჩუნებას.

ესტონეთში არსებობს რამოდენიმე მექანიზმი, რომელიც იცავს დაგროვებით საპენსიო სისტემაში მონაწილე პირებს დანაგროვის დაკარგვისგან.

საგარანტიო ფონდი - როდესაც აქტივების მმართველი კანონმდებლობას არღვევს ან გადახდისუუნარობის გამო სქემის მონაწილეებს მიადგებათ ზარალი, კომპანიები იხდიან მათ განკარგულებაში მყოფი საპენსიო ფონდების აქტივების 0.01%-ს საგარანტიო ფონდში, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში დაზარალებულს აუნაზღაურებს დანაკარგს.

აქტივების მმართველის სავალდებულო მონაწილეობა მის მიერ შექმნილ დაგროვებით საპენსიო ფონდში_ აქტივების მმართველის სახსრების ინვესტირება ხდება სქემის მონაწილეების სახსრების ინვესტირებასთან ერთად;

სახელმწიფოს მიერ აქტივების მმართველ კომპანიაზე ზედამხედველობა _ ესტონეთში კერძო საპენსიო ფონდების ზედამხედველობას და ლიცენზირებას ახორციელებს ფინანსური ზედამხედველობის სააგენტო (Financial Supervision Authority). [7,8]

ამგვარად, შეიძლება ითქვას, რომ სრულიად შესაძლებელია დაგროვებითი საპენსიო სისტემის დანერგვა ისეთ ქვეყანაში, რომელსაც უამრავი ეკონომიკური თუ პოლიტიკური პრობლემა აქვს სისტემის დანერგვის საწყის ეტაპზე. ამ სისტემის წარმატებით დანერგვის კარგი მაგალითია ესტონეთი.

კვლევის ანგარიში

ნებისმიერი ცვლილება დემოკრატიულ, ხალხის კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ სახელმწიფოში მიმართული უნდა იყოს მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლებისაკენ. საპენსიო სისტემაში ცვლილება განსაკუთრებით სენსიტიური მოვლენაა და საჭიროებს მაქსიმალურად ფრთხილ პოლიტიკის გატარებას რეფორმის ინიციატორებისა და განმახორციელებლების მხრიდან.

გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოს მთავრობის მიერ წარმოდგენილი დაგროვებითი პენსიის პროექტი საკმაოდ მკვეთრ ცვლილებებს ითვალისწინებს, გადავწყვიტეთ, სოციალური კვლევის მეთოდებიდან ყველაზე მეტად რესპონდენტის ინდივიდუალურ შეხედულებებზე ორიენტირებული მეთოდი შეგვერჩია, სიღრმისეული ინტერვიუ, და სწორედ მისი საშუალებით გაგვეგო მოქალაქეთა შეხედულება ახალი საპენსიო

სისტემის შესახებ. გარდა ამისა, ამ მეთოდის პლუსად მივიჩნით ის გარემოებაც, რომ ინტერვიუს დროს დასმული კითხვები არ იყო მკაცრად განსაზღვრული და იძლეოდა საშუალებას დამაზუსტებელი კითხვების დასმისა, მაგალითად, „რატომ?“, „რა გარემოება დამოკიდებულება მთავრობის შემოთავაზებულ დაგროვებით საპენსიო სისტემაზე.

ჩვენი ჰიპოთეზა მდგომარეობდა შემდეგში: ქვეყანაში არსებული მძიმე სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ უმუშევრობა დაუძლეველ პრობლემად იქცა, მოქალაქეები, სავარაუდოდ, არ მიესალმებიან საპენსიო სისტემის ცვლილებას.

საკვლევი კითხვა: არის თუ არა მოსახლეობა ინფორმირებული მზად მიიღოს ახალი საპენსიო დაზღვევის სისტემა? გამომდინარე იქიდან, რომ გვინდოდა საზოგადოების კონკრეტული სეგმენტის აზრის გაგება, ჩავატარეთ ათი სიღრმისეული ინტერვიუ ხუთი სხვადასხვა ასაკობრივი კატეგორიებიდან.

ეს ასაკობრივი კატეგორიები შერჩეულ იქნა იქიდან გამომდინარე, რომ სწორედ ამ ასაკის ადამიანები არიან დაგროვებითი საპენსიო სისტემის პოტენციური „მომხმარებლები“. თითოეული კატეგორიიდან გამოიკითხა ორი განსხვავებული სქესის ადამიანი. რესპონდენტების შერჩევას მაქსიმალურად ვეცადეთ, ყოფილიყვნენ როგორც დასაქმებულები, ისე უმუშევრები, რათა მიგველო მრავალფეროვანი პასუხები. კვლევის შედეგებში რესპონდენტთა ვინაობა, რა თქმა უნდა, არის ანონიმური და გამოყენებულია მხოლოდ მათი შეხედულებები.

კვლევისათვის წინასწარ განსაზღვრული ძირითადი კითხვები დაახლოებით შემდეგნაირად იყო მოდიფიცირებული:

რა იცით საქართველოში ამჟამად არსებული საპენსიო სისტემის შესახებ? (პირველ კითხვაზე პასუხის არცოდნის შემთხვევაში ვაწვდიდით ინფორმაციას) მოგწონთ თუ არა ამგვარი სისტემა? გსმენიათ თუ არა რაიმე ინდივიდუალური დაგროვებითი საპენსიო დაზღვევის შესახებ? (მესამე კითხვაზე უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში კვლავ ვაწვდიდით ინფორმაციას) რამდენად მისაღებია თქვენთვის ამგვარი საპენსიო სისტემა? რომელ სისტემაზე გააკეთებდით არჩევანს ამ ორს შორის? გაძლევთ თუ არა თქვენი ამჟამინდელი მატერიალური მდგომარეობა საშუალებას, ჩაერთოთ ამგვარ საპენსიო სისტემაში და გააკეთოთ დანაზოგი? თქვენი აზრით, უნდა იყოს თუ არა ორივე სისტემა თანაბრად ხელმისაწვდომი და არჩევადი?

კვლევის მიმოხილვა

პირველი ასაკობრივი კატეგორიიდან გამოვკითხეთ ორი სტუდენტი, რომელთა შეხედულებები ამ კითხვებზე შემდეგნაირი იყო:

არცერთმა მათგანმა კონკრეტულად არ იცოდა, როგორი სისტემა მუშაობს ამჟამად ქვეყანაში;

როდესაც ავუხსენით, პასუხები გაიყო და ერთერთს სისტემის არსი მოეწონა, ხოლო მეორემ აღნიშნა, რომ მსგავსი სისტემა ადამიანებში აჩენს უსამართლობის გრძნობას, რადგან შეიძლება მთელი ცხოვრების განმავლობაში იმუშავო და პენსია 200 ლარი გქონდეს მაშინ, როცა ვიღაც საერთოდ არ მუშაობს და მასაც თითქმის მსგავსი პენსია აქვს;

მესამე კითხვაზე ორივე რესპონდენტისგან დადებითი პასუხი მივიღეთ, თუმცა, აზრთა სხვადასხვაობა იყო მეოთხე კითხვაზე. რესპონდენტი, რომელსაც მოსწონს ამჟამინდელი სისტემა, ამბობდა, რომ სახელმწიფომ ყველას სიბერე ერთნაირად უნდა უზრუნველყოს და თუკი ადამიანი მთელი ცხოვრების განმავლობაში მუშაობს, შეუძლია თავად დააგროვოს

კაპიტალი. ყველა მოქალაქე თანასწორია და სიბერე ყველას უზრუნველყოფილი უნდა ჰქონდეს;

მეორე რესპონდენტისთვის მისაღები და სამართლიანია დაგროვებითი სისტემა;

მეხუთე კითხვაზე, ლოგიკურია, რომ პირველმა რესპონდენტმა დააფიქსირა პასუხი: „ავირჩევდი ამჟამინდელ სისტემას“, მეორემ კი უპირატესობა დაგროვებითს მიანიჭა;

მეექვსე და მეშვიდე კითხვებზე რესპონდენტებმა მსგავსი პასუხები გაგვცეს: ორივე უმუშევარია, ამიტომაც ამჟამინდელი მდგომარეობა არცერთს არც აძლევს საშუალებას, ჩაერთოს დაგროვებითი სისტემის პროგრამაში, ხოლო რაც შეეხება არჩევითობას – ორივე რესპონდენტის აზრით, უნდა არსებობდეს არჩევანის თავისუფლება.

მეორე ასაკობრივი კატეგორიაშიც წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების თანახმად შეირჩა ორი რესპონდენტი, რომელთა გამოკითხვამაც მოგვცა შემდეგნაირი პასუხები:

ორივე მათგანს ჰქონდა ინფორმაცია ამჟამინდელი და დაგროვებითი საპენსიო სისტემის შესახებ;

არცერთ მათგანს არ მოსწონს დაგროვებითი სისტემა, რადგანაც, მათივე თქმით, ქვეყანაში უმუშევრობა იმდენად მაღალია, რომ მოსახლეობის ძალიან დიდი ნაწილი ფიზიკურად ვერ მოახერხებს სისტემაში ჩართვას და პენსიის დაგროვებას. შესაბამისად, ორივე მათგანი ემხრობა ამჟამინდელი მოდელის არსებობას;

მიუხედავად იმისა, რომ ორივე მათგანი დასაქმებულია და მათი მატერიალური მდგომარეობა აძლევს საშუალებას ჩაერთონ პროგრამაში. ბოლო კითხვაზეც ორივე რესპონდენტმა გვიპასუხა, რომ არჩევანის საშუალება, რა თქმა უნდა, უნდა არსებობდეს;

მესამე ასაკობრივი კატეგორიიდანაც, წინა ორის მსგავსად შეირჩა ორი რესპონდენტი.

