

კავკასიის უნივერსიტეტი
Caucasus University

რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed International Scientific Journal

Health Policy, Economics and Sociology

2024 № 8 (1)



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

PRINT ISSN 2449-2469
ONLINE ISSN 2346-7983

თბილისი 2024 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტი
Caucasus University

მთავარი რედაქტორი:

ტენგიზ 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

ჟურნალის ელექტრონული გამოცემა ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე:

The electronic version of the journal is available on the website:

<https://heconomic.cu.edu.ge>

doi 10.52340/healthecosoc

ჟურნალში ნაშრომები ქვეყნდება creative commons ლიცენზიით (CC BY CA).

The articles will be published under Creative Commons license (CC BY CA).

გამოქვეყნებული სტატიის სიზუსტეზე პასუხისმგებელია ავტორი. მისი მოსაზრებები შეიძლება არ გამოხატავდეს ჟურნალის სარედაქციო კოლეგიის შეხედულებებს.

The authors of the articles published in this journal are each solely responsible for the accuracy of their respective articles. Their respective views do not necessarily coincide with the views of the Editorial Board.

პაატა სააკაძის ქ. 1, ქ.თბილისი 0102, საქართველო

Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

tverulava@cu.edu.ge



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

ინდექსირებულია INDEXED



Crossref



Google Scholar



OAJI

Open Academic Journals Index



Elektronische Zeitschriftenbibliothek



Directory of Research Journals Indexing



Academic Resource Index



CiteFactor Academic Scientific Journals



საქართველოს პარლამენტის
ჯიჟინი ბიბლიოთეკა

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგიის თავმჯდომარე:

კახა შენგელია - ისტორიის დოქტორი, ეკონომიკის მეცნიერებათა დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პრეზიდენტი

აღმასრულებელი რედაქტორი:

ბორის ლეჟავა - ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის ვიცე-პრეზიდენტი კვლევისა და სტრატეგიული განვითარების დარგში

სარედაქციო კოლეგია:

ზვიად კირტავა (კავკასიის უნივერსიტეტი), **სოფია კობახიძე** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ოთარ გერზმავა** (გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი), **ნატა ყაზახაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ლელა სტურუა** (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი), **რევაზ ჯორბენაძე** (ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი), **რიმა ბერიაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **იაგო კაჭკაჭიშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **დევი ტაბიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ელენე ჯღარკავა** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **მარიამ ოქრუაშვილი** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **გიორგი მახარაშვილი** (შავი ზღვის საერთაშორისო უნივერსიტეტი), **კახაბერ ჯაყელი** (შავი ზღვის საერთაშორისო უნივერსიტეტი), **თამარ ლობჯანიძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ვასაძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ჩოკოშვილი** (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი), **ილია ნადარეიშვილი** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ეკა ჭყონია** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ნინო ჩიხლაძე** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ეკატერინე სანიკიძე** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ზურაბ სიხარულიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ლალი კოკაია** (თამარ მეფის უნივერსიტეტი), **გულნარა შელია** (აკ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ირმა კირთაძე** (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი),

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

ლეილა კარიმი (RMIT უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **მეთიუ იოვეტი** (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, დიდი ბრიტანეთი), **კამელია ქრისტინა დაიაკონუ** (ბალკანეთის მედიცინის კავშირი, ბუქარესტი, რუმინეთი), **ვივიანა მანგიატერა** (ბოკონის უნივერსიტეტი, მილანი, იტალია), **თეა ი. კოლინზი** (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჟენევა, შვეიცარია), **რევათი ფალკეი** (ნოტინგემის უნივერსიტეტი, ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი), **ლეილა აფშარი** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **თისა ვიჯარეთნი** (მელბურნის უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **ჯირი რადა** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **სტივ პოლგერი** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **გიორგი შაქარიშვილი** (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, შვეიცარია), **არანკა იგნასიაკ-შულცი** (ნიკოლაუს კოპერნიკის უნივერსიტეტი, პოლონეთი)

რედაქტორი - ეკატერინე ელიავა

Editor-in-Chief:

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

Head of Scientific Editorial Board:

Kakha Shengelia - Doctor of History, Doctor of Economics, President of the Caucasus University

Executive Editor:

Boris Lezhava - Doctor of Business Administration, Vice-President of Caucasus University in the field of research and strategic development

Scientific Editorial Board

Zviad Kirtava (Caucasus University), **Sofia Kobakhidze** (Caucasus University), **Otar Gerzmava** (Grigol Robakidze University), **Nata Kazakhashvili** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Revaz Jorbenadze** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Elene Jgharkawa** (Caucasus University), **Mariam Okruashvili** (Caucasus University), **Giorgi Makharashvili** (Caucasus University), **Lela Sturua** (National Center for Disease Control and Public Health), **Devi Tabidze** (Tbilisi State Medical University), **Rima Beriashvili** (Tbilisi State Medical University), **Iago Kachkachishvili** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Otar Chokoshvili** (Center for Infectious Pathology, AIDS and Clinical Immunology), **Kakhaber Jakeli** (Black sea international university), **Tamar Lobzhanidze** (University of Georgia), **Otar Vasadze** (University of Georgia), **Ilia Nadareishvili** (David Tvildiani Medical University), **Eka Chkhonia** (Tbilisi State Medical University), **Nino Chikhladze** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Ekaterine Sanikidze** (D. Tvildian Medical University), **Zurab Sikharulidze** (Tbilisi State Medical University), **Gulnara Shelia** (Ak. Tsereteli State University), **Lali Kokaia** (King Tamar University), **Irma Kirtadze** (Ilia State University)

Foreign part of Editorial board members:

Leila Karimi (RMIT University, Australia), **Camelia Cristina Diaconu** (Balkan Medical Union, Bucharest, Romania), **Matthew Jowett** (World Health Organization, Great Britain), **George Shakarishvili** (World Health Organization, Switzerland), **Viviana Mangiaterra** (University of Bocconi, Milan, Italy), **Téa E. Collins** (World Health Organization, Geneva, Switzerland), **Revati Phalkey** (University of Nottingham, London, UK), **Leila Afshari** (La Trobe University, Australia), **Tissa Wijeratne** (University of Melbourne, Australia), **Jiri Rada** (La Trobe University, Australia), **Steve Polgar** (La Trobe University, Australia), **Aranka Ignasiak-Szulc** (Nicolaus Copernicus University, Torun, Poland)

Editor - Ekaterine Eliava

სარჩევი CONTENTS

ორიგინალური კვლევა Original Research

შალვა ჩუბინიძე

საგანგებო საფრთხეები და სტრატეგიული რისკების მართვის ასპექტები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში

Shalva Chubinidze

Emergency threats and aspects of strategic risk management in the Georgian healthcare system

თენგიზ ვერულავა, ლიკა არაკიშვილი

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დროულ მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაციაში საქართველოში

Tengiz Verulava, Lika Arakishvili

Challenges of the primary health care system in timely treatment and hospitalization of patients with acute myocardial infarction in Georgia

მარიამ ამბროლაძე

საექთნო საქმის პრიორიტეტულობა და გამოწვევები საქართველოში

Mariam Ambroladze

Priority and challenges of nursing in Georgia

შირი სუბაა მეთი მუტუველაუთამ სანგარანაჩიარი, ჩიდჰამბარა კრიშნა მუტუველაუჰამ სანგარანაჩიარი

სმარტფონების გავლენის შესწავლა სტუდენტების ძილის ციკლზე საქართველოში

Shri Subaa Mathy Muthuvelayutham Sangaranachiar, Chidhambara Krishna Muthuvelayutham Sangaranachiar

Impact study of smartphones on the sleep cycle of students in Georgia

ლანა გოგიჩაიშვილი ქეთევან ჩიგოგიძე

აღზრდის სტილი ზეგავლენა თვითშეფასებზე და მისი როლი მენტალური ჯანმრთელობისთვის

Lana Gogichashvili, Ketevan Chigogidze

Impact of The Rearing Style on Self-Esteem and its Role in Mental Health

ლიკა გაბუნია, თენგიზ ვერულავა

სტუდენტების დამოკიდებულებისა და სტიგმის როლის შესწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით

Lika Gabunia, Tengiz Verulava

Exploring stigma associated with mental health services among college students

თამარ პაპიაშვილი, თენგიზ ვერულავა

სტუდენტთა დამოკიდებულება ჯანსაღი კვების მიმართ და მათი კვებითი ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორები

Tamar Papiashvili, Tengiz Verulava

Attitude of students towards healthy eating and determining factors of their eating behavior

მიმოხილვა

Review

თამარ ჩარკვიანი

სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ ნდობის კრიზისის სოციოკულტურული მიდგომების ანალიზი

Tamar Charkviani

Analysis of Sociocultural Approaches to the Crisis of Trust in State Institutions

ელენე ნამორაძე

მედიცინის სფეროში ხელოვნური ინტელექტის დანერგვა

Elene Namoradze

Implementation of artificial intelligence in medicine

მაკა დახუნდარიძე

დღენაკლობა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოწვევა

Maka Dakhundaridze

Prematurity as a Public Health Challenge

ზანდა ფერიშვილი

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის თავისებურებები ევროპის ქვეყნებში

Zanda Ferishvili

Peculiarities of external reference pricing policy in European countries



საგანგებო საფრთხეები და სტრატეგიული რისკების მართვის ასპექტები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში

Emergency threats and aspects of strategic risk management in the Georgian healthcare system

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.09

შალვა ჩუბინიძე^{1ა}

Shalva Chubinidze^{1a}

¹ დავით აღმაშენებლის სახელობის საქართველოს ეროვნული თავდაცვის აკადემია, თბილისი, საქართველო

¹ Davit Agmashenebeli National Defense Academy of Georgia, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

გეოსტრატეგიული, ეთნო-დემოგრაფიული და ფიზიკურ-გეოგრაფიული მახასიათებლების გათვალისწინებით, საქართველო განლაგებულია უაღრესად არასტაბილურ რეგიონში და ქვეყნის ტერიტორიის 20% ოკუპირებულია რუსეთის მიერ, რომლისგანაც მუდმივად არსებობს შემდგომი სამხედრო აგრესიის საფრთხე. სახელმწიფო და არასახელმწიფო ორგანიზაციების კოორდინირებულ ქმედებებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სხვადასხვა გადაუდებელ სიტუაციებში, მათ შორის, ომში, მშვიდობიანი მოსახლეობისა და სამხედრო პერსონალის დაჭრილთა, დაშავებულთა და ავადმყოფთა დროული და ეფექტური სამედიცინო დახმარებისათვის. ბევრ ქვეყნებში არსებობს რისკების დაგეგმვისა და რეაგირების მექანიზმები, რომელთა მიზანია გაურკვევლობისგან შესაძლებლობების აღმოჩენა და რეალიზაციაზე ორიენტირებული, პროაქტიული მენეჯმენტის წარმართვა. ამ მიზნით შემუშავებულია სპეციალური კანონმდებლობა, გაიდლაინები, სახელმძღვანელოები და საგანმანათლებლო პროგრამები სხვადასხვა დონის მენეჯერი პერსონალისთვის. ჩვენი ნაშრომის მიზანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რისკების მართვის მიმდინარე მიდგომების, შესაბამისი კანონმდებლობისა და პერსონალის მზადყოფნის ასპექტების შესწავლა. ნაშრომში გამოვლენილია ხარვეზები უწყებათაშორის სტრატეგიულ კოორდინაციაში და წარმოდგენილია შესაბამისი რეკომენდაციები შემდგომი სამეცნიერო და პრაქტიკული სამუშაოებისთვის.

საკვანძო სიტყვები: სტრატეგია, საფრთხე, საგანგებო მდგომარეობა, რისკი, რისკის მართვა, ჯანდაცვა.

ციტატა: შალვა ჩუბინიძე. საგანგებო საფრთხეები და სტრატეგიული რისკების მართვის ასპექტები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1) <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.09>

Abstract

Considering the geostrategic, ethno-demographic and physical-geographic characteristics, Georgia is located in a highly unstable region, and 20% of the country's territory is occupied by Russia, from which there is a constant threat of further military aggression. Coordinated actions of state and non-state organizations are of particular importance in various emergency situations, including war, for timely and

^achubinidze.shalva@gmail.com

effective medical assistance to wounded, injured and sick civilians and military personnel. Many countries have risk planning and response mechanisms in place to identify opportunities out of uncertainty and drive realisation-oriented, proactive management. For this purpose, special legislation, guidelines, manuals and educational programs for various levels of managerial personnel have been developed. The purpose of our paper is to study the aspects of current risk management approaches, relevant legislation and personnel readiness in the Georgian healthcare system. The paper identifies gaps in interdepartmental strategic coordination and presents relevant recommendations for further scientific and practical work.

Keywords: strategy, threat, emergency, risk, risk management, healthcare

Quote: Shalva Chubinidze. Emergency threats and aspects of strategic risk management in the Georgian healthcare system. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.09>

შესავალი

რისკების მართვის კონცეფცია მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ გახდა აქტუალური. საწყის ეტაპზე ის ასოცირდებოდა, ძირითადად, საბაზრო რისკების დაზღვევასთან, თუმცა თანდათანობით, სისტემა განვითარდა სხვადასხვა მიმართულებით და უკვე 1980-იანი წლებიდან, საჭირო გახდა საერთაშორისო რეგულირების ნორმებისა და სტანდარტების შემოღება; დაინერგა ე.წ. რისკების ინტეგრირებული მენეჯმენტის მეთოდები დარგების მიხედვით, და კომპანიებსა თუ სხვა იურიდიულ სუბიექტთა წიაღში გაჩნდა რისკის მართვის მეთოდოლოგია (Dionne 2013).

ზოგადად, ინტეგრირებული მენეჯმენტის სისტემა, თავის თავში, გულისხმობს ორგანიზაციაში მიმდინარე პროცესებისა და ცალკეული სისტემების ფუნქციონირების ერთიანი პოლიტიკისა და მიზნებისადმი დაქვემდებარებას. ეს, თავის მხრივ, ნიშნავს რისკებისა და შესაძლებლობების მართვას ლიდერთა გუნდის ერთიანი, ინტეგრირებული მიდგომით (Field 2019).

სამეცნიერო ნაშრომებისა და ნორმატიული დოკუმენტების ანალიზი აჩვენებს, რომ საქართველოში ცნება „რისკის მართვა,“ როგორც ინტეგრირებული მენეჯმენტის სისტემის ნაწილი, შემოვიდა მხოლოდ 21-ე საუკუნის პირველ ათწლეულში, ხოლო როგორც სახელმწიფო სექტორის მართვის აუცილებელი კომპონენტი, განისაზღვრა 2006 წლიდან. ამ პერიოდიდან მოყოლებული, ჯერ კიდევ მიმდინარეობს სახელმწიფო მმართველობის სფეროში რისკების მართვის სისტემის ეტაპობრივი დანერგვა და რაც უფრო კომპლექსურია ამ თუ იმ უწყების სტრუქტურა, ან სპეციფიკა, მით მეტი დრო და რესურსები სჭირდება ამ პროცესს.

სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სექტორია ჯანდაცვის სფერო, რომელიც ამჟამად, ძირითადად, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პასუხისმგებლობის სფეროა. აღნიშნული უწყების დასახელებიდანაც კი ნათლად ჩანს, რამდენად ფართო სპექტრის ამოცანები დგას მის წინაშე. ამასთანავე ისეთ საკითხებში, როგორცაა სამედიცინო უზრუნველყოფა ომის, ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფების, ან სხვა სახის საგანგებო მდგომარეობის დროს, მოსალოდნელი საფრთხეების დადგომისას, აშკარაა კომპლექსურობის მრავალჯერობრივი ზრდა და უწყებათაშორისი სტრატეგიული კოორდინაციის აუცილებლობა.

წინამდებარე ნაშრომი, სწორედ ზემოთ აღწერილი ფაქტორების გათვალისწინებით, განიხილავს საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში, საგანგებო საფრთხეებიდან გამომდინარე, რისკების იდენტიფიცირების, ანალიზისა და მართვის ასპექტებს და წარმოაჩენს გარდაუვალად საკორექციო საკითხებს.

დღეს მსოფლიოში უაღრესად რთული პოლიტიკური ვითარებაა. სახეზეა რუსულ - ჩინურ - ირანულ - ჩრდ. კორეული ალიანსი, რომელიც პოზიციონირებს, როგორც ჩრდილოატლანტიკური ცივილიზაციის წინააღმდეგ მდგომი ე.წ. „გლობალური სამხრეთი“. ამას ერთვის საბრძოლო მოქმედებები ისრაელის ტერიტორიაზე და გლობალური ისლამური

სამყაროს მწვავე პროტესტი, ამასთან დაკავშირებით, რაც შეიძლება უმართავ საერთაშორისო დაპირისპირებაში გადაიზარდოს.

ამასთანავე, მსოფლიოს მოწინავე ინტელექტუალური ცენტრებისა და სამეცნიერო საზოგადოების მხრიდან, სხვადასხვა ფორუმებსა თუ მედია საშუალებებში, განუწყვეტლივ ისმის საგანგაშო გაფრთხილებები მოსალოდნელი ეკოლოგიური კატაკლიზმების შესახებ, რომლებიც აუცილებლად გამოიწვევენ გლობალურ შიმშილს, სასმელი წყლის დეფიციტს და, შესაბამისად, - უკონტროლო მიგრაციას, მიმე და სისხლიან სოციალურ ძვრებს და ახალ კონფლიქტებს სახელმწიფოთა შორის.

უკიდურესი დამაბულობაა უშუალოდ საქართველოს სახელმწიფოს გეოსტრატეგიულ არეალში. ქვეყნის ტერიტორიების 20% ოკუპირებულია რუსეთის მიერ და მათზე განლაგებულია აგრესორის სამხედრო ბაზები. რუსეთის მხრიდან მუდმივად მოსალოდნელია შემდგომი აგრესია ან მიმე პროვოკაციული ქმედებები, რაც გამოიხატება ქვეყნის ტერიტორიაზე ე.წ. "პროქსი" ძალების გააქტიურებასა და არეულობის პროვოცირებაში, მათ შორის, დივერსიებში, ტექნოგენური კატასტროფების გამოწვევის მიზნით.

ამას ემატება უშუალოდ კავკასიის ფიზიკურ-გეოგრაფიული მახასიათებლები, როგორცაა, ხშირი მიწისძვრები, წყალდიდობები, მეწყერული პროცესები და ა.შ., - ის ბუნებრივი კატაკლიზმები, რომლებიც სასიცოცხლო საფრთხეს უქმნის ქვეყნის მოსახლეობას და ეკონომიკას.

ყოველივე ზემოთქმული ნათლად წარმოაჩენს სახელმწიფო სტრუქტურების მხრიდან საგანგებო საფრთხეებზე რეაგირების მაღალი უნარების შენარჩუნების აუცილებლობას. თუმცა აშკარაა, რომ ამ პირობებში, ასევე მჭიდროდ იქნებიან ჩართული საზოგადოებრივი და კომერციული სტრუქტურები. აღნიშნული განსაკუთრებით ეხება ჯანმრთელობის დაცვის ჰოსპიტალურ სექტორს მიკუთვნებულ დაწესებულებებსაც.

სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემის საჯარო და კერძო იურიდიული სამართლის სუბიექტები კომერციული დაწესებულებებია, რომლებსაც გააჩნიათ საკუთარი ბიზნეს-უწყვეტობის გეგმები, მიზნები და სამედიცინო ბაზარზე ოპერირების ბიზნესსტრატეგია. შესაბამის სახელმწიფო უწყებებთან წინასწარი კოორდინაციის გარეშე, აღნიშნული ორგანიზაციების მიზნები და სტრატეგიები დრამატულად დაზარალებდა, რაც, თავის მხრივ, იმოქმედებს ქვეყნის ეკონომიკაზე და მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფაზე.

აშკარაა, რომ საგანგებო საფრთხეებზე რეაგირების ზოგადსახელმწიფოებრივი სტრატეგიული ამოცანები იკვეთება კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ბიზნესსტრატეგიის ამოცანებთან.

წინამდებარე ნაშრომი, შეისწავლის რა, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, საგანგებო საფრთხეების შესაბამისი რისკების იდენტიფიცირებისა და მართვის მახასიათებლებს, მათ შორის, - ამ სფეროში, სათანადო სახელმწიფო უწყებებთან კოორდინაციის მიმართებით, განსაზღვრავს გასაუმჯობესებელ ასპექტებს და წარმოადგენს შესაბამის რეკომენდაციებს. ყოველივე ეს განაპირობებს საკვლევი თემის აქტუალობის მაღალ ხარისხს.

თანამედროვე მსოფლიოში მართვის სისტემებმა უაღრესად კომპლექსური სახე მიიღეს. განუწყვეტლივ მიმდინარეობს სისტემების ცალკეული კომპონენტების მეცნიერული შესწავლა და დახვეწა. მრავალი ნაშრომი აქვს მიძღვნილი ცნებების, - „საშიშროება“, „საფრთხე“, „რისკი“, - არსს, ბუნებას და მათი იდენტიფიცირებისა თუ მართვის საკითხებს. ყოველივე ეს, უპირველესად, ემსახურება პრევენციას, ადამიანის, სახელმწიფოსა და ბიზნესისათვის არასასურველი შედეგების რეალიზების თავიდან აცილებას; ხოლო თუკი პრევენცია შეუძლებელია, მაშინ სასურველია უარყოფითი გავლენის მაქსიმალურად შერბილება ან გამოსწორება/აღდგენა.

იმისათვის, რომ საგანგებო საფრთხეებზე რეაგირებაზე პასუხისმგებელმა სახელმწიფო სტრუქტურებმა იმოქმედონ გეგმაზომიერად და, დაჭრილ დაშავებულთა, თუ ავადმყოფთა სამედიცინო უზრუნველყოფისათვის, რაციონალურად და მაქსიმალურად ეფექტიანად გამოიყენონ ქვეყნის მასშტაბით არსებული რესურსები, მათ შორის, კომერციულ

დაწესებულებათა კუთვნილი, მათ აღნიშნული შესაძლებლობების შესახებ უნდა გააჩნდეთ დროული და სრულფასოვანი მონაცემები; მეორე მხრივ, საქართველოს ჯანდაცვის ბიზნესსექტორის სუბიექტების მიერ, საკუთარ ბიზნეს-უწყვეტობის გეგმებში, წინასწარ უნდა იქნას გათვალისწინებული საგანგებო საფრთხეების დროს მოსალოდნელი რისკები, - როგორცაა, თუნდაც, საწოლ-ფონდის ან მედპერსონალის სახელმწიფოს მიერ მობილიზება, - და შესაბამისი რეაგირების ზომები, რათა წინასწარ იყვნენ მზად საკუთარი ბიზნესის დასაცავად დრამატული შედეგებისგან.

წინამდებარე კვლევის მიზანია შეისწავლოს, საქართველოს ჯანდაცვის ჰოსპიტალურ სექტორში, საგანგებო საფრთხეების შესაბამისი, სტრატეგიული რისკების მართვის სისტემა და განსაზღვროს გასაუმჯობესებელი ასპექტები და ტენდენციები.

ზემოთ მითითებული მიზნის მისაღწევად, უნდა გადაიჭრას შემდეგი ამოცანები:

- განისაზღვროს საგანგებო საფრთხეები და მათგან გამომდინარე რისკების მახასიათებლები;
- შეისწავლოს არსებული მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზა;
- შეისწავლოს საგანგებო საფრთხეებზე რეაგირებისა და რისკების მართვის სისტემური კოორდინაციის ასპექტები პასუხისმგებელ სახელმწიფო უწყებებში;
- შეისწავლოს საქართველოს ჯანდაცვის ჰოსპიტალური სექტორის დაწესებულებებში არსებული რისკების მართვის სისტემის მახასიათებლები.

მეთოდოლოგია

საკვლევი თემის სპეციფიკიდან და კომპლექსურობიდან გამომდინარე, გამოყენებული იყო კვლევის კომბინირებული მეთოდოლოგია. პირველ ეტაპზე ჩატარდა სამეცნიერო და ნორმატიული წყაროების კონტენტ-ანალიზი. დაზუსტდა ემპირიული კვლევების ტაქტიკა და კითხვარები, ინტერვიუებისა და გამოკითხვებისთვის.

მეორე ეტაპზე ჩაწერილ იქნა ჩაღრმავებული ინტერვიუები იმ სახელმწიფო დაწესებულებათა ავტორიზებულ პირებთან, რომლებიც არსებული კანონმდებლობით პასუხისმგებელი არიან საგანგებო საფრთხეებზე ამა თუ იმ გზით რეაგირებაზე. განხორციელდა უშუალოდ რისკების მართვის გეგმის მომზადების პროცესზე დაკვირვება, სამოქალაქო ჯანდაცვის ერთ-ერთ დაწესებულებაში. განხორციელდა ჯანდაცვის სექტორის იმ დაწესებულებათა ავტორიზებული პირების გამოკითხვა, რომლებსაც შედგენილი აქვთ რისკის მართვის დოკუმენტაცია, ან ამჟამად მიმდინარეობს მასზე მუშაობა.

მესამე ეტაპზე განხორციელდა მიღებული შედეგების სინთეზი, გაკეთდა შეფასება და მომზადდა შესაბამისი რეკომენდაციები.

ლიტერატურის მიმოხილვა

საგანგებო, ბიზნეს-უწყვეტობის და სტრატეგიული საფრთხეები

უპირველესად, უნდა განისაზღვროს ცნება „საფრთხესთან“ დაკავშირებული რიგი საკითხები. ოქსფორდის უნივერსიტეტის მიერ 2014 წელს გამოცემული წიგნის, „International Handbook of Treat Assessment“ („საფრთხის შეფასების საერთაშორისო სახელმძღვანელო“), მიხედვით, „საფრთხეს, ინგლისურ ენაში, ორი განსხვავებული მნიშვნელობა აქვს. ერთი ეხება ზიანის მიღების პოტენციურ შესაძლებლობას (ანუ საშიშროებას). მეორე კი გამოხატავს ზიანის გამოწვევის განზრახვას (ანუ, მუქარას ვინმეს მხრიდან). საფრთხეების შეფასება და მართვა ეყრდნობა პირველ მნიშვნელობას - ანუ საფრთხეს, როგორც საშიშროებას, ან რისკს“ (Meloy, 2014).

ზემოთ წარმოდგენილი განსაზღვრება ძალიან მნიშვნელოვანია წინამდებარე კვლევისათვის ორი მიზეზით:

• ჯანდაცვისა და შრომის დაცვის რისკების მართვის სფეროს ინგლისურენოვან სამეცნიერო ნაშრომებში, გამოყენებულია ორივე ტერმინი: „threat“, (ანუ, „საფრთხე“) და

„hazard“ (ანუ, „საშიშროება“), ოღონდ, როგორც წესი, მათ გამიჯნული მნიშვნელობა ენიჭება. ითვლება, რომ „საშიშროება“ უფრო ფართო გაგებაა და მოიცავს „საფრთხესაც“; ანუ საშიშროებას წარმოადგენს, როგორც, თუნდაც ბუნებრივი კატასტროფები (რაშიც ვინმეს განზრახვა არაა), ასევე, - უშუალოდ ზიანის მიყენების განზრახვა სუბიექტის მიერ. ცნება „threat“ კი არ გულისხმობს ბუნებრივი მოვლენებისგან მოსალოდნელ შედეგს;

• ქართულ კანონმდებლობასა და სამეცნიერო ლიტერატურაში ეს ცნებები ერთმანეთისგან გარკვევით გამიჯნული არ არის და გამოიყენება თანაბარზომიერი მნიშვნელობით, ხშირად, - ურთიერთ-ჩანაცვლებით. ამის კარგი მაგალითია საქ. ტექნიკური უნივერსიტეტის ჰიდრომეტეოროლოგიის ინსტიტუტის სამეცნიერო რეფერირებად შრომათა კრებულში გამოქვეყნებული სტატია, „საშიში მოვლენების კლასიფიცირება საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით“ (კაპანაძე, 2023), და ისეთი ნორმატიული აქტები, როგორცაა „კანონი სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“ (საქართველოს პარლამენტი, 2014), რომელშიც საფრთხედ მოხსენიებულია როგორც ბუნებრივი მოვლენის, ისე სუბიექტის მიზეზით გამოწვეული მოსალოდნელი მოვლენა.

ოქსფორდის უნივერსიტეტის „საფრთხის შეფასების საერთაშორისო სახელმძღვანელო“-ს განმარტებას ურთიერთშესაბამისობაში მოჰყავს რიგი უცხოური წყაროს მიერ გამოყენებული ტერმინი „hazard“ („საშიშროება“) და ქართულ წყაროებში ფართო გაგებით ნაგულისხმევი ცნება „საფრთხე“ („საშიშროების“ მომცველობით).

რაც შეეხება საფრთხის გაგებას უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულებებში რისკის მართვის სფეროში, ამ საკითხს კარგად აღწერს გულსუნ კუბრა კაიას თავის ნაშრომში, „Good risk assessment practice in hospitals“ (Kaya 2018). მოვლენათა მიმდინარეობაში, საფრთხის რეალიზებით, წარმოიქმნება ზიანი; ხოლო ამ შედეგის დადგომის რისკის მაჩვენებელი დამოკიდებულია ზიანის სავარაუდო სიმძიმისა და ზიანის წარმოქმნის ალბათობის მაჩვენებლებზე. როგორც ჩანს, საფრთხის ბუნება და მახასიათებლები გადამწყვეტია მოცემული ტრიადისათვის.

გლობალური, საერთაშორისო-რეგიონული და ქვეყნის საზღვრებში მოსალოდნელი საგანგებო საფრთხეები

საქართველოს ეკონომიკის და მისი ერთ-ერთი შემადგენელის, ჯანდაცვის სექტორის, მდგომარეობა მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. ეს ფაქტორები მიეკუთვნება გლობალურ, საერთაშორისო-რეგიონულ და ადგილობრივ კატეგორიებს. შესაბამისად, დაჯგუფდება არსებული და სამომავლოდ შესაძლებელი საფრთხეებიც.

უაღრესად დამაბული გლობალური პოლიტიკური ვითარების ფონზე, მსოფლიოს მოწინავე სახელმწიფოებისა და ტრანსნაციონალური არასამთავრობო ორგანიზაციების ინტელექტუალური ცენტრები ძალისხმევას არ იშურებენ მომავლის პროგნოზირებისა და საშიში ტენდენციების კვლევის საქმეში. შეიქმნა და გამოქვეყნდა სპეციალური ნაშრომები, რომლებიც უაღრესად საყურადღებოა და აუცილებლად გასათვალისწინებელია.

დიდი ბრიტანეთის თავდაცვის სამინისტროს პროექტის „Strategic Trends Programme“-ის ფარგლებში შემუშავებულ იქნა ორი დოკუმენტი: „Global Strategic Trends - Out to 2045“ (UK-MoD 2014) და „Future Operating Environment 2035“ (UK-MoD 2015), რომლებიც კონცეპტუალურად ავსებენ ერთმანეთს. მითითებულიდან მეორე ნაშრომში, „მომავლის სამოქმედო გარემო 2035“, პირველში განხილული ტრენდების ანალიზის საფუძველზე, წარმოდგენილია მოსალოდნელი გლობალური სტრესების რუკა და აღნიშნულია, რომ 2035 წლისათვის, მსოფლიო მოსახლეობის დიდი უმეტესობა მეგა ურბანულ არეებში იქნება განსახლებული, ხოლო მოსახლეობისგან დაცლილი სახელმწიფოები და რეგიონები, ორგანიზებული კრიმინალის, კორუფციის, სასიცოცხლო რესურსების სიმცირისა და ბუნებრივი, თუ ტექნოგენური კატაკლიზმების (მათ შორის, - შეიარაღებული კონფლიქტების) ზემოქმედების ქვეშ მოექცევა. ხსენებულ რუკაზე 31 მეგა-რეგიონია დატანილი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ უშუალოდ საქართველო და მთლიანად კავკასია, ამ 31-დან, არც ერთ მეგა-რეგიონს არ მიეკუთვნება; ანუ, ამ დოკუმენტების მიხედვით, 2035 წლისათვის, მოექცევა მრავალმხრივი კრიზისებისა და კატაკლიზმების არეალში.

დაახლოებით იგივე პროგნოზებია გაკეთებული იტალიისა (ITA-Esercito 2019) და ესპანეთის (MoD-ESP 2022) თავდაცვის სამინისტროების მიერ შემუშავებულ მომავლის სამოქმედო გარემოს დოკუმენტებში, განსაკუთრებული აქცენტებით, მრავლობითი კონფლიქტური არეების, მზარდი პოლიტიკური გაურკვევლობის, მძიმე სოციალური კრიზისებისა და ახალი გამანადგურებელი იარაღის სახეობების გამოჩენაზე.

აშშ-ს არმიის მომავლის სარდლობის მიერ გამოქვეყნებულ მსგავს ნაშრომში (AFC 2020) წარმოდგენილია 2035-2050 წწ.-ის მომავლის ოთხი მოდელი, რომელთა საერთო მახასიათებელი მკვეთრი პოლიტიკური პოლარიზაცია და კონფლიქტებია.

მსოფლიო ეკონომიკური ფორუმის მიერ 2023 წლის იანვარში გამოცემულ დოკუმენტში, - „The Global Risks Report 2023“, განსაკუთრებით საყურადღებოა 10 წლიანი პროგნოზი, რომლის მიხედვითაც გლობალური რისკების პირველი ათეული ასეა დაჯგუფებული: (1) კლიმატის ცვლილების შერბილების შეუძლებლობა; (2) კლიმატის ცვლილებასთან ადაპტაციის შეუძლებლობა; (3) სტიქიური უბედურებები და ამინდის ექსტრემალური მოვლენები; (4) ბიო-აღდგენის დარღვევა და ეკოლოგიური კოლაფსი; (5) ფართომასშტაბიანი იძულებითი მიგრაცია; (6) ბუნებრივი რესურსების კრიზისი; (7) სოციალური კავშირების ეროზია და საზოგადოების პოლარიზაცია; (8) ფართოდ გავრცელებული კიბერდანაშაული და კიბერ დაუცველობა; (9) გეოეკონომიკური დაპირისპირება; (10) ფართომასშტაბიანი ტექნოგენური ინციდენტები (WEF 2023).

ყველა ზემოთ განხილული დოკუმენტის მიხედვით, მსოფლიოს უმეტესი, დღეს არსებული სახელმწიფოები, განსაკუთრებით, - მცირე ეკონომიკები, მსგავს გლობალურ სტრესებს და კატაკლიზმებს ვერ გაუძლებენ და უბრალოდ გაქრებიან რუკიდან.

საქართველოს რეალობაში, ყოველივე ამას ემატება საერთაშორისო-რეგიონული პოლიტიკური ფაქტორები, რომლებიც ფაქტობრივად, პერმანენტულად აქტუალურ საფრთხეებს წარმოადგენენ:

- ომი უკრაინაში და შავ ზღვაზე, ომები ისრაელსა და სირიაში, ირანის გარშემო არსებული უკიდურესი დაძაბულობა, რაც შესაძლოა ნებისმიერ მომენტში გადაიზარდოს გლობალურ სამხედრო დაპირისპირებებში ახლო აღმოსავლეთს, შუა აზიასა და, რაც მთავარია, - კავკასიაში;

- ამასთანავე, ქვეყნის ტერიტორიის 20% ოკუპირებულია რუსეთის მიერ, რომლებზეც განლაგებულია საოკუპაციო სამხედრო ბაზები; აგრესორი განაგრძობს ახალი სამხედრო ობიექტების მშენებლობას, - პორტი ოჩამჩირეში, - და მცოცავ ანექსიას. მისი მხრიდან, მუდმივად არსებობს ახალი ფართომასშტაბიანი სამხედრო აგრესიის და, ჰიბრიდული, პროქსი ძალების საშუალებით, დესტაბილიზაციის ან დივერსიებისა და ტექნოგენური კატასტროფების გამოწვევის შესაძლებლობა.

არანაკლები პრობლემაა კავკასიის გეოგრაფიული არეალის კლიმატური და გეოფიზიკური მახასიათებლები, ჩვენი ქვეყნის ტერიტორიაზე გახშირებული ბუნებრივი კატაკლიზმები.

ამკარაა, რომ ყოველივე ზემოხსენებული წარმოადგენს რეალურ საგანგებო და ეგზისტენციალურ საფრთხეებს სახელმწიფოს, მისი ეკონომიკისა და თითოეული მოქალაქისთვის.

საფრთხის რეალიზების შემთხვევაში დგება საგანგებო სიტუაცია. საქართველოს კანონით „სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“, საგანგებო სიტუაცია განმარტებულია შემდეგნაირად (მუხლი 3. ქვეპუნქტი - ბ)) (საქართველოს პარლამენტი 2014):

„საგანგებო სიტუაცია – გარკვეულ ტერიტორიაზე/ტერიტორიებზე ან ობიექტზე/ობიექტებზე შექმნილი ისეთი ვითარება/ვითარებათა ერთობლიობა, რომლის დროსაც ირღვევა ადამიანთა ყოფა-ცხოვრების ნორმალური პირობები და რომელიც ამკარა საფრთხეს უქმნის, ან რომელმაც შეიძლება ამკარა საფრთხე შეუქმნას ადამიანის სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას ან/და რომელმაც შეიძლება მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს გარემოს, ფიზიკური/იურიდიული პირის, სახელმწიფო ან/და მუნიციპალურ ქონებას“ (ს. პარლამენტი 2014).

ბიზნეს-უწყვეტობის საფრთხეები ზოგადად და უშუალოდ - ჯანდაცვის ბიზნესში

ქვეყნის ეკონომიკის ხერხემალი და უმთავრესი შემადგენელი გახლავთ ბიზნესი, რომელიც ძალიან მრავალფეროვანია, თუმცა მისი ცალკეული სექტორები ემორჩილებიან მმართველობის ძირითად პრინციპებს. ერთ-ერთი ასეთი ფუნდამენტური პრინციპი კი გახლავთ ის, რომ მიუხედავად საქმიანობის მასშტაბისა, ყველა საქმიან სუბიექტს უნდა გააჩნდეს საკუთარი ბიზნეს-სტრატეგია, რათა შეინარჩუნოს კონკურენტუნარიანობა და არსებობის შესაძლებლობა ბაზარზე. ეკონომიკა, როგორც მეცნიერება, ანტიკური ხანიდან იღებს სათავეს და ათასწლეულების განმავლობაში მუდმივად ვითარდება. მის წიაღში არსებული უამრავი განსტოებიდან მნიშვნელოვანი ნაწილი სწორედ ბიზნეს-სტრატეგიების შემუშავების თეორიებს ეძღვნება. მათ შორის, დროთა განმავლობაში, „ეკონომიკურ აზროვნებაში“ (მენქიუ, 2008) ბიზნესზე სხვადასხვა ფაქტორების ზემოქმედებაზე რეაგირების „რეაქტიული“ მიდგომები თანმიმდევრობით გარდაისახა „პროაქტიულში“. „ბიზნესის აღდგენის კონცეფცია (business recovery - BR) - ანუ, წარუმატებლობა და შემდეგ მისგან აღდგენა, - წარმატებით ჩაანაცვლა ბიზნესის უწყვეტობამ (business continuity - BC), რაც გულისხმობს ოპერაციების გაგრძელების შესაძლებლობას, ოპერაციის რომელიმე ნაწილის შეფერხების შემთხვევაში“ (Hiles, 2014).

ბიზნეს უწყვეტობის მენეჯმენტი აუცილებლად დაკავშირებულია რისკების მართვასთან, რაც საფრთხეების წინასწარ იდენტიფიცირებასა და შეფასებას ეფუძნება. ბიზნეს უწყვეტობის საფრთხეები აუცილებლად გულისხმობს წინა თავში განხილულ საგანგებო საფრთხეებს, რადგან მათი რეალიზების შემთხვევაში, შედეგები დგება ეროვნულ, პიროვნულ და, რა თქმა უნდა, თითოეული იურიდიული სუბიექტის დონეზე. გარდა ამისა, ბიზნესს გააჩნია როგორც ყოველდღიური, რუტინული გამოწვევები, ასევე ისეთი სტრატეგიული საფრთხეები, რომლებიც წარმოიშობა ყოველგვარი სოციალურ-პოლიტიკური თუ გეოფიზიკური კატაკლიზმების გარეშე და დაკავშირებულია თავისუფალი ბაზრის მახასიათებლებთან, მართვის ხელოვნებასთან და ა.შ.;

იგივე მდგომარეობაა ჯანდაცვის ბიზნესშიც. ამ შემთხვევაშიც, უნდა განისაზღვროს ეკონომიკური სუბიექტის წინაშე მდგარი საფრთხეები (საგანგებო, სტრატეგიული და რუტინული), იდენტიფიცირდეს და შეფასდეს ამ საფრთხეების განხორციელების რისკები და შემუშავდეს შესაბამისი რისკების მართვის პროგრამა. საბოლოოდ ეს ყველაფერი უნდა შეიკრას ამ სუბიექტის ბიზნეს უწყვეტობის სტრატეგიად.

ამასთანავე, აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ საგანგებო სიტუაციების (ომი, ბუნებრივი კატაკლიზმები, ან ტექნოგენური კატასტროფები და სხვ.) დროს დამდგარი საფრთხეებისა და შესაბამისი ზარალის თავიდან აცილება, როგორც წესი, შეუძლებელია, მიუხედავად წინასწარი განჭვრეტისა და დაგეგმვისა. ამიტომ კვლავ აქტუალურია ე.წ. საგანგებო მართვის, ანუ კატასტროფებზე რეაგირების გეგმები, რაც მოთხოვნილია სახელმწიფოთა სტანდარტებით - მათ შორის საქართველოში (საქართველოს პარლამენტი 2018) - და ბიზნეს უწყვეტობის სტანდარტებითაც. ოღონდ აუცილებელია ერთმანეთისგან გაიმიჯნოს კრიზისზე რეაგირების გეგმები და რისკის მართვის გეგმები. როგორც ჩანს, ეს პრობლემა მთელს მსოფლიოში აქტუალურია, რადგან მას მნიშვნელოვანი ყურადღება აქვს დათმობილი რისკის მართვის სახელმძღვანელოებსა და სამეცნიერო ლიტერატურაში.

აშშ-ს საგანგებო მართვის ფედერალური სააგენტოს უფროსი ექსპერტის განმარტებით: „საგანგებო სიტუაციებისათვის მზადყოფნის უპირველესი მიზანია ადამიანებისა და ქონების დაცვა ზიანისგან. მზადყოფნა არის ფაქიზი და დინამიკური პროცესი, რომელიც მოითხოვს მუდმივ განახლებებს კორექტირებით. ბიზნეს უწყვეტობის მთავარი მიზანი კი ფოკუსირებულია ძირითადი საქმიანობის ან კონკრეტული მისიის ოპერაციების შეუფერხებელ განგრძობადობაზე. ამ განსხვავების გათვალისწინება იძლევა დაგეგმვის პროცესებთან დაკავშირებული სხვადასხვა ძირითადი ამოცანების სწორი იდენტიფიცირების საშუალებას..... ბევრი ბიზნესი, ამ ორ პროცესს, მართავს როგორც ერთ - ლოგიკურ კომბინაციას, რადგან ორივე პროცესი მიმართულია ერთი და იგივე მიზნისკენ; თუმცა, ეს შეიძლება არ იყოს სწორი გადაწყვეტილება მრავალი ორგანიზაციისთვის. უწყვეტობა სრულად ვერ იქნება

გათვალისწინებული ორგანიზაციის საგანგებო მზადყოფნის დაგეგმვის კომპონენტის ფარგლებში.... საგანგებო მზადყოფნის გეგმებმა შეიძლება უზრუნველყოს უსაფრთხოების ცრუ განცდა უწყვეტობის პერსპექტივიდან და, ხშირ შემთხვევაში, შეიძლება ბიზნესი ან ორგანიზაცია დაუცველი გახდეს გამოუსწორებელი ზიანის მიმართ“ (Jones, 2019).

სახელმწიფო მართვის სტრატეგიისა და სამედიცინო ბიზნესის მართვის სტრატეგიის კორელაციის მნიშვნელობა

საგანგებო საფრთხეებზე სწრაფი და ეფექტური რეაგირება სახელმწიფო უსაფრთხოების სტრატეგიის ერთ-ერთი უმთავრესი ინტერესია. აქედან გამომდინარე, სახელმწიფო ადგენს ნორმატიულ მოთხოვნებს, მართავს სპეციალურად ამ სფეროებზე ავტორიზებულ სუბიექტებს და უზრუნველყოფს ამისათვის საჭირო რესურსებს. ამასთანავე, საგანგებო საფრთხეები აუცილებლად განაპირობებენ კერძო ბიზნესის და თითოეული მოქალაქის მდგომარეობაზე დრამატულ ზეგავლენას. ხშირად, საფრთხეების ბუნებიდან და ბიზნესის არსიდან გამომდინარე, სხვადასხვა საქმიან სექტორში, რისკების ეფექტი რადიკალურად განსხვავებულია. მაგალითად:

- კოვიდ-19-ის პანდემიის დროს, მთელს მსოფლიოში, კატასტროფულად დაზიანდნენ ტურისტული და გართობის სფეროში მომუშავე კომპანიები. მრავალი მათგანი უბრალოდ გაქრა ბაზრიდან;

- წინა პუნქტის საპირისპიროდ, იმავე პერიოდში, მრავალმილიარდიანი მოგება ნახეს ფარმაცევტულმა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფილის კომპანიებმა, რომელთა საქმიანობაც კოვიდსაწინააღმდეგო ვაქცინების წარმოებასთან, ლოჯისტიკასა და გამოყენებასთან იყო დაკავშირებული.

სწორედ ასეთ ვითარებაში, ბევრ ქვეყანაში, - მათ შორის საქართველოშიც, - ნათლად წარმოჩინდა სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობისა და ინტერესების კორელაციის სარგებელი და, ამასთანავე, ბიზნეს რისკებიც:

- კლინიკებში საწოლ-ფონდის დეფიციტის აღმოსაფხვრელად, სახელმწიფო რეგულაციებით, შეიქმნა სპეციალური ე.წ. კოვიდ-სასტუმროები, რათა მათი დახმარებით მომხდარიყო მსუბუქი ფორმით დაავადებული, სიმპტომების მქონე, ან ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფი მოქალაქეების იზოლირება. აღნიშნულმა მიდგომამ, გაკოტრებას გადაარჩინა ბევრი სასტუმრო და კვების ობიექტი (რომლებსაც მიეცათ მზა საკვების მომარაგებაზე დაკვეთები), განსაკუთრებით, ტურისტულ ზონებში, გაუქმებული სეზონის გამო;

- მეორე მხრივ, რიგ კლინიკებს დაევალებათ საკუთარი პროფილისათვის აბსოლუტურად უცხო, ე.წ. კოვიდ-განყოფილებების გახსნა მძიმედ დაავადებული პაციენტების განსათავსებლად; ამ ფაქტს შოკის ეფექტი ჰქონდა ბევრი მათგანისათვის, რადგან რადიკალურად შეიცვალა დაწესებულებების ბიზნეს-გეგმები და, მარტივად რომ ითქვას, საკუთარი პროფილური პაციენტების დაკარგვით, უცხო სამედიცინო მიდგომებსა და ლოჯისტიკურ თუ ფინანსურ მოთხოვნებზე გადასვლით, კლინიკებმა მიიღეს მნიშვნელოვანი მატერიალური და რეპუტაციული ზარალი.

ზემოთ წარმოდგენილი მსჯელობა აჩვენებს, რამდენად მნიშვნელოვანია, სახელმწიფოს სტრატეგიული ინტერესები კორელაციაში იყოს ბიზნესის ინტერესებთან, რათა არ დაზარალდეს, ან რაც შეიძლება, ნაკლები ზიანი მიადგეს თითოეულ მათგანს.

რისკების მართვის ტექნოლოგია, რომელიც თანმიმდევრულად ინერგება საქართველოში, სწორედ ამ მიზანს ემსახურება. ამკარაა, რომ თუკი უზრუნველყოფილი იქნება სათანადო კოორდინაცია, ჯერ კიდევ რისკების იდენტიფიცირებისა და შეფასების ეტაპებზე, როგორც სახელმწიფო სექტორი, ასევე ბიზნესიც, გაცილებით უკეთესად ინფორმირებული და მომზადებული შეხვდება დამდგარ საგანგებო საფრთხეებს. უფრო მეტიც, ასე შესაძლებელია რისკი ერთგვარი მოგებისა და წარმატების შანსიც კი გახდეს კერძო, საქმიანი სფეროს სუბიექტებისთვის.

რისკების მართვის ზოგადი ასპექტები და საქართველოს საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზის მიმოხილვა

რისკების მართვის კონცეფცია - ზოგადი ასპექტები და პროცესი

„ჰომო საპიენსი გადარჩა, მისი ორგანიზმის იმ უნარების ინსტინქტური და მუდმივი განვითარებით, რომლებიც არსებობის გაურკვეველობის ნაწილია. ეს „გენეტიკური უნარი“ შესაძლებელია განისაზღვროს როგორც გაურკვეველობასთან მებრძოლი დისციპლინის, „რისკ-მენეჯმენტის“, საფუძველი“ (Koman, 2011) კლომანის სტატიაში, „რისკების მართვის მოკლე ისტორია“, მოცემულია ცნობები ამ სფეროში აშშ-სა და ევროპაში მიმდინარე კვლევით სამუშაოებსა და ნაშრომებზე, ჯერ კიდევ 1914 წლიდან მოყოლებული. თუმცა, საბოლოოდ მეცნიერები თანხმდებიან, რომ, როგორც სისტემური სამეცნიერო დისციპლინა, რისკების მართვა, ჩამოყალიბდა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ (Dionne, 2013).

დღეს რისკ მენეჯმენტის მიმართულების მრავალი სახელმძღვანელო და დარგობრივი მეცნიერული ნაშრომი არსებობს, ვინაიდან ეს მიდგომა, მსოფლიოში უკვე გამოიყენება მმართველობის ყველა მიმართულებაში; თუმცა მის დამკვიდრებას თანმიმდევრული მცდელობები დასჭირდა და ხშირად წარუმატებლობა უძლოდა წინ (Hubbard, 2020).

2002 წელს შემუშავებულ იქნა ე.წ. „რისკ მენეჯმენტის ლექსიკონი“, ანუ საერთაშორისო სტანდარტი ISO Guide 2002 (ISO, ISO/IEC Guide 73:2002 Risk management Vocabulary. Guidelines for use in standards 2002); ის, შემდეგ, შეიცვალა იგივე დასახელების სტანდარტით ISO Guide 2009 (ISO 2009), რომელიც საბოლოოდ ტრანსფორმირდა ამჟამად მოქმედ ორ სტანდარტში: ISO 31000 – „Risk management“ (ISO 2018) და ISO 31000:2018 – „Risk management A practical guide“ (ISO 2021).

საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითია ორგანიზაცია British Standards Institution (BSI)- ის მიერ, ზემოთ მითითებული უახლესი საერთაშორისო სტანდარტების, ISO 31000:2018 (ISO 2021) - ის, უშუალოდ ბრიტანეთის სინამდვილისთვის ადაპტირება და გამოცემა: „BS ISO 31000:2018 Risk management — Guidelines“ (BS-ISO 2018). სწორედ ამ უკანასკნელი დოკუმენტის მიხედვით განვიხილავთ რისკის მართვის ძირითად ასპექტებს:

ა) უნდა არსებობდეს რისკის მართვის ჩარჩო-პროგრამა შემდეგი შემადგენლებით: ინტეგრაცია, დიზაინი, იმპლემენტაცია, შეფასება, გაუმჯობესება; ხოლო ძირითადი და საფუძველი და გარანტორი ამ პროგრამისა უნდა იყოს სათანადო ლიდერობა და პასუხისმგებლობა;

ბ) ლიდერობა და პასუხისმგებლობა - ორგანიზაციის ტოპ-მენეჯმენტი და ყველა მმართველი რგოლი გაცნობიერებული და დაინტერესებული უნდა იყოს გამართული რისკის მართვის სისტემის მნიშვნელობასა და არსებობაში; ხელს უწყობდეს და უზრუნველყოფდეს პროგრამის ყველა კომპონენტის სათანადოდ განხორციელებას;

გ) ინტეგრაცია - რისკ-მენეჯმენტის სისტემის სწორი ინტეგრაციისთვის გათვალისწინებულ უნა იქნას ორგანიზაციის საქმიანობის ბუნება, სტრუქტურული აგებულება; დ) დიზაინი - რისკ მენეჯმენტის სისტემის დიზაინის შემუშავებისას შესწავლილ უნდა იქნას ორგანიზაციაზე მოქმედი გარე და შიდა კონტექსტი. მაგალითად, - სოციალური, კულტურული, პოლიტიკური, სამართლებრივი, ნორმატიული, ფინანსური, ტექნოლოგიური, ეკონომიკური და გარემოსდაცვითი ფაქტორები, როგორც საერთაშორისო, ასევე ეროვნული, რეგიონული და ლოკალური დონის; გარე სტეიკჰოლდერთა განწყობები, მოლოდინები, ფასეულობები, მოთხოვნები; ბიზნესის ამძრავი ძალები და ბაზრის ტრენდები და სხვ.;

ე) იმპლემენტაცია - რისკის მართვის ჩარჩო-პროგრამა ორგანიზაციამ უნდა დანერგოს: სათანადო გეგმის შემუშავებით, ვადებისა და რესურსების განსაზღვრით; ორგანიზაციაში სხვადასხვა დონის გადაწყვეტილების მიმღები სუბიექტების განსაზღვრით; საჭიროებისამებრ, გადაწყვეტილების მიღების პროცესის მოდიფიცირებით; ორგანიზაციაში, მიღებული რისკ-მენეჯმენტის ღონისძიებათა არსის გაგებისა და აღსრულების უზრუნველყოფით;

ვ) შეფასება - შეფასების პროცესის სათანადოდ წარმართვისათვის ორგანიზაციაში უნდა მიმდინარეობდეს რისკ-მენეჯმენტის ჩარჩო-პროგრამის მიღწევების შედარება დასახულ

მიზნებთან, დაწესებულ ინდიკატორებთან და სასურველ ქცევით მოდლებთან; იმის განსაზღვრა, თუ ინარჩუნებს პროგრამა ეფექტურობას;

ზ) გაუმჯობესება - ორგანიზაციამ უწყვეტად უნდა აწარმოოს რისკ-მენეჯმენტის ადაპტაცია გარე და შიდა ცვლილებათა შესაბამისად; ამ გზით, ორგანიზაცია გაზრდის მის შედეგიანობას; ამასთანავე, მუდმივად უნდა მიმდინარეობდეს ზრუნვა სისტემის ადექვატურობი, შესაბამისობისა და ეფექტურობის გაუმჯობესებაზე.

ზემოთ ჩამოთვლილ პრინციპულ ასპექტებზე დაყრდნობით, რისკის მართვის პროცესი ხორციელდება სამ ძირითად საფეხურად:

1. მოსამზადებელი საფეხური - რისკ-მენეჯმენტის ფარგლების განსაზღვრა, გარე და შიდა კონტექსტის განსაზღვრა და რისკის კრიტერიუმების განსაზღვრა

2. რისკის გაზომვა - ეს საფეხური სამი ქვე-პროცესისაგან შედგება: რისკის იდენტიფიცირება; რისკის ანალიზი; რისკის შეფასება

3. რისკის ნეიტრალიზება (შემცირება) - რისკის ნეირალიზებისათვის უნდა განისაზღვროს მისი მოსპობის ან შემცირების ზომები, შეიქმნას და დაინერგოს შესაბამისი გეგმები, შეფასდეს ამ ზომების ეფექტურობა, განისაზღვროს, რამდენად მისაღებია ე.წ. შესაძლო ნარჩენი რისკი და თუკი არ არის მისაღები, დაიგეგმოს ახალი ღონისძიებები.

ამასთანავე, მთელს ამ პროცესს თან ახლავს მუდმივი კომუნაკაცია/ კონსულტაცია, მონიტორინგი/მიმოხილვა და, საბოლოოდ, - აღრიცხვა და ანგარიშგება

რისკების მართვა მედიცინაში - რისკმენეჯმენტის პერსონალი, სტრატეგიული და ოპერირების რისკები, „რისკის მადა“

ჯანდაცვის სფეროს მენეჯმენტი და, კერძოდ, რისკების მართვა, ამ ბიზნესში, ძირითადად, წინა თავში მოყვანილ საერთო პრინციპებს ემორჩილება; თუმცა არსებობს გამოკვეთილი, სპეციფიკური ასპექტები და ამ ნაშრომის ინტერესი სწორედ მათი შესწავლაა.

ამერიკის ჯანდაცვის რისკების მართვის ასოციაციის (American Society for Healthcare Risk Management), რომელიც დაარსდა 1980 წელს, მიერ გამოცემული, „ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის, რისკ-მენეჯმენტის სახელმძღვანელო“-ს („Risk Management Handbook For Health Care Organizations“ (Carroll, 2001)) მიხედვით, დაწესებულების რისკ-მენეჯმენტის პროგრამა უნდა მოიცავდეს აქტივობათა შემდეგ ჯგუფებს:

- ორგანიზაციული რისკების მართვის პოლიტიკის და გეგმის შემუშავება;
- რისკ მენეჯმენტის პერსონალის სწავლება და ზედამხედველობა;
- რისკ მენეჯმენტის კომიტეტის კოორდინირება და ადმინისტრირება;
- რისკ მენეჯმენტის დეპარტამენტის წლიური მიზნების შემუშავება;
- რისკ მენეჯმენტის ღონისძიებათა ეფექტურობის შეფასება.

ყოველივე ამის უზრუნველყოფა ევალება „ჯანდაცვის რისკების მართვის პროფესიონალ სპეციალისტს“ („The Health Care Risk Management Professional“ (Carroll, 2001)), ანუ - რისკების მენეჯერს. ორგანიზაციის პროფილისა და სიდიდის მიხედვით, მასში შეიძლება იყვნენ პირველი, მეორე და მესამე, - უმაღლესი, კატეგორიის რისკ-მენეჯერები, დიფერენცირებული ფუნქციებით და პასუხისმგებლობით. რისკ მენეჯერი გახლავთ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის მაღალი თანამდებობის პირი, რომელთან კონსტრუქციული თანამშრომლობა აუცილებელი ვალდებულებაა სხვა მმართველი დანაყოფებისთვის, როგორცაა: ფინანსები, იურიდიული სამსახური, ხარისხის კონტროლი, ინფექციის კონტროლი, პერსონალის მართვა და ა.შ. აღნიშნული თანამშრომლობის უზრუნველყოფის გარანტი კი ორგანიზაციის ტოპ-მენეჯმენტი უნდა გახდეს (Carroll, 2001).

რისკ მენეჯერის პასუხისმგებლობა მოიცავს შემდეგ ფუნქციური არეებს: დანაკარგების პრევენციასა და შემცირებას, პრეტენზიების მართვას, ფინანსური რისკების მართვას, ნორმატიულ და აკრედიტაციის შესაბამისობას, უშუალოდ რისკის მართვის ოპერაციებს და ბიოეთიკას (Carroll, 2001).

ნათელია, რომ აშშ-ს ჯანდაცვის სტანდარტებით, რისკ-მენეჯერი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პოზიციაა დაწესებულებაში და მის მხარდასაჭერად მოქმედებს

ორგანიზაციულ-ნორმატიული სისტემა: რისკების მართვის დეპარტამენტი ან გუნდი, რისკების მართვის კომიტეტი და სხვ.

დიდ ბრიტანეთში, ამ მხრივ არსებული მდგომარეობა, ბრწყინვალეადაა შესწავლილი გულსუმ კუბრა კაიას ნაშრომში, „რისკის შეფასების კარგი პრაქტიკა ჰოსპიტლებში“ („Good risk assessment practice in hospitals“ (Kaya, 2018)). 100 კლინიკაში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე, ავტორმა წარმოადგინა ჯერ ნორმატიულად რეკომენდებული მიდგომა, შემდეგ არსებული სიტუაცია, ხოლო ბოლოს, - შეთავაზებული საუკეთესო პრაქტიკა. ამ ნაშრომის მიხედვით, კარგ მიდგომად მიჩნეულია შესაფასებელი რისკების დაჯგუფება ორ ძირითად კატეგორიად: სტრატეგიულ რისკებად და ოპერაციულ რისკებად. თითოეულ ამ კატეგორიებში გაერთიანებული ქვე-კატეგორიების დასახელებები, ძირითადად, იდენტურია, გარდა ე.წ. „უსაფრთხოების“ რისკებისა, რომელიც ოპერაციულ კატეგორიაშია დამატებული.

სტრატეგიულად მიჩნეულია რისკების ჯგუფი, რომელთა რეალიზებასაც შეუძლია დრამატული ან სულაც კატასტროფული შედეგი იქონიოს ორგანიზაციის ბიზნესზე. სტრატეგიული რისკებს მიკუთვნებული ქვეკატეგორიებია: სტრატ.-ორგანიზაციული, სტრატ.-ინფორმაციული და სტრატ.-კლინიკური რისკები.

ოპერაციულად მიჩნეულია ე.წ. რუტინული, ყოველდღიური რისკები. ოპერაციულ რისკებს მიკუთვნებული კატეგორიებია: ოპერ.-ორგანიზაციული, ოპერ.-ინფორმაციული, ოპერ.-უსაფრთხოების და ოპერ.-კლინიკური. მაგალითისთვის: სტრატეგიულ ინფორმაციულ რისკად მიჩნეულია ელექტრონული საინფორმაციო სისტემის მწყობრიდან გამოსვლა, ხოლო ოპერაციულ ინფორმაციულ რისკად, - ადმინისტრირების, კლერკის შეცდომა; სტრატეგიულ კლინიკურ რისკებად მიჩნეულია მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, მკურნალობის დაგვიანება, პაციენტთა პრეტენზიები; ამავე დროს, ოპერაციულ კლინიკურ რისკებად ჩათვლილია რისკები ტრანსფუზიოლოგიის, რადიაციული თერაპიის ან ავადმყოფის მოვლის დროს, პრეპარატებზე რეაქციები და ა.შ.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2023 წელს გამოქვეყნებულ დოკუმენტში, „ჯანმო-ს რისკის მართვის სტრატეგია“ („WHO Risk Management Strategy“ (WHO 2023)) დეტალურადაა განსაზღვრული ე.წ. „რისკის მაღის“ („Risk Appetite“ (WHO 2023)) კონცეფცია. „ორგანიზაციის რისკის მაღა გამოხატავს რისკების სახეებსა და მოცულობას, რომლების დამლევასაც გაუმკლავდება (მიიღებს) ორგანიზაცია, მისი მიზნების შესაბამისად“ (WHO 2023). რისკის მაღის განსაზღვრისას შემდეგ შეკითხვებს უნდა გაეცეს პასუხი:

- ორგანიზაციული ფასეულობები: რა რისკებს არ მივიღებთ?
- სტრატეგია: რომელი რისკების მიღება გვიწევს?
- გარე სტეიკჰოლდერები: რა დონის რისკების გამკლავების ნება ექნებათ მათ?
- შესაძლებლობა: რა რესურსები გვაქვს რისკების სამართავად? ... ” (WHO 2023).

დროთა განმავლობაში, თავისუფალი ბაზრის ულმოებელმა კანონებმა, მასთან ადაპტაციის ინსტიქტმა და შესაბამისმა სამეცნიერო ძალისხმევებმა, „რისკი მართვის“ კონცეფციიდან წარმოშვა ე.წ. „Enterprise Risk Management“- ის (ERM), ან როგორც სხვაგვარად იწოდება, „Enterprise Risk and Opportunity Management“-ის თეორია (EROM), რაც პირდაპირი თარგმანით ნიშნავს „წარმოების (დაწესებულების) რისკების და შესაძლებლობების მართვა“-ს (Benjamin, 2017).

თუკი ცნება „რისკების მართვა“ შეიძლება და ხშირად გამოიყენება კიდევ ცალკეული რისკების კატეგორიებთან მიმართებაში, - ლოჯისტიკური რისკები, ფინანსური რისკები, კლინიკური რისკები და ა.შ., - „წარმოების რისკებისა და შესაძლებლობების მართვის - EROM“ მიდგომა გულისხმობს კომპანიაში რისკების მართვის სტრატეგიულ ჩარჩო-პროგრამის არსებობას, ე.წ. „რისკის მაღისა“ და სტრატეგიული რისკების განსაზღვრულობას, ბიზნეს-უწყვეტობისა და უსაფრთხო განვითარების გეგმების ინტეგრირებულად გენერირებასა და იმპლემენტაციას.

ERM (EROM) მართვის თეორიის გამოყენებამ ასევე წარმატებით მოიკიდა ფეხი სამედიცინო მენეჯმენტის საერთაშორისო პრაქტიკაში. გამოცემულია ნორმატიული სტანდარტები და სახელმძღვანელოები, როგორცაა მაგალითად „ამერიკის ჯანდაცვის რისკ

მენეჯმენტის საზოგადოების“ სახელმძღვანელო „Enterprise Risk Management for Health Care, Fourth Edition“ (ASHRM 2020).

საქართველოში რისკების მართვის მარეგულირებელი საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის მიმოხილვა

ქართულ ნორმატიულ სივრცეში, ტერმინი „რისკი“, განსხვავებულ კონტექსტებში, 1998 წლიდან იქნა გამოყენებული: ჯერ საქართველოს ეროვნული ბანკის პრეზიდენტის 05.10.1998 წ.-ის N 93 ბრძანებაში, „კომერციული ბანკების საერთო ღია სავალუტო პოზიციის (სავალუტო რისკის) ლიმიტის დადგენის, გაანგარიშებისა და დაცვის წესის“ დამტკიცების შესახებ“ (სებ-პრეზიდენტი 2023) (სტატუსი: გაუქმებულია), ხოლო შემდეგ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 29.11.2001წ.-ის N419/წ ბრძანებაში, „ადამიანის ორგანოს კარანტინში მოთავსების აუცილებლობისა და ხანგრძლივობის, დონორთა შორის სამიში ინფექციების რისკის ჯგუფის განმსაზღვრელი კრიტერიუმების, დონორებისა და რეციპიენტების შერჩევისა და ტესტირების კრიტერიუმების, ადამიანის ორგანოთა მოძიების, აღების, შენახვისა და გადანერგვის სტანდარტების, ადამიანის ორგანოების ხარისხის კონტროლის სტანდარტების და ადამიანის ორგანოთა განადგურების წესის დამტკიცების შესახებ“ (მინისტრი-სშჯსდ 2001) (სტატუსი: მოქმედია). ორივე შემთხვევაში, ტერმინს ეძლეოდა ვიწრო დარგობრივი დატვირთვა. მსგავსი დოკუმენტები შემდგომშიც მრავლად გამოიცა, თუმცა ისინი არ გახლავთ წინამდებარე მიმოხილვის ინტერესის სფერო.

მსოფლიოში, კარგა ხნით ადრე, უკვე დამკვიდრებული რისკის მართვის სისტემის კომპონენტები, როგორცაა რისკის ანალიზი, რისკის შეფასება და რისკის კომუნიკაცია, ქართულ კანონმდებლობაში პირველად გამოჩნდა საქართველოს სოფლის მეურნეობის მინისტრის 07.08.2006 წ.-ის N2-143 ბრძანებაში - „რისკის ანალიზის ფარგლებში რისკის შეფასების და რისკის კომუნიკაციის პროცედურების დამტკიცების შესახებ“ (მინისტრი-სოფ.მეურნ. 2006)(სტატუსი: გაუქმებულია). აღნიშნული დოკუმენტი „სურსათისა და ცხოველთა საკვების უვნებლობასთან დაკავშირებული საფრთხეებისა და შესაძლო რისკების“ მართვის ასპექტებს შემდგომ ამისა, კვლავ სოფლის მეურნეობის სამინისტრომ გამოსცა მინისტრის ბრძანება: „საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს სურსათის უვნებლობისა და რისკის ანალიზის სამმართველოს დებულების დამტკიცების შესახებ“ (მინისტრი-სოფ.მეურნ. 2006)(სტატუსი: მოქმედია).

2010 წლის 22 ნოემბერს, გამოვიდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის N 380/წ ბრძანება „რისკის შეფასებაზე დაფუძნებული შერჩევითი კონტროლის სახელმძღვანელოს დამტკიცების შესახებ“, რომლის მიზანი იყო „ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორების რისკის შეფასებაზე დაფუძნებული შერჩევითი კონტროლი“ (მინისტრი-სშჯსდ 2010)(სტატუსი: გაუქმებულია).

რისკების მართვის ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის (ფინანსების მიმართულებით) მარეგულირებელი, ფაქტობრივად პირველი ნორმატიული დოკუმენტი, მიღებულ იქნა საქართველოს ფინანსთა მინისტრის მიერ 30.12.2011 წ.-ის N 644 ბრძანებით, „სახელმწიფო სექტორში რისკის მართვის სახელმძღვანელოს დამტკიცების თაობაზე“ (მინისტრი-ფინანსთა 2012)(სტატუსი: მოქმედია).

2015 წელს, საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მიერ გამოიცა სამი ბრძანება, რომლებიც ეხებოდა ე.წ. „მსჯავრდებულის რისკის“ შეფასებას (მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015-1) (სტატუსი: გაუქმებულია ჩანაცვლდა საქ. იუსტიციის მინისტრის 12.03.2020 წ.-ს N502 ბრძანებით), მათ შორის, - არასრულწლოვანებში (მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015-2)(სტატუსი: გაუქმებულია) და „იმავე ან სხვა ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში გადაყვანის წესისა და პირობების“ საკითხებს (მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015-3)(სტატუსი: გაუქმებულია. ჩანაცვლდა საქ. იუსტიციის მინისტრის 08.05.2019 წ.-ს N395 ბრძანებით). განსაკუთრებით საყურადღებო ეს მესამე დოკუმენტია, რადგან მასში პირველად გამოჩნდა ისეთი ცნება, როგორცაა „რისკების შეფასების გუნდი“.

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 2 დეკემბრის N605 დადგენილება, „რისკის ანალიზის ფარგლებში რისკის შეფასების, რისკის მართვისა და რისკის კომუნიკაციის პროცედურების დამტკიცების შესახებ“ (მთავრობა 2015) (სტატუსი: გაუქმებულია. ჩანაცვლდა საქ. მთავრობის 29.08.2018 წ.-ს N442 დადგენილებით), 2016 წლის 7 ოქტომბრის დადგენილება „ტექნიკური რეგლამენტის - ცოცხალი გენმოდიფიცირებული ორგანიზმების ჩაკეტილ სისტემაში გამოყენებით გამოწვეული პოტენციური საფრთხის (რისკის) შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ (მთავრობა 2016)(სტატუსი: მოქმედია) და 2018 წლის 7 თებერვლის N73 დადგენილება, „სუნელებისა და სანელებლების წარმოებასთან, გადამუშავებასა და ბაზარზე განთავსებასთან დაკავშირებით რისკის მართვის დროებითი ზომების მიღების შესახებ“ (მთავრობა 2018)(სტატუსი: მოქმედია), კვლავ სოფლის მეურნეობის სფეროს რეგულირების მიზნით იქნა მიღებული.

განსაკუთრებით საყურადღებოა საქართველოს მთავრობის დადგენილებები „საქართველოს კატასტროფის რისკის შემცირების 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“ (მთავრობა 2017-1)(სტატუსი: მოქმედია) და „საგანგებო სიტუაციის რისკის მართვის გეგმის მომზადების წესების შემუშავების შესახებ“ (მთავრობა 2017-2)(სტატუსი: მოქმედია). პირველ მათგანში, კერძოდ სამოქმედო გეგმაში, გაწერილია რიგი სახელმწიფო უწყებების ვალდებულებები კატასტროფების რისკის შემცირების მიმართებით, ხოლო მეორეში მოცემულია საგანგებო სიტუაციებზე (ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფები და სხვ.) რეაგირების გეგმის შედგენისას, რისკების შეფასების ნორმები და მეთოდოლოგია.

2020 წლის 30 იანვარს, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ გამოიცა N01-15/ნ ბრძანება, „სამუშაო სივრცეში რისკის შეფასების წესის დამტკიცების თაობაზე“, რომლითაც რეგულირდება შრომის უსაფრთხოების საკითხები (მინისტრი-სოტდშჯსდ 2020 -1)(სტატუსი: მოქმედია). იგივე სფეროს ეხება საქართველოს მთავრობის 06.02.2020 წ.-ის N80 დადგენილება, „ეკონომიკური საქმიანობის პრიორიტეტული დარგების განსაზღვრის მეთოდებისა და რისკის შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ (მთავრობა 2020-2) (სტატუსი: მოქმედია).

ზემოთ წარმოდგენილი მიმოხილვის საფუძველზე, იკვეთება ნათელი სურათი, რომ დღევანდელ ქართულ ნორმატიულ ბაზაში არ არსებობს რამე მარეგულირებელი ან სახელმძღვანელო დოკუმენტი, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებებს განუსაზღვრავდა რისკების მართვის სისტემის ჩამოყალიბებისა და მართვის საკითხებს.

რისკების მართვის საუკეთესო გამოცდილებისა და საქართველოში შესაბამისი ნორმატიული ბაზის შექმნის მნიშვნელობა

რისკების მართვის კონცეფციის ძირითადი მახასიათებლები და საერთაშორისო „კარგი პრაქტიკის“ ასპექტებია:

o ნორმატიული და სახელმძღვანელო დოკუმენტაციის არსებობა, აშშ-ს მაგალითზე, რის საფუძველზეც, სახელმწიფოში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებები, რისკების მართვის სისტემას აგებენ ერთი, დადგენილი სტანდარტით. შენიშვნა: რობერტა კაროლის რედაქტორობით გამოცემულ „ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის, რისკ-მენეჯმენტის სახელმძღვანელო“-ს პირველი ნაწილის მე-4 თავი, „Statutes, Standards, and Regulations“ (ავტორი - მარკ კობენი), დაწვრილებით აღწერს აშშ-ში ჯანდაცვის სფეროში რისკების მართვის მოქმედ რეგულაციებს (Carroll, 2001);

o ჯანდაცვის დაწესებულებებში რისკის მართვის კვალიფიციური პერსონალის, - რისკის მართვის მენეჯერის, რისკის მართვის გუნდის, რისკ-მენეჯმენტის კომიტეტის, - არსებობის აუცილებლობა;

o ჯანდაცვის დაწესებულებაში რისკების დიფერენცირება სტრატეგიულ და ოპერაციულ რისკებად, რაც იძლევა რისკის მართვის გამართული და რესურსებით უზრუნველყოფილი გეგმების შემუშავების უკეთეს საშუალებას;

ო დაწესებულების „რისკის მადის“ კონცეფციის გამოყენების აუცილებლობა და უპირატესობები; განსაკუთრებით, თუკი განხილული იქნება მისი რისკების მართვის სისტემის ინტეგრაცია სახელმწიფოს რისკების მართვის სისტემაში;

ო საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში „წარმოების რისკების მართვის - EROM“ მიდგომისა და ორგანიზაციული კულტურის თანმიმდევრული დამკვიდრება.

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის ზოგადი დახასიათება, საერთაშორისო აკრედიტაციის საკითხი და მიზნობრივი ემპირიული კვლევების შედეგები

მას შემდეგ რაც საქართველომ დამოუკიდებლობა მოიპოვა, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარება ოთხ ეტაპად შეიძლება დაიყოს: „ინერციის პერიოდი -1989-1995 წლები; რეფორმების პირველი პერიოდი - 1995-2003 წწ.; რეფორმების მეორე პერიოდი - 2004 2012 წწ.; რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წ.-დან დღემდე“ (ვერულავა 2023)

რისკის მართვის კონცეფცია, საქართველოში 2006 წლიდან იკიდებს ფეხს. ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორში, უფრო კონკრეტულად კი, ჰოსპიტალურ დაწესებულებებში, ამ მიმართულებით არსებული მდგომარეობის წარმოსაჩენად, საჭიროა რისკების მართვის ამჟამად მოქმედი ადმინისტრაციულ-ორგანიზაციული და ნორმატიული ფორმების განხილვა.

საგანგებო სიტუაციების საფრთხეების რისკების მართვა

„სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“ საქართველოს კანონის (ს. პარლამენტი 2018) მიხედვით, სამოქალაქო უსაფრთხოების სფეროში სპეციალურად უფლებამოსილი ორგანოა „საგანგებო სიტუაციების მართვის სააგენტო“ (ახლა სამსახური - შ.ჩუბინიძე) რომლის განსაკუთრებული უფლებამოსილებაა ერთიანი სისტემის სუბიექტების საქმიანობის კოორდინირება. ის უზრუნველყოფს საგანგებო სიტუაციის პრევენციის, ერთიანი სისტემის მზადყოფნის, საგანგებო სიტუაციაზე რეაგირებისა და საგანგებო სიტუაციის ზონაში აღდგენითი სამუშაოების ორგანიზებას, ორგანიზებას უწევს სამოქალაქო უსაფრთხოების ეროვნული გეგმის შემუშავებას, მის განხორციელებაზე ზედამხედველობას, მონაწილეობს საგანგებო და რისკის მართვის გეგმების მომზადებაში, ახორციელებს ზედამხედველობას მათ შესრულებაზე, ასევე, პოტენციური საფრთხეებისა და საგანგებო სიტუაციების რისკის ანალიზის მეთოდური რეკომენდაციების შემუშავებასა და ყველა კატეგორიის მოსახლეობის სამოქალაქო უსაფრთხოების ხაზით მომზადების მიზნით სასწავლო პროგრამების შემუშავების ორგანიზებას“ (მელქაძე 2017). აქვე აუცილებლად უნდა დაზუსტდეს, რომ ზემოაღნიშნული საგანგებო და რისკის მართვის გეგმები ეხება ბუნებრივი ან ტექნოგენური კატასტროფებით გამოწვეულ სიტუაციებს და არ ითვალისწინებს ომს. საგანგებო მართვის გეგმა გახლავთ დაწესებულების კატასტროფებზე რეაგირებისთვის მზადყოფნის გეგმა; ხოლო საგანგებო რისკის მართვის გეგმა გათვალისწინებულია სწორედ კატასტროფების რისკების შეფასებასა და შესაბამისი ღონისძიებების გათვლაზე. საქართველოს მთავრობის 06.11.2017წ.-ის N453 დადგენილებით დამტკიცდა „საგანგებო სიტუაციის რისკის მართვის გეგმის მომზადების წესები“ და მეთოდოლოგია, რომელიც მოიცავს 10 დანართს, მათ შორის, - რისკების შეფასების ხარისხობრივ და რაოდენობრივ მეთოდებს. შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნული დოკუმენტები შესრულებულია მსოფლიო სტანდარტების მიხედვით და წარმოადგენს საქართველოში არსებული პროფილური ნორმატიული ბაზის ყველაზე სრულყოფილ მაგალითს (მთავრობა 2017-2).

საგანგებო მართვის გეგმის შემუშავება და სახელმწიფო მარეგულირებელ ორგანოებში მისი წარდგენა ევალუება ჯანდაცვის სექტორის ყველა სუბიექტს. შემუშავებულია გეგმის რეკომენდებული ფორმა, რომელიც მოიცავს კატასტროფების რისკების შეფასებისა და მართვის ნაწილსაც; თუმცა რამდენად სრულდება და ეფექტურია ეს ზომები? ამ საკითხის შესასწავლად, ქართველ მეცნიერთა ჯგუფის მიერ, თენგიზ ვერულავას ხელმძღვანელობით, ჩატარდა საქართველოს კონფლიქტურ რეგიონებთან მომიჯნავე 6 სამედიცინო დაწესებულების 50 ტოპ. მენეჯმენტის გამოკითხვა. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ, თუმცა არსებობს „კატასტროფებთან მზადყოფნის“ გეგმები, გამოკითხულ „რესპონდენტთა 71.4%-ს არ გაუვლია ტრენინგები საგანგებო მოვლენებთან დაკავშირებით. რესპონდენტთა 79.2%-ის აზრით, დაწესებულება არ ახორციელებს სავარჯიშო საგანგებო სიტუაციებს. რესპონდენტთა 71.8%-ის

აზრით, დაწესებულება არ მონაწილეობს ტრენინგში კატასტროფებზე რეაგირებასთან დაკავშირებით“, რაც აუცილებელია, არსებულმა გეგმამ რომ იმუშაოს. მეცნიერთა ჯგუფის მიერ, სამედიცინო დაწესებულებათა მზადყოფნა შეფასდა 56.57%-ით (ვერულავა თ. 2016).

შრომის უსაფრთხოების რისკების მართვა კლინიკებში

შრომის უსაფრთხოების რისკების მართვა კლინიკებში რეგულირდება საქართველოს კანონით „შრომის უსაფრთხოების შესახებ“ (ს. პარლამენტი 2019) საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით „სამუშაო სივრცეში რისკის შეფასების წესის დამტკიცების თაობაზე“ (მინისტრი-სოტდშჯსდ 2020 -1) და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით „ეკონომიკური საქმიანობის პრიორიტეტული დარგების განსაზღვრის მეთოდებისა და რისკის შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“. ამ უკანასკნელი დოკუმენტის მიხედვით, სამედიცინო საქმიანობა „მაღალი რისკის სექტორებს“ მიეკუთვნება (მთავრობა 2020-2). როგორც ეკონომიკური საქმიანობის სუბიექტები, კლინიკები ვალდებული არიან იყოლიონ შრომის უსაფრთხოების სპეციალისტი და აწარმოონ შესაბამისი რისკების მართვის გეგმა; თუმცა, გარდა ამისა, სამედიცინო დაწესებულებაში მოქმედებს რიგი სხვა პროტოკოლებისა ან სპეციალური ოპერაციული პროცედურებისა, რომლებიც განსაზღვრულია პერსონალის და პაციენტთა უსაფრთხოების დაცვისათვის.

სამედიცინო მომსახურების რისკების მართვა კლინიკებში

ეს პირობითი ჯგუფი აერთიანებს ე.წ. „კლინიკურ რისკებს“, „პაციენტთან დაკავშირებულ რისკებს“, „საინჟინრო რისკებს“, „მკურნალობის ხარისხის რისკებს“, „უსაფრთხოების რისკებს“ და სხვ.; აღნიშნულ საკითხებს, ნაწილობრივ, არეგულირებს „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების წესი“ (მინისტრი-სშჯსდ, ბრძანება- სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ 2012). მასში ნათქვამია, რომ „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა (შემდგომში – ხარისხის მართვის სისტემა)“, რომელიც „თავის სამუშაო პროცესს წარმართავს დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ შიდა ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციით“. სხვა ნორმებთან ერთად, „ინსტრუქცია ასევე უნდა ითვალისწინებდეს მომსახურების პროცესში მოსალოდნელი რისკების მართვისა და აღმოჩენილ დარღვევებზე რეაგირების გეგმას, დაწესებულების სიმძლავრისა და მომსახურების სპეციფიკის გათვალისწინებით.“ (მინისტრი-სშჯსდ 2012) თუმცა, ძირითადად, პაციენტთა მკურნალობისა და უსაფრთხოების ნორმები ნოზოლოგიებზე ორიენტირებული გაიდლაინებით, პროტოკოლებით და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებით (SOP) კონტროლდება, როგორცაა „ხელის ჰიგიენის SOP“, „უსაფრთხო ჰიგიენის პროტოკოლი“, „უსაფრთხოების ზომები სამედიცინო პერსონალზე ინფექციის გადაცემის შემცირების, სისხლთან ან ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტის შემთხვევაში - პროტოკოლი“, „სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან შეხებით, ნემსის ჩხვლეტით მიღებული დაზიანების შეფასება და პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება - პროტოკოლი“ და სხვ. (ყაზაიშვილი 2019).

თენგიზ ვერულავას მიერ 2019 წელს ჩატარებული კვლევის „კრიტიკული შემთხვევების ანგარიშების სისტემის დანერგვის გამოწვევები საქართველოში“ (ვერულავა 2023) შედეგები თვალნათლივ აჩვენებს თუ რა მდგომარეობაა სამედიცინო მომსახურების რისკების მართვის მიმართებით საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც, ავტორის შეფასებით, დიდი რაოდენობის კლინიკებით ხასიათდება: 2018 წლის მონაცემებით დაფიქსირებული იყო 273 სტაციონარული დაწესებულება (ვერულავა 2023). მათგან, კვლევის წარმოების მომენტისათვის, „კრიტიკული შემთხვევების ანგარიშების სისტემა“, რომელიც რისკების მართვის სისტემის

განუყოფელი და აუცილებელი კომპონენტია (იხ. წინამდებარე ნაშრომის სქემა N2), მხოლოდ ერთ დაწესებულებაში იყო დანერგილი, - გულივო ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში (ვერულავა, 2023).

ორგანიზაციული, ფინანსური, ინფორმაციული, ადმინისტრირების და სხვ. სახის რისკების მართვა კლინიკაში

იმისათვის, რომ ჯანდაცვის ჰოსპიტალური სექტორის დაწესებულებამ სრულფასოვანი და დროული სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს პაციენტებს, საჭიროა მისი მუშაობა იყოს გამართული ადმინისტრაციული, ფინანსური, ლოჯისტიკური, ინფორმაციული და სხვ. მიმართებით. ამასთანავე, წინა აზრებებში აღწერილი რისკების რეალიზების შემთხვევაში, შესაძლებელია კლინიკას დაეკისროს მნიშვნელოვანი ადმინისტრაციული ან ფინანსური პასუხისმგებლობა, რაც, თავის მხრივ, სტრატეგიულ რისკს წარმოადგენს ეკონომიკური სუბიექტის ბიზნეს-უწყვეტობის სისტემაში.

ყველა ზემოთ აღწერილი რისკების ერთიანობის შეფასება და მათზე რეაგირების გეგმების მომზადება წარმოადგენს სწორედ ე.წ. „წარმოების რისკების მართვის სისტემას“, რაც სამედიცინო დაწესებულებების სტრატეგიული მართვის პროცესის ნაწილია. სტრატეგიული მართვის გეგმები, მსოფლიოში, ყველა ქვეყანაში სავალდებულოდ მოთხოვნილი არ არის და საერთაშორისო სამედიცინო ბაზრის შესწავლით ვლინდება, რომ თუკი დაწესებულებას ასეთი ვალდებულება არ გააჩნია, უმეტეს შემთხვევაში, ის არ ხარჯავს რესურსებს გეგმის შემუშავებასა და შენარჩუნებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ სტრატეგიული დაგეგმვის მიმდევარი დაწესებულებები უფრო წარმატებული და კონკურენტუნარიანი არიან (ვერულავა 2023).

ასევე, საქართველოშიც, - ნორმატიული ბაზა არ ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულებების სტრატეგიული მართვის გეგმების აუცილებლობას, რისკების მართვის სტანდარტებსა და ფორმებს.

ამ ფონზე, ქართულ რეალობაში გამოჩნდა ახალი გარემოება, კლინიკების მიერ საერთაშორისო აკრედიტაციის მიღების საკითხი, რაც წინამდებარე კვლევის სპეციალური ინტერესის საგანია.

კლინიკების საერთაშორისო აკრედიტაციის საკითხი

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, 2023 წლის 26 იანვრის N4/ნ ბრძანებით, „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების საერთაშორისო აკრედიტაციის პირობების დამტკიცების შესახებ“ (მინისტრი-სოტდმუჯსდ 2023), „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ (მთავრობა 2013) ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებლად, 2025 წლის 1 იანვრიდან, ჩაითვლება ის დაწესებულება, რომელსაც მოპოვებული ექნება საერთაშორისო აკრედიტაცია. ბრძანება განსაზღვრავს აკრედიტაციის პირობებს და იქვე იძლევა რეკომენდაციას, რათა კლინიკებმა აკრედიტაციისთვის მიმართონ ამავე ბრძანებით წარმოდგენილ 6 საერთაშორისო ორგანიზაციას:

- ა) Accreditation Canada - კანადა;
- ბ) American Accreditation Commission International (AACI) - აშშ;
- გ) Joint Commission International (JCI) - აშშ;
- დ) Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) - გერმანია;
- ე) TEMOS International Healthcare Accreditation - იაპონია;
- ვ) The Australian Council on Healthcare Standards International (ACHS International) - ავსტრალია;

მართალია, მინისტრის 2023 წლის 8 სექტემბრის ბრძანებით, ზემოხსენებულ დოკუმენტში შევიდა შესწორება, რომლის მიხედვითაც, „ბ) აკრედიტაციის სტანდარტებთან შესაბამისობის შეფასება, ასევე შესაძლებელია განხორციელდეს ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულებების მაკრედიტებელი მოქმედი ადგილობრივი ორგანიზაციის მიერ“ (მინისტრი-სოტდმუჯსდ 2023), თუმცა, ქართულ დაწესებულებათა დიდ უმრავლესობას

პარტნიორობა ზემოთ ჩამოთვლილ ორგანიზაციებთან აქვთ გაფორმებული და, რაც უფრო მთავარია, ის გარემოება, თუ რომელი საერთაშორისო ორგანიზაციის სტანდარტებით წარმართება აკრედიტაცია, საერთოდ არ ცვლის პრობლემის არსს.

პრობლემა კი შემდგომში მდგომარეობს: სასურველი სტატუსის მისაღებად, ქართულმა კლინიკებმა უნდა დააკმაყოფილონ საერთაშორისო მოთხოვნები, რომელთაგან ერთ-ერთი სწორედ რისკების მართვის გამართული სისტემის შექმნაა; ამასთანავე, როგორც ჩამონათვალიდან ჩანს, ქართულ ბაზარზე შემოსულია სულ მცირე 5 ქვეყნის (აშშ, კანადა, გერმანია, იაპონია, ავსტრალია) მაკრედიტებელი ორგანიზაცია, საკუთარი სტანდარტული პროცედურებითა და დოკუმენტაციის ფორმებით.

რეალურად, ყოველი გარემოება შეიძლება იყოს როგორც საფრთხის, ასევე შესაძლებლობის წყარო. რისკის ბუნებაც ასეთია - სწორი მართვის შემთხვევაში, რისკი ზიანის ნაცვლად სიკეთის მომტანი ხდება.

საგანგებო საფრთხეებზე კოორდინირებული რეაგირებისა და სტრატეგიული რისკების მართვის მიმართებით, ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებებში მიმდინარე აკრედიტაციის პროცესებიდან ორი რადიკალურად განსხვავებული გამოსავალია მოსალოდნელი:

- სახელმწიფოს სტრატეგიული ინტერესებიდან გამომდინარე, სწორი რეგულაციების მიღებით და დამკვიდრებით, სახელმწიფო პოლიტიკის რისკების მართვის კორელაციაში მოყვანა სამედიცინო ბიზნეს სექტორის კორპორატიული რისკების მართვასთან;

- ჯანდაცვის სექტორში რისკების მართვის ერთიანი სტანდარტების არქონა და შესაბამისად, საგანგებო სიტუაციებისას სახელმწიფოს მაკოორდინირებელი და მარეგულირებელი შესაძლებლობების მინიმუმამდე შემცირება.

