



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

3

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



3

2019

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

კავკასიის უნივერსიტეტი
Caucasus University

რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed International Scientific Journal

Health Policy, Economics and Sociology

№ 3



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

თბილისი 2019 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტი

Caucasus University

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

Editor-in-Chief:

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

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

სარედაქციო კოლეგია:

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

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

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

Scientific Editorial Board

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

Foreign part of Editorial board members:

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

რედაქტორი - ეკა ელიავა

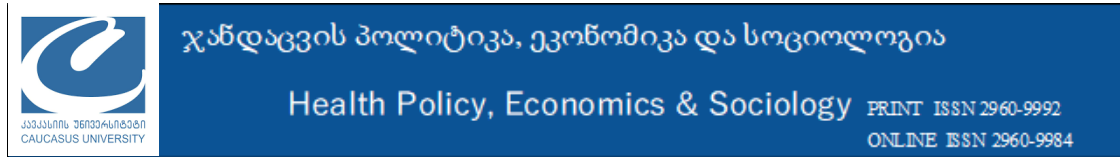
Editor - Eka Eliava

სარჩევი

1. თენგიზ ვერულავა. ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის.
2. ნანა ჯინჭარაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ილონა საყვარელიძე, ნინო აბაიშვილი. ორსულთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები პირველად ჯანდაცვაში
3. თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში
4. ბექა კუტივაძე, ირინა ლურსმანაშვილი, თენგიზ ვერულავა. მზრუნველობამოკლებული მოზარდების პრობლემები თავშესაფრის დატოვების შემდეგ
5. თეონა გორგაძე, ოთარ ვასაძე. მენეჯერების აზრი საავადმყოფოს აკრედიტაციის განხორციელების შესახებ საქართველოში
6. თენგიზ ვერულავა, მარიამ ჯაიანი. ბავშვთა იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნა და დამოკიდებულებები, არასრული იმუნიზაციის მიზეზები
7. ანა ლორთქიფანიძე, ნანა ბიგვავა, თენგიზ ვერულავა. ავტოსატრანსპორტო სავალდებულო ტექნიკური დათვალიერების შემოღება და მისი გავლენა ჯანმრთელობაზე: თბილისის შემთხვევა
8. ანა ასათიანი, ჯილდა თირქია. სტუდენტების დამოკიდებულება გარემოსდაცვითი პრობლემების მიმართ
9. ნათია ბრეგაძე, ნათელა წილოსანი, ნინია რამაზაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ბილ კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმები: წარუმატებლობის მიზეზები
10. ნია ხაჩიძე, ანა გიგუაშვილი, ნინო ჩიხლაძე. სტუდენტთა საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების მიმართ დამოკიდებულებების შეფასება
11. მარიკა გაჩეჩილაძე, სალომე აბულაშვილი. ინკლუზიური განათლების ხელისშემშლელი ფაქტორების კვლევა საქართველოს საჯარო სკოლებში
12. ლია ბაღდოშვილი, მარიამ კოზოლაშვილი. მასწავლებლებისა და მშობლების დამოკიდებულებები ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით საქართველოში
13. ნანა ჯინჭარაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ნინო აბაიშვილი. ორსულთა პატრონაჟი პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში

Content

1. Tengiz Verulava. Access to Medicines of Pension Age Population in Georgia
2. Nana Jincharadze, Nata Kazakhashvili, Ilona Sakvarelidze, Nino Abaishvili. Antenatal services oriented for the needs of pregnant health in the primary health care
3. Tengiz Verulava, Dali Beruashvili. Patient perceptions of referrals to family physician
4. Beka Kutivadze, Irina Lursmanashvili, Tengiz Verulava. Challenges Faced by Youth Aging Out of Foster Care
5. Teona Gorgadze, Otar Vasadze. Managers Opinion About the Implementation of Hospital Accreditation in Georgia
6. Tengiz Verulava, Mariam Jaiani. Knowledge and attitude towards childhood immunization among mothers & reasons for incomplete immunization
7. Ana Lordkipanidze, Nana Bigvava, Tengiz Verulava. Introduction of compulsory technical inspections and its impact on health: Tbilisi case
8. Ana Asatiani, Jilda Tirkia. Students' attitude towards environmental problems
9. Natia Bregadze, Natela Tsilosani, Ninia Ramazashvili, Tengiz Verulava. Bill Clinton's Health Care Reforms: The Causes of Failure
10. Nia Khachidze, Ana Giguashvili, Nino Chikhladze. Evaluation of Students' attitude toward road traffic safety
11. Marika Gachechiladze, Salome Abulashvili. Research of hindering factors in inclusive education in Georgian public schools
12. Lia Bagdoshvili, Mariam Kozolashvili. Attitudes of parents and teachers regarding inclusive education in Georgia
13. Nana Jincharadze, Nata Kazakhashvili, Nino Abaishvili. Patronage of the Pregnant in Georgia



ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის

თენგიზ ვერულავა¹

¹მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი: ხანდაზმულები ჯანმრთელობის თვალსაზრისით განეკუთვნება ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს. საქართველოში პენსიონერები მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო სოციალურად დაუცველი ქრონიკული ავადმყოფებისათვის დამატებით მოქმედებს მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა. კვლევა მიზანია ხანდაზმულთათვის მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასება.

მეთოდოლოგია: რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 700 პენსიონერის გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** რესპოდენტთა უმრავლესობა მედიკამენტების მომხმარებელია, რომელთაგან 54% ერთდროულად იყენებს სამზე მეტ მედიკამენტს. ყველაზე ხშირად იყენებენ გულსისხლძარღვთა სისტემის მედიკამენტებს (66%). უმრავლესობა მედიკამენტებს იძენს ოჯახის ექიმთან მიმართვის გარეშე (57%) და ეწევა თვითმკურნალობას (37%). საშუალო თვიური შემოსავალი 220 ლარია, რომლისგან 76%-თვის შემოსავლის მთავარი წყარო სახელმწიფო პენსიაა. რესპოდენტთა მეტი წილი (39%) თვეში ხარჯავს 51-75 ლარის მედიკამენტს. მედიკამენტებზე საშუალო ხარჯი შეადგენს 72 ლარს, რაც პენსიონერის პერსონალური შემოსავლის 33%-ია. რესპოდენტთა 27% ჯიბიდან არაფერს იხდის მედიკამენტებზე, რადგან ჩართულნი არიან სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამაში. რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი

ნაწილისთვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები ისევ მაღალია. პენსიონერთა 29% თვეში ჯიბიდან იხდის 51-75 ლარს. მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს 56 ლარს, რაც პენსიონერის პერსონალური შემოსავლის 25%-ია. გამოკითხულთა საკმაო ნაწილმა მთავარ პრობლემად მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები დაასახელა (26%). თითქმის მესამედმა (31%) სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. უმეტესობამ (64%) არაფერი იცოდა იმის თაობაზე, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერებს. **დისკუსია:** ხანდაზმულთა მიერ მედიკამენტების შეძენა ოჯახის ექიმის გარეშე აჩვენებს მათ არარაციონალურ არჩევანს საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემის დროს. 2017 წელს ამოქმედებულმა სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ გარკვეულწილად შეამსუბუქა ხანდაზმულების, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა. თუმცა, რესპოდენტები უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას. დაბალია დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. **დასკვნა:** მიუხედავად იმისა, რომ გაუმჯობესდა სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, მედიკამენტებზე დანახარჯები მძიმე ტვირთად აწვება იმ ხანდაზმულთა შემოსავლებს, რომლებიც არ არიან სოციალურად დაუცველნი. მიზანშეწონილია, ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ, სოციალურად დაუცველების გარდა, მოიცვას საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფებიც, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები, არაიშვიათად, შესაძლოა კატასტროფული და შესაბამისად მათი გაღატაკების მიზეზი აღმოჩნდეს.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ხანდაზმულები, პერსონალური შემოსავლები, მედიკამენტებზე დანახარჯები, მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ციტირება: თენგიზ ვერულავა. ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Objectives. Pension age population belong to the largest risk group within insurance sphere. Healthcare for pensioners often represents catastrophic expenses and has become the major reason for their impoverishment. This paper examines financial access to medicines for pension age population.

Methodology. Using a randomized selection method, 700 pension age persons were interviewed by means of direct questioning.

Results: Reduction of catastrophic healthcare expenses should become the chief aim of the government health policy. It applies to the high risk population, those under poverty line and pension age population, as well as those with chronic diseases. Accordingly, based on the findings, it is reasonable to expand the universal health care program for the pension population and also provide more reasonable coverage of medication expenses.

Keywords: Georgia; Catastrophic out-of-pocket payments; Financial access to healthcare; Pension age population.

Quote: Tengiz Verulava. Access to Medicines of Pension Age Population in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

საქართველოში, ისევე როგორც ბევრ ქვეყნებში შეინიშნება მოსახლეობის დაბერება, ანუ მოსახლეობაში ხანდაზმული ასაკის პირების წილის ზრდა. 1989 წელს ხანდაზმულთა - 65 წლისა და უფროსი ასაკის წილი საქართველოს მთლიან მოსახლეობაში შეადგენდა 8,8 პროცენტს, ხოლო 2014 წელს - 14,3 პროცენტს (1). გაეროს პროგნოზის თანახმად, 65 წლისა და უფროსი ასაკის პირების წილი მთლიან მოსახლეობაში მიაღწევს 18,9 პროცენტს 2030 წელს და ეს მაჩვენებელი 25,3 პროცენტამდე გაიზრდება 2050 წლისათვის (2).

მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად, საქართველოში სულ უფრო მკვიდრდება დასავლური ცხოვრების სტილი. ამ ცვლილებების შედეგად, წლიდან წლამდე იზრდება იმ ხანდაზმულთა წილი, რომლებიც ცხოვრობენ მარტო ან მხოლოდ მეუღლესთან ერთად. 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის 32.9%

ცხოვრობს დამოუკიდებლად: ან მეუღლესთან ერთად (16,6%) ან მარტო (16,3%). იგივე ასაკის მოსახლეობის 35,6% მეუღლის გარეშე ცხოვრობს, კერძოდ, ეს კატეგორია ან არასდროს ყოფილა ქორწინებაში, ან, ხშირ შემთხვევაში ქვრივია და ცხოვრობს 65 წლამდე ასაკის ოჯახის წევრებთან - უმეტეს შემთხვევაში, შვილებთან ერთად. დარჩენილი 31,5% ძირითადად, არიან ხანდაზმული წყვილები, რომლებიც ცხოვრობენ მათზე ახალგაზრდა თაობის წარმომადგენლებთან ერთად (2). კვლევები ადასტურებენ, რომ საცხოვრებელი პირობები, კერძოდ მარტო ცხოვრება, ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაბალ თვითშეფასებას და შეზღუდული შესაძლებლობებისა და დეპრესიის მაღალ დონეს ხანდაზმულ ქრონიკულ ავადმყოფებში (3-7).

ხანდაზმულებში მედიკამენტების მოხმარების ზრდა იწვევს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას [8-10]. ხანდაზმულები, განსაკუთრებით მარტოხელები არიან სოციალური იზოლირების მაღალი რისკის ქვეშ [11]. ამასთან საქართველოს, როგორც დაბალშემოსავლიან ქვეყანას არ გააჩნია სათანადო სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა, როგორცაა ხანდაზმულთა პენსია. აღნიშნული განაპირობებს ხანდაზმულთა სიღარიბეს [12].

კვლევების მიხედვით, ხანდაზმული მოსახლეობის 84,2 პროცენტისთვის პენსია შემოსავლის ძირითად წყაროა (2). ხანდაზმულებს უფრო ხშირად აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, მათ შორის ქრონიკული დაავადებები და დაავადებები, რომლებიც იწვევენ შესაძლებლობების შეზღუდვას და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას [13]. დაბერების შედეგად სუსტდება იმუნური სისტემა, ქვეითდება ორგანიზმის თვითაღდგენის უნარი და იზრდება სხვადასხვა დაავადებების განვითარების საფრთხე. ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის რიცხოვნობის ზრდასთან ერთად იზრდება მათ ჯანდაცვაზე და ხანგრძლივ ზრუნვაზე გასაწევი ხარჯები [14].

2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. საპენსიო ასაკის პირები სარგებლობენ პროგრამით გათვალისწინებული სრული მომსახურებით (15). პროგრამით გათვალისწინებულია როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული გეგმიური და გადაუდებელი სერვისები (15).

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა (16). 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა.

2015 წლის კეთილდღეობის მონიტორინგის კვლევის (17) თანახმად, პენსიონერთა ორი მესამედისთვის (65 პროცენტი) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სამედიცინო ხარჯების დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს. დარჩენილი ერთი მესამედისთვის, სამედიცინო ხარჯები ძირითად შინამეურნეობის ბიუჯეტიდან ან მეგობრებისა და ნათესავებისაგან მიღებული დახმარებით იფარება. ექიმთან უკანასკნელი ვიზიტის დროს სამედიცინო კონსულტაციებზე ხანდაზმულების მიერ გაღებული თანხა (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიერ დაფარული ხარჯების მიღმა) საშუალოდ 25 ლარს შეადგენს.

2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა. პროგრამით სარგებლობა შეუძლია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ დარეგისტრირებული ნებისმიერი ასაკის მოქალაქეს, რომლის სარეიტინგო ქულა 100 000-ს არ აღემატება და აქვს შემდეგი ტიპის დაავადებები: გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვის, დიაბეტი (ტიპი 2), ფარისებრი ჯირკვლის ქრონიკული დაავადებები (18). პროგრამა ხელს შეუწყობს სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. თუმცა, პროგრამა ვრცელდება მხოლოდ იმ პენსიონერებზე, რომლებიც რეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში. სასურველი იქნებოდა, პროგრამას მოეცვა არამარტო სოციალურად დაუცველები, არამედ საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფები, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის სამკურნალო მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები, არაიშვიათად შესაძლოა კატასტროფული და შესაბამისად მათი გადატაკების მიზეზი აღმოჩნდეს.

სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები ფინანსურად კატასტროფული ხდება როდესაც იგი საფრთხეს უქმნის ოჯახს შეინარჩუნოს ჩვეულებრივი ცხოვრების დონე (19) და აღმატება მის გადამხდელუნარიანობას. ოჯახის შემოსავლების მიხედვით განისაზღვრება ის ბარიერი, რომლითაც მის მიერ ჯიბიდან დანახარჯები განაპირობებს ფინანსურად კატასტროფულ ხარჯებს (19). მაგალითად, ხარჯები ფინანსურად კატასტროფული შეიძლება ჩაითვალოს, როდესაც ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდის ხარჯები აღმატება ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 15%-ს (20). სხვა კვლევების მიხედვით, ჯანდაცვის ხარჯები „კატასტროფულად“ მიიჩნევა, თუ იგი შინამეურნეობის ხარჯების 10 პროცენტზე მეტს ან შინამეურნეობის არასასურსართო ხარჯების 25 პროცენტზე მეტს შეადგენს (16). ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შესაფასებლად სხვადასხვა მკვლევარები სხვადასხვა ზღვარს იყენებენ, რომელიც მერყეობს ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 5 პროცენტიდან 20 პროცენტამდე (21).

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით (16), ზოგიერთი შინამეურნეობის სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები კატასტროფულად მაღალია. აღნიშნულმა ხარჯებმა მთლიანი ხარჯის 10 პროცენტზე მეტი შეადგინა შინამეურნეობების მთლიანი რაოდენობის 34.2%-ისთვის – რაც 2015 წლის მაჩვენებელს (29.8%) აღმატება. გარდა ამისა, შინამეურნეობების 26.4%-ისთვის, ჯანდაცვის ხარჯებმა არასასურსათო ხარჯის 25%-ზე მეტი შეადგინა, რაც 2015 წლის მონაცემს (25.1%) აღმატება. აღნიშნული ზრდის ერთ-ერთ მიზეზად მედიკამენტების ღირებულება სახელდება. შინამეურნეობების დაახლოებით 27.8%-მა (2015 წ. – 26.4%) აღნიშნა, რომ მედიკამენტების შეძენა მათთვის უმთავრესი პრობლემა იყო. მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების საშუალო მაჩვენებელი საგრძნობლად გაიზარდა ხარჯების სხვადასხვა კვინტილში (16).

ამ მხრივ რთულ მდგომარეობაში იმყოფებიან საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები, რომლებშიც თავიანთი ასაკის გამო უფრო ხშირია ავადობა და განეკუთვნებიან ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს [22]. აქედან გამომდინარე, ბევრ ქვეყნებში მოსახლეობის ამ ნაწილის სამედიცინო მომსახურებას, მათ შორის მედიკამენტებით უზრუნველყოფას სახელმწიფო ფარავს.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი მედიკამენტებზე მოდის [23]. სხვადასხვა ადგილობრივი თუ საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ საქართველოში პაციენტები მედიკამენტებზე საშუალოდ ორჯერ მეტს ხარჯავენ, ვიდრე ევროპაში. კვლევები ადასტურებენ, რომ შინამეურნეობების მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების ძირითადი წილი (69%) მედიკამენტებზე მოდის (16), რაც ერთ-ერთი მაღალი მაჩვენებელია მსოფლიოში. ევროპის ქვეყნებში იგივე მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს (24). ამის მიზეზებია: არარაციონალური ფარმაცოთერაპია, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება და დანიშვნა, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანება ან არასაკმარისი გამოყენება, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ფინანსური ლიმიტი, აგრეთვე ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგი (24).

თუ გავითვალისწინებთ, რომ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი უმეტესად საპენსიო ასაკისაა, ადვილი წარმოსადგენია ჯანდაცვის სერვისებზე და განსაკუთრებით მედიკამენტებზე მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები [25-26].

კვლევა მიზნად ისახავდა საპენსიო ასაკის მოსახლეობის მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასებას.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მიზნობრივ ჯგუფად განისაზღვრა საპენსიო ასაკის მოსახლეობა. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა ქ. თბილისში მცხოვრები საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები, რომლებიც სარგებლობენ ლიბერთი ბანკის ერთი კონკრეტული სერვის ცენტრის მომსახურებით. ბენეფიციართა შერჩევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა მარტივი შერჩევის მეთოდი. შეირჩა 700 ბენეფიციარი.

კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით.

კვლევა ჩატარდა 2018 წლის თებერვალი-ივნისის პერიოდში. ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წთ.

შედეგები

გამოკითხული 700 ხანდაზმული რესპოდენტებიდან 56,4% ქალი იყო (395) და 43,5 % (305) კაცი. გამოკითხულ ხანდაზმულთა ასაკი მერყეობდა 60 წლიდან 80 წლამდე, რომელთა საშუალო ასაკი შეადგენდა 68 წელს (SD=5.2). რესპოდენტთა უმეტესი რაოდენობა 66-დან 70 წლის ასაკისაა (36,3%).

როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, გამოკითხულთა შორის ქვრივები სჭარბობს (50%). რესპოდენტთა 16% ცხოვრობს დამოუკიდებლად: ან მეუღლესთან ერთად, ხოლო რესპოდენტთა 17% - მარტო. რესპოდენტთა 36% ცხოვრობს ერთ ან მეტ 60 წლამდე ასაკის ოჯახის წევრებთან - უმეტეს შემთხვევაში, შვილებთან ერთად, მეუღლის გარეშე. რესპოდენტთა 31% არიან ხანდაზმულები, რომლებიც ცხოვრობენ მათზე ახალგაზრდა თაობის წარმომადგენლებთან ერთად. გამოკითხულთა უმრავლესობის შინამეურნეობის თვიური შემოსავალი 500-1000 ლარის ფარგლებში მერყეობს (287 პირი, 41%). იმის გათვალისწინებით, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობისათვის (76%) შემოსავლის მთავარი წყარო პენსიაა, პერსონალური შემოსავალი შეადგენს 200 ლარზე ნაკლებს, ხოლო საშუალო შემოსავალი - 220 ლარს.

ცხრილი 1 რესპოდენტთა მონაცემები

მახასიათებლები	რესპოდენტთა რაოდენობა (n=700)	%
სქესი		
კაცი	305	43.5
ქალი	395	56.4
ასაკი		
60-65	122	17.4
66-70	254	36.3
71-75	195	27.9

≥ 75	129	18.4
საშუალო ასაკი	68 ± 5.2	
ქორწინებითი მდგომარეობა		
ქორწინებაში მყოფი	315	45
განქორწინებული	21	3
ქვრივი	350	50
არასდროს ყოფილან ქორწინებაში	14	2
საცხოვრებელი პირობები		
ცხოვრობს მარტო	119	17
ცხოვრობს მხოლოდ მეუღლესთან ერთად	112	16
ცხოვრობს ერთ ან მეტ 60 წლამდე ზრდასრულთან ერთად, მეუღლის გარეშე	252	36
ცხოვრობს ერთ ან მეტ 60 წლამდე ზრდასრულთან ერთად, მეუღლესთან ერთად	217	31
შემოსავლის ძირითადი წყარო		
პენსია	532	76
სამუშაოდან მიღებული შემოსავალი	91	13
სხვა შემოსავლები (საკუთრებიდან ან დანაზოგიდან მიღებული შემოსავალი, უცხოეთიდან ფულადი გზავნილები და სხვა წყაროებიდან მიღებული)	77	11
პერსონალური შემოსავალი		
200-ზე ნაკლები	532	76
200 - 500	105	15
500 – 1000	70	10
1000-ზე მეტი	0	0
საშუალო შემოსავალი	220 ± 15	
შინამეურნეობის შემოსავლები (ლარი)		
200-ზე ნაკლები	38	12
200 - 500	126	18

500 – 1000	287	41
1000-ზე მეტი	203	29
საშუალო შემოსავალი	780 ± 56	

მედიკამენტების მომხმარებელია 60-75 წლის პენსიონერთა 78% და 75 წელზე მეტი ასაკის 92%. რესპოდენტთა 20% (140) ერთდროულად იყენებს ხუთზე მეტ მედიკამენტს, ხოლო 34% (238) - სამიდან ხუთ მედიკამენტს. საშუალოდ თითოეული პირის მიერ გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა შეადგენდა 3.1 (SD = 2.3) (ცხრილი 2). ხანდაზმულები ყველაზე ხშირად იყენებენ გულსისხლძარღვთა სისტემის სამკურნალო საშუალებებს (66%).

კითხვაზე, ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში რა ქმედებებს განახორციელებენ, რესპოდენტთა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ ისინი მედიკამენტებს შეიძენენ აფთიაქში რეცეპტის გარეშე (57%), ასევე მაღალია იმ რესპოდენტთა წილი ვინც ეწევა თვითმკურნალობას (37%). თუმცა, ექიმთან კონსულტაცია აღნიშნა რესპოდენტთა საკმაოდ მნიშვნელოვანმა ნაწილმა (46%).

რესპოდენტთა მეტი წილი (39%) თვეში ხარჯავს 51-75 ლარის მედიკამენტს. მედიკამენტებზე საშუალო ხარჯი შეადგენს 72 ± 13, რაც პენსიონერის პერსონალური შემოსავლის 33%-ია. რესპოდენტთა 27% ჯიბიდან არაფერს იხდიან მედიკამენტებზე, რადგან ისინი ჩართულნი არიან სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამაში. რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები ისევ მაღალია. პენსიონერთა 29% თვეში ჯიბიდან იხდის 51-75 ლარს, ხოლო 16% - 76-100 ლარს. მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს 56 ± 11, რაც პენსიონერის პერსონალური შემოსავლის 25%-ია.

ცხრილი 2. რესპოდენტები და მედიკამენტები

მახასიათებლები	რესპოდენტთა % რაოდენობა (n=700)
მედიკამენტების გამოყენება ასაკის მიხედვით	

60-75	445 (n=571)	78
≥75	119 (n=129)	92
არ იყენებს	136 (n=700)	19
ერთდროულად გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა		
1-2 მედიკამენტი		
3-5 მედიკამენტი	322	46
≥ 5	238	34
მედიკამენტების საშუალო რაოდენობა გამოყენებული	140	20
თითო პირის მიერ	3.1 ± 2.3	
ფარმაკოლოგიური ჯგუფები, რომლებსაც ყველაზე ხშირად იყენებენ *		
გულსისხლძარღვთა სისტემა	462	66
ანალგეზიური/ანთების საწინააღმდეგო	217	31
ვიტამინები	168	24
ცენტრალური ნევრული სისტემის	182	26
ჰიპოგლიკემიური	126	18
სხვა	287	41
ქმედებები ჯანმრთელობის პრობლემების შემთხვევაში*		
ექიმთან კონსულტაცია	322	46
მედიკამენტების მიღება საოჯახო აფთიაქიდან	189	27
მედიკამენტების ყიდვა აფთიაქში რეცეპტის გარეშე	399	57
სხვა ადამიანების მოსაზრების გაზიარება	77	11
თვითმკურნალობა	259	37
მედიკამენტებზე დანახარჯები თვეში		
50 ლარზე ნაკლები	196	28
51-75 ლარი	273	39
76-100 ლარი	140	20
100 ლარზე მეტი	92	13

საშუალო დანახარჯი	72 ± 13	
მედიკამენტებზე ჯიბიდან დანახარჯები		
0 ლარი	189	27
50 ლარზე ნაკლები	133	19
51-75 ლარი	203	29
76-100 ლარი	112	16
100 ლარზე მეტი	63	9
საშუალო ხარჯი	56 ± 11	

- მრავალი არჩევანის კითხვა

გამოკითხულთა დიდმა ნაწილმა ოჯახში არსებულ მთავარ პრობლემად დაბალი პენსია (28%) დაასახელა, შემდეგ მოდის მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები (26%). რესპოდენტთა თითქმის მესამედი (31%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკითხულთა 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. პენსიონერთა 54% შეძლო დანიშნული მედიკამენტის სრულად შეძენა.

ცხრილი 1

	n	%
ოჯახის მთავარი პრობლემა		
მედიკამენტებზე ხარჯები საკმაოდ მაღალია		26
უმუშევრობა		16
დაბალი პენსია		28
საკვების ყიდვა		23
კომუნალური გადასახადები		5
არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები		2
ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა		
სრულად ვერ შევიძინე,	217	31
საერთოდ ვერ შევიძინე.	105	15
სრულად შევიძინე	378	54

ხანდაზმულთა დაავადებების უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ	ინფორმირებულობა სამკურნალო მედიკამენტებით	ქრონიკული მედიკამენტებით
მაქვს ინფორმაცია	252	36
არ მსმენია პროგრამის შესახებ	448	64

შესწავლილ იქნა პენსიონერთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. რესპოდენტთა პასუხებმა გვაჩვენა, რომ ამ მხრივ ხანდაზმულთა ინფორმირებულობის დონე დაბალია. გამოკითხულ პენსიონერთა უმეტესობამ (64%) არაფერი იცოდა იმის თაობაზე, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერებს. აღნიშნულის შესახებ რესპოდენტთა მხოლოდ 36%-ს ჰქონდა ინფორმაცია.

დისკუსია

კვლევის შედეგებით გამოკითხულთა შორის ქვრივების სიჭარბე აჩვენებს ოჯახური კავშირების და ურთიერთობების ცვლილებებს ხანდაზმულობის ასაკში. კერძოდ, ამ ასაკში ხდება პარტნიორული ურთიერთობების შეწყვეტა ერთ-ერთი მეუღლის გარდაცვალების გამო. შედეგად, ხანდაზმულები მოკლებული არიან მეუღლეების პრაქტიკულ და ემოციურ თანადგომას. მეუღლის გარდაცვალება ასევე ნიშნავს ორიდან ერთი პენსიის დაკარგვას, რაც შინამეურნეობის დონეზე აღარ იძლევა მასშტაბის ეკონომიის მიღწევის საშუალებას. შედეგად, დაქვრივება აუარესებს ფინანსურ მდგომარეობას. ხანდაზმულები სოციალური იზოლაციისა და ეკონომიკური სიდუხჭირის საფრთხის წინაშე დგანან.

ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ხანდაზმულთათვის მედიკამენტები ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მედიკამენტების მომხმარებელ ხანდაზმულთა რაოდენობა 78-92%-ის ფარგლებში მერყეობს, რაც მცირედ აღემატება საერთაშორისო კვლევებში დაფიქსირებულ მაჩვენებელს (27).

კვლევით დადგინდა პოლიფარმაცია, ანუ პაციენტი იღებს იმაზე მეტ წამლებს, ვიდრე კლინიკურად ნაჩვენებია ავადმყოფის მდგომარეობისათვის. რესპოდენტთა

54% ერთდროულად იყენებს სამზე მეტ მედიკამენტს (20% - ხუთზე მეტს, ხოლო 34% - 3-5-ს).

რესპოდენტთა უმრავლესობა (57%) ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში ექიმის ნაცვლად მიმართავს აფთიაქს, სადაც ყიდულობს მედიკამენტებს რეცეპტის გარეშე. სხვა კვლევებით რეცეპტის გარეშე მედიკამენტების ყიდვა შეადგენს 37%-ს (28). ასევე, მაღალია იმ რესპოდენტთა წილი ვინც ეწევა თვითმკურნალობას. აღნიშნული აჩვენებს ხანდაზმულთა არარაციონალურ არჩევანს საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემის დროს. ამ მხრივ, აფთიაქი და თვითმკურნალობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების არაფორმალურ ქსელში. იგივე შედეგები დაფიქსირდა სხვა საერთაშორისო კვლევებში (26). მიუხედავად ამისა, რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის მედიკამენტების მიღების მთავარი წყარო ექიმია (46%).

რესპოდენტთა შინამეურნეობის საშუალო თვიური შემოსავალი 500-1000 ლარის ფარგლებში მერყეობს (41%), რაც საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ დადგენილი ერთ შინამეურნეობაზე საშუალო თვიურ შემოსავალს (1110.7 ლარი) ჩამორჩება. პენსიონერები საშუალოდ საკუთარი შემოსავლის 33%-ს ხარჯავენ მედიკამენტებზე. მიუხედავად ამისა, კვლევა აჩვენებს, რომ ხანდაზმულთა უმრავლესობა (54%) ახერხებს შეიძინოს მათთვის საჭირო მედიკამენტები. თუმცა, რესპოდენტები ოჯახის უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას (26%). რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თანხა 50 ლარს აღემატება, ხოლო საშუალო თვიური დანახარჯი საკუთარი პერსონალური შემოსავლის 25%-ია. რესპოდენტთა თითქმის მესამედი (31%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკითხულთა 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. ჩატარებული კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა ისევ პრობლემად რჩება პენსიონერთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის.

თუმცა, სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა შედარებით გაუმჯობესდა. 2014 წელს ჩატარებულ კვლევასთან [30] შედარებით, გამოვლინდა, რომ თუ დღეისათვის რესპოდენტთა დიდი ნაწილისათვის მთავარი

პრობლემაა დაბალი პენსია (28%), ხოლო შემდეგ - მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები (26%), 2014 წელს ჩატარებული კვლევის დროს მთავარ პრობლემად დასახელდა მედიკამენტების შექენა (36%). იმ პენსიონერთა რაოდენობა, რომლებმაც სიძვირის გამო სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი 38%-დან 31%-მდე შემცირდა. ხოლო იმ პენსიონერთა რაოდენობა, რომლებმაც საერთოდ ვერ შეძლეს მისი შექენა 32.4%-დან 15%-მდე შემცირდა. შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ 2017 წელს ამოქმედებულმა სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ გარკვეულწილად შეამსუბუქა ხანდაზმულების, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა.

დაბალია დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. ხანდაზმულთა უმეტესობამ არ იცის, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერებს.

დასკვნა

2017 წლის ივლისიდან ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შემოღებამ დადებითი როლი ითამაშა სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. მიუხედავად ამისა, მედიკამენტებზე დანახარჯები მძიმე ტვირთად აწევა იმ ხანდაზმულთა შემოსავლებს, რომლებიც რომლებიც არ არიან რეგისტრირებულნი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში. კვლევამ აჩვენა, რომ მედიკამენტებზე საშუალო დანახარჯები ხანდაზმულთა საპენსიო შემოსავლების საკმაო ნაწილს შეადგენს.

სასურველი იქნებოდა, პროგრამას მოეცვა არამარტო სოციალურად დაუცველები, არამედ საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფები, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის სამკურნალო მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები, არაიშვიათად შესაძლოა კატასტროფული და შესაბამისად მათი გადატაკების მიზეზი აღმოჩნდეს.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2018. საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით. [Source](#)
2. ბრუნი ბ, ჭითანავა მ. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი. თბილისი, 2017. [Source](#)
3. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker M, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. BMC Health Serv Res. 2010;10:111. [Medline](#), [Google Scholar](#).
4. Do YK, Malhotra C. The effect of coresidence with an adult child on depressive symptoms among older widowed women in South Korea: an instrumental variables estimation. J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci. 2012;67(3):384–391. [Link](#), [Google Scholar](#),
5. Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. Int J Epidemiol. 2001;30(5):1090–1099. [Medline](#), [Google Scholar](#).
6. Dong X, Simon M, Fulmer T, Mendes LCF, Rajan B, Evans DA. Physical function decline and the risk of elder self-neglect in a community-dwelling population. The Gerontologist. 2010;50(3):316–326. [Medline](#), [Google Scholar](#).
7. Sarwari AR, Fredman L, Langenberg P, Magaziner J. Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly women. Am J Epidemiol. 1998;147(4):370–378. [Link](#), [Google Scholar](#).
8. Morgan SG, Agnew JD, Barer ML. Seniors' prescription drug cost inflation and cost containment: evidence from British Columbia. Health Policy. 2004;68(3):299–307. [Medline](#), [Google Scholar](#).
9. Thomas CP, Ritter G, Wallack SS. Growth in prescription drug spending among insured elders. Health Aff. 2001; 20(5):265–277. [Link](#), [Google Scholar](#).
10. Alpert PT. Issues Surrounding Polypharmacy. Home Health Care Management and Practice. 2015; 27(4):256-258. [Sage Journals](#), [Google Scholar](#).

11. Iliffe S, Tai SS, Haines A, Gallivan S, Goldenberg E, Booroff A, Morgan P. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ*. 1992;305(6860):1001–1004. [Medline](#), [Google Scholars](#).
12. Verulava T, Adeishvili I, Maglakelidze, T. Home Care Services for Elderly People in Georgia. *Home Health Care Management Practice*. 2016;28 (3):170-177. DOI: 10.1177/1084822315627785. [Sage Journals](#), [Google Scholars](#).
13. McDonald MV, Peterson LE, Dugan L. Finding success in medication management. *Home Health Care Management and Practice*. 2008;20(2):135-140. [Sage Journals](#), [Google Scholars](#).
14. Verulava T, Grdzlishvili A, Magaldadze M, Makharashvili A, Chibukhaia G, Jorbenadze R, Dangadze. B. Social problems of Alzheimer's patients and their family members. *Home Health Care Management & Practice*. 2018. [Sage Journals](#), [Google Scholars](#).
15. Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. *Georgian Medical News*. 2017;262 (1): 116-120. [Medline](#), [Google Scholars](#).
16. გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში. [Link](#).
17. UNICEF (2016). *The Welfare Monitoring Survey 2015. Summary*. Tbilisi, UNICEF. [Link](#).
18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-177/ო, 8 აგვისტო 2017 წელი. „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის“ ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ. [Link](#)
19. Berki SE. A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. *Health Affairs*. 1986;5(4):138-145. [Medline](#), [Link](#), [Google Scholar](#).
20. Wyszewianski L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry*. 1986;23(4):382-394. [Medline](#), [Google Scholar](#).