პირველ კითხვაზე ერთერთმა გვიპასუხა, რომ მხოლოდ ის იცოდა, თუ რა რაოდენობის თანხას იღებენ პენსიონერები, თუმცა სისტემის არსით არასდროს დიანტერესებულა, ხოლო მეორე რესპონდენტმა ზუსტად იცოდა, თუ რა სისტემით გაიცემა პენსია საქართველოში ამ ეტაპზე;

როდესაც პირველ რესპონდენტს ავუხსენით, რაში მდგომარეობდა სისტემის არსი, გვიპასუხა, რომ მსგავს სისტემას არ მიესალმებოდა, რადგანაც ამ ეტაპზე ქვეყანაში მცხოვრები პენსიონერების უმრავლესობა ის ადამიანები არიან, ვინც ყოფილ საბჭოთა კავშირში ცხოვრობდნენ და უმეტესობა დასაქმებული იყო, თუმცა თანამედროვე პირობებში უმუშევრობა ძალიან დიდი პრობლემაა და არ ისურვებდა, რომ ადამიანს, რომელიც ცხოვრების დიდი ნაწილი უმუშევარია და ადამიანს, ვინც მთელი ცხოვრება მუშაობდა, ერთნაირი პენსია ჰქონდეთ;

მეორე რესპონდენტის აზრით კი, სწორედ უმუშევრობის პრობლემაა ის ფაქტორი, რის გამოც მოსწონს ამჟამინდელი სისტემა და, შესაბამისად, არ მიესალმება მის შემოთავაზებულ ალტერნატივას;

დაგროვებითი სისტემის შესახებ ორივე რესპონდენტს ჰქონდა ინფორმაცია:

პირველი ეთანხმებოდა მსგავსი სისტემის შემოღებას, ხოლო მეორეს აზრით, ჩვენს სოციალურ რეალობაში ეს სისტემა ბევრად უსამართლოა, ვიდრე ამჟამად არსებული;

მეხუთე კითხვაზე რესპონდენტებმა შემდეგნაირად გვიპასუხეს: პირველი რესპონდენტი, ალტერნატივის შემთხვევაში, აირჩევდა დაგროვებით სისტემას, ხოლო მეორე ამჟამინდელს;

მეექვსე კითხვით გაირკვა, რომ პირველი რესპონდენტი იყო დასაქმებული, ხოლო

მეორე რესპონდენტი უმუშევარი, თუმცა ორივე ფიქრობენ, რომ უნდა არსებობდეს არჩევანის თავისუფლება – ადამიანმა უნდა ისარგებლოს იმ საპენსიო სისტემით, რომელიც მას ურჩევნია;

მეოთხე ასაკობრივ კატეგორიაში შერჩეულმა ორივე რესპონდენტმა მსგავსი პასუხები გაგვცა: მათ ჰქონდათ ინფორმაცია როგორც ამჟამინდელ, ისე დაგროვებით საპენსიო სისტემაზე;

ორივე მათგანს მოსწონს დაგროვებითი სისტემა და მას აირჩევდა;

აღმოჩნდა, რომ ორივე რესპონდენტი დასაქმებული იყო, თუმცა ისიც აღნიშნეს, რომ ხელფასები ნამდვილად არაა მაღალი ან ნორმალური ცხოვრებისთვის საჭიროც კი, ამიტომ დაგროვებითი სისტემა არ უნდა დააწვეს დასაქმებულებს მძიმე ტვირთად;

ასევე, მსგავსი პასუხები გაგვცეს ბოლო კითხვაზე – მათი აზრით, ყველასთვის არსებობდეს ერთი კონკრეტული საპენსიო სისტემა;

ბოლო ასაკობრივ კატეგორიაში გამოკითხულმა ორივე რესპონდენტმა იცოდა საპენსიო სისტემების რაობის შესახებ:

პირველ რესპონდენტს არ მოსწონს ამჟამინდელი სისტემა და ფიქრობს, რომ სხვა დასავლური ქვეყნების მსგავსად, ჩვენთანაც დაგროვებითი სისტემა უნდა მუშაობდეს. ამიტომაც ის დაგროვებით სისტემას აირჩევდა, თუმცა ისიც აღნიშნა, რომ არასტაბილურობის განცდა აქვს და მაინც დაფიქრდებოდა არჩევანზე – ხომ არ არის საფრთხე, რომ მისი საპენსიო ასაკის მიღწევისას რაღაც დიდი ცვლილება მოხდეს და დაგროვებული პენსია „წყალში ჩაეყაროს“.

მეორე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ამჟამინდელი სისტემა დასახვეწია, თუმცა, დაგროვებითს მაინც ამჟამინდელი ურჩევნია, ისევე ჩვენი ქვეყნის მძიმე სოციალური ფონიდან გამომდინარე. შესაბამისად, ის არჩევის შემთხვევაში, ამჟამინდელ პროგრამას მიანიჭებდა უპირატესობას.

როგორც აღმოჩნდა, მეორე რესპონდენტი უმუშევარი იყო და მისი ამჟამინდელი მდგომარეობა არც აძლევდა საშუალებას დაგროვებითი სისტემით ესარგებლა, თუმცა ფიქრობს, რომ არჩევანის საშუალება უნდა იყოს.

დასკვნა

ათივე რესპონდენტთან გასაუბრებამ ცხადყო, რომ ისინი მეტ-ნაკლებად გარკვეულნი იყვნენ საპენსიო სისტემებში. თუმცა, აზრთა სხვადასხვაობა, რა თქმა უნდა, არსებობდა. რეალურად, კვლევის მიზანიც სწორედ მრავალფეროვანი პასუხების მიღება იყო. რესპონდენტების აზრი ორად გაიყო: ხუთი მათგანი

უპირატესობას ანიჭებს ამჟამინდელ სისტემას, ხუთი კი დაგროვებითს. თუმცა, ინტერვიუებმა ცხადყო, რომ დაგროვებითი სისტემის მოწინააღმდეგეების მთავარი არგუმენტი ქვეყანაში უმუშევრობის მაღალი დონე იყო და მისი აღმოფხვრის შემთხვევაში, ათი მათგანიდან შვიდი დაგროვებით სისტემას აირჩევდა.

ამჟამინდელი მოცემულობა არ იძლევა საშუალებას, გადაჭრით ითქვას, რომ ქვეყანა მზადაა ამ სისტემაზე გადასასვლელად. უფრო მეტიც, დაგროვებითი სისტემის მომხრეებიც აღნიშნავენ, რომ ეს მათი არჩევანი იყო, თუმცა მათ გარშემო უმუშევრობა იმდენად მაღალია, რთული იქნება იმის თქმა, რომ რეფორმა ხალხში მოწონებას დაიმსახურებს.

კვლევის შედეგი უფრო ნათელი რომ იყოს, წარმოვადგენთ პრობლემებსა და ამ პრობლემათა შესაძლო გადაჭრის ხერხებს:

ეკონომიკური სიდუხჭირე - ათივე რესპოდენტთან გასაუბრებისას პირველი, რაც უდავოდ იკვეთებოდა არის არსებული ეკონომიკური გარემოს კრიზისული მდგომარეობა, რაც ადამიანთა მატერიალურ მდგომარეობაზე შემაფერხებელ ზეგავლენას ახდენს;

სანდოობის ნაკლებობა - რაც გამომდინარეობს ქვეყნის გამოცდილებიდან, კერძოდ, საბჭოთა ანაბრების დაკარგვა, რამაც მნიშვნელოვნად იმოქმედა საზოგადოების ნდობის ხარისხზე და შიში ჩაუნერგა მათ საკუთარი ფულის გრძელვადიან პერსპექტივაში დაბანდებასთან დაკავშირებით;

ინფორმაციის სრული პაკეტის არ არსებობა სისტემასთან მიმართებაში - მართალია კვლევაში მონაწილე ადამიანების უმრავლესობას ჰქონდა გარკვეული ინფორმაცია საპენსიო სისტემასთან მიმართებაში, თუმცა, ამ ინფორმაციას ჩვენ ვერ დავარქმევთ საფუძვლიანს, იმდენად, რომ ადამიანებმა გადაწყვეტილებების მიღება რაციონალურად შესძლონ;

უმუშევრობა - შემდეგი ფაქტორი უკავშირდება უმუშევრობას, რაც უშუალოდ არის დაკავშირებული ეკონომიკურ პრობლემებთან და რესპოდენტთა დიდი ნაწილისთვის, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი განსხვავებული ასაკობრივი და სოციალური კატეგორიიდან შევარჩიეთ მთავარ დამაბრკოლებელ ძალას წარმოადგენდა მუდმივი სამუშაოს ქონის შეუძლებლობა, რაც პრაქტიკული მნიშვნელობით ერთერთი გადამწყვეტი ფაქტორია დაგროვებითი საპენსიო სისტემის უზრუნველყოფისთვის;

დაგროვებითი საპენსიო სისტემა არ უნდა იყოს სავალდებულო ხასიათის - რესპოდენტები მიიჩნევდნენ, რომ ადამიანს მძიმე ტვირათად არ უნდა დააწვეს საპენსიო შენატანი და მან თავად უნდა განსაზღვროს სურს თუ არა მისი გადახდა;

ჩვენი კვლევის შედეგად და იმ პრობლემების იდენტიფიკაციის შედეგად, რომლებიც ჩვენმა რესპოდენტებმა წამოჭრეს საკუთარი დამოკიდებულებებით, შეგვიძლია ვისაუბროთ ამ პრობლემათა გადაჭრის შესაძლო გზებზე;

პირველ რიგში, ეს არის ეკონომიკური ფაქტორის გადაჭრის აუცილებლობა ქვეყნის მასშტაბით, რაც ნებისმიერი სოციალური პრობლემის საწინდარია და ხელს უშლის ყველა ტიპის სოციალურ ინიციატივას საზოგადოებაში. ეკონომიკური ფაქტორი ვერ გაუმჯობესდება არსებული რეალობით, თუნდაც, საპენსიო სისტემის თვალსაზრისით, რადგან უახლოეს მომავალში პენსიონერთა საპენსიო გასაცემელის ტვირთი არამხოლოდ შრომისუნარიან მოქალაქეებს, არამედ სახელმწიფოს დაეკისრება სოციალური გასაცემლის გაზრდის საჭიროების გამო, რადგან ქვეყანა დგას დემოგრაფიული დაბერების წინაშე;