კვლევები შედეგები

განხორციელდა ემპირიული კვლევები, რიგ სახელმწიფო უწყებებში, სამეცნიერო წრეებსა და ჯანდაცვის ჰოსპიტალური სექტორის დაწესებულებებში.

ინტერვიუები სახელმწიფო უწყებათა წარმომადგენლებთან

კვლევის ფარგლებში მომზადდა და განხორციელდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები:

□ თავდაცვის სამინისტროს, თავდაცვის ძალების გენერალური შტაბის სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსთან, პოლკოვნიკ ავთანდილ აბაშიძესთან.

□ საქ. თავდაცვის სამინისტროს რეფორმების კოორდინაციისა და რისკების მართვის დეპარტამენტის რისკების მართვის სამმართველოს უფროსთან, ქალბატონ თამარ ისაკაძესთან.

□ საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების მართვის სამსახურის, სამოქალაქო უსაფრთხოების დეპარტამენტის უფროსთან, საქ. ტექნიკური უნივერსიტეტის პროფესორთან, ბატონ თეიმურაზ მელქაძესთან.

□ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის, სამედიცინო კოორდინაციის სამმართველოს უფროსთან, ქალბატონ ეკატერინე კაპანაძესთან.

მიღებული მასალის თვისებრივი დამუშავების შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი საერთო სურათი:

○ გლობალური ფაქტორებიდან მომდინარე საფრთხეები, ვთქვათ, - კლიმატის ცვლილებებით, ან სოციალურ-პოლიტიკური ძვრებით გამოწვეული უკონტროლო მიგრაცია, სასიცოცხლო რესურსების (წყალი, საკვები და სხვ) მწვავე დეფიციტი და ა.შ., უნდა განისაზღვროს ეროვნული დონის დოკუმენტებში, როგორცაა „საქართველოს საფრთხეების შეფასები დოკუმენტი“. აღნიშნული ნორმატიული აქტის პირველი ორი ვერსია (შესაბამისად, 2007-2009 წწ. და 2010-2013 წწ.) შეიცავდა როგორც საიდუმლო, ასევე, - არასაიდუმლო ნაწილებს. რაც შეეხება დოკუმენტის არსებულ ვერსიას, მისი (მხოლოდ) საიდუმლო ვარიანტი 2015 წ. განახლდა და ის 2015-2018 წწ. პერიოდს მოიცავს. ამჟამად, ეროვნული უსაფრთხოების საბჭოს/მისი აპარატის კოორდინაციით საფრთხეების შეფასების დოკუმენტის განახლების

პროცესი ხორციელდება.“ - მითითებული ეროვნული უსაფრთხოების საბჭოს ვებ-გვერდზე (საბჭო n.d.).

ოსაერთაშორისო რეგიონული საფრთხეები, რომლებიც უკვე გამოკვეთილია, ან შეიძლება განვითარდეს, აღმოსავლეთ ევროპაში, ახლო აღმოსავლეთსა და უშუალოდ კავკასიაში არსებული სიტუაციიდან გამომდინარე, ასევე ეროვნული დონის დოკუმენტებში უნდა განისაზღვროს;

ოშიდა საგანგებო საფრთხეების შეფასება ხდება დარგის მიხედვით პასუხისმგებელი ინსტიტუციების და სპეციალისტების მიერ, ხოლო შემუშავებული დოკუმენტაცია, შემდგომი დამუშავების, ადაპტაციისა და რეაგირებისთვის, თავს იყრის საქართველოს შსს-ს საგანგებო სიტუაციების მართვის სამსახურში;

ოსაქართველოს მთავრობის 2017 წლის 11 იანვრის დადგენილებით დამტკიცებული „საქართველოს კატასტროფის რისკის შემცირების ეროვნული სტრატეგია 2017-2020“ (მთავრობა 2017-1) ამჟამადაც მოქმედი დოკუმენტია, მიუხედავად მითითებული ვადებისა და განახლება ჯერ არ გაკეთებულა. აღნიშნულ დოკუმენტში ინტეგრირებულია გაეროს სამი გლობალური ჩარჩო-დოკუმენტი: „კატასტროფის რისკის შემცირების სენდაის სამოქმედო ჩარჩო-პროგრამა 2015-2030“ (მარტი, 2015), „მდგრადი განვითარების მიზნების“ (სექტემბერი, 2015; SDGs) და გაეროს „კლიმატის ცვლილების შესახებ ჩარჩო-კონვენცია“ (ივნისი, 1992; UNFCCC) (მთავრობა 2017-1) გარდა ამისა, მასში ცალკეა განხილული საქართველოში მოსალოდნელი ბუნებრივი და ტექნოგენური საფრთხეები, ამ მხრივ საყურადღებო კონკრეტული ობიექტებისა და კატასტროფების რისკის შემცირების განხორციელების მექანიზმების მითითებით. ყოველივე აღნიშნული მნიშვნელოვანს და აუცილებელს ხდის ამ დოკუმენტის გადახედვასა და განახლებას. განახლების პროცესში კი შესაძლებელი იქნება, გარემოებათა ცვლილებებით გამოწვეული, რიგი ტერმინოლოგიური შეუსაბამოების გამოსწორება. კერძოდ: „საქართველოს კატასტროფის რისკის შემცირების ეროვნული სტრატეგია 2017-2020“ მიღებულ იქნა 2017 წელს; მასში გამოყენებულია ცნება „კატასტროფისთვის მზადყოფნის ერთიანი სისტემა“ (მთავრობა 2017-1). იქამდე უკვე მოქმედებდა 2014 წლის 29 მაისის საქართველოს კანონი „სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“, რომელის მე-2 თავი, სახელწოდებით, - „ერთიანი სისტემა და მისი ფუნქციონირება“, - არეგულირებდა აღნიშნულ საკითხს და მე-6 მუხლის მე-4 პუნქტში მითითებული იყო: „ერთიანი სისტემა მართვის ყველა დონეზე ეფუძნება ამ კანონს, საქართველოს სხვა საკანონმდებლო აქტებს და მათ საფუძველზე მიღებულ/გამოცემულ ეროვნულ გეგმას, „საგანგებო სიტუაციების მართვის ერთიანი სისტემის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის დადგენილებას და სხვა სამართლებრივ აქტებს“ (ს. პარლამენტი 2014). გარდა იმისა, 2017 წლის სტრატეგიაში გამოყენებული ტერმინი, „კატასტროფისთვის მზადყოფნის ერთიანი სისტემა“, არ ემთხვევა მისი წინამორბედი და, იმ დროს, უპირატესი ნორმატიული აქტის დეფინიციას, „საგანგებო სიტუაციების მართვის ერთიანი სისტემას“, ნორმატიულ ბაზაში არ იძებნება „საგანგებო სიტუაციების მართვის ერთიანი სისტემის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის დადგენილება. ამასთანავე, 2018 წლის 27 ივნისს გამოცემულ საქართველოს ახალი კანონში, „სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“, განსაზღვრულია „სამოქალაქო უსაფრთხოების ეროვნული სისტემა, მისი სუბიექტებისა და ფიზიკური პირების ფუნქციები და მოვალეობები“ (ს. პარლამენტი 2018); ხოლო საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 24 სექტემბრის N508 დადგენილებაში დატოვებულია განსაზღვრება, „საგანგებო სიტუაციების მართვის ერთიანი სისტემა“ (მთავრობა 2015) . როგორც ნათლად ჩანს, დღეისათვის მოქმედ სამ ნორმატიულ დოკუმენტში, მოცემულია ერთი და იგივე ობიექტის სამი სხვადასხვა განმარტება: „საგანგებო სიტუაციების მართვის ერთიანი სისტემა“ (მთავრობა 2015) „კატასტროფისთვის მზადყოფნის ერთიანი სისტემა“ (მთავრობა 2017-1), „სამოქალაქო უსაფრთხოების ეროვნული სისტემა“ (ს. პარლამენტი 2018). შესაბამისად, აუცილებელია სამართლებრივ აქტებში, განხილული საკითხის კორექტირება უპირატესი ნორმის, „სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“ 2018 წლის კანონის, მიხედვით („სამოქალაქო უსაფრთხოების ეროვნული სისტემა“) (ს. პარლამენტი 2018).

ოსახელმწიფო უწყებების დონეზე, თავდაცვის სამინისტრო ერთ-ერთი პირველი საქართველოს სამინისტროებს შორის, სადაც რისკის მართვის სისტემის ინსტიტუციონალური განვითარება მიმდინარეობს. ამ პროცესს წინ უძღვოდა შიდა აუდიტის შემოწმების შედეგად გაცემული რეკომენდაციები, რისკის მართვის სისტემის ფორმალური დანერგვის შესახებ და, შემდეგ, თავდაცვის მინისტრის გადაწყვეტილება, შესაბამისი, პროცესზე პასუხისმგებელი სტრუქტურული ერთეულის შექმნის შესახებ. შემუშავდა რისკის მართვის ჩარჩო დოკუმენტები: 1) „რისკის მართვის პოლიტიკა“. ეს ნაშრომი წარმოადგენს სამინისტროს ერთგვარ განაცხადს რისკის მართვის სისტემის დანერგვის მნიშვნელობაზე, განსაზღვრავს, ეგრეთ წოდებულ, ორგანიზაციის რისკის მდას, პასუხისმგებლობებს და სხვა სახელმძღვანელო საკითხებს; 2) „რისკის მართვის განვითარების სტრატეგია 2022-2025 წელი“. დოკუმენტი განსაზღვრავს სამოქმედო გეგმას პოლიტიკის პრაქტიკაში განხორციელებისათვის და მოიცავს 16 ამოცანას, რომლებიც გაწერილია წლების მიხედვით; 3) „რისკის მართვის მეთოდოლოგია“. სახელმძღვანელო შეიცავს დეტალურ ინსტრუქციას რისკების რეესტრის ფორმისა და შევსების შესახებ. თავის მხრივ, რისკების რეესტრის ფორმა უნივერსალური დოკუმენტია და შეიძლება მოერგოს ყველა სამინისტრო ყველა სტრუქტურული ერთეულისა და დონის პროცესს/ამოცანას. 2022 წლის ბოლოდან მიმდინარეობს რისკების რეესტრების შემუშავება ზემოთ ჩამოთვლილი დოკუმენტების მიხედვით, ხორციელდება ეტაპობრივად და ითვალისწინებს რეესტრების დანერგვას, სამინისტროს სისტემაში შემავალი სტრუქტურული ერთეულების 50%-ში, 2025 წლის ბოლომდე. 2025 წლის სტრატეგია გადაიხედება და გაიწერება შემდგომი პერიოდისთვის. თავდაცვის სამინისტროს გამოცდილება, რისკების მართვის სისტემის ინსტიტუციონალური დანერგვის მიმართებით, საინტერესო და გამოსადეგი იქნება სხვა სახელმწიფო უწყებებისთვისაც; წინამდებარე კვლევის ინტერესის ფარგლებში, განსაკუთრებული აქცენტი, ამ მხრივ ჯანდაცვის სექტორზე შეიძლება გაკეთდეს.

ომისა თუ ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფების მიზეზით გამოწვეული საგანგებო სიტუაციების დროს უწყებათაშორისი კოორდინაციის საკითხის მნიშვნელობას ხაზს უსვამს ყველა უწყების წარმომადგენელი. თავდაცვის სამინისტროს, როგორც ომის დროს წამყვანი უწყების, მხრიდან სამოქალაქო სტრუქტურებთან კოორდინაცია რეგულირდება კრიზისების მართვის საბჭოს მიერ შემუშავებული ერთიანი გეგმისა და უშუალოდ თავდაცვის ძალების გეგმების შესაბამისად. აღნიშნული დოკუმენტები კატეგორირებულია და მათ მიკუთვნებული აქვთ საიდუმლოების მაღალი ხარისხის კატეგორიები. ეს გარემოება პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის ბიზნეს-სექტორის სუბიექტებთან წინასწარ კოორდინირებას, შუამავალი სახელმწიფო უწყებების გარეშე. ამ საკითხს, ნორმატიულად არეგულირებს „სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი, რომელშიც მითითებულია ორი აუცილებელი დოკუმენტის შესახებ: „1. საომარი მდგომარეობის დროს ინციდენტის/საგანგებო სიტუაციის მართვა ხორციელდება ეროვნული თავდაცვის გეგმის შესაბამისად; 2. მშვიდობიანობის დროს, საგანგებო სიტუაციების მართვის სამსახურისა და საქართველოს თავდაცვის ძალების ურთიერთქმედების საკითხები განისაზღვრება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით დამტკიცებული სამოქალაქო-სამხედრო თანამშრომლობის გეგმით“ (ს. პარლამენტი 2018). არც „ეროვნული თავდაცვის გეგმა“, როგორც ეროვნული დონის ღია დოკუმენტი, და არც „სამოქალაქო-სამხედრო თანამშრომლობის გეგმა“ შემუშავებული არ არის. ამ ნორმატივებიდან, პირველს, სავარაუდოდ, ანაცვლებს კრიზისების მართვის საბჭოსა და თავდაცვის ძალების ოპერატიული გეგმები, თუმცა ვინაიდან ისინი საიდუმლოა, არასახელმწიფო კომერციული დაწესებულებებისთვის ხელმისაწვდომი ვერ იქნება, მათი ბიზნეს-უწყებების გეგმებში (ომის საფრთხეების და რისკების მიმართებით) გასათვალისწინებლად. მშვიდობიანობის დროს საგანგებო საფრთხეების შესაბამისი რისკების მართვის დასაგეგმად, ქვეყნის ბიზნეს სექტორის სუბიექტებისათვის, ასევე კრიტიკულად აუცილებელია „სამოქალაქო-სამხედრო თანამშრომლობის გეგმის არსებობა“, რაც, როგორც ითქვა, ჯერ შემუშავებული არ არის.

ოსაქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სსიპ საგანგებო სიტუაციების

კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრსა და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების მართვის სამსახურთან, საგანგებო სიტუაციებზე მზადყოფნისათვის, სამოქალაქო ჯანდაცვის დაწესებულებების კოორდინაციის ინსტრუმენტი გახლავთ საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 6 ოქტომბრის N453 დადგენილება „საგანგებო სიტუაციის რისკის მართვის გეგმის მომზადების წესების შემუშავების შესახებ“ (მთავრობა 2017-2). აღნიშნული ნორმის მიხედვით მომზადებული გეგმები, სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა წარადგინონ და შეათანხმონ ორივე სახელმწიფო სტრუქტურაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს რეგულაცია ძირითადად სრულდება, როგორც ქართველ მეცნიერთა მიერ, უშუალოდ კლინიკებში ჩატარებულმა ემპირიულმა კვლევებმა აჩვენა, დაწესებულებათა პერსონალი ან ძალიან ცუდად იცნობს ან საერთოდ არ იცნობს ამ გეგმებს, მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს აღქმული მათი არსი და მნიშვნელობა და იშვიათია სპეციალურად კრიზისულ სიტუაციებზე გათვალისწინებული ტრენინგები (ვერულავა თ. 2016). როგორც ერთი, ასევე მეორე სახელმწიფო უწყების, მათი დებულებების მიხედვით, მოვალეობებში შედის სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის სპეციალიზებული ტრენინგებით უზრუნველყოფა. თუმცა, როგორც ამ ნაშრომის მე-2 თავში, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორზე საუბრისას, ითქვა, აღნიშნული სექტორი კლინიკების დიდი სიუხვით გამოირჩევა და ტრენინგების სრული მასშტაბით ორგანიზება მნიშვნელოვან რესურსებს მოითხოვს. ღონისძიებები ტარდება, თუკი ამის მოთხოვნა და დაფინანსება უზრუნველყოფილია დამკვეთის მიერ.

ი უმნიშვნელოვანესი საკითხია, საგანგებო სიტუაციების დროს კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის დეფიციტის პრობლემა; განსაკუთრებით, ომის შემთხვევაში, როცა თავდაცვის ძალების საჭიროებისათვის, სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებებიდან, მოხდება გარკვეული პერსონალის მობილიზება; ხოლო რიგ შემთხვევებში, მთლიანად დაწესებულება, მისი ადამიანური და მატერიალური რესურსებით, დაექვემდებარება თავდაცვის გეგმებს. სამედიცინო პერსონალის დეფიციტის რისკების პრევენციისათვის, თავდაცვის სამინისტროს მხრიდან ტარდება შემდეგი ღონისძიებები:

□ გენერალური შტაბის სამედიცინო დეპარტამენტის ინიციატივით ფორმდება მემორანდუმი ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი ადამიანური თუ ტექნიკური რესურსების გამოყოფის მიზნით;

□ პარტნიორ სახელმწიფოებთან მუდმივი კოორდინაციის საფუძველზე, ეტაპობრივად ხორციელდება სამედიცინო შესაძლებლობების განვითარება (საჭირო სამედიცინო ტექნიკა-აპარატურის შემოტანა);

□ ეროვნულ გვარდიასთან კოორდინაციაში მუშავდება და მუდმივად განახლებადია პროფესიული რეზერვის გეგმა.

ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრში ადრე არსებობდა, საომარი მდგომარეობის დროს, სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისი სამედიცინო პერსონალის მონაცემთა ბაზა. აღნიშნული ბაზა ამჟამად არ წარმოებს და და აღსადგენია. თუმცა, ამ შემთხვევაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რამდენად მზად შეხვდება პერსონალისა და მატერიალური რესურსების მასშტაბურ მობილიზაციას სამოქალაქო ბიზნეს-სექტორი. მათი უმეტესობისათვის, თუნდაც მხოლოდ პერსონალის მობილიზება შეიძლება დრამატული შოკის ტოლფასი იყოს და გამოიწვიოს ბიზნეს-უწყვეტობის გეგმების შეუქცევადი კოლაფსი, - სუბიექტის გაკოტრება. ამიტომ აუცილებელია აღნიშნული რისკების კოორდინირებული მართვის სისტემის შემუშავება და დანერგვა, მით უმეტეს, რომ სახელმწიფო უწყებებში სწორედ ახლა მიმდინარეობს ამ ტექნოლოგიების ინსტიტუციური დამკვიდრება.

ინტერვიუები სამედიცინო საზოგადოების წარმომადგენლებთან

კვლევითი მიდგომების გადამოწმებისა და პროცესში წამოჭრილ საკითხებზე ცოდნის დაზუსტების მიზნით, შედგა ინტერვიუები კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორთან, მედიცინის დოქტორ თენგიზ ვერულავასთან და საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის პროფესორთან, ტექნიკურ მეცნერებათა დოქტორ თეიმურაზ მელქაძესთან.

ბატონ თენგიზ ვერულავასთან განხილულ იქნა საქართველოს სამედიცინო სექტორში, კერძო ბიზნესის დაწესებულებებისათვის, საგანგებო სიტუაციების დროს, მათი საკუთარი ბიზნეს-სტრატეგიისა და სახელმწიფოს სტრატეგიული ინტერესების ურთიერთდამოკიდებულებისა და, შესაბამისად, რისკების მართვის გეგმების კოორდინაციის აუცილებლობის საკითხი. ბატონი თენგიზის აზრით, აღნიშნულის სფეროს შესწავლა ნამდვილად მნიშვნელოვანია, მით უმეტეს, როცა ე.წ. „წარმოების (კორპორატიული) რისკების მართვის“ პარადიგმა, რაც დაკავშირებულია სამედიცინო ბაზრის სუბიექტის ბიზნეს-უწყვეტობის გეგმებთან, ახლა იკიდებს ფეხს საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში.

ბატონ თეიმურაზ მელქაძესთან განხილულ იქნა საგანგებო სიტუაციებზე რეგირებისა და საგანგებო საფრთხეებიდან გამომდინარე რისკების მართვის საკითხებში, როგორც სახელმწიფო უწყებათა შორის, ასევე ბიზნესის სუბიექტებსა და სახელმწიფოს შორის კოორდინირების პრობლემები. ბატონი თეიმურაზის რეკომენდაციით, მიზანშეწონილია სწორედ სამოქალაქო-სამხედრო ურთიერთობათა საკითხებზე კვლევითი მუშაობის გაგრძელება.

რისკების მართვის პროგრამის შემუშავების პროცესზე დაკვირვება ჯანდაცვის ჰოსპიტალური სექტორის დაწესებულებაში

რისკების მართვის პროგრამის შემუშავების პროცესზე დაკვირვება განხორციელდა თბილისში, ვაჟა ფშაველას გამზირზე, N83/11-ში განთავსებულ მრავალპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებაში შ.პ.ს. „თბილისის გულის ცენტრში“. აღნიშნული კლინიკა შეიქმნა 2016 წელს და წარმოადგენს თანამედროვე ქართულ სამედიცინო ბაზარზე, თანმიმდევრულად მზარდი, წარმატებული სუბიექტის მაგალითს. საქმიანობის დასაწყისში, მისი ძირითადი პროფილი გახლდათ კარდიოლოგიის მართვით, თუმცა აჟამად კლინიკა, უშუალოდ კარდიოლოგიისა და კარდიო-ქირურგიის პროფილის გარდა, ემსახურება სხვადასხვა ქირურგიული, ონკოლოგიური, ანგიოლოგიური და თერაპიული პროფილის პაციენტებს. პერსონალი ჩართულია სამედიცინო - აკადემიურ კვლევებსა და საგანმანათლებლო თანამშრომლობის პროგრამებში როგორც საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ასევე ქართულ სამედიცინო პროფილის ინსტიტუტებთან.

ამჟამად კლინიკა, საერთაშორისო აკრედიტაციის მისაღებად, თანამშრომლობს ავსტრალიურ აუდიტორულ მკრედიტებელ კომპანიასთან - The Australian Council on Healthcare Standards International (ACHS International), რომელიც რეკომენდირებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 26.01.2023წ.-ის N4/ზ ბრძანებით „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების საერთაშორისო აკრედიტაციის დამტკიცების შესახებ“. აღნიშნული პროცესის ფარგლებში, როგორც წინამდებარე ნაშრომის მე-10 ქვეთავში არის აღწერილი, კლინიკა ვალდებულია შეიმუშავოს დაწესებულების რისკების მართვის გეგმა.

დაწესებულებას არ ჰყავს რისკების მართვის მენეჯერი ან რისკების მართვის გუნდი. აკრედიტაციის მომზადების სამუშაოებს, მათ შორის რისკების მართვის გეგმის შემუშავების მიმართებით, კოორდინაცია უწევს კლინიკის ადმინისტრაციის ხარისხის მართვის განყოფილება და ხარისხის მართვის მენეჯერი. თბილისის გულის ცენტრი 100 საწოლამდე სიმძლავრის კლინიკაა, რაც საშუალო კატეგორიის კლინიკებში ითვლება. საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, თუკი დაწესებულება მიეკუთვნება საშუალო/საშუალოზე მცირე კატეგორიას, მაშინ ფუნქციონირება ასეთი შეთავსება დაშვებულია (Carroll 2001).

დაწესებულების განყოფილებებისა და უზრუნველყოფის სამსახურების ხელმძღვანელ პერსონალს სისტემური ტრენინგები რისკის მართვის სფეროში გავლილი არ აქვს. ამიტომ, განხორციელდა შემდეგი სახის მოსამზადებელი სამუშაოები:

□ ავსტრალიური მაკრედიტებელი კომპანიის წარმომადგენლებმა, კლინიკის ადმინისტრაციას და აკრედიტაციის მომზადებაზე პასუხისმგებელ პერსონალს გააცნეს აუდიტორი კომპანიის სტანდარტები, რისკის მართვის მიმართებით და ძირითადი მოთხოვნები. გადასცეს რისკის რეესტრი ფორმა, შედგენილი ავსტრალიური შაბლონის საფუძველზე, და მისი შევსებისა და წარმოების ინსტრუქციები;

□ წინამდებარე კვლევის ავტორის მიერ მომზადდა და რისკის მართვის გეგმაზე მომუშავე ჯგუფს წარედგინა საინფორმაციო და სასწავლო მასალები, სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის ჰოსპიტალურ სექტორში, რისკის შეფასებისა და მართვის პროცესების შესახებ. დამატებით განემარტა პარტნიორი მაკრედიტებელი კომპანიის მიერ მოწოდებული სტანდარტებისა და მოთხოვნების სპეციფიკა. აღნიშნული ჯგუფის შემადგენლობაში შედიოდნენ განყოფილებების უფროსები და კლინიკის ადმინისტრაციის წარმომადგენლები.

სამუშაო პროცესი ორ ეტაპად წარიმართა: პირველ ეტაპზე, ჯგუფის წევრებს დაევალოთ რისკების იდენტიფიცირება, ანალიზი და შეფასება, ხოლო მეორე ეტაპზე, გათვალისწინებული იყო რისკების მართვის ღონისძიებების გაწერა.

ძირითადი პრობლემები გამოვლინდა პირველ ეტაპზე:

□ რიგ შემთხვევაში, პერსონალი, მიმდინარე პროცესს ვერ აღიქვამდა, როგორც მის უშაულო ვალდებულებას (განსაკუთრებით სამკურნალო დარგის სპეციალისტები); მათ დამატებით განემარტათ, რომ აღნიშნული პასუხისმგებლობა დაკავშირებული იყო მათ მიერ ხელმძღვანელ, მმართველი პოზიციებზე საქმიანობასთან, რამაც გაუგებრობა ძირითადად მოაგვარა;

□ ადგილი ჰქონდა რისკის, საფრთხისა და უკვე არსებული პრობლემის ცნებების აღრევას. იყო შემთხვევები, როცა რისკად იდენტიფიცირდებოდა ინსტრუმენტალური ან საინჟინრო გაუმართაობა;

□ ვერ ხერხდებოდა რისკების თვისებრივი შეფასება, რაც გამოიხატება რისკის სიმძიმის ქულებში. შეფასების პარამეტრები „რისკის ალბათობა“ და „რისკის გავლენა“, უმეტეს შემთხვევაში სწორად აღქმული არ იყო;

აღნიშნული საკითხების მოსაგვარებლად, მიმდინარეობდა პროცესის თანხვედრი განმარტებითი მუშაობა და კორექცია. საბოლოოდ პირველი ეტაპის ამოცანები შესრულდა.

მეორე ეტაპზე, ჯგუფს არ გასჭირვებია იდენტიფიცირებული რისკების მართვის ზომების გაწერა. ამასთანავე, კლინიკის ტოპ-მენეჯმენტთან და მაკრედიტებელ აუდიტორი კომპანიის წარმომადგენლებთან შეთანხმებით, რისკის მართვის დოკუმენტი შედგა ბრიტანეთის ჯანდაცვის ორგანიზაციებში ჩატარებული კვლევით გამოვლენილი საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით, ანუ რისკების ორ ძირითად კატეგორიად, „სტრატეგიულ რისკებად“ და „ოპერაციულ რისკებად დაყოფით“, ამ ნაშრომის განხილული დოკუმენტის, „Good risk assessment practice in hospitals“ მიხედვით (Kaya 2018). ამ გარემოებამ გაახანგრძლივა რისკ-მენეჯმენტის გეგმის შემუშავების პროცესი და გაზარდა სამუაოს მოცულობა, რადგან პროცესის გამოსავალში მიღებულ იქნა ორი სტანდარტის დოკუმენტი, - ავსტრალიური, მაკრედიტებელი ორგანიზაციის მოთხოვნით და ბრიტანეთში, სამეცნიერო კვლევით კარგ პრაქტიკად მიჩნეული სტანდარტით.

ზემოთ აღწერილ სამუშაოებზე დაკვირვების შედეგად, შესაძლებელია შემდეგი დასკვნების გამოტანა:

○ ჯანდაცვის დაწესებულებას, მიუხედავად მისი ზომისა, აუცილებლად უნდა ჰყავდეს რისკის მენეჯერი და რისკის მართვის გუნდი, თუნდაც მათ ძირითად საქმიანობასთან შეთავსებით (თუკი დაწესებულება არ მიეკუთვნება დიდი კლინიკების კატეგორიას. ამ შემთხვევაში მას უნდა ჰქონდეს რისკ-მენეჯერის სამტატო კატეგორია);

○ ცნება „რისკი“, თავისი ბუნებით, დინამიური ცნებაა, რაც გულისხმობს იმას, რომ გარემოებათა ცვალებადობის მიხედვით, იცვლება რისკებიც. ამიტომ რისკის მართვის

პროცესებში ჩართულ პერსონალს სჭირდება პერმანენტული განათლება და ტრენინგები, განსაკუთრებით რისკმენეჯმენტის მნიშვნელობისა და, ამ პროცესში, მათი ვალდებულებების სატანადოდ გაცნობიერებისათვის;

ორისკის მართვის სისტემის განუყოფელი და უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია დაწესებულებაში მიმდინარე პროცესების მონიტორინგი და კრიტიკული შემოხვევების ფიქსირება - ე.წ. „რეპორტინგი“. სწორედ ამ კომპონენტის ხარჯზე ხდება რისკის მართვის არსებული რეესტრის შეფასება და სამომავლოდ კორექტირება. შესაბამისად, აუცილებელია რეპორტინგის მექანიზმების დანერგვა კლინიკაში, რაც დამატებით ტრენინგებსა და მონიტორინგს მოითხოვს (ვერულავა 2023).

ი ზემოთ ჩამოთვლილი მოთხოვნის გამოკვლევა საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის სუბიექტებიდან დიდი უმრავლესობისთვის, დამოუკიდებლად, რთული იქნება. ამავე დროს, „საქართველოს კატასტროფის რისკის შემცირების 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“ (მოქმედი დოკუმენტია, მითითებული ვადების მიუხედავად) საქართველოს მთავრობის დადგენილების მიხედვით, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს ევალება რისკის მართვის საკითხებზე ტრენინგების ორგანიზება და წარმართვა, რაც ამ სტრუქტურის დებულებაშიც არის გაწერილი. მიზანშეწონილი იქნებოდა ზემოაღნიშნული სტრატეგიის განახლება, რესურსების გამოყოფა და ტრენინგების ორგანიზება;

ი კლინიკაში, რისკის მართვის გეგმის სამუშაო პროცესზე დაკვირვებამ აშკარად აჩვენა, უშუალოდ საქართველოს ჯანდაცვის დაწესებულებებში, რისკის მართვის აუთენტური, ქართული რეალობისათვის შექმნილი, სახელმძღვანელო ლიტერატურისა და სტანდარტების არსებობის აუცილებლობა. პერსონალი გარკვევით უსვამდა ხაზს ამ ნორმატიული მასალების დანაკლისით გამოწვეულ სირთულეებს.

კლინიკების ტოპ-მენეჯმენტის გამოკითხვა, მათ დაწესებულებაში მოქმედი რისკების მართვის სისტემების თაობაზე

წინამდებარე კვლევის ფარგლებში, ჩატარდა საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის მრავალპროფილური ჰოსპიტალური დაწესებულების ტოპ-მენეჯერების გამოკითხვა მათ დაქვემდებარებულ კლინიკებში არსებული რისკების მართვის სისტემების თაობაზე.

კლინიკები შეირჩა შემდეგი პრინციპით: მოძიებულ იქნა ინფორმაცია იმ დაწესებულებების შესახებ, რომლებსაც მოპოვებული აქვთ საერთაშორისო აკრედიტაცია, ან აწარმოებენ მოსამზადებელ სამუშაოებს, პარტნიორ მაკრედიტებელ ორგანიზაციასთან, მიმდინარე პერიოდში. შედგა მათთან კავშირი და მიეცათ წინადადება კვლევაში მონაწილეობის თაობაზე. თანამშრომლობაზე თანხმობა მიღებულ იქნა 5 დაწესებულებიდან, რის შემდეგაც მათ ხელმძღვანელებს დაეგზავნათ სპეციალურად ამ ღონისძიებისთვის შედგენილი კითხვარი.

კითხვარი შემუშავებულია როგორც რაოდენობრივი, ასევე თვისებრივი ანალიზისათვის. ის შედგება 6 პუნქტისგან, რომელთაგან 5 არის შეკითხვა, სავალდებულო დადებითი ან უარყოფითი პასუხებით და დამატებითი კითხვებით ამ პასუხების განმარტებისთვის. მე-6 პუნქტით იტვალისწინებს რესპოდენტის მოსაზრებებს, წინადადებებს, რჩევებს სამედიცინო დაწესებულებებში რისკების მართვის სისტემასთან დაკავშირებით და არის ნებაყოფლობითი. კითხვარები რესპოდენტებს დაეგზავნათ მეილით, შევსების ინსტრუქციასთან ერთად. უკუკავშირი შედგა დროულად.

პასუხების რაოდენობრივი ანალიზით მიღებული იქნა შემდეგი შედეგები: 1. შეკითხვას, „დაწესებულებას გააჩნია რისკების რეგისტრი და მათი მართვის გეგმა?“, დადებითი პასუხი გასცა 60%-მა (უარყოფითი 40%); 2. შეკითხვას, „ჰყავს დაწესებულებას რისკების მართვის მენეჯერი, გუნდი, კომიტეტი?“, დადებითი პასუხი გასცა 60%-მა (უარყოფითი 40%); 3. შეკითხვას, „რისკების მართვის გეგმის შემუშავებაზე პასუხისმგებელ და/ან პროცესში

მონაწილე პერსონალს აქვს შესაბამისი კვალიფიკაცია ან გავლილი აქვს ტრენინგები?“, დადებითი პასუხი გასცა 60%-მა (უარყოფითი 40%); 4. შეკითხვას, „რისკების რეგისტრში არის დიფერენცირებული სტრატეგიული რისკები?“, დადებითი პასუხი გასცა 40%-მა (უარყოფითი 60%); 5. შეკითხვას, „რისკების მართვის დოკუმენტში არის განსაზღვრული საგანგებო საფრთხეებიდან გამომდინარე რისკების მართვა (საომარი მდგომარეობა, ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფები და სხვ)?“, დადებითი პასუხი გასცა 60%-მა (უარყოფითი 40%); 6. შეთავაზებით, „თქვენი დამატებითი მოსაზრება, წინადადება, რჩევა სამედიცინო დაწესებულებებში რისკების მართვის სისტემასთან დაკავშირებით:“, ისარგებლა და მოსაზრებები წარმოადგინა 2-მა რესპოდენტმა - იხ. ცხრილი 1.

კითხვარის პასუხების თვისებრივი ანალიზით, გარდა უშუალოდ თვისებრივი დასკვნებისა, დაზუსტდა გარკვეული რაოდენობრივი მაჩვენებლებიც. კერძოდ:

o დაწესებულებებს რომლებმაც პირველ სამ შეკითხვას გასცეს დადებითი პასუხი, უკვე მოპოვებული აქვთ საერთაშორისო აკრედიტაცია. მათ შორის, ერთს, - 7 წლის წინ;

o მე-4 პუნქტს ორმა დაწესებულებამ გასცა პასუხი, თუმცა, დამატებითი კითხვაში, თუ რას თვლიან სტრატეგიულ რისკებად, ერთ-ერთს მითითებული აქვს მხოლოდ საგანგებო საფრთხეებიდან და შრომის საფრთხეებიდან გამომდინარე რისკები და არცერთი კლინიკური სტრატეგიული რისკი, რაც მეტყველებს, რომ ამ ორგანიზაციაში სტრატეგიული რისკები ვიწროდაა აღქმული. ანუ, ფაქტობრივად, სტრატეგიული რისკების დიფერენცირება ხდება არა 20%-ში, არამედ 10%-ში, გამოკითხულთაგან მხოლოდ 1 კლინიკაში;

o რესპოდენტთაგან მხოლოდ ერთი მიუთითებს, რომ მათს ორგანიზაციაში რისკების მართვის საკითხებზე მუშაობს „კონტრაქტორი კომპანია“, რომელიც რეგულარულად აფასებს რისკებს, თუმცა ეს სწორედ ის კლინიკაა, სადაც სტრატეგიული რისკები, სავარაუდოდ, არასრულადაა დიფერენცირებული;

o დაწესებულებაში, რომელსაც აკრედიტაცია 2017 წელს აქვს მიღებული, რისკების მართვას ახორციელებს „ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტის უსაფრთხოების მრავალპროფილური კომიტეტი“ და სწორედ ამ კლინიკაშია სრულად დიფერენცირებული სტრატეგიული რისკები. შეკითხვაზე, თუ რა სახის კვალიფიკაცია გააჩნია რისკებზე მომუშავე პერსონალს, მითითებულია, სხვა ტრენინგებს შორის, რისკების მენეჯმენტის ტრენინგიც;

o მესამე დაწესებულება, რომელმაც დადებითი პასუხი გასცა შეკითხვას, „რისკების მართვის მენეჯერის, გუნდის ან კომიტეტის“ შესახებ (კითხვარის მე-3 პუნქტი), მიუთითებს, რომ ამ ჩამონათვალიდან მას ჰყავს „რისკების მართვის მენეჯერი, შრომის უსაფრთხოების ინსპექტორი“. ის ასევე უარყოფითად პასუხობს კითხვას სტრატეგიული რისკების დიფერენცირების თაობაზე, ხოლო რისკების სპეციალისტის კვალიფიკაციის შესახებ მიუთითებს, რომ მას გავლილი აქვს „სერტიფიცირებული ტრენინგი“. გაცემული პასუხები მიუთითებს, რომ კლინიკაში, სავარაუდოდ, რისკ-მენეჯმენტის ფუნქციები შეთავსებული აქვს შრომის უსაფრთხოების სპეციალისტს, რომელსაც, სავარაუდოდ, გააჩნია სერტიფიკატი სწორედ შრომის უსაფრთხოებაში.

საინტერესო ფაქტია, რომ კითხვარის მე-6 პუნქტზე, - „თქვენი დამატებითი მოსაზრება, წინადადება, რჩევა სამედიცინო დაწესებულებებში რისკების მართვის სისტემასთან დაკავშირებით:“ - შენიშვნები წარმოადგინეს სწორედ იმ ორი კლინიკის წარმომადგენლებმა, რომელთაც დანარჩენ 5 კითხვაზე უარყოფითი პასუხი გასცეს და ჯერ არ მოუპოვებიათ აკრედიტაცია. მათ მოსაზრებები, კორექტირების გარეშე გამოიყურება შემდეგნაირად:

□ „ვფიქრობ, ეს საკითხი კლინიკების სალიცენზიო/სანებართვო მოთხოვნებში უნდა იყოს შეტანილი.“

□ „ინტეგრირებული რისკების მართვის მიდგომა უნდა იყოს ორგანიზაციის კულტურის ნაწილი, რეგულარული შეფასებებითა და განახლებებით, ახალ და ცვალებად რისკებთან გასამკლავებლად. ყველა დონის პერსონალის მუდმივი განათლება და ჩართულობა კრიტიკულია პროაქტიული რისკების მართვის გარემოს შესანარჩუნებლად.“

ამასთანავე, ერთ-ერთი ამ დაწესებულების წარმომადგენელი, კითხვარის პირველ პუნქტზე, - „დაწესებულებას გააჩნია რისკების რეგისტრი და მათი მართვის გეგმა?“, - ხაზს

უსვამს, რომ ეს საკითხი მაკრედიტებელი ორგანიზაციის წარმომადგენელთან შეხვედრაზე არც კი განხილულა.

ცხრილი N1 - კლინიკების ტოპ. მენეჯერების გამოკითხვის რაოდენობრივი შედეგები

კითხვა	პასუხი		საავადმყოფოები				
	კი	არა	1	2	3	4	5
1. დაწესებულებას გააჩნია რისკების რეგისტრი და მათი მართვის გეგმა?	3	2	არა	არა	კი	კი	კი
2. ჰყავს დაწესებულებას რისკების მართვის მენეჯერი, გუნდი, კომიტეტი?	3	2	არა	არა	კი	კი	კი
3. რისკების მართვის გეგმის შემუშავებაზე პასუხისმგებელ და/ან პროცესში მონაწილე პერსონალს აქვს შესაბამისი კვალიფიკაცია ან გავლილი აქვს ტრენინგები?	3	2	არა	არა	კი	კი	კი
4. რისკების რეგისტრში არის დიფერენცირებული სტრატეგიული რისკები?	2	3	არა	არა	კი	კი	არა
5. რისკების მართვის დოკუმენტში არის განსაზღვრული საგანგებო საფრთხეებიდან გამომდინარე რისკების მართვა (საომარი მდგომარეობა, ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფები და სხვ)?	3	2	არა	არა	კი	კი	კი

აშკარაა, რომ მიმდინარე აკრედიტაციის პროცესები, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციის მხრიდან, წარმართულია მათი კორპორაციული კულტურისა და სტანდარტების შესაბამისად, რაც დაშვებულია საერთაშორისო ასპარეზზე, მაგრამ საქართველოში, სადაც რისკების მართვის კულტურა ახლა ყალიბდება, აუცილებლად გამოიწვევს სტანდარტების აცდენასა და ბუნდოვანებას.

ზემოთ აღნიშნული გარემოებები, კვლავ ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის ჰოსპიტალური სექტორის დაწესებულებებისათვის მნიშვნელოვანია რისკების მართვის აუთენტური, საქართველოს პირობებზე მორგებული, სახელმძღვანელო ნორმებისა და სტანდარტების არსებობა, რაც დაარეგულირებს ამ პროცესებს და გამორიცხავს გაუგებრობებს.

დასკვნა

სამკურნალო დაწესებულებებით საკმაოდ უხვ, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში, კორპორაციული რისკების მართვის ტექნოლოგიები ამჟამად მკვიდრდება, რასაც ხელს უწყობს კლინიკების საერთაშორისო აკრედიტაციის პროცესი და მისი მოთხოვნები. თუმცა, აღნიშნული პროცესი მიმდინარეობს აუთენტური ქართული ნორმატიული მოთხოვნების არარსებობის პირობებში, რაც იწვევს რისკის მართვის სხვადასხვა ქვეყანაში მიღებული სტანდარტების შემოსვლას ქვეყნის ეკონომიკურ სივრცეში.

მიმდინარე მოვლენების ემპირიულმა შესწავლამ, საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირებისა და სამედიცინო სისტემების მართვის სხვადასხვა რგოლის სპეციალისტების ინტერვირებისა და წერილობითი გამოკითხვის საშუალებით, ასევე უშუალოდ რისკის მართვის გეგმის შემუშავების პროცესზე დაკვირვების გზით, გამოავლინა რიგი გასაუმჯობესებელი ასპექტებისა:

o აუცილებელია საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების მარეგულირებელი კანონმდებლობის გადახედვა და სამართლებრივი აქტების ურთიერთშესაბამისობაში მოყვანა;

o აუცილებელია რისკების მართვის სისტემის ინსტიტუციონალური განვითარება სახელმწიფოს მართვის ყველა სფეროში;

ო საომარი მდგომარეობისას, სახელმწიფო და კერძო ბიზნესის ორგანიზაციების მაქსიმალურად ეფექტურად თანამშრომლობისათვის და, რაც მთავარია, ბიზნესის, როგორც ქვეყნის ეკონომიკის დასაცავად, აუცილებელია სამოქალაქო-სამხედრო თანამშრომლობის ეროვნული დონის დოკუმენტის შემუშავება, როგორც ეს სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ საქართველოს კანონითაა განსაზღვრული;

ო აუცილებელია კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის დეფიციტის რისკების გათვალისწინება როგორც სახელმწიფო სექტორის ასევე კერძო სექტორის რისკის მართვის გეგმებში და ამ გეგმების კოორდინირება;

ო ჯანდაცვის სექტორის ბიზნეს სუბიექტების წარმომადგენლები, მოუწიათ რა შეხება რისკის მართვის მათთვის ახალ ტექნოლოგიებთან, თვალნათლივ ხედავენ ამ სფეროში სახელმწიფოში აუთენტური სახელმძღვანელო და მარეგულირებელი ნორმების არსებობის აუცილებლობას;

ო კორპორაციული რისკის მართვის სისტემების ეფექტურად დანერგვისათვის, აუცილებელია ამ სფეროში მომუშავე პერსონალისათვის სათანადო განათლების უზრუნველყოფა, პერიოდული ტრენინგების ორგანიზება, ე.წ. „რისკის მართვის“ ცნობიერების გამყარებისა და საჭირო ახალი უნარ ჩვევების შესაძენად.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, წინამდებარე კვლევის შედეგად, წარნოდგენილია შემდეგი რეკომენდაციები:

1. ორგანიზება გაუკეთდეს სამეცნიერო კვლევით მუშაობას, ჯანდაცვის სფეროში, „რისკისა და შესაძლებლობების მართვის“ საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის, სამეცნიერო საფუძვლების, შესწავლის და საქართველოს სინამდვილეში ადაფტაციისათვის, აუთენტური ქართული კანონმდებლობისა და სახელმძღვანელო ნორმების შექმნის მიზნით;

2. ორგანიზება გაუკეთდეს, ომისა და საგანგებო სიტუაციებისას, სამოქალაქო-სამხედრო ურთიერთობების სამეცნიერო კვლევებს, რაც მნიშვნელოვანი თეორიული და პრაქტიკული დახმარება იქნება შესაბამისი სახელმწიფო სუბიექტებისათვის, კანონმდებლობაში მითითებული და ჯერ კიდევ არ არსებული „სამოქალაქო-სამხედრო თანამშრომლობის“ გეგმის შექმნის საქმეში;

3. თავდაცვის სამინისტროს, შინაგან საქმეთა სამინისტროს და ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამის სტრუქტურების ერთობლივი, კოორდინირებული მუშაობით, განისაზღვროს ჯანდაცვის სექტორის იმ დაწესებულებათა რეესტრი, რომელთა პერსონალიც უმოკლეს ვადებში უნდა იქნას უზრუნველყოფილი საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირებისა და რისკების მართვის გეგმების შემუშავება-აღსრულების ცოდნითა და უნარ-ჩვევებით; მეორე ეტაპზე, შემუშავებულ იქნას სახელმწიფო პროგრამა ამ დაწესებულებებთან თანამშრომლობის მიზნით, რაც გულისხმობს რისკის მართვის გეგმების ადრეულ ეტაპებზე კოორდინირებასა და ტრენინგებისა თუ წვრთნების ორგანიზებას.

გამოყენებული ლიტერატურა

ვერულავა თ., ომანაძე ქ., ლაზარაშვილი თ. 2016. ჰოსპიტალური სერვისების ანტიკრიზისული მართვის გამოწვევები საქართველოში. ეკონომისტი.

ვერულავა, თ. 2023. კრიტიკული შემთხვევების ანგარიშგების სისტემის დანერგვის გამოწვევები საქართველოში. ეკონომისტი 123-135.

ვერულავა, თ. 2023. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილის: კავკასიის უნივერსიტეტი.

კაპანაძე ნ., ტატიშვილი მ., მკურნალიძე ი. 2023. საშიში მოვლენების კლასიფიკაცირება საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით. სტუ-ს ჰიდრომეტეოროლოგიის ინსტიტუტის სამეცნიერო რეფერირებადი შრომათა კრებული 117-123.

მელაშვილი ი., დავით ყიფიანი, ნათია აფხაზავა, მაგდა პოპიაშვილი, ლუკას ბორნი. 2020. მონაწილეობითი ბიუჯეტირების გზამკვლევი. თბილისი: გერმანიის საერთაშორისო თანამშრომლობის საზოგადოება (GIZ).

მელქაძე, თ. 2017. საგანგებო სიტუაციების მართვა. თბილისი: საგამომცემლო სახლი „ტექნიკური უნივერსიტეტი“.

მენქიუ, გ. 2008. ეკონომიკის პრინციპები. თბილისი: გამომცემლობა "დიოგენე".

მთავრობა, საქართველოს. 2015. დადგენილება - სამოქალაქო უსაფრთხოების ეროვნული გეგმის დამტკიცების შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 09 24. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2993918?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2013. დადგენილება - საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 02 21. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1852448?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2020-2. ეკონომიკური საქმიანობის პრიორიტეტული დარგების განსაზღვრის მეთოდებისა და რისკის შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 02 10. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4793337?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2015. რისკის ანალიზის ფარგლებში რისკის შეფასების, რისკის მართვისა და რისკის კომუნიკაციის პროცედურების დამტკიცების შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 12 02. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3069235?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2017-2. საგანგებო სიტუაციის რისკის მართვის გეგმის მომზადების წესების შემუშავების შესახებ. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 10 10. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3824640?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2017-1. "საქართველოს კატასტროფის რისკის შემცირების 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 01 16. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3547798?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2013. "საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 02 22. Accessed 06 07, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1852448?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2018. "სუნელებისა და სანელებლების წარმოებასთან, გადამუშავებასა და ბაზარზე განთავსებასთან დაკავშირებით რისკის მართვის დროებითი ზომების მიღების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 02 09. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4053935?publication=0>.

მთავრობა, საქართველოს. 2016. "ტექნიკური რეგლამენტის - ცოცხალი გენმოდიფიცირებული ორგანიზმების ჩაკეტილ სისტემაში გამოყენებით გამოწვეული პოტენციური საფრთხის (რისკის) შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 10 11. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3409861?publication=0>.

მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015-2. "ბრძანება N67." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 07 13. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2896547?publication=0>.

მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015-3. "ბრძანება N70." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 07 13. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2896547?publication=0>.

მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015-1. "მსჯავრდებულის რისკის შეფასებისა და სასჯელის აღსრულების ინდივიდუალური გეგმის შედგენის პრინციპების, წესისა და ფორმის დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 06 05. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2820641?publication=0>.

მინისტრი-სასჯ.-პრობ. 2015. "საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე." ბრძანება N70. 07 13. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2896547?publication=0>.

მინისტრი-სოტდმჯსდ. 2023. "ბრძანება - 2023 წლის 26 იანვრის №4/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 09 08. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5912041?publication=0>.

მინისტრი-სოტდმუხსდ. 2023. "ბრძანება - სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების საერთაშორისო აკრედიტაციის პირობების დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 01 26. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5696494?publication=0>.

მინისტრი-სოტდმუხსდ. 2020 -1. "სამუშაო სივრცეში რისკის შეფასების წესის დამტკიცების თაობაზე." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 01 30. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4776091?publication=0>.

მინისტრი-სოფ.მეურნ. 2006. "რისკის ანალიზის ფარგლებში რისკის შეფასების და რისკის კომუნიკაციის პროცედურების დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 08 07. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/65854?publication=0>.

მინისტრი-სოფ.მეურნ. 2009. "საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს სურსათის უვნებლობისა და რისკის ანალიზის სამმართველოს დებულების დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 04 27. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/83422?publication=0>.

მინისტრი-სმუხსდ. 2010. "ბრძანება - რისკის შეფასებაზე დაფუძნებული შერჩევითი კონტროლის სახელმძღვანელოს დამტკიცების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 11 25. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1105374?publication=0>.

მინისტრი-სმუხსდ. 2012. "ბრძანება- სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 09 12. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1741403?publication=0>.

მინისტრი-სმუხსდ. 2001. "საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება 419/ნ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 12 05. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/53092?publication=0>.

მინისტრი-ფინანსთა. 2012. "სახელმწიფო სექტორში რისკის მართვის სახელმძღვანელოს დამტკიცების თაობაზე." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 01 03. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1546971?publication=0>.

პარლამენტი, საქართველოს. 2014. "კანონი სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 06 12. Accessed 06 06, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2363013?publication=10>.

პარლამენტი, საქართველოს. 2019. "კანონი შრომის უსაფრთხოების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 03 04. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4486188?publication=2>.

პარლამენტი, საქართველოს. 2018. "საქართველოს კანონი სამოქალაქო უსაფრთხოების შესახებ." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 07 06. Accessed 06 07, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4243170?publication=9>.

საბჭო, ეროვნული უსაფრთხოების. n.d. საფრთხეების შეფასების დოკუმენტი. Accessed 06 09, 2024. <https://shorturl.at/Z3utV>.

სებ-პრეზიდენტი. 2023. "კომერციული ბანკების საერთო ღია სავალუტო პოზიციის ლიმიტის დადგენის, გაანგარიშებისა და დაცვის წესის დამტკიცების შესახებ" საქართველოს ეროვნული ბანკის პრეზიდენტის 2006 წლის 20 ივლისის №201 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე." საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 08 04. Accessed 06 09, 2024. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5886690?publication=0>.

ყაზიშვილი, ნ. 2019. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება. თბილისი: თსუ-ს გამომცემლობა.

AFC. 2020. "Future Operational Environment: Forging The Future In An Uncertain World 2035-2050." US Army Mad Scientist. 11 18. Accessed 06 07, 2024. <https://rb.gy/76r9d7>.

Ansell C., Torfing J. 2016. Handbook on Theories of Governance. Northampton: Edward Elgar Publishing.

- ASHRM, The American Society for Health Care Risk Management. 2020. Enterprise Risk Management for Health Care, Fourth Edition. Accessed 06 07, 2024. <https://www.ashrm.org/enterprise-risk-management-health-care-fourth-edition>.
- Benjamin, AS. 2017. Enterprise Risk and Opportunity Management. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- BS-ISO. 2018. ISO 31000:2018 - Risk management — Guidelines. 02. Accessed 06 09, 2024. <https://www.iso.org/standard/65694.html>.
- Carroll, R. 2001. Risk Management Handbook for Health Organizations. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Christopher A., Torfing J. 2016. Handbook on Theories of Governance. Cheltenham, UK + Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing.
- Collins, T. 2006. "The Georgian healthcare system: Is it." International journal of health planning and management 297-312.
- Dionne, G. 2013. "RISK MANAGEMENT: HISTORY, DEFINITION, AND CRITIQUE." Risk Management and Insurance Review (The American Risk and Insurance Association) 16: 147-166.
- ESCAP. 2021. "What is good governance?" UN.ESCAP. 08 19. Accessed 06 06, 2024. <https://hdl.handle.net/20.500.12870/3794>.
- Falta, CLD. 2022. Risk-Informed Development: Barriers and enabling factors in development cooperation in Georgia. Lund: Division of Risk Management and Societal Safety Faculty of Engineering Lund University.
- Field, A. 2019. Implementing an Integrated Management System (IMS) The strategic Approach. Cambridgeshire: IT Governance Publishing Ltd.
- Hiles, A. 2014. Business Continuity Management: Global. Brookfield: Rothstein Publishing.
- Hubbard, DW. 2020. The Failure of Risk Management: Why It's Broken and How to Fix It. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Accessed 06 09, 2024. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119521914>.
- ISO. 2018. ISO 31000 – „Risk management“ . 02. Accessed 06 09, 2024. <https://tinyurl.com/429ttxttr>.
- ISO. 2021. ISO 31000:2018 - Risk management — A practical guide. Accessed 06 09, 2024. <https://www.iso.org/publication/PUB100464.html>.
- ISO. 2009. ISO Guide 73:2009 Risk management — Vocabulary. 11. Accessed 06 09, 2024. <https://www.iso.org/standard/44651.html>.
- ISO. 2002. ISO/IEC Guide 73:2002 Risk management Vocabulary. Guidelines for use in standards. 01. Accessed 06 09, 2024. <https://www.iso.org/standard/34998.html>.
- ITA-Esercito. 2019. "Future Operating Environment Post 2035 – Implications For Land Forces." General Staff of the Army - Esercito Italiano. Accessed 06 06, 2024. <https://www.esercito.difesa.it/comunicazione/Le-5-Sfide/Documents/FOE-INGLESE191205.pdf>.
- Jones, Reed. 2019. "Continuity Planning for the Health Care Delivery System: Building Resilience within Delaware." Delaware Journal of Public Health 81-89.
- Kaya, GK. 2018. "Good risk assessment practice in hospitals." ResearchGate. March. Accessed June 06, 2024. <https://tinyurl.com/y5k98y74>.
- Kloman HF. 2011. "A Brief History of Risk Management." ResearchGate. December. Accessed 06 07, 2024. https://www.researchgate.net/publication/230538385_A_Brief_History_of_Risk_Management.
- Maridashvili M., Meparishvili M., Sanikidze E. 2018. "Health Systems Management And Financial Sustainability In Georgia ." International Journal of Innovative Technologies in Social Science 1-4.
- Meloy J. R., JENS HOFFMANN. 2014. International Handbook of Threat Assessment. Oxford: Oxford University Press.
- MoD-ESP. 2022. Operating Environment 2035. Madrid: Ministerio de Defensa.
- Richardson E., Nino Berdzuli. 2017. "Georgia: Health System Review 2017." Health Systems in Transition (European Observatory on Health Systems and Policies) 19 (4): 1-90.

UK-MoD. 2015. "Future Operating Environment 2035." Gov.uk. 12 14. Accessed 06 06, 2024. <https://shorturl.at/LLU8X>.

UK-MoD. 2014. "Global Strategic Trends - Out to 2045." Open Repository Base on International Strategic Studies. 04 29. Accessed 06 06, 2024. <https://shorturl.at/dX82Q>.

UNDP. 2019. "UNDP." Risk-Informed Development. May 28. Accessed 06 06, 2024. <https://www.undp.org/publications/risk-informed-development>.

WEF. 2023. The Global Risks Report 2023 18th Edition. Geneva: World Economic Forum.

WHO. 2023. WHO Risk Management Strategy. 05 03. Accessed 06 09, 2024. <https://www.who.int/publications/m/item/risk-management-https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5696494?publication=0>.



პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დროულ მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაციაში საქართველოში

Challenges of the primary health care system in timely treatment and hospitalization of patients with acute myocardial infarction in Georgia

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.05

ტენგიზ ვერულავა^{1ა}, ლიკა არაკიშვილი^{2ბ}

Tengiz Verulava^{1a}, Lika Arakishvili^{2b}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² მედიცინის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

² School of Medicine, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ოჯახის ექიმი დიდ როლს ასრულებს სტენოკარდიული ტკივილის მქონე პაციენტების მართვასა და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვაში. კვლევის მიზანია საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების შესწავლა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობის და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის დროულობაში. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა კარდიოლოგიური კლინიკების ექიმების და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** პაციენტები უშუალოდ უკავშირდებიან გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ოჯახის ექიმთან კონტაქტის გარეშე. ავადმყოფობისას პაციენტების მხოლოდ 11%-მა მიმართა ოჯახის ექიმს, რაც მეტყველებს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის არასათანადო დონეზე განვითარებაზე. პაციენტების 95.8%-ს, რომლებმაც სიმპტომების დაწყებისას პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს მიმართეს 2 საათზე ნაკლები დასჭირდათ გადაუდებელი სერვისის მიღებას. თუმცა, პაციენტები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს ჰქონდათ შედარებით ნაკლები დაგვიანების დრო და შესაბამისად ადრე, მაქსიმუმ 6 საათამდე მიმართეს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურს, ვიდრე იმ პაციენტებმა, რომლებმაც თვითმკურნალობას მიმართეს. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ოჯახის ექიმები სათანადოდ აღიქვამენ სიმპტომებს და ცდილობენ საჭიროების შემთხვევაში დროზე მიმართონ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურს. თვითმკურნალობის დროს, რომელსაც დიდი წილი უკავია (n=98, 22.5%), შედარებით მაღალია გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანების დრო (n=90, 66.7%). **დასკვნა:** რეკომენდირებულია საზოგადოებრივი

^a tverulava@cu.edu.ge <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

^b l.arakishvili1@cu.edu.ge <https://orcid.org/0009-0003-3735-0127>

ნაშრომი დაფინანსებულია შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის „მაგისტრანტთა სასწავლო-კვლევითი პროექტების გრანტის“ MR-23-1338 ფარგლებში

The work was financed within the framework of the Shota Rustaveli National Science Foundation "Master's Study and Research Projects Grant" MR-23-1338

ჯანმრთელობის კამპანიების ჩატარება, რომელიც ხელს შეუწყობს გულმკერდის ტკივილის მქონე პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებას, რომ დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დისკომფორტი მცირეა, უფრო მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია.

საკვანძო სიტყვები: ოჯახის ექიმი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, პირველადი ჯანდაცვა

ციტატა: თენგიზ ვერულავა, ლიკა არაკიშვილი. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დროულ მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაციაში საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

Abstract

Introduction: The family physician plays a major role in the management and emergency referral of patients with angina pectoris. The purpose of the study is to study the challenges of the primary health care system in Georgia in the timeliness of treatment and, if necessary, hospitalization of patients with acute myocardial infarction in the pre-hospital stage. **Methodology:** within the framework of quantitative research, a survey of doctors of selected cardiology clinics and patients with acute myocardial infarction was conducted. **Results, Discussion:** Patients contact emergency medical care directly, without contacting their family doctor. During illness, only 11% of patients consulted a family doctor, which shows that primary health care in Georgia is not developed at an appropriate level. 95.8% of patients who went directly to emergency medical services at the onset of symptoms took less than 2 hours to receive emergency medical services. However, patients who contacted their family physician before hospitalization had a relatively shorter delay time and therefore referred to an emergency medical service earlier, up to 6 hours earlier, than patients who self-medicated. This is because family doctors properly perceive the symptoms and try to refer patients to the emergency medical service in time if necessary. In contrast to this, during self-medication, which also has a large share in our study (n=98, 22.5%), the delay time for emergency medical assistance is relatively high (n=90, 66.7%). **Conclusion:** It is recommended to carry out public health campaigns that will help patients with chest pain to contact the emergency medical service immediately. If the discomfort is minor, it is more appropriate to consult a family doctor.

Keywords: family doctor, acute myocardial infarction, primary health care.

Quote: Tengiz Verulava, Lika Arakishvili. Challenges of the primary health care system in timely treatment and hospitalization of patients with acute myocardial infarction in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

შესავალი

2020 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, დაავადებათა რეგისტრირებული და ახალი შემთხვევების მხრივ, საქართველოში სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებს პირველი ადგილი უკავია. კერძოდ, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 17.6%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 10.2%-ს შეადგენს (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2021).

2000-2020 წლებში საქართველოში აღინიშნებოდა სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობის და ახალი შემთხვევების ზრდის ტენდენცია. სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობა და ახალი შემთხვევები განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ, რასაც მკვლევარები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შედეგად ამ პროგრამით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდას უკავშირებენ (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2014).

ცხრილი1: სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა შემთხვევების რაოდენობა, პრევალენტობა, საქართველო, 2010-2020 წ.

	წლის რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე
2010	337651	8916.8	98193	2593.1
2011	363488	9676.4	103466	2754.4
2012	355657	9537.9	133411	3577.8
2013	425232	11438.1	196348	5281.5
2014	409817	11018.3	165398	4446.9
2015	425105	11411.4	174735	4690.5
2016	447713	12011.1	190994	5123.9
2017	429932	10950.6	184729	4955.2
2018	408233	10954.7	147979	3970.9
2019	386894	10399.9	140269	3770.5
2020	403767	10853.3	97237	2612.0

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2021. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2021.

ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული (58.4 %), გულის იშემიური დაავადებები (15.3 %) და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები (3.1 %). 2020 წლის მონაცემებით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურაში 58.4 % ჰიპერტენზიული დაავადებები შეადგენდა (პრევალენტობა – 289921, ინციდენტობა – 51078), 15.3 % - გულის იშემიურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა - 76196, ინციდენტობა – 13883), 3.1% - ცერებროვასკულურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა – 15634 ინციდენტობა – 3899). (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ცხრილი 2: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2020.

	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს		ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები მათ შორის:	496561	100	97237	100
მწვავე რევმატული ცხელება	1568	0.3	190	0.2
გულის ქრონიკული რევმატული დაავადება	8544	1.7	602	0.6
ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	289921	58.4	51078	52.5
გულის იშემიური ავადმყოფობა	76196	15.3	13883	14.3
ფილტვში სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ფილტვისმიერი გული	1571	0.3	269	0.3
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	15634	3.1	3899	4.0
არტერიების არტერიოლების და კაპილარების ავადმყოფობები	9202	1.9	1974	2.0
გულის სხვა ავადმყოფობები	49655	10.0	10191	10.5

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2021. საქართველო.

2019 წლის სტატისტიკური მონაცემებით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ახალი შემთხვევების 15.6%-ს შეადგენს გულის იშემიური დაავადებები: მათ შორის სტენოკარდია – 5.3 %, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი – 2.3 % და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები – 1.9% (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ცხრილი 3 გულის იშემიური ავადმყოფობების სტრუქტურა, საქართველო, 2019

	ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%
გულის იშემიური ავადმყოფობა	21920	100
სტენოკარდია	7488	34.2
მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი	3162	14.4
გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა	2651	12.1

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2021. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2021.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების დროულად გაწევა. ბევრი პაციენტის მიერ არ ხდება დაავადების სიმპტომების მნიშვნელობის გაცნობიერება. ისინი დროულად არ მიმართავენ ექიმს, რის გამოც იკარგება მკურნალობისათვის საჭირო ძვირფასი დრო. მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების განვითარებიდან პირველი სამი საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო სამსახურს მიმართავს მხოლოდ პაციენტების 10-15%, პირველი 6 საათის განმავლობაში - 20-25%, 12-24 საათის შემდეგ კი - 75-80%.

ჩატარებული კვლევების მტკიცებით პაციენტების უმეტესი ნაწილი იღუპება სათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე, დაავადების დაწყების პირველ საათებში. ექსპერტთა მტკიცებით, ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) პაციენტებში რაც უფრო სწრაფად და დროულად მოხდება დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა, მით უფრო შესაძლებელია სიკვდილიანობის შემცირება, დაავადების გამოსავლის გაუმჯობესება და საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება (Steg et al. 2012).

2017 წელს ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოებამ მიიღო ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) გაიდლაინი, რომლის მიხედვით, ნულოვანი დრო ანუ ათვლის დრო განისაზღვრა STEMI დიაგნოზის დასმისთანავე, ეკგ-ის გადაღების შემდეგ (Ibanez et al. 2017).

აუცილებელია რეპერფუზიური თერაპიის დაწყება რაც შეიძლება მალე, არაუგვიანეს 90 წუთისა პირველი სამედიცინო კონტაქტიდან (Windecker et al. 2014). თუმცა, პაციენტისთვის საუკეთესო შესაძლო შედეგის მისაღწევად ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია იშემიის საერთო დრო, ანუ სიმპტომების დაწყებასა და რეპერფუზიულ თერაპიას შორის დრო. ამგვარად, პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების დროს აქვს გადაწყვეტი მნიშვნელობა, მაგრამ მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომების მკურნალობის დაგვიანება ისევ პრობლემად რჩება, რადგან პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე დაგვიანების დრო მუდმივად მაღალია (Ladwig et al. 2011).

პაციენტების დროული ქმედებების წახალისებისთვის საჭირო ეფექტიანი ინტერვენციების შემუშავებისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მიოკარდიუმის ინფარქტით დაავადებულ პაციენტებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გზების შესწავლა და გაგება. ბევრ ქვეყნებში ფართო საზოგადოებას აქვს შესაძლებლობა მიიღოს სამედიცინო რჩევები ტელეფონით, ინტერნეტით ან თვითზრუნვის გაიდლაინების საშუალებით. თუმცა, უცნობია, რამდენად სარგებლობენ პირები სამედიცინო რჩევებით ტელეფონისთ, როგორც FMC, ნაცვლად დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ სასწრაფო დახმარებას.

თუმცა, უცნობია, მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს რამდენად იყენებენ ადამიანები გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის სამედიცინო რჩევებს ტელეფონით, ნაცვლად იმისა, რომ დაუკავშირდნენ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურს და როგორ მოქმედებს ასეთი გადაწყვეტილება დიაგნოსტიკის დროზე.

პაციენტების დაახლოებით 1-3% განიცდის გულმკერდის ტკივილს (Verdon და სხვ., 2007). შემთხვევების 10-18%-ში გულმკერდის ტკივილი გამოწვეულია გულის იშემიური დაავადებით, რომელთაგან 2-4% მიოკარდიუმის ინფარქტის ან არასტაბილური სტენოკარდიის შედეგია, რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას (Ibanez და სხვ., 2018). ოჯახის ექიმები, როგორც პირველადი ჯანდაცვის მუშაკები, მთავარ როლს ასრულებენ მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაში და ხშირად პირველები არიან, ვისაც პაციენტები უკავშირდებიან (Beeleonie & Kusmana, 2005).

საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ვერ იქნა განვითარებული იმ დონეზე, რაც ფუნქციონირებს ბევრ ქვეყანაში (ვერულავა, 2021; მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019), მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფებზე ოჯახის ექიმების დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა ვერ ხორციელდება სათანადო დონეზე. შესაბამისად, დაბალია პაციენტის ინფორმირებულობა მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომების, თვითდახმარების ღონისძიებების და სასწრაფო დახმარების სამსახურის დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ, რაც განაპირობებს მათ დაგვიანებულ ჰოსპიტალიზაციას (Thylen და სხვ., 2015).

სიმპტომების დაწყებასა და სათანადო სამედიცინო დახმარებას შორის გასული დრო არის გადაწყვეტი ფაქტორი, რომელიც განსაზღვრავს მიოკარდიუმის ინფარქტის მქონე პაციენტების კლინიკური მიმდინარეობას. გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო დრო პაციენტის პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე დაგვიანების ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია. უეცარი კარდიოლოგიური სიკვდილის მრავალი შემთხვევა სწორედ პაციენტის ჰოსპიტალიზაციამდე ხდება (Gärtner და სხვ., 2008). ამიტომ, ოჯახის ექიმის უწყვეტ მეთვალყურეობას, სათანადო ინფორმირებულობას და გულის მწვავე იშემიის სიმპტომებზე სწრაფ რეაგირებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის შესახებ არსებული ევროპული კლინიკური გაიდლაინების მიხედვით, ექიმმა უნდა შეაფასოს გულმკერდის ტკივილთან დაკავშირებული რისკის ფაქტორები და კლინიკური შედეგები და გადაწყვიტოს, უნდა გადაიყვანოს თუ არა პაციენტი საავადმყოფოში (Piepoli და სხვ., 2016).

აღნიშნული გვიჩვენებს იმ მნიშვნელობას, რაც პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას აქვს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში, ასევე მის აქტუალობას მსოფლიოში და განსაკუთრებით საქართველოში, სადაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემა დაბალ დონეზეა განვითარებული.

დღეისათვის მრავალი კვლევები არსებობს მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომების მქონე პაციენტთა დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის მიზეზების შესახებ (McKee და სხვ., 2013). თუმცა, საქართველოში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დაგვიანებულ ჰოსპიტალიზაციაში პირველადი ჯანდაცვის როლი სათანადოდ ჯერ კიდევ არ არის გამოკვლეული. კვლევის აქტუალობასა და მეცნიერულ სიახლეს განაპირობებს ის ფაქტი, რომ პირველად ჩატარდა კომპლექსური კვლევა საქართველოში მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა წინარეჰოსპიტალურ სტადიაზე მკურნალობის დროულობის, თვითდახმარების მოცულობის და ხასიათის შესახებ, მათი ინფორმაციულობის, გადაუდებელ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურისთვის დაგვიანებული მიმართვის მიზეზების შესახებ.

კვლევა მიზნად ისახავს კომპლექსურად შეისწავლოს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობის და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის დროულობაში.

კვლევის ამოცანებია:

1. საერთაშორისო გამოცდილების გაცნობისა და არსებული ლიტერატურის შესწავლისა და გაანალიზების გზით ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით მიოკარდიუმის

მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა მკურნალობის და ჰოსპიტალიზაციის დროულობაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების კვლევის სპეციფიკური ინსტრუმენტების/კითხვარების შემუშავება;

2. შემუშავებული ინსტრუმენტებით პირველადი ჯანდაცვისადმი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დამოკიდებულების/მოლოდინების, ნდობის ხარისხის, მიმართვიანობის და კმაყოფილების ხარისხის შესწავლა;
3. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთათათვის სათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევაში არსებული ძირითადი პრობლემების გამოვლენა;
4. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა თვითდახმარების სათანადო მოცულობით გაწევისა და ინფორმირებულობაზე მოქმედი ფაქტორების გამოვლენა;
5. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე გვიანი მიმართვიანობის მიზეზების და მასში პირველადი ჯანდაცვის როლის შესწავლა;
6. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა საჭიროებების განსაზღვრა და მათი შესაბამისობის დადგენა საქართველოში არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის პროგრამებთან
7. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შესწავლა (მათ შორის მკურნალობაზე დანახარჯების მოცულობის და მისი ხვედრითი წილის შესწავლა ოჯახის შემოსავლებში);
8. პირველადი ჯანდაცვის როლის შესწავლა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა რისკების დროულ გამოვლენა-მართვაში, მისი შედარება სხვა ქვეყნებში ანალოგიურ საკითხებთან, მისი ეფექტიანად ფუნქციონირების განმსაზღვრელი კრიტერიუმების შემუშავების მიზნით;

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა შერჩეული კარდიოლოგიური კლინიკების ექიმების და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტების გამოკითხვა.

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით შემუშავებული კითხვარის (Thylen და სხვ. 2015; Johansson და სხვ. 2004) ადაპტირებული ვერსია; ადაპტირება მოხდა სოციო-კულტურული კონტექსტის, ენის, სპეციფიკური კვლევითი ინტერესების, სამიზნე რესპოდენტების და პილოტირებისას გამოვლენილი საჭიროებების მიხედვით.

კვლევისთვის შეირჩა კარდიოლოგიური კლინიკები (ასევე საავადმყოფოების კარდიოლოგიური განყოფილებები), შემდეგი კლასიფიკაციით: თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი.

კვლევის პროცესში მიღებული მონაცემების დასამუშავებლად გამოყენებულ იქნა სტატისტიკური მეთოდი. რაოდენობრივი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავდა Windows SPSS 19.0 საშუალებით.

კორელაციური კვლევა დაგეგმვარა დავადგინოთ, არსებობს თუ არა კავშირი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხარისხსა და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტების ინფორმირებულობას და მათ დროულ ჰოსპიტალიზაციას შორის.

აღნიშნული მეთოდების გამოყენება, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დონეზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტთა პრევენციისა და მკურნალობის ანალიზის საფუძველზე, საშუალებას მოგვცემს შევიმუშაოთ სპეციფიკური სტრატეგიები/მიდგომები და გავზომოთ მათი ეფექტიანობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგებზე.

კვლევას ჰქონდა გარკვეული შეზღუდვები, რომლებიც მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული დასკვნების განზოგადების განხილვისას. კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის, რომ კვლევისათვის გამოყოფილი დრო იყო შეზღუდული და შესაბამისად, ვერ განხორციელდა ინტერვიუს ჩატარება ყველა კარდიოლოგიურ კლინიკასთან (ასევე, საავადმყოფოების

კარდიოლოგიური განყოფილებები), რომლებიც ახორციელებენ კარდიოლოგიურ სერვისებს. კვლევა ჩატარდა თბილისის, ქუთაისის, ბათუმის კარდიოლოგიური კლინიკებში. თუმცა, პაციენტების რაოდენობა შედარებით დიდი იყო. ზოგიერთმა სამედიცინო ორგანიზაციამ უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე. უარის მიზეზად გადატვირთული სამუშაო გრაფიკი დასახელდა. ასევე, სირთულე შეიძლება მდგომარეობდეს რესპონდენტების მხრიდან კითხვებზე და ინტერვიუებზე არაგულწრფელ პასუხებში, ან მასზე საერთოდ თავის არიდებაში.

კვლევის შედეგები

კვლევაში სულ ჩართული იყო მოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მქონე 436 პაციენტი, რომელთაგან 77.5% მამაკაცი და 65.8% ქალაქში მცხოვრებია (n=287), ხოლო 78.2%-მა (n=341) განაცხადა, რომ არ ცხოვრობს მარტო. გამოკითხულ პაციენტთა მეტი წილი (n=195, 44.7%) უარყოფს თამბაქოზე დამოკიდებულებას, ხოლო 31.2% (n=136) ალკოჰოლის მომხმარებელია. პაციენტების საშუალო ასაკი შეადგენდა 62 წელს (34-91), მათგან, ასაკობრივად ყველაზე მეტ წილს შეადგენდნენ 65-79 წლის პირები (n=189; 43.3%).

ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა 82.1%-ს (n=358) სიმპტომები დაეწყო როდესაც იმყოფებოდა სახლში. პაციენტთა უმრავლესობას სიმპტომები განუვითარდა სამუშაო დღეებში (n=348, 79.8) საღამოს/ღამის განმავლობაში, 18:00 საათიდან - 6:00 საათამდე დროის შუალედში (n=265, 60.8%) და არ იმყოფებოდა მარტო (n=305, 70%). პაციენტთა 61.7%-ს (n=269) წარსულში უკვე ჰქონდა მსგავსი სიმპტომები (ცხრილი 1).

პაციენტთა დროული ჰოსპიტალიზაცია, ბევრ კომპლექსურ ფაქტორთან ერთად დიდწილად დამოკიდებულია უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებამდე არსებულ მანძილზე. პაციენტთა 78,2%-მა (n=341) აღნიშნა, რომ სიმპტომების დაწყების მომენტში მასთან მდებარე უახლოესი სამედიცინო დაწესებულება მდებარეობდა 50კმ-ზე ნაკლებ მანძილზე. პაციენტები ანამნეზში აღნიშნავენ, რომ აქამდეც ქონდათ არტერიული ჰიპერტენზიის (58%, n=251), მოკარდიუმის ინფარქტის (n=83, 19%), სტენოკარდიის (n=74, 17%), დიაბეტის (n=78, 18%), მოციმციმე არითმიის (n=22, 5%) და გულის ქრონიკული უკმარისობის (n=17, 4%) ეპიზოდები. პაციენტთა უმრავლესობას (n=318; 73%) შემდგომში დაუსვეს ST-ელევაციით მიმდინარე მოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) დიაგნოზი (ცხრილი 1).

საწყის ეტაპზე მხოლოდ 48 პაციენტი (11%) დაუკავშირდა ოჯახის ექიმს. პაციენტთა 47% (n=205) დაუკავშირდა პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს, 22.5%-მა (98) თვითდახმარების სახით თავად მიიღო მედიკამენტები, ხოლო 19.5%-მა (n=85) გამოიძახა კარდიოლოგი).

პროცესში ოჯახის ექიმის ჩართულობის შემთხვევაში, ოჯახის ექიმთა 43.8%-მა (n=21) პაციენტი პირდაპირ მიმართა გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს მობილური ტელეფონით; ოჯახის ექიმთა 31.3%-მა (n=15) პაციენტის მოინახულა დღის განმავლობაში და შემდეგ მიმართა გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს, ხოლო ოჯახის ექიმთა 12%-მა (n=25) პაციენტი დაუყოვნებლივ მოინახულა და გამოიძახა გადაუდებელი დახმარების სამსახური (ცხრილი 1).

ცხრილი 1 პაციენტების მახასიათებლები, მოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიმპტომების გამოვლენისას ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ან არ დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს

	ყველა N = 436
ასაკი	
< 50	34 (7.8)
50-64	126 (28.9)
65-79	189 (43.3)
80 >	87 (20)

სქესი	
ქალი	98 (22.5)
კაცი	338 (77.5)
განათლება	
საშუალო	258 (59.2)
უმაღლესი	178 (40.8)
საცხოვრებელი ადგილი	
ქალაქი	287 (65.8)
სოფელი	149 (34.2)
თამბაქოს მოხმარება	
დიახ	154 (35.3)
არა	195 (44.7)
იშვიათად	87 (20)
ალკოჰოლის მოხმარება	
დიახ	136 (31.2)
არა	123 (28.2)
იშვიათად	177 (40.6)
ვცხოვრობ მარტო	
დიახ	95 (21.8)
არა	341 (78.2)
ავად გავხდი სახლში	
დიახ	358 (82.1)
არა	78 (17.9)
სიმპტომების დაწყებისას მარტო ვიმყოფებოდი	
დიახ	131 (30)
არა	305 (70)
ავად გავხდი შაბათ-კვირას	
დიახ	88 (20.2)
არა	348 (79.8)
სიმპტომები დამეწყო საღამოს/ღამის განმავლობაში 18:00 – 6:00 სთ	
დიახ	265 (60.8)
არა	171 (39.2)
მანძილი საავადმყოფომდე	
≥ 50 კმ	95 (21.8)

<p>≤ 50 კმ</p> <p>ხანგრძლივობა სიმპტომების დაწყებასა და გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურების მიღებას შორის (სთ)</p> <p>≤ 2 სთ</p> <p>2-6 სთ</p> <p>>6</p>	<p>341 (78.2)</p> <p>144 (33)</p> <p>157 (36)</p> <p>135 (31)</p>
<p>მსგავსი სიმპტომების არსებობა წარსულში</p> <p>დიახ</p> <p>არა</p> <p>თანმხლები დაავადებების არსებობა წარსულში</p> <p>სტენოკარდია</p> <p>ჰიპერტენზია</p> <p>დიაბეტი</p> <p>მოციმციმე არითმია</p> <p>გულის უკმარისობა</p> <p>მიოკარდიუმის ინფარქტი</p>	<p>269 (61.7)</p> <p>167 (38.3)</p> <p>74 (17)</p> <p>251 (58)</p> <p>78 (18)</p> <p>22 (5)</p> <p>17 (4)</p> <p>83 (19)</p>
<p>სიმპტომების დაწყებისას პაციენტის მიერ განხორციელებული ქმედებები</p> <p>ოჯახის ექიმთან დაკავშირება</p> <p>პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება</p> <p>თვითდახმარება</p> <p>გამოიძახა კარდიოლოგი</p> <p>ოჯახის ექიმის ქმედება პაციენტის გამოძახების შემდეგ</p> <p>პაციენტის პირდაპირ მიმართვა გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურზე მობილურით</p> <p>პაციენტის დაუყოვნებლივ მონახულება და გადაუდებელი დახმარების სამსახურის გამოძახება</p> <p>პაციენტის მონახულება დღის განმავლობაში და შემდეგ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურზე მიმართვა</p>	<p>48 (11)</p> <p>205 (47)</p> <p>98 (22.5)</p> <p>85 (19.5)</p> <p>21 (43.8)</p> <p>12 (25)</p> <p>15 (31.3)</p>
<p>დიგნოზი</p> <p>ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (STEMI)</p> <p>ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI)</p>	<p>318 (73)</p> <p>118 (27)</p>

ოჯახის ექიმს ჰოსპიტალიზაციამდე უფრო ხშირად მიმართავენ ქალები (n=35, 72.9%), უმაღლესი განათლების პაციენტები (n=31, 64.6%), სოფლად მცხოვრებნი (n=37, 77.1%), ვინც არ არის თამბაქოს (n=31, 64.6%) და ალკოჰოლის (n=27, 56.3) მომხმარებელი, არ ცხოვრობს მარტო (n=37, 77.1%), სიმპტომების დაწყებისას არ იმყოფებოდა მარტო (n=35, 72.9%), ავად გახდა სამუშაო დღეებში (n=41, 85.4%) და სიმპტომები დაეწყო საღამოს/ღამის განმავლობაში (n=27, 56.3%), ასევე, პაციენტები, რომელთაც წარსულში აღენიშნებოდათ მსგავსი სიმპტომები (n=32, 66.7) და დაესვათ დიგნოზი ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI) (n=32, 66.7%). პაციენტებს, რომლებიც მიმართავენ ოჯახის ექიმს უფრო ხშირად აღენიშნებოდათ ჰიპერტენზია (n=28, 58.3%).

ცხრილი 2 პაციენტების მახასიათებლები, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიმპტომების გამოვლენისას ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ან არ დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს

	ყველა N = 436	ოჯახის ექიმთან მიმართვა n=48 (11%)	სხვა n=388
ასაკი			
< 50	34 (7.8)	4 (8.3)	30 (7.7)
50-64	126 (28.9)	15 (31.3)	111 (28.6)
65-79	189 (43.3)	21 (43.8)	168 (43.3)
80 >	87 (20)	8 (16.7)	79 (20.4)
სქესი			
ქალი	98 (22.5)	35 (72.9)	63 (16.2)
კაცი	338 (77.5)	13 (27.1)	325 (83.8)
განათლება			
საშუალო	258 (59.2)	17 (35.4)	241 (62.1)
უმაღლესი	178 (40.8)	31 (64.6)	147 (37.9)
საცხოვრებელი ადგილი			
ქალაქი	287 (65.8)	11 (22.9)	276 (63.3)
სოფელი	149 (34.2)	37 (77.1)	112 (27.7)
თამბაქოს მოხმარება			
დიახ	154 (35.3)	14 (29.2)	140 (36.1)
არა	195 (44.7)	31 (64.6)	164 (42.3)
იშვიათად	87 (20)	3 (6.3)	84 (21.6)
ალკოჰოლის მოხმარება			
დიახ	136 (31.2)	13 (27.1)	123 (31.7)
არა	123 (28.2)	27 (56.3)	96 (24.7)
იშვიათად	177 (40.6)	8 (16.7)	169 (43.6)
ვცხოვრობ მარტო			
დიახ	95 (21.8)	11 (22.9)	84 (21.6)

არა	341 (78.2)	37 (77.1)	304 (78.4)
ავად გავხდი სახლში			
დიახ	358 (82.1)	10 (20.8)	348 (89.7)
არა	78 (17.9)	38 (79.2)	40 (10.3)
სიმპტომების დაწყებისას მარტო ვიმყოფებოდი			
დიახ	131 (30)	13 (27.1)	118 (30.4)
არა	305 (70)	35 (72.9)	270 (69.6)
ავად გავხდი შაბათ-კვირას			
დიახ	88 (20.2)	7 (14.6)	81 (20.9)
არა	348 (79.8)	41 (85.4)	307 (79.1)
სიმპტომები დამეწყო სადამოს/ღამის განმავლობაში 18:00 – 6:00 სთ			
დიახ	265 (60.8)	27 (56.3)	238 (61.3)
არა	171 (39.2)	21 (43.8)	150 (38.7)
მანძილი საავადმყოფომდე			
≥ 50 კმ	95 (21.8)	8 (16.7)	87 (22.4)
≤ 50 კმ	341 (78.2)	40 (83.3)	301 (77.6)
მსგავსი სიმპტომების არსებობა წარსულში			
დიახ	269 (61.7)	32 (66.7)	237 61.1
არა	167 (38.3)	16 (33.3)	151 38.9
თანმხლები დაავადებების არსებობა აქამდე			
სტენოკარდია	74 (17)	9 (18.8)	65 (16.8)
ჰიპერტენზია	251 (58)	28 (58.3)	223 (57.5)
დიაბეტი	78 (18)	8 (16.7)	70 (18.0)
მოციმციმე არითმია	22 (5)	3 (6.3)	19 (4.9)
გულის უკმარისობა	17 (4)	1 (2.1)	16 (4.1)
მიოკარდიუმის ინფარქტი	83 (19)	7 (14.6)	76 (19.6)
დიგნოზი			
ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (STEMI)	318 (73)	16 (33.3)	302 (77.8)
ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI)	118 (27)	32 (66.7)	86 (22.2)

სიმპტომების დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურების მიღების გადაწყვეტილებამდე დაყოვნების საშუალო დრომ შეადგინა 0:45 საათი პაციენტებში, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს და 2:40 საათი სხვა პაციენტებში ($p<0.01$). პაციენტების 9%-მა, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს და სხვა პაციენტების 22%-მა 6 საათზე მეტი დააგვიანა სანამ გადაწყვეტილებას მიიღებდნენ სამედიცინო დახმარებაზე.

სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვის დროის ხანგრძლივობაზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა ფაქტორები. გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურების სამსახურს 2 საათზე ნაკლებ დროში მიმართა პაციენტების უმეტესობამ, რომელთაც ჰქონდათ უმაღლესი განათლება ($n=79$, 54.9%), ქალაქში მოხინაძრეებმა ($n=100$, 69.4%), ვინც თამბაქოს ($n=76$, 52.8) და ალკოჰოლის ($n=74$, 51.4) მოხმარებელი არაა, ასევე ვინც მართლ არ ცხოვრობს ($n=123$, 85.4) და სიმპტომების განვითარებისას არ იმყოფებოდა მართლ ($n=126$, 87.5), ავად გახდა სამუშაო დღეებში ($n=131$, 91%).

ცხრილი 3 სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვის დროის ხანგრძლივობასთან დაკავშირებული ფაქტორები.

	ყველა N = 436	≤ 2 სთ, n=144, 33%	2-6 სთ, n=157, 36%	>6, n=135, 31%
ასაკი				
< 50	34 (7.8)	6 (4.2)	12 (7.6)	16 (11.9)
50-64	126 (28.9)	26 (18.1)	42 (26.8)	58 (43)
65-79	189 (43.3)	75 (52.1)	73 (46.5)	41 (30.4)
80 >	87 (20)	37 (25.7)	30 (19.1)	20 (14.8)
სქესი				
ქალი	98 (22.5)	39 (27.1)	31 (19.7)	28 (20.7)
კაცი	338 (77.5)	105 (72.9)	126 (80.3)	107 (79.3)
განათლება				
საშუალო	258 (59.2)	65 (45.1)	95 (60.5)	98 (72.6)
უმაღლესი	178 (40.8)	79 (54.9)	62 (39.5)	37 (27.4)
საცხოვრებელი ადგილი				
ქალაქი	287 (65.8)	100 (69.4)	102 (65)	85 (63)
სოფელი	149 (34.2)	44 (30.6)	55 (35)	50 (37)
თამბაქოს მოხმარება				
დიახ	154 (35.3)	26 (18.1)	61 (38.9)	67 (49.6)
არა	195 (44.7)	76 (52.8)	71 (45.2)	48 (35.6)
იშვიათად	87 (20)	42 (29.2)	25 (15.9)	20 (14.8)
ალკოჰოლის მოხმარება				
დიახ	136 (31.2)	25 (17.4)	47 (29.9)	64 (47.4)
არა	123 (28.2)	74 (51.4)	24 (15.3)	25 (18.5)
იშვიათად	177 (40.6)	45 (31.3)	86 (54.8)	46 (34.1)

ვეხოვრობ მართო				
დიახ	95 (21.8)	21 (14.6)	41 (26.1)	33 (24.4)
არა	341 (78.2)	123 (85.4)	116 (73.9)	102 (75.6)
სიმპტომების დაწყებისას მართო ვიმყოფებოდი				
დიახ	131 (30)	18 (12.5)	55 (38.2)	58 (40.3)
არა	305 (70)	126 (87.5)	102 (70.8)	77 (53.5)
ავად გავხდი შაბათ-კვირას				
დიახ	88 (20.2)	13 (9)	30 (20.8)	45 (31.3)
არა	348 (79.8)	131 (91)	127 (88.2)	90 (62.5)
სიმპტომები დამეწყო საღამოს/ღამის განმავლობაში 18:00 – 6:00 სთ				
დიახ	265 (60.8)	86 (59.7)	97 (67.4)	82 (56.9)
არა	171 (39.2)	58 (40.3)	60 (41.7)	53 (36.8)
სიმპტომების დაწყებისას პაციენტის მიერ განხორციელებული ქმედებები				
ოჯახის ექიმთან დაკავშირება	48 (11)	6 (4.2)	42 (26.8)	0
პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება	205 (47)	138 (95.8)	67 (42.7)	0
თვითდახმარება	98 (22.5)	0	8 (5.1)	90 (66.7)
გამოიძახა კარდიოლოგი	85 (19.5)	0	40 (25.5)	45 (33.3)

პაციენტთა 56%-მა (n=244) აღნიშნა, რომ დაგვიანებით მიმართა სამედიცინო დახმარებას. ავადმყოფობის დროს სამედიცინო დახმარების ძიების დაგვიანების ძირითად მიზეზებად დასახელდა: სამედიცინო დახმარების მიმართვისთვის თავი საკმარისად ავად არ ჩათვალა (n=112, 45.9), თვითდახმარება უფრო სწრაფ და ადვილ საშუალებად ჩათვალა (n=74, 30.3), ექიმთან წასვლის დრო არ ჰქონდა (n=34, 13.9), არ უნდოდა ექიმის შეწუხება (n=24, 9.8). ეს ფაქტორები უფრო მეტადაა გამოხატული პაციენტებში, რომლებმაც 6 საათზე მეტი დააგვიანეს (ცხრილი 4).