21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting household from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007;26(4):972-83. [Medline](#), [Link](#), [Google Scholars](#).
22. Verulava T. Pension System in South Caucasus: Challenges and Reform Options. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences*. 2018;12 (1):168-174. [Link](#), [Google Scholars](#).
23. Verulava T, Maglakelidze T. Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences*. 2018;11(2): 143-150. [Link](#), [Google Scholar](#).
24. ჯანდაცვის სამინისტრო. 2013. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. [Link](#).
25. Verulava T, Sibashvili N. Accesibility to Psychiatric Services in Georgia. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*. 2015;18 (3):1-5. DOI: 10.4172/Psychiatry.1000278. [Link](#), [Google Scholar](#).
26. Verulava T, Gabuldani M. Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). *Gazi Medical Journal*. 2015;26(2): 42-45. DOI: 10.12996/GMJ.2015.14. [Link](#), [Google Scholar](#).
27. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Analysis Group of The MRCCFA Study. The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(2):129-140. [Medline](#), [Google Scholar](#).
28. Coelho, Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-564. [Link](#), [Google Scholar](#).
29. Verulava T. Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country). *HealthMED*. 2014;8(9):1078-1082. [Link](#), [Google Scholar](#).



ორსულთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები პირველად ჯანდაცვაში

ნანა ჯინჭარაძე¹, ნატა ყაზახაშვილი², ილონა საყვარელიძე³, ნინო აბაიშვილი³

¹საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა

² მედიცინის ფაკულტეტი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

³ თბილისის ჰუმანიტარული სასწავლო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. კვლევის მიზანია პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში, 1996-2016 წლებში, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ანტენატალური მოვლის სახელმწიფო პროგრამის იმპლემენტაციის შემდეგ დედათა ჯანმრთელობის შესწავლა.
მეთოდოლოგია. კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი. **შედეგები.** პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში 1996-2016 წ. ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების, დედათა და ბავშვთა სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კვალდაკვალ, გამოვლინდა ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი: პათოლოგიური ორსულობის, ვადამდელი მშობიარობის, ორსულობის დრომდე მიუტანლობის წილის გაზრდა, რაც აიხსენება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ანტენატალურ პერიოდში ორსულის საჭიროებებზე ფოკუსირებული სერვისების არარსებობით, ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ორსულთა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მწირი მოცულობით.

საკვანძო სიტყვები: ანტენატალური მოვლა, სტომატოლოგიური მომსახურება, ორსულთა პირის ღრუს ჯანმრთელობა, პირველადი ჯანდაცვა.

ციტირება: ნანა ჯინჭარაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ილონა საყვარელიძე, ნინო აბაიშვილი. ორსულთა საჭიროებებზე ორიენტირებული სერვისები პირველად ჯანდაცვაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია 2019; 3

Abstract

Introduction. The aim of this work is to study the mothers' health after implementation the state program of the antenatal care in 1996-2016 years. **Methodology.** The basis of this research is the qualitative research: method of cabinet research ("Desk Research"). **Results.** In the 1996-2016 years was improved the financial and geographical availability of maternal and child health care services, but outcomes of the health are not good: percentage of pathological childbirth and rates of the premature childbirth were increased. in the preconception period and during pregnancy, bad outcomes of childbirth are indicated that the quality of antenatal care does not correspond to the needs of the pregnant woman. In the antenatal care program are not included the oral cavity health care services.

Keywords: dentist services. antenatal care, primary health care, post-soviet period, oral health, pregnant.

Quote: Nana Jincharadze, Nata Kazakhashvili, Ilona Sakvarelidze, Nino Abaishvili. Antenatal services oriented for the needs of pregnant health in the primary health care. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

დედათა ჯანმრთელობა და ორსულობის გამოსავალი პირდაპირ არის დაკავშირებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ადეკვატურ მიწოდებაზე, ხარისხზე და სერვისით სარგებლობის ხელმისაწვდომობაზე [15, 5, 12].

ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებით გამოწვეული რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობა განვითარებად ქვეყნებში 19-ჯერ უფრო ხშირია და დიდი ნაწილი პრევენტირებადია [4, 13, 10].

2015 წლის მონაცემებით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი განვითარებად ქვეყნებში შეადგენდა 239-ს ყოველ 100000 ცოცხალშობილზე, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში 12-ს ყოველ 100000 ცოცხალშობილზე [12].

მსოფლიოში, 1990 წლიდან 2015 წლამდე, დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა 45%-ით ნაცვლად ათასწლეულის განვითარების მიზნებით ნავარაუდები 75%-ის. მკვლევართა მტკიცებით, 2030 წლისათვის დედათა სიკვდილიანობა 70%-ზე ნაკლები უნდა იყოს 100000 ცოცხალშობილზე [15, 12].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2014 წელს, მილენიუმის დასრულებამდე, დედების პრევენტირებადი სიკვდილობის შემცირებისათვის განსაზღვრა სტრატეგია ყოველი ქვეყნისათვის [14]. ჯანმოს რეკომენდაცია საქართველომაც გაიზიარა, რაც აისახა ეროვნულ სტრატეგიაში [2]. საქართველომ, როგორც ათასწლეულის განვითარების მიზნების მონაწილე ქვეყანამ აიღო ვალდებულება, რომ 2015 წლისათვის დედათა სიკვდილიანობა შემცირდება სამი მეოთხედით. ამ მიზნის მისაღწევად ერთ-ერთი ამოცანა იყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისების მიწოდება ფინანსურად ხელმისაწვდომი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში.

1996 წლიდან პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში ორსულებისათვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ოთხ ვიზიტზე გათვლილი პრენატალური მომსახურება [3].

საქართველო ჯერ კიდევ შორს არის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განსაზღვრული მაჩვენებლებისგან და დედათა სიკვდილიანობა და მკვდრადშობადობა მაღალია. კვლევის მიზანია პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში პჯდ ქსელში ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამების იმპლემენტაციის ფონზე დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ტენდენციების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი (desk research), რომლის ფარგლებში განხორციელდა

სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, სისტემატიზაცია, აღწერა, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. ჩატარდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან მოპოვებული დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების ანალიზი. შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: ბინაზე და სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობების რაოდენობა; კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის ხვედრითი წილი; ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის პჯდ-ში ორსულთა დროული, ანუ ორსულობის 12 კვირამდე მიმართვის, 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვის, ორსულობის ბოლომდე მიტანის და დროული მშობიარობის წილი, ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მშობიარობის წილი; სამართლებრივი ბაზის შესასწავლად გამოყენებული იქნა საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული აქტები.

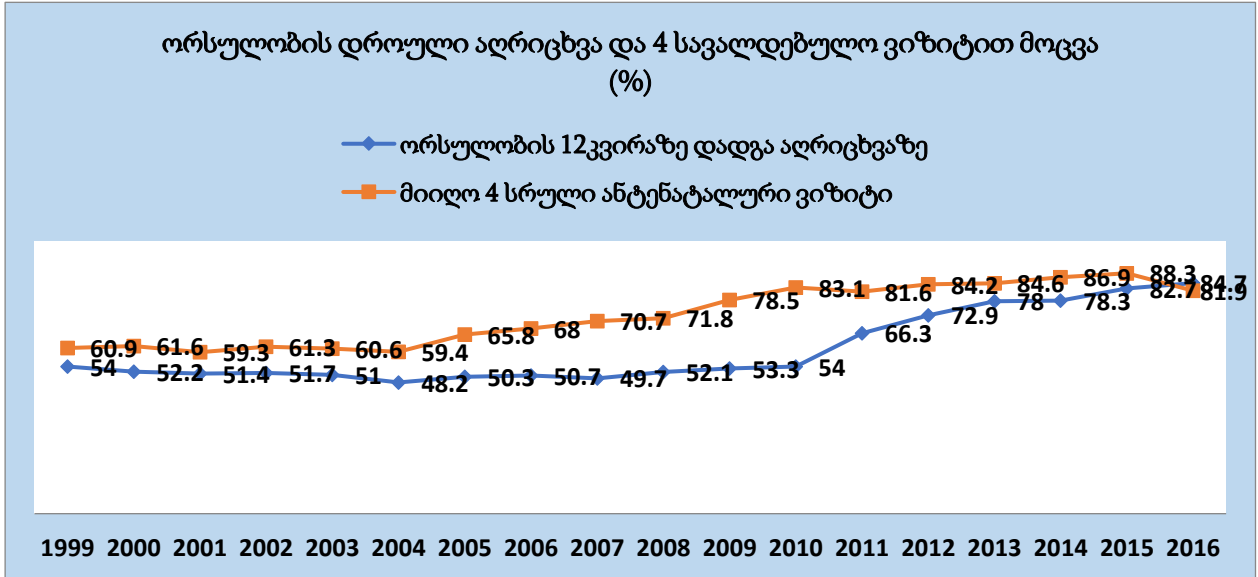
შედეგები და დისკუსია

ჩატარებული კვლევის მოხედვით, ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროული ანუ ორსულობის 12 კვირამდე მიმართვა 1999-2016 წწ. გაიზარდა 54%-დან 84.7%-მდე, ხოლო 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვა იგივე პერიოდში გაიზარდა 60.95%-დან 81.9%-მდე. ასეთი მკვეთრი დადებითი დინამიკა აიხსნება პჯდ სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებით.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში 2006-2007 წწ. განხორციელდა რეფორმები, მოწესრიგდა პჯდ-ის ინფრასტრუქტურა 15 წუთიანი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, გადამზადდა ადამიანური რესურსები. მეორე მხრივ, 1996 წლიდან მოსახლეობას მიეწოდება ფინანსურად უზრუნველყოფილი ანტენატალური მოვლის პროგრამა, რომლის მოცულობა და დაფინანსება წლების მიხედვით იზრდება. ამ პროცესებმა განაპირობა ორსულთა დროული მიმართვიანობის მატება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. თუმცა, თუ შევადარებთ 2014-2016 წლების მონაცემებს, აღრიცხვაზე დროული

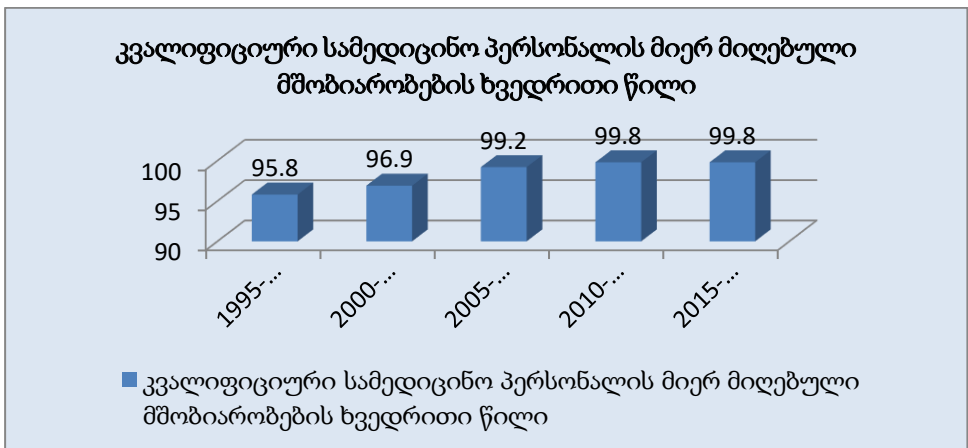
აყვანა გაიზარდა 78,3%-დან 84.7%-მდე, ხოლო 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვა შემცირდა 86,9%-დან 81,9%-მდე, ანუ მოხმარება შემცირდა (სურათი N1).

სურათი N1



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი კვლევაში შესწავლილი იქნა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების ხვედრითი წილი, რომელიც 1995-2016 წწ. გაიზარდა 95,8%-დან 99.8%-მდე და თითქმის უნივერსალურია. გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების, სამედიცინო ობიექტების სტრუქტურის, ადამიანური რესურსების მომზადების გამო მშობიარობა დიდი ქალაქისა თუ სოფლის სამედიცინო სტრუქტურებში ხდება კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის-ექიმის ან ბებიაქალის მიერ (იხ.სურათი N2).

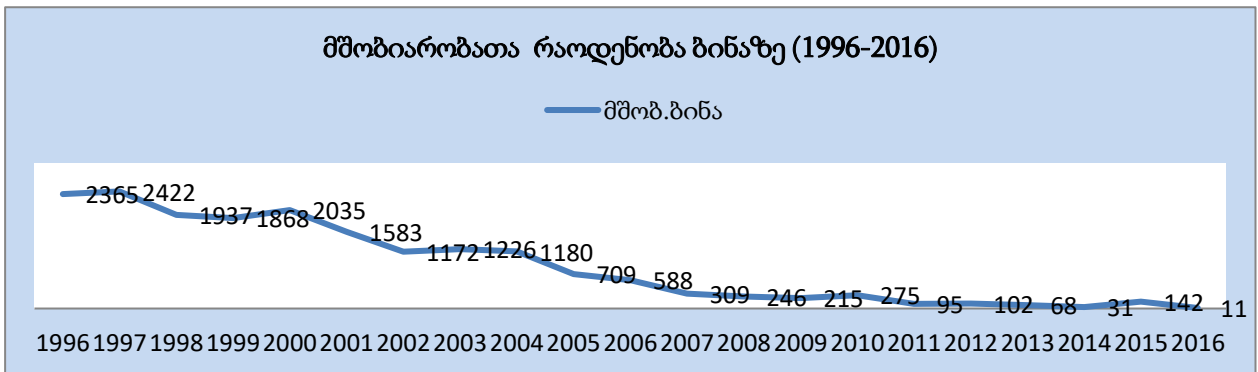
სურათი N2



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

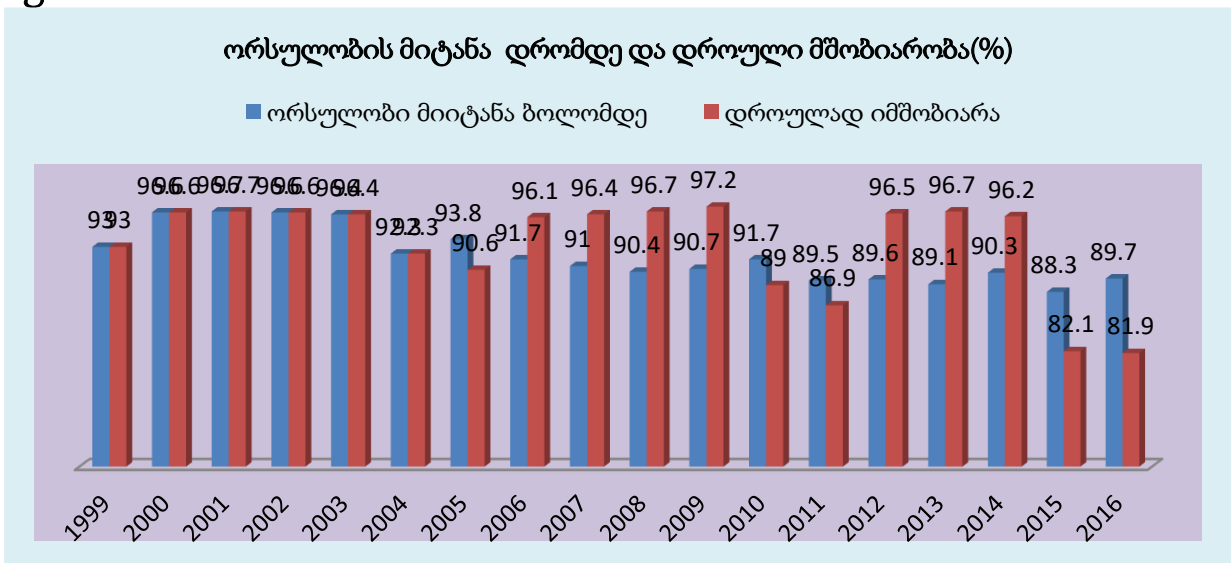
1996-2016 წწ ბინაზე მშობიარობა შემცირდა 2365-დან 11-მდე. ბინაზე მშობიარობის შემცირება თეორიულად ამცირებს პერინატალურ დანაკარგებს, დედისა და ახალშობილის სიკვდილიანობას. საქართველოში ბინაზე მშობიარობის რაოდენობის შემცირება შეიძლება აიხსნას მრავალი მიზეზით: 1996 წლიდან აშენდა მრავალი სამშობიარო და გაუმჯობესდა ინფრასტრუქტურა, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაიზარდა (იხ. სურათი N3).

სურათი N3



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ანტენატალური პარამეტრების გაუმჯობესების, უფასო ანტენატალური სერვისების იმპლემენტაციის ფონზე ორსულობის გამოსავალი არცთუ სახარბიელოა. 1999-2016 წლებში დროული მშობიარობების წილი 93%-დან 81.9%-მდე შემცირდა, ხოლო ბოლომდე მიტანილი ორსულობების წილი - 93%-და 89.7%-მდე, ანუ გაიზარდა ნაადრევი მშობიარობის და შეწყვეტილი ორსულობის წილი (იხ. სურათი N4).

სურათი N4

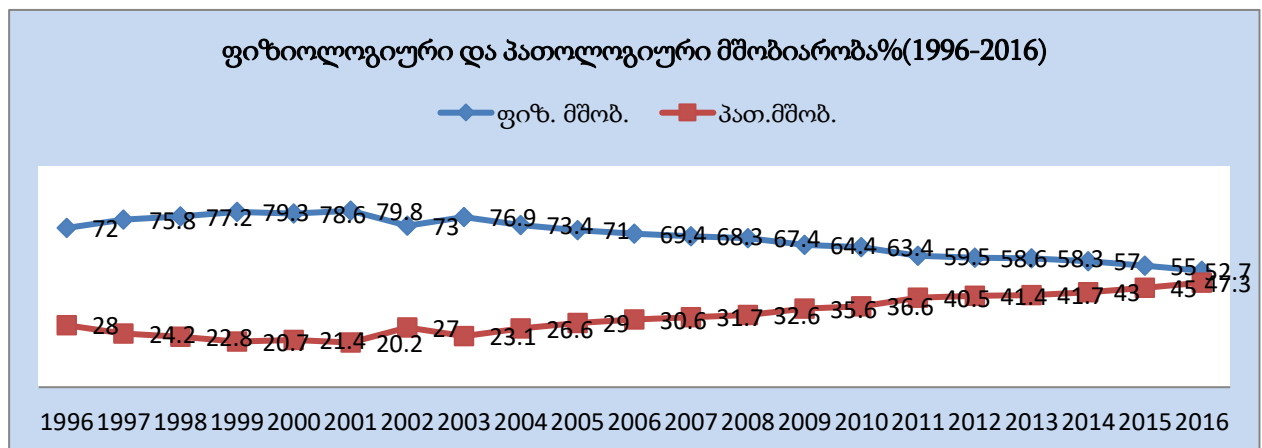


წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ორსულობის დრომდე მიუტანლობა და ნაადრევი მშობიარობის პროცენტული შემცირება ანტენატალური მოვლის, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ფონზე მიანიშნებს, რომ არსებობს სისტემური პრობლემები პჯდ-ში; აგრეთვე გასათვალისწინებელია ორსულობისას, ანტენატალურ პერიოდში განვითარებული გართულებების არაეფექტური მართვა, სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი.

1996-2016 წწ. ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი შემცირდა 72%-დან 52.7%-მდე და პათოლოგიური მშობიარობების წილი გაიზარდა 28%-დან 47.3%-მდე. (იხ.სურათი N5).

სურათი N5



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ მიუხედავად ანტენატალური მოვლის პროგრამების გაუმჯობესებისა, არ არის გათვალისწინებული ისეთი ძვირადღირებული სერვისი, როგორცაა პირის ღრუს ჯანმრთელობა, სტომატოლოგთან ვიზიტი. კვლევებით დადასტურებულია, რომ ორსულობის გამოსავალზე, დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობაზე სხვა მრავალ ფაქტორთან ერთად გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობა. ორსულობის პერიოდში ორსულს ხშირად უვითარდება გინგივიტი, კარიესი, პარადონტიტი. პირის ღრუს ჩირქოვან-ანთებითი დაავადებები, არანამკურნალევი კარიესი და მისი შედეგი - ქრონიკული ჩირქოვანი პროცესი მძიმე შედეგის მომტანია როგორც ორსულის, ისე ნაყოფისათვის, რაც შეიძლება გამოვლინდეს სპონტანური აბორტის,

მუცლადყოფნის პერიოდის ზრდა-განვითარების შეფერხების სინდრომის ან დღენაკლულობის სახით [7, 8].

პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში, 1996-2016 წწ, ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების კვალდაკვალ, ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი აიხსნება ჩასახვამდელ პერიოდში არსებული ექსტრაგენიტალური, ქრონიკული და/ან ლატენტურად მიმდინარე დაავადებების გამოვლინებისა და შესაბამისი მართვის არარსებობით და ანტენატალური მოვლის სერვისების სიმწირით. საჭიროა გაიზარდოს ორსულთა ანტენატალური მოვლის სერვისის მოცულობა პაციენტის მოთხოვნილებისა და საჭიროების გათვალისწინებით, მათ შორის მიზანშეწონილია სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ორსულთა პირის ღრუს მოვლის სერვისების, სტომატოლოგიური მომსახურების უფასო ან შეღავათიანი პაკეტის იმპლემენტაცია. საჭიროა არსებობდეს პირველად ჯანდაცვაში ორსულის საჭიროებებზე ფოკუსირებული მეთვალყურეობის მიზნით ინტეგრირებული, მულტიპროფილური, რაციონალური სამედიცინო მოვლის სერვისები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. გერზმავა ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. მეცხრე შესწორებული გამოცემა. თბილისი. 2017. [Link](#)
2. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის დედგენილება N459, 2017. გვ.1-62. [Link](#)
3. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, საბოლოო ანგარიში. 2005.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387(10017): 462-74. [Link](#), [Google Scholar](#)

5. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK. et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*, 2014; 384 (9940): 347-70. [Link](#), [Google Scholar](#)
6. Downe S, Finlayson K, et al. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG* 2016; 123:529–539. [Global Scholar](#)
7. George et al. What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional survey in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016; 16: 382. [Link](#)
8. George A et al. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: A multi-centre randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2018: 82:49–57.
9. Hodgins. S, D’Agostino. A. The quality-coverage gap in antenatal care: toward better measurement of effective coverage. *Global health, science and practice*. 2014; 2: 173–181 <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00176> PMID: 25276575 [Link](#) [Google Scholar](#)
10. Liu L, Oza SL, Hogan D, Perin J, Rudan I. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis *Lancet*, 2015;385:430-40. [Link](#)
11. Miltenburg A, Eem L, Nyanz E, Pelt S. Antenatal care and opportunities for quality improvement of service provision in resource limited settings: A mixed methods study. *Journal List PLoS*, 2017; 12 (12); 1-17. [Link](#)
12. World Health Organization. Maternal mortality. [Link](#)
13. World Health Organization. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality. Geneva: World. Health Organization, 2014:1-54 [Link](#)
14. World Health Organization. Ending Preventable Maternal and Newborns and Stillbirths Effective interventions and strategies. EWEC Technical Content Workstream working Group on ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. 2015: 1-10. [Link](#)



ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა¹ დალი ბერუაშვილი²

¹მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

²ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში, ბიზნესის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. პირველადი ჯანდაცვის ადექვატური უტილიზაცია პირდაპირ აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის დანახარჯების ეფექტურობაზე. საქართველოში ერთ სულ მოსახლეზე ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა სხვა ქვეყნებთან შედარებით დაბალია. კვლევის მიზანია საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემების შესწავლა.

მეთოდოლოგია. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარით გამოკითხულ იქნა 20 ოჯახის ექიმი და 300 ბენეფიციარი ქვეყნის სხვადასხვა ქალაქსა და რაიონში. **შედეგები.** კვლევამ აჩვენა, რომ ოჯახის ექიმებთან მიმართვიანობა დაბალია, რაც განპირობებულია მათ მიმართ უნდობლობით, დაბალი ინფორმირებულობით ოჯახის ექიმის კომპეტენციების შესახებ. არაადექვატური ანაზღაურების გამო ოჯახის ექიმებს არ აქვთ სათანადო მომსახურების ჩატარების საკმარისი მოტივაცია. უწყვეტი პროფესიული განათლების სათანადო სისტემის განუვითარებლობა ნეგატიურად ზემოქმედებს პროფესიულ განვითარებაზე. **დასკვნა, რეკომენდაცია.** მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება, ოჯახის ექიმთა ანაზღაურების ეფექტური

მეთოდების დანერგვა, უწყვეტი პროფესიული განათლების როლის და ხელმისაწვდომის გაზრდა.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი, საოჯახო მედიცინა მიმართვიანობის პრობლემები.

ციტირება: თენგიზ ვერულავა. დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Introduction. In Georgia, patient's referral rate to family physician is low. The research aim is to study the problem of a low rate of the patient's referral to family physician. **Methodology.** Under a semi-structured questionnaire family physicians and beneficiaries were surveyed in different cities of Georgia. **Results.** Research has shown that patients have low confidence in the family physician's competence. Due to inadequate compensation, family doctors do not have enough motivation to carry out proper service. **Conclusion.** It is recommended to raise public awareness about family physician, to increase the role of continuous professional education.

Keywords: primary health care, family physician, family medicine, self-referral.

Quote: Tengiz Verulava, Dali Beruashvili. Patient perceptions of referrals to family physician. *Health Policy, Economics and Sociology* 2019; 3

შესავალი

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას საფუძველი ჩაეყარა 1978 წელს, ალმა-ატაში ჩატარებულ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონფერენციაზე. პირველადი ჯანდაცვა პაციენტის პირველი კონტაქტია ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან. იგი მიეწოდება ოჯახის ექიმის მიერ, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს და მოიცავს პირველადი კონტაქტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და ჯამრთელობის პრობლემების მართვას, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას [1]. პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარი „მეკარიბჭეა“ ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ახდენს დაავადების

პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის მიმართვას ექიმ-სპეციალისტებთან. საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტების 80-90%-ს. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა ფართოდ გამოიყენება დიდ ბრიტანეთში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ხოლო ამერიკის შეერთებულ შტატებში მართული ჯანდაცვის სისტემაში.

ჯანდაცვის სისტემის ორიენტირება პირველად ჯანდაცვაზე დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე და კოორდინირებაზე, რაც ამავდროულად ამცირებს არასაჭირო სპეციალიზირებული მომსახურების ხარჯებს და აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას [2,3,4]. ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ორიენტირებულია პირველად ჯანდაცვაზე, ძლიერდება ოჯახის ექიმის მეკარიბჭეობის როლი. ასეთ სისტემაში პაციენტი ცდილობს უპირველესად მიმართოს ოჯახის ექიმს და საჭიროების შემთხვევაში მასთან კონსულტაციის შემდეგ ჩაიტაროს ექიმ-სპეციალისტის სპეციალიზირებულ მომსახურება.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც სპეციალიზირებულ სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვა ხორციელდება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მეშვეობით მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები [5, 6, 7], მაღალია უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა [8].

ერთი კვლევის მიხედვით პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ტკივილი გულმკერდის არეში, მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე ნაკლებია ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ კონტიგენტში [9]. ასევე, კორონარული შუნტირების შემდგომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ, ვიდრე სპეციალისტებთან თავისუფალი მიმართვიანობის პირობებში (10). ოჯახის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, მაგალითად ტკივილის მართვაზე (11, 7).

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებს უფრო ნაკლები დროის გატარება უწევთ სამედიცინო დაწესებულებებში. შესაბამისად, შესაძლებელია დავასკვნათ რომ ეს პაციენტები

უფრო კოორდინირებულად და რაციონალურად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტები რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ნაკლებად საჭიროებენ სპეციალიზირებულ მომსახურებას ან ჰოსპიტალიზაციას (12; 13; 14; 9; 15). სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიღების საჭიროება ნაკლებია იმ პაციენტებში, რომლებიც მუდმივად სარგებლობენ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით (12; 16; 17).

ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც ჯანდაცვის დანახარჯების შეკავების მექანიზმი, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა [18,19].

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასების ერთერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე. იგი მიზნად ისახავს გაანალიზოს თუ რამდენად ხშირად მიმართავს მოსახლეობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს. კვლევები ცხადყოფს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სიტემა ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე წელიწადია არსებობს ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 3.6-ს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს) აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციისათვის მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ სერვისებს [20,21]. ცხადია პირველადი ჯანდაცვისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებზე [22,23].

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები საქართველოში

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მნიშვნელოვანი რეფორმები 2000 წლიდან დაიწყო. იგი ეხებოდა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას და სერვისების გაუმჯობესებას.

2007 წლიდან დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერითა და მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროცესი. ამავე პერიოდიდან დაიწყო ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იქნა 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა დაბალია და 2011 წლის მონაცემებით ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში 2.1-ს უტოლდება [24]. საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით. იმ პირთა შორის, რომლებმაც ჯანმრთელობის პრობლემების გამო 2010 წელს მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას, ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილი სახით მხოლოდ 50.9 %-მა აირჩია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანია მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამის ამოქმედების შედეგად 2014 წლისათვის ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი 25%-ით გაიზარდა, რაც მეტყველებს ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ამაღლებაზე [25]. თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რესპონდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ (38.6.8%), ან სრულ (1.5%) უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის მიმართ [26]. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (75%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში რაც დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით, მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს [27].

ევროპის ქვეყნებში, ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციით მკურნალობს პაციენტების 85%-90%-ს და

მხოლოდ 10%-15%-ს ამისამართებს სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან. 2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან. აღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა პრევენციისთვის, რაც ზრდის დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენის რისკს და ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს.

ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის დაბალი ანაზღაურება [4]. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთან კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის [4]. ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება.

ნაშრომის მიზანია საქართველოში პაციენტის მიერ ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობის პრობლემის შესწავლა. კვლევის ამოცანებია: ოჯახის ექიმის მიმართ დაბალი ნდობის გამომწვევი ფაქტორების გამოვლენა, ოჯახის ექიმისადმი კმაყოფილების ხარისხის შესწავლა, ოჯახის ექიმების სამუშაო პირობებითა და ანაზღაურებით კმაყოფილების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა რესპოდენტთა გამოკითხვა წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. კვლევისათვის შერჩეულ

იქნა ბორჯომში, ქარელში, ხაშურში, კასპში, გორსა და თბილისში მცხოვრები 300 პაციენტი და თბილისის სამი პოლიკლინიკის 20 ოჯახის ექიმი. კვლევის შედეგების მაღალი რეპრეზენტატულობის უზრუნველყოფის მიზნით, საკვლევო კონტინგენტის შერჩევისათვის გამოყენებული იყო შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი.

კვლევის მთავარ შეზღუდვას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დროის სიმცირის გამო კვლევა განხორციელდა ქვეყნის მხოლოდ რამოდენიმე ქალაქში/რაიონში.

კვლევის ეთიკური საკითხები. კვლევაში ჩართვამდე, შერჩეულ პირებს გადაეცათ ინფორმირებული თანხმობის ფორმები და კვლევაში მონაწილეობაზე სიტყვიერი თანხმობისას ერთვებოდნენ კვლევაში. კვლევის მონაწილეებს შეეძლოთ თავიანთი სურვილისამებრ დაეტოვებინათ კვლევა ნებისმიერ დროს.

შედეგები

კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა 20 ოჯახის ექიმი. რესპოდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა მდედრობითი სქესისაა, მათგან მეტი წილი (45%) 41-50 წლამდე ასაკისაა. ოჯახის ექიმთა 70% ოჯახის ექიმად მუშაობს 5-10 წელია. მეტი წილი (55%) ემსახურება 1000-დან 2,000-მდე პაციენტს. რესპოდენტთა 60% დღეში 10-დან 15-მდე პაციენტს ემსახურება. ოჯახის ექიმთა 55% აღიარებს, რომ პაციენტები მათ ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა აიღონ. კვლევით დგინდება, რომ ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 15% ატარებს პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს პერიოდულად, ხოლო 50% - მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში.