რაც შეეხება სანდოობის ნაკლებობას, ვთვლით რომ ბუნებრივია, რადგან თითქმის ყველა რესპოდენტმა წამოჭრა ანაბრების დაკარგვის საკითხი და შიში გრძელვადიანი დაგროვებითი სისტემისა, რადგან მათ ეშინათ დიდი ცვლილებებისა და ფულის დაკარგვის. ამისათვის, ვთვლით ხელსაყრელი იქნება წინასწარი გარანტიების შექმნა მათთვის, როგორც სტატიის პირველ ნაწილში ესტონეთის მაგალითში დავასახელებთ, კერძოდ საგარანტიო ფონდების შექმნა, სახელმწიფო რეგულირების სისტემის ამოქმედება, დიფერენცირება საგარანტიო სტრატეგიებისა, რათა მოსახლეობა ფლობდეს ინფორმაციის ყველა შესაძლო წყაროს, რაც მათ ნდობას გაამყარებს ამ სისტემასთან მიმართებაში;

ასევე, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ინფორმაციის ზედაპირულობა და თუ გავითვალისწინებთ შიშს, რომელიც ადამიანს გააჩნია იმ მოვლენების მიმართ, რომელზეც თითქმის არაფერი იცის, აუცილებელია ორგანიზებული, მიუკერძოებელი ინფორმაციის გაცემა და მოსახლეობისთვის იმ საფრთხეების გასაგებ ენაზე ახსნა, რა საფრთხეებიც არსებულ საპენსიო სისტემას ემუქრება მომავალში;

უმუშევრობის საკითხი უდაოდ მნიშვნელოვანია და სახელმწიფოს ეკისრება ვალდებულება ამ კუთხით განახორციელოს რეგულაციები. მაგალითად, დასაქმების პროგრამების შექმნა და მოსახლეობის აქტიური ჩართვა ამ პროცესში, ვფიქრობთ მნიშვნელოვნად შეცვლის არსებულ ვითარებას. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია თვითდასაქმებულთა დიდი რაოდენობა, რომლებიც არ ფიქსირდებიან სამუშაო ძალად და არ გააჩნიათ ფიქსირებული შემოსავალი. ჩვენი რესპოდენტებიდან გარკვეული ნაწილი წარმოადგენდა სწორედ თვითდასაქმებულს;

დაგროვებითი საპენსიო დაზღვევა საწყის ეტაპზე უნდა იყოს აუცილებლად ნებაყოფლობითი, რადგან მოსახლეობა არ შეშინდეს და მათში პროტესტი არ აღძრას იმგვარმა ვალდებულებებმა, რომლის საკუთარ თავზე აღება პრაქტიკულად მათ ძალეებს აღემატება. გარდა ამისა, სახელმწიფო სოციალური პენსია კვლავ ძალაში უნდა დარჩეს, რათა ადამიანებს ჰქონდეთ გარანტია იმისა, რომ თუ თვითონ ვერ შესძლებენ საკუთარი სიბერის ღირსეულ უზრუნველყოფას სახელმწიფო მათ ბედის ამარა არ მიატოვებს და მინიმალური შემოსავლით უზრუნველჰყოფს სიბერეში;

საბოლოოდ, შეიძლება ითქვას, რომ კვლევაში არსებული მონაცემები მთლიანი სურათის ერთი ნაწილია, თუმცა, ჩვენ შევეცადეთ იმგვარად გავსაუბრობოთ რესპოდენტებს, რომ წარმოგვეჩინა ძირითადი პრობლემები ჩვენს საკვლევ საკითხთან მიმართებაში. შედეგად, შეიძლება ითქვას, რომ არსებული რეალობა ხელს უდაოდ უშლის საპენსიო სისტემის იმგვარ რეფორმას, როგორც იგეგმება. თუმცა, ვერ ვიტყვით, რომ ამჟამად არსებული საპენსიო სისტემა იდეალურად ერგება საზოგადოების ინტერესებს. თუმცა, ესტონეთმა, რომელსაც მსგავსი პრობლემები გააჩნდა 1990-იან წლებში, შეძლო საპენსიო სისტემის წარმატებული რეფორმირება, რაც იმედის მომცემია.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. The World Bank.. Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth. New York: Oxford University Press. 1994.
2. საჭიროა თუ არა საპენსიო რეფორმა? საპენსიო რეფორმა: გლობალური და ქართული პერსპექტივა. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. თბილისი, 2013.
3. ბრუნი ბ, ჭითანავა მ. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულობა საქართველოში. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი), გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი. 2017.
4. დემნა დევდარიანი. საპენსიო სისტემის რეფორმის მიმდინარეობის ანალიზი. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი. 2016.
5. Estonia. Encyclopedia Britanica. 2018.
6. საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო. 2016. ანგარიში: საქართველოს საპენსიო რეფორმა. თბილისი: საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო.
7. Estonian Investment Agency. Tax System. Retrieved August 24, 2016, from Estonian Investment Agency.
8. OECD. (2011). Estonia: Review of the Private Pensions Systems. OECD Publishing.
9. Verulava, T. Pension System in South Caucasus: Challenges and Reform Options. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 2018; 12 (1):168-174.

10. Asatiani, M, Verulava T. Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen's Typology. *Economics and Sociology*, 2017; 10 (4): 21-28.
11. Jgerenaia E, Mourao P, Verulava T. Pension systems in Southern Europe – Challenges and Opportunities. *International Affairs and Global Strategy*, (2014). 25, 1-19.
12. ვერულავა, თენგიზ. სადაზღვევო საქმის საფუძვლები. თბილისი: ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი, 2017.



ჩაგრულთა გაკვეთილები

ნინო ჩერქეზიშვილი¹

¹ სახელოვნებო მეცნიერების, მედიისა და მენეჯმენტის ფაკულტეტის დოქტორანტი, შ. რუსთაველის სახელობის თეატრისა და კინოს უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. ჩაგრულთა თეატრალური გაკვეთილები ე.წ. „ჩაგრულთა თეატრი“ არის არატრადიციული თეატრია, რომელიც გამოიყენება ადამიანებს შორის დიალოგის დაწყების და კონფლიქტური სიტუაციების დებატებით გადაჭრის ხელშესაწყობად. სპექტაკლის მიმდინარეობის დროს ნებისმიერ „მაყურებელ-თანამონაწილეს“ შეუძლია თეატრალურ დადგმაში ჩაერიოს და სცენარში განვითარებულ მოვლენებზე საკუთარი პოზიცია გამოთქვას. მეთოდოლოგია. კვლევა ჩატარდა საფრანგეთში. გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევის მეთოდები. კვლევისათვის შერჩეულ იქნა საფრანგეთის სამი სკოლა: კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა ორი თეატრალური კომპანიის 30 მსახიობი და სამი რეჟისორი. განხორციელდა 340 მოზარდის ქცევაზე დაკვირვება. შედეგები. კვლევამ აჩვენა, რომ სპექტაკლს, წარმოდგენას განსაკუთრებული ზემოქმედების მოხდენა შეუძლია ადამიანებზე. თეატრალურ დებატებში ისინი პოულობენ გზას, როგორ მოიქცნენ რეალურ ცხოვრებაში მსგავსი პრობლემების მოგვარების დროს. ასეთი თეატრალური დებატები სიტუაციის გაანალიზებას და ტრანსფორმირებას ხელს უწყობს. დასკვნა, რეკომენდაციები. მიზანშეწონილია საქართველოს სკოლებში დისკრიმინაციული სიტუაციების აღმოფხვრის მიზნით ე.წ. თეატრალური ჩაგრულთა გაკვეთილების დანერგვა, ვინაიდან სახეზე გვაქვს კონფლიქტის უამრავი ფორმა, ფიზიკური თუ სიტყვიერი. ჩაგრულთა გაკვეთილების დროს ყველაზე მთავარი შიშის დაძლევაა. თეატრალური დებატები დაეხმარება და გამხნევებს ქართველ მოზარდებს სიტუაციის გაანალიზებასა და გარდაქმნაში.

საკვანძო სიტყვები: ჩაგრა, ძალადობა, ბულინგი, ჩაგრულთა თეატრი, თეატრალური დებატები, მაყურებელ-მსახიობი.

ციტირება: ნინო ჩერქეზიშვილი. ჩაგრულთა გაკვეთილები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2022; 6; 6

The lesson e of the Oppressed

Nino Cherkezishvili ¹

¹Faculty of Arts, Media and Management, University of Theater and Cinema

Abstract

Oppression, use of force, bullying, conflict among adolescents are most hot issues and topical problems of the 21st century. The Theatrical lesson of oppressed (the theatre of oppressed) is a non-tradition theater. It is used to encourage people to start a dialogue and solve problems through debates. The greatest humanistic and historic task of the oppressed is as follows: they have to free not only themselves, but oppressors as well. Boal took into practice the methodologies of Paolo Freire which meant political and social activation of target groups. Boal presents the new term: "Spect-actors" and this creates the new form - "Theatrical Debates", so called "Forum Theater". He also brings "Joker" i.e. "Moderator" in theatrical act. Imagination of Boal stands on an idea, whereas any "Spect -actors" can be involved in theatrical play during the play, express his/her position about play issues, even changing the play course. Method of Boal (used in many countries of the world) aims to turn the audience into active participant of the play, providing improvement of people and their environment. Presently, many theater companies work in Europe and USA following the method created by Boal. Here in the work, we will show you the research from the "Theatrical Debates" created by the students and fellows of Boal. The lessons of the oppressed This is the research where students explore, demonstrate and analyze the transformation of their lives. The theatres NAJE and ENTRÉES DE JEU successfully practice the form Theatrical Debates with children and adults, who are the members of different groups.