ცხრილი 4: ავადმყოფობის დროს სამედიცინო დახმარების ძიების დაგვიანების მიზეზები

	ყველა N = 244, 56%	≤ 2 სთ, n=33, 13.5%	2-6 სთ, n=90, 36.9%	>6, n=121, 49.6%
თავს საკმარისად ავად არ ვთვლიდი, რომ სამედიცინო დახმარებისათვის მიმემართა	112 (45.9)	16 (48.5)	42 (46.7)	54 (44.6)

ჩავთვალე, რომ თვითდახმარება უფრო სწრაფი და ადვილი საშუალებაა	74 (30.3)	8 (24.2)	28 (31.1)	38 (31.4)
ექიმთან წასვლის დრო არ მქონდა	34 (13.9)	5 (15.2)	12 (13.3)	17 (14.0)
არ მინდოდა ექიმის შეწყობა	24 (9.8)	4 (12.1)	8 (8.9)	12 (9.9)

დისკუსია

კვლევამ დაადასტურა, რომ პაციენტთა უმრავლესობას ჰქონდა სერიოზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, კერძოდ, ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (STEMI) (n=318, 73%).

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პაციენტების სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორები, როგორცაა სქესი, განათლება, საცხოვრებელი ადგილი გავლენას ახდენენ პაციენტების ქცევაზე სიმპტომების გამოვლენისას ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს. ასევე ფაქტორები, როგორცაა განათლება, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება, სიმპტომების დაწყების დრო (სამუშაო ან დასვენების პერიოდი, საღამოს/ღამის საათები) და მართო ყოფნა გავლენას ახდენენ სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვის დროის ხანგრძლივობაზე.

კვლევამ აჩვენა, რომ ავადმყოფობის დროს მხოლოდ 48 პაციენტმა (11%) მიმართა ოჯახის ექიმს, როდესაც აღნიშნებოდა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიმპტომები. ამასთან, მოცემულ პაციენტებს დაესვათ დიგნოზი ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI). გულმკერდის ტკივილის მქონე პაციენტების მთავარი პირველი ქმედება იყო პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება (47%), შემდგომ მოდის თვითდახმარება (22.5%) და კარდიოლოგის გამოძახება (19.5%). ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ის გარემოება, რომ საქართველოში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება სრულიად უფასოა პაციენტისათვის.

ავადმყოფობის დროს ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვა მეტყველებს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვა არ არის განვითარებული სათანადო დონეზე (Verulava, 2023). საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.5-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს) (Verulava & Jorbenadze, 2022). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის, ოჯახის ექიმის გარეშე მიმართავენ ექიმ-სპეციალისტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას (Verulava et al., 2020b; Verulava et al., 2019). საქართველოში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია ოჯახის ექიმისადმი დაბალი ნდობა (Verulava et al., 2020a). ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია არ არის სამედიცინო დახმარების მიღების დამკვიდრებული და მთავარი გზა. ბევრი პაციენტი არ მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმთან დაკავშირება უნდა იყოს მათი მოქმედების პირველი საშუალება (Verulava, 2022).

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმთან მიმართვა ზრდის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების დაყოვნებას (Bruyninckx et al, 2008; Pattenden et al, 2002; Van Severen et al, 2017). ჩვენი კვლევის მიხედვითაც, პაციენტების 95.8%-მა, რომლებმაც სიმპტომების დაწყებისას პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს მიმართეს 2 საათზე ნაკლები დასჭირდათ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღებას.

თუმცა, პაციენტები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს ჰქონდათ შედარებით ნაკლები დაგვიანების დრო და შესაბამისად ადრე, მაქსიმუმ 6 საათამდე მიმართეს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურს, ვიდრე იმ პაციენტებმა, რომლებმაც თვითმკურნალობას მიმართეს. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ

ოჯახის ექიმები სათანადოდ აღიქვამენ სიმპტომებს და ცდილობენ საჭიროების შემთხვევაში დროზე მიმართონ პაციენტები გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურს. ამისგან განსხვავებით თვითმკურნალობის დროს, რომელსაც ჩვენს კვლევაშიც საკმაოდ დიდი წილი უკავია (n=98, 22.5), შედარებით მაღალია გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანების დრო (n=90, 66.7).

შემთხვევების 31%-ში, გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვის დრო შეადგენდა 6 სთ-ზე მეტს. აღნიშნული გამოწვეულია გულმკერდის ტკივილის დაწყების შემდეგ გადაწყვეტილების მიღების რთულ პროცესთან, მათ შორის კოგნიტურ და ემოციურ პროცესებთან, ინდივიდუალურ წარმოდგენებთან და ფასეულობებთან, ასევე შემთხვევის კონტექსტის გავლენასთან (Wallbridge et al. 1992).

დასკვნა

ოჯახის ექიმი დიდ როლს ასრულებს სტენოკარდიული ტკივილის მქონე პაციენტების მართვასა და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვაში. ამასთან, პაციენტები უშუალოდ უკავშირდებიან გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ოჯახის ექიმთან კონტაქტის გარეშე.

რეკომენდირებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კამპანიების ჩატარება, რომელიც ხელს შეუწყობს გულმკერდის ტკივილის მქონე პაციენტებს დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დისკომფორტი მცირეა, უფრო მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში. რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი. 2021.
2. მიქავა ნ, გაბრიჭიძე ს. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი. Welfare Foundation. 2019.
3. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014.
4. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2019. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2020.
5. Beeleonie B, Kusmana D. Role of general practitioner in the management of acute myocardial infarction. Med J Indones. 2005;14(4):249-52.
6. Bruyninckx R, Van den Bruel A, Aertgeerts B, Van Casteren V, Buntinx F. Half of the patients with chest pain that are urgently referred are transported in unsafe conditions. Eur J Emerg Med 2008; 15:330-333.
7. Gärtner C, Walz L, Bauernschmitt E, Ladwig KH. The causes of prehospital delay in myocardial infarction. Dtsch Arztebl Int. 2008 Apr;105(15):286-91.
8. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-77.
9. Ibanez Borja, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno, Alida L P Caforio, Filippo Crea, John A Goudevenos, Sigrun Halvorsen, Gerhard Hindricks, Adnan Kastrati, Mattie J Lenzen, Eva Prescott, Marco Roffi, Marco Valgimigli, Christoph Varenhorst, Pascal Vranckx, Petr Widimský, ESC Scientific Document Group , 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with

- ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 2, 07 January 2018, Pages 119–177, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
10. Ladwig KH, Meisinger C, Hymer H, et al. Sex and age specific time patterns and long term time trends of pre-hospital delay of patients presenting with acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2011;152:350–5.
 11. McKee G, Mooney M, O'Donnell S, O'Brien F, Biddle MJ, Moser DK. Multivariate analysis of predictors of pre-hospital delay in acute coronary syndrome. *Int J Cardiol*. 2013;168(3):2706–13.
 12. Pattenden J, Watt I, Lewin RJP, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ* 2002; 324:1006.
 13. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016;69(10):939.
 14. Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2012;33:2569–619.
 15. Thylen I, Ericsson M, Hellstrom Angerud K, Isaksson RM, Sederholm Lawesson S, SymTime study g. First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007059.
 16. Thylen I, Ericsson M, Hellstrom Angerud K, Isaksson RM, Sederholm, Lawesson S, SymTime study g. First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007059.
 17. Johansson I, Stromberg A, Swahn E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 2004;33(5):291–300.
 18. Verdon F, Burnand B, Herzig L, Junod M, Pecoud A, Favrat B. Chest wall syndrome among primary care patients: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:51.
 19. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2014;35:2541–619.
 20. Van Severen E, Willemsen R, Vandervoort P, Sabbe M, Dinant GJ, Buntinx F. How do patients with chest pain access Emergency Department care? *Eur J Emerg Med*. 2017 Dec;24(6):423–427.
 21. Verulava T. Barriers to effective communication between family physicians and patients in Georgia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2023; 25(1): 80–85.
 22. Verulava T, Jorbenadze A. Primary health care reforms in Georgia: the experience and challenges. *Arch Balk Med Union*. 2022;57(4):384–389.
 23. Verulava T. Factors influencing medical students' choice of family medicine. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2022;24(1):66–70.
 24. Verulava T, Jorbenadze R, Karimi L. Patients' perceptions about access to health care and referrals to family physicians in Georgia. *Archives of the Balkan Medical Union*. 2020; 55(4): 642–650.
 25. Verulava T, Dangadze B, Jorbenadze R, Lordkipanidze A, Karimi L, Eliava E, Maglakelidze T. The Gatekeeper Model: patient's view on the role of the family physician. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2020; 22(1): 75–79.
 26. Verulava T, Beruashvili D, Jorbenadze R, Eliava E. Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2019; 21(2):180–183
 27. Wallbridge DR, Tweddel AC, Martin W, Cobbe SM. The potential impact of patient self-referral on mortality in acute myocardial infarction. *Q J Med* 1992; 85:901–909.



საექთნო საქმის პრიორიტეტულობა და გამოწვევები საქართველოში

Priority and challenges of nursing in Georgia

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.07

მარიამ ამბროლაძე^{1ა}

Mariam Ambroladze^{1a}

¹ ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

ექთნის როლი დიდია დაავადების პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში. მნიშვნელოვანია მათი ჩართულობა ჯანდაცვითი ღონისძიებების ორგანიზებასა და განხორციელებაში. კვლევებით დასტურდება, რომ საექთნო საქმეში მნიშვნელოვანია ადეკვატური ტრენინგის შესაძლებლობის მიცემა, ასევე როლებისა და კომპეტენციების გაფართოება. ამავდროულად ნაჩვენებია ექთნების რაოდენობის დეფიციტი და ადამიანური რესურსის საერთაშორისო სტანდარტებთან შეუსაბამობა. კვლევის მიზანია შევისწავლოთ ექთნის პროფესიის პრიორიტეტულობა საქართველოში, მიმოვიხილოთ არსებული მდგომარეობა და შევისწავლოთ ის ღიობები და გამოწვევები, რომლის წინაშეც დგას ექთნის პროფესიული განვითარება. ჩატარებულ თვისებრივ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ქ. ქუთაისის რამდენიმე კლინიკის 16 ექთანმა. ჩარღმავებული, ინდივიდუალური ინტერვიუებიდან გამოიკვეთა, საექთნო საქმეში არსებული პრობლემები: საექთნო პერსონალის დეფიციტი, შეუსაბამო სამუშაო პირობები, ზეგანაკვეთური დატვირთვა, დაბალი შრომის ანაზღაურება და უწყვეტი განათლების დაბალი ხელმისაწვდომობა. ყოველივე ზემოთჩამოთვლილი კი განსაზღვრავს დარგის არაპრესტიჟულობასა და პერსპექტივის არარსებობას.

საკვანძო სიტყვები: საექთნო საქმე, პროფესიული გადაწვის სინდრომი, უწყვეტი განათლება.

ციტატა: მარიამ ამბროლაძე. საექთნო საქმის პრიორიტეტულობა და გამოწვევები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

Abstract

The role of the nurse is great in the process of disease prevention, treatment, and rehabilitation. Their involvement in the organization and implementation of health measures, both at the front line and at the managerial level, is important. Studies by the UKCC (United Kingdom Central Council), WHO (World Health Organization), the Curatio Foundation, and other organizations show that it is important to provide adequate training in nursing, as well as to expand roles and competencies. At the same time, there is a shortage of nurses and non-compliance with international human resources standards. The research aims to study the priorities of the nursing profession in Georgia, to review the current situation, and to study the openings and challenges that the professional development of nursing faces. Nurses from several clinics in Kutaisi, as well as former nurses, a total of 16 respondents participated in the qualitative study. In-depth,

^a mariami.ambroladze10@gmail.com

https://orcid.org/0009-0003-5685-4953

individual interviews revealed problems with nursing: shortage of nursing staff, inadequate working conditions, overtime, low pay, and low access to continuing education. All of the above determines the non-prestige of the field and the lack of perspective. The problem of the non-prestige of nursing is global in nature. The field is not very popular not only in Georgia but also in many European countries, which is evidenced by the fact that working conditions and workload are problematic in nursing.

Keywords: Nursing, professional burnout syndrome, continuous education.

Quote: Mariam Ambroladze. Priority and challenges of nursing in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

შესავალი

ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დამოკიდებულია ადამიანურ რესურსზე. საქართველოში ამ მხრივ არსებული მდგომარეობა ასიმეტრიამია ევროპულ სტანდარტებთან. საქართველოს სამედიცინო სექტორი განიცდის ექთნების მწვავე დეფიციტს. ასევე ქვეყანაში ჯერ კიდევ მიუღწეველია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ექიმ ექთნის თანაფარდობა 4:1 (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2019).

ექთანთა რაოდენობა კავშირშია სამუშაო გარემოსთან, დატვირთვასთან და შრომის ანაზღაურებასთან. პრობლემურია ამავდროულად საექტონო საქმის მარეგულირებელი მექანიზმისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არარსებობა. აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად ამ მიმართულებით გატარებული ღონისძიებებისა, მცირეა საექტონო საქმის საბაკალავრო პროგრამაზე სწავლის მსურველთა რაოდენობა, რაც სამომავლოდ ექთნის დეფიციტის წინაპირობა ხდება. საექტონო პერსონალის ნაკლებობა და კვალიფიკაცია კი გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ეფექტსა და ხარისხზე (კურაციო საერთაშორისო ფონდი, 2018).

ექთნების დეფიციტი საქართველოში გამოწვეულია მრავალი მიზეზით, მათგან უპირველესია საექტონო საქმის არაპრესტიჟულობა. ამავდროულად ქვეყანაში დგას ექთნის ფუნქციებისა და მნიშვნელობის ცოდნის დეფიციტი, როგორც თავად მედ პერსონალში ისე საზოგადოების არასამედიცინო ნაწილში (გოგაშვილი, 2016).

ექსპერტთა აზრით, ექთნების დაბალი ანაზღაურება საქართველოში მათი დაბალი კვალიფიკაციითაა განპირობებული. დაბალი კვალიფიკაციის მიზეზად კი ქვეყანაში არარსებული გადამზადების კურსები სახელდება (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2019).

კვლევის მიზანს წარმოადგენს შევისწავლოთ ექთნის პროფესიის პრიორიტეტულობა საქართველოში, მიმოვიხილოთ არსებული მდგომარეობა და შევისწავლოთ ის ღიობები და გამოწვევები, რომლის წინაშეც დგას ექთნის პროფესიული განვითარება.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდი

კვლევა ჩატარდა თვისებრივი მეთოდით, კერძოდ ინდივიდუალური, პირისპირ და სატელეფონო/ვიდეო ინტერვიუების და სამაგიდე მიმოხილვის გამოყენებით.

რესპონდენტთა უმეტეს ნაწილთან ინტერვიუ განხორციელდა პირისპირ, ხოლო დაახლოებით 20% თან გასაუბრება მოხდა სატელეფონო და ვიდეო ზარის გამოყენებით. ინტერვიუს დროს გამოვიყენე ხმოვანი ჩამწერი, რაზეც თითოეული რესპონდენტი ინფორმირებული იყო წინასწარ. ჩანაწერების საფუძველზე მომზადდა თითოეული ინტერვიუს ტრანსკრიპტი, მონაცემთა შემდეგი დამუშავებისათვის.

საკვლევი თემის სამაგიდე მიმოხილვის ფარგლებში მიმოვიხილე ქართული და უცხოური საექტონო სწავლების გამოცდილება, ევროპაში არსებული მდგომარეობა საექტონო საქმესთან მიმართებაში. სამეცნიერო ლიტერატურის ძიებისთვის გამოვიყენე ილიას

სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეცნიერო ბაზები - Elsevier, PubMed, ხოლო გარკვეულ შემთხვევებში გამოვიყენე ექთნების პროფესიული ევროპული და ამერიკული ასოციაციების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

კვლევის მიზანი და საკვლევი კითხვები

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში საექთნო საქმეში არსებული იმ პრობლემებისა და ღიობების წარმოჩენა, რომელიც გავლენას ახდენს დარგის პრიორიტეტულობაზე. კვლევისთვის შევარჩიე თვისებრივი კვლევის მეთოდი, სიღრმისეული ინტერვიუს გზით, ვინაიდან ვთვლი, რომ მოცემული მეთოდი იძლევა საკითხის უფრო დეტალურად და ღრმად შესწავლის საშუალებას. აღნიშნული მეთოდის უპირატესობად ასევე შეიძლება ჩაითვალოს ის, რომ ინტერვიუების დროს შესაძლოა წარმოიჭრას ახალი საკითხები ან თემები, რომელიც წინასწარ არ იყო განსაზღვრული კვლევის გზამკვლევით #დანართი1 და მის საფუძველზე მიმართულება შეიცვალოს ან უფრო ჩაუღრმავდეს ინტერვიუებზე ახლად აღმოცენებული საკითხის შესწავლას.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები

კვლევის არეალად შევარჩიე ქ. ქუთაისის სამედიცინო დაწესებულებები, ვინაიდან მოცემულ რეგიონში ჩემთვის მოსახერხებელი იყო სამედიცინო წარმომადგენლებთან პირდაპირი კომუნიკაცია. კვლევისთვის მნიშვნელოვანი იყო საექთნო საქმის დიდი გამოცდილების მქონე და ახლი დამწყები ექთნების გამოკითხვა, რათა მათგან შემეკრიბა მოლოდინების და მათი გამართლების, სწავლის, პრაქტიკის და სამუშაო გამოცდილების შესახებ ინფორმაცია. ასევე, კვლევისთვის მოზიდულ იქნა ისეთი ექთნები, რომლებმაც თავი მიანებეს საექთნო საქმიანობას და კვლევის მომენტისთვის არ იყვნენ დასაქმებული ექთნის პოზიციაზე, რათა შემესწავლა ის მიზეზები, თუ რატომ მიანებეს თავი საექთნო პრაქტიკას, რა იყო ხელის შემყოფი ფაქტორები.

კვლევის შერჩევა

კვლევაში ჩართო ქალაქის ორი წამყვანი კლინიკის კლინიკური მენეჯერი, რომელთა უშუალო რეკომენდაციით კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ორმა მთავარმა ექთანმა სხვადასხვა კლინიკებიდან, ასევე ჩართო ოთხი ახალი ექთანი, რომელთა კლინიკური საქმიანობის სტაჟი არ აღემატება ხუთ წელს და ოთხი პრაქტიკოსი მედდა, რომელთა სტაჟი აღემატებოდა ხუთ წელს. ასევე კვლევის მონაწილეები იყვნენ ყოფილი ექთნები, რომელთაც შეიცვალეს პროფესია ან უბრალოდ შეწყვიტეს პრაქტიკა, სხვადასხვა მოსაზრების გამო. ჯამში კვლევის საბოლოო შერჩევა წარმოდგენილია 16 სპეციალისტით. მონაწილეთა კვლევაში მოზიდვა მოხდა საწყისად შერჩეული რესპონდენტებიდან ე.წ. „მარცვლებიდან“ შემდგომი მოზიდვის გზით - თოვლის გუნდის მეთოდის გამოყენებით. კვლევაში მონაწილეთა ჩართვა გაგრძელდა მანამ, სანამ მიღწეული იქნა თემატური სატურაცია (Kerr, Nixon, and Wild 2010).

კვლევის ეთიკის საკითხები

ყველა მონაწილეს წინასწარ დაურიგდა ინფორმირებული თანხმობის ფურცელი, რომელშიც დეტალურად იყო აღწერილი კვლევის მიზანი, ასევე განმარტებული იყო, რომ ინტერვიუს პროცესში გამოყენებული იქნებოდა ჩამწერი და ტრანსკრიპტის მომზადებისთანავე განადგურდებოდა აუდიო-ვიდეო მასალა #დანართი2.. ვიდეო ზარით ჩაწერილ რესპონდენტებს კი გაეგზავნათ ინფორმირებული თანხმობის ფორმა ელექტრონულად და ნებაყოფლობითი თანხმობის შემდგომ განხორციელდა ჩაწერა. თანხმობის ფორმაში დეტალურად იქნა განიხილული, მონაწილეთა უფლება-მოვალეობები, რომ მათ შეეძლოთ ნებისმიერ დროს უარი ეთქვათ კვლევაში მონაწილეობაზე, მოეთხოვათ შესვენება ან უპასუხოდ დაეტოვებინათ მათთვის არასასურველი კითხვა. სურვილისამებრ რესპონდენტებს გაეგზავნათ აუდიო ჩანაწერის ბაზაზე მომზადებული ტრანსკრიპტი და მათთან კომუნიკაციით დაკორექტირდა ტექსტური მასალა, საჭიროების შემთხვევაში.

პირისპირ ინტერვიუებისას თანხმობის ფორმაზე ხელმოწერით რესპონდენტებმა დაადასტურეს, რომ მათთვის გასაგები იყო მიწოდებული ინფორმაცია.

საკვლევი ინსტრუმენტი

ინტერვიუს დროს გამოვიყენე წინასწარ შედგენილი ჩაღრმავებული ინტერვიუს გზამკვლევი, რომელიც შედგებოდა თემატური ბლოკებისგან. მომზადდა 4 ტიპის გზამკვლევი: ხელმძღვანელებისთვის, მათთვის ვინც აღარ მუშაობს ექთნად, პრაქტიკოსი და ახალი ექთნებისთვის. გზამკვლევი თემატურად მომზადდა შემდეგნაირად: ძირითადად წარმოდგენილი იყო 6 თემატური ბლოკისგან:

1. დემოგრაფიული მიმოხილვა და განათლება
2. პროფესიის შერჩევის მიზეზი და კმაყოფილების დონე
3. სამუშაო გამოცდილება და დატვირთვა
4. დარგის პერსპექტივა და საექთნო საქმის შემსწავლელი დაწესებულებები
5. საექთნო კადრის რაოდენობა და შესანარჩუნებელი ღონისძიებები
6. არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა და გაუმჯობესების ღონისძიებები.

კვლევის ანალიზის მეთოდი

კვლევის ანალიზისთვის გამოვიყენე თემატური ანალიზი და დავამუშავე თვისებრივი ინფორმაციის ანალიზისთვის მოწოდებულ პროგრამაში Nvivo v.12 (QSR International Pty Ltd. (2020), NVivo released in March 2020, <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>). პროგრამის გამოყენებით ტრანსკრიპტების ბაზაზე შევქმენი თემატური კოდები, ეს უკანასკნელი კი მოიცავდა ქვეკოდებსა და ქვეკოდების გაერთიანებას თემატურ ბლოკებად. პროგრამამ საშუალება მომცა კოდების გენერირებით, მათი შემდგომი გამოყენებით ტრანსკრიპტებში, შემექმნა კოდების იერარქიული სისტემა, რომელიც შედარდა ტრანსკრიპტებს შორის კოდირების მსგავსების მიხედვით. ასევე გამოვიყენე ფუნქციები: “Hierarchy Chart”, „Word Query”, „Word Cloud“, “Word Tree”, „Project Map”, „Mind Map”.

კვლევის შეზღუდვა

კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენს თავად თვისებრივი მიდგომა, რომელიც, როგორც წესი ტარდება მცირე ზომის შერჩევაში და მოკლებულია შედეგების განზოგადებას. თუმცა თვისებრივი კვლევის მიზანი არ არის მიღებული შედეგების განზოგადება, არამედ მიზანია ედიოს პრობლემათა საფუძველი, მიზეზები და წარმოადგინოს გარკვეული ტენდენციების სახით. (Sandelowski, 1995).

კვლევის ფარგლებში წამოჭრილი პრობლემიდან აღსანიშნავია ქვეყანაში არსებული მდგომარეობა covid-19 ის პანდემიასთან დაკავშირებით. საკარანტინო მდგომარეობის გამო რთული აღმოჩნდა რამდენიმე პრაქტიკოს ექთანთან პირდაპირი კომუნიკაცია. ასევე რამდენიმე მედდამ დატვირთული სამუშაო გრაფიკის გამო უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე. პოტენციურ რესპონდენტთა მონაწილეობის გაუმჯობესების და უარის მიღების პრევენციის მიზნით, მაქსიმალურად ვცდილობდი შემეთავაზებინა მათთვის მორგებული დრო და კომუნიკაციის გზა. შესაძლოა ზოგიერთი რესპონდენტი არ დათანხმდა კვლევაში მონაწილეობას ხმოვანი ან ვიდეო ჩანაწერის გამო, თუმცა ამავე დროს შეთავაზება ჰქონდათ ჩემგან, რომ მხოლოდ სავალე ჩანაწერებს შევასრულებდი. ასევე ინდივიდუალური ინტერვიუები, რომლებიც არ ჩატარდა სამუშაო ადგილზე, შესაძლოა პირიქით, უფრო განაწყობდა რესპონდენტს გულახდილი საუბრისკენ.

ლიტერატურის მიმოხილვა

„საექთნო საქმე მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადებების პრევენციას და ავადმყოფი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და მომაკვდავი ადამიანების მოვლას“

განმარტავს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (World Health Organization Regional Office for Europe, 2015). ჯანმოს თანახმად მნიშვნელოვანია ექთნების როლი ჯანმრთელობის დაცვაში. ისინი ხშირად უცნობ გმირებად გვევლინებიან, წინა ხაზზე დგანად დაავადების პროფილაქტიკის, მკურნალობისა თუ რეაბილიტაციის პროცესში. ბევრ ქვეყანაში, ექთნები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანდაცვითი ღონისძიებების ორგანიზებასა და განხორციელებაში, როგორც ფრონტის ხაზზე, ასევე მენეჯერულ დონეზე. ისინი ხშირად არიან პირველები და ზოგჯერ ერთადერთი სამედიცინო სპეციალისტები, რომლებიც უშუალოდ ხედავენ პაციენტს და აფასებენ, როგორც პირველად მდგომარეობას, ისე მკურნალობის შემდგომი პროცესების გაუმჯობესებას სასურველი შედეგისათვის.

ექთნის როლი

Daren Anderson ისა და Daniel St. Hilaire ის მიერ ჩატარებულ კვლევაში „Primary Care Nursing Role and Care Community Health Center Study of Nursing Work in a Coordination: An Observational“ განხილულია ექთნის როლი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციებში და ზრუნვის კოორდინაციის მნიშვნელობა. მოცემულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ექთნების დიდი ნაწილი სამუშაო დროს ხარჯავს ისეთ საქმიანობებზე, რომლის განხორციელებაც უშუალოდ უფრო დაბალი ხარისხის განათლებისა და ლიცენზიის მქონე პერსონალს, მაგალითად როგორცაა: სხვადასხვა ფორმების შევსება, ელექტრონულ ბაზებში პირადი მონაცემების შეყვანა, დანიშნული მედიკამენტებისა და ვაქცინების ადმინისტრირება, პროვაიდერთან ვიზიტის დაგეგმვა და სხვა. სამუშაო დროის მხოლოდ 15%-ს უთმობდნენ ექთნები ზრუნვის კოორდინირებას, რაც ავტორთა აზრით არასაკმარისი მაჩვენებელია ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისთვის. მკვლევარები მიიჩნევენ, რომ ზრუნვის კოორდინაციაზე მეტი ყურადღება შედეგად მოიტანს უკეთ მართულ ქრონიკულ დაავადებებს და შედეგად ხარისხიან და გამართულ ჯანდაცვის სისტემას. მათი აზრით, სამედიცინო კოორდინაციის ექთნები ასევე დაეხმარებიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს მრავალი თანმხლები დაავადების მქონე კომპლექსური პაციენტების მართვაში და უზრუნველყოფენ პაციენტის განათლებას და თვითმართვას, დახმარებას პირადად და ტელეფონით (Anderson, St. Hilaire, and Flinter 2012).

ექთნის როლსა და სამუშაო სპეციფიკაზე საუბარია 2016 წელს ჩატარებულ კვლევაში „საექთნო საქმის მდგომარეობა და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში“, სადაც მიმოხილულია საექთნო საქმესთან დაკავშირებით არსებული სამეცნიერო ლიტერატურა, ნაშრომი ასევე მოიცავს საქართველოს რამდენიმე რეგიონში ჩატარებულ სამ კვლევას. მოცემული კვლევის ანგარიშის თანახმად, სადაც გამოკითხული იყო ექთნები, ექიმები და პაციენტები, მათი უმეტესობა (54%; n=300) მიიჩნევს, რომ ექთანს მხოლოდ ექიმის დამხმარის ფუნქცია აქვს და ექიმის დანიშნულების შესრულება ევალება; მცირეა მათი წილი (18%), ვინც მიიჩნევს, რომ ექთანს გაცილებით მეტი ფუნქცია აქვს. კვლევის მონაწილე პაციენტები ექთნის როლსა და მნიშვნელობას უფრო გლობალურად აფასებდნენ, ვიდრე თავად სამედიცინო პერსონალი. მონაწილეთა უმეტესობა ასევე მიიჩნევს, რომ მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების ცოდნა და ამოცნობაც ექთნის მოვალეობას წარმოადგენს (გოგაშვილი, 2016).

ექთნის კვალიფიკაცია

ჟურნალ BMJ –ში გამოქვეყნებული კვლევის „Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care“ მიზანს წარმოადგენდა შეესწავლა საავადმყოფოებში საექთნო უნარ-ჩვევების დონესა და პაციენტთა სიკვდილიანობას შორის ურთიერთ დამოკიდებულება, პაციენტების მხრიდან მოვლის შეფასებების და ხარისხის მაჩვენებლების წარმოჩენა. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ კლინიკებში, რომლებშიც მაღალია ექთანთა კვალიფიკაციისა და საექთნო უნარ-ჩვევების დონე - დაბალია სიკვდილობა. აქედან გამომდინარე მაღალია მომსახურების ხარისხი და პაციენტებიც უფრო მაღალ რეიტინგს ანიჭებენ ასეთ სამედიცინო დაწესებულებებს (Aiken, 2017).

ექთნის კვალიფიკაციის პრობლემა ასევე იკვეთება გოგაშვილის მიერ ჩატარებულ „საექთნო საქმის მდგომარეობა და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში“ კვლევაშიც, სადაც გამოიკვეთა, რომ პაციენტის სათანადო მოვლა ვერ ხორციელდება ექთნის არასაკმარისი ცოდნისა და დაბალი კვალიფიკაციის დონის გამო. ყურადსაღებია ფაქტი, რომ მოცემულ ფორმულირებას იზიარებს კვლევის მონაწილე ექიმები, ხოლო ექთნები ამ უკანასკნელს, კატეგორიულად უარყოფენ (გოგაშვილი, 2016).

უწყვეტი სამედიცინო განათლება

უწყვეტი სამედიცინო განათლება ერთ-ერთ წამყვან ფაქტორს წარმოადგენს საექთნო საქმეში, რათა პაციენტის მკურნალობის დროს გამოყენებულ იქნას თანამედროვე მიდგომები და ტექნოლოგიები.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება არის დაგეგმილი საგანმანათლებლო საქმიანობა, რომელიც მიზნად ისახავს პრაქტიკოსი ექთნის გამოცდილებაზე დაფუძნებულ განათლებას და ცოდნის გაღრმავებას, ადმინისტრირებას ან თეორიის შემუშავებას საზოგადოების ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით (Ni et al. 2014).

სწორედ ზემოთხსენებულ საკითხს ეხება ჩინეთში ჩატარებული კვლევა „Continuing education among Chinese nurses: A general hospital-based study“ რომლის მიზანს წარმოადგენდა ექთნების დამოკიდებულების შესწავლა უწყვეტ სამედიცინო განათლებასთან მიმართებაში და ამ უკანასკნელთან დაკავშირებული პრევენციული და სამოტივაციო ფაქტორების გამოვლენა. ამ კვლევამ აჩვენა, რომ ექთნების აზრით ძალიან მნიშვნელოვანია უწყვეტი განათლება მათი კლინიკური პრაქტიკის კომპეტენციის შენარჩუნებისთვის. კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა, რომ უნდა გადაიხედოს ის ბარიერები რომელიც არსებობს საექთნო უწყვეტ განათლებაში, რათა სამომავლოდ უფრო პერსპექტიული გახდეს ეს დარგი (Ni et al. 2014).

ნაშრომში „Continuing education in nursing: a review of the literature“ მიმოხილულია სხვადასხვა კვლევა და დამუშავებულია მეორეული მონაცემები უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ. მიმოხილვამ აჩვენა, რომ იკვეთება ინფორმაციის დეფიციტი უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ, ასევე გამოვლინდა ბარიერები ამ უკანასკნელთან დაკავშირებით კერძოდ: შეზღუდული მონაწილეთა რაოდენობა, დაფინანსების არარსებობა, პერსონალის უთანასწორო შერჩევა გადამზადებისთვის. მოცემულ ნაშრომში დასტურდება, რომ არის კავშირი ექთნების მოტივაციასა და უწყვეტ პროფესიულ განათლებას შორის. კვლევებმა აჩვენეს, რომ მოტივირებული ექთნები უფრო ხშირად არიან ჩართული სხვადასხვა პროფესიულ აქტივობებში (Furze and Pearcey, 1999).

ძალიან მცირეა ემპირიული კვლევები იმის შესახებ თუ როგორ აისახება უწყვეტი სამედიცინო განათლება უშუალოდ პაციენტის ზრუნვაზე.

ჟურნალში Journal of Nursing Management გამოქვეყნდა UKCC (The United Kingdom Central Council) – ის მიერ შემუშავებული დოკუმენტი, რომლის მიზანს წარმოადგენს ექთნებს, ბებიაქალებსა და ჯანდაცვის წარმომადგენლებს მისცეს შესაძლებლობა უზრუნველყონ 21-ე საუკუნეს მორგებული და რეაგირებადი ჯანდაცვის სერვისები. ზემოთხსენებულ დოკუმენტში მოცემულია პროფესიული პრაქტიკის სფეროში არსებული ექვსი მთავარი პრინციპი, რომლის მიხედვითაც მედდა, ბებიაქალი და ჯანდაცვის წარმომადგენელი:

- დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ პრაქტიკის თითოეული ასპექტი მიმართულია პაციენტის ან კლიენტის საჭიროებებისა და ინტერესების დასაკმაყოფილებლად.
- ყოველთვის შეეცადოს მიაღწიოს, შეინარჩუნოს და განავითაროს ცოდნა, უნარი და კომპეტენცია ამ საჭიროებებისა და ინტერესების შესაბამისად.
- გულწრფელად აღიაროს პირადი ცოდნისა და უნარის ზღვარი და გადადგას ნაბიჯები შესაბამისი დეციტების გამოსასწორებლად, რათა პაციენტებისა და კლიენტების საჭიროებები ეფექტურად და სათანადოდ დაკმაყოფილდეს.
- უზრუნველყოს, რომ პერსონალური პროფესიული პრაქტიკის სფეროს ნებისმიერი კორექტირება ან შეცვლა განხორციელდეს პროფესიონალური პრაქტიკისა და მზრუნველობის

არსებული ასპექტების კომპრომეტირების ან ფრაგმენტაციის გარეშე და საბჭოს პროფესიული ქცევის კოდექსის მოთხოვნები დაკმაყოფილებული იყოს პრაქტიკის მთელ სფეროში.

• აღიაროს და პატივი სცეს პირად ანგარიშვალდებულებას, რომელიც ეკისრება პროფესიული პრაქტიკის ყველა ასპექტში

• პაციენტთა, კლიენტთა და საზოგადოების ფართო ინტერესების დაცვაში, თავიდან აიცილოს შეუსაბამო დელეგირება, რაც ამ ინტერესებს კომპრომეტირებას უკეთებს.“ (Jowett et al. 2001)

UKCC მიერ ჩატარებული კვლევის მონაწილეები იყვნენ ჯანდაცვის სფეროში ჩართული სხვადასხვა დაწესებულებები და ორგანიზაციები. მოცემული კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა, რომ უკეთესი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისთვის კარგი იქნებოდა ექთნების, ბებიაქალებისა და ჯანდაცვის წარმომადგენლებისთვის ადექვატური ტრენინგის შესაძლებლობის მიცემა, ასევე როლებისა და კომპეტენციების გაფართოება. კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო კადრის როლი და ფუნქციები არ იყო სათანადოდ აღქმული საზოგადოების მხრიდან, ასევე მონაწილეთა უმეტესობის აზრით ხარისხიანი მომსახურებისთვის კარგი იქნებოდა ვალდებულებებისა და კომპეტენციების გადანაწილება ექთნებსა და სხვა სამედიცინო პერსონალზე, რათა ორიენტაცია გაკეთდეს უშუალოდ მკურნალობის ხარისხზე ხოლო ისეთი საქმიანობები როგორცაა ანამნეზის შეკრება თუ სხვა პერსონალური მონაცემის შეგროვება დაევალოს უფრო დაბალი განათლების დონის მქონე კადრს. მედდის როლის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გაფართოების უპირატესობებზე საუბრისას მონაწილეთა უმეტესობამ აღნიშნა, რომ ეს შედეგად მოიტანს: გაუმჯობესებულ მომსახურებას და ხარისხს პაციენტისთვის, ექთნებისთვის უინარ-ჩვევების გამოყენების მეტ შესაძლებლობას, სამუშაოთი კმაყოფილებას, პაციენტებზე ზრუნვის ხელმისაწვდომობის ზრდას და სხვა (Jowett et al. 2001).

JEPH ჟურნალში გამოქვეყნებული სტატიის „The challenges of supporting nursing students in clinical education“ თანახმად „საექთნო განათლება წარმოადგენს თეორიული და კლინიკური სწავლის გამოცდილების კომბინაციას კლინიკური განათლება არის საექთნო პროფესიის განვითარების ერთ – ერთი ფუნდამენტური სფერო, რომელიც საექთნო საქმის სტუდენტებს შესაძლებლობას აძლევს კონცეპტუალური ცოდნა ფსიქომოტორულ უნარებში გადააქციონ და გამოიყენონ ისინი პაციენტის მოვლაზე. სტუდენტთა კლინიკური გამოცდილება წარმოადგენს საექთნო განათლების ხარისხის განმსაზღვრელ ფაქტორს და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათი პროფესიის სწავლის შედეგებზე და კულტურულ ადაპტაციაზე.“ (Jafarian-Amiri, Zabihi, and Qalehsari, 2020).

„პრობლემურია საექთნო საქმის მიმართულებით პროფესიული რეგულირების მექანიზმებისა (საექთნო საქმე არ მიეკუთვნება რეგულირებად პროფესიას) და ფორმალური უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არარსებობაც, რაც მოქმედებს როგორც პროფესიის პრესტიჟზე, ასევე ექთანთა კვალიფიკაციაზე“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2019).

ჟურნალ ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრში 2018 წელს გამოქვეყნებული სიტუაციური ანალიზი „ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში“ აჩვენებს ექთანთა რეგიონალურ განაწილებასა და რაოდენობას საქართველოში. მოცემულ ნაშრომში განილულია საექთნო საქმის შემსწავლელი საგანმანათლებლო დაწესებულებები კერძოდ „საქართველოში ავტორიზებული 75 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებიდან ჯანდაცვის და სამედიცინო პროგრამებს ახორციელებს 25 დაწესებულება, მათგან

- 15 დაწესებულება ახორციელებს “დიპლომირებული მედიკოსის“ 6-წლიან სასწავლო პროგრამას
- 5 დაწესებულება ახორციელებს საბაკალავრო პროგრამას ექთნებისთვის
- 20 პროფესიული კოლეჯი ახორციელებს პრაქტიკოსი ექთნის პროგრამას“.
- კვლევის ფარგლებში ნაჩვენებია, რომ დგას საექთნო კადრის მწვავე დეფიციტი რის მაჩვენებლადაც გამოყენებულია კურსდამთავრებულთა რაოდენობა „საექთნო

საქმის საბაკალავრო პროგრამა 2016 წელს დაამთავრა 23-მა ქართველმა სტუდენტმა“ (კურაციო საერთაშორისო ფონდი, 2018).

ექსპერტთა აზრით ექთნების დაბალი ანაზღაურება საქართველოში მათი დაბალი კვალიფიკაციითაა განპირობებული. დაბალი კვალიფიკაციის მიზეზად კი ქვეყანაში არარსებული გადამზადების კურსები სახელდება. თ. ვერულავას მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ „ექთნების უმრავლესობა (56%) მიიჩნევს რომ მათ არ აქვთ საექტონო საქმიანობის კარიერული განვითარების, კლინიკური სრულყოფის შესაძლებლობა. ექთნების უმრავლესობის (63%) აზრით, მათ არ აქვთ შესაძლებლობა მონაწილეობა მიიღონ საავადმყოფოს პოლიტიკის გადაწყვეტილებებში“. (ვერულავა და წივწივამე 2015).

განათლების ეტაპები

ბელგიაში საექტონო განათლებაში გამოიყოფა ორი დონე: დიპლომის ხარისხი და ბაკალავრის ხარისხი. დიპლომისა და ბაკალავრის ხარისხის სწავლის შედეგები შეესაბამება ევროპული საკვალიფიკაციო ჩარჩოს (EQF) მეხუთე და მეექვსე საფეხურებს. ფლამანდიურ საზოგადოებაში დიპლომის ხარისხის პროგრამა (EQF დონე 5) ორგანიზებულია, როგორც სამწლიანი პროფესიული სწავლების პროგრამა საშუალო დონის განათლების შემდეგ. პროგრამა ორგანიზებულია ხუთ ქრონოლოგიურ მოდულში: 1) საექტონო საქმიანობის შესავალი; 2) ძირითადი საექტონო მომსახურება; 3) ზოგადი ჯანდაცვის ორიენტაცია 4) ორიენტაცია ხანდაზმულთა მოვლისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაზე (ზოგადი ჯანდაცვა); და 5) გამოყენებითი მედდა. ფრანგულ და გერმანულენოვან თემებში სასწავლო გეგმა ორგანიზებულია სამწლიანხვერიანი პროფესიული სწავლების პროგრამით.

რაც შეეხება საქართველოს, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის დადგენილებით ამ მიმართულებით საექტონო სპეციალობების ნუსხა განისაზღვრება განსხვავებულად: ანესთეზიის ექთანი, პედიატრიის/ნეონატოლოგიის ექთანი, საოპერაციოს ექთანი, ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექთანი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი, ფსიქიატრიის ექთანი, ექთანი-მენეჯერი. ამავე დოკუმენტის თანახმად „გარდამავალ ეტაპზე (2020-2025 წლები) საექტონო სპეციალობის მიღების საფუძველი გახდება სპეციალობაში მზადების შესაბამისი კურსის გავლის დამადასტურებელი დოკუმენტი, ასევე, ამ მიმართულებით არსებული სამუშაო გამოცდილება. მომავალში, როცა ქვეყანაში იქნება ბაკალავრი ექთნების მნიშვნელოვანი რაოდენობა, ექთან-სპეციალისტებად მუშაობის უფლება განისაზღვრება სამაგისტრო პროგრამის და/ან დიპლომის შემდგომი მზადების საფუძველზე“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2019).

“გადამწვარი კადრის სინდრომი”

სამუშაოთი კმაყოფილება და გადაწვა საექტონო საქმეში გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს. ორივე მათგანი ახდენს გავლენას პაციენტის მოვლის ხარისხსა და უსაფრთხოებაზე გამომდინარე იქედან, რომ დაბალი კმაყოფილება ხელს უწყობს მედდების სამუშაოს და პროფესიის დატოვებას (Dall’Ora et al. 2015). მედდების სამუშაო დატვირთვასა და კმაყოფილებას ეხება ჟურნალ BMJ ში გამოქვეყნებული კვლევა „Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries“, რომლისთვისაც მონაცემები შეგროვდა ევროპის 12 ქვეყნიდან: ბელგია, ინგლისი, ფინეთი, გერმანია, საბერძნეთი, ირლანდია, ნიდერლანდები, ნორვეგია, პოლონეთი, ესპანეთი, შვეიცარია და შვედეთი. მოცემული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კავშირის დადგენა გრძელვადიან მორიგეობებსა და კადრის გადაწვას შორის, სამსახურში უკმაყოფილების, სამუშაო გრაფიკით უკმაყოფილებისა და საავადმყოფოს ექთნებში არსებული სამუშაოს დატოვების განზრახვის მიზეზებს შორის. მოცემული კვლევით დადასტურდა, რომ ექთნებში, რომელთა სამუშაო დატვირთვა აღემატება 12 საათს, მათში უფრო მეტია გადაწვის

სინდრომი ვიდრე იმათ შემთხვევაში ვისი დატვირთვაც 8 საათს არ აღემატება. ასევე დიდი დატვირთვის მქონე ექთნებში ხშირია ემოციური გადაღლა, დეპრესონალიზაციის შემთხვევები და დაბალი პირადი მიღწევები. ასეთი ექთნები უფრო მეტად უჩივიან გადატვირთულ სამუშაო გრაფიკს და გამოთქვამენ სამსახურის დატოვების სურვილს. ზეგანაკვეთური დატვირთვა პირდაპირ კავშირშია მედლების უარყოფით შედეგებთან, კადრის გადაწვამ შესაძლოა საფრთხე შეუქმნას პაციენტებს, ისევე როგორც თავად მედლებს (Dall'Ora et al. 2015).

ჯანდაცვის პირობებში, ექთნების დატვირთვა, „გადაწვის სინდრომი“ და სამუშაოთი კმაყოფილება დამოკიდებულია პაციენტისა და ექთნის თანაფარდობაზე. კვლევაში „Patient–Nurse Ratio is Related to Nurses’ Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction“ განხილულია თუ რა გავლენას ახდენს ექთნისა და პაციენტის თანაფარდობა კადრის გადაწვაზე, სამუშაოთი უკმაყოფილებასა და სამსახურიდან წასვლაზე.

გამომდინარე იქედან, რომ პირდაპირი შრომითი ხარჯები წარმოადგენს ბიუჯეტის მთავარ პუნქტს ბევრი კლინიკა ამცირებს ექთნების რაოდენობას ხარჯების შემცირების მიზნით. კადრის ასეთი დაკომპლექტება კი გავლენას ახდენს არა მხოლოდ პაციენტის მდგომარეობის გამოსავალზე არამედ კლინიკის ფინანსურ მაჩვენებლებზეც. კვლევებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომელთან საექთნო რესურსი კარგად აქვთ დაკომპლექტებული, შეუძლიათ დატვირთვის შემსუბუქება და შესაბამისად კადრის უკეთ მოზიდვა. ზემოთხსენებული კვლევის შედეგების თანახმად ჯვარედინ-სექციური მეთოდით ჩატარებული კვლევის ანალიზმა აჩვენა, რომ ექთნების დეფიციტით გამოწვეულმა მაღალმა სხვაობამ პაციენტისა და ექთანის რაოდენობას შორის შეიძლება გაზარდოს კადრის „გადაწვის“ შემთხვევა და სამსახურიდან წასვლის სურვილი (Chen et al. 2019).

ევროპის ქვეყნების მსგავსად კადრის გადაწვა პრობლემურია საქართველოშიც. ექთნის დატვირთვასა და სამუშაოთი კმაყოფილებას ეხება სამეცნიერო ჟურნალ "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა"- ში გამოქვეყნებული კვლევა „მედლების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში“. მოცემულ კვლევა ჩატარდ ათბილისის საავადმყოფოებში და გამოყენებულია რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. კვლევამ ცხადჰყო, რომ სამუშაოთი კმაყოფილების დონე ძალიან დაბალია, ხოლო დატვირთვა მაღალი, რაც შეუსაბამობაში მოდის შრომის ანაზღაურებასთან. ზემოთხსენებული ნიუანსები კი განსაზღვრავს საექთნო კადრის გადინებას. „მედლის რაოდენობის დეფიციტი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის უუნარობა შეინარჩუნოს ექთანი სამუშაო ადგილზე“ (ვერულავა და წივწივაძე 2015).

თ. ვერულავას მიერ ჩატარებულ კვლევაში ასევე მიმოხილულია ექთნების გეოგრაფიული განაწილება, მისი აზრით ექთნისა და ექიმის სასურველი შეფარდების მაჩვენებელი ძალიან ბევრ რეგიონში არ არის მიღწეული. ზემოთხსენებულ ნაშრომში ასევე საუბარია ექთნების სამუშაო გარემოზე, როგორც საექთნო პრაქტიკის მნიშვნელოვან მახასიათებელზე და ჩამოთვლილია ხუთი ძირითადი პირობა ამ უკანასკნელის სრულყოფისათვის, ესენია:

1. „ექთნების მონაწილეობა საავადმყოფოს მართვაში;
2. მედლების წვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში;
3. საექთნო ადმინისტრირების უნარიანობა, შესაძლებლობები, ლიდერობა და ექთნების მხარდაჭერა;
4. საშტატო დაკომპლექტება და საკადრო რესურსების შესაბამისი გამოყენება;
5. ექიმებისა და ექთნების ურთიერთობები“. (ვერულავა და წივწივაძე 2015)

დარგის პრიორიტეტულობა

საექთნო საქმის მიმზიდველობა და ეფექტურობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ხედავენ ექთნები კარიერული ზრდის შესაძლებლობას, ასევე მნიშვნელოვანია ანაზღაურებაც, ბევრ ქვეყანაში ის ტოლია ან აღემატება საშუალო ხელფასს. 2005 წლის მონაცემებით ბელგიაში ექთნების ანაზღაურება 10%-ით აღემატებოდა საშუალო ხელფასს. ბელგიაში ჩატარებული

ერთი-ერთი კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ მედლების კმაყოფილება დამოკიდებულია ფინანსური ჯილდოს გარდა, არაფინანსურ და ფსიქოლოგიური ჯილდოებზე. არაფინანსური ჯილდოების კატეგორიაში მათ შეაფასეს ტრენინგის, პოზიტიური სამუშაო გრაფიკისა და დაწინაურების შესაძლებლობები. მთავარ ფსიქოლოგიურ ჯილდოებში შედიოდა სხვისი შრომის დაფასება და პაციენტებისა და კოლეგების მხრიდან პატივისცემა (De Gieter et al. 2010; Grundy and Biggs 2019).

საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილების მიხედვით ექთნების დეფიციტი საქართველოში გამოწვეულია მრავალი მიზეზით, მათგან უპირველესი კი არის საექთნო საქმის არაპრესტიჟულობა. ამავდროულად ქვეყანაში დგას ექთნის ფუნქციებისა და მნიშვნელობის ცოდნის დეფიციტი, როგორც თავად მედ პერსონალში ისე საზოგადოების არასამედიცინო ნაწილში (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2019).

საექთნო საქმის არაპრესტიჟულობაზე ასევე საუბარია კვლევებში: „საექთნო საქმის მდგომარეობა და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში“ (გოგაშვილი მაია 2016), ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში (კურაციო საერთაშორისო ფონდი 2018), მედლების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში (ვერულავა და წივწივაძე 2015).

კვლევის შედეგები

თვისებრივი კვლევის შედეგები წარმოდგენილია ინტერვიუების გზამკვლევის თემატური ბლოკების მიხედვით, რომელიც აერთიანებს კვლევისთვის საინტერესო რამდენიმე კითხვას და ქმნის თემატურ პარაგრაფებს. ინტერვიუებიდან მოყვანილი ციტატები მოიცავს მითითებებს თუ ვის ეკუთვნის ციტატა: დამწვევ ექთანს, სტაჟიორს, გამოცდილ ექთანს, თუ კლინიკური მენეჯერის პოზიციას მომუშავე მედპერსონალს. კერძოდ კი აღნიშვნა ექთანი ახ. - ნიშნავს რომ ინტერვიუ ეკუთვნის ექთანს, რომლის სამუშაო გამოცდილება არ აღემატება ხუთ წელს; აღნიშვნა სტაჟ.ექთანი. ნიშნავს - რომ ექთნის სამუშაო სტაჟი შეადგენს ხუთ წელზე მეტს, ყოფილი ექ.-ით აღნიშნულია იმ რესპონდენტების კატეგორია, ვინც აღარ მუშაობს ექთნის პოზიციაზე, მთ. ექთანი - ნიშნავს მთავარ ექთანს, ხელმძღვანელი - კლინიკური მენეჯერის პოზიციაზე მომუშავე რესპოდენტს, ხოლო მითითებული ციფრები რესპონდენტის რიგით ნომერს.

მონაწილეები

ინდივიდუალური, ჩაღრმავებული ინტერვიუება ჩატარდა ქალაქ ქუთაისის სამ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლებთან. თექვსმეტი ინდივიდუალური, ჩაღრმავებული ინტერვიუება ჩატარდა ქ. ქუთაისში, სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების ექთნებთან და კლინიკურ მენეჯერებთან, პირისპირ, 2021 წლის მარტი-მაისის პერიოდში. გამოკითხული რესპონდენტების საექთნო პრაქტიკა ითვლის მინიმუმ 1 წლიან და მაქსიმუმ 40 წლიან გამოცდილებას. კვლევის მომენტისთვის 16 რესპონდენტიდან 14 იყო ექთანი და მათგან მხოლოდ ოთხ ექთანს ჰქონდა შეცვლილი სამუშაო მიმართულება; მიუხედავად მათი საკმაოდ დიდი, 10 წელზე მეტი, საექთნო პრაქტიკისა, ისინი არ იყვნენ ჩართული საექთნო საქმიანობაში, კვლევის მომენტისთვის; დანარჩენი 10 - კი ჩართული იყო საექთნო (მათ შორის 2 მთავარი ექთანი) ან სხვა ტიპის სამედიცინო საქმიანობაში.

პროფესიის შერჩევის მოტივატორები, ხელის შეშელობი ფაქტორები

საექთნო საქმის პროფესიის შერჩევისას რესპონდენტების უმრავლესობა მიუთითებს, რომ საქმის სიყვარული არის უმთავრესი. შეკითხვაზე, პროფესიის ხელახლა არჩევანის წინაშე რომ იდგნენ, განსხვავებულ პრფესიას აირჩევდნენ თუ არა, გამოკითხულთა 25%% უთითებს,

რომ სხვა პროფესიას აირჩევდა, 56% კი ისევ ექთნის პროფესიას აირჩევდა, 19% მა პასუხისგან თავი შეიკავა. თუმცა ამავე დროს იმ რესპონდენტთა ნახევარმა, რომელმაც პროფესიის შეცვლის სურვილი დააფიქსირა, დღეს აღარ მუშაობს ექთნის პროფესიით.

მთ. ექთანი 1: სხვა სფეროში ჩემი თავი ვერ წარმომიდგენია

სტაჟ. ექთანი 4: პროფესიულ არჩევანს თავიდან, რომ ვაკეთებდე კვლავ მედიცინას ავირჩევდი, რადგანაც ეს ჩემი მოწოდებაა.

ყოფილი ექთანი 1: არა და არც ახლობელს არ ვურჩევდი იმდენად დაუფასებელია ეს საქმე.

კვლევამ აჩვენა, რომ პროფესიის შერჩევის ძირითადი მოტივატორები იყო საექთნო საქმის სიყვარული, ოჯახური ტრადიცია და პრაგმატული გათვლა - საექთნო საქმის მოთხოვნადობა, ყველა დროსა და გარემოებაში. თუმცა რესპონდენტები სამუშაო გარემოებიდან გამომდინარე დაინტერესებულნი აღნიშნავენ:

ექთანი 2: “უპირობოდ სიყვარულია პრიორიტეტული საექთნო საქმეში. ხშირად ისეთ მძიმე პაციენტებთან გვიწევს მუშობა, რომ ვერანაირი ანაზღაურება ვერ გაიძულებს იყო ექთანი, თუ კი მოწოდებით არ ხარ”

ყოფილი ექთანი 2: „მინდოდა თან ისეთი პროფესია, რომლითაც ყველა დროში დასაქმდები, თუ ხელფასი იქნება ნორმალური“

ექთანი 1: „უნივერსიტეტში სწავლისას ვმუშაობდი კლინიკაში დამლაგებლად. სწორედ ამ დროს მოვიხიბლე და დავინტერესდი ექთნების საქმიანობით, ამიტომ გადავწყვიტე პარალელურად შემესწავლა საექთნო საქმე.“

კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ პროფესიის შერჩევისას დიდი იყო მოლოდინი კარგი ანაზღაურების, კარგი სამუშაო პირობების, რომელიც არ გამართლდა მეტიც ნანობენ კიდევ მიღებულ პროფესიულ არჩევანს

სტაჟ. ექთანი 2: „მედაა მინდოდა ვყოფილიყავი, მეანსა და ფარმაციას შორის ვიყავი, ახლა კი ვნანობ, ფარმაცია ამერჩია, უკეთესი იქნებოდა.“

ყოფილი ექთანი 3: „მოლოდინი იყო მაღალი ანაზღაურება, კარგი სამუშაო პირობები მაგრამ ამაოდ.“

პროფესიული სტიგმა

რესპონდენტები საუბრისას იხსენებენ შემთხვევებს, როდესაც საზოგადოებაში გავრცელებული სტიგმა თავს იჩენს მათ პროფესიულ საქმიანობაში. ისინი თვლიან, რომ ეს დამოკიდებულება გამოწვეულია ინტელექტის დაბალი დონითა და საზოგადოებაში ზოგადი განათლების პრობლემით, ასევე აღნიშნავენ, რომ ბევრ ექიმსაც კი არ აქვს გათავისებული თავისი უფლებები და მოვალეობები ექთნის საქმიანობასთან მიმართებაში და თავს მათზე მაღალ რგოლად მიიჩნევს.

ახალი ექთნების კატეგორიაში იკვეთება საექთნო საქმის, როგორც პროფესიის შერჩევის კიდევ ერთი მოტივი, როგორც მაღალანაზღაურებადი და პერსპექტიული საქმიანობა საზღვარგარეთ. რამდენიმე მათგანმა საუბრისას აღნიშნა, რომ საქართველოში მიღებული ცოდნითა და დიპლომით, ევროპაში სურს ექთნის პროფესიით საქმიანობის გაგრძელება.

ექთანი ახალი 3: „მინდა კარგად დავუფულო ამ საქმეს და დღეს ბევრი გაცვლითი პროგრამაა ევროპაში, სადაც საექთნო საქმე ერთ-ერთი მაღალანაზღაურებადი პროფესიაა. მეც მინდა, რომ ევროპაში გავაგრძელო ექთნად მუშაობა და ამით მეტი გამოცდილება, ცოდნა და თანხა დავაგროვო.“

ექთანი ახალი 1: „ნათესავი მეუბნებოდა გერმანიაში ექთნებს ძალიან მაღალი ხელფასი აქვთო, სტაჟის და გამოცდილების მიხედვით ემატებათ კიდევო. ამან კიდევ უფრო მეტი სტიმული მომცა რომ საექთნოზე მესწავლა. ახლა ენის კუსებს გავდივარ და როგორც კი სწავლას დავასრულებ გერმანიაში ვაპირებ დავსაქმდე“

მიღებული განათლება და სწავლების ხარვეზები

კვლევის მონაწილეთა უმეტესობამ განათლება მიიღო საექთნო საქმის შემსწავლელ კოლეჯში, სადაც სწავლების ხანგრძლივობა მეტწილად სამი წელი გრძელდება, ხოლო მთავარი ექთნისა და ხელმძღვანელის პოზიციაზე მომუშავე რესპონდენტებს განათლება მიღებული აქვთ უმაღლეს სასწავლებელში. დასახელდა, როგორც საქართველოში არსებული საგანმანათლებლო დაწესებულებები, ასევე საზღვარგარეთაც. მაგალითად რესპოდენტთა გარკვეულ ნაწილს განათლება მიღებული აქვს რუსეთის რესპუბლიკაში. რესპოდენტთა 55% კმაყოფილია მიღებული განათლებით და აღნიშნავენ, რომ სწავლებისას მიღებული ცოდნა გამოადგათ პრაქტიკულ საქმიანობაში. აღსანიშნავია, რომ განათლებით კმაყოფილი 9 გამოკითხულიდან, უმრავლესობამ (n=7) სწავლა დაამთავრა მინიმუმ 10 წლის წინ, ხოლო დანარჩენი 2, შედარებით ახალდამთავრებული ექთანია, რომელთაგან ერთ ერთი აღნიშნავს, რომ „საშუალოდ“ არის კმაყოფილი მიღებული ცოდნით. სწავლის ხარვეზებზე ძირითადად საუბრობენ ახალი ექთნები და ის სამედიცინო წარმომადგენლები, ვის კომპეტენციაშიც შედის ახალი კადრის მიღება/გადამზადება.

ექთანი ახალი 4: „საშუალოდ გამომადგე მიღებულ;ი ცოდნა ამ ეტაპზე, მაგრამ საქმიანობა ითხოვს ცოდნის მეტად გაღრმავებას.“

ექთანი ახალი 2: „კმაყოფილი ვარ მიღებული განათლებით. კოლეჯი პრაქტიკული ცოდნის მიღებაშიც დაგვეხმარა. საბოლოო ჯამში, შემიძლია ვთქვა, რომ მიღებული ცოდნა და უნარჩვევები გამომადგა მუშაობის დაწყებისას.“

მთ. ექთანი 1: „სასწავლო დაწესებულებამ მომაწოდა საკმაოდ კარგი ცოდნა, გვექონდა მაგის შესაძლებლობა, რომ პრაქტიკები გაგვევლო. შესაბამისად, მე, მიღებული განათლებით საკმაოდ კმაყოფილი ვარ.“

სტაჟ. ექთანი 1: „კმაყოფილი ვარ ჩემი უნივერსიტეტით, რუსეთში საკმაოდ მაღალი დონის სწავლება იყო საქართველოსთან შედარებით.“

ყოფილი ექთანი 1: „ძალიან კმაყოფილი ვარ. მაშინდელ დროს, რუსეთში ბევრად უკეთესი სწავლის დონე იყო და საქმიანობაშიც გამომადგა.“

მონაწილეთა უმეტესობა საუბრობს სწავლების პროცესში ხარვეზებზე, ახალ დამთავრებული ექთნები, ძირითადად, პრაქტიკული სწავლების დეფიციტს აღნიშნავენ. დიდი სტაჟის მქონე მედ. პერსონალი ხაზს უსვამს ახალი თაობის ექთნებში, როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ცოდნის დეფიციტს; მათი აზრით პროფესიულ ცოდნასთან ერთად, ზოგადი განათლებისა და კომუნიკაციის პრობლემები იკვეთება, ხშირად. ისინი თვლიან, რომ დღევანდელ პირობებში ახალგაზრდებს აქვთ მეტი რესურსი და შესაძლებლობა, რომ უკეთესი განათლება მიიღონ.

სტაჟ. ექთანი 2: „მათ პრაქტიკული უნარ-ჩვევები ძირითადად არ აქვთ, უწევთ ყველაფრის ერთად სწავლება.“

სტაჟ. ექთანი 4: „ჩემი სამუშაო გამოცდილებით შემიძლია ვთქვა, რომ ახალი თაობა განიცდის თეორიული ცოდნის დეფიციტს. თავდაც მიმიცია არაერთი თაობისათვის პრაქტიკული განათლება და აღმოვაჩინე, რომ ბოლო პერიოდში სერიოზულად მოიკოჭლებს თეორიული ცოდნა და მომავალი ექთნები მედიცინას „ხელოსნურ“ დონეზე სწავლობენ, მათ არ ესმით, არ აქვთ გააზრებული მედიცინის საქმე, რაც ცხადია უარყოფითად აისახება.“

ყოფილი ექთანი 3: „კარგი იქნებოდა მრავალპროფილური განათლების მიღება რომ შეეძლოს, ვფიქრობ ექთანმა ყველა განყოფილებაში რაღაც დოზით უნდა იცოდეს რომ ფორსმაჟორულ სიტუაციაში შეძლოს მობილიზება. ამიტომ კარგი იქნებოდა სხვადასხვა დეპარტამენტებში რომ ქონდეს სწავლის საშუალება.“

კვლევაში ჩართულ ექთანთა ნახევარი აცხადებს, რომ სმენიათ ზოგადად საექთნო საქმეზე ტრენინგები და უატრდებათ კიდევ. უმეტესობა, დაწესებულების შიგნით ჩატარებულ ტრენინგებზე საუბრობს. ხოლო 3 რესპონდენტი ამბობს, რომ მიუღიათ მონაწილეობა სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ გამართულ საერთაშორისო თუ ქვეყნის შიგნით ჩატარებულ ღონისძიებებში. ერთ-ერთი რესპონდენტი ევროპაში გამართულ საექთნო ტრენინგებზე მიღებულ გამოცდილებაზეც საუბრობს.

სტაჟ. ექთანი 4: „პენიტენციური დაწესებულებიდან მომიწია ტრენინგის გავლა ფსიქიატრიული ექთნების გადამზადების საკითხთან დაკავშირებით. ჰოლანდიაში ვიყავი პრაქტიკებზე. ჩვენთან ექთნებზე, მეტი ფიზიკური დატვირთვა მოდის, ხოლო ჰოლანდიაში მედლების განათლების დონე უფრო მაღალია. შესაბამისად მათ უფლებები და პასუხისმგებლობებიც მეტი აქვთ. მაგალითად მათ საჭიროების შემთხვევაში მედიკამენტის დანიშვნაც შეუძლიათ პაციენტისათვის. ჰოლანდიელი ექთნების სწავლებისა და გადამზადების ხანგრძლივობა ჩვენსას აღემატება და ცხადია განათლების დონეც. ყველა დაწესებულებაში გამოყოფილი ყავდათ ლიდერი ექთანი, რომელიც იყო სპეციალურად დატრენინგებული და გადამზადებული და შემდგომ თავად უზიარებდა ცოდნასა და გამოცდილებას დაწესებულების სხვა ექთნებს.“

საერთო ჯამში ექთნები ტრენინგების დეფიციტს აღნიშნავენ, რომ ნაკლებია ინფორმირებულობა ამ მხრივ. იმ შემთხვევაში თუკი მიიღებენ ინფორმაციას, რაიმე ღონისძიების შესახებ, ტრენინგზე დამსწრეთა ადგილების რაოდენობა წარმოადგენს ბარიერს. ისინი გამოთქვამენ სურვილს, რომ ხშირად ტარდებოდეს და ხელმისაწვდომი იყოს ყველასთვის, ქვეყნის შიგნით თუ გარეთ, გამართული გადამზადების კურსები.

ყოფ. ექთანი 3: „კარგი იქნებოდა კიდევ რომ იყოს გადამზადების კურსები რომ ცოტა სხვა პროფილითაც იმუშავო. აი, მაგალითად, მენეჯერულ რგოლში გადახვიდე, ადმინისტრაციაში.“

როგორც ინტერვიუებიდან ირკვევა, რომ საექთნო საქმეში არის განსხვავებები, რომელიც პროფესიულად დასაქმებასთან და მაღალ ანაზღაურებასთან არის მიბმული. მაგალითად, საოპერაციო მედდა მიჩნეულია, რომ უფრო მაღალი კვალიფიკაციის საქმიანობაა და გაცილებით მაღალ ანაზღაურებადია, ვიდრე კაბინეტის ექთნის პოზიცია. ეს კი გარკვეულწილად მოტივატორია, დამწყები ექთნებისთვის, რომ აიმაღლონ ცოდნა და გამოცდილება, მოიპოვონ მაღალკვალიფიციური ექთნის სამსახური, თუმცა, მიუთითებენ, რომ მსგავსი კარიერული სვლის საშუალება ძალიან მწირია და უმეტეს წილად დასაქმებასთან არის დაკავშირებული, ვიდრე თეორიულ ან პრაქტიკულ პროფესიულ სწავლებასთან.

მთ. ექთანი 2: „არის ეტაპები, პირველი არის კაბინეტის ექთანი, საოპერაციოს და არის საფეხურები, რომელიც შეგიძლია აიმაღლო. რაც სტიმულს აძლევს ექთანს, რომ მეტი ისწავლოს და მეტი შეძლოს. კარგი იქნებოდა სალიცენზიო გადამზადებების შემდეგ კიდევ ჰქონდეს ექთანს კარიერული ზრდის შესაძლებლობა.“

ექთანი ახალი 4: „კი არის ეტაპები. და ეგ მაძლევს სტიმულს რომ წლების შემდეგ უკვე წინ წავალ და უფრო მაღალ საფეხურს დავეუფლები.“

მთ. ექთანი 2: „სანიტრობა თუ არ გაიარა, ისე ექთანი ვერ შედგება, ყველა საფეხური უნდა განვლოს ექთანმა.“

რესპოდენტთა თითქმის 90% განათლების პრობლემაზე საუბრისას აღნიშნავენ, რომ სტუდენტების გადამზადება კლინიკებში იქნება ძალიან ეფექტური და შედეგის მომცემი, როგორც კლინიკებისთვის, ასევე საექთნო საქმის სტუდენტებისთვის. ისინი აღნიშნავენ, რომ კლინიკებში კადრის გადამზადება გაზრდის მოტივაციას და კვალიფიციური კადრის რაოდენობასაც.

კადრების გადინება

რესპოდენტთა ნაწილი, თითქმის 45% საუბრობს კარიერის შეცვლაზე, გამოთქვამენ სინანულს პროფესიული არჩევანის გამო და ახლობელ ადამიანსაც არ ურჩევდნენ ამ სპეციალობის არჩევას. მინიმალური 7, ხოლო მაქსიმალური 20 წლიანი სამუშაო სტაჟის მქონე ექთნებმა შეიცვალეს ან სრულად შეწყვიტეს სამედიცინო საქმიანობა.

ყოფილი ექთანი 4: „არა რა არც ჩემს შვილს არ ვურჩევდი, ნაკლები წვალებით უკეთესი პროფესია შეუძლია ნახოს და უკეთესი ანაზღაურება ჰქონდეს.“

ყოფილი ექთანი 2: „სხვა უკეთესი რომ ვერაფერი ვნახე წავედი საზღვარგარეთ, აქ ბევრად ნაკლები დატვირთვით არც შევადარებ რამდენად განსხვავებულია ხელფასი.“

კითხვაზე თუ რა იქნებოდა კვლავ ექთნად დაბრუნებისთვის მოტივი ისინი პასუხობენ, რომ უკეთესი სამუშაო პირობების, ანაზღაურებისა და შესაბამისი დატვირთვის შემთხვევაში არ შეიცვლიდნენ პროფესიას და კვლავ გააგრძელებდნენ პრაქტიკოს ექთნად მუშაობას.

ყოფილი ექთანი 4: „ექთნად დავბრუნდები, თუ იქნება, უკეთესი ხელფასი და უფრო მოწესრიგებული სამუშაო გარემო.“

ყოფილი ექთანი 3: „თუ უკეთესი პირობები იქნებოდა, გავაგრძელებდი ექთნად მუშაობას, თუ არა, იგივე პირობებში ნამდვილად არ დავბრუნდებოდი.“

შრომის ანაზღაურება და სამუშაო დატვირთვა

მოცემული კვლევის შედეგები ცხადჰყოფს, რომ არის კვალიფიციური კადრის დეფიციტი ქვეყანაში. ამის მიზეზად რესპონდენტთა 99% ასახელებს შრომის ანაზღაურებასთან შეუსაბამო სამუშაო დატვირთვასა და პირობებს. ინტერვიუს განმავლობაში რამდენჯერმე გაჟღერდა, რომ კადრის დეფიციტის გამო ხშირია ექთების „მორიგეობების გადაბმა“ და „გადამწვარი კადრის“ შემთხვევა.

მთ. ექთანი 2: „რაც მთავარია უნდა მოწესრიგდეს სამუშაო რეჟიმი, რომ რამდენიმე კლინიკაში არ უწევდეთ მუშაობა, იმიტომ რომ ხშირია მაინც კადრის „გადაწვის“ შემთხვევები, რაც მერე სამუშაოზეც აისახება.“

ექთანი ახალი 2: „სამუშაო დატვირთვა დიდია და ცხადია ყოფილა „გადამწვარი კადრის“ შემთხვევებიც, თუმცა ფატალური გამოსავალი არ დამდგარა, მაგრამ დიდი რისკის ქვეშ დგება მაინც ამ დროს სიცოცხლე. „დუბლირება“-ს რაც შეეხება, თუ კი ექთანი თავს ართმევს მსგავსი დატვირთვით საქმეს, წინააღმდეგი არ ვარ, მაგრამ დასვენების საშუალება უნდა ჰქონდეს ადამიანს.“

ის მონაწილეები, რომელთაც შეწყვიტეს სამედიცინო საქმიანობა აღნიშნავენ, რომ ექთნის ანაზღაურებით რთულია საარსებო მინიმუმს ზევით მოთხოვნილების დაკმაყოფილება. მათ სულ სხვა პროფესიით განაგრძეს საქმიანობა და აღნიშნავენ, რომ შრომის ანაზღაურებას ძალიან დიდი გავლენა აქვს პროფესიულ საქმიანობაში.

ყოფილი ექთანი 1: „იმდენად დაბალი ანაზღაურება და მაღალი პასუხისმგებლობა იყო, ფიზიკურად არ მიღირდა მაგისტრის სახლიდან გასვლა. რასაც ვშრომობდი სულ გზაში და მორიგეობებზე ვხარჯავდი, პლიუს იქედან მოსულს არაფრის თავი აღარ მქონდა. ჩემთვის, კერძოდ, წამოვიწყე საკონდიტრო წარმოება, ბერად უკეთესი დატვირთვით, შედარებით უკეთესი ანაზღაურება მაქვს. სიცოცხლესთან მაინც არ ვთამაშობ კაპიკების ფასად.“

ყოფილი ექთანი 2: „ხელფასი ძალიან ცოტა, საქმე ბევრი და სახლიდან გამოსვლა აღარ მიღირდა მაგ ანაზღაურებაზე. უკვე, ყველაფრის ფასები იმატებდა, ხელფასის გარდა სხვა უკეთესი, რომ ვერაფერი ვნახე, წავედი საზღვარგარეთ, აქ ბევრად ნაკლები დატვირთვით არც შევადარებ რამდენად განსხვავებულია ხელფასი.“

მონაწილეთა ნახევარზე მეტი საუბრობს არასახარბიელო სამუშაო პირობებზე. 6 მათგანი აქტიურად არის ჩართული პრაქტიკულ საქმიანობაში ხოლო 3-მა სამუშაო პირობებით უკმაყოფილების გამო შეწყვიტა საექთნო საქმიანობა. კვლევის შედეგების თანახმად სამუშაო პირობები ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში ვერ აკმაყოფილებს სტანდარტებს, რაც რესპონდენტთა გადმოცემით, ხშირად, კადრის გადინებისა და ექთნების დაბალი მოტივაციის მიზეზი გამხდარა.

სტაჟ ექთანი 2: „მოგებაზე არიან ორიენტირებული, არავინ ფიქრობს ექთანს კარგი სამუშაო პირობები შეუქმნან, ბევრ კლინიკებთან მაქვს შეხება, მაგრამ ისეთი პირობები, რომ ექთანს უხაროდეს იქ მუშაობა, იშვიათია. სახელმწიფომ თუ არ აიძულა, დამსაქმებელს ყოველთვის მარტივად უნდა, რომ გავიდეს, ვინც ისწავლის პრაქტიკულად საქმეს იმას ექთნად დარჩენა უნდოდეს, დამსაქმებელზე არის ბევრი რამე დამოკიდებული, რომ ნორმალური პირობები შეუქმნას ექთანს. არის კლინიკები, ელემენტარული ხელთათმანი არ აქვთ, სახელმწიფომ უნდა მოახდინოს ამაზე რეაგირება და კონტროლი. თუ ექთანს ნორმალური სამუშაო პირობა აქვს ჩათვალე რომ იქ პაციენტიც უკეთესი მოვლილია.“

ყოფილი ექთანი 4: „ახლა უფრო ცუდ პირობებში უწყვეტ კიდე მუშაობა. საქართველოს ჯანდაცვა და კლინიკები მითუმეტეს დღევანდელი მდგომარეობისთვის არ არღმომხნდა მზად და მთელი წნეხი მედ პერსონალზე გადავიდა, ელემენტარული სახარჯი მასალების დეფიციტი შეიქნა კლინიკებში.“

ექთნის როლი

კვლევის ყველა მონაწილე აღნიშნავს ექთნის როლსა და მნიშვნელობას როგორც დაავადების მართვაში ისე კლინიკის საქმიანობის წარმართვაში. როგორც პრაქტიკოსი ექთნები ისე მმართველი რგოლის წარმომადგენლები ასახელებენ ექთნებს უპირობო ლიდერებად სამედიცინო სფეროში.

მთავარი ექთანი 1: „საშუალო და დაბალი რგოლი მართლა ხერხემალია კლინიკის, მარჯვენა ხელია ექიმის, ისე ვერაფერი ვერ იქნებოდა. ექიმს თუ კარგი ექთანი გვერდით არ უდგას, გამორიცხულია. ეს არის ჯაჭვური კავშირი და იმ ერთი ჯაჭვის ამოგდება, თავდაყირა დააყენებს ყველაფერს. სანიტარი, ექთანი და ექიმი, ეს არის მთელი კლინიკა.“

სტაჟ.ექთანი 2: „ექთანს ძალიან დიდი როლი აქვს, ექიმი პაციენტს თავთან არ უზის. ექთანს იმის უნარი უნდა შესწევდეს და ცოდნა ჰქონდეს, რომ პაციენტის მდგომარეობა სწორად და დროულად შეაფასოს, შესაბამისი რეაგირება მოახდინოს, ექიმს მიაწოდოს ინფორმაცია და საჭიროების შემთხვევაში დროულად მოხდეს ჩარევა, თუნდაც ლაბორატორიული თვალსაზრისით უნდა შეეძლოს, სასიცოცხლო მონაცემების შეგროვება დროულად და სწორად შეფასება, რომ თუ პაციენტი დამძიმდა ეს ნახოს და ამის გაგება შეეძლოს, დროულად მიაწოდოს ინფორმაცია ექიმს. თუ ვერ შეაფასებს, გვიანი რეაგირება მოყვება და გართულდება პაციენტის მდგომარეობაც.“

კითხვაზე თუ რა განსხვავებაა მედდასა და ექთანს შორის, კვლევის მონაწილეთა 100% პასუხობს რომ ქართულ რეალობაში ეს ორი ტერმინი ერთი და იგივეა.

დარგის პერსპექტივა

მოცემულმა კვლევამ ცხადჰყო, რომ დარგი საქართველოში, დღევანდელი მოცემულობით, არ არის პერსპექტიული. კვლევის ყველა მონაწილემ აღნიშნა, რომ საექთნო საქმე საქართველოში, ევროპის ქვეყნებისგან განსხვავებით, არ არის პერსპექტიული დაბალი ანაზღაურების გამო. რესპონდენტთა მესამედი მდგომარეობის გამოსწორების გზად მიიჩნევენ საექთნო სწავლების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას. 37%-ის აზრით, მდგომარეობას გამოსწორებდა საექთნო საქმის პოპულარიზაცია და პრიორიტეტულ მიმართულებად დასახელება.

სტაჟ. ექთანი 3: „სამწუხაროდ არ არის პერსპექტიული. უნდა იყოს ფინანსურად დაფასებული, რომ გიღირდეს სახლიდან გამოსვლა და ამხელა რისკის ქვეშ საკუთარი ჯანმრთელობის ჩაგდება. განსაკუთრებით დღევანდელ ვითარებაში.“

მთავარი ექთანი 2: „აღბათ მდგომარეობას გამოსწორებდა სახელმწიფო, რომ პრიორიტეტულ მიმართულებად დაასახელებდეს ამ პროფესიას და გარკვეული შეღავათები, რომ ჰქონდეთ ფინანსური თვალსაზრისით საექთნო საქმით დაინტერესებულ ადამიანებს. მეტი პრაქტიკის გავლის შესაძლებლობა, რომ იყოს. სასწავლო დაწესებულებებმა კარგი იქნება კლინიკებთან, რომ ითანამშრომლონ და იქ ტრენინგები გაატარონ სტუდენტებს რამდენიმე კვირით.“

მთავარი ექთანი 1: „პერსპექტიული არ არის იმიტომ, რომ ძალიან დაბალია ანაზღაურება. მაღალი საფეხურის საექთნო საქმის სწავლებას კი იმდენი დრო და ფული უნდა, აღარ უღირს ადამიანს, ურჩევნია სამედიცინოზე ჩააბაროს, მერე ის 2 წელი კიდე გაიაროს გადამზადება და ექიმად იმუშაოს.“

ხელმძღვანელთა ინტერვიუების შედეგები

კვლევაში მონაწილე კლინიკურ მენეჯერებს მიღებული აქვთ უმაღლესი სამედიცინო განათლება და დამთავრებული აქვთ ჯანდაცვის პოლიტიკის მაგისტრატურა. მათი სამუშაო

გამოცდილება საშუალოდ შეადგენს 8 წელს. მათი ინტერვიუებიდან იკვეთება, რომ ისინი კმაყოფილი არიან მიღებული განათლებით და ასევე მათ შემთხვევაში კარიერული მოლოდინიც გამართლდა.

ხელმძღვანელი 1: „მოლოდინი გამართლდა. ჩემი პროფესიით ვმუშაობ და ჩართული ვარ საქმეში, რომელიც ყველაზე მეტად მიყვარს და მაინტერესებს.“

ხელმძღვანელი 2: „ჩემი მოლოდინი გამართლდა, თუმცა ბევრად უფრო რთული გზა აღმოჩნდა, ბევრად უფრო რთულია ამ სკამზე ჯდომა, ვიდრე წარმომედგინა ოდესმე.“

კითხვაზე როგორც დამსაქმებელს, რა პრობლემები შეგქმნიათ დასაქმებულთან, ისინი აღნიშნავენ, რომ პრობლემა ექთნებში პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებთან ერთად თეორიული ცოდნის დეფიციტი.

ხელმძღვანელი 2: „უფრო მეტად მათ განათლებას აკლია სიღრმისეული თეორიული ცოდნა, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია კლინიკური მედ პერსონალისთვის განსაკუთრებით როცა საქმე ეხება ექთანს. ვინაიდან არარეგულირებადი განათლების სფეროა ხშირ შემთხვევაში გვიწევს პრაქტიკულად თავიდან აღზრდა მოსული კადრის, არა მხოლოდ კონკრეტული სამუშაოს სპეციფიკის არამედ ზოგადი პრაქტიკული უნარჩვევების დასწავლაც“

ხელმძღვანელი 1: „მათ ცოდნას აკლია ყველაფერი სერტიფიკატის გარდა“

მოცემული კვლევისთვის საინტერესო დეტალს წარმოადგენდა დამსაქმებლები, ამ შემთხვევაში კი ხელმძღვანელები იღებდნენ თუ არა გამოუცდელ კადრს და რამდენად მისაღები იყო მათთვის ყოფილიყვნენ პირველი დამსაქმებლები. ხელმძღვანელთა პასუხებიდან გამომდინარე გამოიკვეთა, რომ მათთვის უფრო ხელსაყრელია გამოცდილი კადრის მიღება, თუმცა როგორც ერთ-ერთი მათგანი აღნიშნავს „უნივერსიტეტის მერხიდანაც“ უწევთ ექთნების მიღება.

ხელმძღვანელი 1: რა თქმა უნდა ჩვენთვის გამოცდილი ექთნის კადრის მიღება უფრო კომფორტულია თუმცა დღეს არ არის მაგის ფუფუნება, რომ გამოაცხადო ვაკანსია და გამოცდილი კადრი მოვიდეს. შესაბამისად გვიწევს, რომ გამოუცდელი კადრი მივილოთ. ჩემთვის ძან მნიშვნელოვანია ერთი ადამიანური ფაქტორი რომ იმას ვინც დაამთავრა და სერტიფიკატი მიიღო, თუ ყველამ უარი უთხრა რომ მას გამოცდილება არ აქვს ისე დაბერდება და გარდაიცვლება, რომ გამოცდილებას ვერ შეიძენს, შესაბამისად რაღაცა რისკზეც უნდა წახვიდე.

ხელმძღვანელი 2: „მე პირადად გახლავართ „უნივერსიტეტის მერხიდან“ მიღებული სტუდენტი, რატემაუნდა ყველა ბიზნესისთვის კარგია რომ თეორია და პრაქტიკა შერწყმული საბაზისო ცოდნის ძლიერი კადრი მიიღოს, მაგრამ სამწუხაროდ ყოველთვის ასე არ ხდება. გვქონია შემთხვევა რომ მიგვიღია პირდაპირ უნივერსიტეტის მერხიდან სტუდენტი და მისი კარიერული და პროფესიული ზრდის მომსწრე გავმხდარვართ, ყოფილა შემთხვევა ისეთიც რომ გვყოლია საკმაოდ დიდი გამოცდილებისა და ბევრაუნდის მქონე ადამიანი რომელმაც შემდეგ ვერ ან არ შეძლო თავისი საქმის ღირსეულად შესრულება. ასე რომ გადაჭრით რთულია თქმა თუ რომელი კადრია გამომდგარი, დამოკიდებულია უფრო პიროვნულ თვისებებზე.“

ხელმძღვანელები და მმართველი რგოლის წარმომადგენლები საუბრობენ თავიანთ როლზე ახალი ექთნის გადამზადების პროცესში. ისინი აღნიშნავენ, რომ დიდი რესურსის გაწევა უწევთ ახალი კადრის გადამზადებისთვის. ეს უკანასკნელი მოითხოვს, როგორც ადამიანურ რესურსს ისე დიდ დროსა და ენერჯიას. კვალიფიციური კადრის მისაღებად მნიშვნელოვანია უწყვეტი განათლება და ტრენინგები. კვლევამ ცხადყო, რომ მონაწილე ხელმძღვანელები აქტიურად არიან ჩართული სტუდენტების დასაქმებაში, მათ წახალისებასა და კარიერულ წინსვლაში, მმართველი რგოლის წარმომადგენლები თავიანთი კომპეტენციის ფარგლებში ცდილობენ უნივერსიტეტებთან თანამშრომლობას მოტივირებული სტუდენტების დასაქმებისთვის.

ხელმძღვანელი 2: „უწყვეტი განათლება ეს არის ის რის გარეშეც შეუძლებელია ერთის მხრივ იფუნქციონიროს სამედიცინო დაწესებულებამ სწორად და გამართულად მეორეს მხრივ შეუძლებელია კადრი დარჩეს კვალიფიციური. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საშუალო და დაბალი რგოლის მედ პერსონალისთვის.“

ხელმძღვანელი 1: „გვყავდა 20 სტუდენტი ერთ ერთი უნივერსიტეტიდან, ახლა დაუმთავრდათ კონტრაქტი, რომლებიც მუშაობდნენ ექთნის დამხმარეებად კოვიდ პაციენტებთან. ეს იყო ჩვენი შეთავაზება და სხვათაშორის ბევრი მსურველი აღმოჩნდა. მათი გადამზადება მოითხოვს უპირველესად ადამიანურ რესურს, ვთხოვ მთავარ ექთანს, რომ გადაამზადოს რასაც ცოტა დრო არ სჭირდება. აი პაციენტთან რა შეასრულონ, როგორ უნდა შეასრულონ ის რა პაციენტებს ფსიქოლოგიურად უნდა მიუდგნენ. ბევრი ნიუანსია რითიც ბოლოს კლინიკის იმიჯი ყალიბდება.“

ხელმძღვანელი 2 : „ჩვენ რამოდენიმე კოლეჯთან გვაქვს ურთიერთობა და ვეძებთ ისეთ კადრს რომლებიც იმუშავენ და დასაქმებიან საბოლოოდ ჩვენს დაწესებულებაში. ახლაც ვაწარმოებ უნივერსიტეტებთან მოლაპარაკებას რომ შემომთავაზონ ისეთი კადრი რომელსაც გამოვზრდით დავაკვირდებით პრაქტიკულ ანაზღაურებასც მივცემთ სტაჟირების პროცესში და შედეგად მივიღებთ ჩვენს პირობებში მაღალანაზღაურებად მედდას.“

ერთ-ერთი ხელმძღვანელის აზრით დასაქმებულისთვის, მნიშვნელოვანია დაცულობის შეგრძნება, რომელიც დამსაქმებელმა მოცემულ შემთხვევაში კი სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს.

ხელმძღვანელი 1: „პირველ რიგში თანამშრომელი უნდა გრძობდეს თავს დაცულად ეს არის ძაან მნიშვნელოვანი რო შენ სამუშაო გარემოში გრძობდეს თავს დაცულად ის არუნდა ფირობდეს იმას, არუნდა იყოს მისი ტვინი გადართული იმისკენ რო აი რაღაცა შეცდომა რო ცდაუშვას ამისთვის მას ვიღაც დასჯის, კლინიკიდან გაუშვებს ან ექიმს რაღაცა შეცდომა რომ მოუვიდეს ექიმს აუცილებლად უნდა ქონდეს იმის განცდა, რომ ასეთი ქეისის შემთხვევაში არავინ არ გამოუხურავს კლინიკის კარებს და არ გაუშვებს გარეთ, რო რახან შენ შეცდომა მოგივიდა ეს ჩვენი საქმე არაა და წადი შენ მიხედე ძშენს საქმეს. პრობლემის მოგვარების საშუალება უნდა ეძლეოდეს.“

ექთნის როლსა და მნიშვნელობაზე საუბრისას ხელმძღვანელები აღნიშნავენ, რომ დაბალი და საშუალო რგოლი ეს არის „კლინიკის ხერხემალი“, მათი ინტერვიუებიდან გამომდინარე ექთნების შრომის ანაზღაურება არ არის გაწეული საქმიანობის შესაბამისი.