ცხრილი:1

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
ასაკო		
21-30	1	5
31-40	4	20
41-50	9	45
51-60	4	20

60-ს ზემოთ ჯამი	2 20	10
სამუშაო გამოცდილება		
5 წელზე ნაკლები	2	10
5-10 წელი	14	70
10 წელზე მეტი	4	20
ოჯახის ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობა		
1000-ზე ნაკლები	1	5
1000-დან 2000-მდე	11	55
2000-ზე მეტი	8	40
ოჯახის ექიმების მიერ დღის განმავლობაში მიღებული პაციენტების რაოდენობა		
10-ზე ნაკლები	1	5
10-დან 15-მდე	12	60
15-ზე მეტი	7	35
პაციენტები ოჯახის ექიმს ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმისთვის რომ ექიმი-სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა სჭირდებათ		
დიახ	3	15
არა	5	25
მეტ-ნაკლებად	11	55
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
ატარებთ თუ არა თქვენს პაციენტებთან პროფილაქტიკური და პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს?		
პერიოდულად	3	15
მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში	10	50
ასეთი ტიპის კონსულტაციებისთვის დრო არ მაქვს	7	35
გამოკითხული ოჯახის ექიმების ანაზღაურება		

300-500 ლარამდე	5	25
501-700 ლარი	13	65
701-900 ლარი	2	10
901 ლარზე მეტი	0	0
გამოკითხული ოჯახის ექიმების მიერ მათი ანაზღაურების შეფასება		
ანაზღაურება დაბალია	13	65
ანაზღაურება დამაკმაყოფილებელია	6	30
კარგი ანაზღაურება მაქვს	1	5
გამოკითხული ოჯახის ექიმების აზრი მათი ანაზღაურების ადექვატურობის შესახებ		
შრომობენ იმაზე მეტს ვიდრე უნაზღაურდებათ	14	70
შრომა ანაზღაურების ადექვატურია	1	5
მეტნაკლებად მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ	5	25
ოჯახის ექიმებს ჰყავთ თუ არა ექთანი		
დიახ	8	40
არა	12	60
რამდენად ცდილობს დამსაქმებელი ოჯახის ექიმის პროფესიულ ზრდას?		
დიახ	3	15
არა	9	45
მეტ-ნაკლებად	5	25
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	15
დამსაქმებელი ყოველთვის ისმენს და პასუხობს თქვენს პრობლემებს		
დიახ	4	20
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	2	10

<p>გაქვთ თუ არა კარიერული განვითარების, პროფესიული სრულყოფის შესაძლებლობა?</p> <p>დიახ</p> <p>არა</p> <p>მეტ-ნაკლებად</p> <p>მიჭირს პასუხის გაცემა</p>	<p>0</p> <p>7</p> <p>10</p> <p>3</p>	<p>0</p> <p>35</p> <p>50</p> <p>15</p>
<p>ესწრებით თუ არა საგანმანათლებლო პროგრამებს ოჯახის ექიმებისთვის?</p> <p>დიახ</p> <p>არა</p> <p>მეტ-ნაკლებად</p> <p>მიჭირს პასუხის გაცემა</p>	<p>3</p> <p>7</p> <p>6</p> <p>4</p>	<p>15</p> <p>35</p> <p>30</p> <p>25</p>
<p>ეცნობით თუ არა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით</p> <p>დიახ</p> <p>არა</p> <p>მეტ-ნაკლებად</p> <p>მიჭირს პასუხის გაცემა</p>	<p>10</p> <p>0</p> <p>9</p> <p>1</p>	<p>50</p> <p>0</p> <p>45</p> <p>5</p>
<p>ეცნობით თუ არა განახლებულ გაიდლაინებს ინტერნეტის საშუალებით?</p> <p>დიახ</p> <p>არა</p> <p>მეტ-ნაკლებად</p> <p>მიჭირს პასუხის გაცემა</p>	<p>7</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>0</p>	<p>35</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>0</p>

პაციენტების ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებელი განპირობებულია მათდამი დაბალი ნდობით. კითხვაზე რა იწვევს პაციენტების ოჯახის ექიმებისადმი დაბალ ნდობას, ექიმები ასე პასუხობენ:

„ზოგ პაციენტს ჰგონია რომ აუცილებლად ექიმ-სპეციალისტმა უნდა გადაამოწმოს ჩვენს მიერ დასმული დიაგნოზი.“

„ასე დარწმუნებით ვერაფერს გეტყვით, ალბათ ოჯახის ექიმი რაღაც ახალია მათთვის, არ მოსწონთ ლოდინი და რიგში დგომა. სულ იმას ცდილობენ ჩვენგან სპეციალისტთან მიმართვა აიღონ, არც გისმენენ ბოლომდე.“

„უნდობლობას რა იწვევს ასე ცალსახად ვერ გიპასუხებთ. უკმაყოფილო პაციენტების უმეტესობა ჩივის იმაზე რომ რიგში დგომა უწევთ. პაციენტები უფრო მეტად უკმაყოფილოები არიან ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებით, საკმარისი ცოდნა არა აქვთო ამბობენ“

„ოჯახის ექიმობა ახალი მოგონილიაო, ასე მითხრა ერთმა პაციენტმა. როდესაც ვუთხარი, რომ თერაპევტი ვარ და ოჯახის ექიმად გადავემზადეთქო მოეწონა, აბა თქვენი ნდობა კი შეიძლებაო. ვფიქრობ, ოჯახის ექიმი ჩვენს ქვეყანაში არასწორად აღიქვს და გაიგეს.“

„მსმენია, რომ პაციენტები ოჯახის ექიმებს სერიოზულ ექიმებად არ აღიქვამენ. ერთხელ პაციენტმა მითხრა: თქვენ ყველაფერი იცით, ოღონდ ზედაპირულად, ცოტ-ცოტაო, ამის მიზეზი მგონი არ მიმიცია, მაგრამ რას ვიზამთ, მაინც სპეციალისტებთან ვიზიტი უფრო ეიმედებათ ხოლმე.“

„მე ვფიქრობ, რომ დღეს ნდობის საკითხი არ დგას, პაციენტებს აქვთ საშუალება თავად აირჩიონ მათთვის სასურველი ოჯახის ექიმი.“

კითხვაზე, რა ესახებათ ოჯახის ექიმებს პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების გზად, შემდეგი პასუხები მივიღეთ:

„ექიმებს მოგვცენ სტიმული, რომ პაციენტებს ჩვენი შესაძლებლობები უკეთ დავანახოთ“

„ჯანდაცვის სისტემა მუდმივად უნდა ცდილობდეს რომ ცოდნა გაულრმავოს ოჯახის ექიმებს, ინტენსიურად უნდა გააცნონ მათ ახალი გაიდლაინები, ახალი მიდგომები, ხელი უნდა შეეწყოს ტრენინგებში პერიოდულად მონაწილეობას.“

„აუცილებელია ოჯახის ექიმების სტიმულირების გაზრდა, კერძოდ, ანაზღაურება უნდა იყოს დატვირთვის შესაბამისი. ექიმის კმაყოფილება დადებითად აისახება პაციენტთან დამოკიდებულებაზე.“

„მოსახლეობას უნდა მივცეთ მეტი ინფორმაცია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის როლის შესახებ, უნდა ავამაღლოთ მათი ინფორმირებულობა პრევენციის

მნიშვნელობაზე. საჭიროა ექიმების წახალისებაც, რაც პაციენტებთან დამოკიდებულებაზე აისახება და პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობას გააუმჯობესებს.“

როგორც ვხედავთ, ექიმები სათანადო ხარისხით მომსახურების დაბალი მოტივაციის მიზეზად ანაზღაურების სიმცირეს ასახელებენ. ისინი პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად ხელფასების მატებას მიიჩნევენ. კვლევა აჩვენებს, რომ რესპოდენტთა 85%-ის ანაზღაურება 700 ლარზე ნაკლებია. უმრავლესობა (65%) მიიჩნევს, რომ მათი ანაზღაურება დაბალია. ამასთან, ოჯახის ექიმთა 70%-ის აზრით, მათი ანაზღაურება არ არის გაწეული შრომის ადექვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ.

კვლევით გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმების 60%-ს არ ჰყავს ექთანი. იმის გათვალისწინებით, რომ ექთანს მნიშვნელოვანი როლი უკავია სერვისის გაწევაში, საოჯახო მედიცინის გუნდში მისი არარსებობა უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე და შესაბამისად, პაციენტების კმაყოფილებაზე. ოჯახის ექიმთა 45 % თვლის, რომ დამსაქმებელი არ ზრუნავს მათი როგორც ადამიანური რესურსის შენარჩუნებაზე და პროფესიულ ზრდაზე. რესპოდენტთა 35%-ის აზრით დამსაქმებელი არ ცდილობს მოისმინოს მათი პრობლემები და დროულად უპასუხოს მათ. ცხადია, აღნიშნული ექიმის დაბალ ანაზღაურებასთან ერთად არის ოჯახის ექიმების უკმაყოფილების მიზეზი.

მედიცინაში დიდი როლი უკავია სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განათლებას. ოჯახის ექიმთა 50% თვლის, რომ მეტნაკლებად აქვთ პროფესიული სრულყოფის საშუალება, თუმცა, 35%-ს ამის საშუალება არ აქვს. რესპოდენტთა 35% ვერ ახერხებს ოჯახის ექიმებისთვის განკუთვნილ საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობას. საქართველოში უწყვეტი პროფესიული განათლება არ არის სავალდებულო, ხოლო ტრენინგები, საგანმანათლებლო პროგრამები უმეტესად ფასიანია. ოჯახის ექიმებს არ აქვთ იმის შესაძლებლობა, რომ თავიანთი მცირე ანაზღაურებით გაიარონ ტრენინგები და გაიღრმავონ განათლება, ხოლო დამსაქმებელი არ ზრუნავს ამაზე. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენს ექიმთა პროფესიულ ზრდასა და კვალიფიკაციაზე.

ოჯახის ექიმთა 50% ეცნობა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით, ხოლო 45% მეტნაკლებად ახერხებს. აღსანიშნავია, რომ ინტერნეტით სიახლეებს უმეტესად თვალს არ ადევნებს 51 წელს ზემოთ ასაკის რესპოდენტები.

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

გამოკითხულ პაციენტთა 56% მდებრობითი სქესისაა, ხოლო 44% მამრობითი სქესის. უმრავლესობას აქვს უმაღლესი განათლება (73 %). რესპოდენტთა მეტი წილი 51-60 წლის ასაკისაა (24%). პაციენტთა უმრავლესობის (36%) თვიური შემოსავალი 301-500 ლარის ფარგლებში მერყეობს.

ცხრილი:2

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N	%
სქესი		
ქალი	168	56
კაცი	132	44
ასაკი		
20 წლამდე	30	10
21-30	33	11
31-40	48	16
41-50	51	17
51-60	72	24
60 და ზემოთ	66	22
განათლება		
საშუალო განათლება	81	27
უმაღლესი განათლება	219	73
თვიური შემოსავალი		
300 ლარზე ნაკლებია	93	31
301-500 ლარი	108	36
501-1000 ლარი	51	17

1001-1500	42	14
1500 ლარზე მეტი	6	2
ჯანმრთელობის მდგომარეობა		
კარგი	120	40
საშუალო	144	48
არადამაკმაყოფილებელი	36	12
მოცვა		
საყოველთაო ჯანდაცვით	237	79
კერძო დაზღვევით	45	15
ორივეთი	18	6
ჯანმრთელობის პრობლემების დროს უმთავრესად მიმართავენ?		
ოჯახის ექიმს	60	20
ექიმ სპეციალისტს	90	30
ზოგჯერ ოჯახის ექიმს,ზოგჯერ ექიმ სპეციალისტს	105	35
ვეწევი თვითმკურნალობას	45	15
რა სიხშირით მიმართავენ ოჯახის ექიმს წლის განმავლობაში?		
1-ჯერ ან საერთოდ არა	126	42
2-5	72	24
6-8	42	14
9-10	54	18
11 და მეტი	6	2
ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას?		
დიახ	101	34
არა	91	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	108	36

საშუალოდ რამდენ ხანს გრძელდება ოჯახის ექიმთან ვიზიტი?		
10 წუთზე ნაკლები	147	49
10-20 წუთი	87	29
20-30 წუთი	36	12
30 წუთზე მეტი	30	10
ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი		
სრულიად არ ვეთანხმები	27	9
არ ვეთანხმები	33	11
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	93	31
ვეთანხმები	132	44
სრულიად ვეთანხმები	15	5
ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია		
სრულიად არ ვეთანხმები	69	23
არ ვეთანხმები	24	8
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	90	30
ვეთანხმები	81	27
სრულიად ვეთანხმები	36	12
როგორ შეაფასებდით ზოგადად ოჯახის ექიმის ინსტიტუტს?		
დადებითად	90	30
საჭიროებს რიგ ცვლილებებს	141	47
უარყოფითად	54	18
პასუხი არ მაქვს	15	5

რესპოდენტთა 48%-ის ჯანმრთელობის მდგომარეობა საშუალოა. მათი უმეტესობა (79%) საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარია. რესპოდენტთა 35% ჯანმრთელობის პრობლემის დროს მიმართავენ როგორც ოჯახის

ექიმს, ასევე ექიმ სპეციალისტს. ამასთან, რესპოდენტთა 30% პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს. გამოკითხულთა 42% წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს.

რესპოდენტთა მეტი წილი (57%) პრევენციის მიზნით საკონსულტაციოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. კითხვაზე, ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმს, რესპოდენტთა უმეტეს ნაწილს (36%) გაუჭირდა პასუხის გაცემა. რესპოდენტთა უმეტესობა (49%) ოჯახის ექიმთან 10 წუთზე ნაკლებ დროს ატარებს და 44%-ს არ უწევს ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე დიდხანს ლოდინი. გამოკითხულების 30% მეტნაკლებად ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისთვის ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია. რესპოდენტთა მეტი წილი მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი საჭიროებს რიგ ცვლილებებს.

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვა დაბალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ცხადია, ასეთ პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა ჰქონდეთ უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა საკუთარ ოჯახის ექიმთან. ევროპის ბევრ ქვეყნებში, რომლებსაც აქვთ ზოგადი საექიმო პრაქტიკის (GP) სისტემა, პაციენტის თვითმიმართვა ნაკლებად შეინიშნება და, როგორც წესი, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, როგორც მეკარიბჭეები, ღებულობენ პროფესიონალურ გადაწყვეტილებას და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავენ სპეციალისტებთან [27, 28]. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში უფრო მეტად გავრცელებულია პაციენტის თვითმიმართვა სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (საავადმყოფო, ექიმი სპეციალისტები). არსებული სისტემა არ უწყობს ხელს სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე თვითმიმართვის ქცევის შემცირებას. კვლევები ადასტურებენ, რომ აღნიშნულმა მდგომარეობამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე [29]. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა მეტი წილი პრევენციის მიზნით

საკონსულტაციოდ იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. აღნიშნული ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის გარეშე სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის თვითმიმართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს [30].

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების მხრიდან მათდამი უნდობლობა და დაბალი კმაყოფილება გამოწვეულია არამარტო მათი მიზეზით, არამედ იმიტაც, რომ პაციენტებს არ მოსწონთ ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების ინფრატრუქტურა, ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას რიგში დგომა. ასევე, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება დამკვიდრებულ სტერეოტიპს, თითქოს ოჯახის ექიმები ექიმ-სპეციალისტებთან შედარებით ნაკლებად პროფესიონალები არიან. შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაბალ განვითარებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ოჯახის ექიმების დაბალი ანაზღაურება. ამასთან, ოჯახის ექიმების გამოკითხვით, მათი დატვირთვა აღემატება ანაზღაურებას. გასათვალისწინებელია, რომ უმრავლესობას არ ყავს ექთანი და უწევთ გაორმაგებული მუშაობა.

მდგომარეობას ამძიმებს ის გარემოება, რომ დამსაქმებლები ნაკლებად ცდილობენ ოჯახის ექიმების პროფესიულ ზრდის ხელშეწყობას. შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს არ აქვთ პროფესიული სრულყოფისა და განვითარების საშუალება, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო სფეროში, ისევე როგორც სხვა ნებისმიერ სფეროში დასაქმებული ადამიანებისათვის. კვლევა აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია ნაკლებად ინტერესდება ოჯახის ექიმების პრობლემებით. შესაბამისად, არ ხდება პრობლემების იდენტიფიცირება, თითოეული პრობლემური შემთხვევის განხილვა, გაანალიზება და მოსაგვარებელი გზების ძიება.

ცალკე პრობლემად შეიძლება გამოიყოს ის ფაქტი, რომ ქვეყანაში სავალდებულო ხასიათს არ ატარებს უწყვეტი პროფესიული განათლება. ამასთან, ექიმების გარკვეულ ნაწილს არ აქვს აკადემიური-საგანმანათლებლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, რადგან მათში მონაწილეობის მიღება თანხებთანაა დაკავშირებული.

კვლევა აჩვენებს, რომ ოჯახის ექიმის ანაზღაურება დაბალია, რაც აბრკოლებს ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. გარდა ამისა, არ გამოიყენება ოჯახის ექიმის ანაზღაურების ეფექტური მეთოდები. კერძოდ, დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. ამ მხრივ, ბევრ ქვეყნებში დაინერგა პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდები, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთში, ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფლად მუშაობა. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

დასკვნა, რეკომენდაციები

პაციენტის ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა დაბალია. პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ასევე მათი უმეტესობა პრევენციის მიზნით იშვიათად მიმართავს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. ოჯახის ექიმის დაბალი როლი ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. პაციენტის თვითმიმართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის

ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. აღნიშნული უმთავრესად განპირობებულია ოჯახის ექიმების დაბალი კვალიფიკაციით, დაბალი ანაზღაურებით. სახელმწიფო და დამსაქმებლები ნაკლებად ცდილობენ ოჯახის ექიმების პროფესიულ ზრდის ხელშეწყობას. შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს არ აქვთ პროფესიული სრულყოფისა და განვითარების შესაძლებლობა. საყურადღებოა, რომ ქვეყანაში სავალდებულო ხასიათს არ ატარებს უწყვეტი პროფესიული განათლება.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვერულავა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016. [Link](#), [Google Scholar](#)
2. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ლიბერალი. 2015. [Link](#), [Google Scholar](#), [Liberali](#)
3. ვერულავა თ, ასრათაშვილი ა, ქაფიანიძე შ, წიქორიძე თ, მინდიაშვილი ს. პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 3(1): 69-73 [Link](#), [Google Scholar](#)
4. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2015. [Link](#), [Google Scholar](#), [Link](#)
5. Garrido MV, Zentner A, Busse R. Effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011; 29(1): 28–38. [Link](#), [Google Scholars](#)
6. Martin DP, Diehr P, Price KF, et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. Am J Public Health 1989;79:1628 – 32. [Link](#), [Google Scholars](#)
7. Meyer TJ, Prochazka AV, Hannaford M, et al. Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. Arch Intern Med 1996; 156: 2483 – 7. [Article PubMed](#)
8. Bynum JPW, Chang C, Austin A, Carmichae D, Meara E. Outcomes in Older Adults with Multimorbidity Associated with Predominant Provider of Care Specialty. Journal of the American Geriatrics Society. 2017; 65: 1916–1923. [Article PubMed](#)
9. Rask KJ, Deaton C, Culler SD, et al. The effect of primarycare gatekeepers on the management of patients with chestpain. Am J Manag Care 1999; 5: 1274 – 82. [Article PubMed](#)
10. Paone GH, Higgins RS, Spencer T, et al. Enrollment in thehealth alliance plan: HMO is not an independent risk factorfor coronary artery bypass graft surgery. Circulation. 1995; 92:II 69 – 72. [Article PubMed](#)

11. Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: The effect on health status and satisfaction with care. *Am J Public Health*, 1996; 86:388 – 93. [Article](#)
12. Etter JF, Perneger TV. Introducing managed care in Switzerland: Impact on use of health services. *Public Health* 1997; 111: 417 – 22. [Article PubMed](#)
13. Olivarius ND, Jensen FI, Gannik D; et al. Self-referral and self-payment in Danish primary care. *Health Policy* 1994; 28: 15 – 22. [Article PubMed](#)
14. Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a “ gate keeper ” and an “ open access ” health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 690 – 7. [Article](#)
15. Schwenkglens M, Preiswerk G, Lehner R, et al. Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: A Swiss example. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 24 – 30. [Article PMC](#)
16. Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* 1991; 32: 167 – 74. [PubMed](#)
17. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health*, 1989; 79: 843-6. [Article PubMed PMC](#)
18. Verulava T., Maglakelidze. Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences* 2017; 11 (2): 143-150. [Article](#)
19. Asatiani M, Verulava T. Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen’s Typology. *Economics and Sociology* 2017; 10(4): 21-28. [Article](#)

20. Verulava T, Sibashvili N. Accesibility to Psychiatric Services in Georgia. *African Journal of Psychiatry (South Africa)* 2015; 18(3): 1-5. [Article](#)
21. Verulava T, Gabuldani M. Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). *Gazi Medical Journal* 2015; 26(2): 42-45. [Article](#)
22. Verulava T, Maglakelidze T, Jorbenadze R. Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. *Eastern Journal of Medicine*, 2017; 22(3): 103-109. [Article](#)
23. Verulava T, Jincharadze N, Jorbenadze R. Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. *Georgian Medical News* 2017; 264 (3): 135-139. [Article PubMed](#)
24. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, თბილისი, 2013.
25. Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. *Georgian Medical News*, 2017; 262 (1): 116-120. [Article PubMed](#)
26. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება. Welfare Foundation. 2016.
27. Verhaak PF, van den Brink-Muinen A, Bensing JM, et al. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. *Eur J Pub Health* 2004; 14: 134–40. [PubMed](#)

28. Brown S, Castelli M, Hunter DJ, et al. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: a narrative review. *Soc Sci Med* 2014; 116: 56–63. [Article PubMed](#)
29. Martin H, Max P, Sarah A. Referral hospitals-disease control priorities in developing countries. 2006;71:1229–43. [Article](#)
30. Pollack CE, Rastegar A, Keating NL, et al. Is self-referral associated with higher quality care? *Health Serv Res*. 2015; 50: 1472–90. [Article PubMed](#) [PMC](#)



მზრუნველობამოკლებული მოზარდების პრობლემები თავშესაფრის დატოვების შემდეგ

ბექა კუტივაძე¹, ირინა ლურსმანაშვილი¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ სოციოლოგიის სამაგისტრო პროგრამა, მეცნიერებისა და ხელოვნების ფაკულტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ბიზნესის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. თავშესაფრების დატოვების შემდეგ მზრუნველობამოკლებული ახალგაზრდებს ექმნებათ სხვადასხვა პრობლემები, რაც დაკავშირებულია საცხოვრებელი ბინის მოძიებასთან, დასაქმებასთან. კვლევის მიზანია სრულწლოვანი ასაკის მიღწევისას თავშესაფრების დატოვების შემდეგ მზრუნველობამოკლებული ახალგაზრდების პრობლემების შესწავლა.

მეთოდოლოგია. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა მზრუნველობამოკლებული სრულწლოვანი ახალგაზრდების და სოციალური მუშაკების სიღრმისეული ინტერვიუ. **შედეგები, დასკვნა.** მზრუნველობამოკლებულ მოზარდებს თავშესაფრის დატოვების შემდეგ უწყდებათ სახელმწიფო დახმარება, რის გამოც დგანან მნიშვნელოვანი ეკონომიკური და ფსიქოლოგიური გამოწვევების წინაშე. ასეთ მოზარდთა მეტი წილი ვერ უბრუნდება ოჯახს და აქვთ არასტაბილური საცხოვრისის, დასაქმების, საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ახალგაზრდების მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროა სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების ერთობლივი ძალისხმევით მათზე ზრუნვის გაგრძელება, სხვადასხვა პროფესიული

ტრენინგების ჩატარება, საზოგადოებაში ინტეგრაციის სხვადასხვა პროგრამების შემუშავება, დასაქმების ხელშეწყობა.

საკვანძო სიტყვები: მზრუნველობამოკლებული ბავშვები, მინდობით აღზრდა, თავშესაფარი

ციტირება: ბექა კუტივაძე, ირინა ლურსმანაშვილი, თენგიზ ვერულავა. მზრუნველობამოკლებული მოზარდების პრობლემები თავშესაფრის დატოვების შემდეგ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Introduction. After leaving the shelter, young people without parental care have various problems, which is related to finding a residential apartment and employment. The goal of survey is to study problems about people who became adult and left shelter. **Methodology.** Within the qualitative research was conducted in-depth interviews with social workers and young people without parental care. **Results. Conclusion.** After leaving the shelter, the state no longer helps young people, which causes bad consequences on certain contingencies. The majority of adults can't return home and have problems about employment and finding a place of residence. Considering this, in order to improve situation of young people it is necessary that through joint efforts of state and private structures to continue to care for them, conduct various vocational training and promotion of employment.

Keywords: Aging out, foster care, transition to independence, youths' perspectives

Quote: Beka Kutivadze, Irina Lursmanashvili, Tengiz Verulava. Challenges Faced By Youth Aging Out of Foster Care. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

2010 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა ეროვნული სამოქმედო გეგმა. მთავარი აქცენტი გაკეთდა საქართველოში ბავშვთა დიდი ზომის

დაწესებულებების ე.წ. “ბავშვთა სახლების” დახურვაზე და მათ ნაცვლად მინდობითი აღზრდის სისტემისა და მცირე საოჯახო ტიპის ბავშვთა სახლების განვითარებაზე. განხორციელებული რეფორმის შედეგად გადამზადდა სოციალური მუშაკები, რომლებიც აწარმოებენ ოჯახურ გარემოში ახლადგანთავსებული ბავშვების მონიტორინგს.

საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, 2015 წელს მზრუნველობამოკლებული ბავშვების სრული რაოდენობა 1643-ია. აქედან, მინდობითი აღზრდის პროგრამაში ჩართულია 1205 ბავშვი, ხოლო საოჯახო ტიპის ბავშვთა სახლში 335 ბავშვი ცხოვრობს.

18 წლამდე მოზარდების ყოველდღიურ ხარჯებს სახელმწიფო ფარავს. მათთვის სწავლა ზრდასრულ ასაკშიც უფასოა. 18 წლის ასაკში, ანუ სრულწლოვანების მიღწევისას ბენეფიციარი თავისუფლდება სახელმწიფო მზრუნველობისგან, ანუ თავად უწევს საცხოვრებელსა და ყოველდღიურ შემოსავალზე ზრუნვა.

მზრუნველობამოკლებულ პირთა სახელმწიფო მზრუნველობისგან გათავისუფლების ასაკი სხვადასხვა ქვეყნებში სხვადასხვანაირია. თუმცა, როგორც წესი, მზრუნველობამოკლებულ პირებს 18 წლამდე ყველა სახელმწიფო აძლევს თავშესაფარს. ევროპის ზოგი ქვეყანა მზრუნველობამოკლებულ ახალგაზრდას საშულებას აძლევს 21 ან 27 წლამდე ისარგებლოს სახელმწიფოს მხარდაჭერით. მაგალითად, ავსტრიაში შესაძლებელია მზრუნველობამოკლებული ბავშვებზე სახელმწიფო დახმარება გაგრძელდეს 21 წლამდე, ხოლო იგი წყდება იმ შემთხვევაში, როდესაც უკვე ექნება ნაპოვნი სამუშაო და აქვს შესაბამისი პირობები. გერმანიაში შესაძლებელია ასეთ ბავშვებზე სახელმწიფოს მზრუნველობა 27 წლამდე გაგრძელდეს. უნგრეთში თუ ახალგაზრდა განათლებას იღებს სასწავლო დაწესებულებებში, მათზე სახელმწიფო მზრუნველობა 25 წლამდე გრძელდება. ნორვეგიაში 18 წლამდეა სახელმწიფო მზრუნველობა, რომლის შემდგომ ინდივიდმა თავად უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება, დატოვებს თავშესაფარს, თუ დარჩება სახელმწიფოს მზრუნველობის ქვეშ. მათ შეუძლიათ 12 თვე გაიხანგრძლივონ დარჩენის პერიოდი, ან ჩაერთონ მზრუნველობის შემდგომ

ეტაპში და 23 წლამდე იყვნენ სახელმწიფოს მზრუნველობის ქვეშ. ასეთ შემთხვევაში მათ უნდა დაწერონ მომდევნო წლების ცხოვრების გეგმა. გეგმის მოწონების შემთხვევაში მათ აძლევენ მისი განხორციელების საშუალებას და ტოვებენ სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სრულწლოვანების მიღწევისას თავშესაფრის დატოვების შემდეგ მოზარდების უმრავლესობა სერიოზულ პრობლემებს განიცდიან, მათ შორის უსახლკარობა, სიღარიბე, ადრეული ორსულობა და არასტაბილური დასაქმება [1, 2]. ხშირია შემთხვევები, როდესაც მათ არსად აქვთ წასასვლელი [3]. ოჯახში დაბრუნების შემთხვევაშიც უმეტესწილად ისინი დგებიან ბიოლოგიურ ოჯახთან ადაპტაციის პრობლემის წინაშე, რადგან ის მიზეზები, რის გამოც ბავშვი, თავის დროზე, სახელმწიფო ზრუნვის სისტემაში გადაიყვანეს, კვლავ არსებობს (მაგალითად, ოჯახური ძალადობა, უკიდურესი სიღარიბე, ოჯახის წევრთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები) და არ აქვთ სამომავლოდ განვითარების საშუალება, რაც მათ მომავალს უზრუნველყოფდა [4, 5, 6].

ექსპერტები გამოყოფენ შემდეგ მთავარ ფაქტორებს, რომლებიც აუცილებელია თავშესაფრის დატოვების შემდეგ ახალგაზრდების ფუნქციონირებისათვის: დასაქმება, განათლება, საცხოვრებელი პირობები, მხარდამჭერი ქსელები, ჯანდაცვა და უსაფრთხოება, სამართლებრივი ჩართულობა, საზოგადოებაში ცხოვრებისათვის მზადყოფნა [2, 3]. თავშესაფრის დატოვების შემდეგ მზრუნველობამოკლებული მოზარდთა 20% მყისიერად ხდება უსახლკარო. 24 წლის ასაკისთვის მათგან მხოლოდ ნახევარია დასაქმებული [7, 8]. 20 000-ზე მეტი ახალგაზრდა ვერ დაუბრუნდა ოჯახს და ვერ მოიძია მუდმივი საცხოვრებელი. სრულწლოვნობის მიღწევის შემდეგ მხოლოდ 6% აგრძელებს სწავლას უფრო მაღალ საფეხურზე და მათგან მხოლოდ 50% იღებს სასწავლებლის დასრულების დიპლომს [9, 10, 11].

ექსპერტთა აზრით, ამ პრობლემის გადაწყვეტა შეიძლება ინდივიდებისა და ოჯახების, ეკლესიის, კორპორაციებისა და სამთავრობო ინსტიტუტების ერთობლივი ძალისხმევით და მათი რესურსების გამოყენებით. მზრუნველობამოკლებული ბავშვების აყვანით ინდივიდებსა და ოჯახებს შეუძლიათ ითამაშონ მნიშვნელოვანი როლი მათ დასახმარებლად. თუმცა,

მზრუნველობამოკლებული ბავშვების მინდობით აღზრდა და აყვანა არ არის ერთადერთი გზა მათ დასახმარებლად. ინდივიდებს შეუძლიათ იყვნენ მოხალისეები მზრუნველობამოკლებული ბავშვების დახმარებისათვის განკუთვნილ სპეციალურ სასწავლო პროგრამებში. კორპორაციებს შეუძლიათ განახორციელონ ტრენინგები და სტაჟირება მინდობით აღსაზრდელი ბავშვებისთვის. ბიზნესს შეუძლია ახალგაზრდებს მისცეს საჭირო უნარ-ჩვევები და გამოცდილება, რაც ხელს შეუწყობს მათ დასაქმებას. უნივერსიტეტებმა დაიწყეს პროგრამების განხორციელება სპეციალურად მინდობით აღსაზრდელი ბავშვებისათვის, რაც გულისხმობს ფინანსურ დახმარებას, საცხოვრებელი ბინით უზრუნველყოფას, ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების გამომუშავებას, კონსულტაციას სხვადასხვა საკითხებში, კარიერის დაგეგმვასა და დასაქმებაში ხელშეწყობას.

საქართველოში ზრუნვის ალტერნატიული საშუალება, რომელიც სრულწლოვანებს დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის მომზადებაში ეხმარება, „SOS ბავშვთა სოფელი საქართველოში“ და „ჩვენი სახლი - საქართველოა“. პროექტი ხორციელდება ფონდ „ნატახტარის“ მხარდაჭერით მცირე საოჯახო ტიპის ბავშვთა სახლებში. მას შემდეგ, რაც მცირე საოჯახო ტიპის სახლში ბავშვი 15 წლის გახდება, ფსიქოლოგი მასთან იწყებს მუშაობას: მიმდინარეობს მათი საჭიროებების შესწავლა, უნარების შეფასება, სურვილებისა და ინტერესების გარკვევა. ამის საფუძველზე ხდება ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება, რომელიც მათ ეხმარება დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის შემზადებაში. გეგმა შეიძლება მოიცავდეს სასკოლო საგნებში, პროფესიული კოლეჯისთვის მომზადებას, პროფორიენტაციის მიმართულებით მუშაობის გაგრძელებას, ადგილობრივ ოსტატთან ბენეფიციარის შეგირდად მოწყობას, გამოცდებისთვის მომზადებას, წიგნებისა და სამუშაო იარაღების შეძენას, სოციალური უნარების განვითარების მიმართულებით მუშაობას. პროექტის ფარგლებში ბავშვებს უფინანსდებათ პროფესიული განათლება. ფსიქოლოგი მუდმივად თვალყურს ადევნებს, აწყდებიან თუ არა ისინი პრობლემებს სწავლის, შემდგომ კი მუშაობის პროცესში.

ფსიქოლოგის მუშაობა ბენეფიციართან გრძელდება ახალგაზრდის სრულ დამოუკიდებლობის მიღწევამდე, შეიძლება 22-24 წლის ასაკამდეც. იმ შემთხვევებში, როდესაც ახალგაზრდა ტოვებს მცირე საოჯახო ტიპის სახლს და არ აქვს თავშესაფარი, ფონდი მას უნიშნავს „სტიპენდიას“ რომელსაც გამოიყენებს საცხოვრისის ქირის, ტრანსპორტისა და კომუნალური ხარჯების დასაფარად. ფონდის თანხა არ არის შეუზღუდავი, ამიტომ თანხა გაიცემა საკოორდინაციო საბჭოს გადაწყვეტილების საფუძველზე. საკოორდინაციო საბჭო ყოველთვიურად განიხილავს თითოეული ბენეფიციარის პრიორიტეტებს და საჭიროებისამებრ გასცემს დახმარებას.

როდესაც მოზარდი გაერკვევა, თუ რისი შესწავლა სურს მას, ამის შემდეგ პერსონალურად მისთვის დგება განვითარების გეგმა, რომლის შედგენას ხელმძღვანელობს ფსიქოლოგი. გეგმა არის 3-6 თვიანი და მისი განახლება ხდება პერიოდულად. ფსიქოლოგი ბენეფიციარს ასწავლის CV-სა და სამოტივაციო წერილის შედგენას, გასაუბრებაზე მოქცევის წესებს, სამსახურის საძიებო საიტებთან მუშაობას და დაკავშირებას. ფსიქოლოგები მუშაობენ დასაქმებისთვის აუცილებელი უნარების განვითარებაზე. ამიტომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ახალგაზრდა თვითონ პოულობს სამსახურს.

სამწუხაროდ, საქართველოში ნაკლებად ტარდება კვლევები მზრუნველობამოკლებული ბავშვების შესახებ. ასევე, უცნობია, როგორ გრძელდება მათი ცხოვრება 18 წლის ასაკში თავშესაფრის დატოვების შემდეგ, რამდენად ახერხებენ რესოციალიზაციას საზოგადოებაში.

კვლევის მიზანია მზრუნველობამოკლებულ მოზარდთა პრობლემების შესწავლა თავშესაფრის დატოვების შემდეგ.

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა მზრუნველობამოკლებული სრულწლოვანი ახალგაზრდების და სოციალური მუშაკების სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევისათვის შეირჩა 15 მზრუნველობამოკლებული ახალგაზრდა,

რომელთაც შეუსრულდათ 18 წელი და დატოვეს თავშესაფარი. მათი ასაკი არ აღემატება 25 წელს. ასევე, შეირჩა სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორში მომუშავე 3 სოციალური მუშაკი.

რესპოდენტთა შესარჩევად გამოყენებულ იქნება შერჩევის ერთ - ერთ ხელსაყრელი სახე, არაალბათური შერჩევა და მისი ყველაზე მოსახერხებელი ტიპი - თოვლის გუნდა. კვლევის ინსტრუმენტია ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც თითოეული რესპოდენტის შემთხვევაში საშუალებას გვაძლევს საჭიროებისამებრ შევცვალოთ კითხვები.

კვლევის შეზღუდვები

კვლევის შერჩეული მეთოდები არ იძლევა პასუხების განზოგადების საშუალებას, მისი მეშვეობით შესაძლებელია არსებული სოციალური მოვლენის სიღრმისეული ანალიზის ჩტარება. მეორე მნიშვნელოვანი შეზღუდვა დაკავშირებულია საჭირო რაოდენობის რესპოდენტების მოძიების სირთულესთან. ასევე, კვლევის მნიშვნელოვანი შეზღუდვა შეიძლება აღმოჩნდეს რესპოდენტის გულახდილობა, განსაკუთრებით მზრუნველობამოკლებული ახალგაზრდების შემთხვევაში. არაგულწრფელი ინტერვიუ კი, რა თქმა უნდა, რეალობის საერთო სურათს დაამახინჯებს და ობიექტური დასკვნის გაკეთების საშუალებას არ მოგვცემს.

შედეგები

ჩვენი რესპოდენტები ბავშვობიდან თავშესაფრის ბინადრები არიან, ამიტომ ბევრი სალაპარაკო თავშესაფრამდე პერიოდზე არ აქვთ, თუმცა იხსენებენ როგორ ცხოვრობდნენ დედასთან, მამასთან და ოჯახის წევრებთან ერთად. რესპოდენტების უმრავლესობა თავშესაფარში მშობლების გარდაცვალების შემდეგ მოხვდნენ. თავშესაფრამდე ცხოვრება არ იყო მარტივი, რადგან სიღარიბეში უწევდათ არსებობა.

პირველი რესპოდენტი: „დავიბადე თბილისში, ეროვნებით ვარ ქურთი... თავიდან ვიზრდებოდი ტრადიციულ ქურთულ ოჯახში... ქურთულად ვლაპარაკობდი, ყველაფერი ქურთული მქონდა... მერე, დაახლოებით 4 წლის

ასაკში, გარკვეული პრობლემების გამო წავედი ძეგვის თავშესაფარში. მე და დედა ვიყავით ამ თავშესაფარში, მამა თბილისში ცხოვრობდა და ხანდახან ჩამოგვაკითხავდა ხოლმე. ახლა გარდაცვლილია ორივე, ასე რომ აღარცერთან აღარ მაქვს ურთიერთობა. მერე, უკვე ვიყავი ათი წლის, როცა ძეგვიდან გადავედი ბედიანის ბავშთა ცენტრში და იქ გავატარე ცხოვრება“.