Key words: Oppression, bullying, Moderator, Spect-actors, Theatrical Debates, The theater of oppressed.

Quote: Nino Cherkeshishvili. The lesson e of the Oppressed. Health Policy, Economics and Sociology 2022; 6

შესავალი

ჩაგვრა, ძალადობა, ბულინგი, მოზარდებს შორის კონფლიქტი XXI საუკუნის ყველაზე აქტუალური და მწვავე პრობლემებია. არასასურველ და აგრესიულ ქცევებს ადამიანები დეკუმანიზაციისკენ მიჰყავს.

ბრაზილიელი მეცნიერის პაულო ფრეიერის მიხედვით: „ჩაგვრა არის ნებისმიერი სიტუაცია რომელშიც „ა“ ობიექტურად ჩაგრავს „ბ“-ს ან აბრკოლებს მის ბრძოლას დამკვიდრებისთვის“. [1. გვ.26]

ბრაზილიელი რეჟისორისა და პოლიტიკოსის აუგუსტო ბოალის მიერ შექმნილი ე.წ. ჩაგრულთა თეატრალური გაკვეთილები, განსაკუთრებით თეატრალური დებატები, დღეს მთელს მსოფლიოში გამოიყენება, იმისათვის რომ ხელი შეუწყოს ადამიანებს შორის დიალოგის დაწყებას და კონფლიქტური სიტუაციები დებატებით გადაჭრას. დიალოგი გულისხმობს ნდობას, თანაზიარობას, თანამონაწილეობას, ერთად სწავლისა და შემოქმედების სურვილს.

ჩაგრულთა გაკვეთილების მიზანია სოციალურ, კონფლიქტურ სიტუაციებში ადამიანის ცნობიერების ამაღლება. ჩაგრულთა თეატრალური დადგმები გვაჩვენებს, თუ როგორ არის ადამიანის სხეული და გონება დაკავშირებული ტრადიციებთან, შეჩვეულ თუ დასწავლილ ქცევასთან.

XX-XXI საუკუნეების მიჯნაზე ჩაგრულთა მდგომარეობის შესწავლა-განხილვა სულ უფრო პოპულარული ხდება და მთელ მსოფლიოში გამოიყენება, მათ შორის სკოლებში, ორგანიზაციებში ურთიერთობათა დემოკრატიზაციის მიზნით. კერძოდ, იმ შემთხვევებში, როდესაც იქნება ადამიანური ურთიერთობების პრობლემა და საჭირო ხდება ვითარების ანალიზი და გამოსავლის მოძებნა.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ჩაგრულთა გაკვეთილები მიმდინარეობს ე.წ. „ჩაგრულთა თეატრში“ რომელიც 1960-იან წლებში, ბრაზილიაში, აუგუსტო ბოალიმ შექმნა. მან პაულო ფრეიერის მეთოდები

განათლების, სწავლისა და აღზრდის სფეროებში თეატრალური დებატების მეშვეობით განავითარა. ბოალიმ თეატრის სცენაზე გადაიტანა პაულო ფრეიერის ჩაგრულთა პედაგოგიკის თეზისები. ჩაგრულთა თეატრში გააერთიანა:

უხილავი თეატრი, თეატრალური დებატები, სამართლებრივი თეატრი. 1973 წელს კი, მისი პირველი წიგნი „ჩაგრულთა თეატრი“ გამოიცა. „ჩაგრულთა ბრძოლას სამართლიანობისა და თავისუფლებისთვის, დაკარგული ადამიანობისთვის, ჰუმანიზაციისკენ სწრაფვას კიდევ უფრო აძლიერებს დეჰუმანიზაცია... იგი არა მხოლოდ მათზე მოქმედებს ვისაც ადამიანობა წაართვეს, არამედ მათზეც, ვინც წაართვა,“ წერდა ფრეიერი თავის წინში.[1.გვ.15]

ჩაგრულთა გაკვეთილების ავტორთა აზრით, ადამიანების ერთი ნაწილის მეორეზე ბატონობა უსამართლო სოციალური მოწყობიდან მომდინარეობს და მრავალგვარი ფორმით გამოიხატება. ამ უსამართლობას ადამიანი დაჰყავს ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და კულტურული ექსპლოატაციის ობიექტის მდგომარეობამდე.

„ჩაგრული ადამიანი, როდესაც თავისუფლებისთვის ბრძოლას იწყებს, მჩგვრელს კი არ უნდა დაემსგავსოს, არამედ ორივე მხარის ღირსების აღდგენა უნდა სცადოს“. [2.გვ.15]

ასე რომ, ჩაგრულთა უდიდესი ჰუმანისტური და ისტორიული ამოცანა ასეთია: მათ უნდა გაათავისუფლონ არა მხოლოდ საკუთარი თავი, არამედ მჩაგვრელებიც, რომლებიც საკუთარი ძალაუფლების მეშვეობით ჩაგრავენ და ექსპლოატაციას უწევენ ჩაგრულებს. ისინი ვერ აცნობიერებენ საკუთარ თავს როგორც მჩაგვრელებს და ვერც იმას აცნობიერებენ, რომ მათაც გაათავისუფლება სჭირდებათ. ჩაგვრის აღმოფხვრის ინიციატივა ჩაგრულებისგან უნდა წამოვიდეს.

ბოალი თავის მეთოდს სწავლების მეთოდს უწოდებს და ამბობს, რომ ჩაგრულთა თეატრში ადამიანები სწავლობენ იმას, რაც უკვე იციან. პრობლემის სათავეს ბოალი თავისუფლების იმ შიშში ხედავს, რომელიც ჩაგრულებს ასე აწუხებთ. შიში, რომელიც ჩაგრულებს მჩაგვრელის პოზიციის დაკავებისკენ ან ჩაგრულის როლთან შეგუებისკენ უბიძგებს, ნამდვილად შესწავლის ღირსია.

ჩაგრულის ქცევა მჩაგვრელის დირექტივებითაა განსაზღვრული.

ბოალის სურვილია, რომ შეისწავლოს ეს სიტუაცია და თეატრში მისი ტრანსფორმაცია მოახდინოს. პაულო ფრეიერმა განათლების მეშვეობით საზოგადოების გარდასაქმნელად სპეციალური მეთოდი შექმნა. ფრეიერის კონცეფციიდან გამომდინარე, ჩაგრულები ვერ ახდენენ თავიანთი პრობლემების გაცნობიერებასა და იდენტიფიკაციას. ამისათვის მათ გარეშე ადამიანის დახმარება სჭირდებათ. ასეთ დამხმარე პირს, რომელიც ჩაგრულებთან კომუნიკაციაში შედის და მათ საკუთარი მდგომარეობისა და საჭიროებების გაცნობიერებაში ეხმარება, ფრეიერმა ანიმატორი უწოდა. ანიმატორი ჩაგრულებთან გამართული გასაუბრებების საფუძველზე წამოჭრილი თემების იდენტიფიცირებას ახდენს, რათა განახორციელოს პედაგოგიკის ამოცანათა ადაპტირება ჩაგრულთა სოციალურ-პოლიტიკურ პრობლემებთან. ანიმატორი მუშაობს დიალოგიური განათლების მეთოდით, სადაც თავად ანიმატორს აქვს დიალოგიური განმანათლებლის როლი.

ბოალის თეატრში დიალოგიური განმანათლებლის როლს თამაშობს ჩაგრულთა თეატრის მსახიობი. ბოალის მეთოდი, რომელიც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში გამოყენება, მიზნად ისახავს, რომ აუდიტორია თეატრალური წარმოდგენის აქტიურ მონაწილედ აქციოს, რაც ადამიანებისა და მათი გარემოს გაუმჯობესებას და სასიკეთოდ გარდაქმნას ემსახურება. ბოალის მტკიცებით, ტრადიციული თეატრი არის დესპოტური, მაყურებელს არ აქვს შესაძლებლობა გამოხატოს საკუთარი თავი და ორი მხარის თანამშრომლობით მიაღწიოს სასურველ ცვლილებებს, რომლებიც გაათავისუფლებს ადამიანებს [2.გვ25].

ფრეერის მეთოდი ეფუძნება მასწავლებლისა და მოსწავლის ურთიერთობის დემოკრატიზაციის იდეას. სწორედ ამ მოდელის თუ მეთოდის გადატანა სცადა ბოალიმ სოციალურ თეატრში და თეატრი რეალურად არსებული სოციალური პრობლემების მოგვარების იარაღად აქცია. სადღეისოდ ბოალის მიერ შექმნილი მეთოდით ევროპასა და ამერიკაში მრავალი თეატრალური დასი მუშაობს. მათი მუშაობის პრინციპი შემდეგში მდგომარეობს - მათ უკავშირდებიან სხვადასხვა ორგანიზაციები - სახელმწიფო და არასამთავრობო სტრუქტურები, სკოლები, ლიცეუმები და სხვა დაწესებულებები, რომლებსაც აქვთ რაიმე პრობლემა ადამიანური ურთიერთობების სფეროში და სთხოვენ დახმარებას, რომელიც თეატრალური დებატების ორგანიზებაში გამოიხატება.

მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა საფრანგეთში. გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევის მეთოდები. კვლევისათვის შერჩეულ იქნა საფრანგეთის სამი სკოლა: პარიზის ცენტრში მდებარე სახელმწიფო სკოლა, პარიზის გარეუბანში მდებარე სახელმწიფო სკოლა და ვერსალის სახელმწიფო სკოლაში. ჯგუფში გაერთიანებული იყვნენ 5-8 წლის ბავშვები პარიზის სხვადასხვა უბნებიდან, ისინი თავად მოვიდნენ Najé-ს თეატრში. ამ ბავშვებს ჩაგრულთა გაკვეთილები ე.წ. თეატრალური დებატები თეატრალური კომპანიის Najé-ს და Entrees de Jeu-ს მსახიობებმა ჩაუტარეს. კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა ორი თეატრალური კომპანიის 30 მსახიობი და სამი რეჟისორი. განხორციელდა 340 მოზარდის ქცევაზე დაკვირვება.