ხელმძღვანელი 1: „საშუალო და დაბალი რგოლის მედ პერსონალის გარეშე ვერცერთი ექიმი რა განათლებაც არუნდა ქონდეს, რა სუპერ ძალის უნარიც არუნდა შესწევდეს არაფერი არ გამოვა, ვერ იქნება მართული სიტუაცია ისე როგორც უნდა იყოს. სამწუხაროდ ექთნების ანაზღაურება ძაან დაბალია, ეს არის მთლიანად სისტემის ბრალი, იმიტორო მათ ისეთი სამუშაო აქვთ, არანაკლებ რთული და საპასუხისმგებლო ექიმებთან შედარებით, მათი სამუშაოს სიმძიმიდან გამომდინარე, კოლოსარულად დაბალი ანაზღაურება აქვთ.“

ხელმძღვანელი 2: „ძალიან მნიშვნელოვანია, მედდა ეს არის გული სამედიცინო დაწესებულების და თუ ამ გულში პრობლემებია ძალიან რთულია სამედიცინო მომსახურების დონე გქონდეს მაღალი, სამწუხაროდ მათი ანაზღაურება ამ ფონზე ძალიან დაბალია, სინამდვილეში ექთანს არის კლინიკის ხერხემალი რომელზეც დამოკიდებულია კლინიკის ხარისხიანად ფუნქციონირება, ამიტომ მათ ბევრად მაღალი ანაზღაურება უნდა ჰქონდეთ.“

საექთნო საქმის პერსპექტიულობა ბევრ ნიუანსზეა დამოკიდებული. მიღებული ინტერვიუები ცხადყოფს, რომ დარგი არ არის პერსპექტიული. ხელმძღვანელთა აზრით, მიღებული განათლება, პირდაპირპროპორციულია ექთნის კვალიფიკაციისა, რაც აისახება მის მიერ შესრულებულ საქმიანობის ხარისხზე. ეს უკანასკნელი კი დაწესებულების იმიჯზე. მათი აზრით მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფოს დონეზე გადაიხედოს განათლების სისტემა, ასევე გაფორმდეს მემორანდუმი კლინიკებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის, რაც საშუალებას მისცემს სტუდენტებს მიიღონ მეტი პრაქტიკული ცოდნა და გამოიმუშაონ კლინიკური უნარ-ჩვევები.

ხელმძღვანელი 2: სამწუხაროდ პერსპექტიული ვერ არის, ამ საქმის პერსპექტიულობას სჭირდება რომ ანაზღაურება იყოს ისეთი რომელიც შექმნის მოთხოვნას და წარმოქმნის ხარისხიან კადრს, სამწუხაროდ ჩვენი შესაძლებლობის ქვეყნისთვის და სამედიცინო დაწესებულებებისთვის არ რჩება რესურსი იმისათვის რომ მაღალი ანაზღაურება შესთავაზონ საშუალო მედ პერსონალს.

კითხვაზე დარგის პერსპექტივის გაზრდის მიზნით რა იქნებოდა კარგი, რომ გაკეთდეს სახელმწიფოს, სასწავლებლისა და სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე, ხელმძღვანელები პასუხობენ, რომ საჭიროა განათლების სისტემის გადახედვა, ანაზღაურების გაზრდა და საექთნო საქმის პოპულარიზაცია.

ხელმძღვანელი 1: პირველ რიგში უნდა იყოს კერძო სასწავლებელი აპრობირებული და მოწესრიგებული ისე რომ რეალური ცოდნის მიღება შეძლოს იქ ექთანმა სანიტარმა თუ ასე შემდეგ. აქ სწავლის სურვილი რომ გაუჩნდეს ანაზღაურება უნდა იყოს უფრო მაღალი, იმიტომ რომ დაბალი აქვს იმ კოლეჯში მისვლის სურვილიც არავის არგაუჩნდება, სამედიცინო დაწესებულებებს რაც შეეხება ჩვენი მხრიდან უნდა ვითანამშრომლოთ არიქნება ურიგო თუ მოგვმართავენ კოლეჯები ურთიერთშეთანხმებით რაღაც მემორანდუმს გავაფორმებთ და ჯკვირა რათქმუნდა ყოველგვარი ანაზღაურების გარეშე ჩვენთან ივლიან ჯკვირა სხვაგან და რაღაცას შეხედავენ.

ხელმძღვანელი 2: სახელმწიფოს დონეზე განათლების სისტემა უნდა დაიხვეწოს, რეგულირებადი სფერო უნდა გახდეს, მედლების სერტიფიცირება უნდა დაიწყოს. მედლებს უნდა ქონდეთ სახელმწიფო სერტიფიკატები სასწავლო დაწესებულებები იყვნენ აკრედიტებული. საექთნო საქმის პოპულარიზაცია უნდა ხდებოდეს ყოველდღიურად ეს იქნება სატელევიზიო ეთერებში, სკოლებში. ექთანი რეალურად რა მნიშვნელობის მქონე ადამიანიც არის ისეთი სახით მისი წარმოჩენა უნდა მოხდეს. ასეთ შემთხვევაში მსურველიც მეტი იქნება, შესაბამისად ხარისხიანი კადრიც მეტი იქნება და საბოლოო ჯამში რაღაც შედეგამდეც მივალთ.

დისკუსია

კვლევის შედეგების მიხედვით არსებობს კავშირი სამუშაო დატვირთვასა და საექთნო კადრის დეფიციტს შორის.

პროფესიის შერჩევის მიზეზებზე საუბრისას იკვეთება, რომ დღეს საექთნო საქმის არჩევის ერთ ერთი მიზეზი არის საზღვარგარეთ სწავლის გაგრძელების სურვილი.

„ნათესავი მეუბნებოდა გერმანიაში ექთნებს ძალიან მაღალი ხელფასი აქვთო, სტაჟის და გამოცდილების მიხედვით ემატებათ კიდევო. ამან კიდევ უფრო მეტი სტიმული მომცა რომ საექნოზე მესწავლა. ახლა ენის კუსებს გავდივარ და როგორც კი სწავლას დავასრულებ გერმანიაში ვაპირებ დავსაქმდე“

“დღეს ბევრი გაცვლითი პროგრამაა ევროპაში, სადაც საექთნო საქმე ერთ-ერთი მაღალანაზღაურებადი პროფესიაა.”

შედეგების მიხედვით ირკვევა, რომ საქართველოში არ არსებობს სტაჟისა და გამოცდილების მიხედვით სახელფასო განაკვეთები ექთნის პროფესიაში. ეს ერთ-ერთი ძლიერი მოტივატორი იქნებოდა ამ პროფესიის განვითარების ხელშეწყობისთვის. რესპონდენტთა ნაამბობი ცხადყოფს, რომ საექთნო საქმე ევროპის ქვეყნებში ერთ ერთი მაღალანაზღაურებადი საქმიანობაა, ამას მოწმობს ქვეყნების ჩამონათვალი, სადაც ექთნის ანაზღაურება 10 000\$ დან 55000\$-ის ფარგლებში მერყეობს წელიწადში. (Nurse Abroad 2021) ამავდროულად ევროპის ქვეყნებში ანაზღაურება განსხვავდება ექთნის სტატუსისა და კვალიფიკაციის მიხედვით. საქართველოში ამ კუთხით განსხვავება არ არის. ინტერნეტ სივრცეში განთავსებულია ბევრი წამახალისებელი პროგრამა ექთნებისათვის ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში, რაც მოცემული კვლევის მონაწილეთათვის ერთ ერთი მოტივატორიც კი გახდა საექთნო საქმის პროფესიად შერჩევისთვის.

განათლების დონის განხილვისას კმაყოფილების თვალსაზრისით ხმათა რაოდენობა თანაბრად იყოფა. საქართველოში ავტორიზებული სამედიცინო დაწესებულებებიდან 5 ანხორციელებს საექთნო საქმის საბაკალავრო პროგრამას, 20 პროფესიული კოლეჯი პრაქტიკოსი ექთნის პროგრამას. ვინაიდან ეს სფერო არარეგულირებადია საქართველოში პრობლემურია უწყვეტი საექთნო განათლება არ არსებობს საექთნო საქმიანობების ნუსხა და ექთნის დასაქმების მარეგულირებელი დოკუმენტი. ასევე დაბალია სწავლების ფინანსური

ხელმისაწვდომობა ვინაიდან ქვეყანაში არ ფინანსდება საექთნო საქმის არც ერთი სასწავლო პროგრამა. (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2019) ეს ხარვეზები ასევე განხილულია ფონდ „კურაციო“ს მიერ ჩატარებულ კვლევაშიც. (კურაციო საერთაშორისო ფონდი 2018)

„კარგი იქნებოდა კიდევ რომ იყოს გადამზადების კურსები რომ ცოტა სხვა პროფილითაც იმუშავო. აი, მაგალითად, მენეჯერულ რგოლში გადახვიდე, ადმინისტრაციაში.“ - პროფესიული ზრდის შესაძლებლობა ძალიან მწირია საექთნო საქმეში, რაც მოქმედებს პროფესიის პრესტიჟზე. საქართველოსგან განსხვავებით ევროპის ქვეყნებში ექთნის სტატუსი და როლი განსხვავებულია კვალიფიკაციის მიხედვით. (Aiken et al. 2017) ამ კუთხით გარკვეული რეაგირება და ექთნის წახალისება, როგორც რანგობრივად ისე ფინანსურად, შედეგად მოიტანს საექთნო პროფესიის დაუფლების მეტ მსურველს და დარგს გახდის უფრო პრესტიჟულს. ამ უკანასკნელზე ასევე დადებითად იმოქმედებს სტუდენტების გადამზადება კლინიკებში, რაც გაზრდის როგორც მოტივაციის ისე კადრის კვალიფიკაციის დონეს.

კვლევის ფარგლებში ასევე იკვეთება პირდაპირპროპორციული დამოკიდებულება სამუშაო დატვირთვისა და კადრის დეფიციტს შორის. მაღალი სამუშაო დატვირთვის პირობებში მცირეა პრაქტიკული საექთნო საქმიანობის გაგრძელების მსურველთა რაოდენობა. მოუწესრიგებელი სამუშაო გარემოს გამო ხშირია „გადამწვარი კადრის“ შემთხვევები, რაც აისახება მომსახურების ხარისხზე. „გადამწვარი კადრის სინდრომს“ ეხება ასევე ჟურნალ BMJ - ში გამოქვეყნებული ჯვარედინ-სექციური კვლევა, რომელიც ასევე ადასტურებს, რომ მოუწესრიგებელი სამუშაო გარემო გავლენას ახდენს შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე. (Dall'Ora et al. 2015)

„არის კლინიკები, ელემენტარული ხელთათმანი არ აქვთ, სახელმწიფომ უნდა მოახდნოს ამაზე რეაგირება და კონტროლი. თუ ექთანს ნორმალური სამუშაო პირობა აქვს ჩათვალე რომ იქ პაციენტიც უკეთესი მოვლილია.“ - როგორც ამ რესპონდენტის ნაამბობიდან ირკვევა საქართველოში არის კლინიკები, რომლებიც ელემენტარულ სამედიცინო მოთხოვნებსაც კი ვერ აკმაყოფილებს განა თუ სამუშაო პირობებს. მსგავს კლინიკებში დაბალია ნოზოკომიური ინფექციების მართვის დონე და შესაბამისად მაღალია ავადობა და დაბალია მომსახურების ხარისხი.

დასკვნა

საქართველოში პრობლემურია ექთნების რაოდენობა. დეფიციტის გამოძვევე მიზეზებად კი სახელდება დაბალი შრომის ანაზღაურება და მოუწესრიგებელი სამუშაო გარემო. საექთნო საქმე არ არის პერსპექტიული დაბალი შრომის ანაზღაურებისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების დაბალი ხელმისაწვდომობის გამო, რასაც ეხება თ.ვერულავას მიერ ჩატარებული კვლევა (ვერულავა და წიფივაძე 2015). მწვავედ დგას განათლების პრობლემა როგორც თეორიული ისე პრაქტიკული თვალსაზრისით. ხელმძღვანელთა აზრით ის სტუდენტები რომელთაც ახალი დამთავრებული აქვთ სწავლა განიცდიან, როგორც ზოგადი განათლების, ისე სპეციალიზებული ცოდნის დეფიციტს. არაერთი კვლევით დასტურდება უწყვეტი განათლების პრობლემა საექთნო საქმეში, საქართველოში ჩატარებული კვლევებიდან მოცემულ საკითხს ეხება ფონდ კურაციოს მიერ ჩატარებული კვლევა (კურაციო საერთაშორისო ფონდი 2018). ექთნის როლი შეუფასებელია სამედიცინო დაწესებულებისათვის, თუმცა ექთანი როგორც დამოუკიდებელი პერსონალი არ მოიაზრება, ქართულ რეალობაში ის ექიმის დავალების შემსრულებელ პირად არის აღქმული. არამარტო საქართველოში ექთნის როლის ადეკვატური შეფასება პრობლემურია ევროპის სხვა ქვეყნებშიც, რაც მრავალი კვლევით არის დადასტურებული, მათ შორისაა (Anderson, St. Hilaire, and Flinter 2012). პროფესიული სტიგმაც გარკვეულ როლს ასრულებს საექთნო საქმის პრესტიჟულობაში. სტიგმა მეტწილად შეიმჩნევა თანამშრომლებს შორის, ამიტომ კარგი იქნებოდა მედ პერსონალის როლებისა და კომპეტენციების გამოიკვანა. ვინაიდან დარგი არარეგულირებადია, ექთნის პოზიციაზე დასაქმების კრიტერიუმები კანონმდებლობით არ არის განსაზღვრული, რაც შედეგად

დაბალკვალიფიციურ კადრს გვადლევს. საქართველოში არსებული მდგომარეობა მოცემული თვალსაზრისით კი განხილულია შესაბამის დადგენილებაში (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2019).

რეკომენდაცია

კვლევის შედეგებსა და შემაჯამებელ დასკვნაზე დაფუძნებით, შესაძლებელია რამდენიმე რეკომენდაციის ჩამოყალიბება:

- სასურველია სახელმწიფოს მხრიდან საექთნო საქმის რეგულირება და შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზით ხელშეწყობა. აღნიშნული ხელშეწყობით მოსალოდნელია გაიზარდოს ხარისხიანი მომსახურება და ამალდეს ექთნის კვალიფიკაცია, რაც თავისთავად ხელს შეუწყობს დარგის პრესტიჟულობას და მასზე სწავლის მსურველთა მოთხოვნის გაზრდას. გადაიხედოს განათლების სისტემა და საგანმანათლებლო დაწესებულებების მიერ შემუშავებული პროგრამები.
- შეიქმნას საექთნო საქმიანობის ნუსხა.
- სასურველია უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელმისაწვდომობის ზრდა, კლინიკებსა და საგანმანათლებლო დაწესებულებებს შორის ურთიერთშეთანხმებით სტუდენტების პრაქტიკული გადამზადების შესაძლებლობის მიცემა.
- სწავლებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდა, რათა მეტი დაინტერესდეს ამ სპეციალობით.

გამოყენებული ლიტერატურა

- გოგაშვილი მათა. 2016. “საექთნო საქმის მდგომარეობა და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში.” <https://www.ug.edu.ge/storage/disertations/October2019/bj397v0YoUkx3HtJ6Zk0.pdf>.
- ვერულავა თენგიზ, წიწვივაძე დავით. 2015. “მედდების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში,” 1–23.
- კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 2018. “ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში.”
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2019. “საქართველოს მთავრობის დადგენილება საექთნო საქმის სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ.” თბილისი. <https://www.moh.gov.ge/>.
- Aiken, Linda H, Douglas Sloane, Peter Griffiths, Anne Marie Rafferty, Luk Bruyneel, Matthew Mchugh, Claudia B Maier, et al. 2017. “Nursing Skill Mix in European Hospitals: Cross-Sectional Study of the Association with Mortality, Patient Ratings, and Quality of Care.” *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>.
- Anderson, Daren R., Daniel St. Hilaire, and Margaret Flinter. 2012. “Primary Care Nursing Role and Care Coordination: An Observational Study of Nursing Work in a Community Health Center.” *Online Journal of Issues in Nursing* 17 (2): 1–10. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No02Man03>.
- Chen, Yi Chuan, Yue Liang Leon Guo, Wei Shan Chin, Nai Yun Cheng, Jiune Jye Ho, and Judith Shu Chu Shiao. 2019. “Patient-Nurse Ratio Is Related to Nurses’ Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction.” *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health 16 (23): 4801. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234801>.
- Dall’Ora, Chiara, Peter Griffiths, Jane Ball, Michael Simon, and Linda H. Aiken. 2015. “Association of 12 h Shifts and Nurses’ Job Satisfaction, Burnout and Intention to Leave: Findings from a Cross-Sectional Study of 12 European Countries.” *BMJ Open* 5 (9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>.
 - Furze, Gill, and Pat Pearcey. 1999. “Continuing Education in Nursing: A Review of the Literature.” *Journal of Advanced Nursing* 29 (2): 355–63. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00896.x>.
 - Gieter, Sara De, Rein De Cooman, Roland Pepermans, and Marc Jegers. 2010. “The Psychological Reward Satisfaction Scale: Developing and Psychometric Testing Two Refined Subscales for Nurses.” *Journal of Advanced Nursing* 66 (4): 911–22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05199.x>.
 - Grundy, John, and Beverley Ann Biggs. 2019. “The Impact of Conflict on Immunisation Coverage in 16 Countries.” *International Journal of Health Policy and Management* 8 (4): 211–21. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2018.127>.
 - Jafarian-Amiri, SeyedehRoghayeh, Ali Zabihi, and MojtabaQanbari Qalehsari. 2020. “The Challenges of Supporting Nursing Students in Clinical Education.” *Journal of Education and Health Promotion* 9 (1): 216. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_13_20.
 - Jowett, Sandra, M. Peters, H. Reynolds, and J. Wilson-Barnett. 2001. “The UKCC’s Scope of Professional Practice - Some Implications for Health Care Delivery.” *Journal of Nursing Management* 9 (2): 93–100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2001.00215.x>.
 - Kerr, Cicely, Annabel Nixon, and Diane Wild. 2010. “Assessing and Demonstrating Data Saturation in Qualitative Inquiry Supporting Patientreported Outcomes Research.” *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. Expert Reviews Ltd. <https://doi.org/10.1586/erp.10.30>.
 - Ni, Chunping, Yan Hua, Pei Shao, Gwenyth R. Wallen, Shasha Xu, and Lu Li. 2014. “Continuing Education among Chinese Nurses: A General Hospital-Based Study.” *Nurse Education Today* 34 (4): 592–97. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.013>.
 - Nurse Abroad. 2021. “Top Countries for Nurses to Work and Live.” Registered Nurses (RNs) Can Work in a Wide Variety of Places. Nursing Is an Emotionally Fulfilling and Personally Rewarding Career, with Excellent Job Prospects, a Wide Range of Areas to Specialize in, and Strong Salaries. Graduates of Nursing School Enjo. 2021. <https://nurseabroad.in/top-countries-for-nurses-to-work-and-live/>.
 - World Health Organization Regional Office for Europe, World. 2015. “European Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery towards Health 2020 Goals.” UN City,,Copenhagen, Denmark. <http://www.euro.who.int/pubrequest>.



Impact study of smartphones on the sleep cycle of students in Georgia

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.06>

Shri Subaa Mathy Muthuvelayutham Sangaranachiar^{1a}

Chidhambara Krishna Muthuvelayutham Sangaranachiar^{1b}

¹ School of Medicine, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

a. s_muthuvelayuthamsangaranachiar@cu.edu.ge

b. c_muthuvelayuthamsangaranachiar@cu.edu.ge

Abstract

The dawn of the 21st century heralded a new era where the traditional desktop computers, and pagers, became obsolete and smartphones became ubiquitous around the world. Everybody jumped into the tech bandwagon and each one started to get one phone for themselves according to their predilections. The rise of YouTube, Facebook, WhatsApp, and later followed by TikTok, and Instagram all happened during this time. The internet suddenly boomed with various types of content and people began consuming it. This eventually led to the concomitant increase in screen time and desk-bound behaviour. Insomnia, Sleeplessness, and various other disorders have been on the rise. The goal of the study is to investigate how young people use technology, including how much time they spend using it, why they do it, and how it affects their lifestyle. The detrimental effects of blue light on our eyes and brain are what we are focusing on in this report. In this study, we have used non-probability sampling and distributed structured questionnaires to collate data on the deleterious impact of smartphones on the sleep cycle of students. The results are evaluated considering the most recent theories, and future implications are noted.

Keywords: Smart Phones, Sleep Quality, Pittsburgh Sleep Quality Index.

Quote: Shri Subaa Mathy Muthuvelayutham Sangaranachiar, Chidhambara Krishna Muthuvelayutham Sangaranachiar. Impact study of smartphones on the sleep cycle of students in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

Introduction

Sleep is one of the most sacrosanct elements in our lives which is responsible for the preservation of several physiological systems (Cox and Olatunji, 2016). Students especially undergrad students are often seen having insomnia, fatigue, tiredness, and lethargy due to lack of good sleep and rest. The abusive usage of smartphones has led to smartphone addiction at a rapidly alarming pace (Rideout & Robb, 2018). The much vaunted “Smartphones and Tech-Boom” is now posing a humongous threat to the very basic need of man which is a good night’s sleep. The circadian rhythm—our body’s natural internal clock—is being interfered with by the electromagnetic waves and blue light that cell phones emit (Crowley et al., 2015). Both non-REM and rapid eye movement (REM) sleep is affected.

According to a study by (Sharma et al., 2010), medical students had greater rates of smartphone addiction and worse sleep quality. Poor sleep quality has now emerged as a new public health problem around the world. The amount of people waking up refreshed is low. Almost everyone falls asleep watching either Instagram reels, TikTok, or YouTube shorts which is harming their health adversely.

Smartphones have become double-edged swords empowering and equipping people with content and information on one hand and leaving people wanting in sleep on the other. The growing

salience of sleep problems has had a significant impact on society. In our study, we are going to find the impact of smartphones on students in Georgia.

Materials and Methodology

We conducted a cross-sectional study with the students in Georgia. Questionnaires were sent out in April 2024 to conduct our study. We utilized Google Forms to deliver a 14-item questionnaire with the PSQI online for our study. Non-probability, convenience, and snowball sampling techniques were used. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was included in the questionnaire along with several questions about smartphone usage. The PSQI consists of seven distinct components that were collated initially and then summed to obtain the total PSQI Global score. The questionnaire was distributed with the requirement that it be completed just once to prevent duplicate answers. There were no rewards offered to the study participants. All our participants were anonymous because the survey processes were created keeping students' privacy in mind. Before the questionnaire was distributed to the students, it was created and tested. The PSQI provided the sleep-related questions. The seven factors were medication use, daytime dysfunction, habitual sleep efficiency, quality, latency, length, and disruptions in sleep. These numbers represent a graded score ranging from 0 to 3, and the global PSQI is the sum of these scores. A score of less than five denotes high-quality sleep. A value between 5 and 21 represents poor sleep quality. Inquiries about their smartphone kind, installed apps, and most-used apps were among the topics covered in the questionnaire. Inquiries about blue light filters in their glasses and blue light screen protection were also included. The demographics segment of the survey gathered information on the student's gender, age, nationality, year, and course of study. Incomplete responses were neglected. Every participant's consent was obtained before sending the questionnaire. Microsoft Excel, IBM's SPSS Software, and Google Sheets were utilized to identify the various relationships between the variables. Each variable's frequencies have been computed.

Review of Literature

A substantial number of studies have been done by scholars and researchers globally correlating the excessive overuse of smartphones and its adverse effect on the sleep cycle (Lund et al., 2021). Recent data indicates that 65% of people living in the United Arab Emirates (UAE) do not get enough sleep. Researchers believe that smartphones cause more disruptions to sleep than other types of media (Kim et al., 2020). "A systematic review and meta-analysis conducted by (Carter et al., 2016), reported a significant association between the use of screen media devices in the sleep environment and insufficient sleep quantity, poor sleep quality, and excessive daytime sleepiness." A subsequent longitudinal study revealed that smartphone use negatively affected teenagers' sleep quality, especially on school days, corroborating this conclusion (Schweizer et al., 2017). A comparable study examining the effect of mobile phone use on sleep in Japanese adolescents discovered a correlation between increased use of mobile phones after lights out before sleep and reduced sleep length, quality, insomnia, and excessive daytime drowsiness (Munezawa et al., 2011).

A second cross-sectional study was conducted at the Postgraduate Institute of Medical Education and Research in Chandigarh and the All-India Institute of Medical Sciences in New Delhi. Researchers discovered that 128 (22.61%) of the 566 participants had a PSQI of ≥ 5 , indicating poor sleep quality as a result of excessive smartphone use (Sinha et al., 2022). A link between smartphone use and anxiety, depression, and sleep problems, was found among polytechnic students by (Kulkarni et al., 2020).

Results

Demographics of the study population: The following Table 1 elucidates the demographics of our sample population. Smartphone usage and types: -Android (63.6%) outpaced iPhone (34.1%) in terms of utilization with 2.3% using both.

Table 1. Demographics of sample population

Characteristic	Count	Percentage (%)
Total Participants	110	
Gender		
Female	66	60
Male	43	39.1
DK/NA	1	
Age Group		
18-20	22	20
21-23	61	55.5
24-26	26	23.6
DK/NA	1	0.9
Course		
Medicine	93	84.5
Others	14	15.5
Year		
3 rd year	51	46.4
4th year	20	18.2
Others	39	35.5
Nationality		
Indian	77	70
Others	33	30

Table 2. Social media apps that you use more frequently, Purposes of Smartphone use

Social media apps that you use more frequently	Percentage (%)
Tumblr	0.9%
Tiktok	9.1%
Whatsapp	20.9%
Instagram	42.7%
Youtube	25.5%
Purposes of Smartphone use	
For educational purposes	91 (82%)
For entertainment purposes (netflix, insta, etc)	98 (88.3%)
For communication (gmail, whatsapp, messenger, etc.,)	102 (91.9%)
Work	33 (29.7%)
Don't know or refuse to answer	1 (0.9%)
PSQI Central Tendency	
Valid	110
Missing	1956
Mean	7.32
Median	7.00
Mode	4 ^a
Std. deviation	3.558
Variance	12.659
Range	18
Minimum	1
Maximum	19

^a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Daily phone usage varied across participants; most used their phones for five to six hours (28.4%) or longer than 6 hours (32.1%). 80.0% didn't switch off their phone and 19.1% of people turned off their phones 30 mins before bed. Table 2 illustrates the apps that are used more frequently and the purposes of smartphone use. About half (48.2%) of the respondents used blue light filters on their screens whilst 36.4% did not. Among glass wearers (n = 59), 38 used blue light filters.

Over 40 participants reported eye pain after prolonged smartphone Analysis- The central tendency was computed for the global PSQI scores and its components (Tab 2, Fig. 1, Fig. 2). A simple linear regression test was used to check if the no. of hours of phone usage predicted the PSQI value (Fig 3). The fitted regression model was $PSQI = 4.98 + 0.45 \times (\text{hours of phone usage})$. The overall regression was statistically significant ($R^2 = 0.071$, $F(1, 108) = 8.28$, $p\text{-value} = 0.004$). It was found that the hours of phone usage impacted the PSQI ($\beta = 0.45$, $p = 0.004$). Another regression model in between switching off the phone 30 mins before sleeping and the PSQI (Fig 5.8, 5.9) showed a regression model ($7.56 + (-1.25)$). The regression showed an R square value of 0.0199 and $F(1, 108) = 2.196$, $p\text{-value} = 0.14$. The value of $\beta = -1.25$, $p = 0.14$. The linear regression between blue light and the PSQI (Fig 4) found a regression where $PSQI = 8.170 + (-1.576)$ (blue light filter). The R square value for the overall regression is 0.0433 and the F statistic ($1, 108$) = 4.891, $p\text{-value} = 0.02$. The $\beta = -1.576$. The linear regression between gender and PSQI (Fig 5) found the regression model $PSQI = 7.068 + 0.416(\text{gender})$. For the overall regression, we have an R square value of 0.0033 and F statistic ($1, 108$) = 0.359, $p\text{-value} = 0.54$. The β value = 0.416.

ANOVA Findings (Tab. 5): Every component (C1 – C7) has an F-value that is statistically significant ($p < 0.05$), meaning that there are noticeable differences between the groups for every aspect of sleep quality. A large amount of the diversity in total sleep quality is explained by group differences.

The R square value measures the variability in the dependent variable due to the independent variable and the differences in the R square values for the same regression analysis (Fig 1, Fig. 2) conducted between switching off the phone and PSQI is because one graph is a line graph, and the other is a scatter plot. The line graph may be exaggerating the R square value which has scope for future research.

Table 3. PSQI Frequency

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	1	1	.0	.9	.9
	2	4	.2	3.6	4.5
	3	10	.5	9.1	13.6
	4	14	.7	12.7	26.4
	5	14	.7	12.7	39.1
	6	9	.4	8.2	47.3
	7	7	.3	6.4	53.6
	8	8	.4	7.3	60.9
	9	12	.6	10.9	71.8
	10	12	.6	10.9	82.7
	11	7	.3	6.4	89.1
	12	2	.1	1.8	90.9
	13	3	.1	2.7	93.6
	14	5	.2	4.5	98.2
	16	1	.0	.9	99.1
	19	1	.0	.9	100
	Total	110	5.3	100	
Missing System		1956	94.7		
Total		2066	100		

Table 4 Central Tendency of PSQI Components

		Statistics							PS
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	QI
N	Valid	110	110	110	110	110	110	110	110
	Missing	2	2	2	2	2	2	2	2
Mean		1.29	1.31	1.28	.45	1.37	.18	1.34	7.32
Median		1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	7.00
Mode		0	1	1	0	1	0	1	4 ^a
Std. Deviation		1.214	1.011	.940	.874	.689	.578	.901	3.558
Variance		1.474	1.023	.883	.764	.474	.334	.812	12.659
Range		3	3	3	3	3	3	3	18
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	1
Maximum		3	3	3	3	3	3	3	19

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
C1	Between Groups	101.109	15	6.741	10.634	.000
	Within Groups	59.582	94	.634		
	Total	160.691	109			
C2	Between Groups	65.675	15	4.392	9.050	.000
	Within Groups	45.616	94	.485		
	Total	111.491	109			
C3	Between Groups	37.796	15	2.520	4.051	.000
	Within Groups	58.467	94	.622		
	Total	96.264	109			
C4	Between Groups	24.661	15	1.644	2.637	.002
	Within Groups	58.612	94	.624		
	Total	83.273	109			
C5	Between Groups	23.713	15	1.581	5.306	.000
	Within Groups	28.005	94	.298		
	Total	51.718	109			
C6	Between Groups	11.609	15	.774	2.939	.001
	Within Groups	24.755	94	.263		
	Total	36.364	109			
C7	Between Groups	33.911	15	2.261	3.889	.000
	Within Groups	54.644	94	.581		
	Total	88.555	109			

Table 5. ANOVA of PSQI components

Fig 1. Fitted Line Plot

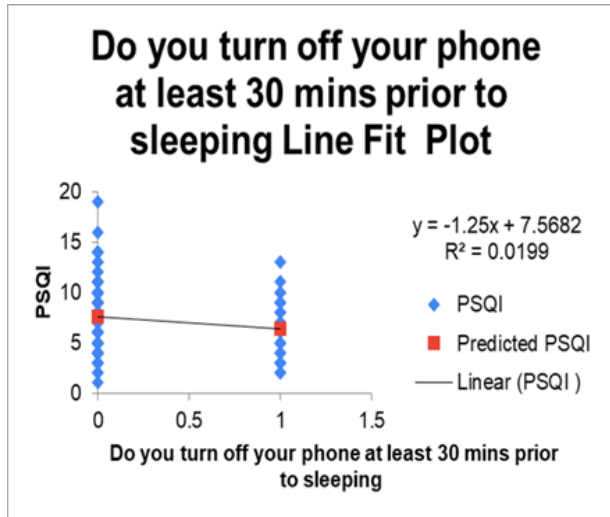


Fig 2. PSQI and switching off the phone line graph

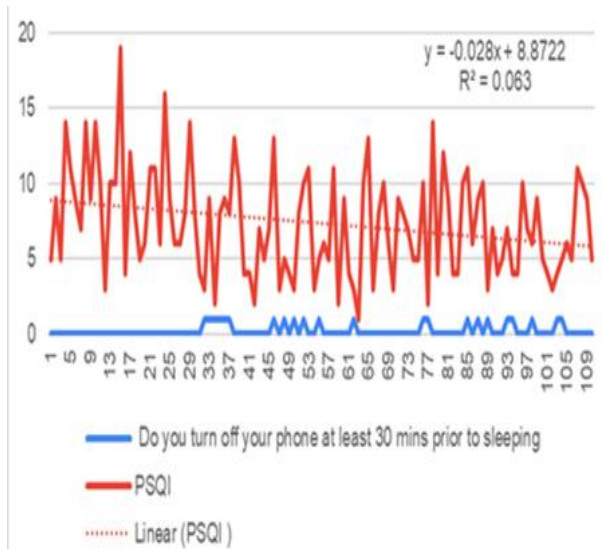


Fig 3. Regression between Phone usage hrs and PSQI.

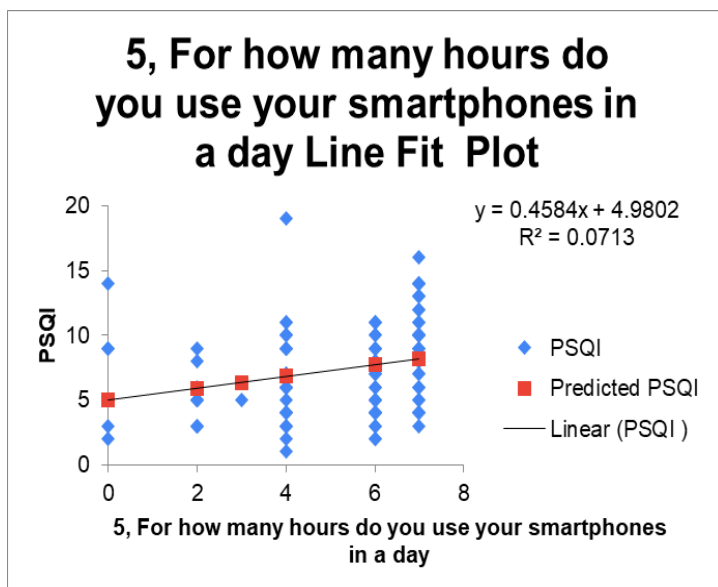


Fig 4. Blue light and PSQI (Regression)

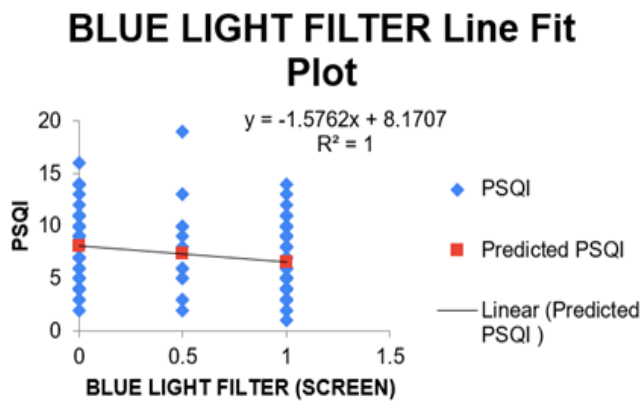


Fig 5. Gender & PSQI (Regression)

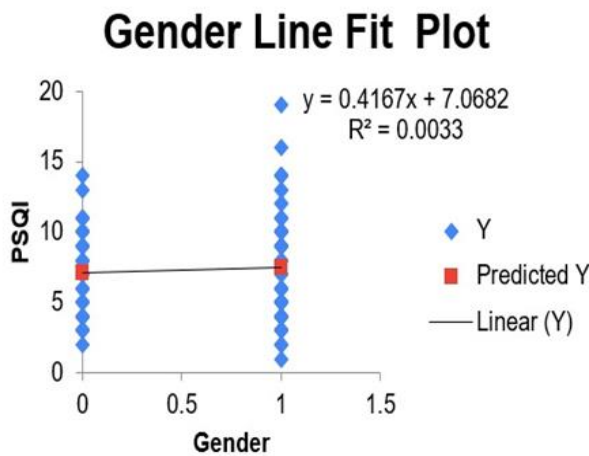
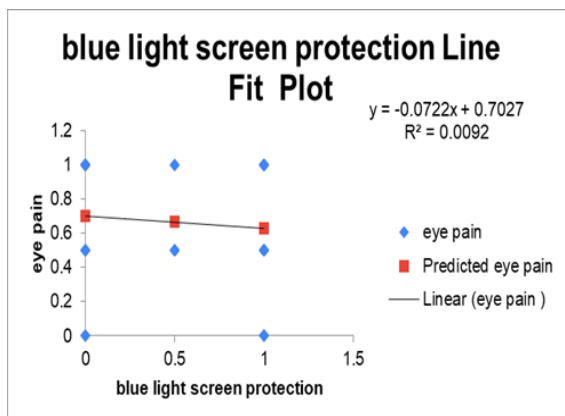


Fig 6. Blue light and eye pain (Regression)



PSQI and Phone Usage (Fig 3): PSQI increases by 0.45 units for every additional hour spent on a phone. The correlation is statistically significant ($p = 0.004$), yet phone usage only accounts for 7.1% of the variation in the PSQI.

Turning Off Phone Before Sleeping and PSQI (Fig 1, Fig. 2): There is a 1.25 unit drop in PSQI measurements when phones are turned off before bed, but there is no statistically significant correlation ($p = 0.14$).

Blue Light Filter and PSQI (Fig 4): The coefficient (-1.576) signifies that the PSQI score decreases by 1.576 points for every unit increase using blue light filters, this link is reinforced by the statistically significant p-value = 0.02.

Gender and PSQI (Fig 5): Women score roughly 0.416 units higher on the PSQI than men do.

Just over 0.33% of the PSQI variance can be explained by gender alone, and the model is not statistically significant ($p = 0.54$). The regression model (Fig 6) between the blue light filter (independent variable) and the occurrence of eye pain after prolonged use (dependent variable) showed eye pain = $0.702 + (-0.072)$ (blue light screen protection), it showed an r square value of 0.0092 and F statistic ($1 - 108$) = 1.0075, p -value = 0.31.

Discussion

Out of the sample taken we have arrived at some logical conclusions. Most of the people are suffering from poor sleep with a total PSQI range from 1 to 19.5 with the highest being 19.5 present in these students. This aligns with previous research highlighting the adverse effects of excessive smartphone usage on sleep patterns. Notably, our regression analyses demonstrated a positive correlation between increasing smartphone usage and PSQI scores, affirming the detrimental impact of prolonged screen exposure on sleep quality. The presence of blue light emitted from the phone is said to decrease the amount of melatonin produced in our body therefore decreasing the quality of sleep. Our results showed a concomitant increase in PSQI score in the absence of a blue light filter. This was consistent with earlier research that linked mobile phone use to sleep disruptions induced by light exposure and altered melatonin metabolism (Higuchi et al., 2003). While the correlation between these variables is weak it's better to be safe than sorry. The "always on," "24/7" character of society combined with easy access to media such as television, the Internet, and cell phones may have had a major role in young adults' poor sleep and sleep deprivation (Moulin et al., 2016). Prior research has indicated that using a phone close to bedtime, particularly before bed, impairs sleep quality as measured by the PSQI (Exelmans et al., 2016). In a cross-sectional study involving 9846 teenagers from Norway, 90% of the participants reported using their phones an hour before bed, and this was associated with self-reported sleep onset latency and sleep deficit (Hysing et al., 2015). The same has been shown here in this study, there has been an increased incidence of poor-quality sleep amongst those who fail to switch off their phone at least half an hour before sleeping. This is highly important as these nighttime habits of going through the phone are bad not only for our eyes but also for our bodies. There were a lot of sleep disturbances noticed amongst these people and in general there is a lack of motivation to engage in activities. The association of the blue light and eye pain showed that when there was an increase in the presence of the filter, there was a decrease in the incidence of pain albeit in our study this was not significant. There might be an intrinsic cause for eye pain as well, while that may be true from these findings it's better to take precautions for the better.

Limitations

While our study has covered some of the major topics that have been analysed deeply, we also encountered some limitations, like the sample size for our study is quite small compared to our population. Therefore, the results obtained from this study cannot be extrapolated to the public. Students from all the departments were included, although the majority were from medicine so the significance of the workload of each department on the students' sleep cycle couldn't be found. Since we used a convenience sampling method diminutive amount of bias might be there. Self-reporting bias can affect PSQI because it relies on the distribution of a questionnaire to assess a variety of characteristics in which respondents provide answers that are skewed due to their viewpoints, expectations, and beliefs (Sahin et al., 2015).

Conclusion

In summary, the purpose of our study was to demonstrate that certain people, particularly students in Georgia had poor sleep quality. The implications of our study underscore the importance of promoting awareness and implementing strategies to mitigate the adverse effects of smartphone usage on sleep quality, particularly among young adults. Future research could delve deeper into individual differences, explore the efficacy of interventions such as digital curfews or blue light filters, and investigate potential long-term consequences of chronic sleep disturbances associated with smartphone usage. The goal is to produce a youthful generation that is intelligent, capable, and aware of the positives of having a gadget-free time before sleep.

Bibliography

1. Abedalqader, F., Alhuarrat, M. A., Ibrahim, G., Taha, F., Tamimi, A. A., Shukur, M., & Elmoselhi, A. (2019). The correlation between smart device usage & sleep quality among UAE residents. *Sleep Medicine*, 63, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.04.017>.
2. Carter, B., Rees, P., Hale, L., Bhattacharjee, D., & Paradkar, M. (2016). Association between Portable Screen-Based Media Device access or use and sleep outcomes. *JAMA Pediatrics*, 170(12), 1202. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2341>.
3. Cox, R. C., & Olatunji, B. O. (2016). A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 104–129. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.001>.
4. Crowley, S. J., Cain, S. W., Burns, A. C., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2015). Increased Sensitivity of the Circadian System to Light in Early/Mid-Puberty. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 100(11), 4067–4073. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-2775>.
5. Exelmans, L., & Van Den Bulck, J. (2016). Bedtime mobile phone use and sleep in adults. *Social Science & Medicine*, 148, 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.037>.
6. Higuchi, S., Motohashi, Y., Liu, Y., Ahara, M., & Kaneko, Y. (2003). Effects of VDT tasks with a bright display at night on melatonin, core temperature, heart rate, and sleepiness. *Journal of Applied Physiology*, 94(5), 1773–1776. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00616.2002>.
7. Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. J., & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open*, 5(1), e006748. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-00674>.
8. Kim, S. Y., Han, S. S., Park, E. J., Yoo, H., Park, D. S., Suh, S., & Shin, Y. (2020). The relationship between smartphone overuse and sleep in younger children: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(7), 1133–1139. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8446>.
9. Kulkarni, D. P., Kural, S., & Naidu, L. V. R. (2019). Smart phone use and sleep disturbances, depression and anxiety in adolescents. *Public Health Review: International Journal of Public Health Research*, 6(2), 61–67. <https://doi.org/10.17511/ijphr.2019.i2.03>.
10. Lund, L., Sølvhøj, I. N., Danielsen, D., & Andersen, S. (2021). Electronic media use and sleep in children and adolescents in western countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11640-9>.
11. Moulin, K. L., & Chung, C. (2016). Technology Trumping sleep: Impact of electronic media and sleep in late adolescent students. *Journal of Education and Learning*, 6(1), 294. <https://doi.org/10.5539/jel.v6n1p294>.
12. Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Minowa, M., Suzuki, K., Higuchi, S., Mori, J., Yamamoto, R., & Ohida, T. (2011). The Association between Use of Mobile Phones after

- Lights Out and Sleep Disturbances among Japanese Adolescents: A Nationwide Cross-Sectional Survey. *Sleep*, 34(8), 1013–1020. <https://doi.org/10.5665/sleep.1152>.
13. Pittsburgh Sleep Quality Index | Center for Sleep and Circadian Science. (n.d.). Retrieved from <https://sleep.pitt.edu/psqi/>.
 14. Rideout, V., & Robb, M. B. (2018). *Social media, social life: Teens reveal their experiences*. San Francisco, CA: Common Sense Media.
 15. Şahin, S., Özdemir, K., Ünsal, A., & Temiz, N. (2013). Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(4). <https://doi.org/10.12669/pjms.294.3686>.
 16. Schweizer, A., Berchtold, A., Barrense-Dias, Y., Akre, C., & Surin, J. (2016). Adolescents with smartphone sleep less than their peers. *European Journal of Pediatrics*, 176(1), 131–136. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2823-6>.
 17. Sharma, S., & Kavuru, M. S. (2010). Sleep and Metabolism: An Overview. *International Journal of Endocrinology*, 2010, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2010/270832>.
 18. Sinha, S., Dhooria, S., Sasi, A., Tomer, A., Thejeswar, N., Kumar, S., Gupta, G., Pandey, R., Behera, D., Mohan, A., & Sharma, S. (2022). A study on the effect of mobile phone use on sleep. *Indian Journal of Medical Research*. https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_2221_21.



აღზრდის სტილი ზეგავლენა თვითშეფასებზე და მისი როლი მენტალური
ჯანმრთელობისთვის

Impact of The Rearing Style on Self-Esteem and its Role in Mental Health

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.10>

ლანა გოგიჩაშვილი^{1a} ქეთევან ჩიგოგიძე^{1b}

Lana Gogichashvili^{1a}, Ketevan Chigogidze^{1b}

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მრავალკომპონენტური კონსტრუქტია, რომლის ერთერთი შემადგენელი კომპონენტი არის ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური ასპექტი და მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანმრთელობის მთლიანობის შენარჩუნებაში. ამიტომაც დღეს მეტად აქტუალურია ისეთი ფსიქოლოგიური ასპექტების შესწავლა, როგორცაა თვითშეფასება, ფსიქოლოგიური კეთლდღეობა, ადაპტაციის დონე, მედეგობა და მათი ზეგავლენის კვლევა ინდივიდის ჯანსაღ ფუნქციონირებაზე. აგრეთვე მნიშვნელოვანია ამ ფსიქოლოგიური ფაქტორების ჩამოყალიბების და მათზე ზემოქმედების მქონე ცვლადების შესწავლა. ნაშრომის მიზანია სხვა ფსიქოლოგიურ კომპონენტებთან ერთად თვითშეფასების როლის და მისი ზეგავლენის შესწავლა ადაპტაციის დონეზე და აღზრდის სტილის ზემოქმედების კვლევას თვითშეფასების ჩამოყალიბებაზე. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 6 მდებრობითი სქესის და 3 მამრობითი სქესის პირის გამოკითხვა. **შედეგები:** ადეკვატური (საშუალო შეფასების ზედა ზღვარი) თვითშეფასება დადებით ზეგავლენას ახდენს ადაპტაციის დონეზე, რადგან ამ ტიპის შეფასების მქონე ცდისპირებს შენარჩუნებული აქვთ რეალისტური დამოკიდებულება და ჯანსაღი კრიტიკა საკუთარი თავის მიმართ. აღზრდის ავტორიტეტული სტილი ხელს უწყობს ადეკვატური თვითშეფასების ჩამოყალიბებას, ხოლო აღზრდის ავტორიტარული სტილი უარყოფით ზეგავლენას ახდენს თვითშეფასების ჩამოყალიბებაზე. **დასკვნა:** მოსახლეობის გათვითცნობიერებულობის დონის ამაღლება აღზრდის სტილთან დაკავშირებით აუცილებელია და ამ პრობლემის მართვა და მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება უნდა ითავონ პირველ რიგში სკოლებმა და შესაბამისმა სახელმწიფო სტრუქტურებმა.

საკვანძო სიტყვები: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, ჯანმრთელობის სამკუთხედი, თვითშეფასება, ჯანმრთელი ფუნქციონირება, ადაპტაციის დონე, აღზრდის სტილი.

ციტატა: ლანა გოგიჩაშვილი, ქეთევან ჩიგოგიძე. აღზრდის სტილი ზეგავლენა თვითშეფასებზე და მისი როლი მენტალური ჯანმრთელობისთვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.10>

^a l_gogichashvili2@cu.edu.ge

^b kchigogidze@cu.edu.ge

Abstract

Introduction: Public health is a multi-component construct, one of the constituent components of which is the mental and psychological aspect, and plays a significant role in maintaining the integrity of health. Today it is more relevant to study these psychological aspects, such as self-esteem, psychological well-being, level of adaptation, resilience, and the study of their impact on the healthy functioning of an individual. It is also important to study the formation of these psychological factors and the variables affecting them. The present work was aimed at studying the role of self-esteem and its influence on the level of adaptation, along with other psychological components, and researching the influence of parenting style on the formation of self-esteem. **Methodology:** As part of the qualitative research, 6 female and 3 male persons were interviewed. **Results:** An adequate (upper limit of the average estimate) self-esteem has a positive effect on the level of adaptation because the subjects with this type of assessment have maintained a realistic attitude and healthy criticism towards themselves. The authoritative parenting style contributes to the formation of adequate self-esteem, while the authoritarian parenting style has a negative impact on the formation of self-esteem. **Conclusion:** It is necessary to raise the level of awareness of the population regarding parenting style, and the management of this problem and the development of targeted programs should be the responsibility of schools and relevant State structures.

Keywords: Public health, health triangle, self-esteem, healthy functioning, level of adaptation, child-rearing styles

Quote: Lana Gogichashvili, Ketevan Chigogidze. Impact of The Rearing Style on Self-Esteem and its Role in Mental Health. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1).
<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.10>

შესავალი

ჯანმრთელობა მრავალსპექტიანი კონსტრუქტია, რომელიც შედგება ფსიქოლოგიური, ფიზიკური, სოციალური კეთილდღეობისგან. შესაბამისად, დიდი ყურადღება ეთმობა ისეთი ფსიქოსოციალური ფაქტორების კვლევას, როგორცაა სტრესი, აგრესია, დეპრესია, უიმედობა, სასოწარკვეთა, რადგან ამ ფაქტორებს პირდაპირი კავშირი აქვთ ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან და ითვლება, რომ ფსიქოსოციალური ფაქტორები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ფიზიკური თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, დღეს მეტად აქტუალურია ისეთი ფსიქოლოგიური ასპექტების შესწავლა, როგორცაა თვითშეფასება, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა, ადაპტაციის დონე, მედეგობა და მათი ზეგავლენის კვლევა ინდივიდის ჯანსაღ ფუნქციონირებაზე. აგრეთვე მნიშვნელოვანია ამ ფსიქოლოგიური ფაქტორების ჩამოყალიბების და მათზე ზემოქმედების მქონე ცვლადების შესწავლა.

თვითშეფასება განვითარებას და ჩამოყალიბებას ბავშვობასა და მოზარდობის ხანაში იწყებს. თვითშეფასება აყალიბებს, ქმნის და მოიცავს ჯანმრთელობას, ფსიქოლოგიური, ფიზიკური და სოციალური კეთილდღეობის მეშვეობით. ფიზიკური და ფსიქიკური მხარე მჭიდროდ არის ერთმანეთთან დაკავშირებული და ეს კავშირი ნათლად ჩანს თვითშეფასებასა და კეთილდღეობას შორის მიმართებაში.

ადამიანის „მე“ მოთავსებულია ჩვენი ფსიქოლოგიური სამყაროს ცენტრში და გვადლევს წარსული გამოცდილების შეფასების უნარს, აწმყოში ქცევის მართვის შესაძლებლობას და მომავლის წინასწარმტყვევლების შესაძლებლობას. როდესაც ბავშვი პუბერტატის პერიოდს უახლოვდება, ის იწყებს საკუთარი თავის შეფასებას. თვითშეფასება ყალიბდება გარშემომყოფი ადამიანების დამოკიდებულებისგან. თუ ბავშვს სიკეთით, ზრუნვით, სითბოთი ეპყრობიან, ბავშვი რწმუნდება, რომ ის უყვართ და პირიქით, თუ ბავშვი უგულუბელყოფილია, ძალადობის ან დაცინვის მსხვერპლია, ის რწმუნდება, იმაში, რომ არავის სჭირდება და არ იმსახურებს სიყვარულს და მოწონებას. ბავშვი ახდენს სოციალური გზავნილების გათავისებებას და ასე

იბადება თვითშეფასება. ბუნებრივია, რომ თვითშეფასება ასევე დამოკიდებულია ხასიათის თვისებებზე.

თვითშეფასება ფუნდამენტურად არის დაკავშირებული ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან. ცნობილია, რომ თვითშეფასების როლი შფოთვის, დეპრესიის, ყურადღების პრობლემების განვითარებაში საკმაოდ დიდია. თვითშეფასების მნიშვნელობაზე მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ ის ზეგავლენას ახდენს გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე, ემოციურ ჯანმრთელობაზე, ზოგად კეთილდღეობაზე და ცხოვრების ხარისხზე. თვითშეფასება ჩვენი ყოველდღიური ცხოვრების განუყრელი ასპექტია და არეკლავს იმ ურთიერთობებს, რომელიც ინდივიდს აქვს სოციალურ გარემოსთან (Leary და სხვ., 1995).

დადებითი თვითშეფასება ბავშვებში და ზოგადად ახალგაზრდებში სასიცოცხლოდ აუცილებელია, რადგან ის ზეგავლენას ახდენს, აზროვნებაზე, განცდებსა და გრძნობებზე, ქცევაზე, მათ უნარზე ისწავლონ და ზემოქმედებს მათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და კეთილდღეობაზე. დადებითი, იგივე ჯანმრთელი თვითშეფასების მქონე ადამიანს ზოგადად დადებითი წარმოდგენა აქვს საკუთარ თავზე და ცხოვრებისეული სტრესების მიმართ მდგრადია.

დადებითი თვითშეფასების მქონე ინდივიდები ნაკლებად არიან მიდრეკილნი შფოთვისკენ და დეპრესიისკენ. მათ ძირითადად აქვთ პოზიტიური და ჯანმრთელი დამძღვევის მექანიზმები, როდესაც უკმაყოფილებიან სტრესს და ნეგატიურ ემოციებს, აქვთ კომუნიკაციის კარგი უნარი.

თვითშეფასება და ფიზიკური ჯანმრთელობა მჭიდროდ არის ერთმანეთთან დაკავშირებული. დადებითი თვითშეფასების მქონე ინდივიდებს სხეულის აღქმაც პოზიტიური აქვთ და ნაკლებად არიან მიდრეკილნი კვებითი დარღვევებისკენ და სხეულის დისმორფული აშლილობისკენ. დადებითი თვითშეფასების მქონე ადამიანები კარგი აკადემიური მოსწრებით გამოირჩევიან, უყვართ გეგმების დასახვა და უფრო მიზანსწრაფულები არიან. მათ არ აშინებთ სირთულეები და ლიდერის უნარებიც უფრო ძლიერად აქვთ გამოხატული.

ჯანმრთელი თვითშეფასების მქონე ინდივიდები უფრო შემოქმედებითები არიან, ისინი გახსნილები არიან ახალი იდეების მიმართ. ისინი არიან უფრო მდგრადები და მარცხს უყურებენ როგორც გაკვეთილს და ახალი გამოცდილების შექმნის შესაძლებლობას. ისინი კარგად უმკლავდებიან ნეგატიურ ემოციებს, გულგატეხილობას და იმედგაცრუებას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მაღალი თვითშეფასება დაკავშირებულია მაღალი დონის აკადემიურ მოსწრებასთან, წარმატებასთან სამსახურში, ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობასთან და მედეგობასთან სტრესების მიმართ (Baumeister et al. 2003)

დაბალი თვითშეფასების მქონე ადამიანებს აქვთ არაადეკვატურობის, დაუცველობის შეგრძნებები, რაც ვლინდება მთელ რიგ ნეგატიურ ქცევაში, როგორცაა: სოციალური გაუცხოება, თვითდაზიანებისკენ სწრაფვა, ადიქცია, დეპრესია. დაბალი თვითშეფასება საკმაოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში და ზეგავლენას ახდენს ინდივიდის კეთილდღეობაზე.

დაბალ თვითშეფასებასთან დაკავშირებული რისკებია: დეპრესია, შფოთვა, სტრესი, სოციალური იზოლაცია, ნივთიერების მოხმარება. დაბალი თვითშეფასება საფუძვლად უდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს; მისი გამოსწორება სრულიად შესაძლებელია სწორად დაგეგმილი ფსიქოლოგიური ინტერვენციებით.

დაბალი თვითშეფასება სადიაგნოსტიკო კრტიერიუმადაც კი ითვლება და არის სხვადასხვა ტიპის ფსიქიკური აშლილობის შემადგენელი კომპონენტი, როგორცაა გუნებ - განწყობილების ცვლილება, შფოთვითი აშლილობები, ანორექსია, ბულიმია, შიზოაფექტური აშლილობა, ყურადღების დეფიციტი, დასწავლის პრობლემები, ენის დაბმა და ბორძიკი,

ნივთიერების მოხმარება, ენურეზი და სხვა. აგრეთვე ანტოსოციალური პიროვნული აშლილობა, ქცევითი აშლილობა და ა.შ.

ფსიქიკური აშლილობა და თვითშეფასება მჭიდროდ არიან ერთმანეთთან დაკავშირებული და დაბალი თვითშეფასება შესაძლოა იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მანიშნებელი. არაადეკვატურად მაღალი თვითშეფასება ასევე ყურადღება მისაქცევია, რადგან ის პირველ რიგში ინდივიდის მოწყვლადობის მაჩვენებელია (Zeigler-Hill & Jordan, 2010). დაბალ თვითშეფასებასთან ასოცირებულია - დეპრესია (Orth et al. 2009), შფოთვა (Henning et al. 2007), ანორექსია (Gual et al. 2001), ბულიმია (Kug'u et al. 2006), ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება (Dooley et al. 2005), ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა (Wu et al. 2006), შიზოფრენია (Barrowclough et al. 2003), მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა (Zeigler-Hill & Abraham 2006).

დაბალი თვითშეფასების მქონე ინდივიდები უფრო ხშირად განიცდიან ფსიქოლოგიურ და სომატურ პრობლემებს და უფრო ხშირად ხვდებიან სტრესულ სიტუაციებში, ვიდრე მაღალი თვითშეფასების მქონე ინდივიდები (DeLongis და სხვ., 1988). ასევე დაბალი თვითშეფასების მქონე ინდივიდები უფრო ადვილად ხდებიან ავად და ხშირად ეცვლებათ გუნებ-განწყობილება. აქედან გამომდინარე, ბევრი ფსიქოლოგი თვლის, რომ დაბალ თვითშეფასებასა და სუსტ ჯანმრთელობას შორის არსებობს მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები. დაბალმა თვითშეფასებამ შეიძლება მიგვიყვანოს: 1) ინტერესის დაქვეითებამდე სწავლის პროცესში, 2) ფრუსტრაციის მომატებულ დონემდე და უარყოფით ემოციებამდე, 3) მეგობრების შექმნის და შენარუჩენების უუნარობამდე, 4) საკუთარ თავში დაურწმუნებლობამდე, 5) იზოლირებულობის მოთხოვნილებამდე, 6) ახლის ათვისების და შესწავლის უუნარობამდე, 7) წარუმატებლობასთან ვერ გამკლავებამდე.

ამგვარად, თვითშეფასების მნიშვნელოვანი როლის გაცნობიერება და მის ამაღლებაზე და ადეკვატურობაზე მუშაობა დადებით ზეგავლენას ახდენს ზოგად კეთილდღეობაზე და ცხოვრების ხარისხზე, რაც პირდაპირ კავშირშია ინდივიდის ზოგად ჯანმრთელობასთან და ჯანსაღ ფუნქციონირებასთან. თვითშეფასებასთან დაკავშირებული პრობლემების არსებობის დროს რეკომენდირებულია ფსიქოთერაპიული ინტერვენცია და აუცილებელია, რომ დაბალი თვითშეფასების მქონე ინდივიდებმა გააცნობიერონ თავისი დადებითი მხარეები და მიიღონ საკუთარი თავი, ისეთი როგორებიც არიან (Zeigler-Hill & Abraham, 2006).

თვითშეფასების საკითხის სრულყოფილად გააზრებისთვის აუცილებელია გავითვალისწინოთ ის ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ თვითშეფასების ჩამოყალიბებაში. ერთერთი ძირითადი ფაქტორია ალზრდის სტილი, რადგან, ყურადღება და ზრუნვა, რომელსაც ინდივიდი იღებს გარემოდან და საზოგადოების წევრებისგან დადებით როლს ასრულებს ადეკვატური თვითშეფასების ჩამოყალიბებაში. თუ ინდივიდს მაღალი თვითშეფასება აქვს, ის სავარაუდოდ, არის უფრო წარმატებული, ბედნიერი, თვითკმარი და საკუთარ თავში დარწმუნებული.

დღეს უკვე არავინ დავობს იმაზე, რომ მშობლის ალზრდის სტილი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ბავშვებზე, მათ სამომავლო სტრეს-შედეგობაზე, ადაპტაციის დონეზე, რაც დიდწილად დაკავშირებული მათ თვითშეფასებასთან და აისახება მათი ცხოვრების ხარისხზე და სამომავლო თვითრეალიზაციაზე (Sanvictores & Mendez, 2022). ალზრდის სტილი, ასევე გავლენას ახდენს პიროვნების და ქცევის ფორმირებაზე (Wenar & Kerig, 2000).

ბავშვების ალზრდა და განვითარება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტია საზოგადოების მომავლის ჩამოყალიბებაში (Tsui, 2009). ბავშვის განვითარებაზე მოქმედი ფაქტორების უკეთ გააზრება მთავარია ისეთი გარემოს შესაქმნელად, რომელიც ხელს შეუწყობს ბავშვის ჯანსაღ და ხარისხიან განვითარებას (Berk, 2015; Britto et al., 2017).

ერთ-ერთი ფაქტორი, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვების განვითარებაზე, არის მშობლების ან აღზრდელის მიერ არჩეული აღზრდის სტილი. ბავშვთა დაცვის კანონის 26-ე მუხლის 26-ე მუხლის თანახმად: „მშობლებს ეკისრებათ მოვალეობა და პასუხისმგებლობა შვილების მომავალზე, განათლებასა და დაცვაზე“. აღზრდის ეს სტილი მოიცავს სხვადასხვა აქტივობებს, ნორმებსა და ღირებულებებს, რომლებიც აყალიბებს ბავშვების გამოცდილებას ოჯახში. აღზრდის სტილი არის ძირითადი ფაქტორი ბავშვების განვითარების ფორმირებაში (Wood et al., 2003; Darling & Steinberg, 2017). აღზრდის ჯანსაღ გავლენას შეუძლია დაეხმაროს ბავშვებს გაიზარდონ და განვითარდნენ მათი ცხოვრების ყველა ასპექტში, როგორც ფიზიკური, ემოციური, სოციალური და კოგნიტიური განვითარება (Evans et al., 2020; Van IJzendoorn & Juffer, 2006). არაჯანსაღმა და არაადეკვატურმა მშობელმა შეიძლება მუდმივი ნეგატიური ზეგავლენა იქონიოს ბავშვების მომავალზე (Lehman & Repetti, 2007). მშობლები არიან პირველი ადამიანები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ბავშვის განვითარებაზე, მაგრამ სამწუხაროდ, ბევრი მშობელი ჯერ კიდევ ვერ აცნობიერებს ამას (Lauer et al., 2010). მშობლების არასაკმარისმა ინფორმირებულობამ ან ამ საკითხის იგნორირებამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვების მიმართ უნებლიე ძალადობაც კი (Batler and Bauld, 2005). რა თქმა უნდა, ეს არ მოხდება, თუ მშობლები გააცნობიერებენ, რომ მათი ქმედებები უარყოფით გავლენას ახდენენ მათი შვილის განვითარებაზე (Eccles & Harold, 1993). გარდა ამისა, მშობლები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ იმის განსაზღვრაში, თუ რა მიმართულებით განვითარდება ბავშვი, როგორც პიროვნება (Ge et al., 1996). ამიტომ აუცილებელია მკაფიო მიმართულებების მიცემა და ბავშვების დამოუკიდებულებებისა და ქცევის კორექტირება (Kossek & Ozeki, 1998). მშობლები ასევე ძალიან მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ბავშვის მორალის ჩამოყალიბებაში, რომელიც უნდა განვითარდეს ადრეული ასაკიდანვე (Kohlberg, 1964; Turiel, 2008). ეს მიზნად ისახავს მოზარდების სოციალიზაციას (Damon et al., 2019). აღზრდა გულისხმობს ყველა ქმედებას, ქცევას და გადაწყვეტილებას, რომელიც მიიღო მშობლების ან მეურვეების მხრიდან ბავშვმა აღზრდისას (Zaki, 2013). თუმცა, აღზრდის სტილი შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს სხვადასხვა ფაქტორების გამო, როგორც კულტურა, ეკონომიკა და სოციალური გარემო (Spera, 2005). გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია აღზრდის მოდელების და პატერნების და მათი ზეგავლენის შესწავლა ბავშვის ჩამოყალიბების პროცესში (Hines & Holcomb-McCoy, 2013).

მშობლის მიერ გამოყენებული აღზრდის სტილი იყოფა რამდენიმე ჯგუფად: ავტორიტარული, ავტორიტეტული, პერმისიული, ინდიფერენტული. განვიხილოთ თითოეული.

ავტორიტარული სტილით აღზრდილი ბავშვები გამოირჩევიან დისციპლინასადმი დაქვემდებარებულობით. ამ ტიპის აღზრდის სტილი ბავშვებში ხელს უწყობს აგრესიის მაღალი დონის ჩამოყალიბებას. ამ სტილით აღზრდილი ბავშვები აგრეთვე შესაძლოა ჩამოყალიბდნენ მორცხვ და გაუბედავ ინდივიდებად და სამომავლოდ გაუჭირდეთ გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღება. მათ აგრეთვე უჭირთ ემოციების მართვა და იმპულსის კონტროლი და ხშირად უჩნდებათ ამბოხების და პროტესტის გამოთქმის სურვილი.

ავტორიტეტული სტილით აღზრდილი ბავშვები, როგორც წესი ადეკვატურად აფასებენ სიტუაციას. ისინი ახერხებენ მიზნების მიღწევას და საკუთარი მოლოდინების დაკმაყოფილებას, რადგან ადაპტაციის მაღალი დონით გამოირჩევიან და როგორც წესი სტრეს-ტოლერანტულები არიან. მათ არ უჭირთ კომუნიკაციის დამყარება, არიან პასუხისმგებლები, ახერხებენ ნეგატიური ემოციების რეგულირებას და მათთან გამკლავებას; აქვთ საკუთარი თავის რწმენა. მათ აქვთ გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღების უნარი და მიზანსწრაფულები და მდგრადები არიან. როგორც წესი, ისინი კარგად სწავლობენ და მაღალი აკადემიური მოსწრებით გამოირჩევიან.

პერმისიული სტილით აღზრდილი ინდივიდები არ არიან დისციპლინირებულები, არიან თავნება და განებივრებულები. არ ექვემდებარებიან რეჟიმს, მათ ბევრი უაროფითი თვისება აქვთ, არიან იმპულსურები, მომთხოვნები, ეგოისტები და უჭირთ იმპულსის რეგულირება.

ინდიფერენტული სტილით აღზრდილი ინდივიდები არიან დამოუკიდებლები, მდგრადები, მაგრამ ხისტები და მკაცრები. მათ უჭირთ ემოციების კონტროლი და სტრესის დასაძლევად არც თუ ისე ეფექტურ სტრატეგიებს ირჩევენ. როგორც წესი, უჭირთ სწავლა და მათი აკადემიური მოსწრება მაღალი არ არის და რაც მთავარია, მათ უჭირთ სოციალური კონტაქტების დამყარება და შენარჩუნება.

მშობლის აღზრდის სტილის ზეგავლენა მნიშვნელოვან დადს ასვამს ბავშვის განვითარებას და ზრდასრულ ასაკშიც იჩენს თავს, რადგან აღზრდის სტილი ზეგავლენას ახდენს ინდივიდის ქცევის სტილზე, სოციალიზაციის პროცესზე და პიროვნული სტრუქტურის ფორმირებაზე (Kuczynski, L 2003).

როგორც ვხედავთ, აღზრდის სტილი არა მარტო პირდაპირ ზეგავლენას ახდენს ბავშვების და მოზარდების განვითარებაზე, არამედ მას ხანგრძლივი ზემოქმედება აქვს მოზარდების პიროვნულ და სხვა ფსიქოლოგიურ მახასიათებლებზე (Rohner & Britner, 2002; Rohner et al., 2005). აღზრდის სტილი, თვითშეფასება და ფსიქიკური ჯანმრთელობა მჭიდრო კორელაციაშია ერთმანეთთან და თვითშეფასება აღზრდის სტილსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის მედიატორის როლს ასრულებს.

კვლევის მიზანია იმ ფაქტორების შესწავლა, რომელიც აძლიერებს ინდივიდის მედეგობას სტრესების მიმართ და ხელს უწყობს ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და ადამიანის ჯანსაღ ფუნქციონირებას.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა თვისობრივი მეთოდი. კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდნენ სტუდენტები, რომელთა შერჩევა მოხდა პირადი კონტაქტებიდან. მათი ასაკი უნდა ყოფილიყო 17 დან 30 წლის ჩათვლით. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ექვსმა მდედრობითი სქესის და სამმა მამრობითი სქესის პირმა. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო სხვადასხვა სპეციალიზაციით მომუშავე სტუდენტებმა (სოციოლოგია, კომპიუტერული მეცნიერება, დიპლომატია, ბიზნეს ადმინისტრირება, ინგლისური ფილოლოგია, პიარი და სტრატეგიული კომუნიკაცია, არქიტექტურა). მათ უწევთ ერთმანეთისგან განსხვავებულ საქმეებში ჩართვა, რაც გვადლევს შესაძლებლობას, ვიწრო სპეციალიზაციის მიხედვით, დავინახოთ განსხვავებები. ასევე სტუდენტები დაიყო ორ კატეგორიად - მაღალი და საშუალო აკადემიური მოსწრებით.

თვითშეფასების გამოსაკვლევად გამოყენებულ იქნა როზენბერგის თვითშეფასების სკალა (Rosenberg's Self-Esteem Scale – RSES), რომელიც შემუშავებულია 1965 წელს ამერიკელი სოციოლოგის, მორისონ როზენბერგის მიერ. „ხანდაზმულობის“ მიუხედავად, ის დღესაც თვითშეფასების გასაზომი ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული ტესტია. ასევე გამოყენებულ იქნა მშობლის აღზრდის სტილის კითხვარი, რომელის საშუალებითაც ვლინდება აღზრდის სტილები: ავტორიტეტული აღზრდის სტილი, ავტორიტარული აღზრდის სტილი, პერმისიულ - ინდიფერენტული.

შედეგები

კვლევამ აჩვენა, რომ მშობლის აღზრდის ავტორიტეტული სტილი განაპირობებს ადეკვატურ თვითშეფასებას. მშობლები, რომლებიც ირჩევენ აღზრდის ავტორიტეტულ სტილს, ხარჯავენ დროსა და ენერგიას, რათა თავიდან აიცილონ ქცევის პრობლემები მათ წარმოქმნამდე. ისინი კარგი ქცევის წასახალისებლად ასევე იყენებენ პოზიტიური

დისციპლინის სტრატეგიებს, როგორცაა შექმნა და პოზიტიური განმტკიცება, რაც სავარაუდოდ არის სამომავლოდ ბედნიერების და წარმატების საწინდარი.

„ბავშვობაში სხვებს ძალიან მოვწონდი და ძალიან კარგად მექცეოდნენ. ვფიქრობ, რა მიზნებიც დავისახე ყველაფერს მივალწევ, თუ არ გამართლდება ჩემი მოლოდინები, პოზიტიურად შევხედავ და კიდევ ვცდი“.

რესპოდენტი 23 წლის

„ჩემი აზრით, ძლიერი ვარ, ძალიან მიყვარს სიმართლის ჯიუტად დაცვა. არ მიყვარს ადამიანების უსამართლოდ ჩაგვრის ყურება თუმცა, რეინჯერებივით გაბედული და უშიშარი არ ვარ“.

რესპოდენტი 24 წლის

„ვარ მასწავით ემპათიური. ბებიას გულთან ახლოს მიაქვს ყველაფერი და ყველა სიტუაციიდან პოულობს გამოსავალს, მეც ასეთი მინდოდა ვყოფილიყავი“.

რესპოდენტი 23 წლის

„მთავარი მოლოდინი სკოლის დამთავრების შემდეგ ჩემი საყვარელი საქმიანობა მეპოვნა და დამოუკიდებელ პიროვნებად ჩამოვყალიბებულიყავი გამართლდა“.

რესპოდენტი 26 წლის

„რაზეც ბავშვობაში ვოცნებობდი, მიზნად ვისახავდი, ყველა მიზანი რეალობად ვაქციე. ვისწავლე, ვმუშაობ სტაბილურ სამუშაო გარემოში, დავოჯახდი, მყავს უკარგესი მეგობრები რომლებსაც ვენდობი“.

რესპოდენტი 24 წლის

მიღებული შედეგები შემდეგია:

- ცდისპირი N1 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების საშუალო დონე
- ცდისპირი N2 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების საშუალო დონე
- ცდისპირი N3 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების საშუალო დონე
- ცდისპირი N4 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების საშუალო დონე
- ცდისპირი N5 - ავტორიტარული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების დაბალი დონე
- ცდისპირი N6 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების მაღალი დონე
- ცდისპირი N7 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების საშუალო დონე
- ცდისპირი N8 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების მაღალი დონე
- ცდისპირი N9 - ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - თვითშეფასების საშუალო დონე

როგორც ვხედავთ, 9-დან 8 ცდისპირს დაუდგინდა ავტორიტეტული აღზრდის სტილი, 7 მათგანს აღმოაჩნდა შეფასების საშუალო დონე, 1-ს მაღალი დონე, უმეტესობას დაუდგინდა უსაფრთო მიჯაჭვულობის სტილი. მხოლოდ ერთ ცდისპირს დაუდგინდა ავტორიტარული აღზრდის სტილი და შესაბამისად მშფოთვარე აღზრდის სტილი და თვითშეფასების დაბალი დონე. მხოლოდ ერთ ცდისპირს, რომელსაც ავტორიტეტული აღზრდის სტილი დაუდგინდა, აქვს განრიდებული მიჯაჭვულობის სტილი, რასაც ვხსნით მასსა და მის როლურ მოდელს შორის საგრძნობი დისტანციით, თუმცა მას აქვს კარგი ადაპტაციის დონე, რაც ავტორიტეტული აღზრდის სტილის დამსახურებაა.

როზენბერგის თვითაპტივისციემის სკალის მიხედვით მიღებული შედეგების ანალიზი

მაღალი საშუალო - რაც იმას ნიშნავს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ცდისპირი მერყეობს და არ არის ბოლომდე დარწმუნებული საკუთარ თავში და სჭირდება განმტკიცება. თუმცა, სხვა კონკრეტულ სიტუაციაში ის თავს გრძნობს კომპეტენტურად და დარწმუნებულია თავის გადაწყვეტილებაში. მას აქვს ზომიერების შეგრძნება და შეუძლია სიტუაციის ადეკვატურად

შეფასება. სიტუაციაში, რომელიც მისთვის დისკომფორტულია, ის მერყეობს, თუმცა, მისთვის კომფორტულ სიტუაციაში ის დარწმუნებულია საკუთარ კომპეტენციაში. მას აქვს სიტუაციის ადეკვატურად შეფასების უნარი. აქვს საკუთარი თავის მიმღებლობა და მისთვის აუცილებელი არ არის, რომ დატოვოს განსაკუთრებული შთაბეჭდილება და ყველას მოსწონდეს. თავისი ზომიერებიდან გამომდინარე, მას აქვს ნორმალური ურთიერთობების დამყარების უნარი, კონტაქტურია. შეიძლება ითქვას, რომ მას თვითშეფასება და თვითპატივისცემა საკმაოდ ადეკვატური აქვს და ობიექტურად აფასებს თავის ღირსებებს და უარყოფით მხარეებს. მას შეუძლია აღიაროს, როდესაც არასწორია, მაგრამ ამ დროს თავს არ იგვემს, ეგუება მომხდარს და იმას, რისი შეცვლაც არ შეიძლება და შეუძლია კორექტივი შეიტანოს იმაში, რაშიც შესაძლებელია. - ცდისპირი N1; N2; N3; N4; N7; N8 N9.

შეიძლება ითქვას, რომ N5 ცდისპირს, რომლის შეფასება აღმოჩნდა დაბალი, ახასიათებს არაკომპეტენტურობა, არაადეკვატურობა და ცხოვრებისეული გამოწვევების წინაშე დგომის სირთულე. ის, შესაძლოა, ბალანსირებს თვითპატივისცემასა და თვითგვემას შორის, წარმატება მას თავბრუს ახვევს და მწვერვალზე აყავს. თუმცა, ასევე შესაძლოა მძაფრი რეაქცია ქონდეს წარუმატებლობაზე და თვითშეფასება მკვეთრად დაბლა იწევს და ის მწვერვალთან პირდაპირ უფსკრულში აღმოჩნდება. მისი თვითშეფასება მერყეობს ერთი პოლუსიდან მეორემდე.

მშობლის აღზრდის სტილის კითხვარის მიხედვით მიღებული შედეგების ანალიზი

ავტორიტეტული აღზრდის სტილი - შეიძლება ითქვას, რომ მისი მშობლები ხარჯავდნენ დროსა და ენერგიას, რათა თავიდან აეცილებინათ ქცევის პრობლემები მათ წარმოქმნამდე. ისინი კარგი ქცევის წასახალისებლად ასევე იყენებდნენ პოზიტიური დისციპლინის სტრატეგიებს, როგორცაა შექება და პოზიტიური განმტკიცება. შეიძლება ითქვას, რომ მას აქვს ადაპტაციის კარგი უნარი, რაც სავარაუდოდ არის სამომავლოდ ბედნიერების და წარმატების საწინდარი. მას ასევე, დიდი ალბათობით, არ გაუჭირდება გადაწყვეტილებების მიღება და უსაფრთხოების რისკების დამოუკიდებლად შეფასება. - ცდისპირი N1; N2; N3; N4; N6; N7; N8; N9.

ავტორიტარული აღზრდის სტილი - რაც შეეხება N5 ცდისპირს, შეიძლება ითქვას, რომ ის აღიზარდა მკაცრი ხელმძღვანელობით, ძალის გამოყენებით და მისი ინიციატივების ჩახშობით. სავარაუდოდ მშობელი მას უპირობო მორჩილებას და წინასწარ განსაზღვრული წესებით მოქმედებას სთხოვდა. მისი მხრიდან ნებისმიერ წინააღმდეგობას და ინიციატივას კი, შესაძლოა ფსიქოლოგიური ზეწოლა, ფიზიკური დასჯა ან მუქარა მოჰყვებოდა. მას გარდატეხის ასაკში შესაძლოა გაუჩნდა „ახლა ჩემი დროა“-ს მომენტი. ის შესაძლოა საკუთარ თავში დაურწმუნებელი ან აგრესიულობისკენ მიდრეკილი გაიზარდა.

დასკვნა

ამგვარად, შეიძლება დავასკვნათ:

- ადეკვატური თვითშეფასება მართლაც მერყეობს საშუალო დონის ზედა ზღვარსა და მაღალი დონის თვითშეფასების საწყის ზღვარს შორის;
- ადეკვატური, იგივე პოზიტიური თვითშეფასება განაპირობებს საკუთარი თავის მიმართ რეალისტურ დამოკიდებულებას;
- ადეკვატური, იგივე პოზიტიური თვითშეფასება განაპირობებს სტრეს-მედეგობას;
- დაბალი თვითშეფასება ყოველთვის არ არის დაბალი ადაპტაციის დონის მაჩვენებელი;
- დაბალი თვითშეფასება დიდწილად ავტორიტარული აღზრდის სტილით არის განპირობებული;
- ადეკვატური თვითშეფასება მერყეობს საშუალო დონის ზედა ზღვარსა და მაღალი დონის თვითშეფასების საწყის ზღვარს შორის;

- ადევკატური, იგივე პოზიტიური თვითშეფასება განაპირობებს საკუთარი თავის მიმართ რეალისტურ დამოკიდებულებას;
- ადევკატური, იგივე პოზიტიური თვითშეფასება განაპირობებს სტრეს-მედეგობას;
- მშობლის აღზრდის ავტორიტეტული სტილი განაპირობებს ადევკატურ თვითშეფასებას და საკუთარ თავში დარწმუნებულობას, რაც დადებითად აისახება ინდივიდის ფუნქციონირებაზე და ჯანმრთელობაზე;
- დაბალი თვითშეფასების მქონე ინდივიდი უფრო ადაპტურია და მეტი რესურსი აქვს, თუ მისი მშობლები ავტორიტეტულ აღზრდის სტილს იყენებდნენ;
- დაბალი თვითშეფასება ყოველთვის აღზრდის სტილით არ არის განპირობებული;
- მშობლის აღზრდის ავტორიტარული სტილი განაპირობებს დაბალ თვითშეფასებას და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობას, რაც უარყოფითად აისახება ინდივიდის ფუნქციონირებაზე და ჯანმრთელობაზე.

მშობლის აღზრდის სტილს აქვს მნიშვნელოვანი როლი ადევკატური თვითშეფასების განვითარებაში. როდესაც მშობელი ხელმისაწვდომია საჭირო სიტუაციაში, გამოხატავს ყურადღებას და შვილს აძლევს პოზიტიურ განმტკიცებას, ეს სამომავლოდ აისახება საკუთარ თავში დარწმუნებულობაზე.

ავტორიტეტული სტილი ხშირ შემთხვევაში განაპირობებს უსაფრთხო მიჯაჭვულობის სტილს, რაც ცდისპირების უმეტესობას აღმოაჩნდა, ეს ნიშნავს იმას, რომ ინდივიდი თავს გრძნობს უსაფრთხოდ და დაცულად, შესაბამისად მათ მოსწონთ საკუთარი პოზიცია და იქ დგანან სადაც უნდათ რომ იდგნენ.

მშობლები არსებით და მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ბავშვის და მოზარდის ჩამოყალიბებაში და მათი აღზრდის სტილი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს და კვალს ტოვებს ბავშვის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ემოციურ კონტროლზე, სოციალურ ადაპტაციაზე და აკადემიურ მოსწრებაზე.

კვლევამ აჩვენა, რომ ზედმეტად მკაცრმა მოპყრობამ და დაუნდობელმა კრიტიკამ, რაც ავტორიტარული სტილისთვის არის დამახასიათებელი შესაძლოა ბავშვი ან მოზარდი მიიყვანოს დეპრესიამდე და სუიციდალურ იდეაციამდეც კი. პოზიტიური აღზრდის სტილი, იგივე ავტორიტეტული სტილი ყველაზე კარგად აისახება ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, სოციალურ ადაპტაციაზე.

ამგვარად, აუცილებელია, რომ ყველა დონეზე (ოჯახის, სკოლა, სახელმწიფო) მოხდეს აღზრდის სტილის მნიშვნელობის გაცნობიერება ბავშვის ჯანმრთელი განვითარებისათვის, რაც შეამცირებს ისეთი ფსიქოლოგიური პრობლემების წარმოქმნას, როგორცაა: ფსიქიკური ავადობა და არაადევკატური ადაპტურობა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Barrowclough C, TARRIER N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol.* 112(1):92-9.

Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35–45. <https://doi.org/10.1080/0968763042000275308>.

Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychol Sci Public Interest.* 2003 May;4(1):1-44.

Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, Perez-Escamilla R, Rao N, Ip P, Fernald LCH, MacMillan H, Hanson M, Wachs TD, Yao H, Yoshikawa H, Cerezo A, Leckman JF, Bhutta ZA; Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet.* 2017 Jan 7;389(10064):91-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3.

Damon M, Cole DH, Ostrom E, Sterner T. (2019), Grandfathering: Environmental Uses and Impacts. *Review of Environmental Economics and Policy* 13(1).

Darling & Steinberg, (2017), Parenting Style as Context: An Integrative Model In Book: *Interpersonal Development* (pp.161-170)

DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486–495.

Eccles & Harold (1993), Parent-school involvement during the early adolescent years. *Journal ArticleDatabase: APA PsycInfo. Teachers College Record*, 94(3), 568–587.

Evans et al., (2020), Characterising the evidence base for advanced clinical practice in the UK: a scoping review protocol 0(5):e036192. *Pub. Med.*

Ge, X., Conger, R. D., Cadoret, R. J., Neiderhiser, J. M., Yates, W., Troughton, E., & Stewart, M. A. (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32(4), 574–589. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.574>

Hines & Holcomb-McCoy. (2013). Parental Characteristics, Ecological Factors, and the Academic Achievement of African American Males. *Journal of counseling and development*, 91(1).

Henning ER, Turk CL, Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 24(5):342-9.

Kohlberg, L. (1964) Development of Moral Character and Moral Ideology. In: Hofmann, M.L., Hofmann, L.W., Eds., *Review of Child Development Research*. Russell Sage Foundation, New York.

Kossek & Ozeki (1998). Work-Family Conflict, Policies, and The Job-Life Satisfaction Relationship: A Review and Directions for Organizational Behavior-Human Resources Research *Journal of Applied Psychology* 83(2):139-149

Kuczynski, L. (2003). Beyond Bidirectionality: Bilateral Conceptual Frameworks for Understanding Dynamics in Parent-Child Relations. In L. Kuczynski (Ed.), *Handbook of Dynamics in Parent-Child Relations* (pp. 3-24). Thousand Oaks, CA: SAGE Publishing.

Lauer L, Gould D, Roman N, Pierce M. (2010), Parental behaviors that affect junior tennis player development. *Psychology of Sport and Exercise* 11(6):487-496

Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *J Abnorm Psychol*. 118(3):472-8.

Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance–rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science*, 36(1), 15–47.

Rohner, RP, Britner PA. (2005), Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, and Implications. Volume 36, Issue 1 In book: *Handbook for the Study of Parental Acceptance and Rejection*.1-35.

Turiel, E. (2008). Thought about actions in social domains: Morality, social conventions, and social interactions. *Cognitive Development*, 23(1), 136–154.

Sanvictores T, Mendez MD. (2022). Types of Parenting Styles and Effects On Children. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024

Spera C. (2005), A Review of the Relationship among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17, 125-146.

Van IJzendoorn & Juffer, (2006), Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 47(12):1228-45. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x.

Wenar C, Kerig P (2000), *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence* (4th ed.). McGraw-Hill.

Wood et al., (2003), Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions Source: [PubMed](#).

Zaki, J, Williams WC. (2013). Interpersonal Emotion Regulation, *Emotion* 13(5):803-810.

Zeigler-Hill, V., Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of Self-Esteem and Affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668–687.

V. Zeigler-Hill (2010). The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.



სტუდენტების დამოკიდებულებისა და სტიგმის როლის შესწავლა ფსიქიკური
ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით

Exploring stigma associated with mental health services among college students

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.02>

ლიკა გაბუნია^{1a}, თენგიზ ვერულავა^{2b}

Lika Gabunia^{1a}, Tengiz Verulava^{2b}

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

² School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები დღეს მსოფლიოში ძალიან გავრცელებულია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომა მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ ადამიანებმა დაძლიონ ფსიქიკური პრობლემები, თუმცა, ხშირად ისინი უარს ამბობენ ან ვერ იღებენ პროფესიონალური დახმარებას. ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორი, რაც ადამიანს აკავებს პროფესიონალური დახმარების მიღებისგან არის საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმა. სოციალური სტიგმა გულისხმობს საზოგადოების მხრიდან ნეგატიურ დამოკიდებულებას იმ ადამიანების მიმართ, რომელთაც ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები აქვთ. კვლევის მიზანია შეისწავლოს საქართველოში სტუდენტების დამოკიდებულება და სტიგმის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით. **მეთოდოლოგია:** კვლევაში გამოყენებულია თვისებრივი კვლევის მეთოდები. ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები კავკასიის უნივერსიტეტის სტუდენტებთან. **შედეგები:** ფსიქიკური ჯანმრთელობა სტუდენტებისათვის დიდ მნიშვნელობას ატარებს, მათ აქვს ზოგადი წარმოდგენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. თუმცა, სტუდენტებს არ აქვთ საჭირო ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ. სტუდენტებს მიაჩნიათ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღება მნიშვნელოვანია, მაგრამ ხშირად ეს შეუძლებელი ხდება სხვადასხვა ბარიერებიდან გამომდინარე. სტუდენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიღების უმთავრესი ბარიერებია საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმა, თვითსტიგმა და სერვისების სიძვირე. სტუდენტებს მიაჩნიათ, რომ სტიგმა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით მათ თაობაში შედარებით ნაკლებად არის გამოხატული, ვიდრე უფროს თაობაში.

საკვანძო სიტყვები: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური სერვისები, სტიგმა.

^a l_gabunia@cu.edu.ge

<https://orcid.org/0009-0004-5269-1656>

^b tverulava@cu.edu.ge

<https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

ციტატა: ლიკა გაბუნია თენგიზ ვერულავა. სტუდენტების დამოკიდებულებისა და სტიგმის როლის შესწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

Abstract

Introduction: Mental health problems are very common in the world today. Access to mental health services is important for people to overcome mental health problems, however, they often refuse or fail to seek professional help. One of the main factors that prevent people from seeking professional help is stigma in society. Social stigma refers to the negative attitude of society towards people who have mental health problems. The purpose of the research is to study the attitude of students in Georgia and the role of stigma in relation to receiving mental health services. **Methods:** Qualitative research methods are used in the research. In-depth interviews were conducted with students of Caucasus University. **Results:** Mental health is very important for students; they have a general idea about mental health. However, students lack the information about mental health services. Students believe that receiving mental health services is essential, but often this is not possible due to various barriers. According to the research, the main barriers to receiving mental health services among students are the stigma established in the society, self-stigma and the high cost of the services. Students believe that stigma related to mental health is less pronounced in their generation than in the older generation.

Key words: mental health, psychological services, mental health services, stigma, self-stigma.

Quote: Lika Gabunia, Tengiz Verulava. Exploring stigma associated with mental health services among college students. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობა გულისხმობს ინდივიდის ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ის ანალიზებს საკუთარ შესაძლებლობებს, შეუძლია იმუშაოს ნაყოფიერად, გაუმკლავდეს ცხოვრებისეულ სტრესებს და თავისი წვლილი შეიტანოს საზოგადოების კეთილდღეობაში. (WHO, 2022) ფსიქიკური ჯანმრთელობა ყოველი ადამიანის კეთილდღეობისთვის ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ფიზიკური ჯანმრთელობა. ის უდიდეს გავლენას ახდენს ადამიანის ემოციურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მდგომარეობაზე. (CDC, 2023)

ფსიქიკური დაავადებების დასაძლევად ხვადასხვა ფსიქოლოგიური სერვისი არსებობს. ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური საშუალება არის ფსიქოთერაპია. ხშირად ადამიანები არ ან ვერ იღებენ ფსიქოლოგიურ სერვისებს. ფსიქოლოგიური სერვისების მიღების ერთ-ერთი უმთავრესი ბარიერია სტიგმა.