მეორე რესპონდენტი: „მე დავიბადე ბორჯომში. მამა ადრე გარდამეცვალა. 8 წლის ვიყავი, როცა დედა დამელუპა. ბიძაჩემს და ბიცოლეჩემს უნდა გავეზარდე, მაგრამ რადგან მათაც ყავდათ შვილები და იმ პერიოდში ყველას უჭირდა, ეს დაახლოებით 2003 წლის ამბავია, როცა ცუდი ამბები ხდებოდა და გამომარიდეს ასე ვთქვათ ყველაფერს და გადაწყვიტეს რომ ბავშვთა სახლში დავეტოვებინე. ფიქრობდნენ, რომ იქ უკეთ მომივლიდნენ. უნდოდათ უფრო ისეთ ადგილას მოვხვედრილიყავი... ხო ხვდებით, მონასტერი... გაიგო ძეგვზე და მანდ მიმიყვანა და მანდედან ერთ კვირაში გადამიყვანეს ბედიანში, სადაც ირმა მასწავლებელთან მოხვდი და ბოლომდე იმასთან ვიყავი“.

რესპონდენტები ბავშვთა სახლში მცირე ასაკში, მშობლების გარდაცვალების გამო მოხვდნენ. თუმცა, ერთი რესპონდენტი ბავშვთა სახლში ოჯახის წევრებთან, ანუ მშობლებთან და და-მმასთან ერთად ცხოვრობდა. მისი თქმით, ბავშვთა სახლში ეკონომიკური პრობლემების გამო მოუწიათ გადასვლა, იმ პერიოდში კი ბავშვთა სახლებში შესაძლებელი იყო ოჯახთან ერთად ცხოვრება.

რესპონდენტებმა აღწერეს ძეგვის და ბედიანის თავშესაფარში ცხოვრების პირობები. როგორც მათი საუბრიდან შევიტყვეთ, ძეგვის თავშესაფართან შედარებით, ბედიანში ცხოვრების პირობები უკეთესი იყო.

„ახლა იცი რას ვფიქრობ? ბევრ ბავშვთა სახლი ვარ ნამყოფი, ბედიანის ბავშვთა სახლშიც ვარ ნამყოფი, ძეგვშიც, იმედის ბავშვთა ცენტრშიც და ყველაზე ცუდი ადგილი, სადაც ვარ ნამყოფი ახალდაბის ბავშვთა ცენტრში იყო. იცი როგორ სიტუაცია იყო? აი სრული განუკითხაობა და იმედის ბავშვთა ცენტრი ცოტა ნორმალური იყო, მაგრამ მანდაც მაგარი არეულობა იყო, ყურადღებას არ აქცევდნენ საერთოდ ხალხს... თან იყო ერთი სივრცე, 5 ბავშვს კი არა ბატალიონს ეძინა ერთ

ოთახში... თან უფროსები უმცროსებს ჩაგრავდნენ... ძეგვში ჩემი ტოლები საერთოდ არ იყვნენ და მოვიწყენდი ხოლმე. 2 წელი ვიყავი ახალდაბაში, 2-3 თვე იმედის ბავშვთა ცენტრში, ძეგვში ერთი კვირა და მერე ბედიანში. ბედიანში არის როგორი სიტუაცია იცი? ოჯახის ტიპისაა, პატარა კოტეჯებია, 2-3 ბავშვი და ერთი აღმზრდელი, ყველაფერი ჩვეულებრივად კეთილმოწყობილი.“

რესპონდენტებს ვთხოვეთ აღეწერათ თავშესაფარში ცხოვრების ერთი დღე ან ერთი კვირა:

„ჩემი ერთი ჩვეულებრივი დღე იყო ასეთი: იღვიძებდი დილას, ასე დაახლოებით 8 საათზე. ვიღვიძებდი რაა, ძალით მალვიძებდნენ და მივდიოდი სკოლაში. სკოლა იყო ბავშვთა ცენტრის კი არა, საჯარო. სოფელია პატარა, ძალიან ისეთი საყვარელი, ლამაზი, შეხება გვქონდა მარტო ბავშვთა ცენტრის ბავშვებთან კი არა, ზოგადად, სოფლის ბავშვებთან და არა მარტო ქართველებთან, სომხებთან, აზერბაიჯანელებთან. ინტერნაციონალური სოფელია მოკლედ რა... მივდიოდი სკოლაში, ვესწრებოდი გაკვეთილებს, მერე მოვდიოდი და ვსწავლობდი, ჩვეულებრივად, მეხმარებოდნენ მასწავლებლები, ჩემი კოტეჯის აღმზრდელიც ისტორიას მასწავლიდა სკოლაში და ბოლოს დირექტორიც გახდა და დირექტორი სახლში მყავდა... ჩვეულებრივად ვმეცადინებოდი, ვსადილობდი და ა.შ. არანაირი განსხვავება ოჯახიდან.“

რესპონდენტების თქმით, ძალიან ხშირად ტარდებოდა საგანმანათლებლო პროექტები (ექსკურსიები, მუზეუმების დათვალიერება), რომლებშიც აქტიურად იყვნენ ჩართულები.

„ვმეგობრობდით სკოლებთან, საიდანაც ძალიან ბევრი მეგობარიც შევიძინე. ჩამოდიოდნენ ჩვენთან, ხან კი ჩვენ ჩავდიოდით, მუზეუმებშიც დავდიოდით და სპექტაკლებსაც ვესწრებოდით. ექსკურსიებზე ხო ძალიან ხშირად დავდიოდით. მთელი საქართველო მაქვს მოვლილი ლაშქრობით, პარაპლანითაც მაქვს ნაფრენი... ასე რომ, რომ ვთქვა ბავშვობაში რამე დამაკლდა-მეთქი არა, ამ ხალხის წყალობით ნამდვილად არაფერი დამკლავია.“

„ერთი პროექტი იყო, აღარ მახსოვს რა ერქვა, მაგრამ მიზანი იყო ის, რომ ყოველ კვირა ჩამოდიოდა ერთ-ერთი სკოლა და ერთობლივად რაღაც საგანმანათლებლო პროექტებს ვაკეთებდით, შემეცნებითს. ბავშვობიდან სულ მახსოვს, რომ უცხოელი სტუმრები სულ გვსტუმრობდნენ, საფრანგეთიდან, ჰოლანდიიდან, აკეთებდნენ საკუთარ პროექტებს და აქტიურად ვერთვებოდით. უცხოელ სკოლებთან ერთობლივი საზაფხულო ბანაკები გვექონდა...“

„ორ კვირაში ერთხელ მაინც გვექონდა ხოლმე გასვლა, კინოთეატრში დავდიოდით, მუზეუმებში, ნატახტარის ქარხანაშიც... კონცერტებზე. მოძრაობის თეატრი როა, ჩვენი მეგობრები არიან, გვპატყებენ ხოლმე და თვითონაც ჩამოდიან და ა.შ.“

კითხვაზე, რას განიცდიდნენ როცა ფიქრობდნენ, რომ თავშესაფრის დატოვება მოუწევდათ მალე, აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტებს გაცნობიერებული ჰქონდათ, რომ თავშესაფარში ვერ დარჩებოდნენ სიცოცხლის ბოლომდე, ამიტომ გარკვეული თვალსაზრისით ფსიქოლოგიურად მომზადებულები იყვნენ და განსაკუთრებული სტრესი არ ჰქონიათ. თუმცა, ერთგვარი შიში ჰქონდათ. ყველაზე დამთრგუნველი გაურკვევლობის გრძნობა იყო, არ იცოდნენ სად ან როგორ უნდა დაეწყოთ მუშაობა. თავშესაფარმა, ამ მხრივ, მაქსიმალური ხელშეწყობა გამოუცხადა ახალგაზრდებს.

„ბავშვთა ცენტრი კაია, იმიტომ რომ, ვიდრე შენს გზას არ მოძებნი გეხმარებიან ბოლომდე. თვითონ ბავშვთა სახლი გეხმარება, აბა მოდი სამსახური მოძებნე, აბა მოდი ეს გააკეთე, აქ სწავლა გინდა? მოდი აქ ისწავლე და სანამ არ დადგები და ბევრი დადგა უკვე ასე თავის გზაზე და ოჯახები შექმნეს და სამსახურებიც აქვთ და ეს ყველაფერი იმის ხარჯზე, რო თავიდან ბოლომდე გვერდზე ედგა ეს ბავშვთა სახლი... დაჟე ასეთი გამონათქვამი აქვთ: „წადი, ნებისმიერ დროს დაგჭირდით? დარეკეთ, შენს გვერდით ვართ,“ და ა.შ. მე პირადად ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში დავამთავრე ბაკალავრი და თესეუში მაგისტრატურა და ამხნის განმავლობაში ქირის ფულსაც თავშესაფარი მიხდიდა და სწავლისაც“.

რესპოდენტებს ვკითხეთ, თუ როგორ წარიმართა ცხოვრება თავშესაფრის დატოვების შემდეგ, გააგრძელეს თუ არა ურთიერთობა თავშესაფრის მობინადრეებთან, ახლა რა გამოწვევების წინაშე დგანან და ა.შ.

ერთ-ერთი რესპოდენტი ახლა ბიძაშვილებთან ერთად ქირაობს ბინას და მუშაობს, თუმცა გვიყვება რომ ყოველთვის ასე არ ყოფილა.

„ჯერ ვემზადებოდი და მერე კოლეჯი დავათმავრე. მთელი ამ პერიოდის განმავლობაში ფინანსურად ზვიადი მეხმარებოდა ბედიანის ბავშვთა სახლიდან, მერე საცხოვრებელი დავიწყე მუშაობა კარფურში და წელიწად ნახევარი ვიმუშავე. ახლა ბიძაშვილებთან ერთად ვცხოვრობ და ისევ საცხოვრებელი ვმუშაობ, ოღონც სხვაგან“.

სხვა რესპოდენტი კი აღნიშნავს, რომ თავშესაფარში მყოფ ადამიანს უბრალოდ პერსონალს ვერ დაუძახებს, რადგან მათთან ისეთი ურთიერთობები აქვს, როგორც ოჯახის წევრებთან.

„პერსონალთან? არა, მათ პერსონალს, რა თქმა უნდა, ვერ დავუძახებ, იმიტომ რომ ჩემი ოჯახი არი რა... ჩემი ძმაცაცები არიან ყველა.. იქ ვინც არის, დღემდე ერთად ვართ, ახლა დიდი ხანია იქ აღარ ვყოფილვარ, მაგრამ ტელეფონით ურთიერთობა სულ გვაქვს“.

შემდეგი კითხვა შეეხო სახელმწიფოს მრიდან დახმარების აღმოჩენას 18 წლის მერე, თავშესაფრის დატოვების შემდეგ. რესპოდენტებმა ერთხმად აღიარეს, რომ ასეთი სახელმწიფო პროგრამის შესახებ არც კი სმენიათ. თუმცა, აღნიშნეს თავშესაფარში ყოფნის პერიოდში სახელმწიფოს მხრიდან დახმარება.

„პირადად მე არავინ შემხმინებია და არც გამიგია, მაგრამ, როცა ბედიანის თავშესაფარში ვიყავი მაშინ გვეხმარებოდა, როგორც სახელმწიფო, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციებიც. დახმარებაში იგულისხმება ჰუმანიტარული დახმარებები. სხვადასხვა პროექტები, რომლებშიც ჩვენ ვმონაწილეობდით, რა თქმა უნდა, ხარჯებთან იყო დაკავშირებული, თუნდაც პარაპლანი რომ ვთქვი, შინაგან საქმეთა სამინისტრომ გააკეთა. ყველა ახალ წელს რა სურვილსაც ვწერდი ხოლმე ყველაფერი გვიხდებოდა, მაგალითად ლეპტოპი და ძალიან ძვირიანი რაღაცეები

მაჩუქეს... ეს საჩუქრები სახელმწიფო დაწესებულებებში მომუშავე ჯგუფებმა თავისი სურვილით გააკეთეს.“

„ჩემთან უშაულოდ არავინ გამოსულა, ერთი ის იყო რო ვისოლ ჯგუფიდან დამირეკეს და ეგ სახელმწიფო არის თუ არა არ ვიცი, ბეზინგასამართ სადგურზე თუ სადღაცა... სხვა არ ვიცი, არავინ არ შემხმინებთან.“

„წარმოდგენა არა მაქვს სახელმწიფოს მხრიდან თუ ხდება რამე, არავინ არასდროს არ დამკავშირებია. არსამთავრობოზეც არ ვიცი, კონკრეტულად ჩემს შემთხვევაში არავის არაფერი გაუკეთებია. არასამთავრობოში იცი როგორ შეიძლება? ჩვენ ჩერეზ-ჩერეზ გვყავს ვილაცეები და ნაცნობობის გამო შეიძლება რომ დასაქმება შემომთავაზონ, თორე ისე არა. არც ვიცი რას აკეთებენ სიმართლე გითხრა და არც არავისგან გამიგია რამე“.

კითხვაზე, მათი აზრით, რა შეიძლება რომ სახელმწიფომ ან არასამთავრობო სექტორმა გააკეთოს ცხოვრების დამოუკიდებლად დაწყების გასაადვილებლად, შემდეგი პასუხები დაფიქსრდა:

„სახელმწიფო იმასაც ვერ აკეთებს სტუდენტები დაასაქმოს, ხელი შეუწყოს, დასაქმების უფრო მეტი არჩევანი მისცეს, ახალგაზრდობას დაეხმაროს და როგორ გითხრათ, ბავშვთა სახლებზე რა უნდა გააკეთოს? მაგრამ ყოველ შემთხვევაში, არ ვიცი რატომ ჰგონიათ, რომ ბავშვთა სახლში გაზრდილები მენტალურად უფრო დაბალ საფეხურზე არიან? თუ ასე ფიქრობენ, მითუმეტეს, სახელმწიფომ უფრო მეტი უნდა სცადოს. რავი, რასაც თანამედროვე ქართველი ახალგაზრდებისთვის გააკეთებს, იგივე რო გააკეთოს და ცოტა კიდე უფრო მეტი, ბავშვთა სახლებში მცხოვრები ადამიანებისთვის, უფრო კარგი იქნებოდა.“

„ბავშვებს რომ ქონდეთ თავშესაფრის გარეთ არსებული ცხოვრების ნახვის საშუალება კარგი იქნება, როგორ უნდა მოიქცე, როგორი ქცევის და ცხოვრების წესი უნდა გამოიმუშავო და ა.შ. თორე ჩაკეტილობა ცუდია, ბავშვებმა უნდა იცოდნენ რომ სხვა რეალობაც არსებობს, იმიტომ რომ ბავშვთა სახლში როცა ხარ და გივლის ყველა და თავსგველება, გგონია, რომ ეგ არის ცხოვრება და ეგრე იქნება და ეგრე კიდე არ იქნება, უნდა გახვიდე გარეთ და ნახო როგორია ცხოვრება, სხვა სამყარო“.

„რომ ვთქვა, რომ არაფერი შეუძლიათ მეთქი მოგატყუებთ, ელემენტარული ყურადღების გამოჩენა იქნება კარგი, თუნდაც ის, რომ სახელმწიფოს თითოეული ასეთი ბავშვის მონაცემთა ბაზა ჰქონდეს, რომ ბავშვთა სახლიდან წასვლის შემდეგ ელემენტარული ყურადღება მიაქციოს...“

და ბოლოს სამომავლო გეგმებზეც ვისაუბრეთ. აღმოჩნდა, რომ გეგმები დიდი აქვთ. ერთ-ერთი რესპონდენტი აპირებს თავისი მომავალი ისევ ბავშვთა სახლს დაუკავშიროს, რადგან თვლის რომ უკეთესს საქმეს და უფრო სასარგებლოს ვერაფერს გააკეთებს. ფიქრობს, რომ მას აქვს იმდენი ცოდნა და გამოცდილება რომ სხვა ბავშვებს შეუქმნას ცხოვრების უკეთესი და უფრო მრავალფეროვანი პირობები. ერთ-ერთი რესპონდენტი საკუთარი ბიზნესის დაწყებას აპირებს, თუმცა, ისევ ბავშვთა სახლის დახმარებით. სხვები კი აპირებენ გამოიყენონ ის თანხა, რომელიც სრულწლოვნობამდე ერიცხებოდათ სახელმწიფოს მხრიდან და რომელიც არ დაუხარჯავთ.

სოციალური მუშაკების გამოკითხვის შედეგები

გამოკითხეთ სამი სოციალური მუშაკი. მათთან საუბრის ძირითად თემას წარმოადგენდა სრულწლოვანების პერიოდის დადგომისას მზრუნველობამოკლებული მოზარდების მიერ თავშესაფრის დატოვების შედეგად წარმოქმნილი პრობლემები.

ყველა ექსპერტი აღიარებს, რომ სახელმწიფო ზრუნვიდან გასული ახალგაზრდებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება საცხოვრისის არარსებობა.

„ყველაზე მწვავედ დგას საცხოვრისის პრობლემა. სახელმწიფო ზრუნვის სისტემიდან გასვლის შემდეგ ზოგი მოზარდი ბრუნდება თავის ბიოლოგიურ ოჯახს, საიდანაც ის თავის დროზე წამოვიდა. მოზარდების ნაწილს საერთოდ არსად წასასვლელი არ აქვს, არც მანამდე ჰქონდა და არც მერე ექნება. ასეთი ამ ბავშვების დაახლოებით 30-40%-ია. შეიძლება დავსვათ კითხვა, რამდენად ეფექტურია სახელმწიფო ხარჯები, რომელიც მზრუნველობამოკლებულ ბავშვებზე 18 წლის ასაკამდე იხარჯება, თუ მას არ აქვს განვრძობითობა“

ექსპერტების მტკიცებით, საცხოვრისის პრობლემის მოგვარებაში ცენტრალურ სამთავრობო ორგანოებთან ერთად, ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართულობა უფრო შედეგიანი და ქმედითი შეიძლება იყოს.

„წლის განმავლობაში მცირე საოჯახო ტიპის სახლებსა და მიმღებ ოჯახებს საქართველოს მასშტაბით 50-მდე ახალგაზრდა ტოვებს. ახალგაზრდები გაფანტულნი არიან საქართველოს მასშტაბით და თითოეულ მუნიციპალიტეტში შეიძლება 4-6 ახალგაზრდა იყოს კონცენტრირებული. შესაძლებელია ადგილობრივი თვითმმართველობის ბიუჯეტიდან გამოიყოს თანხა ამ ახალგაზრდების საცხოვრებლის, ტრანსპორტირებისა და კომუნალური გადასახადების გადახდისთვის“.

ექსპერტებს მზრუნველობამოკლებული მოზარდების მიერ თავშესაფრის დატოვების შედეგად წარმოქმნილი პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალებად მიაჩნიათ დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების განვითარება და მათთვის სათანადო პროფესიული განათლების მიცემა. ფსიქოლოგების მეთვალყურეობა და მუშაობა ახალგაზრდებთან უზრუნველყოფს იმას, რომ ისინი ეცდებიან, რაც შეიძლება ხანმოკლე იყოს სახელმწიფო რესურსით სარგებლობის პერიოდი და სწრაფად გახდნენ დამოუკიდებლები. გარდა ამისა, არასამთავრობო ორგანიზაციები მათთვის ატარებენ სხვადასხვა პროფესიულ ტრენინგებს.

„ტრენინგებით ვასწავლით მათთვის საჭირო საკითხებს, რაც მათ გამოადგებათ, ვაწვდით კვალიფიციურ ინფორმაციას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა ასპექტების შესახებ, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისგან თავდაცვის საშუალებების შესახებ, ადამიანის უფლებების შესახებ და ა.შ. ანუ ვაწვდით იმ ცოდნას რა საჭიროებებიც აქვთ მათ“.

მიუხედავად ასეთი აქტივობებისა, პროფესიული ტრენინგები არასაკმარისად ტარდება. განსაკუთრებით მწვავედ რეგიონებში დგას აღნიშნული პრობლემა. ამ მხრივ ახალგაზრდების ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებაში სახელმწიფო ხელშეწყობა გაცილებით დაბალია.

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო 21 წლამდე ახდენს ბაკალავრიატზე სწავლის გადასახადის სრულად დაფინანსებას, სამწუხაროდ, უმრავლესობას არ აქვს სურვილი უმაღლეს სასწავლებლებში სწავლის გაგრძელების.

ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ 18 წლის ზემოთ ასაკის, სახელმწიფო ზრუნვიდან გასული ბავშვებისათვის უნდა არსებობდეს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა. გასათვალისწინებელია, რომ ევროპის ბევრ ქვეყანაში ახალგაზრდაზე ზრუნვა სახელმწიფოს მხრიდან 21-24 წლამდე გრძელდება. სასურველია საქართველომაც გაიზიაროს ეს მოდელი.

„სოციალური მომსახურების სააგენტოს რამდენიმე ორგანიზაციასთან ურთიერთთანამშრომლობის მემორანდუმში აქვს გაფორმებული, რომლებიც სრულწლოვანების შემდეგ მზრუნველობამოკლებული ბავშვების საკითხებზე მუშაობენ. თუმცა, რა თქმა უნდა, ეს გლობალურად პრობლემის გადაჭრის გზა არ არის, ამიტომ უმჯობესია სახელმწიფომ შეიმუშავოს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა“.

დასკვნა

კვლევამ აჩვენა, რომ მზრუნველობამოკლებულ მოზარდებს თავშესაფრის დატოვების შემდეგ უწყდებათ სახელმწიფო დახმარება, რის გამოც დგანან მნიშვნელოვანი ეკონომიკური და ფსიქოლოგიური გამოწვევების წინაშე. ასეთ მოზარდთა მეტი წილი ვერ უბრუნდება ოჯახს და აქვთ არასტაბილური საცხოვრისის, დასაქმების, საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ახალგაზრდების მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროა სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების ერთობლივი ძალისხმევით მათზე ზრუნვის გაგრძელება, სხვადასხვა პროფესიული ტრენინგების ჩატარება, საზოგადოებაში ინტეგრაციის სხვადასხვა პროგრამების შემუშავება, დასაქმების ხელშეწყობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Kushel MB., Yen IH, Gee L, Courtney ME. Homeless and Health Care Access After Emancipation. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 2007; 161 (10): 986-993. [Link](#), [PubMed](#), [Google Scholar](#)
2. Courtney ME, Dworsky A, Pollack H. Issue Brief: When Should the State Cease Parenting? Evidence from the Midwest Study. Chicago: Chapin Hall Center for Children, 2007; 4. [Link](#), [Google Scholar](#)
3. Mech EV. Foster youths in transition: Research perspectives on preparation for independent living. Child Welfare, 1994; 73 (5): 603-623. [Link](#), [Google Scholar](#)
4. Courtney ME. The difficult transition to adulthood for foster youth in the US: Implications for the state as a corporate parent. Social Policy Report 2009: 23(1): 3-19. [Link](#), [Google Scholar](#)
5. Courtney ME, Dworsky. Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA. Child and Family Social Work, 2006; 11(3): 209-219. [Link](#), [Google Scholar](#)
6. Courtney ME, Dworsky A, Cusick GR, Havlicek J, Perez A, Keller T. Midwest Evaluation of the Adult Functioning of Former Foster Youth: Outcomes at Age 21. Chicago Chapin Hall, 2007. [Link](#), [Google Scholar](#)
7. Levin-Epstein J, Greenberg M. Leave no youth behind: Opportunities for Congress to reach disconnected youth. Washington, DC: Center for Law and Social Policy, 2003. [Link](#), [Google Scholar](#)
8. Cunningham MJ, Diversi M. Aging out: Youths' perspectives on foster care and the transition to independence. Qualitative Social Work 2012; 12(5): 587 - 602. [Link](#), [Google Scholar](#)
9. Aging Out of Foster Care Statistics, National Foster Youth Institute. 2017. [Link](#)
10. Aging Out of Foster Care: 18 and On Your Own. Shared Justice. 2017. [Link](#)

11. Thompson SJ, Pollio DE, Constantine J, Reid D, Nebbitt V. Short-Term Outcomes for Youth Receiving Runaway and Homeless Shelter Services. *Research on Social Work Practice* 2002; 12(5); 589 – 603 [Link](#), [Google Scholar](#)



Managers Opinion About the Implementation of Hospital Accreditation in Georgia

Teona Gorgadze¹, Otar Vasadze²

¹PhD student, Public Health, The University of Georgia, School of Health Sciences and Public Health

²Supervisor, MD, PhD, Associate Professor, The University of Georgia, School of Health Sciences and Public Health

Abstract

In healthcare system of Georgia is not implemented accreditation of medical organizations, which is well approved tool for quality management. In 2010 “Independent Hospital Association of Georgia”, which united only 12 hospitals at that time, tried to conduct self-assesement of the hospitals, but only five of them took part in it. The aim of the current study was to assess the prospects of implementation of the hospital accreditation system in Georgia through studying the opinion of managers employed in hospitals. 66 different levels managers from 46 hospitals took part in the survey. 97% of the managers think that accreditation is necessary, 84,8% - that accreditation should be obligatory and should meet international requirements, but only for 51,5% of managers was known accreditation requirements of any country. Only 17,4% of hospitals had an attempt to obtain any kind of accreditation, 75 % from them were successful and 25% were unsuccessful. Based on the analysis of the results of the study we can conclude that without active intervention and regulation from the Government hospital accreditation process will not be able to start.

Abbreviations: JCI - Joint Commission International Accreditation; KTQ - Kooperation für Transparenz und Qualität; ISO - International Standartization Organization.

Keywords: *accreditation, certification system, quality of healthcare, hospital accreditation.*

Quote: Teona Gorgadze, Otar Vasadze. Managers Opinion About the Implementation of Hospital Accreditation in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2019; 3

აბსტრაქტი

მენეჯერების აზრი საავადმყოფოს აკრედიტაციის განხორციელების შესახებ

საქართველოში

თეონა გორგაძე¹, ოთარ ვასაძე²

¹ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორანტი, საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

² მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ჯერ კიდევ არ არის დანერგილი სამედიცინო ორგანიზაციების აკრედიტაცია, რომელიც ხარისხის მართვის კარგად აპრობირებულ ისტრუმენტს წარმოადგენს. 2010 წელს დამოუკიდებელ ჰოსპიტალთა ასოციაციამ, რომელიც იმ პერიოდში მხოლოდ 12 საავადმყოფოს აერთიანებდა, სცადა საავადმყოფოთა თვითშეფასების ჩატარება, მაგრამ მასში მხოლოდ 5-მა საავადმყოფომ მიიღო მონაწილეობა. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში საავადმყოფოთა აკრედიტაციის სისტემის დანერგვის პერსპექტივების შეფასება უშუალოდ საავადმყოფოებში დასაქმებული მენეჯერების აზრის შესწავლის გზით. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 46 საავადმყოფოში დასაქმებულმა 66-მა სხვადასხვა დონის მენეჯერმა. გამოკითხულთა 97% თვლის, რომ აკრედიტაცია საჭიროა, 84,8%-ის აზრით ის უნდა იყოს სავალდებულო და შეესაბამებოდეს საერთაშორისო მოთხოვნებს, თუმცა, მხოლოდ 51,5%-თვის არის ცნობილი რომელიმე ქვეყნის აკრედიტაციის მოთხოვნები. კვლევაში მონაწილე საავადმყოფოებიდან რომელიმე ტიპის აკრედიტაციის მიღების მცდელობა ჰქონდა მხოლოდ 17,4%-ს, რომელთაგან 75% წარმატებული, ხოლო 25% წარუმატებელი იყო. კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ საავადმყოფო სექტორი მხარს უჭერს აკრედიტაციის პროცესის დაწყებას, სახელმწიფოს აქტიური ჩარევისა და რეგულირების გარეშე ის ვერ დაიწყება.

Introduction

Development of quality management systems and implementation of its control are vital for all countries, especially for developing countries with limited resources providing the population with the minimally necessary medical services. Quality oriented health care is a safe, effective and efficient medical service, that will respond the health care requirements. These requirements are complex that has been achieved by implementing accreditation of hospitals in a number of countries. (Ashish, Epstein, 2010; Chassin, O’Kane, 2011).

Implementation of quality management policy has great importance for Georgia. Patient should be provided with safe, effective and affordable medical care with the limited resources available in the country. So, it is very important to provide the quality of medical care as a state, as well as at a separate hospital level (Sasania, 2010).

The aim of the study was to assess the prospects of implementation of the hospital accreditation system in Georgia through studying the opinion of managers employed in hospitals.

Methodology

A questionnaire with 17 questions has been developed and analyzed. 66 Managers fully answered the questionnaires. The managers have been interviewed in 2017.

Results

46 hospitals took part in the study, 28 (60,9%) were from Tbilisi and 18 (39,1%) were from different regions of Georgia. According to the capacity 28 (60,9%) hospitals had more than 50 beds and 18 (39,1%) hospitals had less than 50 beds. 32 hospitals (69,6%) were multi-profile and 14 (30,4%) hospitals were mono-profile (Illustration 1).

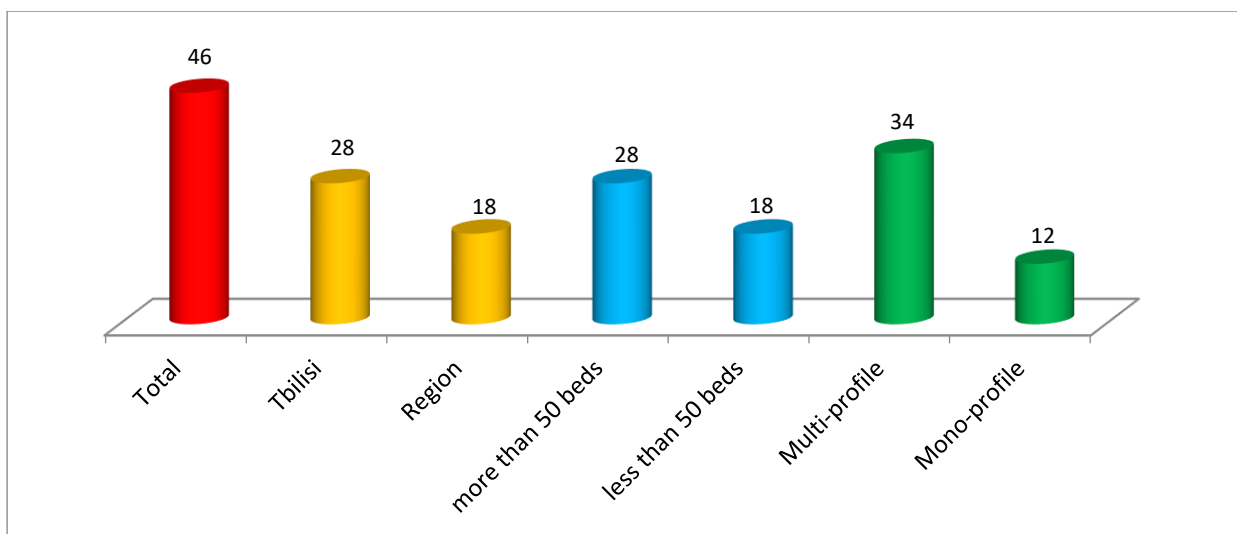


Illustration 1. Location, capacity and profile of hospitals.

Source: study results.

According to the capacity, hospitals having more than 50 beds were 19 (67,9%) in Tbilisi and 9 (32,1%) in regions. Hospitals having less than 50 beds were 9, from total amount (18 hospitals) in Tbilisi and 9 hospitals were in regions. There were 17 (53,1%) multi-profile hospitals in Tbilisi and 15 (46,9%) multi-profile ones in regions. 11 (78,6%) mono-profile hospitals in Tbilisi and only 3 (21,4%) hospitals in regions took part in the study (Illustration 2).

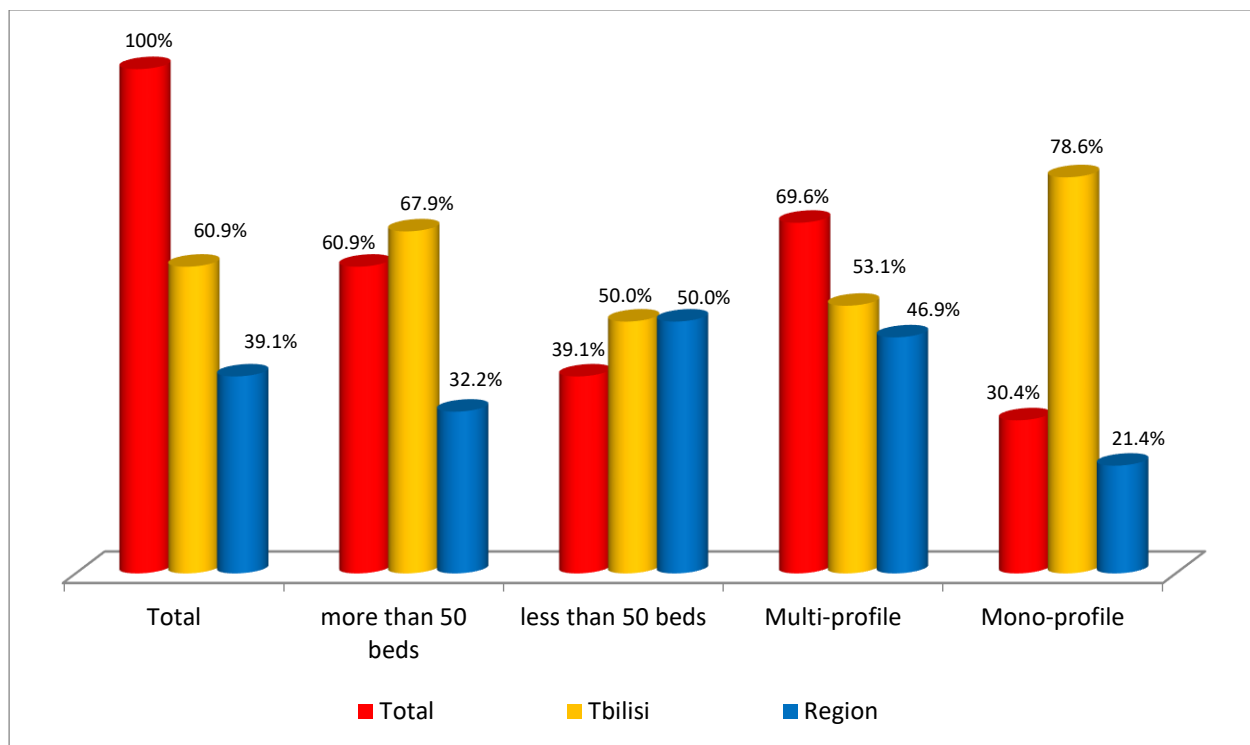


Illustration 2. Location, capacity and profile of hospitals.

Source: study results.

97% of managers participating in the survey consider that it is necessary to implement the accreditation process in Georgia, while for 3% of managers was difficult to answer the question (Illustration 3). The data is statistically significant ($\chi^2=12,5$; $df=2$; $P<0.05$).