თეატრალურ კვლევაში ჩართულ სამიზნე ჯგუფს სკოლებისა და ლიცეუმების მოსწავლეებს, აუგუსტო ბოალი „მაყურებელ-თანამონაწილეებს“ უწოდებს.

თეატრალურ დებატებს - ჩაგრულთა გაკვეთილებს, მოდერატორობს ჯოკერი, ე.წ. ანიმატორი, რომელიც Najé და Entrees de Jeu მსახიობია.

დებატების დაწყების წინ, ჯოკერი ინფორმაციას აწვდის „მაყურებელთანამონაწილეებს“ რომ ისინი თეატრალურ დებატების მონაწილეები არიან და პირველი ჩვენების შემდეგ სპექტაკლის ხელმეორედ ჩვენება გაიმართება. ამ დროს ნებისმიერს შეუძლია დაიყვიროს „სტოპ“, და ჩააგრულ პერსონაჟს დაეხმაროს კონფლიქტის მოგვარებაში.

დახმარების არსი:

პირველი - უკარნახოს როგორ მოიქცნენ,

მეორე - მაყურებლის ადგილი მიატოვოს და სცენაზე ჩაგრული მსახიობი ჩაანაცვლოს.

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა დაკვირვების მეთოდი (ოთხი ძირითადი ტიპი: სხეულის ზედაპირისა და ფიზიკური ნიშნების დაკვირვება, ექსპრესიული მოძრაობის ანალიზი, ფიზიკური ადგილმდებარეობის ანალიზი და მეტყველებითი ქცევის დაკვირვება), პერსონალური და ვიდეო გამოკითხვა, ჩართული (მონაწილეობითი) დაკვირვების მეთოდი.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ წარმოდენას ქვია თეატრალური დებატები, მასში მონაწილე სტუდენტებსა და მშობლებს არ სურთ, მათი ან მათი შვილის ვინაობა გამჟღავნდეს, ამიტომ კვლევის დროს შექმნილი ვიდეო და ფოტომასალის საზოგადოებაში გავრცელება აკრძალულია.

შედეგები

თეატრალური გაკვეთილები, ე.წ. „თეატრალური დებატები“ სისტემატიურად ტარდება პარიზისა და ვერსალის სკოლებსა და ლიცეუმებში 2011 წლიდან დღემდე.

ჩაგვრა - ე.წ. ბულინგი, განხორციელებული იყო როგორც მსხვერპლთან უშუალო კონტაქტით - პირდაპირი გზით: მოსწავლის მიმართ ფიზიკური და სიტყვიერი აგრესიის გამოხატვა, აგრეთვე უშუალო კონტაქტის გარეშე - ირიბი გზით: ჭორების გავრცელებით.

კვლევაში მონაწილეობდა ვერსალის სკოლის ერთი ჯგუფი - 14-16 წლის მოზარდები. საკვლევი თემა იყო გენდერული თანასწორობა. Entrees de Jeu მსახიობებმა ოთხი სხვადასხვა წყვილი გაითამაშეს, მამრობითი სქესის მსახიობი ფსიქოლოგიურად ძალადობდა მდედრობით სქესზე. ქალს ძალადობა თავად უნდა აღეკვეთა. სამიზნე ჯგუფი „მაყურებელ-სპექტატორები“ ადგილიდან კარნახობდნენ მსახიობებს თუ როგორ მოქცეულიყვნენ, როგორ გაეთავისუფლებინათ თავი არსებული ჩაგვრისა და ძალადობისგან. თეატრალური დებატების პროცესს გადაღებულ იქნა ვიდეოფირზე. სამიზნე ჯგუფის წევრმა გოგონამ, როგორც კი დაინახა კამერა, დებატებში მონაწილეობა შეწყვიტა და თქვა, რომ არ სურდა მისი პირადი აზრები და შეხედულებები ვერსალის აუდიტორიას გასცდენოდა. ფაქტიურად თეატრალური დებატები ჩავარდა. ვიდეოფირზე გადაღები გარეშე პირის დანახვისას მოსწავლეებმა უარი განაცხადეს თეატრალური დებატების გაგრძელებაზე. სცენაზე ჩაგრული მაყურებლის ჩანაცვლების სურვილი 80 მოსწავლიდან არავის გასჩენია.

მსგავსი დებატები პარიზის სკოლაში წარმატებით დასრულდა. პარიზის სკოლის მოსწავლეები გარეშე პირზე არ რეაგირებდნენ. უფრო აქტიურები აღმოჩნდნენ და არა მხოლოდ ადგილიდან უკარნახეს ჩაგრულ პერსონაჟს როგორ მოქცეულიყო, არამედ სცენაზეც ჩაანაცვლეს. 80 მოსწავლიდან 6 ავიდა სცენაზე, 15-მა ადგილიდან უკარნახა მსახიობს როგორ აღეკვეთა ჩაგვრა.

კვლევაში მონაწილე მესამე ჯგუფს წარმოადგენდნენ პარიზის ლიცეუმის 14-16 წლის სტუდენტები. საკვლევ თემას წარმოადგენდა სტუდენტების დამოკიდებულება სოციალურ ქსელებზე - „კიბერ-ბულინგი“. ასეთი ტიპის თეატრალურ დებატებში ნაჩვენები იყო თანატოლის ალკოჰოლიური სასმელით თრობა, ფარულად მისი ფოტოების გამოქვეყნება, დამცინავი და შეურაცხყოფელი კომენტარების გავრცელება სოციალური ქსელებით. ამ მხრივ აღსანიშნავია, რომ ინტერნეტზე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება ყველაზე მეტად გავრცელებული მოველენაა პარიზის სკოლებში. 80 მოსწავლიდან 7 ავიდა სცენაზე, 20-მა ადგილიდან უკარნახა, თუ როგორ მოქცეულიყო ჩაგრული მსახიობი.

მეოთხე ჯგუფს წარმოადგენდა - 5-8 წლამდე ბავშვები. მათთვის სცენაზე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანები გაითამაშეს.

ნაჩვენები იყო ქუჩაში გადაადგილება, მაღაზიაში შევიწროება, ტაქსში აბუჩად აგდება, ოჯახში კვებისა და წამლის რეჟიმის იძულებით შესრულება. შშმ ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური იძულება, გარკვეული ქმედების შესრულება თავისი სურვილის საწინააღმდეგოდ. ყველაზე აქტიურები ამ ასაკის ბავშვები აღმოჩნდნენ.

100 მაყურებელ-მონაწილედან სცენაზე 40 ავიდა, რათა ჩაგრული მსახიობი ეთამაშა და გამოსავალი მოეძებნა.

კვლევამ აჩვენა, რომ ჩვეულებრივ, ბავშვებში არ ვლინდება დისკრიმინაციული დამოკიდებულება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების მიმართ, პირიქით, თანადგომა უფრო იგრძნობა.

ჩაგრულთა გაკვეთილების დროს ბულინგის ოთხივე სახე იყო ნაჩვენები: ფიზიკური, სიტყვიერი, ინდივიდის სოციალურ ურთიერთობებზე/რეპუტაციაზე ორიენტირებული და ინდივიდის საკუთრების დაზიანება. პედაგოგები, ფსიქოლოგები, სკოლის მოსწავლის მშობლები, მსახიობები და მოდერატორები, ერთი წლის განმავლობაში სისტემატიურად მუშაობენ, რომ კონფლიქტის და ძალადობის ფორმებზე ესაუბრონ მოზარდებს. მსახიობები და

დრამატურგები სცენაზე გასათამაშებელ დრამატულ ტექსტებს ბავშვების რეალური ცხოვრებიდან წერენ, რა თქმა უნდა მათთან გასაუბრების შედეგად.

ჩაგრულები, რომლებიც ადაპტირებულები არიან ჩაგვრის იმ სტრუქტურასთან, რომელშიც ცხოვრობენ, და მას სრულიად ემორჩილებიან, თავისუფლების ბრძოლის დაწყებაზე თავს იკავებენ, ვინაიდან თვლიან, რომ ამ ბრძოლის თანმდევი რისკის გაწევას ვერ შეძლებენ. თეატრალური დებატების ჯოკერი მათ ამხნევეს და გამბედაობას მათებს ბრძოლის დასაწყებად. ამგვარად, სიტუაციის ტრანსფორმირება შესაძლებელი ხდება.

კვლევამ აჩვენა, რომ სპექტაკლს, წარმოდგენას განსაკუთრებული ზემოქმედების მოხდენა შეუძლია ადამიანებზე. მოდერატორი ე.წ. ჯოკერი გაამხნევეს მაყურებელ-თანამონაწილეს დაფიქრდეს და არსებული მდგომარეობიდან გამოსავალი მოძებნოს. დებატებში იყო როგორც ემოციური ასევე კოლექტიური ჩართულობა.

„მაყურებელ-სპექტატორები“ ამბობენ რომ თეატრალურ დებატებში ისინი პოულობენ გზას, როგორ მოიქცნენ რეალურ ცხოვრებაში მსგავსი პრობლემების მოგვარების დროს. ასეთი თეატრალური დებატები სიტუაციის გაანალიზებას და ტრანსფორმირებას ხელს უწყობს. თეატრალურ დებატებს ბოლო ოცი წლის განმავლობაში აქტიურად აწყობენ ჩაგრულთა თეატრის კომპანიები.

რეკომენდაცია

მიზანშეწონილია საქართველოს სკოლებში დისკრიმინაციული სიტუაციების აღმოფხვრის მიზნით ე.წ. თეატრალური ჩაგრულთა გაკვეთილები დაინერგოს.