სტუდენტები განსაკუთრებულად დაუცველი ჯგუფია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ. კვლევების თანახმად, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე სტუდენტების რაოდენობა იზრდება. (Ochnik, et al., 2021) ამიტომ, მათი დამოკიდებულების შესწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების კუთხით უმნიშვნელოვანესია.

კვლევის პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებული ბარიერები, რაც ხელს უშლით სტუდენტებს პროფესიონალური დახმარების მიღებაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით სტუდენტები ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფია. (Bryant & Welding, 2023) კვლევა კონცენტრირდება სტიგმაზე, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ერთ-ერთ უმთავრეს ბარიერზე და შეისწავლის სტიგმის როლს სტუდენტების დამოკიდებულებაში.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები მუდამ აქტუალურია, რადგან ის უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს თითოეული ადამიანის ცხოვრებაში. მიუხედავად ამისა, საქართველოში ამ თემაზე კვლევების სიმწირე შეიმჩნევა, განსაკუთრებით კი სტუდენტებში. სწორედ ამიტომ ამ ჯგუფის მეცნიერულ დონეზე შესწავლა ძალიან მნიშვნელოვანია.

აღნიშნული კვლევის ინოვაციურობა მდგომარეობს იმაში, რომ ის სიღრმისეული ინტერვიუების საფუძველზე შეისწავლის სტუდენტების დამოკიდებულებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ და კონცენტრირდება კონკრეტულად სტიგმის როლზე ამ საკითხში. ასევე, აღსანიშნავია, რომ მოცემული კვლევა შეისწავლის კონკრეტულად კავკასიის უნივერსიტეტის სტუდენტების დამოკიდებულებას.

კვლევის მიზანია სტუდენტების დამოკიდებულების და სტიგმის როლის შესწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით.

კვლევის ძირითადი ამოცანებია:

- სტუდენტების რწმენა-წარმოდგენების დადგენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებთან დაკავშირებით

- სტუდენტების დამოკიდებულების დადგენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებისადმი

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით სტუდენტებში არსებული ბარიერების გამოვლენა და სტიგმის როლის დადგენა.

მეთოდოლოგია

კვლევაში გამოყენებულ იქნა თვისებრივი მეთოდი. კვლევის სამიზნე სემინტად განისაზღვრა კავკასიის უნივერსიტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები. რესპონდენტების შეირჩა ხელმისაწვდომობის პრინციპით. ნაშრომში წარმოდგენილია სამაგიდე კვლევა, რომელიც ეფუძნება უცხოურ და ქართულ პირველად და მეორეულ წყაროებს.

ნაშრომისთვის მონაცემების შეგროვება მოხდა სიღრმისეული ინტერვიუების მეშვეობით. სიღრმისეული ინტერვიუ ჩატარდა 12 რესპონდენტთან. დაცული იყო გენდერული ბალანსი. ინტერვიუების ხანგრძლივობა შეადგენდა 20-25 წუთს.

კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი. მონაწილეები ინფორმირებულები იყვნენ, რომ დაცული იქნებოდა მათი კონფიდენციალობა. ასევე, ჰქონდათ ინფორმაცია, რომ მათ მიერ კითხვებზე გაცემული პასუხები გამოყენებული იქნებოდა კვლევის ანალიზისთვის.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა სტუდენტებში

მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემა მსოფლიოში უამრავ ადამიანს აწუხებს. კვლევები ადასტურებენ, რომ ამერიკის შეერთებულ შტატებში ზრდასრულთა 21%-ს (დაახლოებით 50 მილიონი ადამიანი) სულ მცირე 1 ფსიქიკური დაავადება აწუხებს (CDC, 023). განსაკუთრებით საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ წლების განმავლობაში ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანთა რიცხვი იზრდება, ხოლო, ფსიქოლოგიური სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა რთულდება. ამავე კვლევის მიხედვით, ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანთა 55%-ს არ მიუღია არანაირი მკურნალობა ანუ ფსიქოლოგიური სერვისი. (Warren, 2023)

ცნობილია, რომ სტუდენტები ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფია. სტუდენტობა ადამიანის ცხოვრებაში გარდამავალი პერიოდია, რაც უამრავ სირთულესთან და გამოწვევასთან არის დაკავშირებული. 2022 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოკითხული 54000-ზე მეტი სტუდენტიდან 77% მიიჩნევს, რომ ფსიქიკური პრობლემა აქვს. გამოკითხულ სტუდენტებში ყველაზე გავრცელებული პრობლემა შფოთვისითი აშლილობა და დეპრესიაა, რომელთაც პოსტ-ტრავმატული აშლილობა მოსდევს. კვლევის თანახმად, სტუდენტებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების სხვადასხვა გამომწვევი მიზეზი არსებობს. პირველ მიზეზად სახელდება ის, რომ სტუდენტები განიცდიან აკადემიურ ზეწოლას, ვერ უმკლავდებიან აკადემიურ მოთხოვნებს. ასევე, ხშირად ისინი თავს გრძნობენ იზოლირებულად და მარტოდ. გარდა ამისა, ხშირად სტუდენტები აწყდებიან დისკრიმინაციას და ხდებიან სხვადასხვა სახის შევიწროვების მსხვერპლი. (Bryant & Welding, 2023)

გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ 2023 წელს წარდგენილი კვლევის მიხედვით, რომლის ფარგლებშიც გამოიკითხა საქართველოს 7 სახელმწიფო უნივერსიტეტის 18-24 წლის სტუდენტები, დასტურდება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოს ახალგაზრდებშიც ძალიან მნიშვნელოვანი და საყურადღებო პრობლემაა. ზემოთხსენებულ კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტებისა და სპეციალისტების აზრით, საქართველოში იშვიათად ტარდება ისეთი კვლევები, რომლებიც ზუსტად ასახავს იმ რეალობას, რაც სტუდენტების ფსიქიკური მდგომარეობის და მათი ამ საკითხში ინფორმირებულობის ზუსტი შეფასების საშუალებას მოგვცემს. გამოკითხული სტუდენტების 72% აღნიშნავს, რომ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები ყოველდღიურ ცხოვრებაში და ურთიერთობებში უშლით ხელს. სტუდენტებში ყველაზე მეტად გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებებია შფოთვითი აშლილობა და დეპრესია. ასევე, სტუდენტების დიდ ნაწილს ხშირად აქვს პანიკური შეტევები. აუცილებლად უნდა აღინიშნოს ახალგაზრდებში ნივთიერებებზე დამოკიდებულების პრობლემა, რომელიც სხვადასხვა ფსიქიკურ აშლილობებს იწვევს. ახალგაზრდებში ნივთიერებების ავად მოხმარების მაღალ მაჩვენებელს სხვადასხვა გამომწვევი მიზეზი აქვს. ეს შეიძლება იყოს სოციუმთან კონფლიქტი, შფოთვა, დეპრესია. გარდა ამისა, ხშირად ახალგაზრდები ამ გზით ცდილობენ თანატოლებში თვითდამკვიდრებას. (UNICEF, 2023)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები და მათ მიღებასთან დაკავშირებული ბარიერები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები და სხვადასხვა ექსპერტები საზოგადოებას მოუწოდებენ, რომ ნებისმიერი ფსიქიკური პრობლემის შემთხვევაში აუცილებლად მიმართონ ფსიქოლოგიურ სერვისებს, რომელთა მიღება ყველაზე ოპტიმალური და გამართლებული გზაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვისთვის. აშშ-ის ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტი ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სერვისებს განმარტავს, როგორც „სასარგებლო საქმიანობა, რომელიც მიმართულია ისეთი ემოციური პრობლემების დაძლევაზე, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის სოციალიზაციაზე, სწავლაზე ან განვითარებაზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ჩვეულებრივ უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო ან კერძო სააგენტოების მიერ”. (Hobson, 2008) ამერიკის ფსიქოლოგიური ასოციაციის განმარტებით კი მენტალური ჯანმრთელობის სერვისები, იგივე ფსიქოლოგიური სერვისები გულისხმობს “ნებისმიერი ინტერვენციას (შეფასება, დიაგნოსტიკა, სხვა) ან კონსულტაციას, რომელიც ხორციელდება კერძო, საჯარო, სტაციონარული ან ამბულატორიულ გარემოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად ან გასაუმჯობესებლად ან ფსიქიკური/ქცევითი აშლილობების სამკურნალოდ ინდივიდუალურ და ჯგუფურ კონტექსტში”. (APA, n.d.)

ფსიქოლოგიური სერვისების მიღებასთან დაკავშირებით უამრავი სხვადასხვა ბარიერი და გამოწვევა არსებობს. ამ ბარიერებს წლების განმავლობაში ჩატარებული სხვადასხვა კვლევა წარმოაჩენს. 2023 წელს “Mental Health America”-ს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხული ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანების მხოლოდ 28%-მა მოახერხა მიეღო ფსიქოლოგიური დახმარება, დანარჩენები კი დახმარების ვერ მიღების მიზეზებად ასახელებენ: ფინანსურ ბარიერს, ინფორმაციის ნაკლებობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ცენტრების შესახებ, დროის უქონლობას და სხვა. (Warren, 2023)

2022 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, არახელმისაწვდომობის გარდა ფსიქოლოგიური სერვისების სხვა მნიშვნელოვანი ბარიერებია: ემოციურად გახსნის შიში, წარსული ტრავმების გახსენების შიში და სტიგმა, რომელიც დაკავშირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარშემო არსებულ სტერეოტიპებთან. (Pfeiffer, 2022)

“Cohens Veterans Network”-ის მიერ ვაშინგტონში ჩატარებული კვლევა ამბობს, რომ ფსიქოლოგიურ სერვისების მოთხოვნა ნელ-ნელა იზრდება, რადგან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ სოციალური ცნობიერება იხვეწება. თუმცა, ფსიქოლოგიური სერვისები მაინც ხელმიუწვდომელი რჩება მათთვის, ვისაც მათი მიღება სჭირდებათ.

ამერიკელები თვლიან, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიღება ძვირია და ამავდროულად ქვეყანაში ამ კუთხით არ არსებობს ეფექტური სადაზღვეო სისტემა. ასევე, ისინი ხაზს უსვამენ ფაქტს, რომ მსგავსი სერვისები ძალიან ლიმიტირებული რაოდენობისაა. დახმარების მისაღებად ზოგს ძალიან დიდ რიგში უხდება ყოფნა (რომელიც ძირითადად ერთ კვირაზე დიდხანს გრძელდება), ზოგს კი კონკრეტულ დაწესებულებამდე მისასვლელად ერთ საათიანი და მეტი გზის გავლა უწევს. ეს ყველაფერი დისკომფორტს ქმნის, ადამიანების გადატვირთული ცხოვრების ტემპიდან გამომდინარე. გარდა ამისა, ისინი საუბრობენ სოციალურ სტიგმაზე, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიღებისგან მნიშვნელოვან ხელისშემშლელ ფაქტორზე. სტიგმა გამოიხატება განსაკუთრებით ახალ თაობაში, რომლებსაც ფსიქოლოგიური დახმარების მიღებისთვის სოციუმის მხრიდან განსჯის შიში აქვთ. ისინი საზოგადოებაში არსებული სტიგმის გამო ან მალავენ ან საერთოდ უარს ამბობენ ფსიქოლოგიური დახმარების მიღებაზე. (TNC, n.d.)

გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ გამოკითხულ საქართველოს სტუდენტებში ფსიქოლოგიური სერვისებით სარგებლობის უმთავრეს ბარიერად ახალგაზრდებში სახელდება ინფორმაციის ნაკლებობა ზოგადად ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ. ასევე, ფსიქოლოგიური სერვისის მიღების ერთ-ერთ ბარიერი სტუდენტებში დაკავშირებულია მაღალ ფასებთან, როგორც სპეციალისტთან ვიზიტის, ასევე მედიკამენტების კუთხით. სტიგმა და სტერეოტიპები სტუდენტებისთვის კიდევ ერთი უმნიშვნელოვანესი ბარიერია, რომელიც აკავებთ პროფესიონალური დახმარების მიღებისგან. გამოკითხული სტუდენტები მიიჩნევენ, რომ ახალგაზრდების უმრავლესობაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე ადამიანების მიმართ არსებობს სტიგმა. მაგალითად, ისინი თვლიან, რომ “ახალგაზრდების უმრავლესობა არ დაუმეგობრდებოდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პიროვნებას ისე, როგორც სხვებს”, არ ენდობიან მას და არ მიიჩნევენ საიმედო ადამიანად. გარდა ამისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე უარის თქმის სხვა ფაქტორებია: უნდობლობა სპეციალისტების მიმართ და უნდობლობა კონფიდენციალურობის დაცვის კუთხით. ახალგაზრდები მიიჩნევენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს არ აქვთ საკმარისი კომპეტენცია. ასევე, არ აქვთ გარანტია იმისა, რომ მათი ანონიმურობა იქნება დაცული. (UNICEF, 2023)

სტიგმა, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებული ბარიერი

XX საუკუნის ერთ-ერთი ყველაზე გავლენიანი სოციოლოგი და თეორიტიკოსი ირვინგ გოფმანი წიგნში “The Presentation of Self in Everyday Life and Stigma: Notes the Management of Spoiled Identity” ძალიან კარგად ხსნის სტიგმის მნიშვნელობას. გოფმანის მიხედვით, სტიგმა ეს არის ინდივიდის მდგომარეობა, როდესაც რაიმე კონკრეტული ნიშნიდან გამომდინარე ის საზოგადოებაში ბოლომდე მიღებული არ არის. (Goffman, 2022) გოფმანი გამოყოფს სამი სახის სტიგმას:

- სტიგმა ადამიანის სხეულთან დაკავშირებით ანუ სხეულის უმსგავსოებები - გულისხმობს, როდესაც ხდება ადამიანის სტიგმატიზაცია მისი ფიზიკური მახასიათებლებიდან გამომდინარე;

- თემში გავრცელებული სტიგმა - გულისხმობს ისეთ მახასიათებლებს, რომელიც თაობიდან თაობებს გადაეცემა, მაგალითად, ეთნიკური მიკუთვნებულობა;

- ინდივიდუალური ხასიათის მახასიათებლებთან დაკავშირებული სტიგმა - ეხება ადამიანის სოციალურ იდენტობას, მაგალითად, პატიმრობა, ნარკომანობა, ჰომოსექსუალობა. სწორედ ამავე ჯგუფში განაკუთვნებს გოფმანი ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სტიგმას. (Goffman, 2022)

გოფმანი ამბობს, რომ სამივე სახის სტიგმას საერთო მახასიათებელი აქვს. როდესაც გარშემომყოფები ინდივიდში ხედავენ განსხვავებულს, იქნება ეს კანის ფერი, ფიზიკური მახასიათებელი, ფსიქიკური დაავადება, ისინი მის მიმართ მაშინვე აყალიბებენ სტერეოტიპულ დამოკიდებულებას, რაც გაცნობიერებულად თუ გაუცნობიერებლად გამოიხატება მათ

ქმედებებშიც. ეს ყველაფერი კი რათქმაუნდა ცუდად მოქმედებს სტიგმატიზირებული ინდივიდის ცხოვრების ხარისხზე. (Goffman, 2022)

სამწუხაროდ ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების სტიგმატიზაცია საზოგადოებაში ძალიან ხშირია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევა აჩვენებს, რომ სტიგმა მართლაც ძლიერია მენტალური ჯანმრთელობის და მასთან დაკავშირებული სერვისების მიმართ. პიტსბურგის უნივერსიტეტის მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში გამოკითხულთა 20% ამბობს, რომ არ ისურვებდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანთან ცხოვრებას, ხოლო, 30% ამბობს, რომ არ ისურვებდა ასეთ ადამიანთან ერთად მუშაობას. (Katz, 2023)

სწორედ სტიგმა არის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზი, რის გამოც ადამიანები უარს ამბობენ ფსიქოლოგიური სერვისების მიღებაზე. ამ გზით ისინი ცდილობენ თავიდან აიცილონ იარლიყები. მაგალითად, 2022 წლის კვლევის თანახმად, სტიგმა ყველაზე ხშირად სახელდება ფსიქოთერაპიაზე უარის თქმის მიზეზად. (Pfeiffer, 2022)

UNICEF-ის კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების თანახმად საქართველოში ახალგაზრდები სერვისების მიღებისგან თავს ხშირად სწორედ საზოგადოებაში არსებული სტიგმების და სტერეოტიპების გამო იკავებენ. აღნიშნული კვლევა ადასტურებს, რომ სტიგმა საქართველოში დღესაც წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიღების ბარიერს. (UNICEF, 2023)

თეორიული ჩარჩო: სოციალურ-კოგნიტური დასწავლის თეორია

ალბერტ ბანდურას სოციალურ-კოგნიტური დასწავლის თეორია პიროვნების ფსიქოლოგიაში ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გამოყენებადი და ცნობილი თეორიაა. გარდა ამისა, ბოლო პერიოდში ის კლინიკურ ფსიქოლოგიაშიც დიდი პოპულარობით სარგებლობს. ბანდურას თეორია ეხება ადამიანის ქცევის, პიროვნებისა და გარემოს ურთიერთქმედებას. სწორედ, სოციალურ-კოგნიტური თეორიით შესაძლოა აიხსნას თუ როგორ მოქმედებს და რა გავლენას ახდენს სოციალური სტიგმა ადამიანზე.

სოციალურ-კოგნიტური დასწავლის თეორია ფოკუსირდება ინდივიდის ქცევის სოციალურ მიზეზებზე და ქცევის პროცესში უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებს ინდივიდსა და მის ირგვლივ არსებულ გარემოს შორის ურთიერთქმედებას. ბანდურას სოციალურ-კოგნიტური თეორია არ არის მკაცრად ბიჰევიორისტული ან ჰუმანისტური, ის ორივე მიდგომის ელემენტებს შეიცავს. (ხეჩუაშვილი, 2013)

ალბერტ ბანდურა თვლის, რომ პიროვნების ჩამოყალიბებაში და მის ქცევაში უდიდეს როლს თამაშობს როგორც ადამიანის ინდივიდუალური მახასიათებლები, ასევე გარემო და სოციუმი. (CSS, 2016) ბანდურა ასევე საუბრობს თვითრეგულაციაზე, პიროვნების მახასიათებელზე, რომელიც ადამიანის ქცევაზე მოქმედებს. თვითრეგულაციის ერთ-ერთი გარეგანი ფაქტორია სტანდარტები, რომელიც ადამიანს პირველ რიგში სოციუმისგან მიეწოდება, შემდეგ კი თავისივე გამოცდილებით იღებს მათ. (ხეჩუაშვილი, 2013)

კორიგანი და მისი კოლეგები საინტერესოდ უკავშირებენ სოციალურ-კოგნიტურ თეორიასა და ადამიანში თვითსტიგმის ჩამოყალიბებას. მათი მოდელის მიხედვით, როდესაც ინდივიდი ცხოვრებაში ფსიქიკური დაავადებების შესახებ სოციალურ სტერეოტიპებს აწყდება, უმეტეს შემთხვევაში ამ სტერეოტიპებს ნაწილობრივ მაინც თავადაც ეთანხმება და ხშირად საკუთარ თავზეც ავრცელებს, ეს კი ადამიანში იწვევს საკუთარი თავის არასწორ რწმენას, რაც შემგომ უკვე თვითსტიგმატიზაციაში გამოიხატება. (Catalano et al., 2021)

ამგვარად, შესაძლოა ადამიანმა, რომელსაც აქვს მიმდებლობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ, მოისმინოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სტერეოტიპული დიალოგი, ან ფრაზა და ნაწილობრივ დაეთანხმოს ამ სტერეოტიპებს, საკუთარ თავზე განავრცოს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ მიმდებლობა შეუსუსტდეს ან სრულიად გაუქრეს. სწორედ ეს არის პროფესიონალური ფსიქოლოგიური სერვისების მიღების ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ბარიერი ინდივიდებში.

აღნიშნული თეორია იქნება გამოყენებული კვლევის შედეგების ასახსნელად.

კვლევის შედეგები

სტუდენტთა რწმენა-წარმოდგენები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ იმისათვის, რომ ადამიანს ჰქონდეს სწორი წარმოდგენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე პირველ რიგში საჭიროა, რომ იცოდეს მისი განმარტება, თუმცა, ხშირად ტერმინი ფსიქიკური ჯანმრთელობა ადამიანებს სხვადასხვანაირად ესმით. ასევე, მნიშვნელოვანია იმის ცოდნაც თუ რა შემთხვევაში უნდა მიმართოს ადამიანმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისს. გარდა ამისა, პროფესიონალური დახმარების მიღებისთვის ინდივიდს უნდა ჰქონდეს გარკვეული ცოდნა კონკრეტულ სერვისებთან დაკავშირებით ან ესახებოდეს სანდო წყარო, საიდანაც მიიღებს ამ ინფორმაციას.

გამოკითხული სტუდენტების უმეტესობას ზუსტად ესმის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელობა და აბსოლუტური უმრავლესობა თანხმდება იმაზე, რომ ფსიქიკურ ჯანმრთელობას უმნიშვნელოვანესი როლი უჭირავს ადამიანის ცხოვრებაში. რესპონდენტების აზრით, ფსიქიკური ჯანმრთელობა ეს არის ემოციური/ფსიქოლოგიური სტაბილურობა, მდგომარეობა, როდესაც ადამიანს შეუძლია საკუთარი ცხოვრების წარმატებულად წარმართვა, ყოველდღიურ აქტივობებთან გამკლავება, რეალობის ადეკვატურად აღქმა, სხვა ადამიანებთან კომუნიკაცია და ა.შ. შეიძლება ითქვას, რომ სტუდენტებს სწორი წარმოდგენა აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელობაზე, თუმცა, მიუხედავად ამისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე არც თუ ისე დიდ ინფორმაციას ფლობენ. რესპონდენტების უმრავლესობა ვერ ასახელებს კონკრეტულ სახელმწიფო/კერძო პროგრამებს, რომლებიც ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მომსახურებას შესთავაზებს. გამოკითხულ სტუდენტებს სმენიათ მხოლოდ კერძო ფსიქოლოგების შესახებ, ყველაზე ხშირად ასახელებენ სკოლის ფსიქოლოგებს.

სტუდენტები აგრეთვე საუბრობენ იმაზე თუ რა შემთხვევაში უნდა მიიღოს ადამიანმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისი. გამოკითხულთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ ადამიანმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში უნდა მიმართოს მაგალითად, მაშინ, როდესაც აქვს დეპრესია, ან იაზრებს, რომ საკუთარ თავს თვითონ ვეღარ უმკლავდება. ხოლო, გამოკითხულთა ნაწილი ფიქრობს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიღება აუცილებელია მაშინვე, როდესაც ადამიანს თუნდაც პატარა ემოციური კრიზისი ექნება. აღსანიშნავია ისიც, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ ძალიან მცირე რაოდენობა მიიჩნევს, რომ პროფესიონალური სერვისის მიღებას არ სჭირდება კონკრეტული შემთხვევა და ეს რეგულარული პროცესი უნდა იყოს ადამიანის ცხოვრებაში.

“კონკრეტული შემთხვევა არ ჭირდება, რაღაც სიხშირე უნდა ქონდეს, ყოველდღიურმა სტრესებმა და მცირე აღშფოთებებმა შეიძლება მძიმე დაზიანება განაპირობოს ამიტომ სისტემატიურად უნდა მიმართოს.”

რესპონდენტი 1

იმისთვის, რომ ადამიანს კონკრეტულ საკითხზე რწმენა/წარმოდგენა შეექმნას აუცილებელია მას ამ თემაზე გარკვეული ინფორმაცია ჰქონდეს. ინფორმაციის მიღების სხვადასხვა გზები არსებობს: მედია, იქნება ეს ტრადიციული თუ სოციალური, სამეცნიერო ლიტერატურა, ოჯახი, მეგობრები, საზოგადოება და ა.შ. საინტერესოა, საიდან იღებენ სტუდენტები ინფორმაციას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე.

გამოკითხული სტუდენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი ინფორმაციას ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სოციალური მედიიდან იღებს, მაგალითად გამოწერილი აქვთ ცნობილი ფსიქოლოგების გვერდები და ბლოგები. რესპონდენტების ძალიან მცირე ნაწილი აღნიშნავს, რომ ინფორმაციას იღებენ სამეცნიერო ლიტერატურიდან. რაც შეეხება ინფორმაციას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე, გამოკითხულ სტუდენტებს ძირითადად არ ფლობენ ინფორმაციას, თუმცა მიღების წყაროთ ესახებათ ისევე სოციალური ქსელები.

გამოკითხული სტუდენტები მიიჩნევენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებას ბევრი დადებითი მხარე შეიძლება ჰქონდეს. პირველ რიგში, ეს ადამიანს ეხმარება ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების დაძლევაში. ასევე, ფსიქიკური

ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან ვიზიტი ადამიანს ხელს უწყობს ცხოვრების სწორად წარმართვაში, საკუთარი თავის გამოხატვასა და კეთილდღეობის მიღწევაში.

რაც შეეხება უარყოფით მხარეებს, რაც შესაძლოა თან ახლდეს სპეციალისტთან ვიზიტს, სტუდენტები ძირითადად ასახელებენ არაპროფესიონალთან მოხვედრის ალბათობას, რამაც შესაძლოა უარესი შედეგი გამოიღოს.

“გააჩნია რამდენად პროფესიონალია, შეიძლება ცუდი მიმართულება მოგცეს, პირიქით დეპრესიაში ჩაგაგდოს, ჩემს მეგობარს ქონდა მსგავსი შემთხვევა, როდესაც ფსიქოლოგთან ვიზიტის შემგომ უფრო ჩაიკეტა საკუთარ თავში.”

რესპონდენტი 2

ასევე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისი მიღების უარყოფით მხარედ სახელდება შესაძლებლობა იმისა, რომ არ იყოს ინდივიდის ანონიმურობა დაცული და ზოგიერთ შემთხვევაში თუ კი საჭიროა მედიკამენტების მიღება, ამას შესაძლოა თან ახლდეს გვერდითი მოვლენები. გარდა ამისა, პროფესიონალური დახმარების მიღების ერთ-ერთი ნეგატიურ მხარედ სტუდენტები მიიჩნევენ საზოგადოების მხრიდან სტერეოტიპულ დამოკიდებულებას, რამაც შესაძლოა დამხმარების საჭიროების მქონე ადამიანს თავი უფრო ჩაკეტილად და გარიყულად აგრძნობინოს.

“საქართველოში სტერეოტიპები გამჭდარია და ყველაფერი რთულად მოდის. როცა ფსიქოლოგთან მისვლა ჭირდება ადამიანს, ვიღაც ეტყვის, რომ ეკლესიაში მივიდეს, ფსიქოლოგის როლს ასრულებს ეკლესია.”

რესპონდენტი 3

სტუდენტთა დამოკიდებულება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ და სტიგმის როლი

სხვადასხვა საკითხებთან დაკავშირებით თაობებს შორის ხშირად განსხვავებული დამოკიდებულება არსებობს. ამ კუთხით არც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებია გამოწვეული. გამოკითხული სტუდენტების აზრით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებთან მიმართებაში დამოკიდებულება განსხვავდება თაობებს შორის. ზოგადად, უფროს თაობაში უფრო ნეგატიური და სტერეოტიპული დამოკიდებულება არსებობს ამ კუთხით, ვიდრე ახალ თაობაში.

სტუდენტები საზოგადოებაში დამკვიდრებულ სტიგმას განათლების პრობლემას და ინფორმაციის ნაკლებობას უკავშირებენ. მათი აზრით, არც სკოლებში, არც ტელევიზიაში საჭირო დრო არ ეთმობა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე საუბარს, ამიტომ, სოციალურ მიმდებლობა ნაკლებია.

სტუდენტები იხსენებენ კონკრეტულ შემთხვევებს, როდესაც უფროს თაობაში ნეგატიური დამოკიდებულება შეამჩნიეს მსგავსი სერვისების მიმართ.

“ახლობელს უთხრა მასწავლებელმა ბავშვზე, რომ წაეყვანა ფსიქოლოგთან და მშობელმა უპასუხა რომ ფსიქოლოგთან შენ წადიო, შეურაცხყოფად მიიღო”

რესპონდენტი 2

“დედების და ბებიების თაობა უფრო მძაფრად განიცდის ფსიქოლოგს, ფსიქიატრს. მეზობლის ბავშვს ჰქონდა აშლილობა, ექიმმა ურჩია მშობლებს, რომ უკვე გაიზარდა და იქნებ ფსიქოლოგს აჩვენოთ და სერიოზული ტრაორი იყო სახლში, რომ ეგ როგორ მითხრა.”

რესპონდენტი 4

ხოლო, რაც შეეხება ახალი თაობის, კერძოდ კი სტუდენტების, დამოკიდებულებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებისადმი, გამოკითხულთა აზრით, ახალგაზრდები უფრო ლოიალურები არიან და მეტი მიმდებლობა აქვთ. რამოდენიმე რესპონდენტი ამბობს, რომ მათ გარშემო საერთოდ არ არსებობს სტიგმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ, მაგრამ, ნაწილი თვლის, რომ რაღაც დონეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე ადამიანების სტიგმატიზაცია მაინც ხდება.

“ჩემს თაობაში შედარებით გაუმჯობესებულია მდგომარეობა. უფრო მეტ ინფორმაციას ვიღებთ სოც. მედით, ბლოგებით, ძალიან ბევრმა კარგმა ფსიქოლოგმა დაიწყო სოც. მედია

კამპანიები. ამ თაობაშიც არის პრობლემები, მაგრამ გაუმჯობესებულია წინა თაობებთან შედარებით.”

რესპონდენტი 5

“თანატოლებში რაღაც დოზით იარსებებს სტიგმა. ბოლო დროს დაინტერესდა ხალხი ფსიქოლოგიით, განსაკუთრებით ახალგაზრდა გოგონები. ბიჭებს უფრო უჭირთ სიახლეების მიღება, უფრო ჩაკეტილები არიან.”

რესპონდენტი 6

საინტერესოა როგორი იქნებოდა სტუდენტების ქცევა კონკრეტულ შემთხვევებში, მაგალითად, თუ კი შეამჩნევდნენ, რომ მათ მეგობარს ან თავად აქვთ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა. ამ საკითხთან დაკავშირებით აზრი ორად იყოფა. გამოკითხულთა ნაწილი ამბობს, რომ პირველ რიგში, თავად ეცდებოდნენ დახმარება აღმოეჩინათ მეგობრისთვის და საკუთარი თავის შემთხვევაშიც თავად ეცდებოდნენ პრობლემის მოგვარებას. ხოლო, ნაწილი თვლის, რომ ასეთ შემთხვევაში საჭიროა პირდაპირ პროფესიონალური სერვისის მიღება, რადგან თვითნებურმა ჩარევამ შესაძლოა უარესი შედეგი გამოიღოს. გამოკითხულთა მცირე ნაწილი ამბობს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მეგობარს ურჩევდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიღებას, თვითონ არ მიიღებდა მსგავს დახმარებას. მსგავსი პასუხი მხოლოდ მამრობითი სქესის სტუდენტებში ფიქსირდება.

გამოკითხულ რესპონდენტების ნაწილი მიიჩნევს, რომ მათ კურსელებში შესაძლოა იყოს სტერეოტიპული დამოკიდებულება იმ ადამიანის მიმართ, რომელიც სარგებლობს ფსიქიატრის ან ფსიქოლოგის მომსახურებით.

“როცა ადამიანი ფსიქოლოგთან ან ფსიქიატრთან დადის შეიძლება ემოციურად არასტაბილური იყოს, თუმცა, ეს არ ნიშნავს რომ ის აუცილებლად უპასუხისმგებლო იქნება. არ გამოვრიცხავ, რომ ვიღაცებმა პირდაპირ ეს მიზეზი არ დაასახელონ, მაგრამ უარი თქვან მასთან ერთად პრეზენტაციის მომზადებაზე და პრიორიტეტად მაღალი ნიშანი აირჩიონ.”

რესპონდენტი 6

“არა, არ უნდა მოვახდინოთ დისკრიმინაცია, მაგრამ შეიძლება სხვებს გაუჩნდეთ ეს გრძნობა რომ ფსიქიატრთან რა უნდა გიჟია? ფსიქიატრი და ფსიქოლოგი განსხვავდება ერთმანეთისგან, მაგრამ ბევრმა არ იცის მათ შორის რა განსხვავებაა.”

რესპონდენტი 3

როგორც აღმოჩნდა სტუდენტების ნაწილს არ აქვთ ზუსტი წარმოდგენა თუ რა განსხვავებაა ფსიქოლოგსა და ფსიქიატრს შორის, ხოლო, დამოკიდებულება ფსიქიატრის მიმართ უფრო ნეგატიურია, ვიდრე ფსიქოლოგის.

“ფსიქოლოგისა და ფსიქიატრის მიმართ დამოკიდებულებას შორის არის მცირე განხვავება, თუმცა ეს ასე არ უნდა იყოს, ამის შესაცვლელად ცნობიერების ამაღლებაზე მუშაობა არის საჭირო და განათლების სისტემის დახვეწა.”

რესპონდენტი 1

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებთან დაკავშირებული ბარიერები სტუდენტებში და სტიგმის როლი

იმისათვის, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ სტუდენტებში მიმდებლობა გაიზარდოს და მსგავსი მომსახურებით სარგებლობა მათთვის უფრო ხელმისაწვდომი გახდეს საჭიროა სტუდენტების აზრის დადგენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ბარიერებთან დაკავშირებით. საინტერესოა, რა არის ის ხელისშემშლელი ფაქტორები, რაც სტუდენტებს ხელს უშლით დამხარების მიღებაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისგან გამოკითხული სტუდენტების აზრით, მთავარი შემაკავებელი ბარიერი არის საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმა, ანუ სოციალური სტიგმა. გამოკითხული სტუდენტების აზრით, სტიგმები და სტერეოტიპები კეტავს ადამიანს და აფერხებს დახმარების მიღებისგან. სტუდენტები ამბობენ, რომ შესაძლოა სოციალური მხრიდან დაცინვა და დისკრიმინაცია წამოვიდეს იმ ადამიანის მიმართ, ვინც იღებს პროფესიონალურ დახმარებას.

“არსებობს ფონდები და უფასო შეკრებები, სადაც შეგიძლია მიხვიდე და მიიღო დახმარება, მაგრამ უფრო ადამიანებს ინდივიდუალურად და ანონიმურად უნდათ ამის გაკეთება ისევე სტიგმებიდან გამომდინარე.”

რესპონდენტი 1

სტუდენტები ასევე სუაბრობენ ინტერნალიზებულ ანუ თვითსტიგმაზე, რაც ძალიან ხშირად ხელს უშლის ადამიანს მიიღოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისი და უმეტეს შემთხვევაში სწორედ ეს არის მთავარი ბარიერი.

“ადამიანებს, რომლებსაც სტიგმები და სტერეოტიპები გააჩნიათ, ამ სერვისების მიღება ნეგატიურ ჭრილში გაყავთ და შენთან, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის მქონე ინდივიდთან დამოკიდებულებაში განსხვავებული მიდგომა შეიძლება ქონდეთ, ამან შეიძლება ძალიან უარყოფითი გავლენა იქონიოს შენზე.”

რესპონდენტი 7

ამგვარი სტერეოტიპული მიდგომა ადამიანს აფიქრებინებს, რომ მასში ნამდვილად არის პრობლემა, თვითშეფასება უქვეითდება და საკუთარ თავზე არასწორ წარმოდგენები ექმნება, რადგან ასეთ დროს ადამიანი ნაწილობრივ ეთანხმება სხვების აზრს. სწორედ ამას ამბობს ბანდურას სოციალურ-კოგნიტური დასწავლის თეორია. ბანდურას მიხედვით, პიროვნების ქცევის ჩამოყალიბებაზე უდიდეს გავლენას ახდენს, როგორც ინდივიდუალური მახასიათებლები, ასევე სოციუმი და გარემო. (CSS, 2016)

როგორც კორიგანი და მისი კოლეგები ამბობენ, ინდივიდები საკუთარ თავზე ავრცობენ იმ სტერეოტიპებს, რასაც საზოგადოებაში აწყდებიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ და სწორედ ეს განაპირობებს თვითსტიგმატიზაციას. სწორედ ეს იდეა გამოიკვეთა კვლევის ფარგლებში გამოკითხული სტუდენტების პასუხებში. (Catalano et al., 2021)

“პირველი ბარიერია, როდესაც რაღაც ისეთს აკეთებ, რაც საზოგადოების მხრიდან არ არის მოწონებული, ესეთ ქცევას ზოგადად თავს არიდებ. ადამიანი მიდრეკილია ისეთი რაღაცეების კეთებისკენ რაც საზოგადოებას, ოჯახის წევრებს, მეგობრებს მოსწონს.”

რესპონდენტი 6

“ჩვენ ტვინებში ჩაბეჭდილი არის რომ ფსიქოლოგთან თუ მიდიხარ რაღაც გჭირს, რადგან ასე გვაქვს ნასწავლი, ასე გვესმის გარშემომყოფებისგან. შეიძლება ამბობდე, რომ არაფერი არ უდგას წინ დახმარების მიღებას, მაგრამ შენ რომ დაგჭირდეს უკვე გაგიჭირდეს ამის აღიარება.”

რესპონდენტი 8

აქედან გამომდინარე, თამამად შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიკური სერვისების მიღების ბარიერი სტუდენტებში სოციალურ სტიგმასთან ერთად თვითსტიგმაცაა, ხოლო ეს ორი ერთმანეთთან ძალიან მჭიდრო კავშირშია.

სტიგმის გარდა, გამოკითხულ სტუდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ბარიერად ასახელებს ამ სერვისების სიძვირეს. იმის გათვალისწინებით, რომ დღეს სტუდენტებს ძირითადად არ აქვთ მაღალი შემოსავალი ფინანსური ბარიერი ძალიან დიდ როლს თამაშობს ამ საკითხში.

“სტუდენტს თავისი გასჭირვებია. 100-150 ლარი ძვირია თითო ვიზიტში, თან ერთი და ორი ვიზიტით არაფერი არ ხდება, რეგულარული სიარულია საჭირო. სტუდენტს ისედაც ათასი ხარჯი და საფიქრალი აქვს და თან როცა ოჯახს აწევს კისერზე, ეს საკმაოდ კოლოსალური თანხაა.”

რესპონდენტი 2

“ყველა სტუდენტს არ აქვს მატერიალური ხელმისაწვდომობა, თუნდაც კონსულტაცია რომ გაიარონ, კონსულტაციაც კი 100 ლარი ღირს ყველა ნორმალურ ფსიქოლოგთან.”

რესპონდენტი 10

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებული ბარიერების გადაჭრის გზები

სტუდენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღების შემაფერხებელ ბარიერებს კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები სხვადასხვა გადაჭრის გზას უძებნიან სახელმწიფოსა და უნივერსიტეტების დონეზე. მათი აზრით, პირველ რიგში, საჭიროა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ეს კი განათლების სისტემის პრეროგატივაა. სტუდენტები თვლიან, რომ სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს ზოგადი განათლების სისტემის დახვეწაზე, რაც აუცილებლად დადებითად აისახება სოციალური წარმოდგენებსა და დამოკიდებულებაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებისადმი. გარდა ამისა, რესპონდენტების აზრით უნივერსიტეტებში უნდა გახსნას სპეციალური წრეები, უფრო ხშირად მოეწყოს მენტალური ჯანმრთელობის დღეები და ა.შ. ეს ყველაფერი სტუდენტებში გაზრდის მიმდებლობას პროფესიონალური სერვისებისადმი. ასევე, გამოკითხული სტუდენტები მიიჩნევენ, რომ საჭიროა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიების უფრო მეტად დაფასება საზოგადოებისა და სახელმწიფოს მხრიდან, რათა უფრო მეტმა ადამიანმა ჩააბაროს ფსიქოლოგიაზე და გავიდეს ბაზარზე. ამგვარად, მიწოდება იქნება მოთხოვნის შესაბამისი, სერვისების ფასები დაიკლებს და უფრო მეტი ადამიანი შეძლებს პროფესიონალური დახმარების მიღებას.

„ეკონომიკური გაუმჯობესება თუ იქნება ზოგადად ქვეყანაში ეს სტუდენტის ჯიბეზეც იმოქმედებს და ამან შეიძლება მისცეს იმ ფინანსური ხარჯების გაწევის საშუალება, რაც საჭიროა სერვისების მიზალბად“

რესპონდენტი 1

კვლევაში მონაწილე სტუდენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიიჩნევს, რომ საჭიროა სახელმწიფოს მხრიდან მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაზღვევის შეთავაზება სტუდენტებისთვის. აგრეთვე შესაძლოა დაფინანსდეს სპეციალისტთან კონსულტაცია, რათა ადამიანმა მიიღოს სწორი მიმართულება და გაიგოს როგორ გაიკვილოს გზა. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ბარიერების გადაჭრის ყველაზე გრძელვადიან, მაგრამ რეალურ გზად სტუდენტებს საზოგადოებაში ცნობიერების ამაღლება და ქვეყანაში ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება ესახებათ.

დისკუსია

ნაშრომში განხილული ლიტერატურისა და მოცემული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ მენტალური ჯანმრთელობა ადამიანებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. ამ კუთხით არც სტუდენტები არიან გამონაკლისნი, პირიქით, ეს არის ჯგუფი, რომელსაც განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ. აღნიშნულ კვლევაში მონაწილე სტუდენტების უმრავლესობას საკმაოდ სწორი წარმოდგენა აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და გაცნობიერებული აქვთ მისი როლი ადამიანის ცხოვრებაში. მოცემულ კვლევაში მონაწილე სტუდენტების ნაწილს მიაჩნია, რომ ადამიანმა პროფესიონალურ დახმარებას მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში უნდა მიმართოს, ნაწილი თვლის, რომ ნებისმიერი ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოვლინების დროს დაუყოვნებლივ პროფესიონალური ჩარევა აუცილებელია, ხოლო, ნაწილი თანხმდება აზრზე, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიღება აუცილებელი მაშინაც კი, როდესაც ინდივიდს არაფერი აწუხებს. ბავშვთა ფონდის მიერ 2023 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვითაც, სტუდენტების საშუალოზე მეტი რაოდენობა ფლობს გარკვეული ცოდნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. მიუხედავად ამისა, გაეროს კვლევაც და აღნიშნული კვლევაც გვიჩვენებს, რომ სტუდენტების დიდ ნაწილს არ აქვს ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ. ისინი ძირითადად ვერ ასახელებენ კონკრეტულ პროგრამებსა და პროექტებს. რაც შეეხება ინფორმაციის მოძიების გზებს, ორივე კვლევის თანახმად ყველაზე ხშირად სტუდენტები ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სერვისების შესახებ ინფორმაციის მოსაძიებლად მიმართავენ ინტერნეტსა და სოციალურ ქსელებს. (UNICEF, 2023)

ნაშრომში განხილულ ლიტერატურასა და მოცემული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, სტუდენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების უმთავრესი ბარიერებია: საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმა, თვითსტიგმა და სერვისების არახელმისაწვდომობა ფინანსური კუთხით. დღეს საქართველოში არსებული ეკონომიკური მდგომარეობა არ იძლევა საშუალებას, რომ ყველა სტუდენტმა მიიღოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ დახმარება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების თანახმად, რომელთაც გაეროს კვლევაში მიიღეს

მონაწილეობა, საზოგადოებაში არსებული სტიგმა ხშირად ხდება სტუდენტებისთვის სერვისების მიღების შემაკავებელი მიზეზი. (UNICEF, 2023) სწორედ იგივე დასტურდება მოცემული კვლევით, რომლის შედეგების თანახმადაც, ხშირად სტუდენტებს დამხარების მიღებისგან საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმა და სტერეოტიპები აკავებთ. რაც შეეხება თვითსტიგმას, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღების ბარიერს, კვლევის შედეგებისა და ალბერტ ბანდურას თეორიის გაანალიზების შემდგომ, შეიძლება ითქვას, რომ თვითსტიგმასა და სოციალურ-კოგნიტიური დასწავლის თეორიას შორის ნამდვილად არის კავშირი. როგორც კორიგანი აკავშირებს ბანდურას თეორიასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტერეოტიპებთან, სწორედ ამგვარი კორელაცია შეინიშნება კვლევის შედეგებშიც. კორიგანის მიხედვით, როდესაც ადამიანი სოციუმში ხვდება სტერეოტიპულ დამოკიდებულებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ ის ახდენს საკუთარი თავის სტიგამიტიზაციას, ანუ უყალიბდება თვითსტიგმა, რაც აიხსნება ბანდურას სოციალურ-კოგნიტიური თეორიით, რომლის მიხედვითაც ადამიანის ქცევებს აყალიბებს როგორც პირადი მახასიათებლები, ასევე სოციუმი და გარემო. (Catalano et al., 2021) კვლევაში მონაწილე სტუდენტები ამბობენ სწორედ იმას, რომ საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპები თავისთავად ჯდება მათ ქვეცნობიერში, რაც უჩენთ თვითსტიგმას, ხოლო თვითსტიგმა კი ხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღების ერთ-ერთი სერიოზული ბარიერი.

დასკვნა

საბოლოო ჯამში, დასკვნის სახით უნდა ითქვას, რომ სტუდენტებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები არც თუ ისე ხელმისაწვდომია. მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტები საკმაოდ დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ადამიანის ცხოვრებასი ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს, მათ პროფესიონალური დახმარების მიღებაში ხელს სხვადასხვა ბარიერები უშლით. უმთავრესი ბარიერი სტუდენტებში არის სოციალური სტიგმა და თვითსტიგმა. ეს ორი ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირშია. სტუდენტები თვლიან, რომ ახალ თაობაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ სტიგმა და სტერეოტიპები მაინც არსებობს, მაგრამ არა ისე მძაფრად, როგორც უფროს თაობებში. გარდა ამისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიღებისგან სტუდენტებს ფინანსური ბარიერიც აფერხებთ. რაც შეეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სერვისების შესახებ ცნობების მოპოვებას, სტუდენტები ძირითადად ამას ინტერნეტისა და სოციალური მედიის საშუალებით აკეთებენ.

მოცემული კვლევის შედეგებისა და განხილული ლიტერატურის ანალიზის საფუძველზე შესაძლოა რეკომენდაციების შეთავაზება ძირითადად სახელმწიფო და საუნივერსიტეტო დონეზე. იმისათვის, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ სტუდენტებში მიმდებლობა გაიზარდოს, პირველ რიგში საჭიროა ცნობიერების ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, რაც შესაძლოა მოხდეს სხვადასხვა პროექტებისა და პროგრამების საშუალებით. ეს აუცილებელია იმისთვის, რომ საზოგადოებაში დამკვიდრებული არასწორი სტერეოტიპები და სტიგმა შეიცვალოს დადებითი დამოკიდებულებითა და მიმდებლობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ. გარდა ამისა, სახელმწიფომ და უნივერსიტეტებმა უნდა იზრუნონ სტუდენტებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე. შესაძლოა სახელმწიფომ შექმნას სადაზღვეო სისტემა სტუდენტებისთვის, ან წამოიწყოს უფასო პროგრამები, რომლებიც სტუდენტებს პროფესიონალთან თუნდაც უფასო კონსულტაციას შესთავაზებს. რაც შეეხება უნივერსიტეტებს, მათ შესაძლოა შექმნან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროექტები, რომლებიც სტუდენტებს მისცემს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით თავიანთი გამოცდილებების დაცულ სივრცეში გაზიარების საშუალებას, საშუალების შემთხვევაში კი სპეციალისტთან კონსულტაციის შესაძლებლობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ხეჩუაშვილი, ლ. (2013). პიროვნება - შესავალი პიროვნების ფსიქოლოგიაში. თბილისი
2. UNICEF. (2023). უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კვლევა. თბილისი: UNICEF.
3. APA. (n.d.). APA Dictionary of Psychology. Retrieved from dictionary.apa.org: <https://dictionary.apa.org/mental-health-services>
4. Bryant, J., & Welding, L. (2023, February 15). College Student Mental Health Statistics. Retrieved from bestcolleges.com: <https://www.bestcolleges.com/research/college-student-mental-health-statistics/#how-many-college-students-experience-mental-health-conditions>
5. Catalano, Brown, Lucksted, Hack, & Drapalski. (2021). Support for the social-cognitive model of internalized stigma in serious mental illness., <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395621000819>.
6. CDC. (2023, აპრილი 25). mental health. Retrieved from cdc.gov: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
7. CSS. (2016). Socia-cognitive Learning Theory. Retrieved from dictionary.css: <http://dictionary.css.ge/content/socia-cognitive-learning-theory>
8. Darice Warren. (2023). The State of Mental Health in America 2023: Adult Prevalence and Access to Care. Retrieved from nssbehavioralhealth.com: <https://www.nssbehavioralhealth.com/nss-blog-the-state-of-mental-health-in-america-2023-adult-prevalence-and-access-to-care/>
9. Goffman, E. (2022). Stigma - Notes on the management of spoiled identity. Penguin Classics.
10. Hobson. (2008). THE EFFECTS OF MENTAL HEALTH EDUCATION ON REDUCING STIGMA AND INCREASING POSITIVE ATTITUDES TOWARD SEEKING THERAPY. Humboldt State University.
11. Katz, J. M. (2023). Challenge case on mental health. Universitu of Pittsburgh.
12. Ochnik, D., Rogowska, A., & Kuśnierz, C. (2021). Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: a cross-national study. Nature.com.
13. Pfeiffer. (2022). Barriers to Seeking Psychotherapy for Mental Health Problems in Adolescents: a mixed method study. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02364-4>.
14. Rebecca Long, Marley Hall. (2023, თებერვალი 15). College Student Mental Health Statistics. Retrieved from bestcolleges.com: <https://www.bestcolleges.com/research/college-student-mental-health-statistics/#how-many-college-students-experience-mental-health-conditions>
15. TNC. (n.d.). Study Reveals Lack of Access as Root Cause for Mental Health Crisis in America. Retrieved from thenationalcouncil.org: <https://www.thenationalcouncil.org/news/lack-of-access-root-cause-mental-health-crisis-in-america/>
16. Warren, D. (2023). The State of Mental Health in America 2023: Adult Prevalence and Access to Care. Retrieved from nssbehavioralhealth.com/: <https://www.nssbehavioralhealth.com/nss-blog-the-state-of-mental-health-in-america-2023-adult-prevalence-and-access-to-care/>
17. WHO. (2022, ივნისი 17). Retrieved from WHO.int: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



სტუდენტთა დამოკიდებულება ჯანსაღი კვების მიმართ და მათი კვებითი ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორები

Attitude of students towards healthy eating and determining factors of their eating behavior

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.01>

თამარ პაპიაშვილი^{1a}, თენგიზ ვერულავა^{2b}

Tamar Papiashvili^{1a}, Tengiz Verulava^{2b}

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

² School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანსაღი კვება, რომელიც გულისხმობს ერთგვარ ბალანსს მიღებულ ცილებს, ჯანსაღ ცხიმებს, ვიტამინებსა და სხვა ნუტრიენტებს შორის, უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს ადამიანის როგორც ფიზიკურ, ისე - გონებრივ განვითარებაში. ამის საპირისპიროდ კი, არაჯანსაღი კვება, რომელიც ხასიათდება მაღალკალორიულობით, ცხიმოვანობით, ვიტამინებისა და მინერალების ნაკლებობით, გრძელვადიან პერსპექტივაში, შესაძლოა ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემების გამოიწვევი მიზეზი გახდეს. საქართველოში მოსახლეობის უმრავლესობის კვება არაადაამაყოფილებელია, არ არის დაბალანსებული და გამოირჩევა მაღალკალორიულობით. შესაბამისად, მოსახლეობის ჯანსაღი კვების უზრუნველყოფა კვლავაც მნიშვნელოვან ამოცანად რჩება. ნაშრომის მიზანია განსაზღვროს სტუდენტების დამოკიდებულება და მათ კვებით ქცევაზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორი. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა კავკასიის უნივერსიტეტის 12 სტუდენტის და 1 ექსპერტის სიღრმისეული ინტერვიუ. რესპონდენტები შერჩეულ იქნა ხელმისაწვდომობიდან გამომდინარე. **შედეგები:** კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ სხვადასხვა სოციალური ფაქტორი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ინდივიდის კვებითი ქცევის განსაზღვრაში. **დასკვნა:** ადრეულ ასაკში ჩამოყალიბებული არასწორი კვებითი ჩვევები, შეზღუდული ფინანსური და დროითი რესურსები ის ფაქტორებია, რომელიც ყველაზე მეტად უშლის ხელს სტუდენტთა ჯანსაღი კვების უზრუნველყოფას და ამავდროულად მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მათ კვებით ქცევას.

საკვანძო სიტყვები: ჯანსაღი კვება, კვებითი ქცევა, კვებით ქცევაზე მოქმედი ფაქტორები.

კიტატა: თამარ პაპიაშვილი, თენგიზ ვერულავა. სტუდენტთა დამოკიდებულება ჯანსაღი კვების მიმართ და მათი კვებითი ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

^a t.papiashvili@cu.edu.ge <https://orcid.org/0009-0003-2407-6261>

^b tverulava@cu.edu.ge <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

Abstract

Introduction: A healthy nutrition, which implies balance between received proteins, healthy fats, vitamins and other nutrients, plays an important role in both physical and mental development of a person. On the contrary, an unhealthy diet, characterized with high calories, fat, lack of vitamins and healthy nutrients, in the long term, may become the cause of serious health issues. The diet of the majority of the population in Georgia is unsatisfactory, not balanced and high in calories. Therefore, providing the population with healthy nutrition remains an important task. The aim of the paper is to determine the attitude of students and various factors affecting their eating behavior. **Methodology:** in-depth interviews of 12 students and 1 expert of the Caucasus University were conducted within the qualitative research. Respondents were selected based on availability. **Results:** The results of the study showed that various social factors play an important role in determining an individual's eating behavior. **Conclusion:** Incorrect eating habits formed at an early age, limited financial and time resources are the factors that most prevent the provision of healthy food for students and at the same time significantly determine their eating behavior.

Key words: healthy eating, eating behavior, factors affecting eating behavior

Quote: Tamar Papiashvili, Tengiz Verulava. Attitude of students towards healthy eating and determining factors of their eating behavior. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

შესავალი

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევაზე გავლენას ახდენენ ისეთი სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორები, როგორცაა ასაკი, სქესი, განათლება, შემოსავალი, პროფესია და სხვა (ვერულავა, 2017). ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორებიდან ცხოვრების წესსა და პირობებზე მოდის ყველაზე მეტი 48-50%, გარემოზე 20-22%, გენეტიკაზე 18-20%, ხოლო ჯანდაცვაზე 12-14%. შესაბამისად, ადამიანის ჯანმრთელობას, პირველ რიგში, მისი ცხოვრების წესი განსაზღვრავს, რომელშიც კვებას განსაკუთრებული ადგილი უკავია.

თანამედროვე ადამიანის კვების მოდელში არაჯანსაღი ცვლილებების შეტანა მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული მზარდ, სწრაფი კვების ობიექტთა მიერ წარმოებულ არაჯანსაღ საკვებთან, რომელიც მრავალფეროვანი და გემრიელია. საყურადღებოა ასევე, სუპერმარკეტებში არსებული იაფფასიანი საკვების, ნახევარფაბრიკატებისა და გადამუშავებული პროდუქტების როლიც. თუმცა, მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ის თუ რა ტიპის საკვებს მივირთმევთ ყოველდღიურად, არამედ ისიც, თუ რა სიხშირითა და თანაფარდობით. შესაბამისად, ყოველდღიური კვების რაციონი განსაკუთრებულ კონტროლს საჭიროებს.

სხვადასხვა კვლევის თანახმად, საქართველოში ნაკლებად მისდევენ ცხოვრების ჯანსაღ წესს. დაბალია ფიზიკური აქტივობა და მაღალია არაჯანსაღი კვების მაჩვენებელი, რაც გულისხმობს ისეთი საკვები ნივთიერებების მიღებას, რომელიც შაქრის, მარილისა და ცხიმების მაღალი შემცველობით ხასიათდება (ვერულავა, 2017). მიუხედავად იმისა, რომ არაჯანსაღი კვების ერთ-ერთი ეფექტი სიმსუქნე და ჭარბწონიანობაა, იგი ნაკლებად არის აქტუალური ქართული კონტექსტისთვის. თუმცა, ის ფაქტი, რომ ამ ტიპის კვება, გრძელვადიან პერსპექტივაში, სხვადასხვა დაავადების გამომწვევი მიზეზი ხდება, როგორცაა: გულისა და სახსრების დაავადება, კიბო, დიაბეტი და ფსიქიკური დაავადებები, მეტად აქტუალურს ხდის აღნიშნულ საკითხს არა მხოლოდ საქართველოში, არამედ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში.

სხვადასხვა კვლევა ცხადყოფს, რომ უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდი არის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი არაჯანსაღი კვებითი ქცევის ჩამოყალიბებაში. იქიდან გამომდინარე, რომ საქართველოში მსგავსი შინაარსის კვლევები არ არის ფართოდ ხელმისაწვდომი და სტუდენტთა კვებითი ქცევა ნაკლებად არის შესწავლილი, კვლევის შედეგები იქნება ახალი და ინოვაციური დაინტერესებულ მხარეთათვის, შემდგომში არაჯანსაღი კვებითი ქცევის შაბლონების გარდასაქმნელად.

კვლევის მიზანია, განისაზღვროს სტუდენტების დამოკიდებულება ჯანსაღი კვების მიმართ და სტუდენტთა კვებით ქცევაზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორი.

კვლევის ამოცანებად განისაზღვრა შემდეგი:

- ჯანსაღი კვების შესახებ სტუდენტთა რწმენა-წარმოდგენების გამოვლენა
- ჯანსაღი კვებისადმი ზოგადი დამოკიდებულებების იდენტიფიცირება
- სტუდენტთა კვებითი ქცევის შესწავლა.

კვლევის პრაქტიკული ღირებულება

კვლევას გააჩნია პრაქტიკული ღირებულება, რადგან ამ ნაშრომით შესაძლებელი იქნება იმ გარემოებებისა და ფაქტორების განსაზღვრა, რომლებიც პირველ რიგში გავლენას ახდენენ კავკასიის უნივერსიტეტის სტუდენტების კვებით ქცევაზე. ეს დაგეგმარება როგორც სტუდენტების, ისე საზოგადოების ზოგადი მიდრეკილების გაანალიზებაში და შემდგომ არასასურველი ქცევითი შაბლონების გარდაქმნისთვის საჭირო რეკომენდაციების შემუშავებაში.

ნაშრომს ექნება პრაქტიკული ღირებულება როგორც ცალკეული სტუდენტისა და ინდივიდისთვის, ასევე სხვადასხვა ორგანიზაციული დაწესებულებებისთვის, რომლებიც მუშაობენ ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციოლოგიის მიმართულებით.

მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი, მეთოდი

ნაშრომისთვის გამოყენებულია სამაგიდე და თვისებრივი კვლევები. სამაგიდე კვლევა დაეფუძნა ქართული და უცხოური მეორადი მონაცემების ანალიზს, რაც შეეხება თვისებრივ კვლევას, გამოყენებულია სიღმისეული ინტერვიუს ტექნიკა, რომელიც გვაძლევს საკითხის შესწავლის საშუალებასა და არგუმენტირებული დასკვნების გამოტანის შესაძლებლობას.

თვისებრივი კვლევის სამიზნე სემინტი იყო კავკასიის უნივერსიტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები. შერჩევის ზომამა 13 რესპონდენტი, აქედან 12 არის სტუდენტი, რომელთაგან 6 იკვებება შედარებით ჯანსაღად, ხოლო 6 არაჯანსაღად. დაცულია გენდერული ბალანსი. საკვლევი თემის ირგვლივ მნიშვნელოვანი და ღირებული ინფორმაციის შესაგროვებლად, გამოიკითხა ერთი სპეციალისტი. სპეციალისტის გამოკითხვის საფუძველზე ჩამოყალიბდა გზამკვლევი სტუდენტებისთვის. ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა ორი მიმართულების გზამკვლევი. სტუდენტთა გზამკვლევის პირველადი ვერსია შემუშავდა 2 დღის ვადაში, საბოლოო ვერსია 6 დღეში. გზამკვლევი შედგენილია ძაბრისებური მეთოდის გამოყენებით და მოიცავს რამდენიმე ბლოკს. რესპონდენტები შერჩეულ იქნა ხელმისაწვდომობიდან გამომდინარე. ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო 25-30 წუთი. ინტერვიუები ტარდებოდა 1 კვირის მანძილზე.

კვლევის ეთიკა

კვლევის მონაწილეები ინფორმირებულნი იყვნენ საკვლევი საკითხის შესახებ, მათი მონაწილეობა იყო სრულად ნებაყოფლობითი და ნებისმიერ მომენტში შეძლოთ კვლევაში მონაწილეობაზე უარის თქმა. რესპონდენტებმა იცოდნენ, რომ კვლევა იქნებოდა კონფიდენციალური, ამასთანავე ისინი ფლობდნენ ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ მათი ხმა ჩაიწერებოდა ინტერვიუს მსვლელობისას, მათი მოსაზრებები და შეფასებები კი გამოყენებული იქნებოდა ანალიზისთვის. კვლევაში მათი ჩართულობის ხელოვნური წახალისება არ მომხდარა.

კვლევის სირთულები

საველე სამუშაოები დაიწყო მაისის მეორე ნახევარში. მიუხედავად იმისა, რომ მოსაძიებელი იყო 12 რესპონდენტი, რთულად მოხერხდა სასურველი დროისა და ადგილის შეთანხმება თითოეულთან. ზოგიერთმა უარი თქვა კვლევაში მონაწილეობაზე. უარის მიზეზად კი დაასახელეს, რომ სათანადადოდ კომპეტენტურები და ინფორმირებულები არ იყვნენ აღნიშნულ თემაზე.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ჯანმრთელობის ცხოვრების სტილის თეორია

ჯანმრთელობის ცხოვრების სტილის თეორიის მიხედვით, ჯანმრთელობის ცხოვრების სტილის არჩევანი არ არის ცალკეული ინდივიდების შემთხვევითი არჩევანი. იგი ერწყმის კონკრეტული ჯგუფებისა და სოციალური კლასებისთვის დამახასიათებელ ფორმას. თეორია ამტკიცებს, რომ ჯანმრთელობის ქცევები ჯგუფდება სხვადასხვაგვარ მოდელებში, რომელიც ეფუძნება სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსს, ასაკს, სქესს, რასას და სხვა სოციალურ ცვლადებს. მართალია ადამიანები ირჩევენ თავიანთი ცხოვრების სტილს, მაგრამ, როგორც წესი, მათი არჩევანი შეესაბამება მათ სოციალურ - ეკონომიკურ სტატუსს, მათზე მოქმედი სხვა სტრუქტურული ცვლადების შესაბამისად.

როგორც კოკერჰემი განმარტავს, ჯანსაღი ცხოვრების წესი არის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის კოლექტიური მოდელები, რომელსაც ადამიანები ირჩევენ მათთვის ხელმისაწვდომი ცხოვრებისეული გარემოებების გათვალისწინებით. ეს შეხედულება ასახავს დიალექტიკურ ურთიერთობას ცხოვრებისეულ არჩევანსა და შემოთავაზებულ ცხოვრების შანსებს შორის. ინდივიდს აქვს შესაძლებლობა თავად აირჩიოს სასურველი ცხოვრების წესი, მაგრამ არჩევანი შემოიფარგლება შესაძლებლობით, რომელზეც დიდ გავლენას ახდენს სოციალურ სტატუსი, ასაკი, სქესი და ა.შ (Cockerham, 2005)

ცხოვრების შანსები არის სტრუქტურულად განსაზღვრული შესაძლებლობები ადამიანების სიცოცხლეში. ვებერის ყველაზე მნიშვნელოვანი წვლილი ჯანსაღი ცხოვრების წესის თეორიაში, არის მისი აღიარება არჩევანსა და შანსებს შორის დიალექტიკური ურთიერთქმედების შესახებ. არჩევანისა და შანსის ურთიერთქმედება მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ცხოვრების სტილის ფორმირებას (Cockerham et al., 1997). ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანები ირჩევენ ცხოვრების წესს, ისინი ამას ჩვეულებრივ აკეთებენ იმ სტრუქტურული პარამეტრების ფარგლებში, რომლებიც შეესაბამება მათ მდგომარეობას ცხოვრებაში.

ჯანმრთელობის ცხოვრების წესის თეორიის კიდევ ერთი ძირითადი კომპონენტია ბურდიეს (1984) ჰაბიტუსის კონცეფცია, რომელიც გულისხმობს გარე სოციალური სტრუქტურების გაერთიანებას ინდივიდის გონებაში, რაც ხდება არჩევანის საფუძველი. ეს არის მსჯელობის პროცესი, რომელშიც განიხილება ინტერნალიზებული სოციალური და კულტურული კონვენციები, ინდივიდის საკუთარი მიდრეკილებები, პრეფერენციები და ინტერპრეტაციები ქცევის შერჩევას.

ჯანმრთელობის ქცევის მოდელების პროგნოზირების მიზნით, ჯანმრთელობის ცხოვრების სტილის თეორია აერთიანებს ვებერის, გიდენსის და ბურდიეს ამ სოციოლოგიურ შეხედულებებს, რათა განავითაროს სტრუქტურული ცვლადების ოთხი ძირითადი კატეგორია, რომლებიც მოქმედებენ ცხოვრების სტილის ფორმირებაზე, ესენია: (1) კლასის გარემოებები; (2) ასაკი, სქესი და რასა/ეთნიკურობა; (3) კოლექტივები; და (4) საცხოვრებელი პირობები (Cockerham, 2014).

სწორედ აღნიშნული თეორიის საშუალებით მოხდება ჩვენი საკვლევი თემის ანალიზი და კითხვებზე პასუხების ინტერპრეტირება.

კვება და ჯანმრთელობა

კვება და ჯანმრთელობა ერთმანეთთან მჭიდრო კავშირშია. საჭმელს, რომელსაც ადამიანი ყოველდღიურად მოიხმარს წარმოადგენს მნიშვნელოვანი ნუტრიენტებისა და ენერჯის წყაროს. ისეთი ნუტრიენტები, როგორებიცაა ნახშირწყლები, ცილები, ცხიმები, ვიტამინები და სხვადასხვა მინერალები საჭიროა ადამიანის სხეულის ქსოვილების რეგენერაციისა და შენარჩუნებისთვის (WHO, 2023). ქსოვილების რეგენერაციის გარდა, საკვები წარმოადგენს ენერჯის პირველწყაროს ადამიანის ორგანიზმისთვის. ადამიანს ყოველდღიურად უწევს სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობა, ენერჯია იხარჯება ისეთი უხილავი ფიზიკური აქტივობის დროსაც, როგორიც მეტაბოლიზმია. დაბალანსებული კვება წარმოადგენს ადამიანის

ჯანმრთელი და ბედნიერი ცხოვრების წყაროს, ჯანსაღი ენერგეტიკული ბალანსისა და ორგანიზმის რეგენერაციის უნარის შენარჩუნება დამოკიდებულია სწორად განსაზღვრული კალორიებისა და ნუტრიენტების ყოველდღიურ მიღებაზე. ზედმეტი ან ნაკლები კალორიებისა და ნუტრიენტების მიღება დაკავშირებულია ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემასთან. ჯანსაღ კვებას მნიშვნელობა ენიჭება დაავადებების პრევენციის მიზნით, დაბალანსებული კვებითი რაციონით შესაძლებელია ისეთი ქრონიკული დაავადებების თავიდან არიდება, როგორებიცაა: სიმსუქნე, გულის დაავადებები, მეორე ტიპის დიაბეტი და გარკვეული სიმსივნეები (Harvard University, 2023). ადამიანის იმუნური ფუნქციის სწორი მუშაობისთვის კვებითი რაციონი წარმოადგენს კრიტიკულ ფაქტორს, საკვების მეშვეობით მიღებული სწორი რაოდენობის ვიტამინები და მინერალები აუმჯობესებს ადამიანის იმუნურ ფუნქციას სხვადასხვა ინფექციასთან ბრძოლაში (Maggini et al., 2018). ფიზიკური სხეულის ჯანმრთელობის გარდა, საკვებს გავლენა აქვს ადამიანის ფსიქიკურ და მენტალურ ჯანმრთელობაზეც, არაჯანსაღი კვებითი რაციონი დაკავშირებულია დეპრესიასთან და შფოთვით აშლილობებთან. შესაბამისად, ადამიანის მიერ მოხმარებული საკვების ტიპი, ხარისხი და რაოდენობა ადამიანის კეთილდღეობისა და ქმედითუნარიანობის განმსაზღვრელია (Sarris et al., 2015).

დღეს იმდენად აჩქარებულია ცხოვრების ტემპი, ადამიანები უფრო და უფრო ნაკლებ მნიშვნელობასა და დროს უთმობენ მათ მიერ მიღებულ საკვებს. გადამუშავებულ, შაქრითა და მარილით გაჯერებულ საჭმელსა და სასმელს უფრო დიდი მოხმარება აქვს, რადგან ისინი უფრო მარტივად ხელმისაწვდომია, ფინანსური და დროითი რესურსის თვალსაზრისით. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ინდივიდუალური დიეტური მოთხოვნილებები შეიძლება განსხვავდებოდეს ისეთი ფაქტორების მიხედვით, როგორებიცაა: ასაკი, სქესი, ფიზიკური აქტივობის დონე და ჯანმრთელობის ძირითადი პირობები. ჯანსაღად კვებისთვის აუცილებელია ნებისმიერი ადამიანის რაციონი შემდეგი კომპონენტებით იყოს დაბალანსებული: ხილი და ბოსტნეული, მთლიანი მარცვლეული, წმინდა ცილები, ჯანსაღი ცხიმები და თხილეული. იმის და მიუხედავად, რომ კვებითი რაციონის კონტროლი დიდ ძალისხმევასა და ყურადღებას მოითხოვს და დაკავშირებულია ფინანსურ და დროით რესურსებთან, საჭიროა მისი ღირებულების გაანალიზება, რადგან სწორი და ჯანსაღი კვება განსაზღვრავს ადამიანის სიცოცხლისუნარიანობას.

ზოგადი დამოკიდებულებები ჯანსაღი კვებისადმი

ჯანსაღი კვების მიმართ ზოგადი დამოკიდებულებები შეიძლება განსხვავდებოდეს ასაკის, სქესის, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის და ცხოვრების სტილის მიხედვით (Dallongeville et al., 2013). ეს მიუთითებს იმაზე, რომ დამოკიდებულებები განსხვავდება ადამიანთა თითოეულ ჯგუფში და, შესაბამისად, თითოეული მათგანი მოითხოვს ცალკეულ ანალიზს.

ზოგადად კვებისადმი დამოკიდებულება არის კომპლექსური კონცეფცია, რომელიც განისაზღვრება, როგორც ობიექტის საერთო შეფასება, რომელიც ეფუძნება მრავალფეროვან ინფორმაციას (Maio & Haddock, 2015). ამრიგად, პოზიტიური დამოკიდებულება როგორც ჯანმრთელობის, ასევე საკვები-პროდუქტების მიმართ შეიძლება გამოწვეული იყოს მათ შესახებ გარკვეული ინფორმაციის ფლობით.

ჯანსაღი კვება ყველაზე ხშირად დადებითად არის დაკავშირებული ხილისა და ბოსტნეულის მაღალ მოხმარებასთან (Spronk et al., 2014). მსგავსი დამოკიდებულებები აღმოაჩინეს ზრდასრულებში, რომლებსაც ჰქონდათ ჯანმრთელობის უფრო მაღალი ინტერესი და სათანადო ცოდნა. თუმცა, სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ მხოლოდ კვების შესახებ ცოდნა ხშირად არ არის საკმარისი კვებითი ჩვევების გასაუმჯობესებლად (Brown et al., 2000).

ჯანსაღი დამოკიდებულებები, როგორც წესი, უფრო გავრცელებულია ხანდაზმულ ასაკობრივ ჯგუფებში, უმაღლესი განათლების მქონე ადამიანებში და ასევე დაბალი სხეულის მასის ინდექსის (BMI) მქონე პირებში (Naughton et al., 2015). დღესდღეობით, ახალგაზრდა ადამიანებს უფრო დადებითი დამოკიდებულება აქვთ ჯანსაღი კვების მიმართ ვიდრე ადრე, ეს

შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ახალგაზრდა თაობებში ჯანსაღი კვების შესახებ გაზრდილი ინფორმირებულობითა და განათლებით, ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციით.

აღსანიშნავია, რომ ქალებს უფრო პოზიტიური დამოკიდებულება აქვთ ჯანსაღი კვების მიმართ, ვიდრე მამაკაცებს. (Wadolowska et al., 2017). ყოველივე ეს შეიძლება აიხსნას საზოგადოების ზეწოლით ქალებზე, რათა შეინარჩუნონ სხეულის ფორმა და დააკმაყოფილონ საზოგადოების მიერ დაწესებული სტანდარტები, რომელიც დაკავშირებულია სილამაზესთან.

კულტურული ფონი და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანსაღი კვებისადმი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში. მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე და აზიური წარმომავლობის პირებს უფრო პოზიტიური დამოკიდებულება აქვთ ჯანსაღი კვების მიმართ, ვიდრე დასავლური კულტურის მატარებელ და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე პირებს. ეს იმის მანიშნებელია, რომ კულტურული ნორმები, ღირებულებები, ფასეულობები, მატერიალური მდგომარეობა და ეთნიკურ-კულტურული მემკვიდრეობა, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კვების მიმართ დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში (Huang et al. 2020).

დასკვნის სახით უნდა აღინიშნოს, რომ კულტურული ნორმები, ღირებულებები, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ფასეულობები და სოციუმი ის ძირითადი ფაქტორებია, რომლებიც მონაწილეობას იღებენ ადამიანის ჯანსაღი კვების მიმართ დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში. ქალებს, მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე პირებს და აღმოსავლური კულტურის მატარებელ საზოგადოებას უფრო მაღალი ცნობიერება და მიდრეკილება აქვთ ჯანსაღი კვების მიმართ.

სოციალური გარემოს გავლენა სტუდენტთა კვებით ქცევაზე

ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე ჩამოყალიბებული არაჯანსაღი კვებითი ჩვევები შესაძლოა ზრდასრულ ასაკშიც გაგრძელდეს, რაც ზრდის სხვადასხვა დაავადების განვითარების რისკს შემდგომ ცხოვრებაში. აქედან გამომდინარე, საყურადღებოა ის კონკრეტული სოციალური აგენტები, რომლებიც ცხოვრების ადრეული ეტაპიდან განსაკუთრებულ როლს ასრულებენ ადამიანთა ცხოვრებაში. ეს აგენტებია: მშობლები, ოჯახი, თანატოლები.

კვლევებით დასტურდება, რომ მშობლებსა და ოჯახს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს სტუდენტთა კვებითი ქცევის ფორმირებაზე. მშობლები ფლობენ გარკვეულ კვებითი ქცევის შაბლონებს და გადასცემენ მათსავე დამოკიდებულებას შთამომავლებს აღზრდის პროცესში (Larson & Story, 2017). საგულისხმოა, რომ განსაკუთრებით მშობლებთან მცხოვრებმა უნივერსიტეტის სტუდენტებმა შეიძლება განიცადონ მშობლების გავლენა.

ევროპის ოთხ ქვეყანაში ჩატარებული კვლევის შედეგად, გაირკვა, რომ მშობლების სახლში მცხოვრები სტუდენტები უფრო მეტ ხილსა და ზოსტენულს მოიხმარდნენ, ვიდრე ისინი, ვინც ცხოვრობდნენ საკუთარი ოჯახისგან მოშორებით (El Ansari et al., 2012). ძალიან საინტერესოა მაკინონის (MacKinnon & Fairchild, 2017) კვლევა, რომლის საფუძველზეც შესაძლოა შემდგომი ვარაუდის გაკეთება: კავშირი მშობელთა კონტროლსა და კვებით ქცევას შორის შესაძლოა უფრო ძლიერი იყოს სახლში მცხოვრებ სტუდენტებში, ვიდრე მათში, ვინც ცხოვრობს სახლიდან მოშორებით. სტუდენტურ საცხოვრებელში ცხოვრებისას საკვების ღირებულება მეტად მნიშვნელოვანი ხდება სტუდენტებისთვის. ამრიგად, საკვების ფასებსა და კვებით ქცევას შორის უფრო ძლიერი კავშირი შეიძლება შეინიშნოს მაშინ, როდესაც მოსწავლეები ცხოვრობენ სახლიდან მოშორებით. ჯანსაღად კვებასა და მშობლებთან ცხოვრებას შორის არსებობს გარკვეული კორელაცია, რაც უფრო მეტ დროს ატარებს სტუდენტი სახლში მით უფრო ჯანსაღია მისი კვების რაციონი.

გარდა ოჯახის გავლენისა, მეგობრები და თანატოლებიც ახდენენ გავლენას სტუდენტთა კვებით ქცევაზე. კონტენტოსა (Contento et al., 2006) და სხვათა კვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ მეგობრებისა და თანატოლების დამოკიდებულება და ქცევა მნიშვნელოვნად მოქმედებდა მოზარდების მიერ საკვები-პროდუქტების შერჩევაზე.

კვებითი ქცევის განმსაზღვრელი ძირითადი ფაქტორები სტუდენტებში

სტუდენტთა კვებითი ქცევა ჯანმრთელობისა და განათლების სფეროში საკმაოდ აქტუალური და მნიშვნელოვანი საკითხია. აღნიშნულ ფაქტს მოწმობს მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ჩატარებული არაერთი კვლევა. კვლევებმა აჩვენა, რომ სტუდენტები, რომლებსაც აქვთ ჯანსაღი კვებითი ჩვევები, ახასიათებთ უკეთესი აკადემიური მოსწრება, აქვთ უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ნაკლებად სავარაუდოა, რომ განუვითარდეთ ქრონიკული დაავადებები მოგვიანებით ცხოვრებაში.

აღნიშნული თემა სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა მიზეზის გამო არის პოპულარული. მაგალითად, ევროპასა და ამერიკაში განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ სწორედ იმ მიზეზით, რომ არაჯანსაღი და დაუბალანსებელი კვება იწვევს სიმსუქნესა და ჭარბწონიანობას, რაც მოგვიანებით ცხოვრებაში სერიოზული ჯანმრთელობის პრობლემების მაპროვოცირებელია.

როგორც ამერიკაში განხორციელებული კვლევებით დასტურდება, წონის მატებასა და, ზოგადად, არაჯანსაღი კვებითი ქცევის ჩამოყალიბებაში კრიტიკულად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდი (Crombie et al., 2009). სკოლიდან უნივერსიტეტში გადასვლის პერიოდი მოითხოვს მნიშვნელოვან ადაპტაციას, რომლის დროსაც არსებითად განისაზღვრება ადამიანის კვების ქცევითი შაბლონი და ნარჩუნდება მთელი, დარჩენილი ცხოვრების განმავლობაში. აშშ-ს უნივერსიტეტებში ჩატარებული კვლევების თანახმად, სტუდენტები არ ჭამენ ხილისა და ბოსტნეულის რეკომენდებულ რაოდენობას და მოიხმარენ ჭარბი რაოდენობით ცხიმოვან საკვებს გარდა ცხიმოვანი საკვებისა, ასევე იმატებს ალკოჰოლის მოხმარების პროცენტული მაჩვენებელიც (Neyman et al., 2014).

უნივერსიტეტის სტუდენტებში, წონის მომატების და არაჯანსაღი კვებითი ქცევის ჩამოყალიბების იგივე მაგალითია ევროპაშიც (Deliens et al., 2017). აღნიშნული მიუთითებს პრევენციული პროგრამების საჭიროებაზე, რომლებიც შეეწინააღმდეგება არაჯანსაღი კვების ჩვევების ჩამოყალიბებას უნივერსიტეტის სტუდენტებში, რისთვისაც მნიშვნელოვანია სტუდენტების კვებით ქცევაზე მოქმედი ფაქტორების იდენტიფიცირება, შესწავლა და მათი გააზრება.

რამდენიმე თვისებრივ კვლევაში, ფოკუს-ჯგუფის მეთოდის გამოყენებით, სტუდენტების კვების ქცევის განმსაზღვრელი შემდეგი ფაქტორები განისაზღვრა: ა) დისციპლინისა და დროის ნაკლებობა, ბ) თვითკონტროლი, გ) სოციალური მხარდაჭერა, დ) პროდუქტის ფასი და შეზღუდული ბიუჯეტი, ე) ჯანსაღ საკვებზე ხელმისაწვდომობა (LaCaille et al., 2011). შესაძლოა გამართლდეს ვარაუდი იმის შესახებ, რომ ჯანსაღი საკვების შეთავაზება დაბალ ფასად ხელს შეუწყობს მის მზარდ არჩევანს სტუდენტებში, რადგან სხვა პოპულაციებში კვლევებმა აჩვენა, რომ ფასების შემცირება ზრდის უცხიმო პროდუქტების, ხილისა და ბოსტნეულის გაყიდვებს კაფეტერიებში (French et al., 2011). არსებობენ სტუდენტები, და არა მარტო სტუდენტები, რომლებიც სათანადოდ იაზრებენ ჯანსაღი კვების მნიშვნელობასა და როლს, თუმცა ვერ ახერხებდნენ შესაბამისად კვებას ფინანსური და დროითი შეზღუდულობის გამო.

საინტერესოა ასევე ევროპაში, კერძოდ ბელგიაში ჩატარებული კვლევა, რომლის მიზანიც იყო ბელგიელი სტუდენტების კვებითი ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორების იდენტიფიცირება. აღნიშნული კვლევის შედეგად, გამოვლინდა დეტერმინანტების ოთხი ძირითადი კატეგორია: ა) ინდივიდუალური (ინტრაპერსონალური), ბ) სოციალური გარემო (ინტერპერსონალური), გ) ფიზიკური გარემო (საზოგადოება) და დ) მაკრო გარემო (სოციალური). გარდა ამისა, აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთი უნივერსიტეტის კონკრეტული მახასიათებელი გავლენას ახდენს სტუდენტების კვებით ქცევაზე (Deliens & Clarys, 2014).

სტუდენტები, რომლებიც განიცდიდნენ მეტ დამოუკიდებლობას მშობლებისგან უნივერსიტეტამდე და გრძნობენ პასუხისმგებლობას ზოგადად საკვების მომზადებისა და მიღების მიმართ, აღნიშნეს, რომ უნივერსიტეტში მიაღწიეს მეტ სტაბილურობას თავიანთ კვებით ქცევაში (Cluskey & Grobe, 2009). რაც იძლევა დამატებითი დასვნის გაკეთების საშუალებას, რომ საჭიროა სტუდენტებში თვითრეგულირების უნარების გაძლიერება.

თვითრეგულირების უნარები დაეხმარება სტუდენტებს მიიღონ უფრო ჯანსაღი გადაწყვეტილებები და შეინარჩუნონ ჯანსაღი ცხოვრების წესი ზრდასრულ ასაკში.

ერთ-ერთ კვლევაში თავად სტუდენტები აღნიშნავენ, რომ კამპუსში საკვების ხელმისაწვდომობასთან ერთად მიმზიდველობაც ხშირად განსაზღვრავს საკვების არჩევანს. ეს კი მიუთითებს იმაზე, რომ უნივერსიტეტში შემოთავაზებული ჯანსაღი პროდუქტების უფრო მიმზიდველმა შეფუთვამ შეიძლება ხელი შეუწყოს უნივერსიტეტის სტუდენტებში ჯანსაღი კვებითი ქცევის ჩამოყალიბებას (Deliens & Clarys, 2014).

სტუდენტები, როგორც წესი, ჩართულნი არიან მრავალ სოციალურ აქტივობაში და აკისრიათ აკადემიური პასუხისმგებლობები. ისინი უფრო მეტად არჩევენ სწრაფ, მოსახერხებელ, იაფ და მზა საკვებზე აჩერებენ, შეზღუდული დროითი და მატერიალური რესურსების გამო.

ზემოთ მოცემული ლიტერატურის ანალიზით ნათელი გახდა, რომ კვება და ჯანმრთელობა ერთმანეთთან ურთიერთდაკავშირებულია. იმისთვის, რომ ადამიანმა იცხოვროს ჯანმრთელად და ბედნიერად, საჭიროა აკონტროლოს მისი ყოველდღიური კვებითი რაციონი. ჯანსაღი კვება საკუთარ თავში მოიაზრებს, ისეთი კვებითი რაციონის ბალანსს, რომელიც გაჯერებულია ჯანსაღი ცხიმებით, ცილებით, ნახშირწყლებით, ვიტამინებითა და მინერალებით, არ შეიცავს ჭარბი ოდენობით შაქარს, მარილს და მავნე ცხიმებს. ჯანსაღი კვებისადმი დამოკიდებულება შესაძლოა განსხვავდებოდეს ისეთი ფაქტორების მიხედვით, როგორებიცაა: ასაკი, სქესი, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ეთნიკურ-კულტურული მემკვიდრეობა, ინდივიდის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ფიზიკური აქტივობის დონე და სხვა. რაც შეეხება ნაშრომისთვის მეტად საინტერესო სეგმენტს, სტუდენტების კვებაზე შემდგომი ფაქტორები ახდენენ გავლენას: მშობელთა დამოკიდებულება, მეგობრების დამოკიდებულება, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, კულტურული მემკვიდრეობა, შეზღუდული დროითი რესურსი, ცნობიერების დონე ჯანსაღი კვების შესახებ, საკვების მარკეტინგული პოზიციონირება და უშუალოდ უნივერსიტეტის გარემო. ლიტერატურის მიმოხილვა, ძირითადად, მოიცავს უცხო ქვეყნებში ჩატარებულ არაერთი კვლევის ანალიზს. ევროპასა და ამერიკაში ჩატარებული კვლევები მნიშვნელოვანი იყო სიმსუქნესა და ჭარბწონიანობის პრევენციის მიზნით. მიუხედავად იმისა, რომ არაჯანსაღი, დაუბალანსებელი კვების ერთ-ერთი ეფექტია სიმსუქნე და ჭარბწონიანობა, ეს ნაკლებად არის აქტუალური ქართული კონტექსტისთვის. თუმცა, ის ფაქტი, რომ ამ ტიპის კვება, გრძელვადიან პერსპექტივაში, სხვადასხვა დაავადების გამომწვევი მიზეზი ხდება, მეტად აქტუალურს ხდის აღნიშნულ საკითხს არა მხოლოდ ამერიკისა და ევროპის ქვეყნებისთვის, არამედ საქართველოსთვისაც.

საქართველოში ძალიან მწირია ცალკე სტუდენტთა დამოკიდებულების კვლევა აღნიშნული საკითხის მიმართ. მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, რა მდგომარეობაა ამ მხრივ ქვეყანაში, ცხადია, მთლიანი სურათის დანახვასა და აღწერას აღნიშნული კვლევის ფარგლებში ვერ შევძლებთ, მაგრამ იგი დაგვეხმარება გარკვეული წარმოდგენის შექმნაში. შესაბამისად, საინტერესოა როგორია სტუდენტთა კვებითი ქცევა და რა ფაქტორებია განმსაზღვრელი იმის, რომ მათ ჯანსაღად ან არაჯანსაღად კვება აირჩიონ, როგორც ცხოვრების სტილი.

კვლევის შედეგები, დისკუსია

თვისებრივ კვლევაში მონაწილეობა თორმეტმა სტუდენტმა მიიღო. ჯანსაღი და არაჯანსაღი კვებითი ჩვევების მახასიათებელი თანაბრად იქნა განაწილებული. ე.წ. „თვითშეფასებითი კითხვის“ საფუძველზე, კვლევის მონაწილე თავს მიაკუთვნებდა რესპონდენტთა ორი ჯგუფიდან/კატეგორიიდან ერთ-ერთს. კერძოდ, ექვს რესპონდენტს მიაჩნია, რომ უფრო ჯანსაღად იკვებება ვიდრე არაჯანსაღად, ხოლო დანარჩენი ექვსი თავს მიაკუთვნებს ადამიანთა იმ ჯგუფს, რომელიც უფრო არაჯანსაღად იკვებება, ვიდრე ჯანსაღად. თითოეულ ჯგუფში დაცულია გენდერული ბალანსი. კვლევის მონაწილეები მესამე და მეოთხე კურსის სტუდენტები არიან, მათი ფინანსური მდგომარეობა საშუალო და კარგია. კერძოდ, სტუდენტთა უმრავლესობა, რომელიც უფრო ჯანსაღად იკვებება, აცხადებს, რომ მათი

ფინანსური მდგომარეობა არის კარგი, ხოლო რესპონდენტთა ძირითადი ნაწილი, რომელიც უფრო არაჯანსაღად იკვებება, ამბობს, რომ მათი ფინანსური მდგომარეობა არის საშუალო. სტუდენტები, რომლებიც თავს უფრო ჯანსაღად მიიჩნევენ კვირაში სამჯერ ან მეტჯერ ვარჯიშობენ და მათი უმრავლესობა არ არის თამბაქოს მომხარებელი. ხოლო ისინი, რომლებიც არ მიიჩნევენ თავს ჯანსაღად, იშვიათად ან საერთოდ არ ვარჯიშობენ, ძირითადი ნაწილი კი თამბაქოს მომხარებელია. რაც შეეხება ალკოჰოლს, ორივე კატეგორიის წარმომადგენლები ძალიან იშვიათად მოიხმარენ მას.

აღნიშნული კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ მონაწილეთა მიერ, ადამიანის ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ უპირველეს ფაქტორად ცხოვრების სტილი დასახელდა, რომელშიც ისინი მოიაზრებენ ფიზიკური აქტივობის ხარისხს, კვებით რაციონსა და ძილის რეჟიმს, ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორად მიაჩნიათ გენეტიკა, საცხოვრებელი პირობები და ადამიანის ფინანსური მდგომარეობა.

გამოკითხულთა ძირითადი ნაწილისთვის სასურველი კვება ნიშნავს ისეთი საკვების მიღებას, რომელიც ერთდროულად ნოყიერი, ჯანსაღი, გემრიელი და დაბალანსებულია, თუმცა ისინი აღნიშნავენ, რომ ყოველდღიურად ყველა ამ მახასიათებლის კონტროლი თითქმის შეუძლებელია, ამიტომ ხშირად ვერ ახერხებენ სასურველი კვებითი რაციონის ბალანსს. რესპონდენტები, რომლებიც იკვებებიან უფრო ჯანსაღად, აცხადებენ, რომ ჯანსაღი კვება ორგანიზებასა და წინასწარ დაგეგმვას მოითხოვს, შესაბამისად, ამ ჯგუფის უმრავლესობისთვის სასურველია კვება, რომელიც არის ჯანსაღი, მაგრამ ადვილად კონტროლირებადი და მოითხოვს ნაკლებ დროს. რამდენიმე რესპონდენტი კი ისურვებდა შესაძლებლობას, რომ ხშირად მიეღო რაიმე არაჯანსაღი, მაგრამ ამას ჯანმრთელობასა და სხეულის ფიზიკურ მახასიათებლებზე არ ემოქმედა.