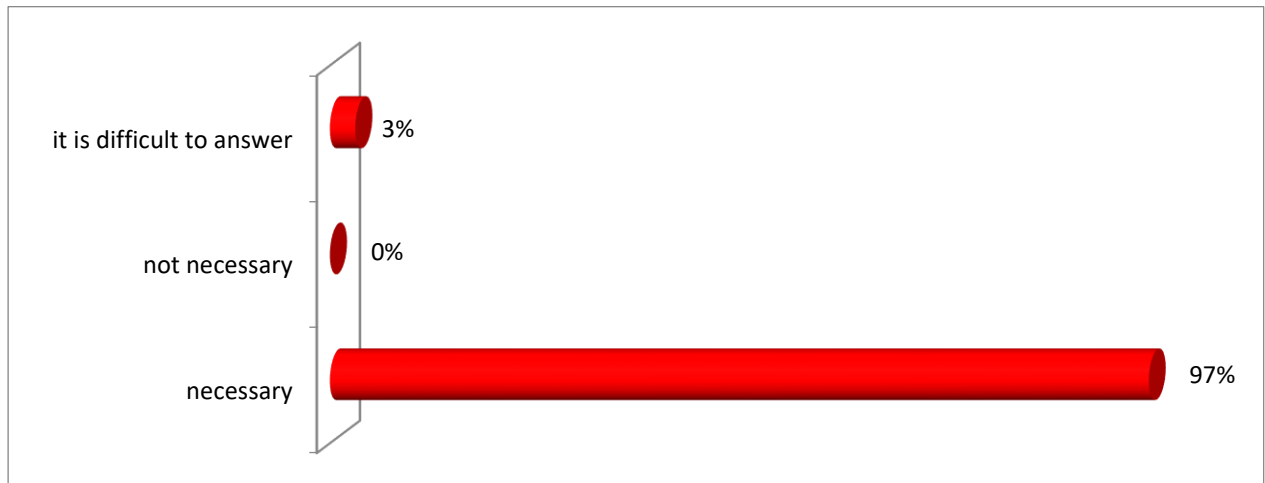


Illustration 3. The need to introduce accreditation process in Georgia.

Source: study results.

84,4% of managers thinks that accreditation process of hospitals should be mandatory. 13,6% of them don't agree this opinion, while for 1,5% of managers it was difficult to answer the question (Illustration 4). The data is statistically significant (chi-square=13,4; df=6; $P < 0.05$).

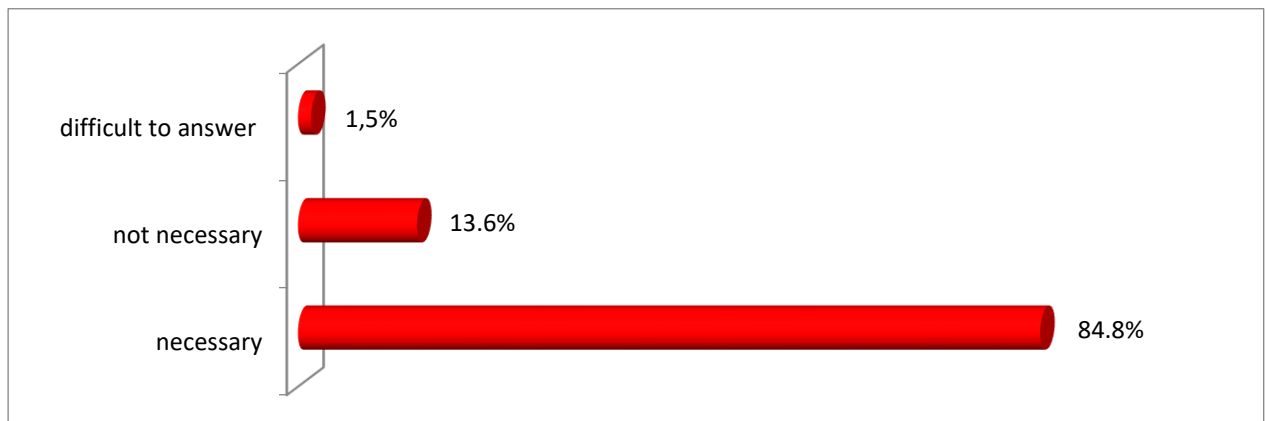


Illustration 4. Should accreditation process be mandatory in Georgia.

Source: study results.

Positive answer about correspondence of international and local requirements, in case of implementation of accreditation process mentioned 85% of managers, negative answer mentioned only 2% of managers, and for 14% of managers it was difficult to answer the question (Illustration 5). The data is statistically significant (chi-square=8,96; df=4; $P < 0.05$).

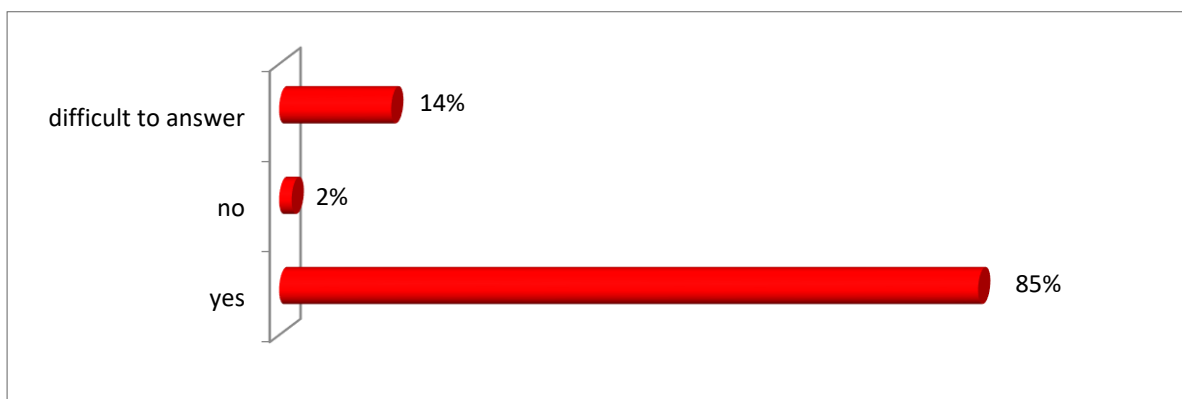


Illustration 5. Correspondence of international and local requirements.

Source: study results.

53% of managers say that they use international quality indicators, 42,2% of managers work according to the local indicators, 5% of managers answered that she/he doesn't use any kind of indicators (Illustration 6). The data is statistically significant ($\chi^2=32,3$; $df=6$; $P<0.05$).

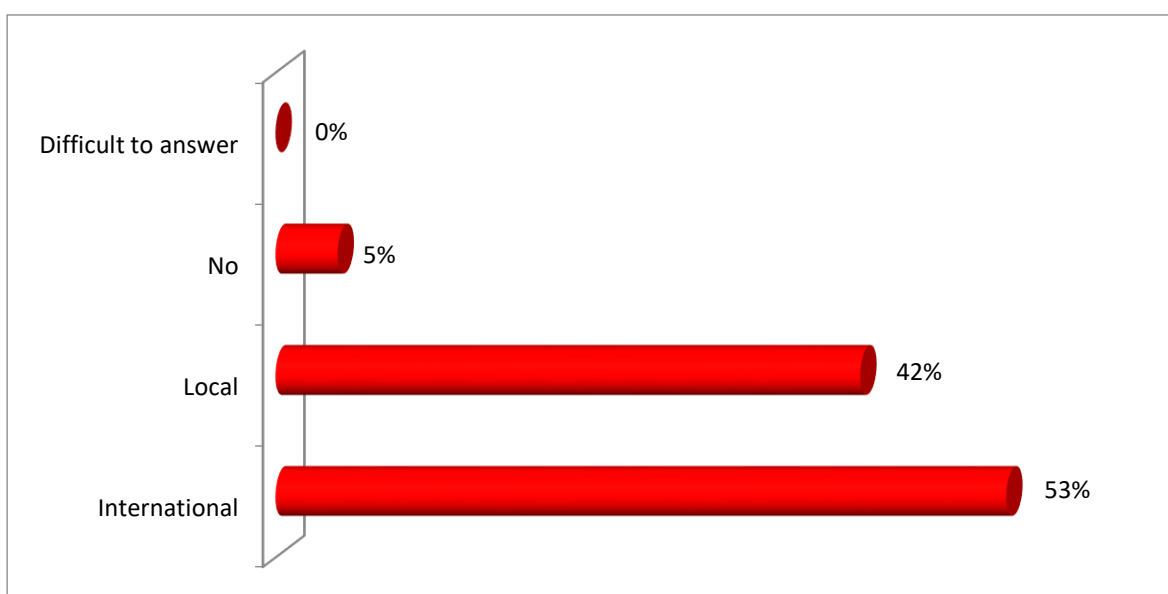


Illustration 6. Use of quality assesment indicators

Source: study results.

31(47%) managers from 24 hospitals (52,7% of hospitals taking part in survey) confirmed the opinion whether their hospital meets the requirements of any country or international accreditation. 8 (12,1%) managers think, that the hospital doesn't meet the requirements of any country or international accreditation, while for 27 (40,9%) managers, from 14 hospitals it was difficult to answer the question. 54,1% of managers in Tbilisi and 34,5% managers in regions say, that their hospital meet the requirements of any country or international accreditation. 10,8% of managers in Tbilisi and 13,8% of managers in regions negatively assessed the

question. For 35,1% of managers in Tbilisi and for 51,7% of managers in regions it was difficult to answer the question. 55,8% of managers, working in hospitals with the capacity of more than 50 beds and 28,6% of managers working in hospitals with the capacity of less than 50 beds say that their hospital meets the requirements of any country or international accreditation. 11,6% of managers working in hospitals with the capacity of more than 50 beds and 14,3% of managers working in hospitals with the capacity of less than 50 beds say that their hospitals do not meet the requirements of any country or international accreditation. For 32,6% of managers working in hospitals with the capacity of more than 50 beds and for 57,1% of managers working in hospitals with the capacity of less than 50 beds it was difficult to answer the question. 41,7% of managers in multi-profile hospitals answered the question positively, 14,5% of managers answered negatively and for 43,8% it was difficult to answer the question. 61,1% of managers in mono-profile hospitals answered the question positively, 5,6% of managers answered negatively and for 33,3% it was difficult to answer (Illustration 7).

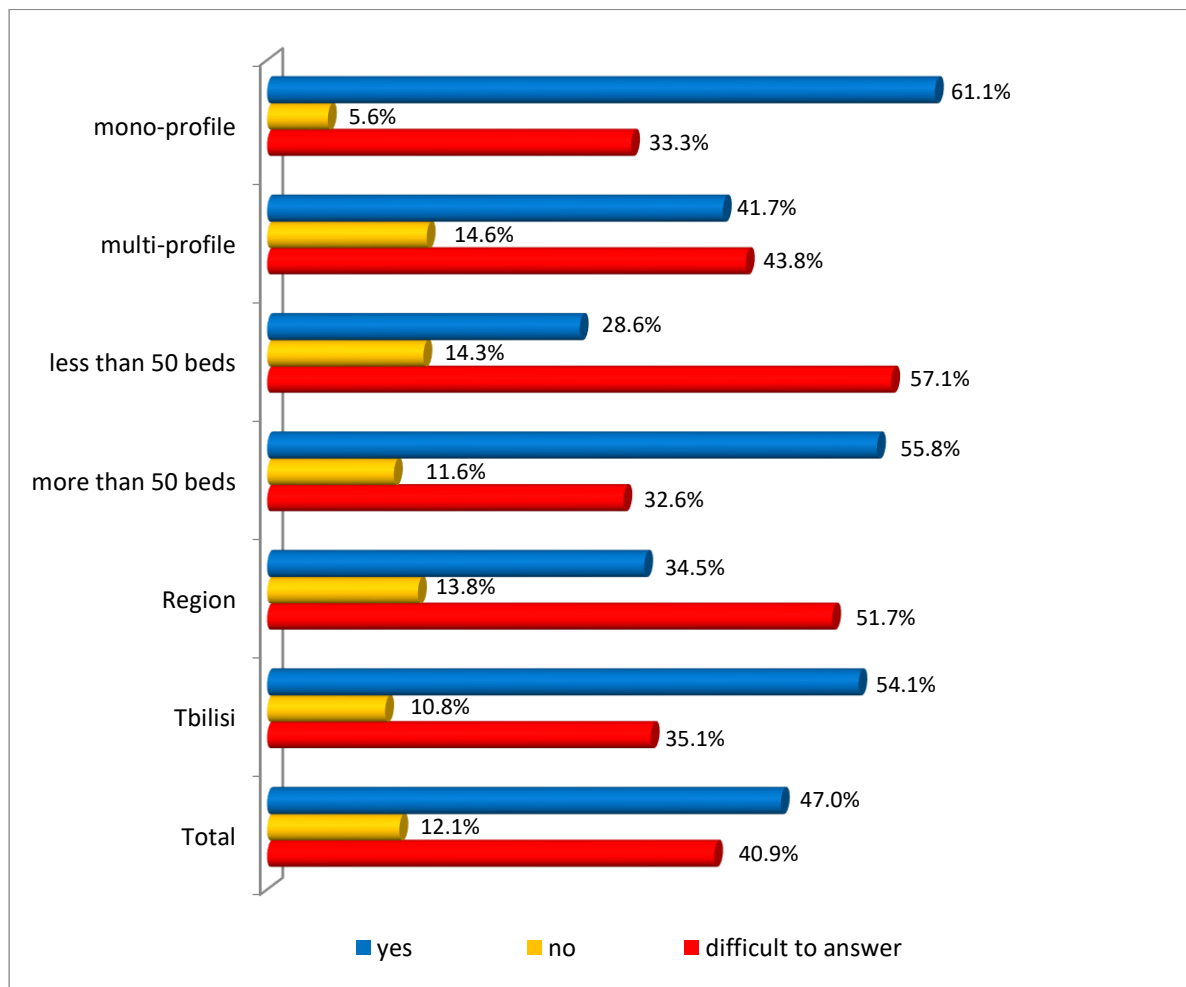


Illustration 7. Opinion of managers that the hospital meets the requirements of any country or international accreditation.

Source: study results.

8 (17,4%) from 46 hospitals had an attempt to get accreditation. Only 33,3% of managers from 24 hospitals, who think that their hospital meet the requirements of any country or international accreditation had an attempt to get accreditation. 25% of hospitals (7 hospitals from 28ones), with more than 50 beds had an attempt of accreditation. 5,6% of hospitals (1 hospital from 18), with less than 50 beds had also attempt of accreditation. 25% of hospitals in Tbilisi (7 hospitals from 28) tried to get the accreditation. 5,6% of hospitals (1 from 18 hospitals) in regions have also attempt to get accreditation. From 32 multi-profile hospitals only 6 (18,7%) confirmed attempt to get accreditation. From 14 mono-profile hospitals 2 (14,3%) of them confirmed the attempt (Illustration 8).

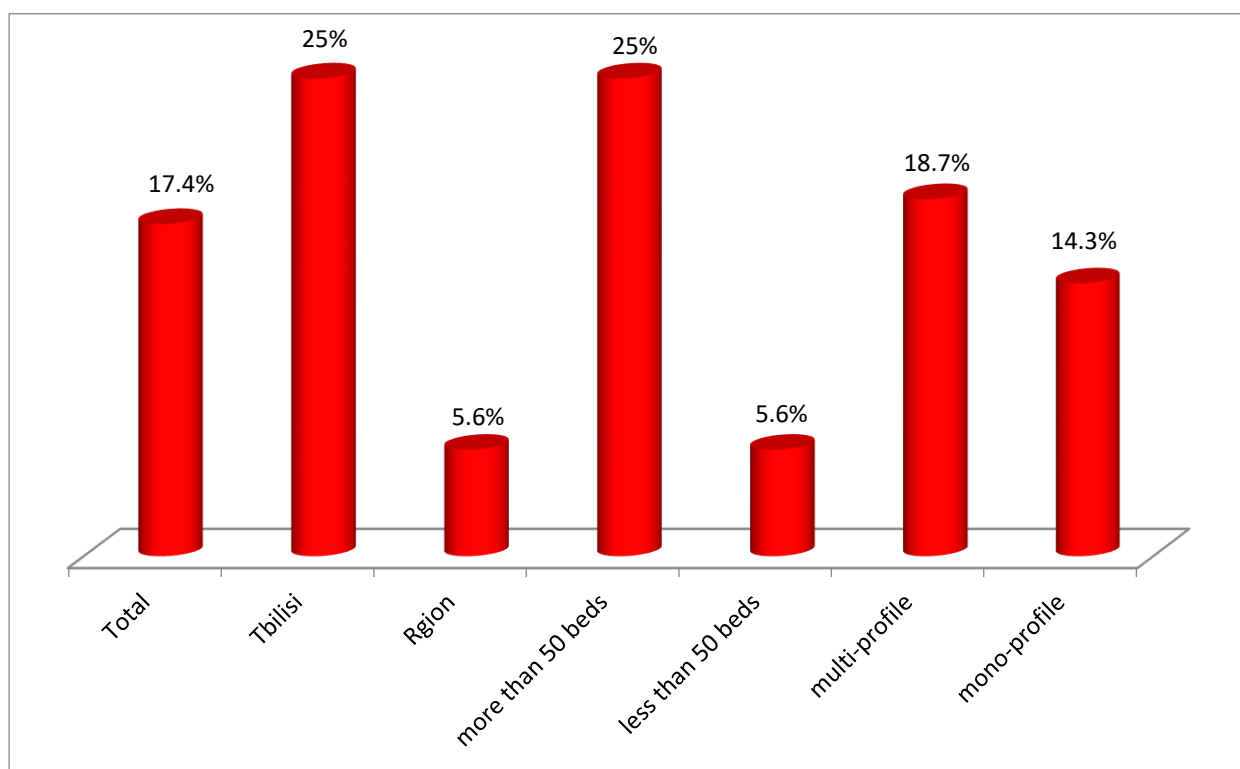


Illustration 8. Attempt to get accreditation according to location, capacity and profile.

Source: study results.

In accreditation process 75% of hospitals (6 hospitals from 8) got positive result, while 25% (2 hospitals from 8) had negative one. According to the location in Tbilisi 71,4% of hospitals got positive result and 28,6% of hospitals got negative result in accreditation process. Only one hospital in region had an attempt and got also positive result. Both hospitals, that were not successful in accreditation process were in Tbilisi. A similar statistical data result was observed according to the capacity of hospitals. 28,6% of hospitals having more than 50 beds got negative result. Both hospitals were multi-profile (33,3%) (Illustration 9).

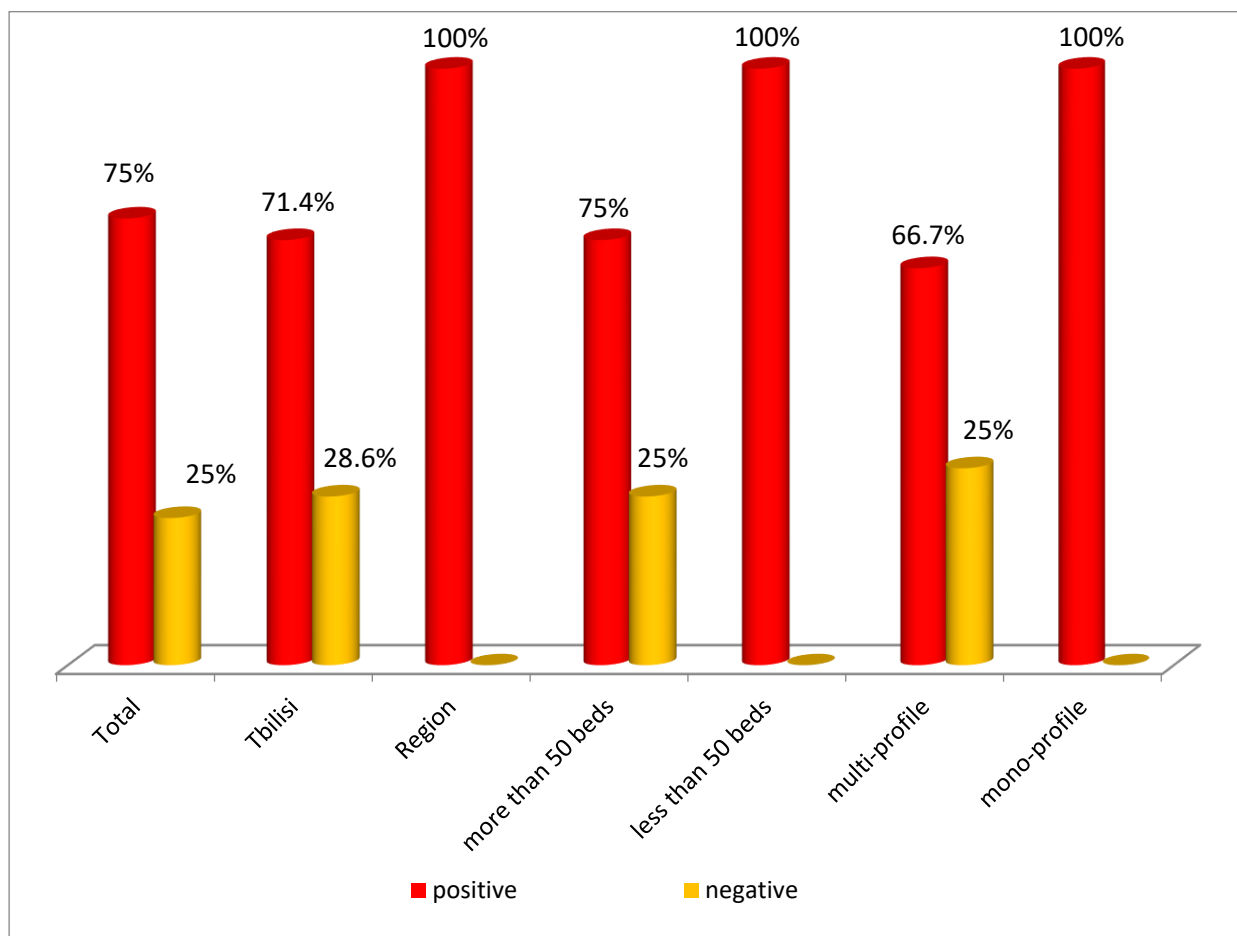


Illustration 9. Results of accreditation process according to the location, capacity and profile.

Source: study results.

According to the survey one hospital had got “Joint Commission International Accreditation - JCI”, one had got “Koooperation für Transparenz und Qualität- KTQ” and 4 hospitals had got “International Standartization Organization- ISO”. 2 hospitals which were not successful in accreditation process did not answer the question about the reasons for the failed results. 7,6% of managers who did not participate in accreditation process answered the above mentioned question. 2 respodents answered that the main result of unsucsessful attempt is “insufficiant involvement of governing units”, 1 respodent meant – “insufficiant work of quality department in hospital” and 2 hospitals said that the hospital was new.

33,3% of managers answered that it took them one year to get positive result in accreditation, 16,7% of managers circled the answer- “more than 2 years” and 50% did not answer the question (Table 1).

Table 1. What time did it take to achieve the positive results of the accreditation process?

Time	Number	%
6 months	-	-
1 year	2	33.3%
2 years	-	-
More than 2 years	1	16.7%
No answer	3	50%

Source: study results.

Managers who did not answer or it was difficult to answer the question, whether their hospitals meet the requirements of any country or international accreditation, had possibility to answer the question about time, needed to carry out the work to meet such demands. 85,7% of managers (30 managers from 35) answered the question. 7 (20%) managers' answer was 6 months, 8 (22,9%) managers answered 1 year, 9 managers answered 2 years, 6 managers –more than 2 years and 5(14,3%) managers did not answer the question (Table 2).

Table 2. What time is it necessary to achieve the positive results of the accreditation process?

Time	Number	%
6 months	7	20%
1 year	8	22.9%
2 years	9	25.7%
More than 2 years	6	17.1%
No answer	5	14.3%

Source: study materials.

Conclusion:

As the result of the survey we established that the managers of hospitals in Tbilisi as well as in different regions of Georgia have positive views about the accreditation process. The hospitals are ready to ensure the compliance of international accreditation process requirements with local ones. Managers in hospitals in regions are interested in accreditation process, more than the ones in hospitals in Tbilisi. It is very important to make promotion of advantages of

accreditation system in Georgia. Accreditation system in Georgia should be established based on a well-proven and operating system. It is necessary to create integrated regulatory system in Healthcare with all mechanisms having defined functions, significance and area of action. Healthcare system in Georgia should clearly define quality assessment indicators.

References:

1. Ashish J., Epstein A., (2010) – Hospital Governance and the Quality of Care – <http://content.healthaffairs.org>
2. Gzirishvili D., (2012) – *Independent Georgia – Social and Health Care Systems. Analytical Review* – Tbilisi.
3. JCAHO / Joint Commission, camh. (2006) - *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*.
4. Sasania I., (2010) – *The Quality of Healthcare Structure* - <http://www.insurance.org.ge/>



ბავშვთა იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნა და დამოკიდებულებები, არასრული იმუნიზაციის მიზეზები

თენგიზ ვერულავა¹, მარიამ ჯაიანი²

¹ ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

² მეცნიერებისა და ხელოვნების ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. იმუნიზაცია და ვაქცინაცია პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სისტემაა, რომელიც მიმართულია ინფექციური დაავადებების თავიდან აცილებისა და დაავადების ზემოქმედების რისკის შემცირებისაკენ. კვლევის მიზანია დედების ცოდნის დონისა და დამოკიდებულებების, გამოცდილებების განსაზღვრა იმუნიზაციასთან დაკავშირებით. **მეთოდოლოგია.** რაოდენობრივი, ჯვარედინ-სექციური კვლევის ფარგლებში წინასწარ შედგენილი სტრუქტურირებული, თვითადმინისტრირებადი კითხვარის მეშვეობით ჩატარდა 188 დედის გამოკითხვა, რომლებსაც ყავთ 5 წლამდე შვილი. **შედეგები.** დედების უმრავლესობას (97%) აქვს დადებითი დამოკიდებულება იმუნიზაციასთან მიმართებით. მათი აზრით, ვაქცინაციას მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება დაავადებების პრევენციაში. თუმცა, გამოკითხულთა 32%-ს არ აქვს საკმარისი ცოდნა პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია. ბავშვების 64%-ს ჩატარებული აქვს სრული, ხოლო 36%-ს არასრული ვაქცინაცია. არასრულყოფილი ვაქცინაციის ძირითადი მიზეზებია დედის ნაკლები განათლება პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ (25,5%), აცრის მეორე ან მესამე დოზის საჭიროებასთან მიმართებით ნაკლები ინფორმირებულობა (18.6%),

პოსტვაქცინაციის გართულებების შიში (16%). მშობლების მოუცლელიობა (10.1%), ბავშვის ავადმყოფობა (9.6%). ბავშვთა ვაქცინაციაზე გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა დედის განათლება და დასაქმება, ბავშვების რაოდენობა. სრული იმუნიზაცია უფრო მეტად აქვთ ჩატარებული უმაღლესი განათლების მქონე და უმუშევარი დედების შვილებს. პირველ ბავშვზე სრული იმუნიზაცია შედარებით ნაკლებია, ვიდრე მეორე და მესამე ბავშვზე, რაც ცხადყოფს დედის განათლების, ცნობიერების და გამოცდილების დადებით გავლენას იმუნიზაციის სტატუსზე. იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მთავარ წყაროდ დასახელდა სამედიცინო პერსონალი (49.5%), შემდეგ ინტერნეტ-რესურსები (21.3%). **დასკვნა.** საჭიროა საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ადამიანის ჯანმრთელობისათვის იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ, საჯარო განათლების გაძლიერება, ტრენინგების ჩატარება სამედიცინო პროფესიონალებისათვის. მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გამოყენებით სასურველია გააქტიურდეს კამპანიები იმუნიზაციის დადებითი მხარეების გაცნობის მიზნით.

საკვანძო სიტყვები: იმუნიზაცია, ბავშვთა იმუნიზაცია, ინფექციური დაავადებები, პრევენცია

ციტირება: თენგიზ ვერულავა, მარიამ ჯაიანი. ბავშვთა იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნა და დამოკიდებულებები, არასრული იმუნიზაციის მიზეზები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Knowledge and attitude towards childhood immunization among mothers & reasons for incomplete immunization

Tengiz Verulava, Mariam Jaiani

Vaccination is the most cost-effective mechanism that aims to prevent and reduce the risk of some infectious diseases. The research goal is to determine the level of knowledge, attitudes and experiences of mothers towards child immunization. In the framework of cross-sectional research, 188 mothers, who have child less than 5 years of age, were interviewed. The

majority of mothers (97%) have positive attitudes towards immunization. The majority of mothers believe that vaccination plays an important role in preventing diseases. Though, 32% of mothers do not have the sufficient knowledge/information concerning routine vaccination schedule. 36% of children have incomplete vaccination. The reasons for incomplete vaccination are: the lack of knowledge on routine vaccination schedule (25,5%), less information about the necessity of second/third dose (18.6%), fear of post-vaccination side effects (16%), child illness (9.6%). Significant association was found between mothers' education, practice and attitude regarding immunization. Health institutions (49.5%) and internet sources (21.3%) were the most frequent sources of information regarding immunization. It is essential to raise the public awareness on the importance of immunization by education programmes, electronic and mass media.

Keywords: Immunization, child immunization, infectious diseases, prevention

Quote: Tengiz Verulava, Mariam Jaiani. Knowledge and attitude towards childhood immunization among mothers & reasons for incomplete immunization. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

ვაქცინაცია პრევენციულ ღონისძიებათა სისტემაა, რომელიც მიმართულია ზოგიერთი ინფექციური დაავადების თავიდან აცილებისა და დაავადების შემოქმედების რისკის შემცირებისაკენ. იგი დაავადებათა პრევენციის ყველაზე ხარჯ-ეფექტური მექანიზმია, რომელიც შესაძლებლობას აძლევს ადამიანის ორგანიზმს უკეთ დაიცვას თავი კონკრეტული ბაქტერიებითა და ვირუსებით გამოწვეული ინფექციებისგან.

მსოფლიოში იმუნიზაციის პროგრამების ფართომასშტაბიანი განხორციელების შედეგად მკვეთრად შემცირდა ვაქცინაციით მართვადი ინფექციებით ავადობა და სიკვდილიანობა. ექსპერტთა შეფასებით, მსოფლიოში ყოველწლიურად ბავშვთა მოსახლეობის ტუბერკულოზის, პოლიომიელიტის, დიფთერიის, ტეტანუსის, ყვიანახველას და წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინაციით

გადარჩეულია 2,5 მილიონამდე სიცოცხლე, ხოლო B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით კი 600 000 ადამიანის სიცოცხლე¹. 2017 წლის მდგომარეობით, ბავშვთა დაახლოებით 85% (116.2 მილიონი) მიიღო დიფტერია-ტეტანუს-ყივანახველას (DTP3) ვაქცინის 3 დოზა. 2017 წლისთვის 123 ქვეყანაში მიღწეული იყო DTP3 ვაქცინის არანაკლებ 90%-იანი მოცვა².

საქართველოში ბავშვთა და მოზარდთა გეგმიური იმუნიზაცია ხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონისა და პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად. ქვეყანაში 1996 წლიდან მოქმედებს იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა. მისი მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ეფექტურად დაცვა ვაქცინაციით მართვადი დაავადებებისაგან, მაღალი მოცვის და ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფით. იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა სრულად უზრუნველყოფს ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინების შესყიდვას და 12 დაავადების (ტუბერკულოზი, B ჰეპატიტი, დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი b, წითელა, წითურა, ყბაყურა, როტავირუსული და პნევმოკოკური ინფექციები) საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დაფინანსებას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. ასევე, საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიზნით, 2017 წლიდან დაიწყო 2008-2009 წლებში დაბადებული გოგონების ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ორჯერადი ვაქცინაციის პილოტური პროგრამა. ვაქცინების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფო შეისყიდის მხოლოდ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ პრეკვალიფიცირებულ ვაქცინებს³.

ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა პროგრამის დაფინანსება (2012 წლიდან 2018 წლის პერიოდში იგი 4 მილიონი ლარიდან 22,4 მილიონამდე გაიზარდა). 2002 წლიდან საქართველო სერთიფიცირებულია როგორც ველური პოლიომიელიტის ვირუსისაგან თავისუფალი ქვეყანა. 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაუმჯობესდა როგორც მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა⁴, ასევე იმუნიზაციით მოსახლეობის მოცვა, რომელიც ვაქცინების გარკვეული ნაწილისათვის სტაბილურად აღემატება 90%-ს (BCG, პოლიომიელიტი)⁶.

მიუხედავად აღნიშნულისა, გარკვეულ ვაქცინებზე მოცვის სასურველი 95-96 %-ის ნაცვლად გვაქვს 90-92 %-იანი მოცვა. ჯერ კიდევ არ არის აღმოფხვრილი წითელას და წითურას ინფექციური დაავადებები, რომლებიც ისევ რჩებიან ადრეული ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების ერთერთ ძირითად მიზეზად. საქართველოში 2017 წელს დაფიქსირდა წითელას 94 შემთხვევა. შემთხვევების 13% მოდის 1 წლამდე ასაკის ბავშვებზე, ხოლო 33% - 14 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობაზე⁷. ტეტანუსის, დიფთერიის, მენინგიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის მაჩვენებლები კრიტიკულად დაბალია და შეადგენს 75%-ს და ქვემოთ⁸.

ვაქცინაციის დაფარვის დაბალი მაჩვენებლების აღმოსაფხვრელად ბევრს მიაჩნია, რომ იგი უნდა იყოს სავალდებულო, სხვები ხაზს უსვამენ იმ რისკებსა და ფაქტორებს, რომლებიც შეიძლება თან ახლდეს სავალდებულო იმუნიზაციას, მათ შორისაა საზოგადოების წინააღმდეგობა ვაქცინაციის მიმართ.

ვაქცინაციის შესახებ ცოდნა, მისდამი დადებითი დამოკიდებულება და შესაბამისი აღქმა ინფექციური დაავადებების შემცირების ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებებია^{9,10}. კვლევები ადასტურებენ, რომ იმუნიზაციის სტატუსზე პოზიტიურ გავლენას ახდენს დედის განათლება^{11,12,13}, კერძოდ ვაქცინაციის შესახებ ინფორმირებულობა საგრძნობლად მაღალია უმაღლესი განათლების მქონე დედეებში და ასევე, იმ ქალბატონებში, რომლებიც დედეები ზრდასრულ ასაკში გახდნენ^{14,15,16}. ასევე გავლენას ახდენს იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება^{17,18,19,20} (Bhuiya et al., 1995). სოციალურ-კოგნიტიურმა მოდელებმა უზრუნველყვეს სასარგებლო ინფორმაციის მიწოდებას, განსაკუთრებით ვაქცინის ზიანის შესახებ შიშის, როგორც იმუნიზაციის ბარიერის, დასაძლევად²¹.

იმუნიზაციის სტატუსზე გავლენას ახდენს ვაქცინების ხელმიუწვდომლობა. ინდოეთში განხორციელებული კვლევის²² მიხედვით, რესპოდენტთა 30.5%-ს ჩატარებული ჰქონდა არასრული ვაქცინაცია, რომლის მთავარ მიზეზად დასახელდა ვაქცინების ხელმიუწვდომლობა.

ბავშვთა ვაქცინაციის ერთ-ერთ მთავარ ბარიერად მიიჩნევენ მშობლების ნეგატიურ დამოკიდებულებას, მაგალითად, ვაქცინაციის მიმართ დედის შიშს, ასევე ვაქცინაციის არასასურველი ეფექტების და უკუჩვენებების გაუაზრებლობას, მსუბუქი ავადმყოფობის შემთხვევაში თავის შეკავებას. საქართველოში

ჩატარებული კვლევის მიხედვით²³, ვაქცინაციაზე უარისა და იმუნიზაციით დაფარვის დაბალი მაჩვენებლის მთავარ გამომწვევ ფაქტორს წარმოადგენს მოსახლეობაში იმუნიზაციის ირგვლივ არსებული უარყოფითი დამოკიდებულებები. ვაქცინაციაზე რეზისტენტული დედები არ ცრიან საკუთარ ბავშვებს, არ იძიებენ დამატებით ინფორმაციას ჯანდაცვის მუშაკებისა (სრული უნდობლობა) და სხვა წყაროებიდან და ეყრდნობიან მხოლოდ იმ პროფესიონალების ექიმთა რჩევებს, რომლებიც ვაქცინაციის წინააღმდეგნი არიან. იმუნიზაციის შესახებ ცრუ ინფორმაციის გავრცელებაში ასევე მიუძღვით წვლილი სპეციალისტებს, რომლებიც პირდაპირ არ არიან ჩართულნი იმუნიზაციაში და იზიარებენ უარყოფით შეხედულებებს²⁴. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ძალიან გავრცელებული მშობელთა რწმენა, რომ ვაქცინებმა შესაძლოა გამოიწვიოს აუტიზმი²⁵.