ვინაიდან, სახეზე გვაქვს კონფლიქტის უამრავი ფორმა, ფიზიკური თუ სიტყვიერი. ჩაგრულთა გაკვეთილების დროს ყველაზე მთავარი შიშის დაძლევაა. თეატრალური დებატები დაეხმარება და გაამხნევეს ქართველ მოზარდებს სიტუაციის გაანალიზებასა და გარდაქმნაში.

ბიბლიოგრაფია:

1. ფრეიერი, პაულო. ჩაგრულთა პედაგოგიკა. თბილისი: შპს „გლობუსი“, 2005.
2. Augusto Boal, Theatre de l'opprime, Editions la Decouverts & Syrons, Paris 1996



მცირე ზომის ენდომეტრიოზის ადრეული დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობა

ნუგეშა გრიგალაშვილი¹

¹ მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

გენიტალური ენდომეტრიოზი წარმოადგენს ერთერთ ყველაზე მძიმე დაავადებას და გინეკოლოგიური დაავადებების სტრუქტურაში ბოლო წლებში მყარად ინარჩუნებს მესამე ადგილს. მოცემული დაავადების მზარდი როლი, პრობლემის სოციალური მნიშვნელობა გვეკარნახობს მისი ყოველმხრივი შესწავლის აუცილებლობას. ამიტომ წინამდებარე სტატიაში განიხილება მისი ადრეული დიაგნოსტიკის საკითხები ენდომეტრიოზის მკურნალობის ვარიანტის კორექტული შერჩევისთვის.

საკვანძო სიტყვები: ენდომეტრიოზი, გამოკვლევის ალგორითმი, ადრეული დიაგნოსტიკა, ავადმყოფთა პროგნოზირება და მართვის ტაქტიკა.

ციტირება: ნუგეშა გრიგალაშვილი. მცირე ზომის ენდომეტრიოზის ადრეული დიაგნოსტიკა და ქირურგიული მკურნალობა დილემა (მიმოხილვა). ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია 2022; 6

Early diagnosis and surgical treatment of small endometriosis

Nugesha Grigalashvili¹

¹ Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Abstract

Genital endometriosis is one of the most serious diseases and in last years gynecological pathology firmly holds the third place. The increasing role of the disease, the social significance of the problem dictate the need for its comprehensive study. Therefore, in this article, questions of his early diagnosis for the correct choice of treatment options for endometriosis are discussed.

Key words: endometriosis, examination algorithm, early diagnosis, prognosis and tactics of patient's management.

Quote: Nugesha Grigalashvili. Early diagnostics and surgical treatment of small size endometrium. Health Policy, Economics and Sociology 2022; 6

შესავალი

ენდომეტრიოზი განიხილება, როგორც კეთილთვისებიანი ჰორმონდამოკიდებული მდგომარეობა, რომლის დროსაც საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის საზღვრებს გარეთ ხდება ქსოვილის ზრდა, რომელიც მორფოლოგიურად და ფუნქციური მახასიათებლებით იდენტურია ენდომეტრიუმისა, („ენდომეტრიოიდული კერები“, „ენდომეტრიოიდული ჰეტეროტოპიები“), რომელსაც მივყავართ კლასიკური სიმპტომების გამოვლენამდე, რომელთაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ პაციენტი ქალბატონების ფიზიკურ მდგომარეობაზე, ფსიქოლოგიურ სტატუსზე და სოციალურ კეთილდღეობაზე [4].

ტერმინი „ადენომიოზი“ პირველად 1860 წელს შემოიტანა C. Von Rokitansky-მ, ხოლო „ენდომეტრიოზი“ – 1892 წელს B. Bell-იმ. მიუხედავად ენდომეტრიოზის სხვადასხვა ასპექტების შესწავლის ასწლოვანი ისტორიისა, ეს დაავადება რჩება ერთერთ ცენტრალურ სამედიცინო სოციალურ პრობლემად.

ქირურგიული მკურნალობის ჩვენების სტრუქტურაში ენდომეტრიოზის ხვედრითი წილი შეადგენს 0,7 – 0,9 %. ამავე დროს, ბოლო წლებში გამოიკვეთა მყარი ტენდენცია გენიტალური ენდომეტრიოზის სიხშირის ზრდის [1].

ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემებზე დაყრდნობით ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა ხდება ქალთა პოპულაციის 5–10%-ში. მთელს მსოფლიოში დაავადებულია დაახლოებით 176 მლნ. რეპროდუქტიული ასაკის ქალი (ყოველი მეათე). ენდომეტრიოზის დიაგნოზს უსვამენ დაახლოებით ქალბატონების 50%-ს დისმენორიით, მათ შორის მძიმე დისმენორიის მქონე მოზარდების ნახევარს, 75% პაციენტ ქალბატონებს მენჯის ქრონიკული ტკივილით და 25 – 40 % ქალებს უშვილობით, ხოლო გინეკოლოგიური დაავადებების სტრუქტურაში ენდომეტრიოზს უჭირავს მესამე ადგილი ანთებითი პროცესებისა და მიომის შემდეგ [2, 9, 12].

მიუხედავად იმისა, რომ დაავადების გამომწვევი მიზეზები დღემდე ბოლომდე გარკვეული არ არის, პათოგენეზის მრავალი ასპექტის შესწავლა მაინც მოხერხდა. დღეისათვის ფართოდ გავრცელებული ერთერთი თეორიის მიხედვით - ენდომეტრიოზის განვითარება ხდება ჰიპერპლაზიისკენ მიდრეკილი შეცვლილი

ენდომეტრიუმის ატიპიური განლაგების შედეგად, რის საფუძველსაც წარმოადგენს აპოპტოზის დარღვევა [8]. ენდომეტრიოზის დროს ეუტოპიურ ენდომეტრიუმში და ენდომეტრიოიდულ ჰეტეროტოპიებში უპირატესად ჭარბობს პროგესტერონის მიმართ დეფექტური რეცეპტორები, რომელიც დაკავშირებულია ფერმენტების 17 - დეჰიდროგენაზის (ტიპი 2) და 17 - ჰიდროქსილსტეროიდის დეფექტთან, რომელიც განაპირობებს პროგესტერონის შესაბამის დეფიციტს რეპროდუქტიული სისტემის სამიზნე ორგანოების დონეზე [1, 11]. ამასთან დაკავშირებით სულ უფრო ფართო გავრცელებას პოვენს ტერმინი „პროლიფერაციული სინდრომი გინეკოლოგიაში“, რომელიც ითვალისწინებს მიომის, ენდომეტრიოზის, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის, საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიურ ცვლილებების, სიმსივნეების, საკვერცხეების სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნების, სარძევე ჯირკვლების დისჰორმონალურ დაავადებების ერთობლიობას [6, 13, 20].

ენდომეტრიოზით ავადობის ნამდვილი სიხშირის განსაზღვრა ძნელია, რადგანაც საბოლოო დიაგნოზი დგინდება მხოლოდ ლაპარასკოპიის ან ლაპარატომიის შედეგად. გენიტალური ენდომეტრიოზის სტრუქტურაში ადენომიოზის სიხშირე 70 – 90% აღწევს. კლინიკური გამოვლინებების საფუძველზე დიაგნოზი „ენდომეტრიოზი“ შეიძლება დაისვას მხოლოდ დაკვირვების 50% შემთხვევებში, ძირითადად 75% შემთხვევებში ზუსტი დიაგნოზი ვერ დგინდება, 35% შემთხვევებში შეინიშნება ჰიპერდიაგნოსტიკა. ეს იმასთანაა

დაკავშირებული, რომ ეტიოლოგია და პათოგენური მექანიზმები, რომლებიც პასუხისმგებელია ენდომეტრიოზის განვითარებაზე, დღემდე არასაკმარისად სიღრმისეულად არის შესწავლილი [1, 2, 10, 15]. ახალი მონაცემების გამოჩენასთან ერთად სულ უფრო მეტი მკვლევარი იხრება ენდომეტრიოზის პოლიეტიოლოგიურობის დასკვნისკენ - როდესაც პათოლოგიურ პროცესში ერთვება ორგანიზმის მრავალი სისტემა [1, 7, 18].

ენდომეტრიოზის განვითარების ყველა ფაქტორი ტრადიციულად შეიძლება დაიყოს გენურ და გარემოსმიერ ფაქტორებად. გენეტიკური მიდრეკილება განპირობებულია გენთა რამოდენიმე კლასის მუტაციით: ისინი ჩართულები არიან ქსენობიოტიკურ მეტაბოლიზმში, რომელიც განაპირობებს ანთებით პასუხებს და არეგულირებს სტეროიდების მოქმედებას [14]. ენდომეტრიოზის პათოგენეზში განსაკუთრებით მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ გენები, რომელთა ექსპრესიის

პროდუქტებს წარმოადგენს: სტეროიდული ფაქტორი 1 (სფ-1) და ესტროგნის β რეცეპტორი (ერ-β). აღნიშნულ გენებში დაზიანების არსებობა არ მიუთითებს ენდომეტრიოზზე 100 % შემთხვევებში, თუმცა მისი განვითარებისა და პროგრესირების რისკი ასეთი გენოტიპის მქონე ქალებში გაცილებით მაღალია, ვიდრე პოპულაციაში. გარემოსმიერ ფაქტორებს შეიძლება მივაკუთვნოთ: 35-45 წელზე მეტი ასაკი; ხშირი აბორტები და საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკები; მცირე მენჯის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციები; ქლამიდიოზი, ურეაპლაზმოზი და სხვა ინფექციები; მენსტრუაციის დროს უხვი სისხლოვანი გამონადენები; მენსტრუალური ციკლის დარღვევები; არაოფულირებული ფოლიკულების ლუთეინიზაციის სინდრომი; ენდომეტრიუმის უჯრედების აპოპტოზისადმი უნარის დაქვეითება [16, 22].

ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა ეფუძნება აპარატულ და ლაბორატორიულ მეთოდებს, თუმცა დიაგნოზის უპირველესი ეტაპია კლინიკური სურათი. აუცილებელია აღინიშნოს ამ დაავადების კლინიკური ფორმების მრავალფეროვნება. უფრო ხშირად გამოვლენილ საერთო სიმპტომს წარმოადგენს მენჯის მიდამოებში ქრონიკული ტკივილები [7, 19]. მეანებისა და გინეკოლოგების ამერიკის ასოციაციის რეკომენდაციით, ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამ ლოკალიზაციის ტკივილის სხვა მიზეზების თანამიმდევრულ გამორიცხვას. ხშირ სიმპტომებს მიეკუთვნება დისმენორეა (ალგოდისმენორეა), დისპარეუნია და უშვილობა. პაციენტების უმეტესობა აღნიშნავს კლინიკური გამოვლინებების ციკლურობას, ხშირად დამარწმუნებელი მუდმივობით. სიმპტომები, რომლებიც ყველაზე ხშირად გვხვდება გენიტალური ენდომეტრიოზის დროს:

- ტკივილები მენსტრუაციის პერიოდში (96%);
- მომატებული დაღლილობა, სისუსტე (87%);
- საშვილოსნოს სისხლდენები (65%);
- დისპარეუნია (მტკივნეული კოიტუსი) (64%);
- დიარეა, ნაწლავური ტკივილები, მუცლის შებერილობა, გულისრევის შეგრძნება მენსტრუაციის წინ და მენსტრუაციის დროს (58-65%);
- თავის ტკივილები და თავბრუსხვევები მენსტრუაციის დროს (63%);
- გულისცემის პერიოდული შეტევები, ფსიქონევროლოგიური დარღვევები (86%);
- უშვილობა (60-80%);
- საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთებითი პროცესების ხანგრძლივი არაეფექტური უშედეგო მკურნალობა [4, 5, 9, 13].

საფუძვლიანი გინეკოლოგიური გამოკვლევის შედეგად გამოვლენილი კვანძოვანი წარმონაქმნები გავისა და საშვილოსნოს მყესების გასწვრივ, საშვილოსნოს გადიდება და რეტროვერსში ფიქსაცია, საკვერცხეების სიმძიმის შეგრძნება ან მათი გადიდება, გვაიძულებს ვივარაუდოთ ენდომეტრიოზის არსებობა. ლაბორატორიული ტესტები, მაგნიტორეზონანსული გამოკვლევები ასევე არ იძლევიან დიაგნოსტიკის საკმარის სიზუსტეს [7, 23].

უმეტეს შემთხვევებში, მიუხედავად გამოვლინებების მკვეთრი გამოხატულობისა, გამოკვლევის კლინიკური მეთოდების მგრძობელობა არ აღემატება 50 - 60 %, ხოლო სხვა დაავადებების სიმპტომებთან მსგავსებას მივყავართ იქამდე, რომ გინეკოლოგიური კვლევის სპეციფიურობა უმნიშვნელოა (10-18 %), რაც ხაზს უსვამს კვლევის დამხმარე ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მეთოდების მნიშვნელოვან როლს ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკაში [5, 12, 23].

ამდენად, დიაგნოსტიკის ყველა მეთოდი იყოფა ინვაზიურ და არაინვაზიურ მეთოდად. კვლევის დონის შესაბამიად მათ პირობითად ყოფენ 5 ტიპად:

- ორგანული (შეადგენს საერთო კლინიკურ და პალპაციურ მეთოდებს, რომელიც საშუალებას იძლევა შეფასდეს ქალის საერთო მდგომარეობა და განისაზღვროს გინეკოლოგიური პათოლოგიის არსებობა ან არარსებობა);
- ქსოვილოვანი (ულტრაბგერითი კვლევა, რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური მეთოდები);
- უჯრედული (ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური მეთოდები);
- სუბუჯრედული (საშუალებას იძლევა მოხდეს სიმწიფის, კატაპლაზიისა და დიფერენცირების ხარისხის ტიპიზირება უჯრედის ულტრასტრუქტურულ ფუნქციონალური ორგანიზაციისა და სპეციფიური ორგნელების არსებობის ტიპის მიხედვით);
- მოლეკულური (მოიცავს უჯრედული მემბრანების მდგომარეობის ჩაღრმავებულ ბიოქიმიურ გამოკვლევას) [13, 23].

ობიექტური შეფასებისთვის უფრო ფართოდ გამოიყენება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევის მეთოდი, რომლის დროსაც შესაძლებელია სიზუსტის საკმარისი ხარისხით განისაზღვროს: შიდა (ადენომიოზი) და გარე გენიტალური ენდომეტრიოზი. დიაგნოსტიკის არაინვაზიურ მეთოდებს განეკუთვნება ასევე კომპიუტერული ტომოგრაფია. ერთერთ ყველაზე პერსპექტიულ მიმართულებას წარმოადგენს მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია.

ულტრაბგერით სკანირებასთან ერთად ფართოდ გამოიყენება დიაგნოსტიკის ენდოსკოპიური არაინვაზიური მეთოდები (კოლპოცერვიკოსკოპია) და დიაგნოსტიკის მცირეინვაზიური მეთოდები (ჰისტეროსკოპია, ფერტილოსკოპია და ლაპარასკოპია). თუმცა მეთოდების უდავო პრიორიტეტი არის მიზნობრივი ბიოფსიისა და ჰეტეროტოპიების აბლაციის შესაძლებლობა, განსაკუთრებით კისტოზური და კვანძოვანი ფორმების, ამიტომ ქირურგიული ლაპარასკოპია ითვლება :ოქროს სტანდარტად“ გარეგანი გენიტალური ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში [1, 5, 9, 13].

ჰისტეროსკოპიური დიაგნოსტიკისთვის ენდომეტრიოზი ითვლება ყველაზე მძიმე პათოლოგიის ფორმად, ფსევდოდადებითი და ფსევდოუარყოფითი შედეგების დიდი ოდენობით, რადგანაც ვიზუალური კრიტერიუმები უკიდურესად სუბიექტურია, ხოლო პათოგნომური ნიშანი გვხვდება ძალიან იშვიათად [3, 18].

მეთოდის ინფორმატიულობა დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობის მორფოლოგიურ ვარიანტზე (დიფუზური თუ კვანძოვანი ფორმა), ასევე საშვილოსნოს თანმდევ პათოლოგიაზე (ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, საშვილოსნოს მიომა და სხვ.) [12]. Song S. E. et al -ის ნაშრომში (2017) აღნიშნულია, რომ ჰისტეროსკოპიის დროს (ისევე, როგორც ჰისტეროსალპინგოგრაფიის დროს) შეუძლებელია დადგინდეს პათოლოგიური პროცესის გავრცელების ფორმა და ხარისხი და ეს ეთანხმება ჩვენს მიერ მიღებულ მონაცემებს [22].

ზემოაღნიშნული ზღუდავს ჰისტეროსკოპიის გამოყენების შესაძლებლობას ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკისთვის და აქტუალურს ხდის ახალი არაინვაზიური მეთოდების მოძიებას, რომლებიც არ ჩამოუვარდებიან ჰისტეროსკოპიას სიზუსტეში. ბოლო დროს, როგორც საზღვარგარეთ, ასევე ჩვენს ქვეყანაში, დიდ ძალისხმევას დებენ რომ შექმნან ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკის მცირეინვაზიური სკრინინგული მეთოდები და განსაზღვრონ მისი აქტივობის ხარისხი. როგორც მაგალითად, მასსპექტრომეტრია - ნივთიერების ანალიზის მეთოდი იონების მასისა და შეფარდებითი რაოდენობის განსაზღვრის გზით, რომლებიც მიღებულია გამოსაკვლევი ნივთიერების იონიზაციითა და ფრაგმენტაციით. ამ მეთოდის შემუშავებისთვის John B. Fenn - ს და Koichi Tanaka -ს მიენიჭათ ნობელის პრემია ქიმიკაში 2002 წელს. სხვა ვარიანტებთან შედარებით რიგი უპირატესობები ახასიათებს მალდის მას-სპექტრომეტრიას. ეს მეთოდი გამოირჩევა მაღალი პროდუქტიულობით და მგრძობელობით. ენდომეტრიოზზე ექვსი მქონე ქალების გამოკვლევის ალგორითმი, რომელიც დაფუძნებულია სისხლის შრატის პროტეომურ პროლიფირებაზე მალდის მას-სპექტრომეტრიის გამოყენებით, ასევე სისხლის შრატში იმუნური მაჩვენებლების ზღვრული მნიშვნელობების განსაზღვრა, საშუალებას იძლევა მოხდეს დიაგნოსტიკა (100% -იანი სპეციფიურობითა და 95,8 % მგრძობელობით), განისაზღვროს პროცესის აქტივობის ხარისხი (86 % სიზუსტით), მოხდეს პროგნოზირება (89 % სიზუსტით) და შეფასდეს ენდომეტრიოზის მკურნალობის ეფექტურობა [19, 22, 23].