„ჩემთვის სასურველია კვება, რომელიც არის ორგანიზებული, ანუ დღის განმავლობაში რაციონი, რაც უნდა მივიღო, მინდა რომ ამ ყველაფერს ორგანიზებას მე არ ვუწევდე, მე არ ვვჭირვებდე, რადგან ძალიან ბევრ დროს მოითხოვს ეს ყველაფერი, ყოველდღე დამღლელობა და რთულიც ამის კეთება.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

„სასურველია დაბალანსებული კვება, რა თქმა უნდა, მაგრამ იმის საშუალებაც მინდა მქონდეს, რომ ზოგიერთ მომენტში არაჯანსაღადაც ვიკვებო და ეს იყოს ნორმალურ, ანუ არ აზიანებდეს ჩემი სხეულის ფორმებსა და ჯანმრთელობას.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

აღსანიშნავია, რომ მეორე ჯგუფის სტუდენტებში, რომელთაც უფრო მეტად არაჯანსაღი კვებითი ჩვევები ახასიათებთ, სასურველ კვებასთან დაკავშირებით მოსაზრებები გაიყო ორად. ერთნი სასურველ კვებად ასახელებენ ჯანსაღს, დაბალანსებულს, ზომიერსა და საათობრივს. მეორენი კი მიუთითებენ იმაზე, რომ ამგვარი კვება სწორედ ისაა, რომელიც მაქსიმალური სიამოვნების მომტანი იქნება მათთვის.

„ჩემთვის სასურველი კვება არის ის კვება, რომელიც მანიჭებს სიამოვნებას, ჭამა მაქსიმალური სიამოვნებისთვის.“

{კაცი, მე-ჯგუფი}

„ჩემთვის სასურველია ისეთი კვება, როდესაც ვჭამ იმას რაც მინდა და როცა მინდა. ჭამა ჩემი სიამოვნების პირველწყაროა. ძალიან მინდა, რომ ჩემს შინაგან მეს შეეძლოს სხვანაირად, მაგრამ ალბათ ცხოვრების ამ ეტაპზე, არ შემიძლია.“

{ქალი, მე-2 ჯგუფი}

ამ კონტექსტში, აღსანიშნავია ისიც, რომ რესპონდენტთა გარკვეული ნაწილი ცხოვრების სტილის შეცვლას, უფრო კონკრეტულად კი ჯანსაღად კვებასა და სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობის დაწყებას სწორედ უნივერსიტეტის დასრულების შემდეგ გეგმავს. როგორც ისინი აღნიშნავენ, ცხოვრების ამ ეტაპზე ამისთვის საკმარისი ფინანსური და დროითი რესურსები არ გააჩნიათ.

სტუდენტთა რწმენა-წარმოდგენები ჯანსაღ კვებაზე

რესპონდენტთა რწმენა-წარმოდგენები ჯანსაღ კვებაზე მეტ-ნაკლებად ერთგვაროვანია. სტუდენტთა პირველი კატეგორიის წარმოდგენით, ადამიანი, რომელიც იკვებება ჯანსაღად მრავალფეროვან საკვებს მოიხმარს, რომელიც გაჯერებულია ცილებით, ცხიმებითა და ნახშირწყლებით. უმრავლესობა ამხვილებს ყურადღებას იმაზე, რომ აღნიშნულ ნივთიერებებს შორის აუცილებელია ბალანსის დაცვა და დღის განმავლობაში რამდენჯერმე მცირე ულუფებით მირთმევა. როგორც თავად აღნიშნავენ, ჯანსაღად კვების დროს მნიშვნელოვანია რაციონის მრავალფეროვნებაც. დასაშვებად მიაჩნიათ ცომეულის, ტკბილეულისა და სხვა ნებისმიერი არაჯანსაღი საკვები-ნივთიერების მიღება, მაგრამ განსაზღვრული რაოდენობით, კვირაში ან თვეში რამდენჯერმე. მათი აზრით, ეს საუკეთესო გზაა იმისთვის, რომ ორგანიზმი ყველა სახის ნივთიერებასთან ადაპტირდეს, რადგან ადამიანს ყოველთვის ვერ ექნება ხელმისაწვდომობა სრულიად ჯანსაღ პროდუქტებზე.

„ადამიანი იკვებება ჯანსაღად, როცა არის ძალიან კარგი ბალანსი ჯანსაღ საკვებსა და რეალურად არსებულ პროდუქტს შორის, რომელზეც ხელი მიგვიწვდება ყოველდღე. რადგან დღეს ძალიან რთულია საშუალო შემოსავლების მქონე ადამიანისთვის სულ ჯანსაღად კვება.“

{კაცი, 1-ელი ჯგუფი}

„ჯანსაღად იკვებები მაშინ, როცა ჭამ ჭკერ, მცირე ულიფებით და არ ნაყრდები, კიდევ უნდა გრჩებოდეს შიმშილის შეგრძნება, რაციონი უნდა იყოს მრავალფეროვანი, იშვიათად შეიძლება ფასთფუდი და ცოტა ტკბილიც.“

{კაცი, 1-ელი ჯგუფი}

მეორე კატეგორიის სტუდენტები, რომლებიც უფრო არაჯანსაღად იკვებებიან, ხაზს უსვამენ ბოსტნეულის, ხილისა და წყლის დიდი რაოდენობით მოხმარებას ჯანსაღად კვების დროს. აღნიშნული კატეგორიის რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ ადამიანს, რომელიც ჯანსაღად იკვებება, ბევრ დათმობაზე უწევს წასვლა, მრავალფეროვან და გემრიელ საკვებზე უარის თქმა. თუმცა, როგორც კველვის შედეგად გამოკითხული ექსპერტი აღნიშნავს, ძალიან ბევრი ადამიანი საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტერეოტიპების ‘მსვერპლია’. სწორედ სტერეოტიპები განაპირობებენ ამგვარი რწმენა-წარმოდგენების არსებობას. მისი თქმით, ჯანსაღი კვება არ გულისხმობს ერთფეროვანი, მოსაწყენი საკვების მიღებას დღის განმავლობაში, არც რომელიმე საკვები-ნივთიერების რაციონიდან სრულად ამოღებას უწევს რეკომენდაციას. როგორც ის აღნიშნავს, აუცილებელია ადამიანმა ესა თუ ის ნივთიერება სხვადასხვა სახით, დაბალანსებულად და დროითი ინტერვალების დაცვით მიიღოს.

„ადამიანი, რომელიც იკვებება ჯანსაღად აუცილებლად უნდა იღებდნეს ხილს და ბოსტნეულს დიდი რაოდენობით. სთრით ფუდზე უნდა თქვას უარი და ტკბილეულზე.“

{ქალი, მე-2 ჯგუფი}

„ყველაფერი უცხიმო, უმაქრო და უმარილო უნდა მიირთვას, რაც, ჩემ შემთხვევაში, არის სიამოვნების კომპონენტი, ეს თუ არ აქვს საკვებს, ჩემთვის უგემურია ის, ალბათ მე ამდენ დათმობაზე წასვლას ვერ შევძლებ ვერასდროს.“

{კაცი, მე-2 ჯგუფი}

„ჯანსაღ კვებაზე როდესაც ადამიანს ესაუბრები, ძირითადად, ყველას წარმოუდგენია მოსაწყენი და ერთფეროვანი სკავეები, ეს სტერეოტიპია. ფიქრობენ, რომ რაღაც კონკრეტული უნდა იყოს აცილებული, მაგალითად ტკბილეული ან შემწვარი ხორცი, სინამდვილეში კი თავს უნდა მივცეთ რაღაცების უფლება, მაგრამ ზომიერად.“

{ექსპერტი}

გამოკითხული ექსპერტის საუბრიდან გამომდინარე, შესაძლოა გაკეთდეს დასკვნა, რომ ადამიანს, რომელიც იკვებება ჯანსაღად აქვს: კონკრეტული კვებითი რეჟიმი, საკმარისი დრო და ფინანსური რესურსი გამოყოფილი კვების რაციონის შედგენისთვის, იკვებება საათობრივად და ისე, რომ მიღებული საკვების კალორიულობა მის ყოველდღიურ საჭიროებასთან იყოს კორელაციაში. ერთ დღეში ადამიანის მიერ მიღებული კალორაჟი არ უნდა აღემატებოდეს დახარჯულს, რაზეც თითქმის არ მახვილდება ყურადღება გამოკითხულ რესპონდენტებში. ასევე მხოლოდ რამდენიმე მათგანმა ისაუბრა დროითი ინტერვალების

დაცვისა და რაციონის მრავალფეროვნების აუცილებლობაზე. აღსანიშნავია, რომ სტუდენტები, რომლებიც უფრო ჯანსაღად იკვებებიან, უკეთ არიან ინფორმირებულნი აღნიშნული საკითხის შესახებ. თუმცა, მონაწილეთა გარკვეული ნაწილისთვის, ჯანსაღი კვება, ძირითადად, მხოლოდ ნაკლებადგემრიელი და დაბალკალორიული საკვები-ნივთიერებების მოხმარებასთან არის დაკავშირებული.

ყველაზე გავრცელებული წყარო, საიდანაც სტუდენტები ჯანსაღ კვებაზე ინფორმაციას იღებენ არის სოციალური მედია და სხვადასხვა სატელევიზიო გადაცემა, რომლის მეშვეობით თვალს ადევნებენ ენდოკრინოლოგების, კვების კონსულტანტებისა და ფიტნეს ინსტრუქტორების რჩევებს. ზოგიერთი მათგანისთვის ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენს ოჯახი და მეგობრები.

სტუდენტთა დამოკიდებულება ჯანსაღი კვების მიმართ

აღნიშნული კვლევის ფარგლებში მოპოვებული ინფორმაციის საფუძველზე, შეიძლება ითქვას, რომ ჯანსაღი კვების დადებითი მხარეების ჩამონათვალი საკმაოდ ვრცელი, ხოლო უარყოფითი მხარეების ჩამონათვალი ძალიან მწირია.

ჯანსაღი კვების დადებითი მხარეების განსაზღვრისას, პრაქტიკულად ყველა რესპონდენტი პირველად სწორედ ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობის შენარჩუნებას ასახელებს. როგორც თავად ამბობენ, ეს ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალებაა სხვადასხვა დავადების განვითარების რისკის შესამცირებლად. გამომდინარე იქიდან, რომ თითოეულ მათგანს კვება მიაჩნია ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ფაქტორად, აღნიშნული შედეგი ბუნებრივია. ამასთან ერთად, სტუდენტები საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე, დარწმუნებით აცხადებენ, რომ დღის მანძილზე ადამიანის პროდუქტიულობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული კვებით რაციონზე. როგორც ზოგიერთი მათგანი აღნიშნავს, ჯანსაღად კვების შემთხვევაში, თავს უფრო ენერგიულად და მოტივირებულად გრძნობს, რაც ეხმარებათ ყოველდღიური საქმეების წარმატებით შესრულებასა და უკეთ მეცადინეობაში. ეს უკანასკნელი დასტურდება სხვადასხვა ქვეყანაში, მათ შორის, საქართველოში ჩატარებული კვლევებითაც. კვლევების თანახმად, კვება მნიშვნელოვნად მოქმედებს სკოლის მოსწავლეებისა და სტუდენტების აზროვნების უნარსა და ქცევაზე, რასაც თავის მხრივ გავლენა აქვს აკადემიურ მოსწრებაზე.

„როგორც წესი, ჯანსაღი საკვების მიღების შემთხვევაში, თავს მეტად ენერგიულად ვგრძნობ და კარგად ვმეცადინეობ. მაგალითად, ფასთ ფუდი რომ ვჭამო, ძალიან უენერგიო ვხდები, მეძინება და ყველაფერი მეზარება.“

{ქალი, 1-ელი კურსი}

საგულისხმოა, რომ სტუდენტები, რომლებიც უფრო ჯანსაღად იკვებებიან, ისეთ დადებით მხარეებზე ამახვილებენ ყურადღებას, რომელსაც მეორე კატეგორიის რესპონდენტთა პასუხებში ვერ აღმოვაჩინებთ. მათი კეთილგანწყობის განმაპირობებელი ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი სწორედ ისაა, რომ ჯანსაღად კვების შემთხვევაში, საკუთარი თავის მიმართ უფრო მეტი პატივისცემითა და სიყვარულით არიან განმსჭვალულნი, რაც ეხმარებათ თვითშეფასების ამაღლებასა და დღის რაციონალურ წარმართვაში. როგორც ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, მისთვის ჯანსაღად კვების მთავარი მოტივატორი არ არის ჯანმრთელად ყოფნა, მთავარი მოტივატორია იმის განცდა, რომ კონტროლი აქვს საკუთარ თავზე, რაც მნიშვნელოვნად მოქმედებს თვითშეფასებაზე. ამ კონტექსტში საგულისხმოა ისიც, რომ აღნიშნული კატეგორიის ზოგიერთი რესპონდენტის, განსაკუთრებით კი მდედრობითი სქესის წარმომადგენლების, კეთილგანწყობის განმაპირობებელი მთავარი მიზეზი სხეულის სასურველი ფორმების შენარჩუნებაა.

„დადებითი, პირველ რიგში, არის ის რომ შენი თავის მიმართ ხარ კეთილგანწყობილი, როცა ჯანსაღად იკვებები, თითქოს რაღაცას აღწევ და ამით სხვებზე წინ ხარ. როდესაც გრძნობ, რომ საკუთარ თავს ერევი და მისი კონტროლი შეგიძლია. მე რომ ჯანსაღად ვიკვებები, სწორედ ამის გამო, და არა მაგალითად იმის გამო, რომ ჯანმრთელი ვიყო.“

{ქალი, 1-ელი კურსი}

„მთავარი დადებითი ისაა, რომ სულ ფორმაში ხარ, წონას ინარჩუნებ და კარგად გამოიყურები“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

გარდა იმისა, რომ ჯანსაღი კვება მოქმედებს ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, სტუდენტები მისი როლის მნიშვნელობაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონტექსტშიც საუბრობენ. ერთ-ერთი რესპონდენტის დაკვირვებით, თავიდან ძალიან რთულია ჯანსაღი კვების დადებითი მხარეების აღქმა. როგორც თავად ამბობს, *„დროთა განმავლობაში აცნობიერებ და აღმოაჩენ, რომ სხვა ყველაფერთან ერთად შენი ემოციური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უკეთესობისკენ იცვლება“*.

აღსანიშნავია, რომ რამდენიმე მონაწილეს გაუჭირდა საუბარი ჯანსაღი კვების უარყოფით მხარეებზე. ძირითადად, ისაუბრეს იმ სირთულეებზე, რომელიც თან ახლავს ამგვარი ტიპის კვებას. როგორც აღმოჩნდა, მთავარი პრობლემა ფინანსური და დროითი რესურსების სიმცირე ან არარსებობაა. გაუღერდა მოსაზრება, რომლის თანახმად ჯანსაღი კვება ბევრად ძვირი და ნაკლებად ხელმისაწვდომია, ვიდრე არაჯანსაღი. კვლევის ფარგლებში გამოკითხული ექსპერტი და სტუდენტთა უმრავლესობა ეთანხმება აღნიშნულ მოსაზრებას. ექსპერტის თქმით, მთავარი ხელისშემშლელი გარემოება კვების რაციონში რეჟიმის არარსებობასთან ერთად, შეზღუდული დროითი და ფინანსური რესურსებია. სტუდენტების შემთხვევაში აღნიშნული გარემოებები კიდევ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს, რადგან მათ უფრო შეზღუდული რაოდენობით აქვთ ეს ყოველივე. საგულისხმოა, რომ გამოკითხულთა ძირითადი ნაწილი არაჯანსაღი კვების უპირატესობად მიაჩნევს იმ სირთულეებს, რომელზეც საუბრობენ ჯანსაღი კვების კონტექსტში. იქიდან გამომდინარე, რომ არაჯანსაღი საკვები მარტივად ხელმისაწვდომია, იაფი და გემრიელია, იგი მეტად კომფორტულია და როდესაც ადამიანი მიდრეკილია კომფორტის ძიებისკენ, დამოკიდებულება არაჯანსაღ საკვებზე იზრდება. როგორც თავად აღნიშნავენ, ამ ტიპის საკვები იწვევს დაღლილობას, დამოკიდებულებასა და ზოგჯერ საკუთარი თავის მიმართ უარყოფით განწყობას, რაც თავის მხრივ სხვადასხვა ფსიქოლოგიური პრობლემის გამომწვევი მიზეზი ხდება.

„უფრო ძვირი ჯდება სწორი და ჯანსაღი კვება, ვიდრე არაჯანსაღი. მე ვიკვებები არაჯანსაღად, შეიძლება ვიყილო ლობიანი იაფად, გემრიელიცაა და ნოყიერიც. მაგრამ ჯანსაღად რომ იკვებო რაღაც უნდა მოამზადო, ინგრედიენტები გჭირდება, ბევრი დროც უნდა, მომზადებაც და ბევრი ფულიც“.

{ქალი, მე-2 ჯგუფი}

„რაც უფრო ხშირად იღებ და აჩვევ ორგანიზმს არაჯანსაღ საკვებს, მით უფრო მეტია მიდრეკილებაც და ხდები დამოკიდებული მასზე. ასევე ის ფაქტი, რომ ადამიანმა იცის, რომ ცუდია არაჯანსაღად კვება და მაინც იკვებება ასე, მერე საკუთარი თავი აღარ უყვარს, ცუდად მოქმედებს თვითშეფასებაზე და ექმნება მას ფსიქოლოგიური პრობლემები.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

აუცილებლად უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ გამოკითხული სტუდენტებიდან მხოლოდ რამდენიმემ გააჟღერა განსხვავებული მოსაზრება. მათი თქმით, ამგვარი კვების მთავარი პრობლემა ჯანსაღი პროდუქტების გემოვნურ თვისებებში უნდა ვეძიოთ. საგულისხმოა, რომ ამ რესპონდენტებიდან ერთ-ერთისთვის ჯანსაღი კვება ასოცირდება ხილისა და ბოსტნეულის, ასევე ბურღულეულის ჭარბი რაოდენობით მოხმარებასთან. როგორც თავად ამბობს, წონაში კლების მიზნით პერიოდულად მიმართავს ჯანსაღ კვებას. გამოკითხული ექსპერტის აზრით, ძირითადად, სწორედ ასეთი ადამიანებისთვის ასოცირდება ჯანსაღი კვება დიეტასთან, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ჯანსაღი კვების შესახებ სტერეოტიპების ჩამოყალიბებას საზოგადოებაში. ექსპერტის მოსაზრებას იზიარებს სტუდენტთა კატეგორია, რომელიც უფრო ჯანსაღად იკვებება და მითად მიიჩნევს მოსაზრებას, რომ ჯანსაღი საკვები არ არის გემრიელი.

„რაღაც პერიოდი ვიკვებებოდი ჯანსაღად, რადგან დამეკლო წონაში. აქედან გამომდინარე, უარყოფითი არის ის, რომ შინაგანად მორალურად გსტრესავს და სიამოვნების განცდას რაღაც თვალსაზრისით გჭირობს. მგონია რომ გემო აქვს გამოცლილი ყველაფერ ჯანსაღს.“

კაცი, მე-2 ჯგუფი

„ძან ბევრი ვიდეო ვნახე, როცა შეგიძლია იკვებო ჯანსაღად და გემრიელად. ხალხშია უბრალოდ ეგ სტერეოტიპი რომ თუ ჯანსაღად იკვებები უგემურია საკვები. მე ამ მოსაზრებას არ ვეთანხმები, პირიქით. მთავარია იცოდე მომზადების სწორი ტექნიკა და წესი.“

კაცი, 1-ელი ჯგუფი

ამ ყველაფრის გათვალისწინებით, შესაძლოა გაკეთდეს დასკვნა, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობა კეთილგაწყობილია ჯანსაღი კვების მიმართ. სტუდენტთა კეთილგანწყობას არაერთი მიზეზი განაპირობებს, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობის შენარჩუნებასთან ერთად სასურველი სხეულის შენარჩუნებაც, ენერგიულობის გაზრდა და კონცენტრაციის უნარის გაუმჯობესება, მოტივაციისა და თვითშეფასების ამაღლება. პასუხებიდან გამომდინარე, შესაძლოა ასევე ითქვას, რომ მდებრობითი სქესის წარმომადგენელი რესპონდენტები უფრო მეტად არიან დაინტერესებული კვების საკითხებით, კვებითი რეჟიმის კონტროლითა და დაცვით, ვიდრე მამრობითი სქესის წარმომადგენლები. რაც შეეხება სირთულეს, თითქმის ყველა რესპონდენტი მთავარ სირთულედ ასახელებს შეზღუდულ ფინანსურ რესურსებს.

სტუდენტთა კვებითი ქცევა

კვებითი ქცევა კომპლექსური ფენომენია, რომელიც აერთიანებს ბევრ სხვადასხვა ასპექტს. კვლევის შედეგად გამოკითხული ექსპერტის თქმით, კვებითი ქცევის ჩამოყალიბებაზე გავლენას ახდენს ალზრდა, გარემო და სხვადასხვა სოციალური ფაქტორი.

აღნიშნულმა კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტთა სხვადასხვა ჯგუფი ხასიათდება განსხვავებული კვებითი ქცევით. კითხვაზე ძირითადად რა ტიპის საკვებით იკვებებიან, თვალნათელი ხდება, რომ ისინი, ვინც თავს უფრო ჯანსაღად თვლიან მეტ წილად მიირთმევენ ხილს, ბოსტნეულსა და სხვადასხვა ტიპის ცილოვან პროდუქტს. ხოლო ისინი, რომლებიც არაჯანსაღად მოიაზრებენ თავს, მიდრეკილნი არიან ცომეულისა და ტკბილეულისკენ. აღმოჩნდა, რომ კვირის განმავლობაში პიცა, ლობიანი, ხაჭაპური, სხვადასხვა გადამამუშავებული პროდუქტი და ტკბილეული მათი რაციონის უმთავრესი ნაწილია. ამავე კატეგორიის თითქმის არცერთი სტუდენტი არ აკონტროლებს მიღებული საკვების რაოდენობასა და კალორიულობას. რაც შეეხება მეორე ჯგუფის მონაწილეთა უმრავლესობას, რომელიც შედარებით ჯანსაღად იკვებება, დღის განმავლობაში უფრო მეტ ყურადღებას აქცევენ მიღებულ ცხიმებს, ცილებსა და ნახშირწყლებს შორის ბალანსის დაცვას, ვიდრე რაოდენობასა და კალორიულობას, რადგან ამ უკანასკნელის რეგულირება თავისთავად ხდება მათივე ჩვევიდან გამომდინარე. მათგან მხოლოდ ერთია, რომელიც სხვადასხვა აპლიკაციის დახმარებით ზომავს კალორას და აღნიშნავს, რომ მისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ყოველდღიური მიღებული კალორიები არ აღემატებოდეს ყოველდღიურად დახარჯულს. აღმოჩნდა, რომ პრაქტიკულად ყველა რესპონდენტისთვის კვებითი რეჟიმის დაცვა, რომელიც მოიაზრებს საკვები-ნივთიერებების მიღების სიხშირესა და დროში განაწილებას, არის ძალიან რთული. გამოკითხული ექსპერტი რეკომენდაციას უწევს 4ჯერად კვებას დღის განმავლობაში შესაბამისი დროითი ინტერვალების დაცვით. როგორც თავად აღნიშნავს: „კვებებს შორის ინტერვალი მკაცრად უნდა იყოს დაცული, რაც ძალიან შეუთავსებელია სტუდენტთა უმრავლესობის დღის რეჟიმთან“. სტუდენტები, რომლებიც უფრო არაჯანსაღად იკვებებიან არ იცავენ კვების რეჟიმს. მეტიც, მათი თქმით, წარმოუდგენელია ისეთი კვებითი რეჟიმის დაცვა, რომელსაც სპეციალისტები უწევენ რეკომენდაციას. ამავე კატეგორიის რამდენიმე მონაწილემ აღნიშნა, რომ დღის განმავლობაში შესაძლოა მაქსიმუმ ორჯერ, ან საერთოდ ერთხელ მიიღოს საკვები. როგორც ექსპერტი ამბობს, ეს ძალიან დამთრგუნველია ორგანიზმისთვის და მსგავსი კვებითი ქცევა არასასურველი შედეგის მომტანი იქნება მომავალში.

„ჩემი გრაფიკიდან გამომდინარე წარმოუდგენელია, ვერ ვაკონტროლებ. ასე ზუსტად არ ვიცი რას და როდის შევჭამ. ენდოკრინოლოგს რომ კითხო, დღეში 5 ჯერ უნდა ჭამო და კონკრეტულ საათზე და კონკრეტული საჭმელი, ფაქტიურად შეუძლებელია ამ რეჟიმით ცხოვრება არა მხოლოდ სტუდენტისთვის, არამედ რიგითი ადამიანისთვისაც“.

{ქალი, მე-2 ჯგუფი}

ზემოთხსენებული რესპონდენტებისგან განსხვავებით, სტუდენტები, რომლებიც უფრო ჯანსაღად მოიაზრებენ თავს, ასე თუ ისე ცდილობენ დაიცვან კვებითი რეჟიმი, მაგრამ ყოველდღიურად ვერ ახერხებენ ამას. უმრავლესობა დღის მანძილზე მინიმუმ სამჯერ იკვებება. ამავე ჯგუფში, ძირითადად, მდედრობითი სქესის წარმომადგენელი რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ყოველდღე ერთსა და იმავე დროს იღებენ საკვებს. თითოეული მათგანი საუბრობს საუზმის მნიშვნელობასა და აუცილებლობაზე. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, სპეციალისტი საკუთარი გამოცდილების გათვალისწინებით, ამბობს, რომ ქალები უფრო მეტად აქცევენ ყურადღებას კვებასა და კვების რეჟიმს, ვიდრე მამაკაცები. როგორც თავად განმარტავს, პაციენტთა უმრავლესობას მეტაბოლური დარღვევებით, რაც თავის მხრივ განპირობებულია არასწორი კვებითი ჩვევებით, სწორედ მამაკაცები შეადგენენ.

რაც შეეხება მთელი კვირისა თუ დღის რაციონის დაგეგმვას, სტუდენტები აღნიშნავენ, რომ ისინი მეტწილად მოქმედებენ სპონტანურად და გარემოებების შესაბამისად, რადგან დღის წესრიგიდან გამომდინარე ვერ ხერხდება ყოველთვის წინასწარ კვებითი რაციონის განსაზღვრა. აღნიშნული კიდეც უფრო პრობლემურია იმ სტუდენტებისთვის, რომლებიც, უნივერსიტეტში სწავლის პარალელურად, არიან დასაქმებულნი. ძალიან იშვიათად ახერხებენ თავად საკვების მომზადებას. როგორც თავად აღნიშნეს, მათი რაციონი, ძირითადად, დამოკიდებულია იმ ადამიანებზე, რომლებიც მათთან ერთად ცხოვრობენ.

სტუდენტთა კვებითი ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორები

აღნიშნული კვლევა მიზნად ისახავდა სტუდენტთა კვებით ქცევაზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორის იდენტიფიცირებას. შედეგების ანალიზის საფუძველზე, შესაძლოა გამოიყოს ძირითადი ფაქტორების 2 კატეგორია: ინდივიდუალური და სოციალური. კერძოდ, სხვადასხვა რეფერენტული ჯგუფი, როგორცაა ოჯახი, თანატოლები, მეგობრები, ასევე საზოგადოებაში არსებული ტრადიციები, ადამიანის მატერიალური მდგომარეობა და სხვადასხვა ტიპის საკვებზე ხელმისაწვდომობა, ადამიანის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სურვილი და ნებისყოფა, ინფორმირებულობა, წარსულში ჩამოაყლიეებული კვებითი ჩვევა, დღის წესრიგი და ფიზიკური აქტივობა ის ფაქტორებია, რომელიც ინდივიდის კვებით ქცევას განსაზღვრავს.

განვიხილოთ თითოეული მათგანი:

ადრეულ ასაკში ჩამოყალიბებული კვებითი ჩვევები შესაძლოა ზრდასრულ ასაკშიც გაგრძელდეს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია სოციალიზაციის აგენტთა როლი, რომელთანაც ადამიანი ურთიერთქმედებს ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე. ეს აგენტებია: მშობლები და ოჯახის სხვა წევრები. კითხვაზე, თუ როგორი იყო მათი კვებითი რაციონი ბავშვობისა მოზარდობის პერიოდში, რესპონდენტები აღნიშნავენ მშობლების უდიდეს როლს ადამიანის კვებითი ქცევის განსაზღვრაში. პასუხებიდან ჩანს, რომ ისინი ვინც ბავშვობიდან ჯანსაღად იკვებებოდნენ დღესაც გრძნობენ პასუხისმგებლობას საკუთარი თავების მიმართ, რომ იკვებონ დაბალანსებულად, ხოლო ისინი, რომელთა მშობლებსაც ჯანსაღ კვებაზე არასწორი წარმოდგენა ჰქონდათ, დღევანდელ რეალობაშიც უჭირთ უარი თქვან არაჯანსაღ საკვებზე. პრაქტიკულად ყველა რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ მშობლები მაქსიმალურად ცდილობდნენ ჯანსაღი კვების უზრუნველყოფას, თუმცა, თავისებური რწმენა-წარმოდგენა ჰქონდათ აღნიშნულ ფენომენტთან დაკავშირებით. როგორც გაირკვა, მშობელთა უმრავლესობისთვის ჯანსაღად კვება მოიაზრებდა ყველაფერი იმის მიღებას, რაც სახლში იქნებოდა მომზადებული, თუნდაც ბევრი არაჯანსაღი ცხიმით, შაქრითა და მარილით ყოფილიყო გაჯერებული. სტუდენტთა ნაწილი, რომელიც დღეს შედარებით ჯანსაღად იკვებება, აცხადებს, რომ კვლავაც ებრძვის ბავშვობაში ჩამოყალიბებულ არასწორ კვებით ჩვევებს. მათი აზრით, განსხვავებულია თაობათა დამოკიდებულება და რწმენა-წარმოდგენები ჯანსაღი კვების მიმართ. საგულისხმოა, რომ მშობლების თაობას არ გააჩნდა წვდომა ინფორმაციის მიღების ისეთივე მრავალფეროვან საშუალებებზე, როგორც დღეს არსებობს. შესაბამისად, ამავე თაობის არასწორი წარმოდგენები შესაძლოა გამოწვეული იყოს ინფორმაციის ნაკლებობით. სტუდენტები, რომლებიც დღეს უფრო ჯანსაღად იკვებებიან, ვიდრე ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე, აცხადებენ, რომ მათთვის

გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა ერთი მხრივ, იმის გაცნობერებას, რომ პასუხისმგებლები არიან საკუთარ თავზე, მეორე მხრივ კი- სწორი ინფორმაციის მიღებასა და გაანალიზებას. საუბრობენ ე.წ გარადმავალი ეტაპის სირთულეებზე და საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე ამბობენ, რომ სწორი კვებითი ჩვევების გამომუშავება საკმაოდ რთული და სტრესულია, მაგრამ არა შეუძლებელი. ექსპერტის განმარტებით, ჩვევები გამჯდარი ან რეგულარული პრაქტიკაა, რაზეც უარის თქმა ისევე რთულია, როგორც მათი ჩამოყალიბება.

„მშობლებს არასწორი შეხედულება ჰქონდათ. სახლში რაც კეთდებოდა, ყველაფერი ჯანსაღი ეგონათ, მაშინ, როცა ძალიან არაჯანსაღად ამზადებდნენ, ბევრი ცხიმითა და მარილით. მგონია, რომ ამ თაობის დამოკიდებულება ძალიან განსხვავებულია კვების მიმართ.“

{კაცი, 1-ელი ჯგუფი}

„ბავშვობაში კვება ძალიან არაჯანსაღი იყო. დიდი რაონდობით ცომეულული, არ იყო დაცული შუალედები კვებებს შორის, ახლა მე-4 კურსზე ვარ, დღემდე ვებრძვი იმ არასწორ ჩვევებს. ახლა მეტი ინფორმაცია მაქვს, საკუთარ თავზეც პასუხისმგებელიც მხოლოდ მე ვარ, ამიტომ ვცდილობ ჯანსაღად ვიკვებო.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

მშობლებისა და ოჯახის წევრების როლის მნიშვნელობაზე განსაკუთრებით ის სტუდენტები საუბრობენ, რომელთაც უნივერსიტეტში ჩაბარების გამო საცხოვრებელი ადგილი შეიცვალეს. რამდენიმე რესპონდენტი, რომელიც სტუდენტობის პირველივე წლიდან მართლ ცხოვრობს, აღნიშნავს, რომ, როდესაც თავად გახდნენ პასუხისმგებლები საკუთარ კვებაზე, მათი კვებითი რაციონი ძალიან შეიცვალა და დღემდე აქტიურად განაგრძობენ ცომეულისა და გადამუშავებული პროდუქტების მოხმარებას. ცვლილების ერთ-ერთი განმაპირობებელი მიზეზი მშობლებისგან მომორებით უცხო ქალაქში ცხოვრებასთან ერთად დატვირთული დღის წესრიგი და კერძების მომზადების არცოდნა აღმოჩნდა.

„ახლანდელთან შედარებით, ბავშვობაში უფრო ჯანსაღად და სტაბილურად ვიკვებებოდი, შემდეგ უკვე პასუხისმგებლობა ჩემზე რომ გადმოვიდა, მაშინ აირია ჩემი რაციონი, არ ვიცი მომზადება, არ მქონდა დრო.“

{კაცი, მე-2 ჯგუფი}

ზოგადად, უმეტესობის აზრით, უნივერსიტეტში ჩაბარებისას კვებითი ქცევა გარკვეულწილად იცვლება. როდესაც ადამიანი ახალ გარემოში ახალი გამოწვევების წინაშე დგება მისი ყურადღება მიმართულია სხვადასხვა სირთულის დამლევაზე, რომლის დროსაც კვების სიჯანსაღე ნაკლებად რელევანტურია. რამდენიმე რესპონდენტისთვის ახალი გარემო მეტად სტრესული და დამთრგუნველი აღმოჩნდა, ზოგიერთი მათგანი ამ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის ფონზე „ჭამდა ყველაფერს, რაც ხელში მოხვდებოდა“, რამაც თავის მხრივ წონაში მატება განაპირობა. როგორც გაირკვა, სტუდენტთა ძირითად ნაწილს ძალიან გაუჭირდა პირველი წელი ე.წ „კვების ადაპტაცია“ უნივერსიტეტის გარემოსთან, ერთი მხრივ იმიტომ, რომ მანამდე არსებული კვებითი რეჟიმი შეიცვალა, რადგან საკვების დროულად მიღებას ვერ ახერხებდნენ დილის ლექციებისა და დატვირთული გრაფიკის გამო, მეორე მხრივ კი იმიტომ, რომ მნიშვნელოვანი ნაწილი თავს არიდებდა უნივერსიტეტის კაფეტერიას, რადგან, მათი თქმით, იქ არსებული როგორც ჯანსაღი, ასევე- არაჯანსაღი საკვები არის ძალიან ძვირი და სტუდენტის ბიუჯეტთან შეუსაბამო.

„სტუდენტობისას კონტროლი დავკარგე, განსაკუთრებით პირველ კურსზე, ძალიან სტრესული იყო, საშინელი გრაფიკი მქონდა და მეშინოდა ახალი გარემოსი, პასუხისმგებლობების, გამოცდებისაც კი, აღარ ვაქცევდი ყურადღებას კვებას.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

„უნივერსიტეტში საკვები ჯანსაღი და არაჯანსაღიც, წყალიც კი ძალიან ძვირია, ამიტომ ძალიან იშვიათად ვსარგებლობდი კაფეტერიით მაშინაც, კი როდესაც დილით მქონდა ლექციები და ახლანდელთან შედარებით ბევრად დატვირთული გრაფიკი.“

{კაცი, 1-ელი ჯგუფი}

განსაკუთრებით მამრობითი სქესის წარმომადგენელი რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მათი კვების რაციონი დამოკიდებულია იმ ადამიანებზე, რომელთან ერთადაც ცხოვრობენ.

ზოგიერთი ჯანსაღად ან არაჯანსაღად იკვებება მხოლოდ იმიტომ, რომ ასეთ რაციონს სთავაზობს ოჯახის წევრი ან ახლობელი, რომელთან ერთადაც ცხოვრობს. ერთ-ერთი სტუდენტის თქმით, მისი კვებითი რაციონი არ შეცვლილა ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში, რადგან არ შეცვლილან ადამიანები მის გარშემო. მიიჩნევს, რომ ცალკე ცხოვრების შემთხვევაში, მისი კვება ბევრად ჯანსაღი იქნებოდა, რადგან ოჯახში ყოველდღიურად მზადდება ქართული ტრადიციული კერძები, რომელიც განსაკუთრებული ცხიმოვანობითა და კალორიულობით ხასიათდება.

„ჩემი კვებითი ჩვევები არ შეცვლილა, რადგან არ შეცვლილან ადამიანები ჩემს გარშემო. მართლაც რომ მეცხოვრა დარწმუნებული ვარ გაცილებით ჯანსაღ სკავენს მივიღებდი, რომელიც არ იმოქმედებდა ჩემს წონაზე.“

{კაცი, მე-2 ჯგუფი}

ასევე განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ისეთი რეფერენტული ჯგუფი, როგორცაა თანატოლები და მეგობრები, როგორც ერთ-ერთი გარემოება კვებით ქცევის განსაზღვრაში. სტუდენტები აღნიშნავენ, რომ მეგობრებთან ერთად ყოფნის დროს თუ სხვადასხვა სადღესასწაულო დღის აღნიშვნისას, მათ რომ არ იგრძნონ თავი გარიყულად ხშირად მიირთმევენ იმას რასაც სხვები, რაც მათ დამატებით ხელისშემშლელ გარემოებად ესახებათ ჯანსაღ კვებაში.

კვლევის შედეგად გამოკითხული ყველა რესპონდენტი საუბრობს დროისა და ფინანსური რესურსების სიმცირეზე, როგორც ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ხელისშემშლელ გარემოებაზე ჯანსაღად კვებაში. სტუდენტური ცხოვრების სტილიდან გამომდინარე, რომელიც მოიაზრებს ბევრ სხვადასხვა აქტივობასა და აკადემიურ ვალდებულებას, ისინი არჩევენს აკეთებენ საკვებზე, რომელიც იაფი, სწრაფი და გემრიელია. მათივე თქმით, აღნიშნულ სამივე პირობას აკმაყოფილებს, ძირითადად, ისეთი საკვები-პრიდუქტები, რომელიც არაჯანსაღია, ამასთან ჯანსაღი საკვების მოპოვებას, გამზადებას და განაწილებას უფრო მეტი დრო და ენერჯია სჭირდება, ვიდრე გადამამუშავებული და გამზადებული პროდუქტის შექმნას. კითხვაზე რა დაგეხმარებოდათ, რომ უფრო ჯანსაღად გეკვებათ გვპასუხობენ ის სტუდენტები, რომლებიც მეტად არაჯანსაღად იკვებებიან და, პირველ რიგში, უკეთეს მატერიალური მდგომარეობას ასახელებენ. ამასთან, მატერიალური კეთილდღეობის, როგორც ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ფაქტორის, მნიშვნელობასა და აუცილებლობას ხაზს უსვამს კვლევის ფარგლებში გამოკითხული ექსპერტიც. მისი თქმით, თანამედროვე საქართველოში პროდუქტებზე ფასების ზრდა კიდევ უფრო შეუძლებელს ხდის მოსახლეობის ჯანსაღი კვების უზრუნველყოფას. აღნიშნულმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ იმ სტუდენტთა ფინანსური მდგომარეობა არის უკეთესი, რომლებიც უფრო ჯანსაღად იკვებებიან, ვიდრე დანარჩენი რესპონდენტების. ერთ-ერთი სტუდენტის თქმით, გამომდინარე იქიდან, რომ არის დასაქმებული, კერძების მოსამზადებლად დრო არ რჩება, თუმცა ფინანსური მდგომარეობა ხელს უწყობს მის ცხოვრებაში ჯანსაღი და მრავალფეროვანი რაციონის არსებობას, ვინაიდან, სარგებლობს ისეთი სერვისების მომსახურებით, რომელიც უზრუნველყოფს მთელი დღის რაციონს მზა, გემრიელი და ჯანსაღი კერძებით. შესაბამისად, საკვებ-პროდუქტებზე ფასების შემცირებამ ან მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებამ შესაძლოა განაპირობოს ალბათობის ზრდა, რომ სტუდენტები უფრო მეტად შეაჩერებენ არჩევანს ჯანსაღზე. საგულისხმოა ისიც, რომ მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ერთადერთი გზა დასაქმებაა. საქართველო კი დასაქმების პრობლემის წინაშე დგას. აღნიშნული პრობლემა მნიშვნელოვანია ყველა ასაკის ადამიანისთვის, განსაკუთრებით სტუდენტებისთვის თანაც, მაშინ, როდესაც ძალიან მწირია ნახევარგანაკვეთიანი სამსახურების რიცხვი, რომელიც შესაბამის ანაზღაურებას შესთავაზებს მათ. ამასთან ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მიერ 2017 წელს ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ „სტუდენტთა უმრავლესობას უჭირს სწავლისა და სამსახურის ერთმანეთთან შეთავსება“ (ფრიდრიხ ებერტის ფონდი, 2017). ამდენად, აუცილებელია სახელმწიფოსა და უნივერსიტეტების მხრიდან სტუდენტთა ხელშემწყობი პროგრამების შემუშავება.

„სტუდენტის ცხოვრების ტილის ისეთია, რომ უნდა გამოვიღებდეს ორ პირობას სწრაფი და ბიუჯეტური უნდა იყოს. სწრაფი და ბიუჯეტური კი ყოველთვის არაჯანსაღთან ასოცორდება.“

{ქალი, მე-2 ჯგუფი}

„არსებობს ისეთი, ასე ვთქვათ, კომპანიები, რომლებიც მთელი დღის ჯანსაღ რაციონს გთავაზობენ, აქტიურად მივმართავ ამ ხერხს სამუშაო დღეებში.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

„თუ შენი ფინანსები არ გიწყოფს ხელს, ვერაფერს მოახერხებ. თუმცა მოტივაციაც მნიშვნელოვანია, შეიძლება ისე ივარჯიშო, რომ დარბაზი არ დაგჭირდეს და ამაში ფული არ გადაიხადო, თუმცა საკვებთან მიმართებაში ფინანსები მნიშვნელოვანია.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

კითხვაზე რა დაგეხმარებოდათ, რომ უფრო ჯანსაღად გეკვებათ, ყველაზე ხშირად დასახელებულ პასუხებს შორის ასევე არის: ბავშვობაში ჩამოყალიბებული სწორი კვებითი ჩვევები, ნებისყოფა, მოტივაცია და ნაკლებად სტრესული გარემო. ერთ-ერთის თქმით, მოტივაცია არ აქვს, რადგან იშვიადად დადის უნივერსიტეტში, მუშაობს სახლიდან გაუსვლელად და მნიშვნელოვანია ჰქონდეს ისეთი შემოსავალი რომ იკვებოს საკუთარი სურვილისა და გემოვნების შესაბამისად. საგულისხმოა, რომ ნებისყოფის ნაკლებობაზე საუბრობენ სტუდენტები, რომელთა განწყობის გაუმჯობესებაზე განსაკუთრებულად მოქმედებს ე.წ „ფასთ ფუდისგან“ მიღებული წამიერი სიამოვნება. რაც შეეხება სტრესულ გარემოს, ე.წ „აკადემიური სტრესის“ ფონზე ზიგიერთი რესპონდენტისთვის უმნიშვნელოა საკვების შემადგენლობისა და კვებითი რეჟიმის კონტროლი.

სტუდენტები, რომლებიც თავს უფრო ჯანსაღად თვლიან, კითხვას, თუ რა ფაქტორები ეხმარება მათ ჯანსაღად კვებაში პასუხობენ: ოჯახისგან ხელშეწყობა, ვარჯიში, კერძების მომზადების ცოდნა, ინფორმირებულობა, მოტივირებულობა და საკუთარი თავის მართვის შედარებით კარგი უნარი. საგულისხმოა, რომ ფიზიკური აქტივობა და, ზოგადად, ვარჯიში ერთ-ერთი განმსაზღვრელია მამრობითი სქესის წარმომადგენელი რესპონდენტების შემთხვევაში. როგორც გაირკვა, ჯანსაღ კვებას სწორედ იმ მიზნით მიმართავენ, რომ ფიზიკური აქტივობით მიღწეული შედეგი იყოს სწრაფი და უკეთესი. რამდენიმე რესპონდენტისთვის ასევე გადამაწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა სწორი ინფორმაციის მიღებასა და იმის გააზრებას, რომ პასუხისმგებლები არიან საკუთარ თავსა და ჯანმრთელობაზე. სტუდენტთა ამავე კატეგორიის თქმით, საკუთარი თავის მართვისა და თვითკონტროლის უნარი არის გამომუშავებადი დროთა განმავლობაში.

„პირველ რიგში, ცოდნა და ინფორმაცია, ვიცი რომ ამ ქმედებით მე ჩემს მომავალს ვუზრუნველყოფ.“

{ქალი, 1-ელი ჯგუფი}

„ზოგადად რო ვვარჯიშობ მინდა უკეთეს ფორმაში ჩავდგე, როგორც წონის მხრივ ისე ჯანმრთელობის, აიმატომ კვებას ვირჩევ ჯანსაღს.“

{კაცი, 1-ელი ჯგუფი}

ამ ყველაფრის გათვალისწინებით, შესაძლოა გაკეთდეს დასკვნა, რომ კვების სტილი იგივე კვებითი ჩვევა დამოკიდებული არის ბევრ ფაქტორზე როგორც გარემო ფაქტორზე, ასევე ინდივიდუალურზე. შესაბამისად, ერთი კონკრეტული კრიტერიუმი არ არსებობს, რომლის მიხედვითაც შეიძლება ის განვსაზღვროთ. რეალურად ეს დამოკიდებულია ადამიანის ასაკზე, სქესზე, სოციოკონომიკურ სტატუსზე, ზოგად გარემოზე, სადაც მოხდა მისი ჩამოყალიბება, განათლებაზე. კვლევის შედეგად გამოკითხული სპეციალისტი მიიჩნევს, რომ რომ რაც უფრო განათლებულია ადამიანი მით უფრო მეტია შანსი გააკეთოს ჯანსაღზე არჩევანი. როგორც ის აღნიშნავს, განათლების ხარისხი ყველაფერზე მოქმედებს, საერთოდ ცვლის აზროვნებასა და მნიშვნელოვან ფუნდამენტს წარმოადგენს საკუთარ თავზე ზრუნვასა და მოვლაში. საგულისხმოა, სოციალიზაციის აგენტთა როლიც, განსაკუთრებით მშობლების. ისინი უყალიბებენ ბავშვებს კვებით ჩვევებს, რომლებიც მოზარდობაშიც გადადის და იშვიათად ხდება მათი ცვლილება თუ რაიმე კონკრეტული გარემო-ფაქტორი არ აიძულებს ადამიანს.

თავიდანვე ბავშვის კვება უნდა იყოს მრავალფეროვანი და საკვები დატვირთული უნდა იყოს ჯანსაღი ცხიმებით, სწორი ნახშირწყლებით, ადეკვატური რაოდენობის ცილებით, რომ მომავალში თავიდან იქნეს აცილებული ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემა, რომლის გამომწვევი მიზეზი ხშირად არაჯანსაღი კვებაა. არაჯანსაღი კვების კულტურა არის ოჯახებში, შინამეურნეობებში და შემდგომ გადადის მოზარდებში, ზოგადად ქვეყანაშია ასეთი მდგომარეობა, რომ ე.წ „ცენტრიდან“ არ მოდის წამახალისებელი საშუალება იმისა, რომ დამკვიდრდეს სწორი ჩვევები და ჯანსაღი კვების კულტურა.

დასკვნა

კვლევების ანალიზსა და ლიტერატურის მიმოხილვაზე დაყრდნობით დასტურდება, რომ ჯანსაღი კვება უმნიშვნელოვანესია ადამიანის კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობისთვის. იგი უზრუნველყოფს ორგანიზმის მომარაგებას ყველა საჭირო საკვები-ნივთიერებით, ვიტამინებითა და მინერალებით, რაც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ადამიანის იმუნური სისტემის გაუმჯობესებულ მუშაობაში. გამოკითხულთა აზრით, კავშირი ჯანსაღ კვებასა და ჯანმრთელობას შორის პირდაპირპროპორციულია, მათ გაცნობიერებული აქვთ, რომ ყოველდღიური საკვების არჩევანით გავლენას ახდენენ საკუთარ ჯანმრთელობაზე.

ამერიკასა და ევროპაში ჩატარებული კვლევების თანახმად, უნივერსიტეტში ჩაბარებისას მნიშვნელოვნად იცვლება სტუდენტთა კვებითი ქცევა, რაც ასევე დასტურდება აღნიშნული კვლევის მიერ. უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდს განიხილავენ, როგორც მეტად მნიშვნელოვანს კვებითი ქცევის ჩამოყალიბებაში, მონაწილეთა თქმით, სტუდენტობის პერიოდში საკმაოდ რთულია კვებითი რაციონის კონტროლი, რადგან მათი ყურადღება მიმართულია სხვა საკითხების მიმართ. მათი დამოკიდებულება ჯანსაღი კვების მიმართ დადებითია, თუმცა საუბრობენ კონკრეტული ბარიერებისა და სირთულეების შესახებ, რომელიც თან ახლავს ამგვარი ტიპის კვებას. გამოკითხულთაგან ნახევარი მეტ-ნაკლებად უკვე მისდევს შედარებით ჯანსაღი ცხოვრებისა და კვების წესს, ხოლო სხვები მომავალში განიხილავენ უფრო მეტად ჯანსაღი წესით ცხოვრებას.

ამ ნაშრომის ფარგლებში ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავენ კვებით ქცევას, შემდგომია: სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანსაღ საკვებზე ხელმისაწვდომობა, კულტურული და სოციალური გარემო, დროითი რესურსი, ფსიქოლოგიური და ემოციური დამოკიდებულებები, ცნობიერების დონე, ფიზიკური აქტივობა, სურვილი და ნებისყოფა, ასევე სხვადასხვა რეფერენტული ჯგუფი, როგორცაა მეგობრები, ნათესავები, ოჯახის წევრები.

ლიტერატურის მიმოხილვასთან ერთად, აღნიშნული კვლევაც ადასტურებს ფაქტს, რომ მშობლები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ შვილების კვებითი ქცევის ფორმირებაში. როგორც ლარსონი და სტორი (Larson & Story, 2017) აღნიშნავენ კვლევაში, მშობლები ფლობენ გარკვეულ კვებითი ქცევის მოდელებს, რომელსაც გადასცემენ საკუთარ შვილებს. ამ თემასთან დაკავშირებით კვლევის მონაწილეები გვიზიარებენ საკუთარ გამოცდილებას და ამბობენ, რომ საკმაოდ რთულია ბავშვობაში ჩამოყალიბებული კვებითი ჩვევების შეცვლა. ეს უაკანასკნელი ზოგიერთის შემთხვევაში სერიოზულ ხელისშემშლელ ფაქტორს წარმოადგენს. ჩემს მიერ ჩატარებული კვლევის საფუძველზე დასტურდება მაკკინონის (MacKinnon & Fairchild, 2017) ძალიან საინტერესო ვარაუდიც, კერძოდ, იმის შესახებ რომ, სახლში მცხოვრები სტუდენტები უფრო მეტად განიცდიან მშობელთა გავლენას, ვიდრე ისინი, რომელთაც შეიცვალეს საცხოვრებელი ადგილი უნივერსიტეტში ჩაბარებისას. რამდენიმე სტუდენტის თქმით, მათი კვება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმ ადამიანებზე, რომელთან ერთადაც ცხოვრობენ, საგულისხმოა ერთ-ერთი მონაწილეც, რომელიც გამოთქვამს ვარაუდს, რომ ბევრად ჯანსაღი იქნებოდა მისი კვებითი რაციონი ცალკე ცხოვრების შემთხვევაში. ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში ჩატარებული კვლევის თანახმად კი გაირკვა, რომ იმ სტუდენტთა კვებითი რაციონი იყო უფრო მეტად ჯანსაღი, რომლებიც ცხოვრობდნენ მშობლებთან ერთად, ვინაიდან, ისინი გაცილებით მეტ ხილსა და ბოსტნეულს მოიხმარდნენ. ქართველი სტუდენტები პრობლემას ხედავენ მშობლების თაობის არასწორ რწმენა-წარმოდგენებსა და დამოკიდებულებებში ჯანსაღი

კვების მიმართ, რაც მნიშვნელოვნად უშლის ხელს ჯანსაღი კვებითი ჩვევების ჩამოყალიბებას ადრეულ ასაკში. გარდა ოჯახის გავლენისა, საგულისხმოა მეგობრებისა და თანატოლების გავლენაც. აღნიშნული დასტურდება არა მხოლოდ ჩემი, არამედ კონტენტოსა (Contento et al., 2006) და სხვათა კვლევის საფუძველზე. სტუდენტები ხშირად გაუცნობიერებლად იღებენ ისეთ გადაწყვეტილებას, რომელიც მათ ამა თუ იმ ცაკეული ჯგუფის წევრად აგრძნობინებს თავს.

ლაკაილისა (LaCaille et al., 2011) და სხვათა თვისებრივი კვლევის საფუძველზე სტუდენტთა კვებით ქცევაზე მოქმედი რამდენიმე ფაქტორი განისაზღვრა, კერძოდ: დისციპლინისა და დროის ნაკლებობა, სოციალური მხარდაჭერა, პროდუქტის ფასი და შეზღუდული ბუჯეტი. თითოეული ფაქტორი საგულისხმო და მნიშვნელოვანია ჩემი კვლევის ფარგლებში გამოკითხული სტუდენტების შემთხვევაში. პრაქტიკულად ყველა რესპონდენტი დროისა და ფინანსური რესურსების სიმცირეზე საუბრობს, როგორც ერთ-ერთ ყველაზე განმსაზღვრელ და ხელისშემშლელ ფაქტორზე ჯანსაღად კვებაში.

კოკერჰემის თეორიისა და აღნიშნული კვლევის ანალიზის საფუძველზე, შესაძლოა ითქვას, რომ სტუდენტები არჩევენს აკეთებენ გარემოს/სტრუქტურის მიერ შემოთავაზებულ ვარიანტებს შორის და ეს არჩევანი არ არის შემთხვევითი. ადამიანები ირჩევენ საკუთარი ცხოვრების სტილს, მაგრამ სხვადასხვა სტრუქტურული ცვლდის შესაბამისად, როგორცაა: სოციო-ეკონომიკური სტატუსი, საცხოვრებელი პირობები და სხვა.

ამ ნაშრომის ანალიზითა და ჯანმრთელობის ცხოვრების სტილის თეორიის თანახმად (Cockerham, 2005) შესაძლებელია შემდგომი რეკომენდაციების შეთავაზება დაინტერესებული მხარეთათვის. იქიდან გამომდინარე, რომ სტუდენტები წარმოადგენენ საკმაოდ სათუთ სოციალურ ფენას, რომლებსაც შეზღუდული დროითი და ფინანსური რესურსები აქვთ, სახელმწიფოს მხრიდან უნდა მოხდეს მათი ხელშეწყობა და წახალისება ჯანსაღი კვებისა და ცხოვრების მიმართულებებისკენ. მათთვის უფასოდ შეთავაზებული სავარჯიშო დარბაზების აბონემენტები, საუნივერსიტეტო დაწესებულებებში უფასო ან შედარებით ხელმისაწვდომ ფასში ჯანსაღი საკვების შეთავაზება გაამარტივებს არსებულ სტრესულ გარემოსა და გაიზრდება დაინტერესება სტუდენტებში ჯანმრთელობის ცხოვრების სტილის თეორიის მიდევნებაში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Neyman , M., Rodas-Fortier, K., & Silliman , K. (2014). A survey of dietary and exercise habits and perceived barriers to following a healthy lifestyle in a college population. *Californian J Health Promot*, 2 (2).
2. Brown, K., McIlveen, H., & Strugnell, C. (2000). Nutritional awareness and food preferences of young consumers. *J. Nutr. Food Sci*, 30.
3. Cluskey , M., & Grobe , D. (2009). College weight gain and behavior transitions: male and female differences. *Am Diet Assoc*, 325-329.
4. Cockerham, W. (2014). The emerging crisis in american female longevity. *Social Currents*, 225.
5. Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 51-67.
6. Cockerham, W. C., Rutten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 325.
7. Contento , I., Williams , S., Franklin , A., & Michela, J. (2006). Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *J Adolescent Health*, 576.
8. Crombie , A., Dutton, G., Ilich , J., & Panton, L. (2009). The freshman weight gain phenomenon revisited. *Nutr Rev*, 67 (2).
9. Deliens, T., & Clarys, P. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health volume* , 53.
10. Deliens, T., Van Hecke , L., & Clarys , P. (2017). Changes in weight and body composition during the first semester at university. A prospective explanatory study. *Appetite*, 111-116.

11. El Ansari, W., Stock, C., & Mikolajczyk, R. (2012). Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries - a cross-sectional study. *Nutr J.*, 118.
12. French, S., Jeffery, R., Breitlow, K., & Story, M. (2011). Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: the CHIPS study. *Am J Public Health*, 95.
13. Harvard University. (2023). The Nutrition Source. Retrieved from Harvard University: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/disease-prevention/>
14. LaCaille, L., Dauner, K., Krambeer, R., & Pedersen, J. (2011). Psychosocial and environmental determinants of eating behaviors, physical activity, and weight change among college students: a qualitative analysis. *J Am Coll Health*, 531-538.
15. Larson, N., & Story, M. (2017). A review of environmental influences on food choices. *Ann Behav Med*, 38.
16. Lê, J., Dallongeville, J., Wagner, A., & Arveiler, D. (2013). Attitudes toward healthy eating: A mediator of the educational level-diet relationship. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 67.
17. MacKinnon, D., & Fairchild, A. (2017). Mediation analysis. *Annu Rev Psychol*, 569.
18. Maggini, S., Pierre, A., & Calder, P. C. (2018, October). Immune Function and Micronutrient Requirements Change over the Life Course. *Nutrients*, pp. 1-27.
19. Maio, G., & Haddock, G. (2015). *The Psychology of Attitudes and Attitude Change*. London, UK : 2nd ed. SAGE Publications .
20. Naughton, P., McCarthy, S., & McCarthy, M. (2015). The creation of a healthy eating motivation score and its association with food choice and physical activity in a cross sectional sample of Irish adults. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, 74.
21. Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, P., & Freeman, M. P. (2015, January). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *Elsevier*, pp. 271-274.
22. Spronk, I., Kullen, C., Burdon, C., & O'Connor, H. (2014). Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br. J. Nutr.*, 111.
23. Wadolowska, L., Kowalkowska, J., Czarnocinska, J., & Babicz-Zielinska, E. (2017). Comparing dietary patterns derived by two methods and their associations with obesity in Polish girls aged 13–21 years: The cross-sectional GEBaHealth study. *Perspect. Public Health*, 137.
24. WHO. (1946, July 22). World Health Organization. Retrieved from Constitution: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
25. WHO. (2023). World Health Organization. Retrieved from Nutrition: https://www.who.int/health-topics/nutrition#tab=tab_1
26. ვერულავა, თ. (2017). ჯანდაცვის სოციოლოგია. თბილისი: ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.
27. მანჯავიძე, თ. (2016). საქართველოში კვების ეროვნული კვლევა. Oxfam.



სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ ნდობის კრიზისის სოციოკულტურული
მიდგომების ანალიზი

Analysis of Sociocultural Approaches to the Crisis of Trust in State Institutions

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.04>

თამარ ჩარკვიანი^{1a}

Tamar Charkviani^{1a}

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ საზოგადოების ნდობის კრიზისი მნიშვნელოვანი და აქტუალური საკითხია. სტატიის მიზანია, თანამედროვე რეალობაში სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ საზოგადოების ნდობის კრიზისის გამომწვევი მიზეზები შეისწავლოს. საკითხის პრობლემურობიდან გამომდინარე, სტატია მიზნად ისახავს აღნიშნულ კვლევის საკითხზე სოციალურ მეცნიერებებში სოციოკულტურული მიდგომების და თანამედროვე ავტორების თეორიების განხილვასა და ანალიზს. კვლევა ძირითადად ეყრდნობა საკითხის თეორიულ ანალიზს. შესაბამისად, განხორციელდება საკითხის თეორიული შესწავლა და გაანალიზებული იქნება კვლევის საკითხის რელევანტური ლიტერატურა, რომელიც განიხილავს მსოფლიოში არსებულ გამოცდილებას (სამართლებრივი სახელმწიფო, დემოკრატიზაციის, ტრანზიციის, კანონშემოქმედებითი პროცესის და ა.შ.). ყურადღება გამახვილდება აქტიური მოქალაქის/სამოქალაქო ჩართულობის მნიშვნელობაზე დემოკრატიული ინსტიტუტების ფორმირებაში. ანალიზი დაეყრდნობა აღწერის პროცედურას, თუმცა, ასევე გამოყენებული იქნება ინტერპრეტაციული მიდგომა.

საკვანძო სიტყვები: დემოკრატიზაცია, სამართლებრივი სახელმწიფო, ნდობის კაპიტალი, სახელმწიფო ინსტიტუტები.

ციტატა: თამარ ჩარკვიანი. სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ ნდობის კრიზისის სოციოკულტურული მიდგომების ანალიზი. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

Abstract

The crisis of public trust in state institutions is an important and urgent issue. The article aims to study the causes of the crisis of public trust in state institutions in modern reality. Due to the problematic nature of the problem, the article aims to discuss and analyze sociocultural approaches and theories of modern authors in social scientists on the mentioned research issue. The research is mainly based on the theoretical analysis

*tcharkviani@cu.edu.ge <https://orcid.org/0000-0002-7936-9526>

Scientific research was carried out based on the internal university grant of the Caucasus University (2021-2023).

of the problem. Accordingly, a theoretical study of the problem will be carried out and the relevant theories of the research question (rule of law, democratization, transition, the law-making process, etc.) and literature describing various experiences in the world will be analyzed. Emphasis will be placed on the importance of active citizenry/civic engagement in the formation of democratic institutions. The analysis will mainly rely on a descriptive procedure; however, an interpretive approach will be used.

Keywords: Democratization, legal state, trust capital, state institutions

Quote: Tamar Charkviani. Analysis of Sociocultural Approaches to the Crisis of Trust in State Institutions. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

შესავალი

თანამედროვე დემოკრატიებში და სამართლებრივ სახელმწიფოებში მოქალაქეები ანგარიშს სთხოვენ თავის ხელისუფლებას, თავად მოქალაქე აქტიურად არის ჩართული პროცესებში, რომლებიც სახელმწიფოს მართვას და მომავალს უკავშირდება. სახელმწიფო მართვაში მონაწილეობის გაცნობიერების საჭიროება ნიშნავს, რომ ხელისუფლებამ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილებები და გამოხატოს მოქალაქეების ნება და პრიორიტეტები. კანონის უზენაესობის პრინციპი დემოკრატიული საზოგადოების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრინციპია. ტრანზორმაციის პროცესში მყოფ ქვეყნებში და დემოკრატიებში ჩამოყალიბებული პოლიტიკური სისტემები, რომლებიც ლიბერალური და ინსტიტუციური ცნობიერების დეფიციტს განიცდიან, ავტორიტარული ელემენტებით ხასიათდებიან. მსგავსად ორგანიზებულ პოლიტიკურ რეჟიმს „ჰიბრიდული“, ე.წ. „რბილი ავტორიტარიანიზმი“ ეწოდება (Moustafa, Ginsburg, 2008).

მსგავს პოლიტიკურ რეჟიმებში ჰიპერბოლიზებულია ძალაუფლების მატარებელი ინდივიდების გავლენები და საჯარო ხელისუფლების განხორციელების სხვადასხვა დონეზე გადაწყვეტი მნიშვნელობა გავლენიანი/ძალაუფლების მქონე ინდივიდების ან პირთა ჯგუფების (ავტორიტეტების) ინტერესებს/საჭიროებებს ენიჭება. ეს მოცემულობა ბუნებრივად იწვევს სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ საზოგადოების მხრიდან ნდობის კრიზისს. საკითხის მნიშვნელოვნებიდან და აქტუალურობიდან გამომდინარე, სტატია მიზნად ისახავს აღნიშნულ კვლევის საკითხზე სოციალურ მეცნიერებში სოციოკულტურული მიდგომების და თანამედროვე ავტორების თეორიების შესასწავლსა და ანალიზს.

სტატიის მიზანია შეისწავლოს თანამედროვე რეალობაში სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ საზოგადოების მხრიდან ნდობის კრიზისის გამომწვევი მიზეზები. საკითხის მნიშვნელოვნებიდან და აქტუალურობიდან გამომდინარე, სტატია მიზნად ისახავს აღნიშნულ კვლევის საკითხზე სოციალურ მეცნიერებში სოციოკულტურული მიდგომების და თანამედროვე ავტორების თეორიების შესწავლასა და ანალიზს. კვლევა ძირითადად ეყრდნობა საკითხის თეორიულ ანალიზს. შესაბამისად, განხორციელდება საკითხის თეორიული შესწავლა და გაანალიზებული იქნება კვლევის ძირითად ცნებებთან დაკავშირებული თეორიები და ლიტერატურა, რომელიც აღწერს და განიხილავს მსოფლიოში არსებულ სხვადასხვა გამოცდილებას, პრაქტიკებსა თუ შემთხვევებს (სამართლებრივი სახელმწიფო, დემოკრატიზაციის, ტრანზიციის, კანონშემოქმედებითი პროცესის და ა.შ.). ანალიზი ძირითადად, დაეყრდნობა აღწერის პროცედურას, თუმცა, გამოყენებული იქნება ინტერპრეტაციული მიდგომა.

1989 წელს ცნობილი ფილოსოფოსი მერაბ მამარდაშვილი თავის ნაშრომში „სამოქალაქო საზოგადოების შესახებ“ საბჭოთა კავშირის დაშლის პერიოდში და ახალი ცვლილებების ეპოქის გარიჟრაჟზე, წერდა რომ საზოგადოებისათვის, ადამიანისათვის საკუთარი თავის, აზრების დაკავშირება სახელმწიფოსთან, პოლიტიკასთან აძლევს უკეთ აღქმის, გაცნობიერების შესაძლებლობას, ის ხდება ნაწილი და მდგენელი მთელის: „ფაქტია, რომ იმისათვის, რომ გამოცდილება, მართლაც განიცადოს რაიმე სახის ცოცხალი გრძნობა ან ცოცხალი აღქმა, ადამიანს უნდა ჰქონდეს, მიიღოს ან შექმნას საკუთარი თავი, შექმნას რაიმე სახის კონსტრუქცია...“ ამავდროულად, ფილოსოფოსი ეთანხმება არისტოტელეს განცხადებას, რომ

ადამიანი, როგორც პოლიტიკური არსება წარმოუდგენელია და შეუძლებელია სახელმწიფოს და პოლიტიკის გარეთ: „პოლიტიკისა და სახელმწიფოს გარეთ შეიძლება იყოს მხოლოდ ღმერთი (ზემოთ) ან ცხოველი (ქვემოთ) (Mamardashvili 2004).

სამართლებრივ სახემწიფოში კანონშემოქმედებით პროცესში მოქალაქეთა მონაწილეობა უნიშვნელოვანესი ელემენტია საზოგადოების მხრიდან საკუთარი ინტერესების მაქსიმალური რეალიზების. დემოკრატიულ სახემწიფოებში სახელმწიფო ინსტიტუტები ქმნიან მოქალაქეებისთვის სახელმწიფოს პოლიტიკურ და სამართლებრივ საქმიანობაში მონაწილეობის შესაძლებლობის პროცედურულ და სამართლებრივ გარემოს. მონაწილეობითი კანონშემოქმედებითი პროცესი მნიშვნელოვანია, რამდენადაც ეს დიალოგური საფუძველი ქმნის იმ გადაწყვეტილებების გააზრებისა და აღქმის წინაპირობებს, რომლებიც ხდება სახელმწიფო აპარატის პოლიტიკური და სამართლებრივი საქმიანობის ბუნებრივი შედეგი.

კანონის უზენაესობის და კანონშემოქმედებითი პროცესის გამჭვირვალობა/ღიაობა და ანგარიშვალდებულების გაცნობიერებისა და დაცვის ხარისხი სახელმწიფოს დემოკრატიული მართვისა და კურსისადმი ერთგულების ცალსახა ინდიკატორია. კანონის უზენაესობა აუცილებელი წინაპირობაა ღია, პლურალისტური და ტოლერანტული საზოგადოების ჩამოსაყალიბებლად. სწორედ ეს დამოკიდებულება ხდის ლიბერალურ-დემოკრატიული ინსტიტუტების განვითარების პროცესს არა ფასადურად. მოქალაქის და სახელმწიფოს ინტერესები პრევალირებს კერძო და პირადი კეთილდღეობის ინტერესზე, სახელმწიფო ინსტიტუტები ფუნქციონირებენ ურთიერთკონტროლის და საზოგადო ინტერესის დაცვის პრინციპებით. საზოგადოების მიმართ ხელისუფლების ანგარიშვალდებულების ხარისხი დამოკიდებულია კანონშემოქმედებით პროცესში მოქალაქეთა ინტერესების მაქსიმალურ გათვალისწინებაზე.

თანამედროვე დემოკრატიული სახელმწიფოს და ინსტიტუტების განვითარება აქტიური, მაღალი საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობის მქონე მოქალაქის გარეშე წარმოუდგენელია. დემოკრატიეში მუდმივად მიმდინარეობს განხილვა მოქალაქეობრივი ღირსების და ღირსეული მოქალაქის/აქტიური მოქალაქის კატეგორიის. ეს აქტიურობა, სხვადასხვა ფორმით ხორციელდება: მოქალაქე საკუთარი ინიციატივით/მოტივაციით მონაწილეობს საზოგადოებრივი მნიშვნელობის საკითხების განხილვასა და გადაჭრაში, თანამოქალაქეთა უფლებების დაცვაში; არანაკლებ მნიშვნელოვანია მოქალაქეთა აქტიურობა სახელმწიფო მმართველობით პროცესებში, როდესაც მოქალაქეები სერიოზულად განიხილავენ საკუთარ თანამონაწილეობას სახელმწიფოსათვის მნიშვნელოვან საკითხებში. მოქალაქე საკუთარი ინიციატივით აქტიურად მონაწილეობს საზოგადოებრივი ცხოვრების არაერთ სფეროში, რადგან გაცნობიერებული აქვს, რომ მხოლოდ სახელმწიფოს მმართველ ელიტაზე და საბაზრო ეკონომიკაზე არ არის დამოკიდებული დემოკრატიული საზოგადოების განვითარება და არსებობა. მოქალაქეთა მხრიდან მნიშვნელოვანია ინიციატივები, დისკუსიები, მსჯელობები სხვადასხვა საკითხებზე შეხედულებების გამოხატვა, კანონით დაშვებული პროტესტის ფორმებისადმი მიართვა და ა.შ.. მოქალაქეს ან მოქალაქეთა ერთობას გაცნობიერებული აქვს საკუთარი პასუხისმგებლობა. ამავდროულად მნიშვნელოვანია კონკრეტული ნაბიჯების გადადგმა იმ სფეროს გაუმჯობესებად, რომლებიც მისი/მათი აზრით საჭიროებს განახლებას.

სახელმწიფო მართვის პროცესებში მოქალაქეთა მონაწილეობა წინაპირობაა მიმდინარე პროცესების სიღრმისეული აღქმის და გაცნობიერების, სწორედ ეს წინაპირობა აყალიბებს საზოგადოებრივ ნდობას სახელმწიფო ინსტიტუტებისადმი. როდესაც ვსაუბრობთ მოქალაქეთა ნდობაზე/უნდობლობაზე პოლიტიკური ინსტიტუტების მიმართ, ჩვეულებრივ, ვგულისხმობთ ორ თეორიულ მიდგომას. ერთი მათგანი კულტურულია, მეორე ინსტიტუციური (Mishler, Rose, 2000).

სოციოკულტურული მიდგომის მიხედვით, პოლიტიკური ინსტიტუტებისადმი ნდობა დამოკიდებულია ღირებულებებზე, რომლებიც მშობლებიდან შვილებს გადაეცემათ ოჯახის მეშვეობით, ხოლო ზოგადი სოციალური ნდობა ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი უშუალო განმსაზღვრელია. ინსტიტუციური თეორიები, როგორც ნებისმიერი სოციალური ინსტიტუტისადმი ნდობის მთავარი განმსაზღვრელი, მიუთითებს მათ ეფექტურობასა და

ეფექტიანობაზე, მოქალაქეების მიერ მათი ფუნქციონირების შეფასებაზე. მაგალითად, ტ. ვან დერ მერი და პ. დეკერი განიხილავენ ნდობას ეროვნული პოლიტიკური ინსტიტუტების მიმართ, როგორც ინდივიდსა და სახელმწიფოს შორის ურთიერთობის რაციონალური შეფასების შედეგად, რაც დამოკიდებულია ამ ინსტიტუტების კომპეტენციაზე, ინტერესზე, პასუხისმგებლობასა და სანდობაზე (Van der Meer T., Dekker P. 2011). სოციალური ინსტიტუტებისადმი მოქალაქეების ნდობის შესწავლისას აუცილებელია აღინიშნოს კვლევები, რომლებიც ეხება სოციალური კაპიტალის, როგორც სოციალური ურთიერთობების მნიშვნელოვანი სეგმენტის შესწავლას.

საკითხის ანალიზისას, რა თქმა უნდა, გვერდს ვერ აუვლით რიბერტ პატნემის თეორიას - ინსტიტუტების ეფექტურობა პირველ რიგში განპირობებულია ეკონომიკური, პოლიტიკური თუ უფრო ფართო სოციალური პირობებით. პატნემი სიღრმისულად აანალიზებს სოციალურკულტურულ ფაქტორებს, ჩვენთვის განსაკუთრებით საინტერესოა სამოქალაქო მონაწილეობის საკითხი: პოლიტიკური და არაპოლიტიკური, პოლიტიკური თანასწორობა - თანაბარი უფლებები და მოვალეობები საზოგადოების ყველა წევრისთვის, სოლიდარობა და ნდობა (Patnam, 2003).

რა ასუსტებს საზოგადოების მხრიდან ინსტიტუტების მიმართ ნდობას? პოლიტიკური წესრიგის ფუნქციონირების ყველა სამართლებრივი გადაცდენა გარდაუვალად მოქმედებს ინსტიტუციური სისტემისადმი საზოგადოების ნდობის შემცირებაზე. მთავარი პრობლემა რაც აქ იკვეთება, უკავშირდება მოქალაქეთა პასიურ მონაწილეობას პოლიტიკურ ცხოვრებაში და იწვევს სრულ გაუცხოებას იმ სისტემისგან, რომელსაც ისინი ეკუთვნიან. პარალელურად, მკვლევართა ნაწილის აზრით, იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც პოლიტიკური ელიტა მთლიანად ახდენს სამართლის, სახელმწიფო ინსტიტუტების პრივატიზებას და ბოროტად იყენებს სოციალურ ინსტიტუტებს, ელემენტარული ნდობა საშუალებას აძლევს ამ სოციალურ წესრიგს იმუშაოს. თუ ნდობის დეფიციტი დიდია საზოგადოების ძირითადი ინსტიტუტების მიმართ, ეს ელემენტარული ნდობა საბოლოოდ ექვევება აყენებს თავად კონსტიტუციურ სტრუქტურას, როგორც საზოგადოებაში საყოველთაოდ მიღებულ შეთანხმებას (Baloban, Rimac, 1998).

საზოგადოებაში ნდობის ფორმირების სოციოკულტურული თეორიების მიმოხილვა

ბოლო წლების მეცნიერული კვლევების აქტუალურ საკითხთა რიგს განეკუთვნება საზოგადოებაში ნდობის ფორმირების საკითხები. განვიხილოთ აღიარებული მეცნიერების დისკურსი სოციალური წესრიგის და ნდობის ურთიერთმიმართების საკითხის უკეთ გასაანალიზებლად. მოქალაქეთა მონაწილეობა საზოგადო წესრიგის ფორმირებაში და მათი ინტერესების გატარება აყალიბებს საზოგადოების წევრებს შორის ნდობას, ურთიერთდამოკიდებულების განცდას. სწორედ ამ მოსაზრებას ავითარებდა ცნობილი ფილოსოფოს ჯონ ლოკი (1632-1704). ფილოსოფოსის განმარტებით, საკუთარი ინტერესების გათვალისწინებით რეალობას თვალი უნდა გავუსწოროთ და მის ხარჯზე „საყოველთაო თანხმობას“ მივაღწიოთ. საყოველთაო თანხმობის ლოკისეული დეფინიცია - საზოგადოების წევრები თანხმდებიან ერთმანეთთან დანერგონ გარკვეული წესები, რაც მათ, როგორც საზოგადოების წევრების კეთილდღეობისათვის პრიორიტეტულია. ლოკი გამოყოფს შემდეგ აქცენტებს სასარგებლო წესების კონტექსტში: კანონებს მიეკუთვნება სიცოცხლის, თავისუფლებისა და საკუთრების ხელშეკრულება.

1968 წელს სოციოლოგ ნიკლას ლუმანის (Luhmann, 1668) გამოქვეყნებულ ნაშრომში ნდობა კვლევის მთავარი საგანია. ლუმანის თანახმად, საზოგადოების წევრებს შორის ნდობის ფაქტორი აადვილებს საზოგადოების, სოციუმის წინაშე მდგარი სირთულეების გადალახვას. სადაც ნდობა არ არის, იქ „გაურკვევლობის შიში, დამბლადამცემი შეძრწუნება“ და ყოველდღიური საქმიანობაც შეუძლებელი ხდება (Luhmann, 2004).

სოციოლოგიის კლასიკოსი ენტონი გიდენსი (Giddens, 1990) განსაკუთრებულ ყურადღებას არა პერსონალურ ნდობაზე ამახვილებს საზოგადოების წევრებს შორის, არამედ ინსტიტუტების მიმართ ნდობის თემაზე. სწორედ ინსტიტუტების მიმართ ნდობით გამოირჩევა

თანამდებროვე განვითარებული დემოკრატიები. გიდენსის თანახმად, ეს საკითხი განსაკუთრებით აქტუალურია და დამახასიათებელია თანამდებროვე საზოგადოებებისთვის, რომელიც დამოკიდებულია არა პერსონალიზებულ, არამედ ინსტიტუციურ ნდობაზე.

საზოგადოებრივ ნდობას აყალიბებს ძალაუფლების განაწილება, პრესის თავისუფლება და სამოქალაქო საზოგადოებისთვის დამახასიათებელი checks and balances (კონტროლისა და ბალანსის) პრინციპები Charkviani, Chelidze, 2020).

ლიბერალური ტრადიცია უნდობლობა, როგორც დასავლეთის პოლიტიკური ისტორიის პროგრესული ელემენტი, მიმართულია ძალაუფლების რეპრესიული და თვითნებურად მოქმედი ინსტიტუციების წინააღმდეგ. ის ცდილობს, სუვერენის ძალაუფლება სამართლიანობაზე წარმოდგენებით გააკონტროლოს და ხელისუფლის ლეგიტიმურობა ქვეშევრდომთა კეთილდღეობის ინტერესებისამებრ განსაზღვროს. ამგვარმა უნდობლობამ თავისი გამოხატულება 1787 წლის საფრანგეთის რევოლუციაში პოვა და, ასევე, აისახა ინგლისურ პარლამენტარიზმში.

ძალაუფლების მფლობელი შეუზღუდავი უფლებებით ვეღარ ისარგებლებდა. მაგრამ უნდობლობის მიზეზები მაინც არსებობდა: ინგლისშიც და საფრანგეთშიც მოსალოდნელი იყო, რომ ძველი წესრიგის წარმომადგენლებს ახალი სისტემის დესტაბილიზაცია გამოეწვიათ. საფრთხე იმისა, რომ მმართველობა ახალი ტიპის ტირანიას დაბადებდა, საფრანგეთში განსაკუთრებით დიდი იყო. კორუფცია ისევ არსებობდა. როგორ უნდა აღეკვეთათ პუტჩი, დიქტატურა და კორუფცია? სახელმწიფოს თეორეტიკოსი ბენიამინ კონსტანტისთვის (Constant, 1992) ნათელი იყო: უნდობლობა პოლიტიკური წესრიგის ნაწილი უნდა იყოს. კონსტანტი ამბობს, რომ დემოკრატიულმა კონსტიტუციამ უნდობლობა უნდა გაითვალისწინოს, რადგან „კარგი კონსტიტუცია უნდობლობის აქტია“. მსგავს აზრს ავითარებს მისი ინგლისელი კოლეგა ჯონ სტიუარტ მილიც (Mill, 1861). მას მიაჩნდა, რომ პარლამენტარიზმი, პირველ რიგში, ნეგატიური ძალაუფლებაა, რომელმაც პრევენციული ზომების მეშვეობით უნდა აღკვეთოს ძალაუფლების ბოროტად გამოყენება. მისი აზრით, მმართველი კლასები არ უნდა ითხოვდნენ ნდობას მოსახლეობის მხრიდან. ისინი მუდამ უნდა გრძნობდნენ უნდობლობას. ამერიკის კონსტიტუციაც სწორედ უნდობლობის გამო შეიქმნა.

ამერიკის შეერთებული შტატების დამფუძნებელი მამებისთვის მთავარი იყო, დაეცვა მოქალაქეები. ეს სახელმწიფოს მხრიდან გამოვლენილი თავნებობისგან დაცვასაც გულისხმობდა. სწორედ ამიტომ იკავებს ამერიკის კონსტიტუციაში ასეთ მნიშვნელოვან ადგილს მოქალაქის თავისუფლება (იარაღის ტარების თავისუფლების ჩათვლით): სახელმწიფო შეძლებისდაგვარად მინიმალურად უნდა ჩაერიოს მოქალაქეების საქმეში. უნდობლობის ლიბერალური ტრადიცია პოლიტიკური ძალაუფლების კონცენტრაციის წინააღმდეგ მთელ რიგ ზომებს მიმართავს. სახელმწიფოს უფლებამოსილების სამართლებრივი შეზღუდვის გვერდით, პირველ რიგში, ძალაუფლების განაწილების პრინციპი უნდა დავასახელოთ, რომელიც ერთმანეთისგან მკვეთრად მიჯნავს სასამართლოს, აღმასრულებელ და საკანონმდებლო ხელისუფლებას. ტოტალიტარული პოლიტიკური სისტემების ისტორიულმა გამოცდილებამ, ცხადია, დემოკრატიული სახელმწიფოების ძალაუფლების განაწილების პრინციპი კიდევ უფრო გაამყარა და ის დემოკრატიული სტრუქტურული თვისებების სიმბოლურ მაჩვენებლად აქცია (Mühlfried, 2023).

“თავისუფლების დიდი ქარტიით“ (Magna Carta Libertatum) გაცხადდა რომ, მეფის ხელისუფლება აბსოლუტური აღარ იყო, კანონის უზენაესობა განმტკიცდა და ხელისუფლებით არაკეთილსინდისიერად სარგებლობაზე კონტროლის და ზედამხედველობის დაწესების დემოკრატიული პრინციპები დაინერგა. როგორც უინსტონ ჩერჩილი 1956 წელს ბრძანებდა: „არსებობს მეფეზე ზეადმატებული/უპირატესი - კანონი, რომელიც მან არ უნდა დაარღვიოს. კანონის უზენაესობის ამგვარ დადასტურებასა და ზოგადი ხასიათის ქარტიაში მის წარმოჩინებას დასაბამი მისცა „თავისუფლების დიდი ქარტიის“ შესაქმნელად გაწეულმა შრომამ. ამით და მხოლოდ ამით აისახება ხალხის მხრიდან მისდამი ესოდენ მოკრძალებული დამოკიდებულება“.

სწორედ აღნიშნული დოკუმენტი გახდა უმთავრესი საფუძველი დამკვიდრებულიყო პრინციპი, რომელმაც მოგვიანებით აშშ-ს მსგავსი დემოკრატიული ქვეყნების შექმნას დაუდო სათავე. თავისუფლების დიდი ქარტია, რომელიც XIII საუკუნის ინგლისელ დიდგვაროვანთა უფლებების დაცვას უზრუნველყოფდა მეფის მიერ ძალაუფლების ბოროტად გამოყენებისაგან, საბოლოო ჯამში რიგითი ადამიანების უფლებებზეც გავრცელდა. დასავლურ დემოკრატიებში მოქალაქეები ანგარიშს სთხოვენ თავის ხელისუფლებას. ეს იმას, ნიშნავს, რომ არავინ დგას კანონზე მაღლა, ყველამ უნდა დაიცვას იგი და კანონზე ძალაუფლებისათვის ყველას თანაბად მოეკითხოს პასუხი.

სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ ნდობის კრიზისის სოციოკულტურული თეორიების ანალიზი

სოციალურ მეცნიერებებში ერთ-ერთ ცენტრალურ საკითხს წარმოადგენს სოციალური წესრიგის მაინტეგრირებელი ფაქტორების კვლევა. XIX საუკუნის ფრანგ მოაზროვნეს ემილ დურკემს აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ფუძემდებლური იდეები და მეცნიერული მიგნებები გააჩნია. მეცნიერი სვამს კითხვებს - რა ძალები, ურთიერთობები, იდეები, ღირებულებები უზრუნველყოფს საზოგადოების მთლიანობას, წესრიგს, სოლიდარობას? რა აკავშირებს ადამიანებს და ჯგუფებს ერთმანეთთან ახალ საზოგადოებაში, სადაც ძველი ღირებულებითი სისტემა მორღვეულია? სადაც ადამიანებს არ აქვთ საერთო რელიგიური რწმენა და ა.შ. მეცნიერს აინტერესებს იმ მიზეზშედეგობრივი ფაქტორების იდენტიფიკაცია, რომლებიც აყალიბებენ საზოგადოებაში სოლიდარობასა და სოციალურ წესრიგს.

თანამედროვე მოდერნული საზოგადოება და სამართლებრივი სახელმწიფო უზრუნველყოფს ყველა პირობას, ახალისებს ნებისმიერ ღირებულებას, რომელიც შესაძლებლობას აძლევს საზოგადოების თითოეულ წევრს იყოს დაფასებული, პატივცემული, რეალიზებული და თავისუფალი. მოდერნულ საზოგადოებებში სოლიდარობის საფუძველი ურთიერთგაზიარებული სამართლებრივი წესრიგია, მისი შემოქმედები სოციალური აქტორები არიან და მის დამრღვევებს დევიანტურ ქცევას არ პატიობენ, მკაცრად აკონტროლებენ და სოციალური წესრიგის შენარჩუნებისათვის იყენებენ მკაცრ ზომებს და დასჯის სისტემებს.

ემილ დურკემი მსჯელობს საზიარო, საყოველთაო ღირებულებებზე, საუბარია საზიარო ღირებულებებზე იმ გაგებითა და აზრით, რომ საზოგადოების თითოეულ წევრს ერთი და იგივე მრწამსი აქვს - მაგალითად, რელიგიური რწმენა, რომელიც აერთიანებს მთელ ტომს ან მთელ ჯგუფს - თუ ინდივიდუალიზმი, რომელიც ღირებულების მოდერნული, თანამედროვე ფორმაა, სადაც საზოგადოების უმრავლესობა აღიარებს და პატივს ცემს ინდივიდის ხელშეუხებლობას, კანონის უხენაესობას, სახელმწიფოს თუ საზოგადოების დადგენილი წესებისა თუ ნორმების მნიშვნელობას.

დურკემის თეორიის თანახმად, ინდივიდის ინტეგრაცია საზოგადოებაში საკმაოდ რთული და ზოგჯერ წინააღმდეგობრივი პროცესია, ამიტომ ყველა ინდივიდი არ არის სრულად ინტეგრირებული სოციუმში; ინტეგრაციის პრობლემის მქონე სოციალური აქტორები დევიანტების კატეგორიას მიეკუთვნებიან. დევიაციას აქვს დადებითი ეფექტიც. დევიანტები აახლებენ სოციუმის წარმოდგენებს სოციალური წესრიგის შესახებ, შეაქვთ მასში ზოგჯერ პოზიტიური ცვლილებები, ამ ლოგიკით აუცილებლად ვიღაც არ დაემორჩილება სოციალური ჯგუფის ნორმებს, წესებს და ღირებულებებს. კანონშემოქმედებით პროცესში მონაწილეობა დევიაციის რისკებს ამცირებს, პრობლემა დგება იქ თუ რამდენად ახალისებს, უზრუნველყოფს და პროცედურულად შესაძლებელს ხდის მმართველი ელიტა მონაწილეობითი დემოკრატიის რეალიზებას.

დურკემს მიაჩნია, რომ თანამედროვე მოდერნულ საზოგადოებაში და სახელმწიფოებში, როგორც წესი, ჩვეულებრივ ვნებას, დაგროვილ და გამოუხატავ ენერგიულ იმპულსებსა და ემოციას, საზოგადოების წევრები დანაშაულზე რეაგირების დროსაც გამოხატავენ. ხოლო სახელმწიფო ინსტიტუტები დასჯის რიტუალში ამისამართებენ და აორგანიზებენ. ბუნებრივად ჩნდება კითხვა, რა ხდება თუ დევიანტი მმართველი ელიტაა, ბუნებრივია

დასჯის თავიდან აცილების გზებს ეძიებს. ამ შემთხვევაში დასჯის პრევენცია, იმგვარი წესების შემუშავებაა, რომლებიც მათზე მორგებულია და შესაბამისად, ფორმალურად მათი საქციელი დევიცია სულაც არ არის. სწორედ აქ ვაწყდებით სოლიდარული წესრიგის გამოწვევებს თუ მის შემუშავებაში მოქალაქეთა მონაწილეობა პასიურია, და ეს წესრიგი უმრავლესობის მიერ არ არის გაზიარებული. დურკემი მიიჩნევს, რომ დასჯა საზოგადოებაში რიტუალიზებული პროცესებით ღირებულებების კომუნიკაციის, ემოციის გამოხატვის, ჯგუფის სოლიდარობის განმტკიცების ენაა, რომელიც სოციუმის შემაკავშირებელია და საერთო აღიარებული სოციალური წესრიგის მსაზღვრელია. სოციუმი სანქციების და მათზე შეთანხმებით თანაარსებობს. სანქციების აღსრულება სოციალურ აქტორებს დევიაციის ჩადენისაგან აკავებს.