კვლევები ადასტურებენ, რომ იმუნიზაციის მაღალი მოცვა მიღწეულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძალისხმევით; ანუ იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, სრული იმუნიზაციის დონე უფრო მაღალია²⁶.

ვაქცინაციის ჩატარებაზე მნიშვნელოვანია მედიის, ინტერნეტის და სოციალური მედიის როლი, რომელიც განაპირობებს მითების, ჭორებისა და ცრუ ინფორმაციების გავრცელებას. დედები ინტერნეტს განიხილავენ, როგორც ინფორმაციის ყველაზე სანდო წყაროს ოჯახის ექიმების შემდეგ. კვლევამ დაადასტურა იმუნიზაციაში ჩართული ჯანდაცვის მუშაკების როგორც ტექნიკური შესაძლებლობების, ასევე მათი ინტერპერსონალური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების გაძლიერების საჭიროება, რადგან დედების უმეტესობა მაინც ეყრდნობა მათ, როგორც ინფორმაციის საიმედო წყაროს.

კვლევის მიზანია დედათა ცოდნის, დამოკიდებულების და ქცევის შეფასება ბავშვთა ვაქცინაციის მიმართ. იგი საშუალებას მოგვცემს გამოვავლინოთ არასრული იმუნიზაციის მიზეზები, ის ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ვაქცინაციის ჩატარებაზე, რაც დაგვეხმარება იმ ინტერვენციების დაგეგმვაში, რომლებიც მიზნად ისახავენ ვაქცინაციის მოცვის გაფართოებას და დროულობას.

მეთოდოლოგია

შერჩეული იქნა არაალბათური, რაოდენობრივი, ჯვარედინ-სექციური კვლევა. გამოკითხვა ჩატარდა წინასწარ შედგენილი სტრუქტურირებული, თვითადმინისტრირებადი კითხვარის მეშვეობით. კვლევა მიმდინარეობდა 3 თვის განმავლობაში (2018 წლის მარტი-მაისი).

გამოკითხვა ჩატარდა თბილისის 3 საბავშვო ბაღში. საბავშვო ბაღები შეირჩა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით. კვლევის ფარგლებში გამოკითხა 188 დედა, რომლებსაც ყავთ 5 წლამდე შვილები. ჯამში გამოკითხა რესპონდენტი. დაცული იყო კონფიდენციალურობა, კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი. კვლევის მიზნების გაცნობის შემდეგ დედებისგან მიღებულ იქნა ზეპირი თანხმობა. კვლევის მონაცემთა სტატისტიკური ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა SPSS და ჩატარდა უნივარიაციული და სიხშირეთა კროსტაბულაციური ანალიზი

შედეგები

გამოკითხული ქალბატონებისგან უმრავლესობა (48.4%) წარმოადგენდა 26-დან 30 წლამდე ასაკობრივ კატეგორიას. დედის საშუალო ასაკი შეადგენდა 27.12 ± 2.5 წელს. განათლების დონის თვალსაზრისით რესპონდენტთა ჯგუფები ხასიათდებიან შედარებით არაჰომოგენური შემადგენლობით. რესპოდენტთა ძირითად ნაწილს აქვს უმაღლესი განათლება (58.5% ფლობს ბაკალავრის ხარისხს, 8% - მაგისტრის ხარისხს), მესამედს აქვს სრული საშუალო განათლება (28,2%). დედების უმრავლესობა (77,7%) უმუშევარია. გამოკითხულთა 51.1%-ს ყავს 2 შვილი (ცხრილი 1).

დედების შეფასებით, მათ უმრავლესობას (66%) აქვს დადებითი დამოკიდებულება იმუნიზაციასთან მიმართებაში, 71% კმაყოფილია სახელმწიფოს მიერ ჩატარებული იმუნიზაციის კამპანიით. რესპოდენტთა 58% მიიჩნევს რომ დაავადებების პრევენცია შესაძლებელია ვაქცინაციის მეშვეობით, მხოლოდ 4% მიიჩნევს რომ ვაქცინაცია გარკვეულწილად მავნეა, გამოკითხულთა 63%-მა იცის პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია; 73% მიიჩნევს რომ აუცილებელია ვაქცინაცია ტარდებოდეს

დაბადებიდან; 34%-ის აზრით, სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული დავადებების მქონე ბავშვს არ უნდა გაუკეთდეს ვაქცინაცია; 49% არ მიიჩნევს, რომ ცხელების მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია, 42%-ის აზრით, დიარეის მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია.

ცხრილი 1. გამოკითხულ დედების სოციალურ-დემოგრაფიული მონაცემები

	სოციალურ-დემოგრაფიული ინდიკატორები	n = 188	(%)
1	ასაკი		
	< 20 წლამდე	14	7,4
	21-25	49	26,1
	26-30	91	48,4
	31-35	22	11,7
	36-40	8	4,3
	> 41	4	2,1
2	განათლება		
	არასრული საშუალო განათლება	10	5,3
	სრული საშუალო განათლება	53	28,2
	ბაკალავრი	110	58,5
	მაგისტრი	15	8,0
3	დასაქმება		
	დასაქმებული	42	22,3
	უმუშევარი	146	77,7
4	ბავშვების რაოდენობა		
	1 ბავშვი	83	44,1
	2 ბავშვი	96	51,1
	3 ბავშვი	21	11,2
5	იმუნიზაციის სტატუსი		
	სრული	120	64%
	არასრული	68	36%

ცხრილი 2. დედების ცოდნის, დამოკიდებულების და აღქმის შეფასება (n = 188)

	ცოდნის შეფასების კითხვარი	დიახ (%)	არა (%)	მიჭირს პასუხის გაცემა (%)
1	თქვენ იცით პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია?	63	10	27
2	დადებითი დამოკიდებულება მაქვს იმუნიზაციასთან მიმართებით	66	3	31
3	დაავადებების პრევენცია შესაძლებელია ვაქცინაციის მეშვეობით	58	19	23
4	კმაყოფილი ხართ სახელმწიფოს მიერ ჩატარებული იმუნიზაციის კამპანიით	71	9	20
5	ვაქცინაცია უნდა ტარდებოდეს ბავშვის დაბადებისას	73	6	21
6	ვაქცინაცია მავნეა	4	89	7
7	სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული დაავადებების მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია	48	34	18
8	ცხელების მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია	13	49	38
9	დიარეის მქონე ბავშვს შესაძლებელია გაუკეთდეს ვაქცინაცია	42	12	46

კვლევაში ჩართული დედების 64%-ის განცხადებით, მათ ბავშვებს ჩატარებული აქვთ გეგმიური აცრები სრულად, ხოლო 36% ბავშვს აქვს არასრული ვაქცინაცია. არასრულყოფილი ვაქცინაციის ძირითად მიზეზად დასახელდა დედის

დაბალი განათლება პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია (25,5%). ასევე, აცრის მეორე ან მესამე დოზის საჭიროების შესახებ ნაკლები ინფორმირებულობა (18.6%). რესპოდენტთა გარკვეული ნაწილი მიიჩნევს, რომ ვაქცინაცია არ არის უსაფრთხო და აქვთ გართულებების შიში (16%).

ცხრილი 3. არასრული ვაქცინაციის მიზეზები (n = 188)

	არასრული ვაქცინაციის მიზეზები	სულ	%
1	მშობლების მოუცლელობა	19	10,1
2	არ არის ინფექციით დასნებოვნების რისკი	5	2,7
3	ვაქცინა არ არის ხელმისაწვდომი	4	2,1
4	იმუნიზაციის დრო არ არის მოსახერხებელი	8	4,3
5	ბავშვის ავადმყოფობის გამო აცრა არ ჩატარდა	18	9,6
6	არ იცის აცრის მეორე ან მესამე დოზის საჭიროება	35	18,6
7	არ აქვს ვაქცინაციისადმი რწმენა	9	4,8
8	ვაქცინაციის შემდეგ გართულებების შიში	30	16,0
9	არ იცის პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია	48	25,5
10	ვაქცინაცია არ არის აუცილებელი	12	6,3

შესწავლილ იქნა კავშირი იმუნიზაციის სტატუსსა და დემოგრაფიულ ცვლადებს შორის: დედის განათლება, დედის დასაქმება, ბავშვების რაოდენობა. კვლევამ დაადასტურა, რომ დედის განათლება გავლენას ახდენს ვაქცინაციის ჩატარებაზე. უმაღლესი განათლების მქონე დედების უმრავლესობას თავიანთ შვილებზე ჩატარებული აქვთ სრული იმუნიზაცია. მაგისტრი დედების 86.7%-ის და ბაკალავრი დედების 86.4%-ის შვილებს ჩატარებული აქვთ სრული იმუნიზაცია. მაშინ როდესაც, უმეტესი არასრული საშუალო განათლების დედების შვილებს ჩატარებული აქვთ არასრული იმუნიზაცია.

ცხრილი 4. კავშირი სოციალურ-დემოგრაფიულ მაჩვენებლებსა და იმუნიზაციის სტატუსს შორის

		იმუნიზაციის სტატუსი	
		სრული n=120 (64%)	არასრული n=68 (36%)
დედის განათლება			
არასრული განათლება	საშუალო	2 (20%)	8 (80%)
სრული განათლება	საშუალო	10 (18,9%)	43 (81,1%)
ბაკალავრი		95 (86,4%)	15 (13,6%)
მაგისტრი		13 (86,7%)	2 (13,3%)
დედის დასაქმება			
დასაქმებული		18 (43%)	24 (57%)
უმუშევარი		102 (70%)	44 (30%)
ბავშვების რაოდენობა			
1 ბავშვი		21 (25%)	50 (75%)
2 ბავშვი		81 (84%)	15 (16%)
3 ბავშვი		19 (90%)	2 (10)

პირველ ბავშვზე სრული იმუნიზაცია შედარებით ნაკლებია, ვიდრე მეორე და მესამე ბავშვზე. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს დედის ცნობიერების ამაღლება, იმუნიზაციის უპირატესობების შესახებ გაუმჯობესებული ცოდნა.

იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მთავარ წყაროდ დასახელდა მედიცინის მუშაკები (49.5%), მეორე ადგილი დაიკავეს ინტერნეტ-რესურსებმა (21.3%). ინფორმაციის მიწოდება ასევე ხორციელდება ტელევიზიით (14.4%) და პრესით (3.7%) (ცხრილი 5).

ცხრილი 5. იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის წყაროები

წყარო	N	%
მედიცინის მუშაკები	93	49.5
ტელევიზია	27	14.4
ინტერნეტი	40	21.3
პრესა	7	3.7
მეგობრები და ნათესავები	22	11.7

დისკუსია

კვლევის შედეგებიდან ნათელია, რომ გამოკითხული დედების დამოკიდებულებები იმუნიზაციასთან დაკავშირებით არის დადებითი და უმრავლესობა მათგანი შვილს უტარებს ვაქცინაციას. დედების უმრავლესობა დარწმუნებულია, რომ ვაქცინაციას მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება დაავადებების პრევენციაში. კვლევამ აჩვენა, რომ ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა დედის განათლება დედის დასაქმება, ბავშვების რაოდენობა გავლენას ახდენენ ბავშვთა ვაქცინაციის ჩატარებაზე. სრული იმუნიზაცია უფრო მეტად აქვთ ჩატარებული უმაღლესი განათლების მქონე დედების შვილებს. დედის განათლებასა და იმუნიზაციის სტატუს შორის მსგავსი კავშირი დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც^{27,28,29,30,31}. უმუშევარი დედების შვილებს უფრო მეტად აქვთ ჩატარებული სრული იმუნიზაცია, ვიდრე დასაქმებული დედების შვილებს. დედის დასაქმებასა და იმუნიზაციის სტატუს შორის მსგავსი კავშირი დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც^{32,33}.

პირველ ბავშვზე სრული იმუნიზაცია შედარებით ნაკლებია, ვიდრე მეორე და მესამე ბავშვზე. აღნიშნული ცხადყოფს დედის განათლების, ცნობიერების და გამოცდილების დადებით გავლენას იმუნიზაციის სტატუსზე. ბავშვის რიგითობასა და იმუნიზაციის სტატუს შორის მსგავსი კავშირი დაფიქსირდა სხვა კვლევებშიც^{34,35}.

კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვთა თითქმის მესამედს აქვს არასრული ვაქცინაცია, რაც უმთავრესად დაკავშირებულია დედის ნაკლებ განათლებასთან პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, აგრეთვე აცრის მეორე ან მესამე

დოზის საჭიროებასთან მიმართებით ნაკლებ ინფორმირებულობასთან. რესპოდენტთა გარკვეული ნაწილი მიიჩნევს, რომ ვაქცინაცია არ არის უსაფრთხო და აქვთ გართულებების შიში. არასრული ვაქცინაციის ძირითად მიზეზად ასევე დასახელდა ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა აცრის პერიოდში.

კვლევამ აჩვენა, რომ ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მთავარი წყაროა სამედიცინო პერსონალი. საჭიროა მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების (ტელევიზია, რადიო, პრესა, ინტერნეტი) გამოყენების გაზრდა იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად. ამ მხრივ, ბოლო წლებში ელექტრონული მედია საშუალებების ძალისხმევამ შეიძლება გაზარდოს იმუნიზაციის მაჩვენებელი.

დასკვნა

დედების უმრავლესობას პოზიტიური დამოკიდებულება აქვს ბავშვთა ვაქცინაციის მიმართ, ისინი დარწმუნებული არიან, რომ ვაქცინაციას მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება დაავადებების თავიდან ასაცილებლად. მაგრამ შედარებით დაბალია მათი ინფორმირებულობა. დედების უმრავლესობა შვილს უტარებს ვაქცინაციას, მაგრამ შედარებით ნაკლები ინფორმაცია აქვთ პროფილაქტიკური აცრების კალენდარის შესახებ, თუ რა ასაკში რომელ ინფექციებზე კეთდება ვაქცინაცია.

საჭიროა საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ადამიანის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ. აუცილებელია იმუნიზაციის შესახებ საჯარო განათლების გაძლიერება. ასევე საჭიროა იმუნიზაციის ტრენინგების ჩატარება სამედიცინო პროფესიონალებისათვის.

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გამოყენებით სასურველია გააქტიურდეს კამპანიები იმუნიზაციის დადებითი მხარეების გაცნობის მიზნით, რათა ქვეყანაში მინიმუმამდე შემცირდეს იმ დედათა რიცხვი, რომლების ბავშვებს ვაქცინაციას უსაფუძვლო ეჭვების გამო არ უტარებენ.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ¹ Global Health Observatory (GHO) data. WHO. 2018. [Link](#).
- ² Immunization coverage, Key facts, WHO. 2018. [Link](#).
- ³ Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120. [Link](#) [Google Scholar](#).
- ⁴ Asatiani M., Verulava T. (2017). Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen's Typology. Economics and Sociology, 10 (4): 21-28. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ⁵ Verulava T., Maglakelidze T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ⁶ Unicef. Children in Georgia. Immunization. [Link](#)
- ⁷ ევროპის იმუნიზაციის კვირეული. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. [Link](#)
- ⁸ Mooney E. Improving Immunization Coverage Through Policy in Georgia. 2018. [Link](#).
- ⁹ Tabassum, M.N., Gureja, A.W., Tabassum, S., Qamar, S., Asrar, A. Knowledge, attitude and practice of mothers regarding vaccination among the children under the age of five years. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences 2017; 11(2):645-647. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ¹⁰ Alpert PT. An ounce of prevention is worth a pound of cure? Home Health Care Management and Practice 2009; 21(3):214-216. [Link](#)
- ¹¹ Nisar N, Mirza M, Qadri MH. Knowledge, Attitude and Practices of mothers regarding immunization of one-year old child at Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi. Pak J Med Sci, 2010; 26(1): 183-186. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ¹² Shah B, Sharma M, Vani S. Knowledge, attitude and practice of immunization in an urban educated population. Ind J Pediatr, 1991; 58 (5): 691-695. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ¹³ Tagbo BN, Uleanya ND, Nwokoye IC, Eze JC. Omotowo IB. Mothers' knowledge, perception and practice of childhood immunization in Enugu. Nigerian journal of paediatrics 2012; 39(3):90-96. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ¹⁴ Angelillo IF, Ricciardi G, Rossi P, Pantisano P, Langiano E, Pavia M. Mothers and vaccination: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy. Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (3):224-9. [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- ¹⁵ Streatfield K, Singarimbun M, Diamond I. Maternal education and child immunization. Demography, 1990; 27: 447-455. [Link](#), [PubMed](#), [Google Scholar](#)
- ¹⁶ Bhuiya A, Bhuiya I, Chowdhury M. Factors associating acceptance of immunization among children in rural Bangladesh. Health Policy Plan, 1995; 10: 304-311. [Link](#), [PubMed](#), [Google Scholar](#)
- ¹⁷ Jamil K, Bhuiya A, Streatfield K, Chakrabarty N. The immunization programme in Bangladesh: impressive gains in coverage, but gaps remain. Health Policy Plan, 1999; 14: 49-58. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ¹⁸ Cui FQ, Gofin R. Immunization coverage and its determination in children aged 12-23 months in Gaunsu, China. Vaccine, 2007; 25: 664-671. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ¹⁹ Brown DW, Feeney G, Burton AH. Raising awareness among immunization programme managers to the potential bias resulting from the application of fixed factors to obtain target population size estimates. Open Public Health Journal 2012; 5:15-18. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ²⁰ Hayat H, Khan PS, Hayat G, Hayat R. Knowledge and attitude of caretakers of children regarding immunization. Eastern Journal of Medicine 2012; 17(3):126-129. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ²¹ Peter M Harrington, Catherine Woodman, William F Shannon. Low immunization uptake: Is the process the problem? J Epidemiol Community Health, 2000; 54: 394-400. [Link](#), [PMC](#), [Google Scholar](#)
- ²² Mugada V, Chandrabhotla S, kaja DS, Macha SGK. Knowledge towards childhood immunization among mothers & reasons for incomplete immunization. Journal of Applied Pharmaceutical Science, 2017; 7 (10):157-161. [CrossMark](#), [Google Scholar](#)
- ²³ ქვეყანაში როტავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დანერგვის დაინტერესებული მხარეების იმუნიზაციისადმი დამოკიდებულების შესწავლა. ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2012. [link](#)
- ²⁴ Tobin-West C, Alex-Hart B. Identifying barriers and sustainable solution to childhood immunization in khana local government area of Rivers State, Nigeria. International Quarterly of Community Health Education 2011; 32(2):149-158. [Link](#), [Google Scholar](#)

- ²⁵ Smith MJ, Woods CR, Marshall GS. Parental vaccine concerns in Kentucky. *J Ky Med Assoc*, 2009; 107: 342-349. [PubMed](#), [Link](#), [Google Schore](#)
- ²⁶ Bradley J, IGALS S. Improving the quality of child health services: participatory action by provinces. *Int J Qual Health Care*, 2005; 17:391-399. [Link](#), [PubMed](#), [Google Scholars](#).
- ²⁷ Bernsen RM, Al-Zahmi FR, Al-Ali NA, Hamoudi RO, Ali NA, Schneider J, Al-Mutawa J, Grivna M. Knowledge, Attitude and Practice towards Immunizations among Mothers in a Traditional City in the United Arab Emirates. *Journal of Medical Sciences* 2011; 4(3): 114-121.
- ²⁸ Bruce G. Gellin, Edward W. Maibach, and Edgar K. Marcuse. Do parents understand immunizations? A national telephone survey. *Pediatrics*, 2000; 106 (5): 1097–1102. [Link](#), [PubMed](#), [Google Scholar](#).
- ²⁹ Nath B, Singh JV, Awasthi S, Bhushan V, Kumar V, Singh SK. KAP study on immunization of children in a city of North India — A 30 cluster survey. *Online J Health Allied Sci*, 2008; 7: 2. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ³⁰ Borràs E, Domínguez A, Fuentes M, Batalla J, Cardeñosa N, Plasencia A. Parental knowledge of paediatric vaccination. *BMC Public Health*, 2009; 9:154. [Link](#), [PubMed](#), [Google Scholar](#).
- ³¹ Soundarya Mahalingam, Abhijna Soori, Pradhum Ram, Basavaprabhu Achappa, Mukta Chowta, Deepak Madi. Knowledge, attitude and perceptions of mothers with children under five years of age about vaccination in Mangalore, India. *Asian Journal of Medical Sciences*, 2014; 5 (4): 52-57. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ³² Vilas RM, Hrishikesh Khadilakar, Rajesh NL, Umesh SJ, Sonali GC. Assessment of Sociodemographic Factors Affecting Immunization Status of Children in Age Group of 12-23 Months in a Rural Area. *Indian Medical Gazette*, 2013: 164-169. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ³³ John Lekan Oyefara. Mothers' Characteristics and Immunization Status of Under-Five Children in Ojo Local Government Area, Lagos State, Nigeria. *SAGE Open*, 2014: 1–10. [Link](#), [Google Scholar](#)
- ³⁴ Elizabeth T. Lumen, Steven B. Black, Henry R. Shinerfield, Marie Chelino. Maternal characteristics associated with the vaccination of young children. *Pediatrics*, 2003; 111: 1215-1218. [Link](#), [Google Scholar](#).
- ³⁵ Bhola Nath, J. V. Singh, Shally Awasthi, Vidya Bhushan, Vishwajit Kumar, S. K. Singh. A study on determinants of immunization coverage among 12-23 months old children in urban slums of Lucknow district, India. *Indian J Community Med*, 2007; 32(4): 96-100. [Link](#), [Google Scholar](#)



ავტოსატრანსპორტო სავალდებულო ტექნიკური დათვალიერების შემოღება და მისი გავლენა ჯანმრთელობაზე: თბილისის შემთხვევა

ანა ლორთქიფანიძე¹, ნანა ბიგვავა¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

² ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ბიზნესის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება ჯანმრთელობისათვის საზიანო პრობლემას წარმოადგენს. საქართველოში ურბანული გარემოს ძირითადი დამაბინძურებელი ავტოსატრანსპორტია. ამ პრობლემასთან საბრძოლველად 2018 წლიდან ეტაპობრივად შემოღებულ იქნა კანონი ტექნიკურ ინსპექტირებასთან დაკავშირებით. კვლევის მიზანია ავტომობილთა სავალდებულო ტექდათვალიერების შემოღებასთან დაკავშირებით მოქალაქეების აზრის შესწავლა, თუ რამდენად და რა შემთხვევაში არიან თბილისში მცხოვრები გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალების მომხმარებლები მზად, ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით, დათმონ ტექნიკურად გაუმართავი ტრანსპორტით მოძრაობა. **მეთოდოლოგია.** კვლევა ეყრდნობა 12 ჩაღრმავებულ ინტერვიუს და მოიცავდა შემდეგ სამ სეგმენტს: 1) მსუბუქი ავტომანქანის ტაქსისტი, საკუთარი გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალებით 2) ტექნიკურად გაუმართავი მსუბუქი ავტომობილის მომხმარებელი და 3) უტრანსპორტო მომხმარებელი, რომელსაც აქვს საშუალება იყიდოს მანქანა. **შედეგები, დასკვნა.** კვლევამ აჩვენა, რომ კანონის მაქსიმალურად ეფექტურად ამოქმედებისათვის საჭიროა: 1. მოწესრიგდეს საზოგადოებრივი ტრანსპორტი; 2. მოსახლეობის ინფორმირება, ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების საზიანო შედეგების შესახებ და გაუმართავი

ავტოსატრანსპორტო საშუალების როლის შესახებ ჰაერის დაბინძურებაში; 3. დაწესდეს დაბალპროცენტიანი სესხი ან განვადგება ახალი მანქანების შესაძენად ან გაუმართავი ავტომობილების შესაკეთებლად, მთავრობისა და ბანკების ხელშეწყობით. 4. დაწესდეს კონტროლი საწვავის ხარისხზე.

საკვანძო სიტყვები: ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება, ავტომობილთა სავალდებულო ტექდათვალიერება

ციტირება: ანა ლორთქიფანიძე, ნანა ბიგვავა, თენგიზ ვერულავა. ავტოსატრანსპორტო სავალდებულო ტექნიკური დათვალიერების შემოღება და მისი გავლენა ჯანმრთელობაზე: თბილისის შემთხვევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Introduction of compulsory technical inspections and its impact on health: Tbilisi case

Ana Lordkipanidze, Nana Bigvava, Tengiz Verulava

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

² Public Health and Insurance Institute, Business School, Ilia State University

Abstract

Introduction. Atmospheric air pollution poses a big threat to health in Georgia. The main pollutant of urban environment is auto transport. To fight atmospheric air pollution, Georgian government has implemented step by step law about vehicle inspection, starting from 2018. The purpose of this survey is to determine how ready and in which case are owners of technically crooked light vehicles ready to give up using their technically crooked cars? The goal of this research is to provide policy implication for government, in order for them to make new law work more effectively. **Methodology.** This study relies on 12 in depth interviews and includes following segments: 1) Taxi Drivers, with his/her own technically crooked vehicle 2) Owners of technically crooked car 3) Individuals without car, who have ability to buy a car. **Result.** As research demonstrated, for law to work more effectively, government needs to focus on the following steps: 1. Organizing public transportation 2. Informing population about threats that pollution of atmospheric air poses to health and also what role does technically crooked car play in this 3. Establishing a low-

cost loan in order for people to either buy new cars or repair existing ones, with the support of government and banks. 4. Control should be set over fuel quality.

Keywords: Atmospheric air pollution, vehicle inspection

Quote: Ana Lordkipanidze, Nana Bigvava, Tengiz Verulava. Introduction of compulsory technical inspections and its impact on health: Tbilisi case. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება სიკვდილიანობის გამომწვევი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა მსოფლიოს მასშტაბით. მსოფლიოში ნაადრევი გარდაცვალების 4.2 მილიონი შემთხვევა დაკავშირებულია ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებასთან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, 10-დან 9 ადამიანი დაბინძურებულ ჰაერს სუნთქავს.

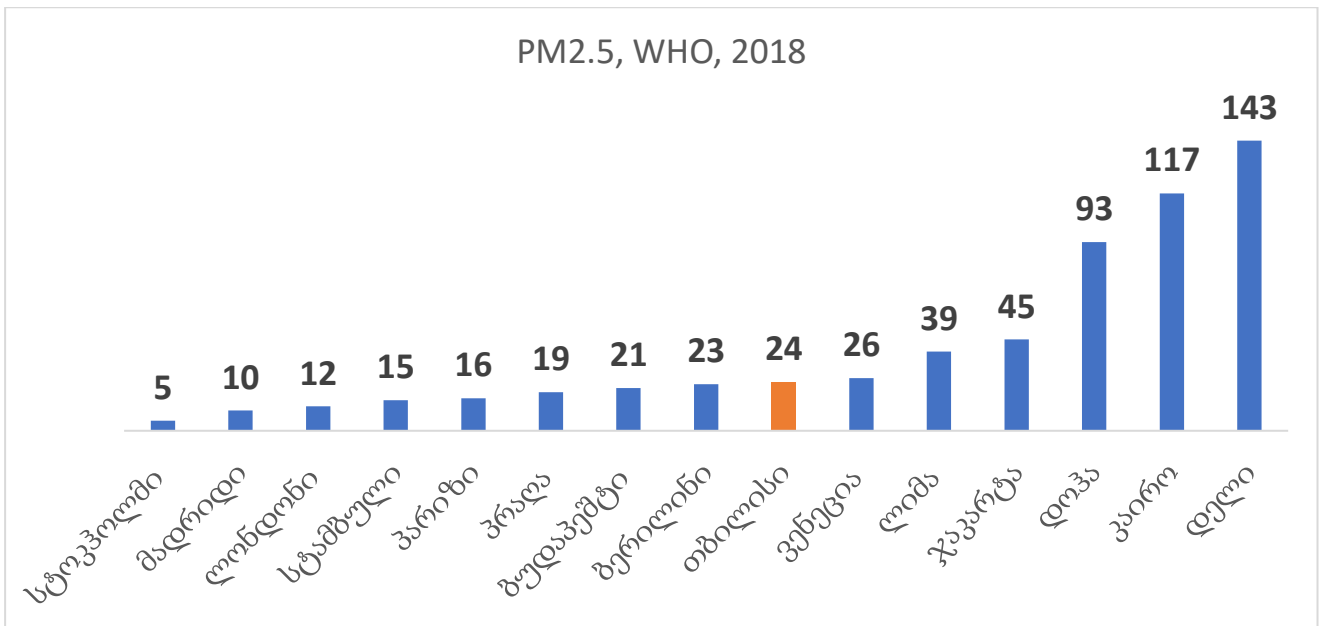
სიკვდილიანობის გარდა, ჰაერის დაბინძურება ასევე ზრდის სხვადასხვა დაავადებების განვითარების რისკს. იგი აზიანებს გულ-სისხლძარღვთა, ნერვულ, საჭმლის მომნელებელ და საშარდე სისტემას. მან შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკული ობსტრუქციული პულმონალური დაავადებები, ასთმა, ფილტვის კიბო, კარდიოცერებრალური და გულის იშემიური დაავადებები.

ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების მთავარი წყაროებია: ენერგეტიკა, სოფლის მეურნეობა, მრეწველობა და ტრანსპორტი. 2015 წლის საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით, ურბანული გარემოს ძირითადი დამაბინძურებელი ავტოტრანსპორტია. ატმოსფერულ ჰაერში NO₂-ის კონცენტრაციის 70%, ხოლო CO-ს კონცენტრაციის 56% ტრანსპორტიდან მოდის. საგზაო მოძრაობა ზრდის ავტომობილის ემისიებს და ამცირებს ატმოსფერული ჰაერის ხარისხს. კვლევები ადასტურებენ, რომ მთავარი გზების მიმდებარედ მცხოვრებ პირებში შეინიშნება ჭარბი სიკვდილიანობა (ზჰანგ, 2017).

2017 წლის სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში მილიონ ასორმოცი ათასამდე მანქანაა რეგისტრირებული, მათ შორის 420 ათასამდე თბილისშია გაფორმებული. 2014 წლის მონაცემებით, თბილისში 18 წელზე მეტი ასაკის

მოსახლეობა 859 328-ს შეადგენს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ყოველ მეორე ადამიანს ავტომანქანა ჰყავს. შინაგან საქმეთა სამინისტროს მონაცემებით, მანქანების 44% 20 წლის ან მეტი ხნოვანებისაა და სხვადასხვა სახის დაზიანება აღენიშნება.

მართალია, თბილისის დაბინძურების დონე ისეთივეა, როგორც ბევრ სხვა ევროპულ ქალაქში (გრაფიკი 1), თუმცა, მონაცემთა ბაზაში წარმოდგენილ 2627 ქალაქს შორის, თბილისი 576-ე ადგილს იკავებს ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების მიხედვით.



გრაფიკი 1. ჰაერში PM2.5-ის შემცველობა, WHO-ს 2018 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით.

საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი, რომელიც ყველა კატეგორიის ავტომობილისთვის სავალდებულო ტექდათვალიერების შემოღებას გულისხმობს.

კვლევის მიზანია ავტომობილთა სავალდებულო ტექდათვალიერების შემოღებასთან დაკავშირებით მოქალაქეების აზრის შესწავლა, თუ რამდენად და რა შემთხვევაში არიან თბილისში მცხოვრები გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალების მომხმარებლები მზად, ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით, დათმონ ტექნიკურად გაუმართავი ტრანსპორტით მოძრაობა.

კვლევის მეთოდები

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა პირისპირი ინტერვიუების მეთოდი. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 12 ჩაღრმავებული ინტერვიუ სამ

სეგმენტში: 1) მსუბუქი ავტომანქანის ტაქსისტი, საკუთარი გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალებით 2) ტექნიკურად გაუმართავი მსუბუქი ავტომობილის მომხმარებელი და 3) უტრანსპორტო მომხმარებელი, რომელსაც აქვს საშუალება იყიდოს მანქანა. თითოეულ სეგმენტში გამოკითხულ იქნა 4 ადამიანი. კვლევის ფარგლებში, ტექნიკურად გაუმართავი სატრანსპორტო საშუალება განიმარტა როგორც სატრანსპორტო საშუალება, რომელსაც არ აქვს კატალიზატორი, ან აქვს და არ მუშაობს, რის შედეგადაც მანქანა ჭარბ გამონაბოლქვს გამოჰყოფს.

გამოყენებულ იქნა პირველადი მონაცემების ტიპი, სადაც თავად შევაგროვეთ მონაცემები ჩაღრმავებული ინტერვიუს საფუძველზე. მონაცემების მოპოვება სიტყვების ტიპით მოვახდინეთ. ჯერ გავაკეთეთ ინტერვიუს აუდიო ჩანაწერი, ხოლო შემდეგ მოვახდინეთ მისი გაშიფვრა.

ტექნიკურად გაუმართავი მსუბუქი ავტომობილის მომხმარებლის შემთხვევაში, მონაცემების შეგროვება მოხდა ნახევრად ბუნებრივ გარემოში, სადაც ინდივიდები გამოყენებულ იქნა როგორც ინფორმაციის წყაროები. ტექნიკურად გაუმართავი ტაქსის მძღოლების შესარჩევად გამოყენებულ იქნა თოვლის გუნდის პრინციპი. კვლევა ჩატარდა 2018 წლის მაის-ივნისში.

შედეგები

ტექნიკურად გაუმართავი კერძო ავტოსატრანსპორტო საშუალების მძღოლების გამოკითხვა

31 მაისიდან 11 ივნისის ჩათვლით ჩატარდა ოთხი ჩაღრმავებული ინტერვიუ მსუბუქი ავტომანქანის მძღოლებთან, რომელთა მანქანებსაც ან კატალიზატორი არ ჰქონდათ, ან ჰქონდათ მაგრამ დაზიანებულ მდგომარეობაში და მათ ავტომობილს აღენიშნებოდა უხვი გამონაბოლქვი.

რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ემხრობა კანონს ტექნიკურ დათვალიერებასთან დაკავშირებით და ამბობს, რომ ტექნიკურად გაუმართავი მანქანა მოსახლეობას ორი მნიშვნელოვანი პრობლემის წინაშე აყენებს: (1) ზრდის ავტოსატრანსპორტო ავარიების რისკს და ამით საფრთხეს უქმნის ადამიანის

სიცოცხლეს და (2) უარყოფით გავლენას ახდენს გარემოზე, და ამით ზრდის დაავადებების წარმოშობის რისკს.

მიუხედავად ამისა, ისინი არ არიან მზად ნებაყოფლობით დათმონ ტექნიკურად გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალების მოხმარება, თუ არ იქნება დაკმაყოფილებული შემდეგი კრიტერიუმები: 1) მოწესრიგდება საზოგადოებრივი ტრანსპორტი, რათა მოქალაქეებმა, რომელთა ავტომობილებიც ვერ გაივლიან ტექ-დათვალიერებას შეძლონ ალტერნატიული საშუალებებით სარგებლობა და 2) სახელმწიფო გასცემს დაბალპროცენტულ სესხს ან გავანადებს, რათა მძღოლებმა შეძლონ დაზიანებული მანქანის შეკეთება ან ახალი მანქანის შესყიდვა.

რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა უკავშირებს ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებას ონკოლოგიური დაავადებების ზრდას და მიიჩნევს, რომ ჰაერის დაბინძურება მომავალი თაობებისათვის მნიშვნელოვანი ზიანის მომტანი იქნება. გარდა იმისა, რომ რესპონდენტები აღნიშნავენ კავშირს ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებასა და დაავადებებს შორის, ერთ-ერთი რესპონდენტი იმაზეც საუბრობს, რომ თავად სახელმწიფოსთვის, გრძელვადიან პერსექტივაში უფრო შემოსავლიანია, ხელი შეუწყოს მოსახლეობას ახალი მანქანების შეძენაში, ან არსებული გაუმართავი მანქანების შეკეთებაში, რათა მომავალში დაზოგოს ადამიანების ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხა.

რესპონდენტებს ვესაუბრეთ ალტერნატიულ მანქანებზეც, რომელიც არ მუშაობს სტანდარტულ საწვავზე ან დიზელზე. ეს მანქანა მუშაობს მზის ან ელექტრო ენერჯიაზე და არის ეკოლოგიურად უფრო უსაფრთხო ვიდრე ნებისმიერი სახის საწვავზე მომუშავე მანქანა. რესპონდენტები მზად არიან გადავიდნენ ალტერნატიული ელექტრომობილების მოხმარებაზე, იმ შემთხვევაში, თუ: ა) გაიზრდება ელექტრო მანქანების დატენვის სადგურების რაოდენობა ბ) შემოვა მეტი ელექტრომობილი, რომელსაც 400-500 კილომეტრის გავლა შეუძლია გ) შემცირდება ელექტრომობილების ფასი.

რესპონდენტები აცხადებენ, რომ იმ შემთხვევაში, თუ მათი ავტომობილები ვერ გაივლიან ტექნიკურ დათვალიერებას, მთავრობის მხრიდან მათთვის დიდი

ხელშეწყობა იქნება თუ სახელმწიფოს დახმარებით ბანკები უზრუნველყოფენ დაბალპროცენტობის სესხს ან განვადებას.

მსუბუქი ავტომანქანის ტაქსისტი, საკუთარი გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალებით

გამოკითხული ტაქსისტების უმრავლესობა არ ფლობდა სრულფასოვან ინფორმაციას ტექდათვალიერებასთან დაკავშირებით. კრიტერიუმების გაცნობის შემდეგ, მათი აზრით, მიუხედავად იმისა, რომ ტექდათვალიერება დადებითად იმოქმედებს ადამიანების ჯანმრთელობაზე, მათთვის ეს პროცესი დამღუპველია, ვინაიდან ოჯახში ერთადერთი ფინანსების წყარო, სწორედ ეს ტექნიკურად გაუმართავი ავტომანქანაა.

ინტერვიუების შეჯამების შედეგად, რესპონდენტთა უმრავლესობისთვის უცნობია ყველა კრიტერიუმი, რომლითაც შეფასდება ავტომანქანა ტექდათვალიერების დროს. თუმცა, გამოკითხულთა აბსოლიტურმა უმრავლესობამ იცის, რომ კატალიზატორი არის ერთ-ერთი კრიტერიუმი. ტაქსისტების უმრავლესობა საუბრობს თავიანთ გაუსაძლის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, რის გამოც ისინი სურვილის შემთხვევაშიც კი ვერ გამოასაწორობენ არსებულ მდგომარეობას. კატალიზატორის საკმაოდ სიძვირის გამო, ასევე საბურავების და ჩამოთვლილი კრიტერიუმების გაცნობის შემდეგ, მათი ვარაუდით მანქანის მოწესრიგება ავტომანქანის თვითღირებულებაზე მეტი გამოვა. ამიტომ შეუძლებელი იქნება საკუთარი ხარჯებით თუნდაც დამატებით ერთ თვეში ამ მდგომარეობის გამოსწორება. მათი აზრით, მთავრობა დათმობაზე უნდა წავიდეს და შეღავათები გაუწიოს მძღოლებს, რომლებიც ვერ გაივლიან ტექდათვალიერებას, ვინაიდან ეს პროცესი მათი ვარაუდით მტკივნეულად ჩაივლის იმ ადამიანებისთვის ვისაც ფინანსურად უჭირთ.

ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ, თუ რა შეიძლება გამოიწვიოს ჰაერის დაბინძურებამ, რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მომავალზე ფიქრი და ამ პრობლემის მოგვარება უნდა დადგეს დღის წესრიგში, თუმცა ეს მხოლოდ ტექდათვალიერებით ვერ გამოსწორდება. ყურადღება უნდა მიექცეს ისეთ ფაქტორს, როგორც არის საწვავის ხარისხი. უნდა მოწესრიგდეს

ინფრასტრუქტურა, რათა ნორმალური სიჩქარით შეეძლოს მანქანას გადაადგილება, ვინაიდან როგორც აღნიშნეს, რაც მეტი სიჩქარით მოძრაობს ავტომანქანა, მით უფრო მეტი არის ჰაერის დაბინძურების ალბათობა.

ასევე, მნიშვნელოვანი, რაც გამოიკვეთა, იყო ტაქსის ძღოლების გულახდილობა, უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით. მათი თქმით, ისინი საფრთხეს უქმნიან, როგორც საკუთარ თავს, ასევე იმ მოქალაქეებს, რომლებიც მზად არიან შედარებით დაბალ ფასად გადაადგილდნენ გაუმართავი ავტომანქანით. მათ ესმით, რომ ეს საფრთხის შემცველია, თუმცა მომავალზე ფიქრი, არ შველის მშვიერ კუჭს. ისინი ელოდებიან მხარდაჭერას მთავრობისგან. მათი აზრით, საუკეთესო გამოსავალი რაიმე სახის დათმობაზე წასვლაა. ფინანსურ მხარდაჭერას არ მოელონ სახელმწიფოსგან, რადგან მათი გადმოსახედიდან, ილუზიაში ცხოვრებას აზრი არ აქვს. მათი აზრით, მნიშვნელოვანია, მთავრობა დაფიქრდეს ხალხის გასაჭირზე და რაიმე სახის კომპრომისი იქნეს მიღწეული. მათი აზრით, რაიმე სახის შალვათები დაეხმარებოდა საზოგადოებას, მაგალითად მთავრობის მხრიდან მათთვის დიდი ხელშეწყობა იქნება თუ სახელმწიფოს დახმარებით ბანკები უზრუნველყოფენ დაბალპროცენტულ სესხს ან განვადებას.

უტრანსპორტო მომხმარებელი, რომელსაც აქვს საშუალება იყიდოს მანქანა

რესპოდენტები, რომელთაც არ ჰყავთ მანქანა, საუბრობენ ჰაერის დაბინძურებაზე, გამონაბოლქვზე და ქალაქში არსებულ მდგომარეობაზე, რაც უკავშირდება ჰაერის სისუფთავეს, მათ ჯანმრთელობას და მომავალს. მიუხედავად ამისა, ჩატარებული 4 ინტერვიუდან ტრანსპორტის არ ყოლის მიზეზად, ქალაქში მოძრაობის შიშაც დაფიქსირდა. რესპოდენტთა აზრით, უნდა მოწესრიგდეს საზოგადოებრივი ტრანსპორტი, რომ ხალხმა შეძლოს კომფორტულად მგზავრობა და მისი გამოყენების სურვილი გაუჩნდეს იმ მძღოლებს, რომლებსაც ჰყავთ გამართული ავტომანქანა. მათი აზრით, საჭიროა ამ კუთხით მოსახლეობის ინფორმირება და განათლების ამაღლება იმ საფრთხეების შესახებ რამაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე.

რესპოდენტთა აზრით, ყურადღება უნდა გამახვილდეს რეკრეაციული ზონების მოწყობაზე და ამის მაგალითად ამერიკის „ცენტრალ-პარკი“ მოჰყავთ.

მტკვრის მარცხენა სანაპიროზე ელიავას ბაზრობის ტერიტორიაზე რეკრეაციული ზონის მოწყობა, მათი აზრით, ქალაქს ამოსუნთქვის საშუალებას მისცემს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ჰაერის დაბინძურება დროთა განმავლობაში უამრავ დაავადებას გამოიწვევს.

რესპონდენტთა უმრავლესობა თანხმდება იმ აზრზე, რომ ავტომობილების სავალდებულო ტექნიკური დათვალიერების შემოღება აუცილებელია, როგორც ადამიანის ჯანმრთელობისათვის, ასევე მოძრაობის უსაფრთხოებისთვის. თუმცა, ეს არ არის ერთადერთი საშუალება ჰაერის დაბინძურების აღმოსაფხვრელად. მათი აზრით, საწვავზე კონტროლი გაცილებით ადვილია, ვიდრე ათასობით მანქანის დათვალიერება.

რესპონდენტები ხაზს უსვამენ, რომ სავალდებულო ტექნიკური დათვალიერების შემოღება არის ევროკავშირსა და საქართველოს შორის გაფორმებული ასოცირების შესახებ ხელშეკრულების მოთხოვნა, რადგან იგი მხარეებს შორის თანამშრომლობას ავტოსატრანსპორტო სფეროშიც ითვალისწინებს.

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტები რომლებიც ფლობენ ტექნიკურად გაუმართავ ავტოსატრანსპორტო საშუალებას, ასევე უტრანსპორტო მომხმარებლები, რომელთაც აქვთ საშუალება იყიდონ მანქანა, სრულიად ეთანხმებიან და მხარს უჭერენ კანონს სავალდებულო ტექნიკურ დათვალიერებასთან დაკავშირებით. განსხვავებულ აზრს აფიქსირებენ გამოკითხული ტაქსის მძღოლები, რომელთა აზრითაც, მიუხედავად იმისა, რომ გრძელვადიან პერსპექტივაში ისინი მიესალმებიან ავტომანქანების ტექნიკური დათვალიერების ეფექტურობას, ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, დღესდღეობით მათთვის მისი შემოღება დამლუპველია, ვინაიდან ოჯახში ერთადერთი ფინანსების წყარო, სწორედ ეს ტექნიკურად გაუმართავი ავტომანქანაა.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია:

1. მოწესრიგდეს საზოგადოებრივი ტრანსპორტი;


2. მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების საზიანო შედეგების შესახებ და ასევე, თუ რა როლს თამაშობს გაუმართავი ავტოსატრანსპორტო საშუალება ჰაერის დაბინძურებაში;
3. დაწესდეს დაბალპროცენტიანი სესხი ან განვადება ახალი მანქანების შესაძენად ან გაუმართავი ავტომობილების შესაკეთებლად, მთავრობისა და ბანკების ხელშეწყობით.
4. დაწესდეს კონტროლი საწვავის ხარისხზე

ამგვარად, რესპონდენტთა უმრავლესობა ემხრობა ტექნიკურ დათვალიერებას და ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებას მნიშვნელოვან პრობლემად მიიჩნევს. მათი აზრით, თავად სახლმწიფოსთვის, გრძელვადიან პერსექტივაში უფრო შემოსავლიანია, დაეხმაროს მოსახლეობას ახალი მანქანების შეძენაში, ან არსებული გაუმართავი მანქანების შეკეთებაში, რათა მომავალში დაზოგოს ადამიანების ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Di Q, Wang Y, Zanobetti A, Wang Y, Koutrakis P, Choirat C, Dominici F, Schwartz JD. Air pollution and mortality in the Medicare population. *N. Engl. J. Med.* 2017; 376: 2513–2522. [Link](#), [Google Scholar](#)
2. Jiang XQ, Mei XD, Feng D. Air pollution and chronic airway diseases: What should people know and do? *J. Thor. Dis.* 2016; 8: 31–40. [Link](#), [Google Scholar](#)
3. Shin J, Park JY, Choi J. Long-term exposure to ambient air pollutants and mental health status: A nationwide population-based cross-sectional study. *PLoS ONE*, 2018; 13(4), [Link](#), [Google Scholar](#)
4. Pinichka C, Makka N, Sukkumnoed D, Chariyalertsak S, Inchai P, Bundhamcharoen K. Burden of disease attributed to ambient air pollution in Thailand: A GIS-based approach. *PLoS ONE*, 2017; 12(12), [Link](#), [Google Scholar](#)
5. Mannucci P, Franchini M. Health Effects of Ambient Air Pollution in Developing Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017; 14(9), 1048. [Link](#), [Google Scholar](#)

6. World Health Organization. Ambient air pollution: Health impacts. [Link](#)
7. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა, 2014. [Link](#)

 კავკასიის უნივერსიტეტი CAUCASUS UNIVERSITY	ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია
	Health Policy, Economics & Sociology PRINT ISSN 2960-9992 ONLINE ISSN 2960-9984

სტუდენტების დამოკიდებულება გარემოსდაცვითი პრობლემების მიმართ

ანა ასათიანი¹, ჯილდა თირქია¹

¹ ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. გარემოს დაბინძურებამ კაცობრიობის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე გლობალური ხასიათი მიიღო. მსოფლიოში არსებული გლობალური საფრთხეებიდან გარემოს დაბინძურება ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ფაქტორად იქცა. კვლევის მიზანია სტუდენტების დამოკიდებულების შესწავლა გარემოსდაცვითი პრობლემების მიმართ. **მეთოდოლოგია.** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი და 4 სიღრმისეული ინტერვიუ. საკითხის სიღრმისეულად შესწავლის მიზნით, გამოვიყენეთ ტრიანგულაციური მიდგომა. კვლევის საწყის ეტაპზე გავესაუბრეთ ექსპერტს. სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ სტუდენტები, რომლებიც სწავლობენ საქართველოს უნივერსიტეტებში ბაკალავრიატისა და მაგისტრატურის საფეხურზე. **შედეგები.** რესპონდენტებს აქვთ განსხვავებული მიდგომები გარემოს დაცვასთან დაკავშირებით. მათი აზრით, საქართველოში ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა ჰაერის, წყლის რესურსებისა და ნიადაგის დაბინძურება, ვინაიდან ეს სამი კომპონენტი ადამიანისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. რესპონდენტები ნაკლებად არიან ჩართულნი გარემოსდაცვით ღონისძიებებში. **დასკვნა.** გარემო დიდ გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. საჭიროა ადამიანის ცნობიერების ამაღლება, გარემოს დაცვასთან დაკავშირებული საკითხების შესწავლა სკოლებსა და უნივერსიტეტებში.

საკვანძო სიტყვები: გარემოს დაბინძურება, ჯანსაღი ცხოვრების წესი

ციტირება: ანა ასათიანი, ჯილა თირქია. სტუდენტების დამოკიდებულება გარემოსდაცვითი პრობლემების მიმართ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Introduction. Environmental pollution has been a global character at the present stage of human development. From global threats, environmental pollution has become one of the most important factors. The aim of this study was to examine the attitude of young people, particularly students in environmental issues. **Methodology.** Within the scope of the study, we have used a triangular approach to study the issue in details. We talked to the expert at the beginning of the research. Furthermore, we conducted 2 focus groups and 4 in-depth interviews. The target group were students who are studying at the university of bachelor's and master's level. Students were selected through non-profit selection, namely based on targeted or evaluative selection. **Results.** As for the results of the research, it is revealed that the respondents have different associations regarding environmental protection. According to the respondents, the most important problem in Georgia is air pollution, water resources and soil pollution, as these three components are of vital importance to human beings. Respondents are less involved in environmental activities. The part of the respondents who have never participated in such a measure justifies their actions by the fact that the environment is not delayed by its individual actions. Respondents think that actions taken by government for solving problems of state environment are more or less useful, but the implementation and monitoring of the law is less and it is necessary to tighten it. Education is very important in terms of raising awareness of human consciousness. It emphasizes both informal and formal education, which envisages studying environmental issues in schools and universities. **Conclusion.** To summarize, the environment where we are living has a great influence on ourselves and our health, maintaining the environment and cleanness in every human's interest, since the damaged environment is harmful to people who live in an unhealthy way of life.

Keywords: environmental pollution, healthy lifestyle

Quote: Ana Asatiani, Jilda Tirkia. Students' attitude towards environmental problems. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

გარემოს დაცვა გულისხმობს ყველა იმ ღონისძიებას, რომელიც მიზნად ისახავს ადამიანის და ბუნების სასიცოცხლო საფუძვლების მთლიანობაში შენარჩუნებასა და გარემოში არსებული დაზიანებების აღმოფხვრას. თანამედროვე ცივილიზაცია და ბიოსფერო ვეღარ უმკლავდება ბუნებაზე მავნე ზეგავლენას, რომელიც წარმოიქმნება ადამიანის სამეურნეო საქმიანობის შედეგად, რის გამოც, იგი უკვე განიცდის დეგრადაციას.

სამეცნიერო-ტექნიკურმა პროგრესმა და საწარმოო ძალების სწრაფმა განვითარებამ მსოფლიო მიიყვანა ბუნებისა და საზოგადოების ძირფესვიან ცვლილებებთან. თუ წარსულში ეკოლოგიურ კრიზისებს ლოკალური ხასიათი ჰქონდათ და არ იწვევდნენ ბუნების რადიკალურ ცვლილებებს, ახლანდელი კრიზისი საყოველთაო ხასიათით გამოირჩევა, რომელსაც მივყავართ გლობალურ კატასტროფამდე. მოსალოდნელი ეკოლოგიური კატასტროფის ნიშნებია: კლიმატის გლობალური ცვლილებები, ოზონის შრის შემცირება, ატმოსფეროს საშუალო ტემპერატურის ზრდა, მჟავაშემცველი ნალექები, სოციალური გარემოს გაუარესება, ნიადაგის ეროზია და სხვა ნეგატიური მოვლენები.

ზემოთაღნიშნული პრობლემები საერთოა საქართველოსთვისაც, რომლის გეოპოლიტიკური მდებარეობა კიდევ უფრო ამძაფრებს მდგომარეობას. როგორც ექსპერტები აღნიშნავენ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ გზაჯვარედინზე მყოფი ქვეყანა, სადაც გადის თანამედროვე ნავთობსადენი და გაზსადენი, გლობალური ეკოლოგიური კატასტროფის მხრივ, დიდი საშიშროების წინაშეა. გარდა ამისა, საქართველო მთაგორიანი ქვეყანაა, რომელიც განიცდის ბუნებრივი მოვლენების მხრივ აქტიურ ზემოქმედებას. იგი ვლინდება არც თუ იშვიათი მიწისძვრების, წყალდიდობების, მეწყრების, ღვარცოფებისა, კლდეზვავებისა და სხვა კატასტროფების სახით.

მსოფლიოში არსებული გლობალური საფრთხეებიდან გარემოს დაბინძურება ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანესია. დაბინძურებათა უშუალო ობიექტებია მიწა, წყალი, ნიადაგი, ატმოსფერო, ხოლო არაპირდაპირი - მცენარეები, ცხოველები, მიკროორგანიზმები და ადამიანი [1].

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2011 წელს ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარემოს ზემოქმედების ანალიზი გამოაქვეყნა. ფაქტებმა წარმოაჩინა დიდი განსხვავება ქვეყნებს შორის და ცხადყო, რომ ადამიანთა ჯანმრთელობა შეიძლება საგრძნობლად გაუმჯობესდეს ისეთი ფაქტორების ზემოქმედების შემცირებით, როგორებიცაა დაბინძურება, სახიფათო სამუშაო გარემო, ულტრაიისფერი რადიაცია, ხმაური, სასოფლო-სამეურნეო სამუშაოებთან დაკავშირებული საფრთხეები, კლიმატისა და ეკოსისტემის ცვლილება. კვლევებმა აჩვენა, რომ გარემოს გაჯანსაღებით შესაძლებელია მსოფლიოში ყოველწლიურად 13 მილიონი ადამიანის სიკვდილის პრევენცია, გარემოს გაჯანსაღებისკენ მიმართული კარგად გააზრებული ღონისძიებებით კი მხოლოდ ევროპაში სიკვდილიანობის 20%-ის თავიდან აცილება მოხერხდება [2].

მსოფლიოს 23 ქვეყანაში სიკვდილიანობის მიზეზი ასიდან 10-ზე მეტ შემთხვევაში გარემოსთან დაკავშირებული რისკფაქტორებია: დაბინძურებული წყალი, დაბინძურებული ჰაერი, სამრეწველო და საყოფაცხოვრებო ნარჩენები.

გარემოს დაბინძურების წყაროები შეიძლება დავყოთ სამ ჯგუფად: ბუნებრივი, საწარმოო და საყოფაცხოვრებო. დაბინძურების ბუნებრივ წყაროებს წარმოადგენს ენდოგენური (მიწისძვრები, ვულკანიზმი და ა.შ) და ეგზოგენური ფაქტორები (კლიმატი ანუ ჰავა, ქარი, ყინული, ნიადაგის ეროზია, მდინარეთა წყალდიდობა და სხვ.) ხოლო ანთროპოგენულ წყაროებს მიეკუთვნება საწარმოო და საყოფაცხოვრებო დაბინძურების ფაქტორები [3].

ადამიანისთვის სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა წყალი, ჰაერი და საკვები. შესაბამისად, წყლის რესურსების, ჰაერისა და ნიადაგის მოფრთხილება პრიორიტეტული უნდა იყოს. საქართველოში ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ჰაერისა და ნიადაგის მდგომარეობა, ვინაიდან, ასე თუ ისე, ჩვენს ქვეყანაში საწარმოების ძალიან მცირე ნაწილი ფუნქციონირებს, დაბინძურების ძირითად წყაროს წარმოადგენს მანქანების გამონაბოლქვი, მდგომარეობას კი აუარესებს ხე-ტყის ჩეხვა. რაც შეეხება წყლის რესურსებს, მდინარეში საყოფაცხოვრებო და სამრეწველო ნარჩენების ჩარეცხვა იწვევს წყლის რესურსების დაბინძურებას და ასევე ნიადაგის

დაბინძურებასაც, რადგან მდინარის წყალს ხშირად ნიადაგის მოსარწყავადაც იყენებენ, ასეთი წყლით მორწყულ მიწაზე ცხადია საკვებიც არაჯანსაღი მოდის, რაც საბოლოოდ აისახება კიდევ ადამიანის ჯანმრთელობაზე.

ყველაზე მნიშვნელოვანი ამ სამი ფაქტორიდან ნიადაგის დაბინძურებაა, ვინაიდან შესაძლებელია ჰაერის დაბინძურების შერბილება ხეების დარგვით, ასევე წყლის რესურსების გაფილტვრაც, ხოლო ნიადაგი ბიოსფეროს პრაქტიკულად აღუდგენელ კომპონენტს წარმოადგენს, რომლის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული ადამიანის სიცოცხლე. ამ მხრივ ჩვენს ქვეყანაში საყურადღებოა არასწორი მიწათმოქმედება, ასევე გადამოვების პრობლემა, გადასარეკი ბილიკების არარსებობა და შხამ-ქიმიკატების უკონტროლო გამოყენება [4].

ბევრი კვლევა მიექძვნა სტუდენტთა დამოკიდებულებას ინტერესს და ქცევას გარემოსდაცვითი პრობლემების მიმართ (5, 6, 7; 8; 9). კვლევები ადასტურებენ, რომ სტუდენტებს პოზიტიური ქცევა და დამოკიდებულება აქვთ გარემოსთან მიმართებით (10). უფრო მეტიც, ისინი გამოხატავენ მაღალ ემოციური განწყობას გარემოს მიმართ, აქვთ მაღალი ინტერესი გარემოსდაცვით პრობლემებზე და სურთ იპოვონ მათი გადაწყვეტის გზები (11). ზოგი კვლევა აჩვენებს, რომ სტუდენტებს დადებითი გარემოსდაცვითი დამოკიდებულება გააჩნიათ, მაგრამ მათი ცოდნა გარემოს შესახებ არაადეკვატურია (8).

კვლევის მიზანს წარმოადგენს სტუდენტების დამოკიდებულების შესწავლა გარემოსდაცვითი პრობლემებისადმი და მათი ინფორმირებულობის დონის ამაღლება მოცემულ საკითხთან მიმართებაში. კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, კვლევის ძირითადი ამოცანებია:

- გარემოსდაცვით აქტივობებში სტუდენტების ჩართულობის კვლევა;
- საქართველოს გარემოსდაცვითი კანონმდებლობის მიმოხილვა;
- სტუდენტების მიერ გარემოს დაცვასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოფხვრის გზების ძიება;

დღეს არსებული მდგომარეობიდან გამომდინარე, როდესაც არა მარტო საქართველოში, არამედ მთელ მსოფლიოში სულ უფრო ხშირად ისმის განცხადებები გარემოსდაცვითი პრობლემებით გამოწვეული საფრთხეებისა და მიღებული შედეგების შესახებ, გადაწყვეტეთ გამოგვეკვლია, თუ როგორია საზოგადოების ახალგაზრდა ფენის, კერძოდ სტუდენტების დამოკიდებულება გარემოსდაცვითი პრობლემების მიმართ.

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი და 4 სიღრმისეული ინტერვიუ. საკითხის სიღრმისეულად შესწავლის მიზნით, გამოვიყენეთ ტრიანგულაციური მიდგომა. კვლევის საწყისს ეტაპზე გავესაუბრეთ ექსპერტს. სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ სტუდენტები, რომლებიც სწავლობენ საქართველოს უნივერსიტეტებში ბაკალავრიატისა და მაგისტრატურის საფეხურზე. სტუდენტების შერჩევა განხორციელდა არაალბათური შერჩევის გზით, კერძოდ, მიზნობრივი ანუ შეფასებითი შერჩევის საფუძველზე.

შედეგები

ექსპერტთა გამოკითხვის შედეგები

ექსპერტთა გამოკითხვის საფუძველზე მივიღეთ საინტერესო ინფორმაცია საქართველოში არსებულ ეკოლოგიურ პრობლემებთან დაკავშირებით. ექსპერტთა აზრით, საქართველოში ეკოლოგიურად რთული მდგომარეობაა. ამ მხრივ, თითოეული რეგიონი განსხვავებული პრობლემებით ხასიათდება.

„გარემოსდაცვითი მიდგომები რეგიონების მიხედვით უნდა დაიყოს, ვინაიდან მხოლოდ ერთი მიდგომით ვერ მოხერხდება პრობლემის პრევენცია მთასა და ბარში. თუ ქალაქში გამონაბოლქვის პრობლემაა, იგივეს ვერ ვიტყვით სოფელზე, სადაც ჰაერი ბუნებრივი კორიდორების მეშვეობით ნიავედება“.

უმთავრეს ეკოლოგიურ პრობლემად დასახელდა დიდ ქალაქებში ნარჩენების მართვა. მდგომარეობას ართულებს ის გარემოება, რომ საქართველოში არსებული

საწარმოების უმრავლესობა 30-40 წლის წინაა აშენებული, რომლებიც არ არიან აღჭურვილი გაფრქვევების გაფილტვრის მოწყობილობებით. არასწორი სამშენებლო საინჟინრო საქმიანობა და კომპეტენტურ პირთა მოსაზრებების გაუთვალისწინებლობა დიდ საფრთხეს წარმოადგენს საზოგადოებისთვის.

"თბილისი მაღალრისკიან სეისმურ გარემოში მდებარეობს. შენობა-ნაგებობათა გარკვეული ნაწილი არ არის ადაპტირებული სეისმურ პირობებთან. მიწისძვრამ შესაძლებელია კატასტროფული შედეგები განაპირობოს".

ექსპერტებმა განსაკუთრებით ხაზი გაუსვეს წყლის დაბინძურების პრობლემას.

„მდინარეების მეშვეობით ირწყვება ნიადაგი, რომელზეც მოყვანილ საკვებს ადამიანი მიირთმევს, შესაბამისად, ორგანიზმში საკვების სახით შესაძლოა მოხვდეს სახიფათო ნივთიერებები. ბევრი მდინარე ისეა დაბინძურებული, რომ მასში დაჭერილმა თევზმა ადამიანზე შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს. მაგალითად, ჭიათურაში არსებული მიწისქვეშა მდინარეები, რომლებიც წყლის დიდ მარაგს წარმოადგენენ, ბინძურდებიან სამრეწველო საწარმოების მძიმე მეტალებით, რომელთა ორგანიზმში მოხვედრა სახიფათო შეიძლება აღმოჩნდეს ადამიანისთვის. მარნეულის რაიონში დიდ ფართობი ირწყვება მდინარე კაზრეთულას მეშვეობით. მდინარეში კაზრეთის სამრეწველო საწარმოებიდან მომავალი წყალი ჩაედინება. ამ დროს არავინ არ იცის მარნეულიდან მიღებულ პროდუქტებში მძიმე მეტალების შემცველობის შესახებ“.

ექსპერტთა აზრით, გარემოსდაცვითი პრობლემების პრევენციისთვის მხოლოდ სათანადო ინფრასტრუქტურას არ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. ასევე მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ინფორმირებულობა.

„ზოგ ქვეყნებში, გარკვეულ სოფლებში საერთოდ არ არსებობს სათანადო ინფრასტრუქტურა, მაგრამ მოსახლეობა ნაგავს წვავს და ფიზიკურად ის გარემოში აღარ რჩება. თუმცა, ასევე არის ტერიტორიები, სადაც ინფრასტრუქტურა არსებობს, მაგრამ მოსახლეობა ნაგავს იქვე მდინარეში ან მღვიმეებში ყრის და ცდილობს ნაგავი უფრო ადვილად მოიცილოს თავიდან. შედეგად იგი სასმელ წყალში, ჭაში ხვდება.“

ამიტომ აუცილებელია, რომ მოსახლეობას მიეწოდოს ინფორმაცია, ამგვარი ქმედებების შედეგად თავის სასიცოცხლო გარემოზე მიყენებული ზიანის შესახებ.

ექსპერტთა აზრით, მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ასამაღლებლად ყველაზე დიდი როლი ეკისრება სოციალურ ინსტიტუტებს, მასმედიას.

„სოციალურ ქსელებს, რეკლამებს, სატელევიზიო პროგრამებს უფრო შესწევთ ძალა მეცვალონ რაიმე, ვიდრე ბუკლეტებს და დარგის სპეციალისტთა შეხვედრებს, რადგან ბუკლეტს თითქმის არავინ კითხულობს, ხოლო შეხვედრებზე მხოლოდ დაინტერესებული პირები დადიან“.

ადამიანის ცნობიერების დონის ამაღლებაში დიდი როლი ეკისრება ოჯახსა და სკოლას.

„ბავშვი თავდაპირველად ჯერ ოჯახში ყალიბდება პიროვნებად, შემდეგ კი სკოლაში, სადაც აუცილებლად უნდა ისწავლებოდეს ეკოლოგიური განათლება. ეკოლოგიის საგანი იმ ტიპის ცოდნას შეიცავს, რომელიც ადამიანმა ადრინდელი ასაკიდანვე უნდა დაისწავლოს და მოიქცეს შესაბამისად. განათლების სამინისტრო უფრო მეტს უნდა ხარჯავდეს ეკოლოგიურ განათლებაზე. გარემოსდაცვითი პრობლემების პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია სტუდენტებისა და სამეცნიერო წრეების ჩართულობა, ვინაიდან სტუდენტები ხალისიანად ასრულებენ სასარგებლო სამუშაოს და არ არიან ტენდენციურები, ხოლო სამეცნიერო წრეების წევრები კი კომპეტენტური პირები არიან და მათ შესწევთ ძალა ინფორმაცია მიაწოდონ როგორც საზოგადოებას, ინფორმირებულობის დონის გაზრდის მიზნით, ასევე სახელმწიფოს - სწორი გადაწყვეტილებების მიღებისათვის.“

ფოკუს-ჯგუფების შედეგები

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი. ორივე ფოკუს-ჯგუფში მონაწილეობა მიიღეს ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბაკალავრიატისა და მაგისტრატურის სტუდენტებმა. კითხვაზე - რას გულისხმობს გარემოს დაცვა, რესპონდენტებისგან მივიღეთ მეტნაკლებად

განსხვავებული და საინტერესო პასუხები. გარემოს დაცვა ნაწილისთვის არის სამოქალაქო ვალდებულება, ნაწილისთვის გარემოზე ზრუნვა და რეგულაციების მაქსიმალური დაცვა-გათვალისწინება, ზოგისთვის ბუნებრივი რესურსების გაფრთხილება, ზოგისთვის ჩვენი თავის მიმართ გამოვლენილი მზრუნველობა და ბოლოს, რესპონდენტთა ნაწილმა გარემოს დაცვა შინაგან კულტურასთან გააიგივა:

(ლელა) - "ჩემი აზრით, გარემოს დაცვა ეს არის სამოქალაქო ვალდებულება"

(ჯონი) - "გარემოს დაცვა გულისხმობს სახელმწიფოსა და ზემდგომი ინსტიტუტების მიერ შემუშავებული კანონების, წესების და რეგულაციების მაქსიმალურ დაცვასა და გათვალისწინებას."

(მაკა) - "ვეთანხმები წინა ორი რესპოდენტის აზრს და ანუ, მინდა დავამატო ის, რომ გარემოს დაცვა, უპირველეს ყოვლისა, ეს არის ბუნებრივი რესურსების გაფრთხილება."

(ვახო) - "ჩემი აზრით, გარემოს დაცვა არის პირველ რიგში არა გარემოს, არამედ ჩვენი თავის მიმართ გამოვლენილი მზრუნველობა, რადგან როცა ჩვენ ვაზიანებთ გარემოს ამით პირველ რიგში საკუთარი თავის მიმართ გამოგვაქვს სასიკვდილო განაჩენი."

(ლეილა) - "ჩემი აზრით გარემოს დაცვა გულისხმობს შინაგან კულტურას, ანუ როგორი ადამიანიც ხარ და როგორი აღზრდილიც ხარ, ისე ექცევი გარემოს. იმას ვგულისხმობ, რომ არ უნდა დააბინძურო გარემო, რადგან იგი ისევ შენზე აისახება უარყოფითად."

კითხვაზე - თუ რამდენად აქტუალურია ეს თემა, პასუხები თითქმის ერთნაირი აღმოჩნდა. ფოკუს-ჯგუფის თითოეულმა მონაწილემ ხაზი გაუსვა ამ თემის აქტუალობას, ვინაიდან ეს ის პრობლემებია, რომლებსაც ადამიანი ყოველდღიურად აწყდება და რომლებიც გავლენას ახდენენ მათ სასიცოცხლო გარემოზე:

(ნინა) - "რა თქმა უნდა აქტუალურია ეს თემა, პირველ რიგში იმიტომ, რომ გარემოს დაცვა და ეკოლოგიური სისუფთავე ჩვენს ჯანმრთელობას და ჩვენს სიცოცხლეს ეხება."

(თორნიკე) - "დღესდღეობით საქართველოში ძაან დიდი პრობლემაა. თბილისის მთავარი ქუჩები არ არის იმდენად დაბინძურებული, როგორც გარე უბნები, რაც სერიოზულ ზიანს აყენებს ადამიანების ჯანმრთელობას."

კითხვაზე - გარემოს დაცვასთან დაკავშირებულ რა პრობლემებს გამოყოფთ საქართველოში? თქვენ რომელი მიგაჩნიათ უფრო მნიშვნელოვნად? რატომ? პასუხები აღმოჩნდა ძალიან საინტერესო, ვინაიდან რესპონდენტებმა ერთმანეთისგან განსხვავებული თვალსაზრისები წარმოაჩინეს. გამოიკვეთა შემდეგი პრობლემები: ზღვის დაბინძურება, გამონაბოლქვი, მოუწესრიგებელი ნაგავსაყრელები, ხე-ტყის ჩეხვა, წყლისა და ჰაერის დაბინძურება, საყოფაცხოვრებო ნარჩენები და ჰესების მშენებლობა:

(მაკა) - "პირად მაგალითზე ვისაუბრებ, მე ვარ ბათუმიდან და ზღვის დაბინძურება ჩემთვის არის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური პრობლემა საქართველოში. მოგეხსენებათ, ბათუმის პორტში ხდება ნავთობის იმპორტი და ხშირად ეს ნავთობი იღვრება და ნარჩენები რჩება ზღვაში. ეს კი ყველაფერთან ერთად იწვევს აუტანელ სუნს."