ენდომეტრიოზის ადრეული დიაგნოსტიკა საშუალებას იძლევა დროულად მოხდეს ადექვატური მკურნალობის დაწყება, რაც თავისთავად, დადებითად აისახება პროგნოზზე და პაციენტის გამოჯანმრთელებაზე. ენდომეტრიოზის სიმპტომების არასპეციფიურობა და ცვალებადობა ართულებს დაავადების კლინიკურ დიაგნოსტიკას, რაც, სხვადასხვა ავტორების მონაცემების მიხედვით, იწვევს დიაგნოზის ვერიფიკაციას საშუალოდ დაახლოებით 7-8 წლის შემდეგ პაციენტების პირველი მომართვიანობიდან შესაბამისი ჩივილებით, რის გამოც ენდომეტრიოზს უწოდებენ „მიჩქმალულ“ დაავადებას [2, 4, 9]. დიაგნოზის ადრეული ვერიფიკაცია განსაზღვრავს ენდომეტრიოზის ადექვატური თერაპიის გამოყენებას, ენიჭება გადამწყვეტი მნიშვნელობა მისი შემდგომი პროგრესირების პროფილაქტიკისთვის, ასევე პაციენტების რეპროდუქტიული ჯანმრთელობის და ცხოვრების ხარისხის შესანარჩუნებლად მთლიანად. აქ, თუმცა, უპრიანია აღინიშნოს, რომ მოცემული დაავადების ადექვატური დიაგნოსტიკის მიღმა ასევე არსებობს სერიოზული პრობლემა გენიტალური ენდომეტრიოზის მკურნალობაშიც.

ენდომეტრიოზის მკურნალობის უნივერსალური მეთოდი, რომელიც სრულად კურნავს დაავადებას, არ არსებობს, და ალბათ, არც იქნება უახლოეს მომავალში. ამიტომ ძირითად კლინიკურ ამოცანას წარმოადგენს მკურნალობის იმ მიზნების მიღწევის უზრუნველყოფა, რომელიც აუცილებელია და მნიშვნელოვანია კონკრეტული პაციენტისთვის, უნდა განისაზღვროს თერაპიის კონკრეტული პრიორიტეტები: ძირითადი ჩივილების მოხსნა (ტკივილი, უშვილობა), ეფექტურობის, უსაფრთხოების და ამტანობის პროფილების შეფარდების ოპტიმიზაცია, კომპლაიენსის გაზრდა [5, 8, 10, 17, 20]. სწორედ, რომ სხვადასხვა პაციენტების მკურნალობის მიზნების მრავალფეროვნება წარმოადგენს დღეს ენდომეტრიოზის მკურნალობის უნივერსალური ხერხის არარსებობის მიზეზს [3].

ამავე დროს, დღემდე ბოლომდე არ არის გამოვლენილი დაავადების ხშირი რეციდივირების მიზეზები, ენდომეტრიოზის სხვადასხვა კლინიკური აქტივობის, მედიკამენტოზური თერაპიის, მათ შორის ჰორმონალური თერაპიის, არასაკმარისი ეფექტურობის მიზეზები [7, 21, 22]. დღეს, „ენდომეტრიოზი უნდა განვიხილოთ როგორც ქრონიკული დაავადება, რომელიც მოითხოვს გეგმიურ მკურნალობას მთელი ცხოვრების მანძილზე, რომლის მიზანაც იქნება მაქსიმალურად ეფექტურად იქნეს გამოყენებული მედიკამენტოზური თერაპია და თავიდან იქნეს აცილებული განმეორებითი ოპერაციები“ [5].

პროლიფერაციული გინეკოლოგიური სინდრომის ფონზე ენდომეტრიოზის სისტემური ბუნება განაპირობებს ასეთი პაციენტების მკურნალობისადმი კომპლექსური მიდგომის აუცილებლობას, ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინებით. ენდომეტრიოზით დაავადებულ პაციენტთა ოპერაციული მკურნალობა, მიუხედავად ტექნიკის სრულყოფილებისა, არ უზრუნველყოფს ენდომეტრიოიდული კერების სრულ ლიკვიდაციას და არ აფერხებს დაავადების რეციდივირებას [7]. როგორც ახლახან გამოიკვავა, ენდომეტრიუმის ექტოპიური უჯრედები ძალიან სიცოცხლისუნარიანია, და რჩებიან რა ენდომეტრიოიდული იმპლანტების ქირურგიული მოკვეთისას, მათ უნარი აქვთ მოახდინონ პროგრესირება და გადაიზარდონ დაავადების ახალ კერად.

სწორედ ამიტომაც, გლობალურ კონსენსუსში [16] ენდომეტრიოზის მიმართ ტაქტიკა არსებითად გადაიხედა და გამოიკვეთა ახალია სტრატეგია - თერაპია შეძლებისდაგვარად უნდა იყოს კონსერვატიული - ენდომეტრიოზის მკურნალობის დაწყება უნდა მოხდეს მედიკამენტოზური გზით, ხოლო ენდომეტრიოზის ოპერაციული მკურნალობის საკითხს უნდა დავუბრუნდეთ მხოლოდ მედიკამენტოზური მკურნალობის დადებითი ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში და მხოლოდ მაშინ, როცა ამის აუცილებლობაა.

ამგვარად, შეგვიძლია გავაკეთოთ დასკვნები, რომ ენდომეტრიოზი წარმოადგენს ერთერთ ყველაზე უფრო მძიმე და რთულ დაავადებას და გინეკოლოგიური პათოლოგიების სტრუქტურაში ბოლო წლებში მყარად ინარჩუნებს მესამე ადგილს. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში გაიზარდა ენდომეტრიოზით დაავადების სიხშირე, ასევე მოხდა პაციენტთა კონტინგენტის „გაახალგაზრდავება“. თუმცა ამ დაავადების გავრცელებაზე უფსტად მსჯელობა რთულია, რადგანაც არ გავაჩნია მკაფიო სტატისტიკური მონაცემები.

ენდომეტრიოზის ლოკალიზაციის მრავალფეროვნება მისი წარმოშობის თეორიათა სიმრავლეს იწვევს. თუმცა არც ერთ მათგანს არ შეუძლია ბოლომდე ახსნას ენდომეტრიოიდული ჰეტეროტოპიის წარმოქმნა და გაზრდა.

ენდომეტრიოზის პრობლემა დღესაც აიძულებს ექიმებს ყურადღება მიაქციონ ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, დაავადების მიმდინარეობის გამოვლენას, ეძიონ ახალი დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები და მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლების გზები, იმისთვის, რომ გამოავლინონ ახალი მიდგომები დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში, და მონახონ დაავადების პროგნოზირებისა და მკურნალობის უფრო ეფექტური მეთოდები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Авраменко НВ. Эндометриоз: патогенез, классификация, диагностика, современные аспекты терапии. Патология. 2014; 2: 4-11.
2. Адамян ЛВ, Салимова ДФ, Кондратович ЛМ. Патогенетические аспекты эндометриоз-ассоциированного бесплодия. Проблемы репродукции. 2015;21(6):82-88.

3. Берестовой ОА, Генитальный эндометриоз и основная палитра фенотипической организации (соматотип, компонентный состав массы тела и антропометрические данные): (обзор литературы). Вісник акушерів-гінекологів України. 2013; 1: 3-13.
4. Гаспарян СА, Ионова РМ, Попова ОС, Хрипунова АА. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 4:66-72.
5. Геніальний ендометріоз. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги: Наказ № 582 від 15.12.2005. МОЗ України. – К., 2003. - С. 122-135.
6. Сидорова ИС, Коган ЕА, Зайратьянц ОВ. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза). Акушерство и гинекология. 2012; 1(3):32-38.
7. Павлов РВ, Кундохова МС. Иммунологические критерии раннего прогнозирования рецидивов наружного генитального эндометриоза. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011; 1:39-43.
8. Попов АА, Слободянюк БА, Мананникова ТН, Федоров АА, Чантурия ТЗ, Зинган ШИ. Медикаментозная терапия в лечении эндометриоза. МС. 2016; 2:86-91.
9. Радецкая ЛЕ, Занько СН. Клинические аспекты дифференциальной диагностики генитального эндометриоза. Мед. консультация. - 2010. - № 3. - С. 7-12.
10. Сапрыкина ЛВ, Доброхотова ЮЭ, Сапрыкина ОА. Эндометриоз: гормональная терапия с позиций патогенеза Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2015; 3:10-14.
11. Чупрынин ВД, Мельников МВ, Буралкина НА. Современные представления о тактике ведения больных с инфильтративным эндометриозом. Акушерство и гинекология. 2015; 11: 16-22.
12. A'Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. Hum Reprod Update 2009;15:441-61.
13. D'Hooghe TM, Rogers PAW, Fazleabas A, et al. Defining Future Directions for Endometriosis Research: Workshop Report From the 2011 World Congress of Endometriosis in Montpellier, France. Reproductive Sciences. 2013;20(5):483-499.
14. Han SJ, O'Malley BW. The dynamics of nuclear receptors and nuclear receptor coregulators in the pathogenesis of endometriosis. Human Reproduction Update.2014;20(4):467-484.
15. Hughes E, Brown J, Collins JJ, Farquhar C, Fedorkow DM, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3.
16. Johnson NP. et al. Consensus on current management of endometriosis. Human Reproduction. 2013; 28 (6):1552-1568.
17. Leyland N, Casper R, Laberge Ph, Singh SS et al. Endometriosis: diagnosis and management. SOGC Clinical and practical guideline. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2017;32(7):1-28.
18. Lindsay SF, Luciano DE, Luciano AA. Emerging therapy for endometriosis. Expert Opin Emerg Drugs. 2015 Sep; 20 (3): 449-61.
19. Murphy AA. Clinical Aspects of Endometriosis. Annals of the New York Academy of Sciences. 2012; 955: 1-10.
20. Olive DL, Pritts EA. Treatment of Endometriosis. New England Journal of Medicine. 2011; 345(4):266-275.

21. Rahmioglu N, Macgregor S, Drong AW, et al. Genome-wide enrichment analysis between endometriosis and obesity-related traits reveals novel susceptibility loci. *Human Molecular Genetics*. 2015;24(4):1185-1199.

22. Vitonis AF, Vincent K, Rahmioglu N, et al. World Endometriosis Research Foundation Endometriosis Phenome and biobanking harmonization project: II. Clinical and covariate phenotype data collection in endometriosis research. *Fertility and sterility*. 2014;102(5):1223-1232.

23. Wecker CM, Gattrell WT, Gude K, Singh SS. Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertility and Sterility*. 2017;108(1):125-136