დურკემის დესკრიფცია სოციოლოგიური პრიზმის ნათელი მაგალითია. სოციალურ ჯგუფს ღირებულებების და ნორმების, რწმენა წარმოდგენების ერთი, თანმიმდევრული ნაკრები აქვს; დანაშაული ინტერნალიზებული ღირებულებების დარღვევაა, ანუ ლეგიტიმური სოციალური წესრიგის წინააღმდეგ წასვლაა და მისი ფუნქციონირებისთვის საფრთხის შექმნა; თუ სახელმწიფო ლეგალურად და კეთილსინდისიერად/სამართლიანად ახდენს სოციალური ჯგუფების ინტერესების რეპრეზენტაციას, შესაბამისად, რელევანტურია მისი მხრიდან აღნიშნული რიტუალის ჩატარება; სოციუმის წევრები, ამ სცენების/რიტუალების მაცურებლები დაინახავენ სასჯელს და მეტნაკლებად ერთგვაროვანი განწყობები და ფიქრები ეუფლებათ. ყოველივე ეს ამარტივებს და აადვილებს კომპლექსური დამოკიდებულების ფორმირებას, რომელიც მოდერნულ საზოგადოებებში, სახელმწიფოებში სხვადასხვა ადამიანებს, სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებიდან, სხვადასხვა ღირებულებითი სისტემებიდან და კანონებთან აახლოებს (გარლანდი, 2022).

სოციალურ მეცნიერებებში ნდობის საკითხზე მსჯელობისას ბუნებრივია გვერდს ვერ აუვლით პიერ ბურდიეს (1930-2002) „სოციალური კაპიტალი“ თეორიას, რომელიც თანამედროვე დემოკრატიის პირობებში ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული და მნიშვნელოვანი ტერმინია. სოციალური კაპიტალის კატეგორიის დამკვიდრება 1980 წელს ფრანგი სოციოლოგის და სოციალური მეცნიერის პიერ ბურდიეს სახელს უკავშირდება. ფრანგი მეცნიერი გვთავაზობს ამ სოციალური მოვლენის/კატეგორიის საინტერესოდ გააზრებას.

სოციალური კაპიტალი იმ სოციალური კავშირების ქსელს აღნიშნავს, რომლებმაც, შეიძლება სოციალურ აქტორებს მოგება/სარგებელი მოუტანოს. ეს არის ჯგუფური კაპიტალი და რაც უფრო მყარი და მჭიდროა მოგებაზე ორიენტირებული ჯგუფის შიგნით არსებული კავშირები, მით უფრო მყარია სოციალური კაპიტალი. მყარი სოციალური კაპიტალი ამცირებს დანახარჯებს: ადამიანებს ჯგუფის შიგნით ნაკლებად აქვთ ხელშეკრულებების დადების, რეგულირებების ფორმალური წესების შემუშავების, წერილობითი სახის დოკუმენტების გაფორმების დანახარჯები, შესაბამისად კი, იზრდება კაპიტალი.

სახელმწიფო ინსტიტუტების მიმართ ნდობის ფაქტორის გავლენა ქვეყნის განვითარების და მოქალაქეთა კეთილდღეობის მაჩვენებლებთან

საქართველოსთვის როგორც ყოფილი საბჭოთა ქვეყნისთვის დემოკრატიის გზაზე არაერთი გამოწვევა დგას. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ საქართველო დემოკრატიზაციის მესამე ტალღის ქვეყნებს შორის ერთ-ერთია. დემოკრატიზაციის მესამე ტალღამ კვლავ აქტუალური გახადა დემოკრატიის საზოგადო სიკეთის შესახებ დებატები. სამეცნიერო დისკურსი განვითარდა და დემოკრატიის ღირებულების ახლებური გადააზრების რაკურსი გამოიკვეთა. ლიპსეტის ცნობილი თეორია კრიტიკული ანალიზის ქვეშ მოექცა. სეიმურ მარტინ ლიპსეტის მიერ მაქს ვებერისა და ტალკოტ პარსონსის ნაშრომებზე დაყრდნობით შექმნილი ე.წ. მოდერნიზაციის თეორია 1950-იანი წლების მიწურულს, პოპულარობით სარგებლობდა, ის მომდევნო წლებში ცნობილი გახდა, „ლიპსეტის ჰიპოთეზის“ სახელით. ამერიკელი სოციოლოგი 1959 წელს გამოცემულ სტატიაში ამტკიცებდა, რომ რეალურად ეკონომიკურ ზრდას მოქონდა დემოკრატია და არა პირიქით (Acemoglu, James A Robinson 2013).

ლიპსეტი მიიჩნევდა, რომ დემოკრატია ეკონომიკური განვითარების პირდაპირი პროდუქტია, ანუ დემოკრატიული განვითარება ეკონომიკური წარმატების ფუნდამენტი.

მეცნიერი ირწმუნებოდა, რომ ეკონომიკურად ძლიერ ან ახალ გამდიდრებულ, ეკონომიკური წინსვლის თვალსაზრისით საწყის ეტაპზე მყოფ ქვეყნებს უფრო მეტი შანსი/პერსპექტივა ჰქონდათ შეექმნათ სტაბილური დემოკრატიული მმართველობითი სისტემა. ლიპსეტის თეორიის მომხრეები მოდერნიზაციის გადამწყვეტ ფაქტორად ეკონომიკის ინდუსტრიალიზაციას, ტექნოლოგიურ პროგრესს, მზარდ ურბანიზაციას და განათლებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდას გულისხმობდნენ. სწორედ ეს პროცესები გარდაქმნიდა ტრადიციულ/არამოდერნულ საზოგადოებას თანამედროვედ, რაც დემოკრატიული პოლიტიკური სისტემის არსებობის აუცილებელ წინაპირობას ან პრერეკვიზიტს წარმოადგენდა.

ცნობილი ამერიკელი ეკონომისტი ადამ პრეჟნოვსკი თავის ნაშრომებში ლიპსეტის თეორიის განსხვავებულ ხედვას გვთავაზობს. ლიპსეტი საკუთარ თეორიაში დემოკრატიის წარმოშობის ჰიპოთეზას ავითარებს. პრეჟნოვსკის კვლევები აჩვენებს, რომ ძლიერი ეკონომიკური განვითარების სახელმწიფოებში დემოკრატიის მაღალი მაჩვენებელია. დემოკრატიული ინსტიტუტების განვითარება სტაბილურია და კონონზომიერი, საპირისპირო ვითარება გვხვდება ღარიბ ქვეყნებში. საკუთარ ნაშრომებში პრეჟნოვსკი ასაბუთებს ლიპსეტის ერთ-ერთი არგუმენტის მცდარობას, რომ ეკონომიკური წარმატება პირდაპირპროპორციულია, მიზეზ-შედეგობრივ მიმართებაშია დემოკრატიულ განვითარებასთან ან სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სახელმწიფოს დემოკრატიულ ტრანსფორმაციასთან. მეცნიერების განვითარების ეს ეტაპი გამოთქმული მოსაზრების ვალიდური მეთოდოლოგიური წანამძღვრებით დასაბუთების შესაძლებლობას იძლევა. სტატისტიკური ანალიზის საფუძველზე ცხადი და ლოგიკურად დასაბუთებული გახდა, რომ სახელმწიფოში მოქალაქის შემოსავლების ზრდა არ იყო პირდაპირ კავშირში დემოკრატიზაციასთან და რეალურად დემოკრატიული ტრანსფორმაციები უმეტესწილად არაკანონზომიერი, არაპროგნოზირებადი და შემთხვევითი, ზოგჯერ სპონტანურია. აღნიშნული საფუძვლიანი მიგნება არ არის სამუელ ჰანტინგტონის და მისი თანამოაზრეების არგუმენტების შესაბამისი, რომლებიც საკუთარ თეორიულ ნაშრომებში ავითარებდნენ კონცეფციებს, რომ დემოკრატიული და ავტოკრატიული სახელმწიფო რეჟიმები ეკონომიკურად ერთნაირად წარმატებული ან წარუმატებლები არიან.

აღნიშნული დებატების კვალობაზე განსაკუთრებით ყურადღასაღები და მნიშვნელოვანია თანამედროვე მსოფილოში აღიარებული მეცნიერების და სამეცნიერო წრეებში გავლენიანი ეკონომისტების სრულიად ახალი თეორიული მოდელის სიღრმისეულად განხილვა. საყოველთაო ინტერესი და აღიარება ხვდა ამერიკელ მეცნიერებს დარონ აჯემოღლუსა და ჯეიმს რობინსონის. მათი მთავარი კითხვა, თუ რა გავლენა აქვს ქვეყნის დემოკრატიულ რეჟიმს ეკონომიკურ წარმატებაზე, ძირითადად, კონსენსუსით წყდებოდა და მიიჩნეოდა, რომ დემოკრატიზაციას აქვს უმნიშვნელო გავლენა, როგორც ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე, ისე დაბალ მაჩვენებლებზე. მთავარი არგუმენტი ეფუძნებოდა მოსაზრებას, რომ სახელმწიფოს ეკონომიკური განვითარება დემოკრატიის მიღმაც შესაძლებელია.

დემოკრატიულ რეჟიმებში, სადაც გადაწყვეტილებები კონსენსუსის საფუძველზე მიიღება, სადაც სოციალური წესრიგის ფორმირებაში საზოგადოების ჩართულობა საგრძნობია არასწორი ეკონომიკური პოლიტიკის გატარება შედარებით უფრო ნაკლებად ფიქსირდება. დემოკრატიული ქვეყნების ეკონომიკური ზრდა არ არის ნახტომისებური და სწრაფი, ის კანონზომიერი და სტაბილურია. ავტოკრატიები ამის საწინააღმდეგო ტენდენციებს ამჟღავნებენ, ეკონომიკა იზრდება სწრაფად და ნახტომისებურად. აღნიშნულ მოსაზრებას ავითარებდა ბეროუ და ხაზს უსვავდა არა კორელაციას, არამედ მიზეზ-შედეგობრივ კავშირს. სწორედ ეს დიკურსი განავითარეს და სიღრმისეულად იკვლიეს 2019 წელს დარონ აჯემოღლუმ და პოლ რობინსონმა წიგნში, რომელიც ბოლო ათწლეულების მთავარ ბესტსელერად იქცა სოციალურ და ეკონომიკურ მეცნიერებებში: 'Why Nations Fail'.

ავტორების მიხედვით, დემოკრატია არის ის მექანიზმი, რომელიც განაპირობებს სახელმწიფოს განვითარებას და ეკონომიკურ ზრდას. დემოკრატიულად ტრანსფორმირებული სახელმწიფო სისტემები და ინსტიტუტები განაპირობებენ სახელმწიფოს უწყვეტ, კანონზომიერ და სტაბილურ განვითარებას. ავტორიტარულ რეჟიმებს კანონის უზენაესობაზე დამყარებული

ინკლუზიური დემოკრატიის კონტექსტში განიხილავენ. ლევიათანი, ჩვენს კონტექსტში RUL Of LOW და მისი საზღვრებს გარეთ გასული მართვა, შეგვიძლია მოვიაზროთ როგორც RUL BY LOW, რომელიც სწორედ სახელმწიფო ინსტიტუტების უზურპაციას და საკუთარი ინტერესებისადმი დაქვემდებარებას გულისხმობს, როდესაც მართვა საზოგადო სიკეთისა და დოვლათის შექმნის ნაცვლად, პირადი კეთილდღეობის, ძალაუფლების და უსაფრთხოების შენარჩუნებაზეა ორიენტირებული. ამ სერიოზული მიგნების დასაბუთება, ჩვენი აზრით, დარონ აჯემოლლუს და ჯეიმს რობინსონის მიერ დადგენილი ემპირიული მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია. ავტორების კვლევის მონაცემები ადგენს, რომ სახელმწიფოები, რომლებმაც გაიარეს დემოკრატიული ტრანსფორმაცია, საშუალოდ 20%-ით უფრო განვითარებული/მდიდრები არიან იმ ქვეყნებთან შედარებით, რომლებიც რჩებიან ავტოკრატებად. ამ დასკვნის საშუალებას მეცნიერებს 1960-2010 წლების პერიოდში 175 ქვეყნის შესწავლის მონაცემები აძლევს. 175 ქვეყნის ჰოლისტური შესწავლა, რა თქმა უნდა, ვალიდური მეცნიერული მონაცემების და აკადემიური მსჯელობის განვითარების სანდო წყაროა. სწორედ აღნიშნული მონაცემებიდან გამომდინარეობს დასკვნა, რომ ავტოკრატიული რეჟიმები დროის უფრო მცირე მონაკვეთში აჩვენებენ ეკონომიკურ ზრდას, თუმცა ეს ზრდა პერსპექტივაში აჩვენებს დაღმავლობას. სწორედ ამ ტენდენციის საპირისპიროა დემოკრატიული, სამართლებრივი სახელმწიფოს მაგალითი. კვლევებიდან გამომდინარეობს, რომ დემოკრატიები გაცილებით უფრო მყარი იმუნიტეტით გამოირჩევიან პოლიტიკური არასტაბილურობის მიმართ (Acemoglu, James A Robinson, 2012).

შეჯამების სახით უნდა ითქვას, რომ თანამედროვე დემოკრატიაში და სამართლებრივ სახელმწიფოებში მოქალაქე აქტიურად მონაწილეობს საჯარო ხელისუფლებასთან ერთად მმართველობითი მიზნებისა და ამოცანების დასახვასა და გადაჭრაში. სწორედ ამ თვალსაზრისით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება სახელმწიფოსა და მოქალაქის ორგანიზებული თანამშრომლობის ფორმებს. მოქალაქის თანამონაწილეობის/ჩართულობის ფორმები საზოგადოების თითოეულ წევრს მნიშვნელოვანი პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში მონაწილეობის შესაძლებლობას აძლევს და უზრუნველყოფილია კონსტიტუციურად. თანამონაწილეობა ბადებს ემოციურ განცდას სახელმწიფოსთან საკუთარი და საერთო ინტერესებით გაერთიანების, რაც ლოგიკურად იწვევს სახელმწიფოს ღირსეული წევრობის რეალურ განცდას.

გამოყენებული ლიტერატურა

18. ხეჩუაშვილი, ლ. (2013). პიროვნება - შესავალი პიროვნების ფსიქოლოგიაში. თბილისი
19. UNICEF. (2023). უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კვლევა. თბილისი: UNICEF.
20. APA. (n.d.). APA Dictionary of Psychology. Retrieved from dictionary.apa.org: <https://dictionary.apa.org/mental-health-services>
21. Bryant, J., & Welding, L. (2023, February 15). College Student Mental Health Statistics. Retrieved from bestcolleges.com: <https://www.bestcolleges.com/research/college-student-mental-health-statistics/#how-many-college-students-experience-mental-health-conditions>
22. Catalano, Brown, Lucksted, Hack, & Drapalski. (2021). Support for the social-cognitive model of internalized stigma in serious mental illness., <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395621000819>.
23. CDC. (2023, აპრილი 25). mental health. Retrieved from cdc.gov: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
24. CSS. (2016). Socia-cognitive Learning Theory. Retrieved from dictionary.css: <http://dictionary.css.ge/content/socia-cognitive-learning-theory>
25. Darice Warren. (2023). The State of Mental Health in America 2023: Adult Prevalence and Access to Care. Retrieved from nssbehavioralhealth.com: <https://www.nssbehavioralhealth.com/nss-blog-the-state-of-mental-health-in-america-2023-adult-prevalence-and-access-to-care/>
26. Goffman, E. (2022). Stigma - Notes on the managment of spoiled identity. Penguin Classics.

27. Hobson. (2008). THE EFFECTS OF MENTAL HEALTH EDUCATION ON REDUCING STIGMA AND INCREASING POSITIVE ATTITUDES TOWARD SEEKING THERAPY. Humboldt State University.
28. Katz, J. M. (2023). Challenge case on mental health. Universitu of Pittsburgh.
29. Ochnik, D., Rogowska, A., & Kuśnierz, C. (2021). Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: a cross-national study. Nature.com.
30. Pfeiffer. (2022). Barriers to Seeking Psychotherapy for Mental Health Problems in Adolescents: a mixed method study. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02364-4>.
31. Rebecca Long, Marley Hall. (2023, თებერვალი 15). College Student Mental Health Statistics. Retrieved from bestcolleges.com: <https://www.bestcolleges.com/research/college-student-mental-health-statistics/#how-many-college-students-experience-mental-health-conditions>
32. TNC. (n.d.). Study Reveals Lack of Access as Root Cause for Mental Health Crisis in America. Retrieved from thenationalcouncil.org: <https://www.thenationalcouncil.org/news/lack-of-access-root-cause-mental-health-crisis-in-america/>
33. Warren, D. (2023). The State of Mental Health in America 2023: Adult Prevalence and Access to Care. Retrieved from nssbehavioralhealth.com/: <https://www.nssbehavioralhealth.com/nss-blog-the-state-of-mental-health-in-america-2023-adult-prevalence-and-access-to-care/>
34. WHO. (2022, ივნისი 17). Retrieved from WHO.int: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



მედიცინის სფეროში ხელოვნური ინტელექტის დანერგვა

Implementation of artificial intelligence in medicine

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.08>

ელენე ნამორაძე^{1a}

Elene Namoradze^{1a}

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

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

აბსტრაქტი

ხელოვნური ინტელექტი გულისხმობს კომპიუტერებისა და ტექნოლოგიების გამოყენებას ადამიანის მსგავსი ინტელექტუალური ქცევისა და კრიტიკული აზროვნების სიმულაციისთვის. ამერიკელმა მეცნიერმა ჯონ მაკარტიმ პირველად აღწერა ტერმინი ხელოვნური ინტელექტი 1956 წელს, როგორც ინტელექტუალური მანქანების შექმნის მეცნიერება და ინჟინერია. ინგლისელი მათემატიკოსი ალან ტიურინგის მიერ შექმნილ „ტიურინგის ტესტი“ ეფუძნებოდა იმ იდეას, რომ კომპიუტერის ინტელექტუალურმა ქცევამ კონკრეტული სააზროვნო ამოცანები უნდა გადაჭრას ადამიანის მსგავსად. 1980-1990-იან წლებში ხელოვნური ინტელექტის მიმართ ინტერესი გაიზარდა სხვადასხვა სამეცნიერო მიმართულებაში, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროშიც. 2016 წელს ხელოვნური ინტელექტის კვლევაში ყველაზე მეტი ინვესტიცია ჯანდაცვის მიმართულებით განხორციელდა. მედიცინაში ხელოვნური ინტელექტი იყოფა ვირტუალურ (მაგ., ელექტრონული ჩანაწერები) და ფიზიკურ (მაგ., ქირურგიული რობოტები) ქვეკატეგორიებად. ხელოვნური ინტელექტი დიაგნოზის ქმნის ფლოუჩარტებისა და მონაცემთა ბაზაზე დაფუძნებული სიღრმისეული სწავლების მეთოდებით. ხელოვნური ინტელექტი ასევე ეხმარება ექიმებს პაციენტების დიაგნოსტიკაში, პროგნოზირებასა და ჩანაწერების ორგანიზებაში. მოდულები, როგორებიცაა ChatGPT და Med-PaLM, აუმჯობესებენ დიაგნოზის დასმის სიზუსტეს და მკურნალობის ეფექტიანობას. ნაშრომი მიმოიხილავს ხელოვნური ინტელექტის დანერგვას მედიცინაში, მის დადებით და უარყოფით მხარეებს.

საკვანძო სიტყვები: ხელოვნური ინტელექტი; სამედიცინო ალგორითმები; Med-PaLM; ChatGPT; მედიცინა; სამედიცინო ტექნოლოგიები.

ციტატა: ელენე ნამორაძე. მედიცინის სფეროში ხელოვნური ინტელექტის დანერგვა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

Abstract

Artificial Intelligence (AI) simulates human-like intelligent behavior and critical thinking using computers and technology. John McCarthy introduced the term AI in 1956, defining it as the science and engineering of creating intelligent machines. Alan Turing, one of AI's founders, proposed the Turing Test to evaluate machine intelligence. AI gained interest in the 1980s and 1990s, with applications in healthcare

^a elene.namoradze648@sps.tsu.edu.ge

<https://orcid.org/0009-0003-0915-7717>

using techniques like fuzzy expert systems, Bayesian networks, and neural networks. By 2016, healthcare saw the highest AI research investment. AI in medicine is divided into virtual (e.g., electronic health records) and physical (e.g., surgical robots) subcategories. AI aids diagnosis through flowcharts and database-driven deep learning approaches. Notable examples include projects by Google and Stanford University. AI also assists in patient referrals, diagnostics, predictions, and record organization. Effective AI algorithms require structured data and accuracy testing. Models like ChatGPT and Med-PaLM show potential in medical applications, enhancing diagnosis and treatment efficiency. This study reviews AI's implementation in medicine, its pros and cons, and relevant research.

Keywords: Artificial Intelligence (AI); Medical Algorithms; Med-PaLM; ChatGPT; Medicine; Medical Technology.

Quote: Elene Namoradze. Implementation of artificial intelligence in medicine. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

შესავალი

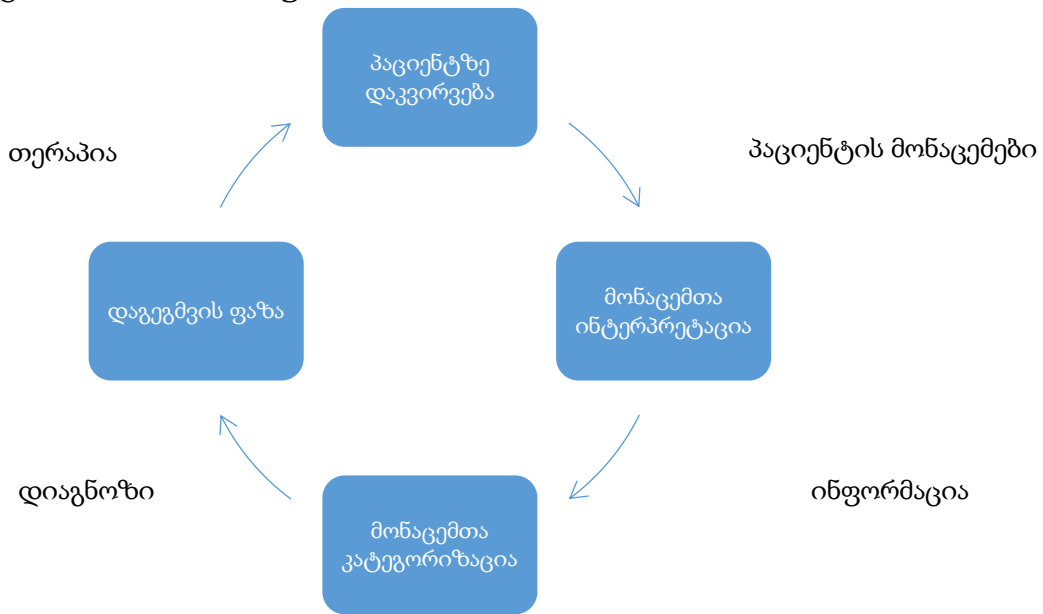
ხელოვნური ინტელექტი არის ტერმინი, რომელიც აღწერს კომპიუტერებისა და ტექნოლოგიების გამოყენებას ადამიანის მსგავსი ინტელექტუალური ქცევისა და კრიტიკული აზროვნების სიმულაციისთვის. ამერიკელმა მეცნიერმა ინფორმაციული ტექნოლოგიების დარგში - ჯონ მაკარტიმ (1927-2011) - პირველად აღწერა ტერმინი ხელოვნური ინტელექტი 1956 წელს, როგორც ინტელექტუალური მანქანების შექმნის მეცნიერება და ინჟინერია (Amisha, Pathania, & Rathaur, 2019).

ინგლისელი მათემატიკოსი ალან ტიურინგი (1912-1954) მოღვაწეობდა კომპიუტერული მეცნიერების მიმართულებით და იყო ხელოვნური ინტელექტის ერთ-ერთი დამფუძნებელი. „ტიურინგის ტესტი“ ეფუძნებოდა იმ იდეას, რომ კომპიუტერის ინტელექტუალურმა ქცევამ კონკრეტული სააზროვნო ამოცანები უნდა გადაჭრას ადამიანის მსგავსად. 1980-იან და 1990-იან წლებში ხელოვნური ინტელექტის მიმართ ინტერესი იზრდება სხვადასხვა სამეცნიერო სფეროში. ხელოვნური ინტელექტის ტექნიკები, როგორცაა ფაზი ექსპერტული სისტემები, ბაიესის ქსელები, ხელოვნური ნერვული ქსელები და ჰიბრიდული ინტელექტუალური სისტემები დაინერგა ჯანდაცვის სფეროში. 2016 წელს კი ხელოვნური ინტელექტის კვლევაში ყველაზე მეტი ინვესტიცია, სხვა სფეროებთან შედარებით, ჯანდაცვის პროგრამების მიმართულებით განხორციელდა (Amisha, Pathania, & Rathaur, 2019).

მედიცინაში გამოყენების თვალსაზრისით, ხელოვნური ინტელექტი იყოფა ორ ქვეკატეგორიად: - ვირტუალური და ფიზიკური. ვირტუალური ნაწილი მოიცავს აპლიკაციებს, როგორცაა ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერების სისტემები და ნეირონულ ქსელზე დაფუძნებული გაიდლაინით ხელმძღვანელობა მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში. ფიზიკური ნაწილი ეხება რობოტებს, რომლებიც ეხმარებიან ქირურგებს სამუშაო პროცესში, ინტელექტუალურ პროთეზებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისთვის და მოხუცთა მოვლას. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველია კლინიკური კორელაციების და ხედვების შემუშავება არსებული ინფორმაციის ბაზიდან ასოციაციების და შაბლონების განვითარების გზით. ტრადიციულად, ჩვენ ვიყენებდით სტატისტიკურ მეთოდებს ამ შაბლონებისა და ასოციაციების შესამუშავებლად. ხელოვნური ინტელექტი პაციენტის დიაგნოზის დადგენას ცდილობს ორი ძირითადი ტექნიკის მეშვეობით - ფლოუჩარტები და მონაცემთა ბაზაზე დაფუძნებული მიდგომა. ფლოუჩარტზე (flowchart) დაფუძნებული მიდგომა მოიცავს ისტორიის შექმნას, პროცესის თარგმნას - ექიმი ადგენს კითხვების სერიას და შემდეგ სავარაუდო დიაგნოზამდე მიდის წარმოდგენილი სიმპტომების კომპლექსის კომბინაციით. ეს პროცესი მოითხოვს დიდი რაოდენობის მონაცემების შეყვანას მანქანურ ქსელში, იმის გათვალისწინებით, რომ ყოველდღიურ სამედიცინო პრაქტიკაში არსებობს სიმპტომებისა და დაავადების ფართო სპექტრი. ამ მიდგომის შედეგები შეზღუდულია, რადგან კომპიუტერულ მანქანებს არ შეუძლიათ დააკვირდნენ და შეაგროვონ ის ნიშნები, რომლებზეც დაკვირვება მხოლოდ ექიმს

შეუძლია პაციენტთან შეხვედრის დროს. მეორეს მხრივ, მონაცემთა ბაზაზე დაფუძნებული მიდგომა იყენებს სიღრმისეული სწავლების ან შაბლონების ამოცნობის პრინციპს, რომელიც მოიცავს კომპიუტერის სწავლებას განმეორებადი ალგორითმების საფუძველზე, რათა ხელოვნურმა ინტელექტმა ამოცნოს, თუ როგორ გამოიყურება გარკვეული სიმპტომების ჯგუფები ან გარკვეული კლინიკური/რადიოლოგიური სურათები (Hamlet & Tremblay, 2017). შეგვიძლია განვიხილოთ ამ მიდგომის პრაქტიკაში დანერგვის ერთ-ერთი პირველი მაგალითი. გუგლისა და სტენფორდის უნივერსიტეტის მკვლევრებმა შექმნეს ხელოვნური ტვინის პროექტი, რომელზეც მუშაობა 2012 წელს დაიწყო. ეს სისტემა სწავლობდა კატების ამოცნობას 10 მილიონი YouTube ვიდეოს საფუძველზე. სამი დღის შემდეგ, სისტემას შეეძლო კატის სურათის 75%-იანი სიზუსტით ამოცნობა (კლარკი, 2012).

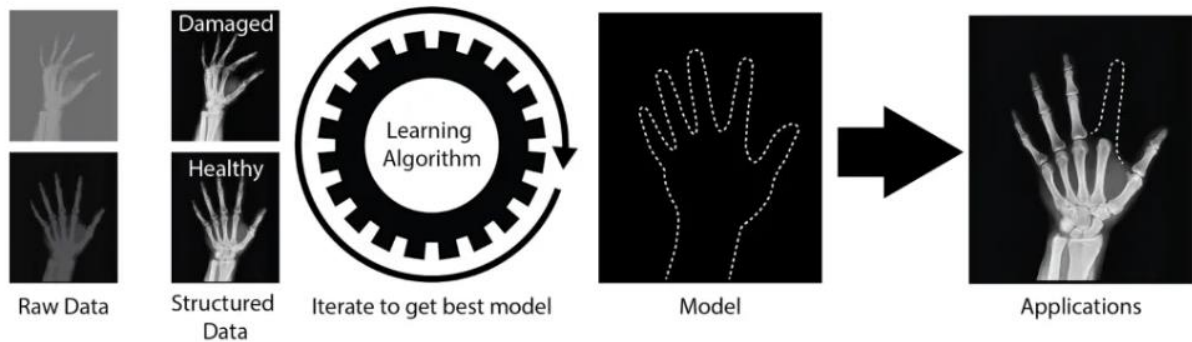
ნახატი 1. Flowchart-ის ნიმუში.



ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება სამედიცინო სფეროში მოიცავს კონკრეტული სიმპტომების საფუძველზე პაციენტის შესაბამის ექიმთან გადამისამართებას; დიაგნოსტიკას; პროგნოზირებას; მედიკამენტების შესაბამისობის დადგენას; ბოტის ასისტენტს, რომელსაც შეუძლია ენების თარგმნა; ჩანაწერების დახარისხებას და სურათებისა და ფაილების ორგანიზებას (Greenfield, 2019).

ეფექტური ხელოვნური ინტელექტის ალგორითმის შესაქმნელად, კომპიუტერულ სისტემებს, პირველ რიგში, მიეწოდებათ მონაცემები, რომლებიც, როგორც წესი, სტრუქტურირებულია, რაც ნიშნავს, რომ თითოეულ მონაცემთა წერტილს აქვს ანოტაცია, რომელიც ალგორითმისთვის ამოცნობადია (ნახატი 2). მას შემდეგ, რაც ალგორითმი ნახავს საკმარისი რაოდენობის მონაცემთა წერტილებს და მათ ანოტაციებს, აუცილებელია ტესტირების ჩატარება სიზუსტის უზრუნველსაყოფად (ალგორითმის უნარის შეფასება იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად შეუძლია მას ზუსტი პასუხის დადგენა - პროგრამისტების ამოცანა) (Greenfield, 2019).

ნახატი 2: სასწავლო ალგორითმების გამოყენებით სამედიცინო გამოსახულების მოდელის შემუშავების პროცესი.



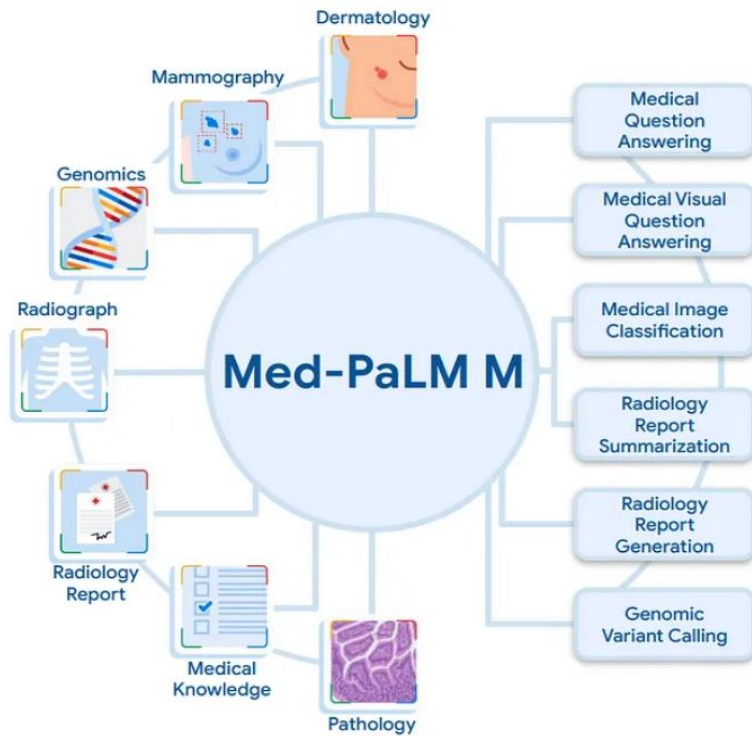
წყარო: Wilson, S. (n.d.). Artificial Intelligence in Medicine: Applications, implications, and limitations. *Harvard Graduate School of the Arts and Sciences*. Science in the News, Boston

ზემოთ მოცემული სურათი აჩვენებს ალგორითმის მაგალითს, რომელიც სწავლობს ხელის ძირითად ანატომიას და შეუძლია აღადგინოს, თუ სად უნდა იყოს დაკარგული თითი. ალგორითმს მიაწოდეს სხვადასხვა ხელის რენტგენული სურათები, ხოლო შედეგი არის მარკერი, რომელმაც ხელის დაკარგული ნაწილები უნდა გამოეყო. მოდელი ამ შემთხვევაში არის ხელის კონტური, რომელიც შეიძლება გენერირდეს და გამოყენებულ იქნას სხვა გამოსახულებებზეც. ეს საშუალებას აძლევს ექიმს, რომ ნახოს სწორი ადგილი კიდურის აღსადგენად ან პროთეზირებისთვის (Greenfield, 2019).

ხელოვნური ინტელექტის ალგორითმების უმეტესობა მედიცინაში კითხულობს რამდენიმე ტიპის მონაცემს იქნება ეს რიცხვითი (მაგალითად, გულისცემის სიხშირე ან არტერიული წნევა) თუ გამოსახულებაზე დაფუძნებული (მაგალითად, MRI ან ბიოფსიის ქსოვილის ნიმუშების სურათები). ალგორითმები შემდეგ შეისწავლიან მონაცემებს და აწარმოებენ ან ალბათობას ან კლასიფიკაციას. მაგალითად, ქმედითი შედეგი შეიძლება იყოს არტერიული თრომბის არსებობის ალბათობის განსაზღვრა გულისცემის სიხშირისა და არტერიული წნევის მონაცემების საფუძველზე, ისევე როგორც ქსოვილის ნიმუშის კლასიფიცირება და კიბოს დიაგნოზის დასმა ან მისი უარყოფა. ხშირად, სამედიცინო აპლიკაციებში ალგორითმის მიერ დასმულ დიაგნოზს ადარებენ ექიმის მიერ გაკეთებულ დასკვნას, რათა შეაფასოთ ხელოვნური ინტელექტის უნარები და მისი ეფექტიანობა კლინიკისათვის (Greenfield, 2019).

ზემოხსენებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით ვხვდებით, რომ ხელოვნურ ინტელექტს შეუძლია ძირეულად შეცვლას ჯანდაცვის სფერო და მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს მედიცინაზე. ხელოვნური ინტელექტი აჩვენა მნიშვნელოვანი პროგრესი ისეთი ტიპის საკითხებში, როგორცაა დიაგნოსტიკა, მონაცემთა ანალიზი და ზუსტი მედიცინა. ხელოვნური ინტელექტის საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომობამ, მათ შორის ისეთმა ენობრივმა მოდელმა, როგორცაა ChatGPT, გაზარდა ცნობიერება ხელოვნური ინტელექტის და მისი პოტენციური შესაძლებლობების შესახებ მედიცინაში. მაგალითად, ChatGPT-იმ წარმატებით გაიარა აშშ-ის სამედიცინო ლიცენზირების გამოცდა (USMLE) და შეუძლია სხვადასხვა სამედიცინო შემთხვევების გადაჭრა, რაც მიუთითებს მის მრავალფეროვნებაზე და პოტენციალზე სამომავლო კლინიკური გამოყენების თვალსაზრისით. რეალურად, Google-მა და DeepMind-მა შეიმუშავეს Med-PaLM ენობრივი მოდელი (A large language model designed for medical purposes - სამედიცინო მიზნებისთვის განკუთვნილი ენობრივი მოდელი), რომელიც შექმნილია რამდენიმე სამედიცინო Q&A (Question and answer - კითხვა და პასუხი) მონაცემთა ბაზაზე დაყრდნობით, რათა შესთავაზოს "უსაფრთხო და სასარგებლო პასუხები" ჯანდაცვის მუშაკებს და პაციენტებს (James, 2023). ქვემოთ მოცემული ნახატის საფუძველზე შეგვიძლია ვნახოთ, თუ რა პრინციპით მუშაობს Med-PaLM-ი (ნახატი 3):

ნახატი 3: Med-PaLM M-ის შესაძლებლობები და მისი მუშაობის პრინციპი.



წყარო: <https://arxiv.org/abs/2307.14334>

ნახატზე დაყრდნობით ვხვდებით, რომ Med-PaLM-ი იძლევა პასუხებს ჯანდაცვის პროფესიონალების ან პაციენტების მიერ დასმულ სამედიცინო კითხვებზე. ის იყენებს დიდ სამედიცინო ბაზას ზუსტი პასუხების შესაქმნელად; ასევე, აანალიზებს ვიზუალურ მონაცემებს; ახდენს გამოსახულებების კლასიფიცირებას სხვადასხვა კატეგორიებად. (მაგალითად, სასარგებლოა ისეთი შემთხვევების იდენტიფიცირებისთვის, როგორც კანის დაზიანებები ან პათოლოგიები მამოგრაფიაში); აჯამებს დეტალურ რადიოლოგიურ ანგარიშებს; ამოიცნობს გენურ მონაცემებში ვარიაციებს (მაგალითად, გამოიყენება გენეტიკური მიდრეკილებების დასადგენად); აუმჯობესებს დიაგნოსტიკის სიზუსტეს და სიჩქარეს. საბოლოოდ, შეიძლება ითქვას, რომ Med-PaLM-ი იყენებს მოწინავე ხელოვნური ინტელექტის ტექნიკას სამედიცინო ამოცანების ფართო სპექტრის მხარდასაჭერად, სამედიცინო კითხვებზე პასუხის გაცემიდან დაწყებული, რთული გამოსახულების და გენეტიკური მონაცემების ანალიზით დამთავრებული. მისმა ინტეგრაციამ კლინიკურ სამუშაო პროცესებში შეიძლება გაზარდოს სამედიცინო დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გეგმების ეფექტიანობა და სიზუსტე, რაც საბოლოოდ გააუმჯობესებს პაციენტზე ზრუნვას (Driess, Schaekermann, Amin, Chang, & Carroll, 2023).

ენობრივი მოდელები, როგორც ChatGPT და Med-PaLM, ქმნიან პასუხებს დიალოგური ფორმით წერილობით კითხვებზე, რომლებიც მომხმარებლებს შეჰყავთ ჩატის ფანჯარაში. მომავალში, ექიმები შეიძლება იყენებდნენ, რომ გამოიყენონ სამედიცინო ხარისხის ხელოვნური ინტელექტის ენობრივი მოდელები კონსულტაციებისთვის, მიიღონ ღირებული შეხედულებები და დახმარება პაციენტის მკურნალობის სხვადასხვა ასპექტის შესახებ. მაგალითად, ექიმებს შეუძლიათ, რომ სამედიცინო ხარისხის ხელოვნური ინტელექტი გამოიყენონ შემდეგი ამოცანების გადაჭრისთვის (James, 2023):

- პაციენტის სიმპტომების მიხედვით დიაგნოზის დასმა;
- პაციენტის ასაკის, ცხოვრების წესის და სხვა დემოგრაფიული მახასიათებლების გათვალისწინებით პერსონალური მკურნალობის გეგმის შედგენა;

- პაციენტის გამოკვლევებზე დაყრდნობით სხვადასხვა რისკ-ფაქტორების ამოცნობა;
- პაციენტის სამედიცინო ისტორიის შედგენა და დანიშნულების გაცემა;

ზემოხსენებული ინფორმაციიდან გამომდინარე ვხვდებით, რომ ალგორითმებისა, თუ ლინგვისტური მოდელების როლი სულ უფრო იზრდება სამედიცინო სფეროში და, მართლაც, აქტუალურ შესასწავლ საკითხს წარმოადგენს. სწორედ ამიტომ, მოცემული კვლევის მიზანია მედიცინის სფეროში ხელოვნური ინტელექტის დანერგვასთან დაკავშირებული საკითხების მიმოხილვა, ასევე მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების განხილვა და თემასთან დაკავშირებული კვლევებისა და ექსპერიმენტების ანალიზი.

მეთოდოლოგია

აღნიშნული ნაშრომის ფარგლებში გამოყენებული იქნა მეორეულ მონაცემთა ანალიზი. ხოლო გამოყენებული წყაროები კი მოძიებულია შემდეგი მონაცემთა ბაზების მეშვეობით: PubMed, Harvard Medical School, , Google Scholar, Science Direct, Journal of Health and Social Sciences. ნაშრომში გამოყენებული წყაროების მოძიება განხორციელდა შემდეგი საკვანძო სიტყვების საფუძველზე: „ხელოვნური ინტელექტი“; „ალგორითმი“; „აპლიკაციები“; „Med-PaLM“; „ ChatGPT“; „მიღწევები სამედიცინო სფეროში“; „კანის კიბო“; „მელანომა“; „სამედიცინო ალგორითმები“; „სამედიცინო ტექნოლოგიები“. სტატიების სელექცია დაეფუძნა მათ შესაბამისობას საკვლევ საკითხთან და მოცემული ნაშრომის მიზანთან. ამავდროულად, გამოირიცხა რამდენიმე სტატია, რამდენადაც მათზე ხელმისაწვდომობა იყო შეზღუდული/არასრული სახით იყო წარმოდგენილი.

ლიტერატურის მიმოხილვა

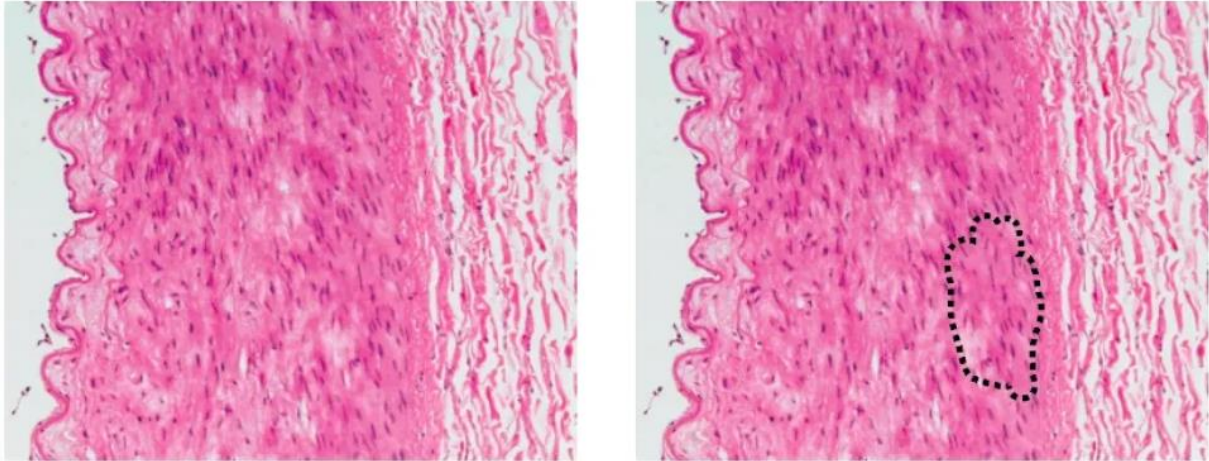
ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება სხვადასხვა დიაგნოზის დასმის პროცესში

2018 წელს სეულის ეროვნული საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალისა და მედიცინის კოლეჯის მკვლევარებმა შეიმუშავეს ხელოვნური ინტელექტის ალგორითმი სახელწოდებით DLAD (Deep Learning based Automatic Detection - სიღრმისეულ შესწავლაზე დაფუძნებული ავტომატური ამოცნობა), რათა გააანალიზონ გულმკერდის რენტგენოგრაფია და აღმოაჩინონ სხვადასხვა პათოლოგიები. ალგორითმის შედეგები შეადარეს რამდენიმე ექიმის მიერ ინდივიდუალურად შედგენილ დიაგნოზს. საბოლოოდ, დადგინდა, რომ ალგორითმმა აჯობა 18-დან 17 ექიმს (Zohuri & Behgounia 2021).

ნახატი 4-ის მიხედვით, მარცხენა პანელი აჩვენებს გამოსახულებას, რომელიც მიაწოდეს ალგორითმს. მარჯვენა პანელი აჩვენებს პოტენციურად სახიფათო უჯრედების რეგიონს, რომელიც ალგორითმმა გამოავლინა (Zohuri&Behgounia 2021).

Google AI Healthcare-ის მკვლევარებმა, ასევე 2018 წელს, შექმნეს ალგორითმი - LYNA (ლიმფური კვანძების ასისტენტი), რომელიც ანალიზებდა ჰისტოლოგიურ პრეპარატებს, რათა გამოევლინა მეტასტაზები სარძევე ჯირკვლის ლიმფური კვანძების ბიოფსიაზე დაყრდნობით. ეს არ არის ხელოვნური ინტელექტის პირველი გამოყენება ჰისტოლოგიური ანალიზის პროცესში, მაგრამ საინტერესოა, რომ ამ ალგორითმს შეეძლო ისეთი საექვო რეგიონების იდენტიფიცირება ბიოფსიის ნიმუშებში, რომლებიც ადამიანის თვალისთვის განურჩეველია. LYNA ორი მონაცემთა ბაზაზე გამოიცადა და დადგინდა, რომ ის ახდენდა ნიმუშების 99%-იანი სიზუსტით ანალიზს. უფრო მეტიც, როდესაც ექიმებს მიეცათ მისი გამოყენების შესაძლებლობა მათი ტიპური ანალიზის პარალელურად, აღმოჩნდა, რომ LYNA-მ ორჯერ შეამცირა საშუალო ჰისტოლოგიური პრეპარატის განხილვის დრო (Esteva, Kuprel, Novoa, et al, 2018).

ნახატი 4: DLAD ალგორითმის მუშაობის პრინციპი.



წყარო: Zohuri B, Behgounia F. (2021) “Artificial Intelligence and High Performance Data-Driven Medicine”, *Aditum Journal of Clinical and Biomedical Research*, 1(1); DOI: <http://doi.org/04.2021/1.1004>

ამავდროულად, დერმატოლოგებმა კლინიკური გამოსახულების მონაცემები გამოიყენეს იმისთვის, რომ შეექმნათ კლასიფიკაციის მოდელები, რომლებიც ექიმებს დაეხმარება კანის კიბოს, კანის დაზიანებებისა და ფსორიაზის დიაგნოსტიკაში. კერძოდ, სტენფორდის უნივერსიტეტის მეცნიერებმა გამოიყენეს კონვოლუციური ნეირონული ქსელების (DCNN) 129 450 მოდელი, რათა კლასიფიკაცია განხორციელებინათ ორ კატეგორიად (ეს მოდელი ასევე ცნობილია როგორც ბინარული კლასიფიკაციის პრობლემა მანქანურ სწავლებაში). მათ დაადგინეს, რომ DCNN-ს შედეგები შეესაბამებოდა 21 სერტიფიცირებული დერმატოლოგის მიერ დასმულ დიაგნოზს. კვლევა აჩვენებს, რომ ხელოვნური ინტელექტის სისტემებს შეუძლიათ კანის კიბოს კლასიფიკაცია დერმატოლოგების მსგავსი კომპეტენციით. DCNN მოდელს, ამავდროულად, შეუძლია, განახორციელოს სკრინინგ პროგრამების ფართო დაფარვა, რაც ამცირებს ამ სერვისზე წვდომის ბარიერებს; მას, ასევე, შეუძლია, დაიბეტური რეტინოპათიის ავტომატიზებული შეფასება და ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა (Gulshan et al, 2016).

ხელოვნური ინტელექტი და Covid-19

ხელოვნური ინტელექტის ერთ-ერთი ყველაზე უახლესი გამოყენება გლობალურ ჯანდაცვაში არის ახალი კორონავირუსის (COVID-19) პანდემიის წინააღმდეგ საბრძოლველად შექმნილი დაავადების გავრცელების ცხელი წერტილების პროგნოზირება კონტაქტების ქსელის გამოვლენის მეშვეობით (Basu, Sinha, Ong, Basu, 2020).

კონტაქტის ქსელის გამოვლენა არის დაავადების კონტროლის ღონისძიება, რომელსაც იყენებენ სახელმწიფოები დაავადების გავრცელების შეზღუდვის მიზნით. კონტაქტის გამოვლენა მუშაობს იმ პრინციპით, რომ პროგრამა ახორციელებს იმ ადამიანებთან დაკავშირებას (ამავდროულად მათ ინფორმირებას), რომლებსაც ჰქონდათ კონტაქტი covid-19-ით ინფიცირებულ პირებთან და მითუთითებს მათ კარანტინში ყოფნის აუცილებლობის შესახებ, რათა თავიდან აირიდონ ვირუსის შემდგომი გავრცელება. Apple Newsroom-ის მიხედვით, ტექნოლოგიური გიგანტები, როგორებიცაა Google და Apple, გაერთიანდნენ, რათა შექმნან კონტაქტების ქსელის გაკონტროლების/გამოვლენის პლატფორმა, რომელიც გამოიყენებს ხელოვნური ინტელექტის სისტემებს სმარტფონების აპლიკაციის მეშვეობით. პლატფორმა მასში დარეგისტრირებულ მომხმარებლებს საშუალებას მისცემს, რომ ატვირთონ თავიანთი ლაბორატორიული კვლევის შედეგები. მდებარეობის განსაზღვრის მეშვეობით კი პლატფორმას საშუალება მიეცემა დაუკავშირდეს იმ პირებს, რომლებიც შესაძლოა ინფიცირებული პირის სიახლოვეში იყვნენ (Basu, Sinha, Ong, Basu, 2020).

კანადური კომპანია BlueDot ქმნის დაავადების აფეთქების რისკის პროგრამას, რომელიც ამცირებს ინფექციური დაავადებების გავრცელებას. BlueDot-მა გამოაქვეყნა პირველი სამეცნიერო სტატია COVID-19-ზე, რომელიც ზუსტად პროგნოზირებდა ვირუსის გლობალურ გავრცელებას. კომპანია იყენებს ისეთ ტექნიკებს, როგორებიცაა ბუნებრივი ენის დამუშავება (NLP), მანქანური სწავლება (ML), ასევე ინფექციური დაავადებების ავტომატიზებული მონიტორინგი. პროგრამა ყოველდღიურად ანალიზებს 65-ზე მეტი ქვეყნის მონაცემებს, მათ შორის ინფორმაციას მოგზაურობის მარშრუტის, რეგიონის კლიმატის, ტემპერატურის და ადგილობრივ ცხოველების შესახებ, რათა მოახდინოს მომავალი აფეთქებების პროგნოზირება (Bogoch, Watts, Thomas-Bachli, Huber, Kraemer, Khan, 2020).

ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება კანის კიბოს პროგნოზირებისთვის

ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება ყველაზე გავრცელებულია კანის კიბოს პროგნოზირების შემთხვევაში, როგორცაა მაგალითად მელანომა. გარდა ამისა, ხელოვნური ინტელექტი გამოიყენება RNA მონაცემთა ბაზაზე დაყრდნობით კლასიფიკატორების შესაქმნელად, რომლებიც ასევე პროგნოზირებენ კანის კიბოსა და სხვადასხვა დაავადებებს. ამ მეთოდების გამოყენებით, შესაძლებელი გახდება კანის კიბოს სკრინინგი პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკოსების და დერმატოლოგების მიერ (Wei, Tada, Torres, 2024).

სმარტფონების გამოყენების ზრდის ფონზე, პაციენტებს შეუძლიათ კანის კიბოს პირდაპირი სკრინინგი და ლაქების მონიტორინგი ხელოვნური ინტელექტის აპლიკაციების მეშვეობით თავადაც განახორციელონ. ხელოვნური ინტელექტის მოდელის გამოყენებით შესაძლებელია, რომ პაციენტებმა თავად შეაფასონ რისკები/აწარმოონ თვითმონიტორინგი. ადამიანი სმარტფონში ტვირთავს ფოტოს (რომელზეც აღბეჭდილია, მაგალითად კანის ლაქა), შემდგომში კი აპლიკაცია ახდენს მის ანალიზს (Wei, Tada, Torres, 2024).

მიუხედავად ხელოვნური ინტელექტის მოდელის პროგრესისა, მაგალითად, აშშ-ში არ არის ნებადართული პაციენტების მიერ მსგავსი აპლიკაციების თვითნებურად გამოყენება. აღსანიშნავია, რომ მომხმარებლები შეიძლება არ იყვნენ საკმარისად დაცულნი სმარტფონების დიაგნოსტიკური აპლიკაციების გამოყენების რისკებისგან. მაგალითად, Conformit Europeenne (CE)-მ გამოავლინა ორი ხარვეზიანი აპლიკაცია (SkinVision და TeleSkin's skinScan აპლიკაცია). SkinVision-ის აპლიკაციაზე დაკვირვებამ გამოავლინა მელანომის კლასიფიკაციის მიმართ დაბალი სენსიტიურობა (Wei, Tada, Torres, 2024).

ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება მედიკამენტების შექმნის და სამედიცინო მენეჯმენტის მიმართულებით

ხელოვნური ინტელექტის სისტემების გამოყენების მხრივ, როგორც მედიკამენტების შექმნის, ისე პაციენტზე მორგებული მკურნალობის მიწოდების კუთხით, მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა. კომპანიები, მაგალითად Verge Genomics, კონცენტრირებულნი არიან მანქანური სწავლების ალგორითმების გამოყენებაზე, რათა გააანალიზონ ადამიანური გენომური მონაცემები და აღმოაჩინონ წამლები ისეთი დაავადებების სამკურნაოდ, როგორებიცაა პარკინსონი, ალცჰაიმერი და ამიოტროფიული გვერდითი სკლეროზი. ამ დაავადებების წინააღმდეგ საბრძოლველად ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება ერთ-ერთი ეფექტიანი და ეკონომიკური თვალსაზრისით გამართლებული გზაა (Dilsizian & Siegel, 2014).

ხელოვნური ინტელექტის სისტემები ასევე გამოიყენება მედიცინაში პაციენტების ზრუნვის გასაუმჯობესებლად. კომპანიებმა, როგორცაა BotMD, შექმნეს სისტემები, რომლებიც 24 საათის განმავლობაში მონაწილეობენ კლინიკური მენეჯმენტის საკითხებში (Basu et al., 2020):

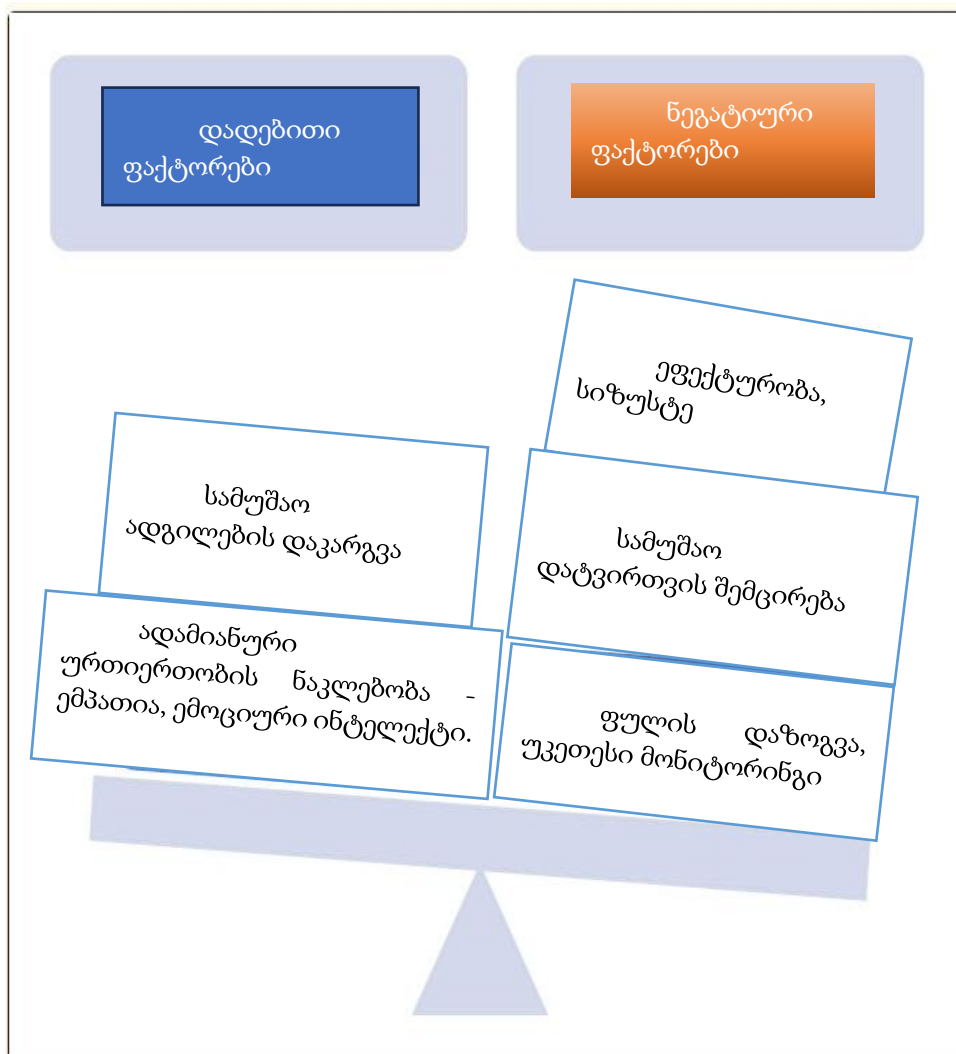
- ადგენენ მორიგე ექიმების განრიგს და გეგმავენ პაციენტების ვიზიტს;
- პასუხობენ მედიკამენტებთან დაკავშირებულ შეკითხვებს, როგორცაა კონკრეტულ მედიკამენტზე ხელმისაწვდომობა და საჭიროების შემთხვევაში ალტერნატიული პრეპარატით ჩანაცვლება (მაგალითად, უფრო ეკონომიურით);

- ექიმებს ეხმარებიან საავადმყოფოს პროტოკოლის დაცვაში, ასევე ხელმისაწვდომი კლინიკური ინსტრუმენტების და წამლების ძებნაში მობილური აპლიკაციის მეშვეობით, რითაც აღმოჩენილი საავადმყოფოში მუშაობის პროცესს.

მედიცინაში ხელოვნური ინტელექტის გამოყენების დადებითი და უარყოფითი ფაქტორები

ხელოვნური ინტელექტის გამოყენების სიხშირე სულ უფრო იზრდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორში და, სამომავლოდ, მნიშვნელოვანი გავლენა ექნება პირველადი ჯანდაცვის ყველა ასპექტზე. ხელოვნური ინტელექტის მხარდაჭერილი კომპიუტერული აპლიკაციები დაეხმარება პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს, რათა უკეთ მოემსახურონ პაციენტებს, რომლებიც საჭიროებენ განსაკუთრებულ ყურადღებას. პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს შეუძლიათ გამოიყენონ ხელოვნური ინტელექტის ჩანაწერების გასაკეთებლად. ეს აპლიკაციები შეაგროვებენ და გაანალიზებენ პაციენტის მონაცემებს და მიაწვდიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ინფორმაციას პაციენტების სამედიცინო საჭიროებების შესახებ (Sinsky et al, 2016).

ნახატი 5: მედიცინაში ხელოვნური ინტელექტის დანერგვის დადებითი და ნეგატიური მხარეები.



2016 წელს ჩატარებულმა კვლევამ დაადგინა, რომ ექიმები დღის 27%-ს ხარჯავდნენ პაციენტებთან პირდაპირ კლინიკურ კონტაქტში და 49.2%-ს საავადმყოფოს ჩანაწერებზე მუშაობაში. პაციენტებთან საკონსულტაციო ოთახში ყოფნისას, ექიმები 52.9%-ს

ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერის შექმნაზე ხარჯავენ. უნდა აღინიშნოს, რომ ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება მედიცინაში არა მხოლოდ ამცირებს მექანიკურ შრომას და ზოგავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის დროს, არამედ ზრდის პროდუქტიულობას, სიზუსტეს და ეფექტიანობას (Sinsky, Colligan, Prgomet, Reynolds, Goeders, et al, 2016).

ხელოვნური ინტელექტის თანამედროვე ეპოქაში ყავს როგორც მომხრეები, ისე მოწინააღმდეგეები. ტექნოლოგიების მზარდი გამოყენება ამცირებს სამუშაო დროსა და ენერჯის რაოდენობას. ამადროულად, ხელოვნურ ინტელექტის სისწრაფემ და ეკონომიკურმა ეფექტიანობამ, შეიძლება გამოიწვიოს სამუშაო ადგილების შემცირება სამედიცინო სფეროში, რაც ბევრი ჯანდაცვის მუშაკისთვის შემაშფოთებელი პერსპექტივაა. მაგრამ, ანალიტიკურად და ლოგიკურად მანქანებს შეიძლება შეეძლოთ ადამიანის ქცევის თარგმნა, მაგრამ ზოგიერთი ადამიანური თვისება, როგორცაა კრიტიკული აზროვნება, კომუნიკაციის უნარები, ემოციური ინტელექტი და შემოქმედებითობა, ვერ მიიღება პროგრამულ დონეზე (Amisha, Pathania, & Rathaur, 2019).

ხელოვნური ინტელექტი სამომავლოდ მედიცინის განუყოფელი ნაწილი გახდება. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები დაესწრონ ხელოვნურ ინტელექტთან დაკავშირებულ კონფერენციებსა, თუ სემინარებს, რათა შეძლონ თანამედროვე ტექნოლოგიების ეფექტიანად გამოყენება და დანერგვა ყოველდღიურ სამუშაო გარემოში (Amisha, Pathania, & Rathaur, 2019).

დასკვნა

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ მედიცინის სფეროში ხელოვნური ინტელექტის გამოყენებას აქვს მრავალი დადებითი ფაქტორი. გარდა იმისა, რომ მისი გამოყენება ამცირებს ხარჯებს და ნაკლებ ადამიანურ შრომას მოითხოვს, სამომავლოდ მნიშვნელოვნად გაზრდის პირველადი ჯანდაცვის საფეხურის ეფექტიანობას, ისევე როგორც მთელი რიგი დაავადებების დროული დიაგნოსტიკებისა და მათი განკურნების შესაძლებლობას. ამავდროულად, ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება ბევრად უფრო სისტემატიზებულს ხდის ჯანდაცვის მენეჯმენტის მიმართულებას და ამ კუთხითაც ზრდის მის ეფექტიანობას. გარდა ამისა, ხელოვნური ინტელექტი შეამცირებს დიაგნოზის დასმის პროცესში შეცდომის დაშვების ალბათობას.

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ხელოვნური ინტელექტის გამოყენებას თან ახლავს ნეგატიური შედეგებიც. თუნდაც ის, რომ შესაძლოა ამან საფრთხე შეუქმნას უამრავი სამუშაო ადგილის არსებობას. ამავდროულად, ხელოვნურ ინტელექტს არ შეუძლია პაციენტის მიმართ ისეთი ტიპის ემპათიის გამოვლენა, როგორც ამას ექიმი ახერხებს. რამდენადაც, ხელოვნური ინტელექტის აპლიკაციების გამოყენების პროცესში კვლავაც ფიქსირდება გარკვეული ხარვეზები, ის ჯერ არ არის სრული მასშტაბით დანერგილი და კიდევ საჭიროებს დამატებითი კვლევების წარმოებას. შეიძლება ითქვას, რომ ამ ეტაპზე ხელოვნური ინტელექტი არის ექიმებისთვის მნიშვნელოვანი და კონკურენტუნარიანი დამხმარე საშუალება, თუმცა, ჯერჯერობით, მას არ შეუძლია სამედიცინო სფეროს მუშაკების შრომის სრულად ჩანაცვლება.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Amisha, Pathania, M., & Rathaur, V. K. (2019, July). Overview of artificial intelligence in medicine. *J Family Med Prim Care*, 8(7), 2328-2331. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_440_19. PMID: 31463251; PMCID: PMC6691444.
- Basu K, Sinha R, Ong A, Basu T. Artificial Intelligence: How is It Changing Medical Sciences and Its Future? *Indian J Dermatol*. 2020 Sep-Oct;65(5):365-370. doi: 10.4103/ijd.IJD_421_20. PMID: 33165420; PMCID: PMC7640807.
- Bogoch L, Watts A, Thomas-Bachli A, Huber C, Kraemer MUG, Khan K. Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: Potential for international spread via commercial air travel. *J Travel Med*. 2020;27:2020:taaa008. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

- Clark L, editor. Google's Artificial Brain Learns to Find Cat Videos. Wired UK Science. 2012 Available from: <http://www.wired.com/2012/06/google-xneural-network>. [Google Scholar]
- Dilsizian S, Siegel E. Artificial intelligence in medicine and cardiac imaging: Harnessing big data and advanced computing to provide personalized medical diagnosis and treatment. *Curr Cardiol Rep*. 2014;16:2014. [PubMed] [Google Scholar]
- Driess, D., Schaekermann, M., Amin, M., Chang, P.-C., & Carroll, A. (2023). *Towards Generalist Biomedical AI*. New York: Cornell University.
- Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, et al. (2018) Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks? *Nature*. 2017;542:115–8. doi: 10.1038/nature21056. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Greenfield, D. (2019). *Artificial Intelligence in Medicine: Applications, implications, and limitations*. Boston: Science in the News - Harvard Graduate School of the Arts and Sciences.
- Gulshan V, Peng L, Coram M, Stumpe MC, Wu D, Narayanaswamy A, et al (2016). Development and validation of a deep learning algorithm for detection of diabetic retinopathy in retinal fundus photographs. *JAMA*. 2016;316:2402–10. [PubMed] [Google Scholar]
- Hamlet, P & Tremblay, J. Artificial intelligence in medicine. *Metabolism*. 2017;69S:S36–40. [PubMed] [Google Scholar]
- James, T. A. (2023). *How Artificial Intelligence is Disrupting Medicine and What it Means for Physicians*. Boston: Harvard Medical School.
- Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med*. 2016;165:753–60. [PubMed] [Google Scholar]
- Wei ML, Tada M, So A, Torres R. Artificial intelligence and skin cancer. *Front Med (Lausanne)*. 2024 Mar 19;11:1331895. doi: 10.3389/fmed.2024.1331895. PMID: 38566925; PMCID: PMC10985205.
- Wilson, S. (n.d.). *Artificial Intelligence in Medicine: Applications, implications, and limitations*. Harvard Graduate School of the Arts and Sciences. Science in the News, Boston.
- Zohuri B, Behgounia F. (2021) “Artificial Intelligence and High Performance Data-Driven Medicine”, *Aditum Journal of Clinical and Biomedical Research*, 1(1); DOI: <http://doi.org/04.2021/1.1004>.



დღენაკლობა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოწვევა

Prematurity as a Public Health Challenge

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.03>

მაკა დახუნდარიძე^{1a}

Maka Dakhundaridze^{1a}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

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

აბსტრაქტი

დღენაკლი ახალშობილები ცოცხალშობილთა დაახლოებით 10.6%-ს შეადგენს მთელს მსოფლიოში და ეს სტატისტიკა მზარდია. თუმცა, ასევე იზრდება ექსტრემალურად დღენაკლი ახალშობილების გადარჩენის მაჩვენებელიც. დღენაკლობის ტვირთი დაკავშირებულია დღენაკლების 5 წლამდე სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლებთან, რასაც ეკონომიკური ზეგავლენა აქვს საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე. დღენაკლობის მოკლევადიანი და გრძელვადიანი გამოსავლები კავშირშია გესტაციურ ასაკთან. დღენაკლ ახალშობილებს აქვთ გადარჩენის დაბალი მაჩვენებელი დროულ ახალშობილებთან შედარებით. გადარჩენის შემთხვევაში კი ხშირია ფსიქო-სომატური, სენსორული, კოგნიტური და ფიზიკური ჯანმრთელობის დარღვევა. ნაადრევი მშობიარობით დაბადებულ ინდივიდებს ხშირად მთელი ცხოვრება სჭირდებათ მხარდაჭერა, რაც გამოწვევებს უქმნის ჯანდაცვის სისტემებსა და საზოგადოებას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეფექტურობა შესაძლოა გადამწყვეტი იყოს ნაადრევი მშობიარობის პრევენციაში, თუ ის სწორ მონაცემებს მიაწოდებს ჯანდაცვის პოლიტიკის მენეჯერებსა და კანონმდებლებს, რითაც მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების შემცირება მოხდება. ჯანმრთელობის სოციალურ ფაქტორებს შეიძლება ჰქონდეს ძალიან მაღალი გავლენა ნაადრევი მშობიარობის გამოსავლებზე.

საკვანძო სიტყვები: დღენაკლობა, ახალშობილები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ნაადრევი მშობიარობა, სიკვდილიანობა, ავადობა

ციტირება: მაკა დახუნდარიძე. დღენაკლობა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოწვევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1).

Abstract

Premature birth affects more than 10,6% of live births globally, and this number is rising. The chances of survival for extremely premature babies are also improving. Prematurity poses a significant burden on public health, as it increases the risk of death and disability for children under 5 years old. The outcomes of prematurity depend on how early the baby is born. Premature babies are more likely to die or suffer from various health problems than full-term babies. These problems can affect their mental, emotional, sensory, and physical development. Many preterm babies need lifelong care, which challenges the health systems and society. Public health can play a key role in preventing preterm birth by providing reliable data to inform health policies and legislation, and by addressing the modifiable

^a mdakhundaridze@evex.ge

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-7944-0637>

risk factors. The social factors that influence health can also have a strong impact on the outcomes of preterm birth.

Keywords: Prematurity, newborns, public health, premature birth, mortality, morbidity

Citation: Maka Dakhundaridze. Prematurity as a Public Health Challenge. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1).

შესავალი

ნაადრევი მშობიარობა გესტაციური ასაკის 37 კვირამდე ან 259 დღე-მდე (Federation of Gynecology and Obstetrics, 1977). დღენაკლობა არის დაახლოებით ერთი მილიონი ახალშობილის სიკვდილის მთავარი მიზეზი ყოველწლიურად გლობალურად და მნიშვნელოვნად განაპირობებს ავადობას ზრდასრულ ასაკში (Liu et al., 2012; Laws, Grayson, & Sullivan, 2006).

ნაადრევი მშობიარობა გესტაციური ასაკის მიხედვით იყოფა:

- უკიდურესად ნაადრევი (< 28 კვირა),
- ძალიან ნაადრევი (28-დან < 32 კვირამდე),
- ზომიერიდან - გვიან ნაადრევად (32-დან < 37 კვირამდე) (Blencowe et al., 2012).

დღენაკლობის რისკი მნიშვნელოვანია როგორც მაღალი, ასევე დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. თუმცა, დღენაკლი ახალშობილების გადარჩენის მაჩვენებელი მკვეთრად განსხვავდება და დამოკიდებულია მათი დაბადების ადგილზე. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში 24-ე კვირაში დაბადებული დღენაკლების ნახევარი გადარჩება, ხოლო დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში 32-ე კვირაში დაბადებულ ახალშობილთა ნახევარი მაინც იღუპება, ახალშობილისთვის აუცილებელი მოვლის ნაკლებობის გამო (March of Dimes, 2012). განვითარებად ქვეყნებში, ნაადრევი მშობიარობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი ჩვეულებრივ ასოცირდება ინფექციებთან (მალარია, აივ) და არასწორ კვებასთან (Steer, 2005; ვერულავა და გაგუა, 2023).

მდიდარ ქვეყნებში, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება, ტექნოლოგიური განვითარება, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებული სერვისები ხელს უწყობს პერინატალური მოვლის მაღალ ხარისხს, ექსტრემალური დღენაკლული ჩვილების გადარჩენის მაჩვენებლის გაზრდას და სიცოცხლისუნარიანობის ზღვრის (მინიმალური გესტაციური ასაკი, რომელზეც ფეტუსს შეეძლება საშვილოსნოს გარეთ არსებობა) შემცირებას (Ministério da Saúde, Portugal, 2012; OECD Publishing, 2013; Wilson-Costello et al., 2005; Project EN, 2015).

გადარჩენილი დღენაკლი ახალშობილები ქმნიან პოპულაციას, რომელიც ავადობს წლების განმავლობაში სხვადასხვა თანმხლები დაავადებებით, რომელთა სიმძიმე და სიხშირე უკუპროპორციულია გესტაციური ასაკის (Cristofalo & Kim, 2011; Stoll et al., 2010; Costeloe et al., 2000; Bonamy et al., 2019; Soleimani, Zaheri, & Abdi, 2014; Hack et al., 2007; Pierrat et al., 2017).

დღენაკლობასთან დაკავშირებული ზოგიერთი კლასიკური პათოლოგია მნიშვნელოვნად შემცირდა ბოლო ათწლეულების განმავლობაში: ჰიალინური მემბრანის დაავადება, ბრონქოპულმონალური დისპლაზია, მანევროზებელი ენტეროკოლიტი და დღენაკლების რეტინოპათია. თუმცა, არ შემცირებულა ნევროლოგიური ავადობა, ინტრაპერიენტრიკულური სისხლდენა (Blencowe et al., 2012; Stoll et al., 2010; Bonamy et al., 2019; Glass et al., 2015; Raju et al., 2017).

ახალშობილის დაბალი წონა განისაზღვრება, როგორც 2500 გ-ზე ნაკლები წონა, ძალიან დაბალ წონად განისაზღვრება 1500 გ-ზე ნაკლები წონა, დაბადების უკიდურესად დაბალი წონა 1000 გ-ზე ნაკლები წონა (Federation of Gynecology and Obstetrics, 1977).

ახალშობილის დაბალი წონა შეიძლება განვითარდეს ნაყოფის ზრდის შეზღუდვის გამო ან ნაადრევი მშობიარობის შედეგად. ასეთ ჩვილებს აქვთ ავადობის მაღალი რისკი (OECD, 2017); თუმცა, გესტაციური ასაკი არის სიკვდილიანობისა და ავადობის უფრო მნიშვნელოვანი

განმსაზღვრელი, ვიდრე დაბადების წონა (Veen et al., 1991; Larroque et al., 2008; Verloove-Vanhorick et al., 1986).

ნაადრევად დაბადებულ ბავშვებს, განსაკუთრებით ექსტრემალურად დღენაკლებს აქვთ ნეიროგანვითარების პათოლოგიების განვითარების გაზრდილი რისკი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში თავიანთ თანატოლ დროულ ახალშობილებთან შედარებით. შესაძლოა განვითარდეს მოტორული, შემეცნებითი, სენსორული, ფიზიკური, ქცევითი დარღვევები (Platt, 2014; Crump et al., 2011; Saigal & Doyle, 2008). მათ სჭირდებათ დიფერენცირებული კლინიკური დახმარება, ადრეული ინტერვენციები, სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამები, ხელშეწყობა სოციალური ინტეგრაციისთვის. ეს ყველაფერი ტვირთია ოჯახებისთვის, ჯანდაცვის სისტემებისთვის და საზოგადოებისთვის (OECD Publishing, 2013; Farooqi et al., 2011; Hodek et al., 2011; Liu et al., 2015; Mwaniki et al., 2012; Ho, 2018).

ნაადრევი მშობიარობა და დღენაკლობა არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემა მსოფლიო მასშტაბით, მისი მაღალი პრევალენტობის გამო, ასევე გადარჩენის მზარდი მაჩვენებლის, მოკლე და გრძელვადიანი ავადობის, მაღალი ეკონომიკური ტვირთისა და იმის გამოც, რომ ახალშობილთა და 5 წლამდეელთა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი ძირითადი განმსაზღვრელია (სიბოშვილი & ყაზახაშვილი, 2023). სწორედ ამ მიზეზების გამო დღენაკლობა და მასთან დაკავშირებული გართულებები ბევრი მაღალშემოსავლიანი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ფოკუსშია (Soleimani et al., 2014; Raju et al., 2017; Liu et al., 2015; Barfield, 2018; Vogel et al., 2016; Blencowe et al., 2013; Nogueira et al., 2013).

„ნაადრევად დაბადებული ადამიანების“ გაფართოებული კონცეფცია შეიძლება დაეხმაროს ჯანდაცვის პროვაიდერებს გაიგონ მათი გრძელვადიანი საჭიროებები, უზრუნველყონ ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის რესურსებზე მშობიარობის შემდგომ ჩვილის განვითარების მხარდასაჭერად და მისი კანმრთელობის გასაუმჯობესებლად გრძელვადიან პერსპექტივაში (Crump, 2014).

კვლევის მიზანია დღენაკლობის, როგორც გლობალური ჯანდაცვის ერთერთ მნიშვნელოვანი გამოწვევის, მის შედეგებზე და გადაჭრის სტრატეგიებზე მსჯელობა.

დღენაკლობის პრევალენტობა

გლობალური მასშტაბით ნაადრევი მშობიარობისა და დღენაკლობის მაჩვენებელი იზრდება, 9.8%-დან 2000 წელს 10.6%-მდე 2014 წელს (Chawanpaiboon et al., 2019). რეგიონული დღენაკლობის მაჩვენებლები მერყეობს 13.4%-დან (ჩრდილოეთ აფრიკაში) 8.7%-მდე (ევროპაში). მიუხედავად იმისა, რომ ნაადრევი მშობიარობის 81% აზიასა და სუბ-საჰარის აფრიკაზე მოდის, ზოგიერთი მაღალი შემოსავლისა და მაღალი საშუალო შემოსავლის ქვეყნებიც ასევე იზრდება მისი პრევალენტობა (Chawanpaiboon et al., 2019; Euro-Peristat Project, 2018).

მონაცემების მიხედვით, რომელიც ხელმისაწვდომია 67 ქვეყნიდან, დღენაკლების სრული რაოდენობიდან ზომიერი ან გვიანი დღენაკლობა (32-37კვირა) ჭარბობს - 84.7%, რასაც მოჰყვება ძალიან ნაადრევი (28-32 კვ.) - 11.3% და უკიდურესად ნაადრევი დღენაკლობა (<28 კვ) - 4.1%) (Blencowe et al., 2012; Chawanpaiboon et al., 2019).

არსებობს გარკვეული გამოწვევები მსოფლიოსთვის დღენაკლობის ეპიდემიოლოგიის ინტერპრეტაციაში, ესაა: გესტაციური ასაკის შეფასების მრავალფეროვანი მეთოდები, დღენაკლობის სხვადასხვა დეფინიციები, სხვადასხვა ქვეყანაში მონაცემთა ხელმისაწვდომობა და ვიტალური სტატისტიკის განსხვავებული ხარისხი (Blencowe et al., 2012; Chawanpaiboon et al., 2019; Beck et al., 2010).

2015 წლის ევროპის პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიშში (Euro-Peristat Project, 2018), აღნიშნულია, რომ ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლები ჰეტეროგენულია, მაგრამ იზრდება ევროპის უმეტეს ქვეყნებში 2010 და 2015 შედარებისას, ის მერყეობს ცოცხალდაბადებულების 6-დან 12%-მდე (Euro-Peristat Project, 2018; Zeitlin et al., 2013; Zeitlin et al., 2010).

ეს ტენდენციები ყოველთვის არ არის გასაგები. თუმცა, განისაზღვრა მთელი რიგი ფაქტორები: გესტაციური ასაკის შეფასების კრიტერიუმები, მრავალჯერადი ორსულობის მაჩვენებელი, დედის ხანდაზმული ასაკი, სხეულის მასის უკიდურესი ინდექსი, სოციალურ-ეკონომიკური საკითხები. დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახები, როგორც წესი, უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან (Blencowe et al., 2012; Barfield, 2018; Blencowe et al., 2013; Euro-Peristat Project, 2018; Zeitlin et al., 2010).

დადგენილია, რომ მსოფლიოში ყველა დაბადებულთა 15-20% არის დაბალი წონის ახალშობილი. OECD-ის თითქმის ყველა ქვეყანაში ასეთი ჩვილების წილი გაიზარდა ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში და შეადგენდა 6.5% 2015 წელს, რაც წარმოადგენს 15%-იან ზრდას 1990 წლიდან 2015 წლამდე, რაც ძირითადად დღენაკლობის პრევალენტობის გაზრდას უკავშირდება (OECD, 2017). პორტუგალიაში ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი შედარებით სტაბილური დარჩა 21-ე საუკუნის მეორე ათწლეულში.: პორტუგალიის ვიტალური სტატისტიკის (INE) მიხედვით, ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი იყო 7.8% 2012 და 2013 წლებში, 2014 წელს 7.7%, 2015 წელს 8% და 7.8% 2016 (OECD, 2017; INE, 2017). 2017 წლის მაჩვენებლების მიხედვით. ჯანმრთელობის შედეგების მიხედვით პორტუგალიაში დაფიქსირდა დაბალი წონის ჩვილების დაბადების 59%-იანი ზრდა 1990 წლიდან 2017-მდე.

დღენაკლობა: რისკ - ფაქტორები

დღენაკლობის მიზეზები შეიძლება იყოს სამედიცინო, ბიოლოგიური, გენეტიკური, ფსიქოსოციალური და გარემოსდაცვითი პირობების კომბინაცია (Behrman & Butler, 2007). თუმცა, დაახლოებით ორმესამედ შემთხვევაში მიზეზი უცნობია, ხოლო მესამედი ხდება სამედიცინო რეკომენდაციით დედისა და ნაყოფის პათოლოგიების ფართო სპექტრის გამო (Goldenberg et al., 2012; Main et al., 1985; Martin & Osterman, 2018).

დედის რისკ-ფაქტორებს შორის ხაზგასმულია: წინა ორსულობების დროს ნაადრევი მშობიარობა, ორსულობა ძალიან ახალგაზრდა ან ხანდაზმულ ასაკში, ორსულობებს შორის მოკლე ინტერვალი, არასათანადო კვება, ცხოვრების წესი (ფიზიკური აქტივობა, სტრესი, დატვირთვა), ინდივიდუალური ქცევა და მანვნი ჩვევები (ალკოჰოლი, თამბაქო, ნარკოტიკები), სოციალური საკითხები (უმუშევრობა, სოციალური მხარდაჭერა, ურთიერთობები, სოციალური სტატუსი), ორსულობის სამედიცინო გართულებები (ქრონიკული ან ორსულობის ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული დარღვევები, თირკმლის პათოლოგიები, აუტოიმუნური დაავადებები, ჰიპერტიროზი, ინფექცია) და უნაყოფობის მკურნალობა (March of Dimes et al., 2012; Steer, 2005; McDonald et al., 2010).

დღენაკლობის მიზეზების უკეთ გაგება დაეხმარება მისი თავიდან ასაცილებლად გადაწყვეტილებების შემუშავებას და პრევენციის გაძლიერებას (Martin & Osterman, 2018).

დღენაკლობის გავლენა სიკვდილიანობაზე

გლობალურად, ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვებში სიკვდილიანობის დაახლოებით 44% მოდის ახალშობილთა პერიოდში, დღენაკლობა ყველაზე გავრცელებული ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზია (OECD, 2017; Lawn, 2009; Manuck et al., 2016). ყოველწლიურად დაახლოებით 1 მილიონი დღენაკლი ბავშვი იღუპება გართულებების გამო (Liu et al., 2012; OECD, 2017).

გესტაციის ყოველი დამატებითი კვირა იწვევს გადარჩენის მაჩვენებლის ზრდას (Liu et al., 2015), (Manuck et al., 2016). გესტაციური ასაკის გადარჩენის ბარიერი განისაზღვრა, როგორც გრძელვადიანი გადარჩენა 50%-ზე მეტ შემთხვევაში (Seri & Evans, 2008). ზოგიერთ მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში ის შეადგენს 23 კვირას (Manuck et al., 2016).

გადარჩენა ძირითადი ავადობის გარეშე ძალიან დაბალი წონის ჩვილებში იზრდება, 53-დან 71%-მდე სხვადასხვა კვლევების მიხედვით (Manuck et al., 2016), (Fanaroff et al., 2007), (Ruegger et al., 2012). დღენაკლი ახალშობილების საავადმყოფოში გადარჩენა მერყეობს 78-დან 93%-მდე - დიაპაზონში. მათ შორის: 24 კვირაზე 35-84%, ხოლო 29 კვირაზე 92-98% (Helenius et

al., 2017). სტოლი და სხვ. (Stoll et al., 2010), მკვლევარები აღწერენ გადარჩენის 6% -იან მაჩვენებელს 22 გესტაციურ კვირაზე და 92% -იან მაჩვენებელს 28-ზე კვირაზე.

კანადაში ჩატარებულ კვლევაში ჯონსტონი და სხვ. (Johnston et al., 2014), სავარაუდო გადარჩენის მსგავსი მაჩვენებლები ცოცხლადდაბადებულთა შორის 2 წლის ასაკში შეადგენს დაახლოებით 56.0% -ს <28 კვირაზე, 92%-ს 28-32 კვირაზე და 98%-ს 33-36 კვირაზე.

ჩეონგი და სხვ. (Cheong et al., 2018), აღწერს 73% გადარჩენის მაჩვენებელს უკიდურესად უმწიფარი ახალშობილების 8 წლამდე ასაკის კოჰორტაში (Allen et al., 2011), (Stoll et al., 2010).

შვედეთის პოპულაციაზე დაფუძნებულ კვლევაში კრამპი და სხვ. (Crump et al., 2011), აღწერილია, რომ 1973 - 1979 წლის პერიოდში დაბადებულ პირებს შორის –დაბადებისას დაბალი გესტაციური ასაკი იყო დაკავშირებული ზრდასრულ ასაკში გაზრდილ სიკვდილიანობასთან.

პორტუგალიაში გადარჩენის ბარიერი 25 კვირაა. პორტუგალიის 2013 წლის ძალიან დაბალწონიან ჩვილთა რეესტრის მიხედვით გადარჩენის საერთო მაჩვენებელი 89% იყო. გესტაციური ინტერვალების მიხედვით, გადარჩენის მაჩვენებელი იყო 95.3% 28 და 31 კვირაზე, 77.6% 25-დან 27 კვირამდე და 42.1 და 16.7% 24 და 23 კვირებზე, შესაბამისად (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2019).

დღენაკულობასთან დაკავშირებული გართულებებით სიკვდილიანობის შემცირება გადამწყვეტი იქნება მსოფლიოში ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

ავადობა

ნაადრევი ჩვილების გადარჩენის მაჩვენებლის გაუმჯობესება იწვევს მოკლე და გრძელვადიან პერსპექტივაში მაღალ რისკებს ნევროლოგიური, კოგნიტური, სენსორული, რესპირატორული, საჭმლის მომნელებელი, თირკმლის, გულ-სისხლძარღვთა, მეტაბოლური, იმუნური და ფსიქოსოციალური დარღვევების განვითარების თვალსაზრისით (Blencowe et al., 2012; Larroque et al., 2008; Crump et al., 2011; Saigal & Doyle, 2008; Crump, 2014; Blencowe et al., 2013; Robaei et al., 2006). ამ კვლევაში უპირატესად ყურადღება გამახვილებულია იმ დაავადებებზე, რომლებიც გრძელვადიან გართულებებს იწვევს ექსტრემალურ უმწიფარ და ძლიერ უმწიფარ ნაადრევ ჩვილებში.

ნეიროგანვითარების დარღვევა ნაჩვენებია ყველა დღენაკლის 5%-ში (Younge et al., 2017). გადარჩენა ნეიროგანვითარების დარღვევის გარეშე 2 წლის განმავლობაში წარმატების საერთო ნიშნად და გამოწვევად იქცა (Hadders-Algra, 2002). ზოგიერთი ეს პათოლოგია არ ვლინდება ჩვილის სტაციონარიდან გამოწერის დროს, ზოგჯერ არც 2 წლამდე ასაკში (Hadders-Algra, 2002). ამიტომ, გრძელვადიანი დაკვირვება საჭიროა დღენაკლობის შედეგების სათანადოდ შესაფასებლად.

სიცოცხლის პირველ წლებში ნაადრევ ჩვილებს ხშირად აქვთ ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, რომლებიც საჭიროებს ხშირ სამედიცინო ვიზიტებს და ზოგჯერ რეჰოსპიტალიზაციას. ხშირი ავადობა ზღუდავს მათ მონაწილეობას ბავშვობის რეგულარულ აქტივობებში, რამაც შესაძლოა გავლენა იქონიოს მათ სოციალურ უნარებზე.

ნევროლოგიური ავადობა იწვევს კოგნიტური, მოტორული და სენსორული ფუნქციების დაქვეითებას. პერივენტრიკულური ლეიკომალაცია, ინტრაპერივენტრიკულური სისხლდენა და პოსტჰემორაგიული ჰიდროცეფალია მთავარი განმსაზღვრელი დეტერმინანტებია ნეიროგანვითარების შედეგებში (Pierrat et al., 2017; Larroque et al., 2008; Volpe, 2009; Mukerji, Shah, & Shah, 2015; Walsh, Inder, & Volpe, 2001; Rushing & Ment, 2004; Olusanya, Neumann, & Saunders, 2014; Therien et al., 2004). მოტორული დეფიციტი ნაადრევად დაბადებულ ბავშვებში, ჩვეულებრივ, ადრე ვლინდება, ზოგიერთი მათგანი გარდამავალია (ჰიპოტონია, ან ჰიპერტონია) და ქრება 12 თვის განმავლობაში. თუმცა, ზოგიერთი ფსიქომოტორული დარღვევა დაბადებისას კლინიკურად არ მანიფესტირდება (Engdahl & Eskild, 2007). სხვადასხვა კვლევებმა ძალიან დაბალი და დაბალი სხეულის მასით დაბადებული ბავშვების გამოკვლევით

სასკოლო ასაკში (Doyle & Anderson, 2005) და დაბალი მასით დაბადებული ბავშვების გამოკვლევით 11-13 წლის ასაკში (Mukerji, Shah, & Shah, 2015), აღმოაჩინა კოორდინაციის დარღვევებისა და გაზრდილი გრძელვადიანი მოტორული დეფიციტის განვითარების მაღალი ალბათობა.

ცერებრალური დამბლა ერთ-ერთი მთავარი ნევროლოგიური დაავადებაა ნაადრევი მშობიარობის გართულებებში. ექსტრალურად დღენაკლებს შორის გადარჩენილებში ცერებრალური დამბლის სიხშირე 70-80-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს დროულ ახალშობილებში (Pierrat et al., 2017; Aylward, 2005; Putnick et al., 2017; Barre et al., 2011; Vanderbilt & Gleason, 2010). კვლევებში ცერებრული დამბლის გავრცელების დროითი ტენდენციები განსხვავებული იყო (Chawanpaiboon et al., 2019; Aylward, 2005; Vanderbilt & Gleason, 2010; Vinall & Grunau, 2014; Haller et al., 2016). პორტუგალიაში 2001-2007 წლებში დაბადებული ბავშვებიდან ცერებრალური დამბლის გავრცელება 5 წლამდე ასაკში 4,6-ჯერ მეტი იყოს 32-36 კვირაში დაბადებულ ბავშვებში დროულად დაბადებულ ბავშვებთან შედარებით. ეს თანაფარდობა 45,1-მდე გაიზარდა 28-31 კვირაში დაბადებულებსა და დროულად დაბადებულ ბავშვებს შორის და 70,1-მდე გაიზარდა <28 კვირაზე დაბადებულ ბავშვებში (Bell et al., 1978).

მაღალი ცერებრალური დამბლის რისკის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას 6 თვის გასწორებულ ასაკზე სამედიცინო ისტორიის ანალიზით, სტანდარტიზებული მოტორული შეფასების ტესტითა და ნეიროვიზუალიზაციით (Soleimani et al., 2014; Pierrat et al., 2017). დროული რეფერალი და ინტერვენცია კრიტიკულია გამოსავლების თვალსაზრისით.

დღენაკლების რეტინოპათია არის მხედველობის დეფიციტის მთავარი მიზეზი დღენაკლულ ჩვილებში (Saigal et al., 2016). მათ აქვთ გაზრდილი რისკი გრძელვადიანი ვიზუალური დარღვევების განვითარებისა. ფოტორეცეპტორული სისტემის ჩამოყალიბების შეფერხება ნაადრევი მშობიარობის გამო კომბინაციაში ინფექციასთან, გლიკემიის დარღვევებთან, არასაკმარის კვებასთან და გენეტიკური ფაქტორებთან (Soleimani et al., 2014; Guy et al., 2015; Saigal et al., 2016; Mathewson et al., 2017; Webber & Wood, 2005; Blencowe et al., 2013; Yu et al., 2011). იწვევს დაავადების პროგრესირებას, ახასიათებს ფიბროვასკულური პროლიფერაცია პერიფერიაზე ბადურის ჩამოშლის რისკით. დღენაკლების რეტინოპათია აღირიცხება ძალიან დაბალი მასით დაბადებული ბავშვების დაახლოებით 2-11%-ში (Guy et al., 2015, 83). სიბრმავე და/ან მხედველობის მძიმე დაქვეითება უკუპროპორციულია დღენაკლობის გესტაციურ ასაკთან (1-2% 26-27 გესტაციურ კვირაზე და 4-8% ≤25 კვირაზე (Guy et al., 2015). მიოპია და ჰიპერმეტროპია წარმოიქმნება < 28 კვირამდე დაბადებული ბავშვების მინიმუმ მეოთხედში (O'Connor et al., 2002).

სმენის დაქვეითება საზიანო გავლენას ახდენს ენის სწავლის, კომუნიკაციის უნარების განვითარების კუთხით და მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და ეკონომიკურ დამოუკიდებლობას (Rushing & Ment, 2004; Olusanya et al., 2014). ექსტრემალურად დღენაკლ ჩვილებს აქვთ ბგერის ცენტრალური დამუშავების სირთულეები, მათ შორის მარტივი ბგერების გარჩევისას (Therien et al., 2004); სმენის დაქვეითების პრევალენტობა 0,1-0,2%-ია (Cristobal & Oghalai, 2008) და შეიძლება იყოს 10-50%-ით მეტი ექსტრემალურად დღენაკლ ჩვილებში (Guy et al., 2015; Marlow et al., 2005; Cristobal & Oghalai, 2008). ჰიპოქსიამ, ჰიპერბილირუბინემიამ, ინფექციებმა, ოტოტოქსიურმა თერაპიულმა საშუალებებმა და ხმაურის ზემოქმედებამ შეიძლება შეუქცევადად დააზიანოს კოხლეარული, ვესტიბულური ორგანოები, სმენის ნერვი და ქერქი (Cristobal & Oghalai, 2008). სმენის დაქვეითება შეიძლება პროგრესირებადი იყოს და დადიაგნოზდეს მოგვიანებით (2-4 წლის ასაკში).

კოგნიტური დეფიციტი არის ყველაზე გავრცელებული ინვალიდობა ნაადრევი ახალშობილებში. ექსტრემალურად დღენაკლ ახალშობილებს აქვთ კოგნიტური დისფუნქციის და ემოციური დარღვევების მაღალი მაჩვენებლები სკოლის ასაკში, რაც გავლენას ახდენს აკადემიურ მოსწრებაზე და განვითარებაზე (Doyle et al., 2005). შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევებმა აჩვენა, რომ ექსტრემალურად ნაადრევი ბავშვებს აქვთ საგრძნობლად დაბალი ინტელექტი თანატოლებთან შედარებით. ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორებია მძიმე ინტრა- და პერივენტრიკულური სისხლჩაქცევები, ახალშობილთა კრუნჩხვები, ნევროზული

ენტეროკოლიტი და ხანგრძლივი ვენტილაცია (Voss et al., 2012). შემეცნებით დისფუნქციებზე გავლენას ახდენს გარემო ფაქტორები, როგორცაა მშობლების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და განათლება (Voss et al., 2012; Aylward, 2005). შემდგომმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ ბევრი სირთულე გაგრძელდა მოზარდობაში და ადრეულ ზრდასრულ ასაკში (Doyle et al., 2005). გრძელვადიანი მონიტორინგი მნიშვნელოვანია გვიანი კოგნიტური დეფიციტის იდენტიფიცირებისთვის.

ნაადრევად დაბადებულ ბავშვებში აღინიშნა საუბრის აღქმისა და მეტყველების დარღვევები. უფრო გავრცელებულია ნაადრევად დაბადებულ პირებში და ასევე უკუპროპორციულ კავშირშია გესტაციურ ასაკთან. ეს დარღვევები ხშირად თანაარსებობს მოტორულ და კოგნიტურ პრობლემებთან (Fanaroff et al., 2007; Vanderbilt & Gleason, 2010; Vinall & Grunau, 2014; Haller et al., 2016; Bell et al., 1978). ქცევითი პრობლემების რისკი, როგორცაა ყურადღების დეფიციტი და ჰიპერაქტიურობა იზრდება 2,6-4 ჯერ ძალიან ნაადრევი ჩვილების ადრეულ ბავშვობაში. ასევე ხშირად გამოვლინდება პრობლემები სასკოლო ასაკში პუბერტატულ და ადოლესცენტურ პერიოდში შფოთვით, დეპრესიის სიმპტომებით, ფსიქიკური აშლილობისთვის ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების რისკიც არსებობს. თუმცა, ისინი ნაკლებად არიან მიდრეკილნი დანაშაულისაკენ, ვიდრე კონტროლ-ჯგუფის (დროულად დაბადებული) ახალგაზრდები (Hack et al., 2007; Vanderbilt & Gleason, 2010; Guy et al., 2015). ამ პოპულაციაში დაბალი თვითშეფასება, დაბალი დასაქმების უნარი და დაბალი შემოსავალი დაფიქსირდა ზრდასრულ ასაკში (Saigal et al., 2016; Mathewson et al., 2017). მიუხედავად ამისა, ცხოვრების ხარისხის თვითაღქმა პოზიტიური ჩანს საკვლევი ჯგუფის გამოკითხვებში (Hack et al., 2007).

ბრონქოპულმონარული დისპლაზია განისაზღვრება ჟანგბადზე დამოკიდებულებით სიცოცხლის 28 დღეს ან 36 გესტაციური კვირის ასაკის შემდეგ (Davidson & Berkelhamer, 2017). შეფერხებულმა ვასკულარიზაციამ და სისხლძარღვთა ვაზორეაქტიულობამ შეიძლება გამოიწვიოს ფილტვის ჰიპერტენზიის განვითარება დღენაკლ ახალშობილში დაბადებიდან რამდენიმე კვირაში ან თვეში. დღენაკლ ჩვილებში მისი გავრცელება დაახლოებით 40%-ია < 28 კვირამდე გესტაციურ ასაკზე დაბადებულებში. (Zysman-Colman et al., 2013). ის დაკავშირებულია ინვაზიურ ვენტილაციასთან, ჟანგბადის ტოქსიკურობასთან, პრე და პოსტნატალურ ინფექციებთან, კვების დეფიციტთან და შესაძლო გენეტიკური ფაქტორებთან (Davidson & Berkelhamer, 2017; O'Connor et al., 2016). გრძელვადიან პერიოდში აღინიშნება სუნთქვის დარღვევა, განსაკუთრებით თუ ადგილი აქვს მავნე ნივთიერებების ზემოქმედებას, იცვლება სასუნთქი ფუნქცია, ბრონქული ჰიპერეაქტიულობა, ზოგჯერ გამოვლინდება ატიპიური კლინიკური ნიშნები (ასთმის მსგავსი), ვარჯიშისადმი ტოლერანტობის შემცირება, იზრდება რესპირატორული ინფექციების რისკი, რომელიც საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, იზრდება ფილტვის ჰიპერტენზია, ზოგჯერ საჭიროა ვენტილაციური მხარდაჭერა სახლში (Raju et al., 2017; Mwaniki et al., 2012; Davidson & Berkelhamer, 2017; Bolton et al., 2015).

ნაწლავის უკმარისობა არის ფუნქციური ნაწლავის მასის შემცირება კრიტიკულ ზღვარს ქვემოთ, რომელიც აუცილებელია ზრდის, ელექტროლიტური ბალანსის შესანარჩუნებლად, დასატენიანებლად (Amin et al., 2013) ახალშობილებში ნაწლავის უკმარისობის მთავარი მიზეზი ანატომიურად მოკლე ნაწლავის სინდრომია. ხდება ნაწლავის კედლის ანთება და ნეკროზი (Bell et al., 1978; Amin et al., 2013; Wales & Christison-Lagay, 2010; Stey et al., 2015). პარენტერალური კვების გრძელვადიანი საჭიროება დაკავშირებულია ქოლესტაზთან, ღვიძლისმიერ უკმარისობასთან, გრძელვადიანი ცენტრალური კათეტერები კი ზრდის ინფექციების განვითარების რისკს (Soleimani et al., 2014; Rees et al., 2007). და იწვევს მაღალ ლეტალობას (15-60%). მიღწევები პარენტერალურ კვებაში, ინფექციის პრევენციაში, ქირურგიული ტექნიკის გაუმჯობესება და ტრანსპლანტაციის შესაძლებლობები აუმჯობესებს პროგნოზს (Soltys et al., 2017).

თირკმლის დაზიანების გრძელვადიანი შედეგების მაღალი რისკი ნაადრევ ახალშობილებში როგორც ჩანს, ასოცირებულია თირკმლის ადრეულ მწვავე დაზიანებასთან (Stey et al., 2015; Charlton & Guillet, 2018). ნაადრევი მშობიარობა, რომელიც ხდება ფეტუსის

ნეფროგენეზის აქტიურ ფაზაში იწვევს ნეფრონების დეფიციტს თირკმლის პარენქიმაში. ნეფროტოქსიურმა მედიკამენტებმა შეიძლება გააძლიერონ თირკმელების ფუნქციის დარღვევა, გაიზარდოს თირკმლის ქრონიკული დაავადების რისკი (Chevalier, 1996, Iyengar et al., 2016). ახალშობილის თირკმლის მწვავე დაზიანების რისკი არის დაახლოებით 12-39%, კავშირი თირკმლის ქრონიკული დაავადების განვითარების რისკთან ჯერ კიდევ არ არის ნათელი (Charlton & Guillet, 2018). ეს პაციენტები რეგულარულად უნდა იმყოფებოდნენ მონიტორინგზე ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში (Greenberg et al., 2014; Mammen et al., 2012).

კარდიომეტაბოლური სინდრომი არის კომბინაცია მეტაბოლური დისფუნქციებისა, რომლებიც ხასიათდება ინსულინის მიმართ რეზისტენტობით, დაქვეითებული ტოლერანტობით გლუკოზის მიმართ, დისლიპიდემიით, ჰიპერტენზიით, და ინტრააბდომინალური სიმსუქნით (Kelli et al., 2015). ბარკერმა და სხვ. (Barker, 1999' Barker et al., 1990) 1990-იანი წლების ბოლოს იპოვეს კორელაცია დღენაკლობას და გულ-სისხლძარღვთა დაავადების, ტიპი 2 დიაბეტის განვითარების რისკს შორის ზრდასრულ ასაკში. კარდიომეტაბოლური სინდრომის განვითარების რისკი ასევე გაძლიერებულია ცხოვრების წესით: დაბალი ფიზიკური აქტივობა და არაჯანსაღი კვება. ადექვატურმა ინტერვენციებმა შეიძლება შეამციროს ამ პათოლოგიის გავლენა (Parkinson et al., 2013; Kajantie & Hovi, 2014).

იმუნური სისტემის დარღვევებმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაადრევ ახალშობილთა მაღალი მგრძობილობა ინფექციის მიმართ (Hornik et al., 2012; Goedicke-Fritz et al., 2017). ნაადრევი მშობიარობა აფერხებს ნაყოფის პასიური იმუნიტეტის შექმნას და ხელს უწყობს განსხვავებული, ნაადრევი კანის და კუჭ-ნაწლავის მიკრობიომის შექმნას, რაც განსხვავდება დროული ახალშობილების მიკრობიომისაგან (Hornik et al., 2012; Groer et al., 2014). იმუნური სისტემის მახასიათებლების უკეთესად გაგება დღენაკლულ ჩვილებში არის გამოწვევა (Goedicke-Fritz et al., 2017).

ეკონომიკური გავლენა

ნაადრევი მშობიარობის ეკონომიკური ტვირთი მაღალია, აქ შედის არა მხოლოდ ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის ხარჯები, არამედ გრძელვადიანი კომპლექსური ჯანდაცვის საჭიროებები. გადარჩენილი დღენაკლების კლინიკური სიტუაციის სირთულე, განსაკუთრებით ექსტრემალურად და ძლიერ უმწიფარი ახალშობილების შემთხვევაში, განსაზღვრავს შეთანხმებული მულტიდისციპლინური მოქმედების აუცილებლობას ჯანდაცვისა და სოციალური მუშაკების, საზოგადოების მხრიდან, ასევე სარეაბილიტაციო და სპეციალური განათლების დეპარტამენტების ჩართულობის საჭიროებას.

აშშ-ს მედიცინის ინსტიტუტმა გამოაქვეყნა 2007 წელს მოხსენება „ნაადრევი მშობიარობა, მიზეზები, შედეგები და პრევენცია“, რომელშიც დღენაკლი ახალშობილობის სავარაუდო ეკონომიკური ტვირთი (სამედიცინო, სოციალური, საგანმანათლებლო ერთად) აშშ-ში 2005 წელს შეადგენდა 26,2 მილიარდ აშშ დოლარს, რაც შეადგენს 51,600 აშშ დოლარს ნაადრევად დაბადებულ თითოეულ ბავშვზე (Behrman & Butler, 2007).

პირველი წლის საშუალო სამედიცინო ხარჯები, მათ შორის სტაციონარული და ამბულატორიული მოვლისათვის გაწეული დანახარჯები, იყო დაახლოებით 10-ჯერ მეტი ნაადრევი ჩვილისათვის (32,325 აშშ დოლარი) დროული ახალშობილთან (3,325 აშშ დოლარი) შედარებით. სტაციონარში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა იყო ცხრაჯერ მეტი ნაადრევი ახალშობილისათვის (13 დღე), ვადაზე დაბადებულ ბავშვთან შედარებით (1,5 დღე) (Behrman & Butler, 2007).

ჯონსტონმა და სხვ. (Johnston et al., 2014) 2014 წელს დაასკვნეს, რომ ნაადრევი მშობიარობისა და დღენაკლობის შედეგია ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები და მაღალი ეკონომიკური დანახარჯები ჯანდაცვის სერვისებისთვის კანადაში. მიუხედავად იმისა, რომ ყველაზე მაღალი ხარჯი კონცენტრირებული იყო ახალშობილთა პერიოდში, ხარჯები და რესურსების გამოყენება გაგრძელდა ბავშვობის და პუბერტულ

პერიოდშიც. უკიდურეს დღენაკლულთა ჯგუფს ყველაზე დიდი ეკონომიკური ტვირთი ჰქონდა (Johnston et al., 2014).

პეტროუს და სხვათა სისტემატური მიმოხილვა. (Petrou et al., 2001) გრძელვადიან პერსპექტივაში აღწერს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ნაადრევი მშობიარობის ხარჯებს და ადგენს, რომ დღენაკლობა და ახალშობილის დაბალი წონა იწვევს მნიშვნელოვან დანახარჯებს ჯანდაცვის სისტემებში, ამ ბავშვებს და მათ მშობლებს ესაჭიროებათ სპეციალური განათლება, სოციალური მომსახურება.

დღენაკლულობასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის პირდაპირი ხარჯები მოიცავს ჰოსპიტალიზაციებს (საწყისი და შემდგომი) და ამბულატორიულ სერვისებს (თერაპიები, კლინიკური, საგანმანათლებლო და სოციალური მხარდაჭერა). ჯიბიდან დანახარჯები იყო მნიშვნელოვანი განსაკუთრებით ექსტრემალურად უმწიფარი ჩვილებისთვის (March of Dimes et al., 2012).

არაპირდაპირი ხარჯები (მომვლელთა დაქვეითებული პროდუქტიულობა, ემოციური სტრესი და გავლენა ოჯახებზე და მათი ცხოვრების ხარისხზე) უფრო რთული შესაფასებელია, რამდენიმე ავტორმა ყურადღება გაამახვილა მაღალ სოციალური დანახარჯებზე ოჯახის პერსპექტივიდან (Hodek et al., 2011; van Exel et al., 2008; Hoefman et al., 2013).

ზომიერად უმწიფარი (32-37 კვირა) ჩვილები

ზომიერად უმწიფარი ჩვილები შეადგენენ ყველა დღენაკლის 80%-ზე მეტს, რომელთა უმრავლესობა შეზღუდული შესაძლებლობის გარეშე განვითარდა. თუმცა, სრულწლოვან ჩვილებთან შედარებით, მათ აქვთ გაზრდილი სიკვდილიანობა და განიცდიან უფრო მაღალ ავადობას, რაც წარსულში არ იყო შეფასებული (Johnston et al., 2014).

ჯონსტონი და სხვ. (Johnston et al., 2014) აღწერენ გადარჩენის მაჩვენებელს 93%-ს 2-10 წლის ასაკში ზომიერად უმწიფარ და 98% გვიან უმწიფარ დღენაკლულ ახალშობილებში; ბავშვების უმეტესობა ინვალიდობის გარეშე დარჩა 10 წლის ასაკში. თუმცა ზომიერად უმწიფარ ჩვილებს აქვთ სიკვდილიანობის უფრო მაღალი მაჩვენებლები და ხშირი მოკლევადიანი ავადობა, უარესი ნეიროგანვითარებისა და სკოლაში აკადემიური მოსწრების უფრო დაბალი მაჩვენებლები თავიანთ დროულად დაბადებულ თანატოლებთან შედარებით (Johnston et al., 2014).

ზომიერად უმწიფარი ჩვილებს ნეონატალურ პერიოდში ახასიათებთ, ჰიპოგლიკემია, პირის ღრუს ჩამოყალიბების სირთულეები კვებასთან დაკავშირებული სირთულეები (ნელი კვება, დახრჩობის ეპიზოდები, დესატურაციული მოვლენები, ბრადიკარდია და აპნოე), სიყვითლე და სუნთქვის ხანმოკლე და ხანგრძლივი დარღვევა (რესპირატორული დისტრეს-სინდრომი, გარდამავალი ტაქიპნოე და პნევმონია, ბრონქიოლიტისა და ხიხინის გაზრდილი რისკი) (Morgan & Boyle, 2018; Laptook, 2013). ჯანმრთელობისა და ნეიროგანვითარების გრძელვადიანი პრობლემები, ასევე, საგანმანათლებლო სირთულეები (Crump et al., 2011).

მიუხედავად იმისა, რომ ექსტრემალურად დღენაკლული ჩვილები ასოცირდება უმაღლეს დანახარჯებთან, ზომიერად უმწიფარი ჩვილების ჯანდაცვის საჭიროებებსაც მნიშვნელოვანი წილი აქვს პედაგოგიკულ ჯანმრთელობის ხარჯებში, იმის გამო, რომ ამ პოპულაციის ზომა უფრო დიდია. (Johnston et al., 2014; Vohr, 2013).

ნაადრევი მშობიარობისა და დღენაკლობის პრევენცია

პრევენციული პოლიტიკის განვითარება შეიძლება იყოს გადაწყვეტი დღენაკლულობის რისკ-ფაქტორების შემცირებაში. ზომიერად უმწიფარი ჩვილების წილის შესამცირებლად და მათი უკეთესი გამოსავლებისათვის შესაძლოა პრევენციული პერინატალური ჯანდაცვის განვითარება ყველაზე ეფექტური იყოს (Guy et al., 2015; Vohr, 2013; Kramer et al., 2000).

დღენაკლულობის პროფილაქტიკა მრავალმხრივ მიდგომას მოითხოვს, რომელიც მიზნად ისახავს გლობალურად გააუმჯობესოს ქალთა ჯანმრთელობა, არა მხოლოდ

ორსულობისას, არამედ ორსულობამდე, ასევე ფოკუსირება გააკეთოს დაგეგმილი ორსულობის წინ გეგმიურ გამოკვლევებზე, გესტაციური პერიოდების მონიტორინგზე (Behrman & Butler, 2007; WHO, 2016).

ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტებზე ინტერვენციამ შეიძლება შეამციროს გარკვეული რისკ-ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლებზე და შედეგებზე (Lorch & Enlow, 2016). ინტერვენციები არასასურველი სოციალური პირობების გამოსასწორებლად მნიშვნელოვანია. სიღარიბე, ქალთა დისკრიმინაცია, ძალადობა, დაბალი განათლება, მავნე ჩვევები (ალკოჰოლის, თამბაქოს ან ნარკოტიკების უკანონო მოხმარება) მავნე დამაბინძურებლები რისკ-ფაქტორებია. თინეიჯერული და არასასურველი ორსულობის პრევენცია მნიშვნელოვანია (Behrman & Butler, 2007; Lorch & Enlow, 2016).

ჩასახვამდე პერიოდში, თანაბარი ხელმისაწვდომობა პირველადი ჯანდაცვის პრევენციულ, ასევე გინეკოლოგიურ სერვისებზე ძალიან მნიშვნელოვანია. გესტაციური განვითარების ადრეულ ეტაპებზე ნაადრევის მშობიარობის მაღალი რისკის გამოვლენა და ორსულობის შესაბამისი მართვა შეამცირებს დღენაკლობისა და შესაბამისად ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს. (Sharma et al., 2013; Conselho Nacional de Procriação Medicamentada Assistida, 2017). ქრონიკული დაავადებების კონტროლი, სხეულის მასის ინდექსის ოპტიმიზაცია და თავად ნაადრევი მშობიარობის სწორი მართვა მნიშვნელოვანია საუკეთესო გამოსავლების მისაღწევად (March of Dimes et al., 2012; Behrman & Butler, 2007). შემდეგ უკვე დღენაკლის მაღალი ხარისხის მოვლა, ახალშობილთა რენიმაცია, ყოვლისმომცველი ინტენსიური თერაპია, ჩვილების სპეციალური კვება არის დღენაკლობის გართლებების შემცირებისა და სწორი მართვის გზა.

სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის მენეჯერების მხრიდან აუცილებელია ადეკვატური პოლიტიკის დანერგვა ნაადრევი ჩვილების მოკლე თუ გრძელვადიანი ინტერვენციების პროგრამების სახით გართულებების მაქსიმალურად ასაცილებლად. საჭიროა სოციალური მხარდაჭერის პროგრამები დღენაკლების და მათი მშობლებისათვის (Carter & Msall, 2018).

დღენაკლობის მიზეზების და მათი ურთიერთკავშირის შესწავლა აუცილებელია, ახალი თერაპიული და პროფილაქტიკური საშუალებების მოსაძებნად. საჭიროა სისტემური მიდგომები, სწორი სტატისტიკური ბაზების შექმნა, რათა მუდმივად იყოს დღენაკლობის ტრენდების მონიტორინგი, ახალი რისკ-ფაქტორების გამოვლენა, მოკლე და გრძელვადიანი შედეგების შესწავლა (Shapiro-Mendoza et al., 2016; Gould, 2010).

დასკვნა

დაბალ გესტაციურ ასაკზე დაბადებული დღენაკლების გადარჩენის მზარდი მაჩვენებელი ამ პოპულაციის მორბილობის მაღალი რისკით გლობალური ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა (Hodek et al., 2011; Zeitlin et al., 2010; Correia et al., 2015).

ცოდნის გავრცელება ნაადრევი მშობიარობის გამომწვევი მიზეზებისა და პროფილაქტიკის შესახებ, დღენაკულობასთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების ეფექტური ინტერვენციების შემუშავება, დღენაკლების ოჯახებისა და მათი დამხმარე სტრუქტურების მხარდაჭერა უნდა გახდეს სერიოზული საზრუნავი ჯანდაცვის შესაბამისი პოლიტიკის შემქმნელებისთვის.

ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების მართვას შეუძლია შეამციროს დღენაკლობის მაჩვენებლები და გააუმჯობესოს შედეგები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ, გაგუა ი. (2023). ორსულთა ცოდნა, დამოკიდებულება და ქცევა რკინადეფიციტური ანემიის პრევენციაში. ორბელიანი, 1 (6).

2. სიბოშვილი ლ., ყაზახაშვილი ნ. (2024). ნაადრევი მშობიარობის ტენდენციები საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემების მიხედვით. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 7(2).
3. Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (1977). WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for the cause of perinatal deaths: modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 56(3), 247–253.
4. Liu, L., Johnson, H. L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J. E., ... Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. (2012). Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*, 379(9832), 2151–2161.
5. Laws, P., Grayson, N., & Sullivan, E. (2006). *Australia's mothers and babies 2004*. Volume 18. Sydney: Perinatal Statistics Series.
6. Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., ... et al. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379(9832), 2162–2172.
7. March of Dimes. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization.
8. Steer, P. (2005). The epidemiology of preterm labour. *BJOG*, 112(Suppl 1), 1–3.
9. Ministério da Saúde, Portugal. Direção-Geral da Saude. (2012). *Natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, 2008/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
10. OECD Publishing. (2013). *Health at a glance 2013: OECD indicators*. Paris: OECD.
11. Wilson-Costello, D., Friedman, H., Minich, N., Fanaroff, A. A., & Hack, M. (2005). Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics*, 115(4), 997–1003.
12. Project EN. (2015). *EuroNeoNet annual report for VLGAI & individual report for each unit participating in the EuroNeoNet project*. Bizkaia, Spain: ENN Project.
13. Allen, M. C., Cristofalo, E. A., & Kim, C. (2011). Outcomes of preterm infants: morbidity replaces mortality. *Clin Perinatol*, 38(3), 441–454.
14. Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Shankaran, S., Laptook, A. R., Walsh, M. C., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 126(3), 443–456.
15. Costeloe, K., Hennessy, E., Gibson, A. T., Marlow, N., & Wilkinson, A. R.; for the EPICure Study Group. (2000). The EPICure study: outcomes to discharge from the hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics*, 106(4), 659–671.
16. Bonamy, A., Zeitlin, J., Piedvache, A., Maier, R., van Heijst, A., Varendi, H., ... et al. (2019). Wide variation in severe neonatal morbidity among very preterm infants in European regions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 104(1), F36-F45.
17. Soleimani, F., Zaheri, F., & Abdi, F. (2014). Long-term neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *Iran Red Crescent Med J*, 16(6), e17965.
18. Hack, M., Cartar, L., Schluchter, M., Klein, N., & Forrest, C. B. (2007). Self-perceived health, functioning and well-being of very low birth weight infants at age 20 years. *J Pediatr*, 151(6), 635–641.
19. Pierrat, V., Marchand-Martin, L., Arnaud, C., Kaminski, M., Resche-Rigon, M., Lebeaux, C., ... EPIPAGE-2 writing group. (2017). Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*, 358, j3448.
20. Glass, H. C., Costarino, A. T., Stayer, S. A., Brett, C. M., Cladis, F., & Davis, P. J. (2015). Outcomes for extremely premature infants. *Anesth Analg*, 120(6), 1337–1351.
21. Raju, T. N., Pemberton, V. L., Saigal, S., Blaisdell, C. J., Moxey-Mims, M., Buist, S.; Adults Born Preterm Conference Speakers and Discussants. (2017). Long-term healthcare outcomes of preterm birth: an executive summary of a conference sponsored by the National Institutes of Health. *J Pediatr*, 181, 309–318.e1.
22. OECD. (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD.
23. Veen, S., Ens-Dokkum, M. H., Schreuder, A. M., Verloove-Vanhorick, S. P., Brand, R., ... The Collaborative Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants (POPS) in The Netherlands.

- (1991). Impairments, disabilities, and handicaps of very preterm and very-low-birth-weight infants at five years of age. *Lancet*, 338(8758), 33–36.
24. Larroque, B., Ancel, P. Y., Marret, S., Marchand, L., André, M., Arnaud, C., ... EPIPAGE Study group. (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet*, 371(9615), 813–820.
 25. Verloove-Vanhorick, S. P., Verwey, R. A., Brand, R., Gravenhorst, J. B., Keirse, M. J., & Ruys, J. H. (1986). Neonatal mortality risk in relation to gestational age and birthweight. Results of a national survey of preterm and very-low-birthweight infants in the Netherlands. *Lancet*, 1(8472), 55–57.
 26. Platt, M. J. (2014). Outcomes in preterm infants. *Public Health*, 128(5), 399–403.
 27. Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. A. (2011). Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA*, 306(11), 1233–1240.
 28. Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*, 371(9608), 261–269.
 29. Farooqi, A., Hägglöf, B., Sedin, G., & Serenius, F. (2011). Impact at age 11 years of major neonatal morbidities in children born extremely preterm. *Pediatrics*, 127(5), e1247–e1257.
 30. Hodek, J. M., von der Schulenburg, J. M., & Mittendorf, T. (2011). Measuring economic consequences of preterm birth - Methodological recommendations for the evaluation of personal burden on children and their caregivers. *Health Econ Rev*, 1(1), 6.
 31. Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, J. E., ... et al. (2015). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*, 385(9966), 430–440.
 32. Mwaniki, M. K., Atieno, M., Lawn, J. E., & Newton, C. R. (2012). Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *Lancet*, 379(9814), 445–452.
 33. Ho, L. Y. (2018). Follow-up care and outcome evaluation of high-risk preterm infants: a life-course commitment. *Ann Acad Med Singapore*, 47(2), 51–55.
 34. Barfield, W. D. (2018). Public health implications of very preterm birth. *Clin Perinatol*, 45(3), 565–577.
 35. Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Watananirun, K., Lumbiganon, P., Petzold, M., Moller, A. B., ... et al. (2016). Global, regional and national levels and trends of preterm birth rates for 1990 to 2014: protocol for development of World Health Organization estimates. *Reprod Health*, 13(1), 76.
 36. Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A. B., ... Born Too Soon Preterm Birth Action Group. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*, 10(1 Suppl 1), S2.
 37. Nogueira, P. J., Costa, A. J., Alves, M. I., & Rosa, M. V. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009–2011). Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção Geral da Saúde.
 38. Crump, C. (2014). Medical history taking in adults should include questions about preterm birth. *BMJ*, 349 aug01 2, g4860.
 39. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., ... et al. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*, 7(1), e37–e46.
 40. Euro-Peristat Project. (2018). European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Available at www.europeristat.com.
 41. Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., ... et al. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*, 88(1), 31–38.
 42. Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A. D., Chalmers, J., Sakkeus, L., ... Euro-Peristat Preterm Study Group. (2013). Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG*, 120(11), 1356–1365.
 43. Zeitlin, J., Mohangoo, A., & Delnord, M. (2010). European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Available at www.europeristat.com.
 44. Goldenberg, R. L., Gravett, M. G., Iams, J., Papageorghiou, A. T., Waller, S. A., Kramer, M., ... et al. (2012). The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol*, 206(2), 113–118.
 45. INE. (2017). Estatísticas demográficas 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

46. Behrman, R. E., Butler, A. S.; Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. (2007). *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*. Washington (DC): National Academies Press.
47. Main, D. M., Gabbe, S. G., Richardson, D., & Strong, S. (1985). Can preterm deliveries be prevented? *Am J Obstet Gynecol*, 151(7), 892–898.
48. Martin, J. A., & Osterman, M. J. (2018). Describing the increase in preterm births in the United States, 2014–2016. *NCHS Data Brief*, 312(312), 1–8.
49. McDonald, S. D., Han, Z., Mulla, S., & Beyene, J.; Knowledge Synthesis Group. (2010). Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *BMJ*, 341 jul20 1, c3428–3428.
50. Lawn, J. (2009). 4 million neonatal deaths: an analysis of available cause-of-death data and systematic country estimates with a focus on “birth asphyxia” (PhD thesis). London: UCL.
51. Manuck, T. A., Rice, M. M., Bailit, J. L., Grobman, W. A., Reddy, U. M., Wapner, R. J., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2016). Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. *Am J Obstet Gynecol*, 215(1), 103.e1–14.
52. Seri, I., & Evans, J. (2008). Limits of viability: definition of the gray zone. *J Perinatol*, 28(S1 Suppl 1), S4–S8.
53. Fanaroff, A. A., Stoll, B. J., Wright, L. L., Carlo, W. A., Ehrenkranz, R. A., Stark, A. R., ... NICHD Neonatal Research Network. (2007). Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol*, 196(2), 147.e1–8.
54. Rüegger, C., Hegglin, M., Adams, M., & Bucher, H. U.; Swiss Neonatal Network. (2012). Population based trends in mortality, morbidity and treatment for very preterm- and very low birth weight infants over 12 years. *BMC Pediatr*, 12(1), 17.
55. Helenius, K., Sjörs, G., Shah, P. S., Modi, N., Reichman, B., Morisaki, N., ... International Network for Evaluating Outcomes (iNeo) of Neonates. (2017). Survival in very preterm infants: an international comparison of 10 national neonatal networks. *Pediatrics*, 140(6), e20171264.
56. Cheong, J., Lee, K., Boland, R., Spittle, A., Opie, G., Burnett, A., ... et al. (2018). Changes in long-term prognosis with increasing postnatal survival and the occurrence of postnatal morbidities in extremely preterm infants offered intensive care: a prospective observational study. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(12), 872–879.
57. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2019). Registo nacional do MBP (Internet). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Available from: <http://www.spneonatologia.pt/documents/presentations/registo-nacional-do-mbp/>
58. Blencowe, H., Lee, A. C., Cousens, S., Bahalim, A., Narwal, R., Zhong, N., ... et al. (2013). Preterm birth-associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. *Pediatr Res*, 74(S1 Suppl 1), 17–34.
59. Robaei, D., Kifley, A., Gole, G. A., & Mitchell, P. (2006). The impact of modest prematurity on visual function at age 6 years: findings from a population-based study. *Arch Ophthalmol*, 124(6), 871–877.
60. Younge, N., Goldstein, R. F., Bann, C. M., Hintz, S. R., Patel, R. M., Smith, P. B., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2017). Survival and neurodevelopmental outcomes among periviable infants. *N Engl J Med*, 376(7), 617–628.
61. Hadders-Algra, M. (2002). Two distinct forms of minor neurological dysfunction: perspectives emerging from a review of data of the Groningen Perinatal Project. *Dev Med Child Neurol*, 44(8), 561–571.
62. Volpe, J. J. (2009). Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances. *Lancet Neurol*, 8(1), 110–124.
63. Mukerji, A., Shah, V., & Shah, P. S. (2015). Periventricular/intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics*, 136(6), 1132–1143.
64. Walsh, B., Inder, T., & Volpe, J. (2017). Pathophysiology of intraventricular hemorrhage in the neonate. In R. Polin (Ed.), *Fetal and Neonatal Physiology* (5th ed., pp. 1333–1349.e6). New York: Elsevier.
65. Inder, T. E., & Volpe, J. J. (2011). Intraventricular hemorrhage in the neonate. In R. Polin, W. Fox, & S. Abman (Eds.), *Fetal and Neonatal Physiology* (3rd ed., pp. 1830–1847). Philadelphia: Saunders.

66. Volpe, J. J. (2001). Intracranial hemorrhage: germinal matrix – intraventricular hemorrhage of the premature infant. In J. J. Volpe (Ed.), *Neurology of the Newborn* (4th ed., pp. 517–588). Philadelphia: Saunders.
67. Murphy, B. P., Inder, T. E., Rooks, V., Taylor, G. A., Anderson, N. J., Mogridge, N., et al. (2002). Posthemorrhagic ventricular dilatation in the premature infant: natural history and predictors of outcome. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 87(1), F37–F41.
68. Wilson-Costello, D., & Payne, A. (2015). Early childhood neurodevelopmental outcomes of high-risk neonates. In *Nelson Textbook of Pediatrics* (10th ed., pp. 1018–1031). Philadelphia: Saunders.
69. Joo, J. W., Choi, J. Y., Rha, D. W., Kwak, E. H., & Park, E. S. (2015). Neuropsychological outcomes of preterm birth in children with no major neurodevelopmental impairments in early life. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(5), 676–685.
70. Edwards, J., Berube, M., Erlandson, K., Haug, S., Johnstone, H., Meagher, M., et al. (2011). Developmental coordination disorder in school-aged children born very preterm and/or at very low birth weight: a systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(9), 678–687.
71. Danks, M., Maideen, M. F., Burns, Y. R., O’Callaghan, M. J., Gray, P. H., Poulsen, L., et al. (2012). The long-term predictive validity of early motor development in "apparently normal" ELBW survivors. *Early Human Development*, 88(8), 637–641.
72. Himmelman, K., Hagberg, G., Beckung, E., Hagberg, B., & Uvebrant, P. (2005). The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995–1998. *Acta Paediatrica*, 94(3), 287–294.
73. Platt, M., Cans, C., Johnson, A., Surman, G., et al. (2007). Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *The Lancet*, 369(9555), 43–50.
74. Hagberg, B., Hagberg, G., Beckung, E., & Uvebrant, P. (2001). Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991–94. *Acta Paediatrica*, 90(3), 271–277.
75. Himmelman, K., & Uvebrant, P. (2018). The panorama of cerebral palsy in Sweden part XII shows that patterns changed in the birth years 2007–2010. *Acta Paediatrica*, 107(3), 462–468.
76. Winter, S., Autry, A., Boyle, C., & Yeargin-Allsopp, M. (2002). Trends in the prevalence of cerebral palsy in a population-based study. *Pediatrics*, 110(6), 1220–1225.
77. Wilson-Costello, D., Friedman, H., Minich, N., Siner, B., Taylor, G., Schluchter, M., et al. (2007). Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000–2002. *Pediatrics*, 119(1), 37–45.
78. Virella, D., Folha, T., Andrada, M., Cadete, A., Gouveia, R., Gaia, T., et al. (2018). *Vigilância nacional da paralisia cerebral aos 5 anos de idade: crianças nascidas entre 2001 e 2007* (2nd ed.). Lisboa: Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral.
79. Farooqi, A., Hägglöf, B., Sedin, G., Gothefors, L., & Serenius, F. (2006). Chronic conditions, functional limitations, and special health care needs in 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*, 118(5), e1466–e1477.
80. Rudanko, S. L., Fellman, V., & Laatikainen, L. (2003). Visual impairment in children born prematurely from 1972 through 1989. *Ophthalmology*, 110(8), 1639–1645.
81. Chhablani, P. P., & Kekunnaya, R. (2014). Neuro-ophthalmic manifestations of prematurity. *Indian Journal of Ophthalmology*, 62(10), 992–995.
82. Webber, A. L., & Wood, J. (2005). Amblyopia: prevalence, natural history, functional effects, and treatment. *Clinical and Experimental Optometry*, 88(6), 365–375.
83. Blencowe, H., Lawn, J. E., Vazquez, T., Fielder, A., & Gilbert, C. (2013). Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for 2010. *Pediatric Research*, 74(Suppl 1), 35–49.
84. Yu, B., Guo, Q., Fan, G., & Liu, N. (2011). Assessment of cortical visual impairment in infants with periventricular leukomalacia: a pilot event-related fMRI study. *Korean Journal of Radiology*, 12(4), 463–472.
85. Hellström, A., Smith, L. E., & Dammann, O. (2013). Retinopathy of prematurity. *The Lancet*, 382(9902), 1445–1457.
86. O’Connor, A. R., Wilson, C. M., & Fielder, A. R. (2007). Ophthalmological problems associated with preterm birth. *Eye (London, England)*, 21(10), 1254–1260.

87. Saigal, S., Stoskopf, B., Boyle, M., Paneth, N., Pinelli, J., Streiner, D., et al. (2007). Comparison of current health, functional limitations, and health care use of young adults who were born with extremely low birth weight and normal birth weight. *Pediatrics*, 119(3), e562–e573.
88. O'Connor, A. R., Stephenson, T., Johnson, A., Tobin, M. J., Moseley, M. J., Ratib, S., et al. (2002). Long-term ophthalmic outcome of low birth weight children with and without retinopathy of prematurity. *Pediatrics*, 109(1), 12–18.
89. Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M. A., & Samara, M.; EPICure Study Group. (2005). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 352(1), 9–19.
90. Saigal, S. L., Stoskopf, B. L., Streiner, D., & Burrows, E. (2001). Physical growth and current health status of infants who were of extremely low birth weight and controls at adolescence. *Pediatrics*, 108(2), 407–415.
91. Rushing, S., & Ment, L. R. (2004). Preterm birth: a cost-benefit analysis. *Seminars in Perinatology*, 28(6), 444–450.
92. Olusanya, B. O., Neumann, K. J., & Saunders, J. E. (2014). The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(5), 367–373.
93. Therien, J. M., Worwa, C. T., Mattia, F. R., & deRegnier, R. A. (2004). Altered pathways for auditory discrimination and recognition memory in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46(12), 816–824.
94. Cristobal, R., & Oghalai, J. S. (2008). Hearing loss in children with very low birth weight: current review of epidemiology and pathophysiology. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 93(6), F462–F468.
95. Engdahl, B., & Eskild, A. (2007). Birthweight and the risk of childhood sensorineural hearing loss. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(6), 495–500.
96. Doyle, L. W., & Anderson, P. J.; Victorian Infant Collaborative Study Group. (2005). Improved neurosensory outcome at 8 years of age of extremely low birth weight children born in Victoria over three distinct eras. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90(6), F484–F488.
97. Voss, W., Jungmann, T., Wachtendorf, M., & Neubauer, A. P. (2012). Long-term cognitive outcomes of extremely low-birth-weight infants: the influence of the maternal educational background. *Acta Paediatrica*, 101(6), 569–573.
98. Aylward, G. P. (2005). Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(6), 427–440.
99. Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Eryigit-Madzwamuse, S., & Wolke, D. (2017). Long-term stability of language performance in very preterm, moderate-late preterm, and term children. *The Journal of Pediatrics*, 181, 74–79.e3.
100. Barre, N., Morgan, A., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2011). Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 158(5), 766–774.e1.
101. Vanderbilt, D., & Gleason, M. M. (2010). Mental health concerns of the premature infant through the lifespan. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 211–228.
102. Vinall, J., & Grunau, R. E. (2014). Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatric Research*, 75(5), 584–587.
103. Haller, S., Deindl, P., Cassini, A., Suetens, C., Zingg, W., Abu Sin, M., et al. (2016). Neurological sequelae of healthcare-associated sepsis in very-low-birth-weight infants: umbrella review and evidence-based outcome tree. *Eurosurveillance*, 21(8), 30143.
104. Bell, M. J., Ternberg, J. L., Feigin, R. D., Keating, J. P., Marshall, R., Barton, L., et al. (1978). Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. *Annals of Surgery*, 187(1), 1–7.
105. Guy, A., Seaton, S. E., Boyle, E. M., Draper, E. S., Field, D. J., Manktelow, B. N., et al. (2015). Infants born late/moderately preterm are at increased risk for a positive autism screen at 2 years of age. *The Journal of Pediatrics*, 166(2), 269–75.e3.
106. Saigal, S., Day, K. L., Van Lieshout, R. J., Schmidt, L. A., Morrison, K. M., Boyle, M. H., et al. (2016). Health, wealth, social integration, and sexuality of extremely low-birth-weight prematurely born adults in the fourth decade of life. *JAMA Pediatrics*, 170(7), 678–86.

107. Mathewson, K. J., Chow, C. H., Dobson, K. G., Pope, E. I., Schmidt, L. A., Van Lieshout, R. J. (2017). Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143(4), 347–83.
108. Davidson, L. M., Berkelhamer, S. K. (2017). Bronchopulmonary dysplasia: chronic lung disease of infancy and long-term pulmonary outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 6(1), 4.
109. Baker, C. D., Abman, S. H., Mourani, P. M. (2014). Pulmonary hypertension in preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology*, 27(1), 8–16.
110. Shannon, J., Wikenheiser-Brokamp, K., Greenberg, J. (2016). Lung growth and development. In C. Broaddus, R. Mason, J. Ernst, T. King, S. Lazarus, J. Murray, et al. (Eds.), *Textbook of Respiratory Medicine* (6th ed., pp. 22–31.e4). Philadelphia: Saunders.
111. Baraldi, E., Filippone, M. (2007). Chronic lung disease after premature birth. *New England Journal of Medicine*, 357(19), 1946–55.
112. Zysman-Colman, Z., Tremblay, G. M., Bandeali, S., Landry, J. S. (2013). Bronchopulmonary dysplasia - trends over three decades. *Paediatrics & Child Health*, 18(2), 86–90.
113. O'Connor, M., Cornfield, D., Austin, E. (2016). Pulmonary hypertension in the premature infant: a challenging comorbidity in a vulnerable population. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(3), 324–30.
114. Bolton, C. E., Bush, A., Hurst, J. R., Kotecha, S., McGarvey, L. (2015). Lung consequences in adults born prematurely. *Thorax*, 70(6), 574–80.
115. Amin, S. C., Pappas, C., Iyengar, H., Maheshwari, A. (2013). Short bowel syndrome in the NICU. *Clinics in Perinatology*, 40(1), 53–68.
116. Wales, P. W., Christison-Lagay, E. R. (2010). Short bowel syndrome: epidemiology and etiology. *Seminars in Pediatric Surgery*, 19(1), 3–9.
117. Stey, A., Barnert, E. S., Tseng, C. H., Keeler, E., Needleman, J., Leng, M., et al. (2015). Outcomes and costs of surgical treatments of necrotizing enterocolitis. *Pediatrics*, 135(5), e1190–7.
118. Rees, C. M., Pierro, A., Eaton, S. (2007). Neurodevelopmental outcomes of neonates with medically and surgically treated necrotizing enterocolitis. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 92(3), F193–8.
119. Soltys, K. A., Bond, G., Sindhi, R., Rassmussen, S. K., Ganoza, A., Khanna, A., et al. (2017). Pediatric intestinal transplantation. *Seminars in Pediatric Surgery*, 26(4), 241–9.
120. Charlton, J. R., Guillet, R. (2018). Neonatal acute kidney injury: diagnosis, exposures, and long-term outcomes. *Neoreviews*, 19(6), e322–e336.
121. Chevalier, R. L. (1996). Developmental renal physiology of the low birth weight pre-term newborn. *The Journal of Urology*, 156(2 Pt 2), 714–9.
122. Iyengar, A., Nesargi, S., George, A., Sinha, N., Selvam, S., Luyckx, V. A. (2016). Are low birth weight neonates at risk for suboptimal renal growth and function during infancy? *BMC Nephrology*, 17(1), 100.
123. Greenberg, J. H., Coca, S., Parikh, C. R. (2014). Long-term risk of chronic kidney disease and mortality in children after acute kidney injury: a systematic review. *BMC Nephrology*, 15(1), 184.
124. Mammen, C., Al Abbas, A., Skippen, P., Nadel, H., Levine, D., Collet, J. P., et al. (2012). Long-term risk of CKD in children surviving episodes of acute kidney injury in the intensive care unit: a prospective cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*, 59(4), 523–30.
125. Kelli, H., Kassas, I., Lattouf, O. (2015). Cardio-metabolic syndrome: a global epidemic. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 6(3), 2–14.
126. Barker, D. J. (1999). Early growth and cardiovascular disease. *Archives of Disease in Childhood*, 80(4), 305–7.
127. Barker, D. J., Bull, A. R., Osmond, C., Simmonds, S. J. (1990). Fetal and placental size and risk of hypertension in adult life. *BMJ*, 301(6746), 259–62.
128. Parkinson, J., Hyde, M., Gale, C., Santhakumaran, S., Modi, N. (2013). Preterm birth and the metabolic syndrome in adult life: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 131(4), e1240–e1263.
129. Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Cooper, C., Thornburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine*, 359(1), 61–73.
130. Kajantie, E., Hovi, P. (2014). Is very preterm birth a risk factor for adult cardiometabolic disease? *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19(2), 112–7.

131. Rosendaal, F. R. (1999). Venous thrombosis: a multi-causal disease. *The Lancet*, 353(9159), 1167–73.
132. Zöller, B., Li, X., Sundquist, J., Sundquist, K., Crump, C. (2014). Gestational age and risk of venous thromboembolism from birth through young adulthood. *Pediatrics*, 134(2), e473–80.
133. Setty, B. A., O'Brien, S. H., Kerlin, B. A. (2012). Pediatric venous thromboembolism in the United States: a tertiary care complication of chronic diseases. *Pediatric Blood & Cancer*, 59(2), 258–64.
134. Hornik, C. P., Fort, P., Clark, R. H., Watt, K., Benjamin, D. K. Jr., Smith, P. B., et al. (2012). Early and late onset sepsis in very-low-birth-weight infants from a large group of neonatal intensive care units. *Early Human Development*, 88(Suppl 2), S69–74.
135. Sonnenschein-van der Voort, A. M., Arends, L. R., de Jongste, J. C., Annesi-Maesano, I., Arshad, S. H., Barros, H., et al. (2014). Preterm birth, infant weight gain, and childhood asthma risk: a meta-analysis of 147,000 European children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(5), 1317–29.
136. Barbarot, S., Gras-Leguen, C., Colas, H., Garrot, E., Darmaun, D., Larroque, B., et al. (2013). Lower risk of atopic dermatitis among infants born extremely preterm compared with higher gestational age. *British Journal of Dermatology*, 169(6), 1257–64.
137. Goedicke-Fritz, S., Härtel, C., Krasteva-Christ, G., Kopp, M. V., Meyer, S., Zemlin, M. (2017). Preterm birth affects the risk of developing immune-mediated diseases. *Frontiers in Immunology*, 8, 1266.
138. Groer, M. W., Gregory, K. E., Louis-Jacques, A., Thibeau, S., Walker, W. A. (2015). The very low birth weight infant microbiome and childhood health. *Birth Defects Research. Part C, Embryo Today*, 105(4), 252–64.
139. Groer, M. W., Luciano, A. A., Dishaw, L. J., Ashmeade, T. L., Miller, E., Gilbert, J. A. (2014). Development of the preterm infant gut microbiome: a research priority. *Microbiome*, 2(1), 38.
140. Johnston, K. M., Gooch, K., Korol, E., Vo, P., Eyawo, O., Bradt, P., et al. (2014). The economic burden of prematurity in Canada. *BMC Pediatrics*, 14(1), 93.
141. Petrou, S., Sach, T., Davidson, L. (2001). The long-term costs of preterm birth and low birth weight: results of a systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 27(2), 97–115.
142. van Exel, J., Bobinac, A., Koopmanschap, M., Brouwer, W. (2008). The invisible hands made visible: recognizing the value of informal care in healthcare decision-making. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 8(6), 557–61.
143. Hoefman, R. J., van Exel, J., Brouwer, W. (2013). How to include informal care in economic evaluations. *Pharmacoeconomics*, 31(12), 1105–19.
144. Morgan, J., Boyle, E. (2018). The late preterm infant. *Paediatrics & Child Health (Oxford)*, 28(1), 13–7.
145. Vohr, B. (2013). Long-term outcomes of moderately preterm, late preterm, and early term infants. *Clinics in Perinatology*, 40(4), 739–51.
146. Lupton, A. R. (2013). Neurologic and metabolic issues in moderately preterm, late preterm, and early term infants. *Clinics in Perinatology*, 40(4), 723–38.
147. Kramer, M. S., Demissie, K., Yang, H., Platt, R. W., Sauvé, R., Liston, R.; Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA*, 284(7), 843–9.
148. WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO.
149. Lorch, S. A., & Enlow, E. (2016). The role of social determinants in explaining racial/ethnic disparities in perinatal outcomes. *Pediatric Research*, 79(1-2), 141–7.
150. Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11(1), 66.
151. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2017). Parecer relativo ao projeto de decreto-lei que procede a regulamentação da Lei n.o 17/2016, de 20 de junho (Internet). Lisboa: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Retrieved from <http://www.cnpma.org.pt/>
152. Carter, F. A., & Msall, M. E. (2018). Long-term functioning and participation across the life course for preterm neonatal intensive care unit graduates. *Clinics in Perinatology*, 45(3), 501–27.

153. Shapiro-Mendoza, C. K., Barfield, W. D., Henderson, Z., James, A., Howse, J. L., Iskander, J., et al. (2016). CDC Grand Rounds: public health strategies to prevent preterm birth. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(32), 826–30.
154. Shulman, H., Angelo, D., Harrison, L., Smith, R., & Warner, L. (2018). The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): overview of design and methodology. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1305–1313.
155. Gould, J. B. (2010). The role of regional collaboratives: the California Perinatal Quality Care Collaborative model. *Clinics in Perinatology*, 37(1), 71–86.
156. Correia, S., Rodrigues, T., Montenegro, N., & Barros, H. (2015). Critical evaluation of national vital statistics: the case of preterm birth trends in Portugal. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(11), 1215–22.



გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის თავისებურებები ევროპის ქვეყნებში

Peculiarities of external reference pricing policy in European countries

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.11>

ზანდა ფერიშვილი^{1a}

Zanda Ferishvili^{1a}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

მედიკამენტების მაღალი ფასები ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას, რაც ამცირებს მათზე მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. საქართველოში მედიკამენტების სიძვირის ერთ-ერთი მიზეზია ფარმაცევტული სფეროს რეგულირების მნიშვნელოვანი ხარვეზები, რომლის შედეგია მედიკამენტების ჭარბი მოხმარება და დაურეგულირებელი ფასები. მედიკამენტების ფასების რეგულირების და შესაბამისად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად 2022 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა. საქართველოში გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მეთოდის დანერგვის შედეგად მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გაიზარდა და ჯიბიდან მაღალი გადახდები შედარებით შემცირდა. ფარმაცევტული ფასებისა და შესყიდვის ეფექტიანი პოლიტიკის შემუშავებისას, საქართველოს მთავრობამ უნდა გაითვალისწინონ მსოფლიოში დაგროვილი გამოცდილება. მნიშვნელოვანია გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმთან ერთად, ფასების სხვადასხვა ტექნიკების ეტაპობრივი დანერგვა.

საკვანძო სიტყვები: გარე რეფერენტული ფასწარმოქმა, მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა

ციტატა: ზანდა ფერიშვილი. გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის თავისებურებები ევროპის ქვეყნებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

Abstract

High prices of medicines contribute to the growth of healthcare costs, which reduces the financial access of the population to them. One of the reasons for the high cost of medicines in Georgia is the significant deficiencies in the regulation of the pharmaceutical sector, which results in excessive consumption of medicines and unregulated prices. To regulate the prices of medicines and, accordingly, to increase financial access to them, an external reference pricing policy has been implemented in Georgia since 2022. As a result of the implementation of the external reference pricing method in Georgia, access to medicines has increased and high out-of-pocket payments have been relatively reduced. When developing an effective pharmaceutical policy, the government should take into account the accumulated experience in the world. Along with the external reference pricing mechanism, it is important to gradually introduce different pricing techniques.

Keywords: external reference pricing, access to medicines, rising health care costs

Quote: Zanda Ferishvili. Peculiarities of external reference pricing policy in European countries. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

^a z_ferishvili@cu.edu.ge

შესავალი

ფარმაცევტული ინდუსტრიის მთავარ ბაზარს განსაზღვრავენ განვითარებული ქვეყნები. მაღალ შემოსავლიანი ქვეყნები წარმოადგენენ მსოფლიოს მოსახლეობის 16%-ს და მსოფლიო ფარმაცევტულ დანახარჯებში აქვთ 78,5% მაჩვენებელი. დაბალი და საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნები კი შეადგენენ, მსოფლიოს მოსახლეობის 84%-ს და მსოფლიო ფარმაცევტულ დანახარჯებში აქვთ მხოლოდ 21,5%. ამან გამოიწვია მნიშვნელოვანი განსხვავება ერთ სულ მოსახლეზე ფარმაცევტულ ხარჯებთან, რომელიც მერყეობდა 7.61 აშშ დოლარის ფარგლებში დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ხოლო მაღალ შემოსავლიან ქვეყნებში 431.6 აშშ დოლარამდე (Lu et al. 2011). შედეგად, დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში, მედიკამენტების ხარჯები მეტად ცვალებადი და სწრაფად მზარდია, რაც ფარმაცევტული ინდუსტრიისთვის დიდ ინტერესს იწვევს.

მედიკამენტების მაღალი ფასები ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას მთელ მსოფლიოში (აზიკური და ვერულავა, 2022). ბოლო ათი წლის განმავლობაში მოსახლეობის მიერ მედიკამენტებზე დახარჯული თანხები 50%-ით გაიზარდა (Lu et al., 2011). აღნიშნული უარყოფითად მოქმედებს მედიკამენტების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე (WHO 2004; OECD, 2008).

კვლევები ადასტურებენ, რომ მედიკამენტები ბევრად უფრო ძვირია დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, ვიდრე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში. ფარმაცევტულ პროდუქტზე მაღალი ფასები, საჭირო მედიკამენტებზე ნაკლები ხელმისაწვდომობა და მნიშვნელოვნად გაზრდილი ხარჯები, ხელს უშლის უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას. გაეროს მდგრადი განვითარების გლობალური მიზანია 2030 წლისთვის მსოფლიოს თითოეული ქვეყნის მოსახლეობის თანაბარი ხელმისაწვდომობა მათთვის საჭირო მედიკამენტებზე (World health statistics, 2023).

საქართველოში ზოგიერთი მედიკამენტი ბევრად უფრო ძვირი ღირს, ვიდრე ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო დაბალშემოსავლიანი ქვეყანაა, მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს აუცილებელ მედიკამენტებში უწევს იმაზე გაცილებით მეტი თანხის გადახდა ვიდრე მათი შემოსავალია. ჯანდაცვის დანახარჯებში მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების წილი 40-45%-ია, რაც მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია. (Goginashvili et al., 2021). კვლევები აჩვენებენ, რომ მოსახლეობის 50% ვერ ახერხებს ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენას (National Democratic Institute, 2019).

საქართველოში მედიკამენტების სიძვირის ერთ-ერთი მიზეზია ფარმაცევტული სფეროს რეგულირების მნიშვნელოვანი ხარვეზები, რომლის შედეგია მედიკამენტების ჭარბი მოხმარება და დაურეგულირებელი ფასები (Curatio International Foundation, 2019). საქართველო დამოკიდებულია მედიკამენტების იმპორტზე. მოხმარებული წამლების 95% იმპორტირებულია. როდესაც ლარის კურსი იცვლება, ავტომატურად ეს ცვლილება აისახება მედიკამენტის ფასზე. ერთ-ერთი ფაქტორია დაბალ ანაზღაურებადი ექიმები, რომლებიც ცდილობენ თავიანთი დაბალი შემოსავალი დააკომპენსირონ ძვირადღირებული არასაჭირო მედიკამენტების გამოწერით.

მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების უმეტესობას, პრობლემის მოგვარების მიზნით, შემუშავებული აქვს სათანადო პოლიტიკა, რომელიც მოიცავს ფარმაცევტული პროდუქტის ფასების ან შესყიდვების რეგულაციებს (Ritveld & Haaijer-Ruskamp, 2002; ბაკარაძე, 2023; მასიუკოვიჩი, 2023; ნემსაძე, 2023). ფარმაცევტული ბაზრები შედარებით სუსტადაა რეგულირებული დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებთან შედარებით (Joncheere et al. 2002).

საქართველოში 2022 წლის 26 დეკემბერს მიღებულ იქნა ფარმაცევტული პროდუქტის ფასის სახელმწიფო რეგულირების კანონი (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, 2022). მისი მიზანია მედიკამენტების ფასების რეგულირება, ფარმაცევტულ პროდუქტზე ხარჯების შემცირება, რაც გაზრდის ფინანსურ ხელმისაწვდომობას და გააუმჯობესებს წვდომას უსაფრთხო და ხარისხიან მედიკამენტებზე.

მედიკამენტზე გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა არის ფასის რეგულირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი, რომელიც გამოიყენება ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, რომ ფარმაცევტულ პროდუქტზე გადახდილი ფასი ქვეყანაში არ აღემატებოდეს არაგონივრულად გადახდილ ფასს შესადარებელ ქვეყნებში (WHO, 2019). ძირითადად, ფასების კონტროლი ვრცელდება სახელმწიფო პროგრამით ანაზღაურებად მედიკამენტებზე, ხოლო არაანაზღაურებად მედიკამენტებზე, როგორც წესი, თავისუფალი ფასი დგინდება.

კვლევის მიზანია საქართველოში გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის გამოწვევების შესწავლა, საერთაშორისო გამოცდილების საფუძველზე გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის პოტენციური რისკების და საფრთხეების შეფასება.

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის ტექნიკა

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა არის ფასების რეგულირების ეფექტური ინსტრუმენტი, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში. ფარმაცევტულ პროდუქტზე მისაღები და გონივრული ფასის დადგენა შედარებით რთული საკითხია. ფასის დადგენაზე გავლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები: გეოგრაფიული სიახლოვე, ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტის მოცულობა, სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული მედიკამენტების შერჩევის წესი, ფარმაცევტული ბაზრის თავისებურებები (Mosialos et al. 2006). უმეტესად გამოიყენება ფასწარმოქმნის ორი ან მეტი მეთოდის კომბინაცია: გარე რეფერენტული ფასი, შიდა რეფერენტული ფასი, მოგების ზღვარი და ეკონომიკური ანალიზი (Jacobzone, 2000).

მედიკამენტების ფასების რეგულირების ერთ-ერთი ყველაზე გამოყენებადი ტექნიკაა, გარე რეფერენტული ფასი, რომელიც ასევე ხშირად გამოიყენება ფასების რეგულირების სხვა ტექნიკებთან ერთად (Vogler et al. 2008). გარე რეფერენტული ფასის ტექნიკა მოიცავს სხვადასხვა შესადარებელ ქვეყანაში ფარმაცევტული პროდუქტის ფასების ერთმანეთთან შედარებას, რათა დადგინდეს ფარმაცევტული პროდუქტის ბაზარზე გაყიდვის ფასი და ანაზღაურების ფასის ზღვარი. აღნიშნული ტექნიკა გამოიყენება ფარმაცევტულ ბაზარზე ფასების ზრდის დასარეგულირებლად და მედიკამენტებზე მისაღები ფასის გამოსათვლელად (Ritveld & Haaijer-Ruskamp, 2002).

გარე რეფერენტული ფასების დადგენის ტექნიკა მოიცავს სამ სტადიას:

პირველ სტადიაზე ხდება რეფერენტული ქვეყნების დახარისხება, იმის მიხედვით, თუ რამდენად მსგავსია ქვეყნები გეოგრაფიული მოცულობით, აქვთ თუ არა მსგავსი ეკონომიკა, არის თუ არა საჯარო და ხელმისაწვდომი მედიკამენტების ფასების შესახებ ინფორმაცია, როგორია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები, რამდენად ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაზღვევა აქვთ, რამდენი იხარჯება მედიკამენტებზე (Espin et al. 2011). რეფერენტული ქვეყნები, როგორც წესი, დაახლოებით ხუთია, მაგრამ რაც უფრო მეტი ქვეყანა შეირჩევა მით უფრო იზრდება ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე რეფერენტულ ქვეყნებში (Vogler et al. 2008).

მეორე სტადიაზე ხდება შესადარებელი ფასის დადგენა. ევროპის ქვეყნების უმრავლესობა შედარებისთვის იყენებს მედიკამენტის მწარმოებელი ქარხნის ფასს, რადგან ფასების რეგულირების ეს მეთოდი საკმაოდ ამცირებს მედიკამენტების ფასების სხვაობას და მისი მეშვეობით გამოითვლება სასურველი ზღვრული ფასი; მაგალითად, პოლონეთი იყენებს, როგორც საბითუმო, ასევე სააფთიაქო საცალო ფასს.

მესამე სტადიაზე ხდება გარე რეფერენტული ფასის გამოსათვლელად საშუალო ფასის დადგენა (Vogler et al., 2008). საშუალო რეფერენტული ფასი ზოგჯერ დგინდება, როგორც სხვა ქვეყნების საშუალო ფასის გარკვეული პროცენტი, მაგალითად, სლოვენიაში ეს შეიძლება იყოს ბრენდი მედიკამენტების 85% და სლოვენიაში წარმოებული გენერიკული მედიკამენტების 96%. სხვა ქვეყნებში ფასების გარე საორიენტაციო მაჩვენებელი შეიძლება იყოს ყველაზე მინიმალური ფასი, სამი ყველაზე მინიმალური ფასის საშუალო ან სამი ყველაზე მინიმალური ფასის საშუალოს პლუს 10% (OECD, 2008). გარე რეფერენტული ფასების ტექნიკა უნდა იყოს

მარტივი, განახლებადი და ხელმისაწვდომი ყველა იმ ქვეყნისთვის, რომლებიც მას იყენებენ ფასების შესადარებლად (Espin et al. 2011).

მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასის გაანგარიშების მექანიზმი

ქვეყნები გარე რეფერენტული ფასის გამოსათვლელად ირჩევენ შესადარებელი ქვეყნების სიას, რომლის მიხედვითაც დგინდება მედიკამენტის ფასი. ეს მეთოდი, როგორც წესი, განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. ხშირად, გამოიყენებენ ყველაზე დაბალ ფასს, თუმცა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში ფასების საშუალო ან მედიანური ტექნიკაც გამოიყენება.

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმი განსხვავდება შემდეგი ნიშნებით:

- მითითებული ქვეყნების რაოდენობა და ამ ქვეყნების შერჩევა;
- ფასების გამოთვლის მეთოდი (მაგ., მინიმალური, მედიანა, საშუალო ან მითითებული ქვეყნების შეწონილი ინდექსი);
- როგორ მიიღება ფასები (მაგ. ფარმაცევტული კომპანიებიდან);
- გამოყენებული ფასის ტიპი (მაგ., ქარხნული, საბითუმო ან საცალო);
- გამოიყენებენ ფასების რეგულირების მხოლოდ ერთ მეთოდს ან რეგულირების სხვა მექანიზმებთან ერთად;
- ფასების გადასინჯვის სიხშირე და მიდგომა.

ზოგიერთი ქვეყნისთვის გარე საორიენტაციო ფასად მიჩნეულია ქარხნული ფასი, რომელიც გამოიყენება მედიკამენტების ფასების დასარეგულირებლად. ევროპის 17 სახელმწიფო იყენებდა და ზოგი დღესაც იყენებს ქარხნულ ფასს, როგორც ფასების რეგულირების მექანიზმს. დროთა განმავლობაში, იგი ჩანაცვლდა საბითუმო ფასის და სააფთიაქო საცალო ფასის მეთოდით. იტალიაში გამოიყენება ქარხნული ფასები, ლუქსემბურგსა და მალტაში გამოიყენება სააფთიაქო საცალო ფასი. ლატვიაში ფასების საორიენტაციო ფასად გამოიყენება სააფთიაქო საცალო ფასი, იმის მიხედვით, არის თუ არა მედიკამენტი იმპორტირებული (Rémuzat et al., 2015).

ფასის რეგულირების ქართული მოდელი ფასებს არეგულირებს საბითუმო და საცალო რეალიზაციის დონეზე. საქართველოში გარე რეფერენტული ფასი მოიცავს ბრენდირებულ ფარმაცევტულ პროდუქტს, გენერიკულ მედიკამენტებსა და ბიოსიმილარულ (ორიგინალური ბიოლოგიური აგენტების თითქმის მსგავსი საშუალება) სამკურნალო საშუალებებს (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, 2022).

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო ადგენს რეფერენტული ფასს საერთაშორისოდ აღიარებული არაპატენტირებული დასახელების დონეზე და ფასები რეგულირდება რეფერენტული საბითუმო და რეფერენტული საცალო ფასების სახით.

სახელმწიფო ფასების რეგულირებისთვის იყენებს რეფერენტულ საბითუმო ფასს, ამისათვის, გამოიყენება ფასების გარე რეფერენტულ მეთოდი. თავდაპირველად, გამოითვლება ყველაზე მაღალი საბითუმო ფასი. შემდეგ, განისაზღვრება რეფერენტული საცალო ფასი, რომელიც დგინდება რეფერენტულ საბითუმო ფასზე რეგულარული საცალო დარიცხვებით. საბოლოოდ კი, გამოითვლება ზღვრული რეფერენტული საცალო ფასი. (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, 2022). გარე რეფერენტული ფასები განსხვავდება მიმდინარე ფასებისგან, ისინი ადგენენ დასაშვებ ფასის ზედა ზღვარს.

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგია

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის შემუშავებისას ქვეყნები ცდილობენ განსაზღვრონ მედიკამენტის ყველაზე გონივრული ფასი. პირველი ეს არის, ქარხნული ფასი ანუ მწარმოებელი ქარხნის მიერ შემუშავებული ფასი. მეორე ეს არის, საბითუმო ფასი, სადაც იგულისხმება აფთიაქის მიერ წამლის შესყიდვის ფასი. მესამე მეთოდი არის საცალო გაყიდვების ფასი, რომელიც გულისხმობს მწარმოებლის ფასს, საბითუმო გამყიდველის სავაჭრო ფასს და სააფთიაქო საცალო ფასს (Carone et al., 2012).

მედიკამენტების საერთაშორისო საბითუმო ფასი გამოითვლება იმის მიხედვით, თუ რა ღირს შერჩეული ფარმაცევტული პროდუქტი სხვა რეფერენტულ ქვეყნებში. იგი დგინდება

შესადარებელ ქვეყნებში შერჩეული მედიკამენტების საშუალო საბითუმო ფასის და საშუალო არითმეტიკულის გაანგარიშებით.

წარმოდგენილი ფორმულა ადგენს რეფერენტულ საბითუმო ფასს:

- რეფერენტული საბითუმო ფასი საქართველოში (RWP – Reference Wholesale Price in Georgia);
- პირველ ქვეყანაში საშუალო საბითუმო ფასი (APC1 – average Wholesale price in country 1);
- მეორე ქვეყანაში საშუალო საბითუმო ფასი (APC2 – average Wholesale price in country 2);
- მესამე ქვეყანაში საშუალო საბითუმო ფასი (APC3 – average Wholesale price in country 3);
- მეოთხე ქვეყანაში საშუალო საბითუმო ფასი (APC4 – average Wholesale price in country 4).

როდესაც შერჩეულ რეფერენტულ ქვეყანაში მსგავსი ფარმაცევტული პროდუქტი არ მოიძებნება, მაშინ მედიკამენტების საბითუმო ფასი გამოითვლება, სხვა დანარჩენი რეფერენტული ქვეყნების შესადარებელი პროდუქტების საშუალო საბითუმო ფასის, საშუალო არითმეტიკულის გაანგარიშებით. შესადარებელი პროდუქტის საბითუმო ფასები ითვლება ევროში. (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, 2022).

კანონით დაუშვებელია მედიკამენტების რეალიზაცია იმაზე მაღალ ფასში, ვიდრე ეს დადგენილი საცნობარო საბითუმო ფასია. (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, 2022).

საერთაშორისო საცალო ფასი გამოითვლება საცნობარო საბითუმო ფასის და აფთიაქის გადასახადის პროცენტის ან საცალო კოეფიციენტის გამოყენებით.

1. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 5 ლარია, მისი დანამატი 40%-ია;
2. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 5-დან 10 ლარის ფარგლებშია, მისი დანამატი 35%- ია;
3. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 10-დან 20 ლარის ფარგლებშია, მისი დანამატი 30% - ია;
4. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 20-დან 30 ლარის ფარგლებშია, მისი დანამატი 25%- ია;
5. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 30-დან 50 ლარის ფარგლებშია, მისი დანამატი 20%- ია;
6. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 50-დან 100 ლარის ფარგლებშია, მისი დანამატი 15%- ია;
7. როდესაც საცნობარო საბითუმო ფასი 100 ლარს აღემატება, მაშინ საცნობარო საბითუმო ფასს დაემატება 20 ლარი.

კანონით დაუშვებელია მედიკამენტების რეალიზაცია იმაზე მაღალ ფასში, ვიდრე ეს დადგენილი საცნობარო საცალო ფასია (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, 2022).

საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით, ქვეყნები მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასის გამოსათვლელად ითვალისწინებენ შემდეგ ფაქტორებს: ირჩევენ ისეთ ქვეყნებს, რომლებიც ერთმანეთთან გეოგრაფიულად ახლოს არიან, სოციო-ეკონომიკურად მსგავსნი არიან, აქვთ ისტორიულ კავშირები, გამოირჩევიან ფასების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გამჭვირვალობით, ჯანმრთელობის მსგავსი დაზღვევის სისტემა აქვთ და ფარმაცევტულ ინდუსტრიაში გამოირჩევიან ინვესტიციების სათანადო დონით (Espin et al. 2011).

საქართველო იყენებს ფასების საერთაშორისო შედარებისთვის ოთხ რეფერენტულ ქვეყანას. ეს ქვეყნებია: მონტენეგრო, ჩრდილოეთ მაკედონიის რესპუბლიკა, ბულგარეთის რესპუბლიკა და ლატვიის რესპუბლიკა. ფასების გარე რეგულირების მექანიზმის გასაუმჯობესებლად საჭიროა რეფერენტული ქვეყნების ჩამონათვალის სიის პერიოდულად გადახედვა და განახლება.

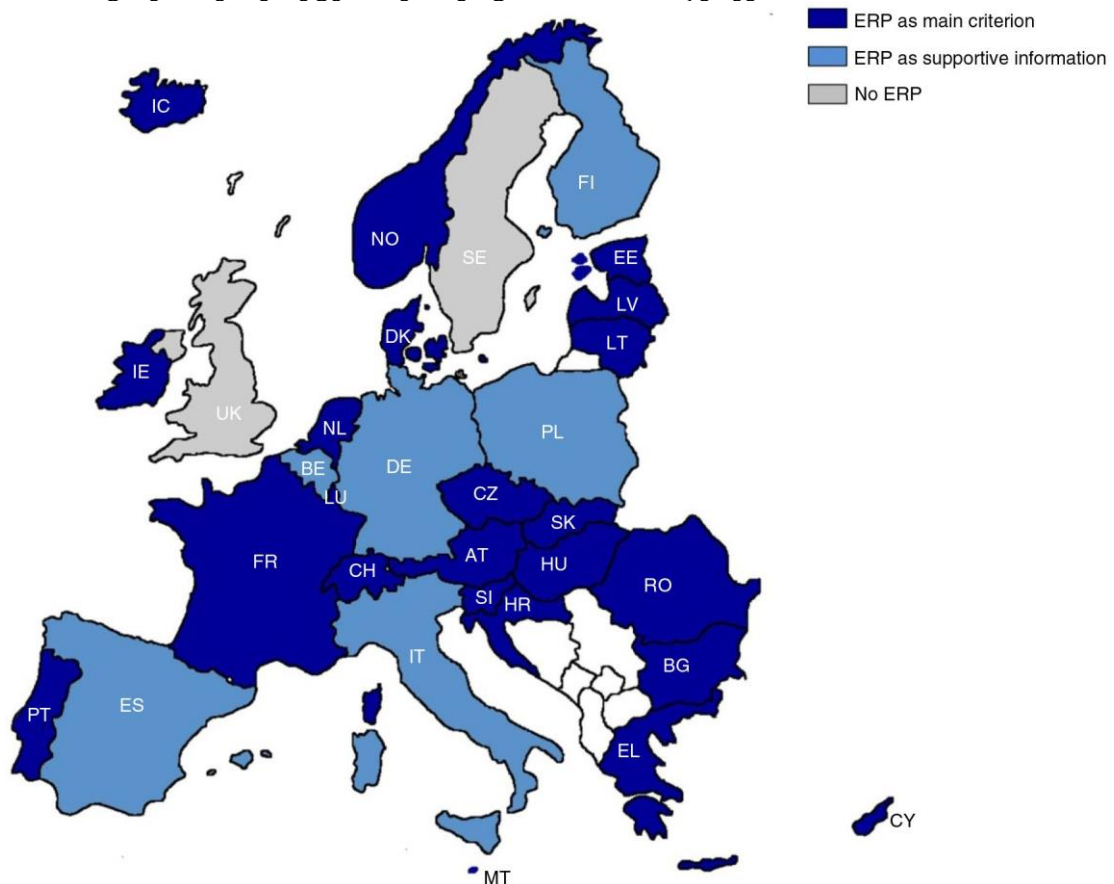
ფასების გარე რეფერენტული მექანიზმი ძირითადად მოიცავს მედიკამენტების შემდეგ ჯგუფებს: გენერიკებს, ასევე ბრენდულ ან სრულიად ახალ მედიკამენტებს, სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებად მედიკამენტებს, რეცეპტებით გაცემად მედიკამენტებს და ა.შ. გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა რომელ მედიკამენტებს მოიცავს ეს ძირითადად დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ ჯანდაცვის სიტემაზე და ფარმაციის პოლიტიკაზე.

საქართველოში რეფერენტული ფასწარმოქმნის რეგულაცია ვრცელდება, ონკოლოგიურ და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებზე, ანტიბიოტიკებზე, ტიპი 2 დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტებზე, ფარისებრი ჯირკვლისა და ფილტვის დაავადებების სამკურნალო საშუალებებზე, ეპილეფსიის და ა.შ. დღევანდელი მონაცემებით, 7103-მდე მედიკამენტი შესული ფასთა გარე რეგულირების სისტემაში.

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ევროპის ქვეყნებში

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა პირველად ფართოდ დაინერგა ევროპაში. ამ მექანიზმით ევროპის ქვეყნებმა ხელი შეუწყეს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას და ფარმაცევტულ პროდუქტზე ხარჯების შემცირებას. 2013 წლის აგვისტოს მდგომარეობით, ევროპის ყველა ქვეყანა, გარდა შვედეთისა და დიდი ბრიტანეთისა, იყენებს გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმს. (იხ. ნახ. 1). შვედეთი იყენებს შიდა საცნობარო ფასს.

ნახ. 1. ფასების გარე რეფერირება (გრფ) - ის მიმოხილვა ევროპაში.



წყარო: Remuzat, et al., 2015. <https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.27675>

ევროპის ქვეყნების უმრავლესობისთვის (31-დან 23) ფასების გარე რეფერირების მექანიზმი გამოიყენება, როგორც ძირითადი კრიტერიუმი ახალი წამლის ფასის დადგენისთვის. მხოლოდ ბელგია, ფინეთი, იტალია, პოლონეთი, ესპანეთი და გერმანია იყენებენ გარე რეფერენტულ ფასწარმოქმნის მექანიზმს, როგორც დამხმარე საჭირობას (Leopold, et al., 2012).

• ბელგიაში, გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა გამოიყენება, არა როგორც დამხმარე მექანიზმი, არამედ როგორც ფასების შემცირების ძირითადი კრიტერიუმი. ამ მედიკამენტების

ფასები შედარებულია ევროპის ექვსი ქვეყნის (ავსტრია, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, ირლანდია და ნიდერლანდები) ფასებთან.

- ფინეთში გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა გამოიყენება, როგორც ერთ-ერთი კრიტერიუმი ბევრ სხვა კრიტერიუმებს შორის.

- გერმანიაში, იტალიასა და პოლონეთში, ფასების გარე რეფერირების მექანიზმი გამოიყენება, როგორც დამატებითი საჭიროება ანაზღაურებადი მედიკამენტების ფასზე მოლაპარაკების დროს.

- ესპანეთში გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმი გამოიყენება მედიკამენტების ფასის გასაკონტროლებლად, რომლის ალტერნატივა არ არსებობს ესპანურ ბაზარზე.

- ლუქსემბურგში გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმი გამოიყენება მხოლოდ კონკრეტული კატეგორიის მედიკამენტების ფასის დასადგენად, როგორცაა საჯაროდ ანაზღაურებადი მედიკამენტები, მხოლოდ რეცეპტით გაცემული მედიკამენტები ან ინოვაციური მედიკამენტები.

- ხშირად, გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა გამოიყენება სახელმწიფოს ანაზღაურებად მედიკამენტებზე (16 ქვეყანა: ავსტრია, ხორვატია, ჩეხეთი, გერმანია, ესტონეთი, საფრანგეთი, ფინეთი, იტალია, ირლანდია, ლატვია, ლიტვა, სლოვაკეთი, მალტა, სლოვენია, შვეიცარია და პოლონეთი).

- ესტონეთი, საფრანგეთი და გერმანია გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმს იყენებს მხოლოდ ანაზღაურებად ინოვაციურ მედიკამენტებზე.

ევროპული ქვეყნების უმრავლესობა, იყენებს ფასების რეგულირებას. გერმანიასა და ნიდერლანდებს აქვთ შერეული სისტემა - ნაწილობრივ თავისუფალი ფასები, მაგრამ შიდა ან გარე საცნობარო ფასებით (Leopold, et al., 2012).

თითქმის ყველა ევროპულმა ქვეყანამ მიიღო საცნობარო ფასების სისტემა ჯენერიკული მედიკამენტების ბაზრის კონტროლისა და რეგულირებისთვის. ანაზღაურებადი მედიკამენტები, როგორც წესი, ექვემდებარება ფასების კონტროლს, ხოლო არაანაზღაურებადი მედიკამენტები ნებადართულია თავისუფალი ფასით. იგივე ეხება ანაზღაურებად და არაანაზღაურებად ჯენერიკებს (Kaplan et al., 2012).

მედიკამენტების ფასი დამოკიდებულია მედიკამენტების შესყიდვის სისტემაზე. ბევრ დაბალშემოსავლიან ქვეყანაში, სადაც ინდივიდები არიან მთავარი მყიდველები, პაციენტები ძირითადად ფასების მიმღებები არიან. დაბალშემოსავლიანი ქვეყნებისგან განსხვავებით, მაღალიშემოსავლის მქონე ქვეყნების უმეტესობას აქვს ეროვნული შესყიდვების სისტემები, როგორც ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ნაწილი, სადაც სახელმწიფო სააგენტო არსებითად მედიკამენტების ერთადერთი მყიდველია. ამ შეთანხმებების თანახმად, მედიკამენტების მიწოდებლების მონოპოლია ემთხვევა მყიდველის მონოფსონურ პოზიციას. ასეთ ვითარებაში, შემსყიდველ სააგენტოს უფლება აქვს, დაუშვას ან გამორიცხოს კონკრეტული წამალი, რაც სახელმწიფოს აძლევს მნიშვნელოვან ბერკეტს ფასის მოლაპარაკებებში (OECD, 2008).

დასკვნა

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის მიხედვით, იმისათვის, რომ საქართველომ შეძლოს საერთაშორისო გამოცდილების საფუძველზე, გრძელვადიან პერსპექტივაში შესყიდვების პოლიტიკის გამოყენება, საჭიროა სახელმწიფომ გააძლიეროს ეკონომიკური ძალა, რათა მომავალში გახდეს დომინანტური შემსყიდველი და ამ მეთოდით გააიაფოს მედიკამენტები. ასევე, სასურველია საყოველთაო ჯანდაცვის სრული დაფარვა, რომელიც აანაზღაურებს მოსახლეობის სამედიცინო ხარჯებს, მათ შორის მედიკამენტებისას, რომელსაც სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევა გადაიხდის (World Health Organization, 2019).

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმი მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების ერთ-ერთი ეფექტური ინსტრუმენტია, რაც ამცირებს დანახარჯებს (Acosta et al., 2014). კვლევები ადასტურებენ, რომ ევროპის ისეთ ქვეყნებში, სადაც ეს გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმი იყო დანერგილი, წამლის ფასები შემცირდა 15%-ით (Vogler et al., 2015).

ამგვარად, მედიკამენტების ფასების რეგულირების საერთაშორისოდ გამოყენებული ტექნიკები მრავალგვარია. ფარმაცევტული ფასებისა და შესყიდვის ეფექტიანი პოლიტიკის შემუშავებისას, საქართველოს მთავრობამ უნდა გაითვალისწინონ მსოფლიოში დაგროვილი გამოცდილება. მნიშვნელოვანია გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმთან ერთად, ფასების სხვადასხვა ტექნიკების ეტაპობრივი დანერგვა.

გამოყენებული ლიტერატურა

აზიკური თ., & ვერულავა თ. (2022). მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 6.

ბაკრაძე ქ. (2023). რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 7(1).

მასიუკოვიჩი ნ. (2023). ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 7(1).

ნემსაძე დ. (2023). მედიკამენტებზე რეფერენტული ფასწარმოქმნა მოლდოვეთში: გამოცდილება, გამოწვევები. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 6.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2018). საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში. თბილისი.

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №593, (2022) წლის 26 დეკემბერი, ფარმაცევტული პროდუქტის ფასის რეგულირების მეთოდოლოგიის, წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ კანონი. თბილისი.

Acosta, A., Ciapponi, A., Aaserud, M., Vietto, V., Austvoll-Dahlgren, A., Kösters, J. P., Oxman, A.D. (2014). Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005979.PUB2>.

Curatio International Foundation, (2022). External Reference Pricing Policy: A Possible Pharmaceutical Price Regulation Policy in Georgia.

De Joncheere K, Haaijer-Ruskamp FM, Rietveld AH, Dukes MNG. (2002). Scope of the problem. In: Dukes MNG, HaaijerRuskamp FM, De Joncheere CP, Rietveld AH (eds). *Drug and Money—Prices, Affordability and Cost Containment*. 7th edn. Amsterdam, the Netherlands: IOS Pres.

Carone G, Schwierz C, Xavier A, (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. http://mpira.ub.uni-muenchen.de/42008/1/MPRA_paper_42008.pdf

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.

Jacobzone S. (2000). *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*. Organization for Economic Cooperation and Development. http://titania.sourceoecd.org/vl%3114515/cl%424/nw%41/rpsv/workingpapers/18151981/wp_5lgsjhvj7s0x.htm, ხელმისაწვდომია 7/12/2024.

Goginashvili, K., Nadareishvili, M., & Habicht, T. (2021). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia.

Lee, I. H., Bloor, K., Hewitt, C., & Maynard, A. (2015). International experience in controlling pharmaceutical expenditure: influencing patients and providers and regulating industry - a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 52–59. <https://doi.org/10.1177/1355819614545675>

Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A. K., Seyfang, L., Vogler, S., de Joncheere, K., Laing, R. O., & Leufkens, H. (2012). Impact of External Price Referencing on Medicine Prices – A Price Comparison Among 14 European Countries. *Southern Med Review*, 5(2), 34.

Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. (2011). *The World Medicines Situation 2011—Medicine Expenditures*. Geneva: World Health Organization.

Mossialos E, Brogan D, Walley T. (2006). Pharmaceutical pricing in Europe: weighing up the options. *International Social Security Review* 59: 3–25.

National Democratic Institute, (2019). *Public Opinion Polls in Georgia*.

Rietveld AH, Haaijer-Ruskamp FM. (2002). Policy options for cost containment of pharmaceuticals. In: Dukes MNG, HaaijerRuskamp FM, De Joncheere CP, Rietveld AH (eds). *Drugs and Money—Prices, Affordability and Cost Containment*. 7th edn. Amsterdam, the Netherlands: IOS Press.

Rémuzat, C., Urbinati, D., Mzoughi, O., Hammi, E. El, Belgaied, W., & Toumi, M. (2015). Overview of external reference pricing systems in Europe. *Journal of Market Access & Health Policy*, 3(1), 27675. <https://doi.org/10.3402/JMAHP.V3.27675>.

OECD. (2008). *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. <http://www.centad.org/seminar/2.%20Price%20regulation/OECD%20Pharma%20pricing%20policies.pdf>. ხელმისაწვდომია 7/12/2024.

Vogler S, Paris V, Ferrario A, Wirtz VJ, de Joncheere K, Schneider P, et al. (2017). How can pricing and reimbursement policies improve affordable access to medicines? Lessons learned from European countries. *Appl Health Econ Health Policy*. 15(3):307–21.

Vogler, S., Lepuschütz, L., Schneider, P., & Stühlinger, V. (2015). Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical product pricing . <https://doi.org/10.2875/631265>.

Vogler S, Habl C, Leopold C, Rosian-Schikuta I, de Joncheere K, Thomsen TL. (2008). *PPRI Report*. Vienna, Austria: Commissioned by European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth.

World Health Organization, (2018). *Medicines Reimbursement Policies in Europe*. <https://iris.who.int/handle/10665/342220>.

World health statistics, (2023). *monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

Who (2019). *World Health Organization, Department of Essential Medicines and Health Products. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies*.

The WHO Collaborating Centre for Pricing and Reimbursement Policies, Glossary. Available from: [http://whocc.goeg.at/Glossary/PreferredTerms/External price referencing](http://whocc.goeg.at/Glossary/PreferredTerms/External%20price%20referencing) (cited 14 August 2013).

Who (2020). *WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011878> (Accessed March, 2021).

WHO. (2004). *The World Medicines Situation*. http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/, ხელმისაწვდომია 7/12/2024.

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics and Sociology

ჟურნალის ელექტრონული ვერსია შეგიძლიათ იხილოთ ჟურნალის ვებ-გვერდზე:
<https://heconomic.cu.edu.ge>

ელ ფოსტა: tverulava@cu.edu.ge

The online version of the journal is available on the website: <https://heconomic.cu.edu.ge>

Email: tverulava@cu.edu.ge

რედაქციის მისამართი: პაატა სააკაძის ქ. 1, ქ.თბილისი 0102, საქართველო

Adress: Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983