(თამუნა) - "პრობლემებიდან ყველაზე მეტად გამოვყოფ მანქანების გამონაბოლქვს თბილისში, იმიტომ რომ ძალიან ბევრი მანქანაა და დიდ საშიშროებას უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას."

(ჯონი) - "ჩემი აზრით, საკმაოდ აქტუალური პრობლემაა ხე-ტყის ჩეხვა, განსაკუთრებით შემოდგომის მიწურულს, როცა ზამთარი მოდის ხდება ხე-ტყის უკანონო ჭრა და ეს ჯანმრთელობის პრობლემებს გვიქმნის, რადგან ჟანგბადი საკმარისი დოზით არ მოგვეწოდება."

(ფაიგა) - "ჩემთვისაც ყველაზე მწვავე წყლის და ჰაერის რესურსების დაბინძურებაა, იმიტომ, რომ ეს არის ორი ისეთი ფაქტორი, რომლებთანაც ყოველდღიურად გვაქვს შეხება. ვფიქრობ, დაბინძურებული წყალი და ჰაერი ყველაზე მეტად აისახება ჩვენს ჯანმრთელობაზე."

(სალომე) - "ჩემი აზრით, ყველაზე დიდი პრობლემა არის საყოფაცხოვრებო ნარჩენები. კონკრეტულად პოლიეთილენის პარკებზე მაქვს საუბარი, რადგან გაქრობას ბუნებაში შეიძლება საუკუნეები დასჭირდეს და ძალიან საშიშია, როგორც გარემოსთვის, ისე ადამიანისთვის..."

(ვახო) - "მთავარი პრობლემაა ჰესების მშენებლობა. ეს ერთი შეხედვით ჩანს, რომ სუფთა ენერჯის მიღების წყაროა და საერთოდ არ აზიანებს გარემოს, მაგრამ თუ კარგად ჩავუკვირდებით, ახალი ჰესების მშენებლობა იწვევს უდიდეს პრობლემებს. ზოგი ფიქრობს, რომ ეკონომიკის ხარჯზე ღირს გარემოს განადგურება, ანუ მათთვის მთავარია ეკონომიკური და არა ეკოლოგიური ფაქტორი, რადგან მიაჩნიათ, რომ ეკოლოგია არის უფრო სამომავლო პრობლემა და ახლა მათ ეს არანაირ პრობლემას არ უქმნის."

რესპონდენტთა აზრით, საქართველოში გარემოს დაცვის მდგომარეობა არასახარბიელოა. სოფლად და ქალაქად განსხვავებული პრობლემებია. ნაწილისთვის ქალაქში არსებული პრობლემები უფრო მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა, ნაწილისთვის კი პირიქით. ქალაქში ჰაერის დაბინძურება არის აქტუალური, ხოლო სოფელში - ინფრასტრუქტურის არ არსებობის გამო, უადგილოდ დაყრილი ნაგვის გროვები. ორივე ერთნაირად უქმნის საფრთხეს ადამიანის სასიცოცხლო გარემოს.

(ლელა) - "...ქალაქებში უფრო რომ ვხვდებით ამ პრობლემებს, მე არ ვეთანხმები. ჩემი აზრით, სოფლებში უფრო მძიმე მდგომარეობა, სადაც არაა ნაგვის ბუნკრები და მოსახლეობა მდინარეში ყრის ნაგავს, ან კიდეც ხევში. "

(ფაიგა) - "ჩემი აზრით, ქალაქში უფრო მწვავეა ეს პრობლემები და მათგან მთავარია გამონაბოლქვი, ტრანსპორტის სიმრავლით გამოწვეული."

(ჯონი) - "ჩემი აზრით, წამოჭრილი პოლემიკა ქალაქსა და სოფელს შორის განსხვავებაზე ალოგიკურია. განსხვავებულ პრობლემებთან გვაქვს საქმე ორივეგან. ეკოლოგიური პრობლემები აქტუალურია სოფლადაც და ქალაქადაც. რეალურად სოფელში სხვა პრობლემებს ვხვდებით ეკოლოგიური თვალსაზრისით და ქალაქში სხვას, და ვერცერთი ვერ გადაწონის მეორეს."

რაც შეეხება გარემოსდაცვით ღონისძიებებს, რესპონდენტთა უმრავლესობას ჰქონდა ინფორმაცია მათ შესახებ, თუმცა უმეტესობას მონაწილეობა არ მიუღია არც ერთ გარემოსდაცვით ღონისძიებაში, რაც ზოგიერთმა მათგანმა დროის უქონლობას, ნაწილმა კი არაინფორმირებულობას დააბრალა. რესპონდენტთაგან რამდენიმემ აღნიშნა, რომ მიუღია მონაწილეობა ეგრედწოდებულ "შაბათობა"-ში და ერთჯერადი მონაწილეობა ისეთ აქტივობებში, როგორცაა მასობრივი დასუფთავების ღონისძიება:

(თამუნა) - "ძალიან კარგი იქნებოდა გარემოსდაცვითი ღონისძიებების არსებობა საქართველოში, მაგრამ ჩემამდე არ მოსულა ინფორმაცია მათი არსებობის შესახებ. დიდი სიამოვნებით ვიმუშავებდი, თუნდაც დილით, იმიტომ რომ საზღვარგარეთ არცერთი სტუდენტი არ არის ჩვენაირად დაუსაქმებელი. სტუდენტები დილით დგებიან და ალაგებენ თავიანთ ქალაქს, რაც ჩემთვის მისაღებია და საქართველოში სამწუხაროდ ამის შესახებ არ გამიგია."

(ჯონი) - "სამწუხაროდ, დროის უქონლობის გამო არასდროს არ მიმიღია გარემოსდაცვით ღონისძიებაში მონაწილეობა, მაგრამ მსმენია ისეთი ღონისძიებების შესახებ, როგორებიცაა "არა ჰუდონჰესს", "პანორამა თბილისი", "დავიცვათ იპოდრომი", რომელიც დღესდღეობით ძალიან აქტუალურია. საქართველოში გარემოსდაცვითი ღონისძიებების გატარების მხრივ ყველაზე, ესე რომ ვთქვათ, აქტიურები არიან ორგანიზაციები: "მწვანე მუშტი" და "პარტიზანი მებაღეები".

(ვახო) - "როგორც ასეთი მსმენია და ბევრშიც მიმიღია მონაწილეობა, მაგალითად, "არა ჰუდონჰესს". საბოლოოდ ყველა ჩვენი წამოწყება კრაზით დასრულდა, თუმცა კარგი რამეც მოხდა, რომ საზოგადოებაში გაიზარდა ცნობიერების დონე."

(ლეილა) - "სკოლაში რაღაც ხეები დავრგეთ ბავშვებმა, შაბათობას. ალბათ იმიტომ, რომ მერე გაგვეზარდა მომავალი თაობისთვის მეტი ხე და ჯანსაღი გარემო, რაც შეეხება ღონისძიებები... (დუმილი) ანუ ღონისძიებებში არ მიმიღია მონაწილეობა..."

რაც შეეხება არასამთავრობო ორგანიზაციებს, სტუდენტების უმრავლესობას არ ჰქონდა მათ შესახებ ინფორმაცია, ისინი ძირითადად იცნობენ იმ ორგანიზაციებს, რომლებიც სტუდენტების მიერაა ჩამოყალიბებული. ნაწილმა უნდობლობაც გამოხატა არასამთავრო ორგანიზაციების მიმართ და ერთ-ერთმა გრანტიჭამიებიც კი უწოდა, რომლებიც რეალურად საქმეს არ აკეთებენ:

(გიორგი) - "გამიგია ტელევიზიით რაღაცა ორგანიზაციების შესახებ, რომლებიც ასუფთავებენ რომელიღაც ტერიტორიას, მაგრამ ეს, ჩემი აზრით, არის მათი პიარი. რაღაც პატარა ადგილს დაასუფთავებენ და მერე ამაზე ხდება დიდხნიანი რეპორტაჟის გაშვება ტელევიზიაში. "

(ნინა) - "მწვანე მუშტი", რომელიც არის საქართველოში, ერთ-ერთი საკმაოდ აქტიური ორგანიზაციაა. სტუდენტების შექმნილია და ერთ-ერთი ლიდერი ჩვენი ფაკულტეტის წარმომადგენელია, რომელიც ძალიან ზრუნავს ჩვენს ეკოლოგიურ მდგომარეობაზე. ისინი იყვენ ერთ-ერთი პირველები, ვინც ეწინააღმდეგებოდნენ ჰუდონჰესის და სხვა ჰიდროელექტროსადგურის მშენებლობას."

რესპონდენტთა აზრით, სახელმწიფოს მიერ გატარებული პოლიტიკა ამ მხრივ არაა ეფექტური. ნაწილის აზრით, ის სანქციები, რომლებიც დაწესებულია არ ფუნქციონირებს, რადგან არ არსებობს მონიტორინგის სამსახური. ნაწილის აზრით, საზოგადოების ცნობიერების დონეა დაბალი და ეს ქმნის პრობლემას. ზოგიერთის აზრით კი, სახელმწიფო სოციალურ-პოლიტიკურ საკითხებს ანიჭებს უპირატესობას და გარემოსდაცვითი საკითხები უკანა პლანზე რჩება.

(სალომე) - "რაც შეეხება სახელმწიფოს მიერ გატარებულ პოლიტიკას, გვაქვს შესაბამისი კანონი, რომელიც სჯის გარემოს დაბინძურებას, მაგრამ რეალურად ამგვარი მე ქმედება არ მინახავს. შეიძლება ათასში ერთხელ რომ ვიღაცა დაეჯარიმებინათ, და ამიტომ ვფიქრობ რომ კანონი ცხოვრებაშიც აუცილებლად უნდა გატარდეს."

(ოთარი) - "ჩემი აზრით, სახელმწიფოს მხრიდან არის მცდელობა, მაგრამ იგი ეფექტური არ იქნება მანამ, სანამ საზოგადოების ცნობიერება არ ამაღლდება."

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეების უმეტესობამ ხაზი გაუსვა ადამიანების ცნობიერების დონეს, რომ მთავარია ინდივიდუალური მოქმედება. საკითხის დაკონკრეტების მიზნით, მათ ვკითხეთ - საჭიროა თუ არა ადამიანის ცნობიერების ამაღლება? და როგორ შეიძლება მოქალაქის ცნობიერების ამაღლება გარემოს დაცვის მიმართულებით?

(ნინა) - "ჩემი აზრით, შეუძლებელია ამ პრობლემის აღმოფხვრა ადამიანის ცნობიერების ამაღლების გარეშე. ადამიანმა უნდა გაითავისოს, რომ ეს არის ის პრობლემა, რომელიც აისახება მის ჯანმრთელობაზე. მაგრამ რა უნდა ელაპარაკო ადამიანს, რომელიც საკუთარი კორპუსის ფანჯრიდან ყრის ნაგავს. აქედან გამომდინარე, უნდა მოხდეს ადამიანის ცნობიერების ამაღლება მედიის, სკოლის, უნივერსიტეტის საშუალებით. განსაკუთრებით, ბავშვობიდანვე უნდა მოხდეს ამ საკითხთან მიმართებით ადამიანის ცნობიერების ჩამოყალიბება, ოჯახი როლი ასევე მნიშვნელოვანია."

მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობამ ცნობიერების დონეს ძალიან დიდი მნიშვნელობა მიანიჭა, გარემოსდაცვითი პრობლემების აღმოფხვრის ალტერნატიულ საშუალებად კანონის მნიშვნელობასაც გაესვა ხაზი მათი მხრიდან. სწორედ ამიტომ, დავინტერესდით, ჰქონდათ თუ არა მათ ინფორმაცია საქართველოს კანონმდებლობის შესახებ და აღმოჩნდა, რომ ბევრმა მათგანმა იცოდა ამ კანონმდებლობის შესახებ. თუმცა, თავიანთ ზრუნვას გარემოზე, ხსნიდნენ არა ამ კანონიდან, არამედ თავიანთი მენტალიტეტიდან და კულტურიდან გამომდინარე.

პრობლემაც სწორედ ეს არის მათი აზრით, რომ კანონის დაწესება არაფერია თუ არ მოხდა შემდეგ, მისი კონტროლი და შესაბამისი სანქციების დაწესება.

(ოთარი) - "ჩემი აზრით, არანაირი შედეგი არ გამოუღია, რადგან სიგარეტის ბიზნოსის გადაგდებას აკონტროლებს პოლიცია. ეს არის როგორ ვთქვა, სულელური ბერკეტი, იმიტომ რომ შეუძლებელია გამვლელმა პოლიციელმა შეამჩნიოს პირი, რომელიც სიგარეტის ბიზნოსს ისვრის. ჩემი აზრით რა ნორმებიც არსებობს სამართლებრივი კუთხით არცერთი არაა ქმედითი, უნდა გატარდეს გარკვეული ცვლილები, შეგვიძლია ეს გადმოვიღოთ უცხო ქვეყნის მაგალითზე, რომლეთაც ეს საკითხები უკვე მოწესრიგებული აქვთ."

ბოლოს, ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებს ვკითხეთ, თუ როგორ ესახებათ საქართველოს ეკოლოგიური მდგომარეობა - მათი უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ საქართველოში გარემოსდაცვითი პრობლემები იმ დონემდეა მისული, რომ შეუძლებელია ეს სიტუაცია გაუმჯობესდეს, თუმცა შესაძლებელია იმის გაკონტროლება, რომ მდგომარეობა უარესობისკენ არ შეიცვალოს. ასევე, მათი თვალსაზრისით, მოსალოდნელია საზოგადოების მსოფლმხედველობის შეცვლა, ანუ მათი მხრიდან იმის გაცნობიერება, რომ გარემოზე ზიანის მიყენებით უარყოფით გავლენას ახდენენ საკუთარ ჯანმრთელობაზე.

(ჯონი) - "ძალიან დიდი იმედი მაქვს, რომ მომავალში ჩვენს ქვეყანაში და ასევე მსოფლიო მაშტაბით ეკოლოგიური პრობლემები გამოსწორდება. ვფიქრობ, რომ ჩვენ სტუდენტებს და ახალგაზრდა თაობას უფრო დიდი როლი გვეკისრება. თაობათა ცვლა მენტალობის ცვლილებასთანაცაა დამოკიდებული, სწორედ ამიტომ ძველ თაობებში უფრო რთულია მენტალიტეტის შეცვლა, ცნობიერების შეცვლა... სწორედ ამიტომ საყრდენ ძალად ისევ ახალგაზრდობა მიმაჩნია."

სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგები

სიღრმისეული ინტერვიუს მეთოდით გამოკითხულ სტუდენტთა აზრით გარემოს დაცვა გულისხმობს სისუფთავის და ინფრასტრუქტურის დაცვას, ბუნებრივ რესურსებზე ზრუნვას და ხეების დარგვას. ყოველივე ეს კი მათი აზრით

განპირობებული უნდა იყოს ადამიანის შინაგანი კულტურით, ვინაიდან გარემოს დაცვას სწორედ ამ უკანასკნელთან აიგივებენ.

რესპონდენტთა აზრით, საქართველოში აქტუალურია შემდეგი სახის პრობლემები: ტყის ჩეხვა, ჰაერისა და წყლის დაბინძურება, საყოფაცხოვრებო ნარჩენები.

გამოკითხულთა მიხედვით, საქართველოში ქალაქების მოსახლეობის უმთავრესი პრობლემაა სატრანსპორტო საშუალებების გამონაბოლქვი, ხოლო სოფლებში - ინფრასტრუქტურის გაუმართაობა, კერძოდ, არ არსებობს სანაგვე ურნები და მოსახლეობა ნაგავს სტიქიურ ნაგავსაყრელებზე ყრის. ასეთი ნაგავსაყრელები ძირითადად მოთავსებულია სოფლის დასაწყისში და ბოლოში, ხევებში, ან მდინარეებში. მოსახლეობა არ არის ინფორმირებული, რამხელა ზიანს აყენებს ასეთი ქმედებით თავის სასიცოცხლო გარემოს.

(რატი) - "... სოფლებში და რაიონებში კიდევ სხვა პრობლემები იჩენს თავს. თუ ქალაქში გამონაბოლქვი გვაწუხებს ყველაზე მეტად, სოფლებში და რაიონებში უადგილო ადგილას დაყრილი ნარჩენებია ძაან პრობლემატური. დაბინძურებულია ბუნება და წყალი. ბევრ სოფელში წყაროს წყალს სვამენ და გიმტკიცებენ ასეთ სუფთას ქალაქში ვერ დაღევო, მაგრამ იმაზე არ ფიქრობენ რო ნაგავს და უბედურებას ყრიან შიგნით და სანამ გასუფთავდება ვინმე აუცილებლად დაღევს და ეს რამხელა ზიანს მიაყენებს მერე ადამიანის ორგანიზმს ცალკე საკითხია."

(თაკო) - "რა თქმა უნდა ახდენს. ძალიან ბევრი შემთხვევაა, რომ მოწამლული წყლით იწამლება ხალხი, ტელევიზორშიც ყოფილა რეპორტაჟი მაგასთან დაკავშირებით რომ ადამიანები იწამლებიან და ხშირად სავალალო შედეგებიც მოაქვს ამ ყველაფერს. გარდა ამისა, დაბინძურებულ ნიადაგზე მოყვანილი მოსავალიც ხომ ცუდ ზეგავლენას იქონიებს ადამიანზე რომ აღარაფერი ვთქვა გამონაბოლქვზე და ფილტვების დაბინძურებაზე, სტატისტიკურად არ ვიცი რა როგორაა, მაგრამ ფაქტია რომ ჩვენი გაუაზრებელი ქმედებით ჩვენსავე სიცოცხლეს ვუქმნით საფრთხეს. იმ დღეს "facebook"-ზე ვნახე, რომ გლობალური დათბობა უკვე დაწყებულია და 2 გრადუსითაა ტემპერატურა მომატებული."

რესპონდენტთა აზრით, სახელმწიფო გარემოს დაცვის პრობლემების მოგვარებას მეტნაკლებად ხელს უწყობს, შეიმჩნევა გარკვეული ტიპის აქტივობებიც, თუმცა ძალიან იშვიათად, ამიტომ, გასაკეთებელი კიდევ ბევრია. მიუხედავად იმისა, რომ 2015 წლის იანვარში გამოიცა „ნარჩენების მართვის კანონი“, ვერ ვიტყვით, რომ ამ კანონის შემოღებამ დიდი გავლენა მოახდინა არსებულ მდგომარეობაზე, ვინაიდან კანონის აღსრულება და მონიტორინგი ნაკლებად მიმდინარეობს.

(ოთო) - "არსებობს კანონი გარემოს დაცვის შესახებ, მაგრამ იგი არაქმედითუნარიანია. ამ ბოლო დროს დაბინძურებაზე ჯარიმები დაწესდა, მაგრამ მაინც ჩემი აზრით ვერ ხორციელდება ეფექტურად, რადგან ქვეყანაში არის უფრო აქტუალური მთელი რიგი სოციალური და პოლიტიკური პრობლემები და გარემოს დაცვისთვის სახელმწიფო იმდენად ვეღარ იცლის, თუმცა, თავისი მნიშვნელობით ეს უკანასკნელი ხსენებულ ორ პრობლემას არაფრით არ ჩამოვარდება, ზოგისთვის უფრო მნიშვნელოვანიც კი არის... ვფიქრობ, სახელმწიფო უფრო მკაცრად უნდა კონტროლდებოდეს კანონის დაცვას, რადგან ისეთი ერი ვართ, რომ თუ კანონით არ მოგვმართეს, ჩვენი კეთილი ნებით, დიდი ალბათობით ვერაფერს შევცვლით. თუმცა, თუ თითოეულმა ჩვენგანმა არ გავიაზრეთ ჩვენი მოვალეობა ბუნების წინაშე, მარტო სახელმწიფო ვერაფერს უშველის."

რესპონდენტების ნაწილმა დადებითად შეაფასა არასამთავრობო ორგანიზაციების მუშაობა ამ პროფილით, ხოლო ნაწილმა გამოამჟღავნა უნდობლობა და ნეგატიური დამოკიდებულება მათ მიმართ, რაც არასამთავრობოების მიმართ გაჩენილი სტერეოტიპით ახსნეს, რომ ისინი არიან ეგრედწოდებული "გრანტიჭამიები".

(ფაიგა) - "როგორც ვიცი არსებობს რამდენიმე ასეთი ორგანიზაცია. მაგალითად, „მწვანეები“. ეს ორგანიზაცია მოუწოდებს მოქალაქეებს არ დააბინძურონ გარემო, გაუფრთხილდნენ მას და წელიწადში 2-ჯერ მაინც აქტიურად ჩაერთონ მის დასუფთავებაში, დარგონ ხეები და გაამწვანონ გარემო. სხვა ორგანიზაციის სახელები სამწუხაროდ, არ არის ჩემთვის ცნობილი, თუმცა ტელევიზიით ან ინტერნეტით ხშირად ვხედავ სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციებისგან ამგვარ კამპანიებს. "

(ოთო) - "საერთოდ არცერთი არასამთავრობო ორგანიზაცია არ ვიცი, რომელიც გარემოს დაცვისთვის ზრუნავს, შესაბამისად არ არის საერთოდ მათი მხრიდან რაიმე აქტივობა. ისე სიმართლე გითხრა დადებითად არ ვარ განწყობილი ამ არასამთავრობოების მიმართ, ცარიელი სიტყვების კორიანტელის მეტი არაფრი მოდის მათი უმრავლესობისგან. მსმენია სტუდენტურ მოძრაობებზე. მაგალითად, სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტურ მოძრაობებს "მწვანე მუშტი", "პარტიზანი მეზღვრები" აქვთ პერიოდული აქციები გარემოს დასუფთავებასთან დაკავშირებით."

რაც შეეხება მასმედიას, თითოეულმა რესპონდენტმა ხაზი გაუსვა მის მნიშვნელობას საზოგადოებაზე გავლენის მოხდენის თვალსაზრისით. თუმცა, ისიც აღინიშნა საუბრის დროს, რომ ეს უკანასკნელი არ იყენებს თავის შესაძლებლობებს.

(თამარი) - "მასმედიის, როგორც მეოთხე ხელისუფლების როლი უზარმაზარია ხალხის ცნობიერების ამღვებში, მაგრამ სამწუხაროდ მასმედიაში, ძირითადად ტელევიზიას ვგულისხმობ სერიალებს უფრო დიდი განაკვეთი უჭირავთ ვიდრე სხვადასხვა შემეცნებით გადაცემებს, საჭიროა ამ ყველაფრის გამოსწორება, ვინაიდან ისეთი ტელეარხი როგორცაა მაგალითად „ბიბისი“ ამ კუთხით აქტიურად მუშაობს, ზოგადად მასმედია უდიდეს გავლენას ახდენს საზოგადოებაზე და ამ სფეროში მომუშავეებმა უნდა გააცნობიერონ ის პასუხისმგებლობა რაც მათ აკისრიათ."

რესპონდენტთა აზრით, ადამიანის ცნობიერების ამღვების მხრივ, განათლებას ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. მათივე აზრით, ადამიანმა პატარაობიდანვე უნდა ისწავლოს მშობლებისგან გარემოს დაცვა და მისი მნიშვნელობა. ასევე საკმაოდ მნიშვნელოვანია არაფორმალურ განათლებასთან ერთად ფორმალური განათლებაც, რაც გულისხმობს გარემოს დაცვასთან დაკავშირებული საკითხების შესწავლას სკოლებსა და უნივერსიტეტებში. საინტერესოა ერთ-ერთი რესპონდენტის თვალსაზრისი იმის შესახებ, რომ უნივერსიტეტებში კარგი იქნება თუ ჩატარდება სემესტრში ერთხელ მაინც სპეციალური ლექცია გარემოს დაცვასთან დაკავშირებით.

(ოთო) - "ჩემი აზრით, ბავშვს თუ ბავშვობიდან, სკოლის ასაკიდან ჩაუნერგავ რომ გარემო არ უნდა დააბინძუროს ეს მას გაყვება მთელი ცხოვრების მანძილზე. სკოლებში, როგორც ვიცი ისწავლებოდა ესეთი საგანი ეკოლოგია გარკვეული წლების წინ, მაგრამ ახლა აღარ ისწავლება. ჩემი აზრით საჭირო საგანია. ასევე უნდა ჩატარდეს გარკვეული ღონისძიებები, საჯარო ლექციები, სადაც გარემოს დაცვის ექსპერტები ისაუბრებენ, თუ რატომ უნდა დავიცვათ გარემო. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახში მიღებული განათლება, მშობლების დარიგება, მეგობრების და ნათესავების რჩევები გარემოს დაცვაზე."

რესპონდენტებმა ასევე ისაუბრეს ნაჭრის პარკებზე, ბამბის პაკეტებსა და მათ სარგებლიანობაზე გარემოსთვის. ძალიან სასიამოვნო ფაქტია, რომ თითოეულ მათგანს აქვს ინფორმაცია მათ შესახებ და მხარს უჭერს პოლიტიკას, რომელიც მოითხოვს პოლიეთილენის პარკების ჩანაცვლებას რომელიმე მათგანით, განსაკუთრებით კი ნაჭრის პარკებზე გაკეთდა აქცენტი.

(ფაიგა) - "ღიახ, მსმენია. ნაჭრის პარკები და ბამბის პაკეტები საკმაოდ ეფექტურია გარემოს დაცვის თვალსაზრისით, რადგან ისინი ჩანაცვლებენ პოლიეთილენის პარკებს. ცნობილია, რომ პოლიეთილენის პარკის განადგურებას სჭირდება ასი ათასობით წელიწადი, შესაბამისად, ნაჭრის პარკები აუცილებელიც კია. სამწუხაროდ, საქართველოში იგი არ გამოიყენება ფართოდ. ქვეყნის უმეტესი მაღაზიები პოლიეთილენის პარკებს იყენებენ, ალბათ საკმაოდ რთულიც იქნება ნაჭრის პარკით მათი ჩანაცვლება."

რესპონდენტებმა ასევე ისაუბრეს განახლებადი ენერჯის წყაროების შესახებ და აღნიშნეს მათი დადებითი მხარეებიც, თუმცა მათი დაყენება საკმაოდ დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული.

(თამარი) - "ღიახ მსმენია, ძალიან კარგია, საქართველოში ალბათ ძირითადად მაინც მზის ენერჯის გამოყენება მოხდება. მინახავს ეგრეთწოდებული მზის ბატარიები, რომლებიც ძალიან ეკონომიურია, მაგრამ ამ რესურსების გამოყენება მაინც

თანხებთანაა დაკავშირებული და ალბათ, საქართველო ჯერ არ არის მზად ამისათვის."

(ფაიგა) - "დიახ, მსმენია. როგორც ვიცი განვითარებულ ქვეყნებში ისინი საკამოდ აქტიურად და ეფექტურად გამოიყენება. განვითარებად ქვეყნებში კი, მაგალითად, საქართველოში არ არის მათი გამოყენების სახსრები. მიუხედავად იმისა, რომ წყალი საკამოდ დიდი რაოდენობითაა, მაინც ვერ გამოიყენება ამ კუთხით."

დასკვნა

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ რესპონდენტებს აქვთ განსხვავებული ასოციაციები გარემოს დაცვასთან დაკავშირებით. რესპონდენტთა აზრით, საქართველოში ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა ჰაერის, წყლის რესურსებისა და ნიადაგის დაბინძურება, ვინაიდან ეს სამი კომპონენტი ადამიანისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. დაბინძურებული გარემო პირდაპირ კავშირშია ადამიანის ჯანმრთელობის გაუარესებასთან. სპონდენტების ნაწილმა დადებითად შეაფასა არასამთავრობო ორგანიზაციების მუშაობა ამ პროფილით, ხოლო ნაწილმა გამოამყდავინა უნდობლობა და ნეგატიური დამოკიდებულება მათ მიმართ. აღნიშნული ფაქტი შეიძლება აიხსნას არასამთავრობის მიმართ გაჩენილი სტერეოტიპით, რომლის მიხედვითაც მათ ეგრედწოდებულ "გრანტიჭამიებს" უწოდებენ. რესპონდენტები ნაკლებად არიან ჩართულნი გარემოსდაცვით ღონისძიებებში. ძირითადად ეს ღონისძიებები შემოიფარგლება ეგრედწოდებული შაბათობითა და ერთჯერადი კამპანიებით. გამოკითხულთა ის ნაწილი, რომელსაც არასოდეს არ მიუღია მსგავს ღონისძიებაში მონაწილეობა, საკუთარ ქმედებას ამართლებს იმით, რომ გარემოს არ ანაგვიანებს თავისი ინდივიდუალური ქმედებით. რესპონდენტთა აზრით, სახელმწიფო გარემოს დაცვის პრობლემების მოგვარებას მეტნაკლებად ხელს უწყობს. მიუხედავად იმისა, რომ გამოიცა „ნარჩენების მართვის კანონი“, ვერ ვიტყვით, რომ ამ კანონის შემოღებამ დიდი გავლენა მოახდინა არსებულ მდგომარეობაზე, ვინაიდან კანონის აღსრულება და მონიტორინგი ნაკლებად მიმდინარეობს.

რესპონდენტთა აზრით, ადამიანის ცნობიერების ამაღლების მხრივ, განათლებას ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ხაზი ესმევა, როგორც არაფორმალურ, ისე ფორმალურ განათლებას, რაც გულისხმობს გარემოს დაცვასთან დაკავშირებული საკითხების შესწავლას სკოლებსა და უნივერსიტეტებში. რესპონდენტთა აზრით, გარემოსდაცვითი პრობლემების აღმოსაფხვრელად მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფომ ხელი შეუწყოს რეკრეაციული ზონების შექმნას, როგორებიცაა პარკები, სკვერები, ბაღები, ნაკრძალები; ამ ტერიტორიებზე გააშენოს ხე-მცენარეები და უზრუნველყოს მათი სათანადო დაცვა; მოიზიდოს ინვესტიციები და დააფინანსოს წყლის, ჰაერისა და მზის ენერჯის სპეციალური დანადგარების მშენებლობის პროექტები; თბოელექტროსადგურების ნაცვლად ააშენოს ჰიდროელექტროსადგურები, რომლებიც გამონახობლქვის გარეშე მუშაობენ და უფრო მცირე დანახარჯებით იქმნებიან.

ის გარემო, სადაც ჩვენ ვცხოვრობთ დიდ გავლენას ახდენს ჩვენზე და ჩვენს ჯანმრთელობაზე, გარემოს შენარჩუნება და სისუფთავე ყოველი ადამიანის ინტერესებში უნდა შედიოდეს, ვინაიდან დაზიანებული გარემო ისეთივე ზიანს აყენებს ადამიანს, როგორსაც არაჯანსაღი ცხოვრების წესით ცხოვრება. გარემოსდაცვითი პრობლემების აღმოფხვრის მიზნით, მნიშვნელოვანია სკოლებში სპეციალური საგნის სწავლება, რომელიც ბავშვების ინფორმირებულობას ამაღლებს. ასევე, მნიშვნელოვანია მასმედიის აქტიურად ჩართვა პრობლემის პრევენციის პროცესში, კერძოდ, საგანმანათლებლო პროგრამებისა და რეკლამების შექმნა. საჭიროა სახელმწიფოს მიერ გარემოსდაცვითი პრობლემების წინ წამოწევა, ვინაიდან დღესდღეობით ის მეორეხარისხოვან პრობლემას წარმოადგენს. სახელმწიფომ, ასევე, უნდა უზრუნველყოს არსებული კანონმდებლობის დახვეწა, საჭიროებისას ცვლილებების შეტანა, შემდგომ კი აუცილებლად, მისი მონიტორინგი.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Steffana JJ, Brevika EC, Burgess LC, Cerdà A. The effect of soil on human health: an overview. *European Journal of Soil Science*, 2018; 69: 159–171

2. საქართველოს მთავრობა, 2012. საქართველოს გარემოს დაცვის მეორე ეროვნული პროგრამა: 2012-2016. დამტკიცებულია საქართველოს მთავრობის 2012 წ. 24 იანვრის #127 განკარგულებით.
3. საქართველოს გარემოს დაცვის სამინისტრო, 2011. 2007-2009 წლების საქართველოს ეროვნული მოხსენება გარემოს მდგომარეობის შესახებ. დამტკიცებულია საქართველოს გარემოს დაცვის მინისტრის 2011 წ. 9 დეკემბრის #ი-54 ბრძანებით.
4. Derek Walls, 2010. The No-Nonsense Guide to Green Politics, New Internationalist TM Publications Ltd.
5. Miller, G. Tyler (George Tyler), 2000. Living in the environment: principles, connections and solutions, Brooks/Cole Publishing Company, A division of International Thomson Publishing Inc.
6. Tyler Miller, Jr. and Scott E. Spoolman, 2009, 2007. Living in the environment: principles, connections and solutions, 16e, Brooks/Cole, Cengage Learning.
7. Huang, H-, & Yore, L. D. (2003). A comparative study of Canadian and Taiwanese grade 5 children's environmental behaviors, attitudes, concerns, emotional dispositions, and knowledge. *International Journal of Science and Mathematics Education*, 1(4), 449-448.
8. Makki, M. H., Abd-El-Khalick F., & Boujaoude S. (2003). Lebanese secondary school students' environmental knowledge and attitude. *Environmental Education Research*, 9, 21-33.
9. Negev, M., Sagy, G., Garb, Y., Salzberg, A., & Tal, A. (2008). Evaluating the environmental literacy of Israeli elementary and high school students. *The Journal of Environmental Education*, 39(2), 3-20.
10. Huang, H-, & Yore, L. D. (2003). A comparative study of Canadian and Taiwanese grade 5 children's environmental behaviors, attitudes, concerns, emotional dispositions, and knowledge. *International Journal of Science and Mathematics Education*, 1(4), 449-448.
11. Alp, E., Ertepinar, H., Tekkaya, C., & Yilmaz, A. (2006). A study on children's environmental knowledge and attitudes: The effect of grade level and gender. *International Research in Geographical and Environmental Education*, 15, 210-223.



ბილ კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმები: წარუმატებლობის მიზეზები

ნათია ბრეგაძე¹, ნათელა წილოსანი¹, ნინია რამაზაშვილი¹, თენგიზ ვერულავა²

¹საჯარო პოლიტიკის ადმინისტრირების სამაგისტრო პროგრამა, მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ბიზნესის ფაკულტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ამერიკის შეერთებული შტატების პრეზიდენტმა ბილ კლინტონმა თავისი მმართველობა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმით დაიწყო, თუმცა დიდი ძალისხმევით და მხარდაჭერის მიუხედავად ვერ შეძლო მისი გატარება. კვლევაში განხილულია კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმის წარუმატებლობის ძირითადი მიზეზები: კერძო სადაზღვეო ბაზრის რეგულირების სირთულე, რეფორმის განხორციელებისათვის საჭირო ხარჯებზე კონტროლის სირთულე, ხარჯების დიდი მოცულობა, მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ აღმოჩნდა მზად ჯანდაცვის სისტემის რადიკალური რეფორმირებისათვის, ბიზნეს სექტორმა ყველაზე დიდი წინააღმდეგობა გაუწია რეფორმას, რადგან რეფორმა დამსაქმებლებს უდიდეს პასუხისმგებლობას ეკისრებდა თითოეული დასაქმებულის დაზღვევის თვალსაზრისით.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა, აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა, კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა.

ციტირება: ნათია ბრეგაძე, ნათელა წილოსანი, ნინია რამაზაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ბილ კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმები: წარუმატებლობის მიზეზები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Bill Clinton's Health Care Reforms: The Causes of Failure

Abstract

President of the United States of America Bill Clinton has stated his presidency with the health care reform. Despite huge efforts and support he couldn't succeed. The research address key reasons for failure of the reform: difficulties to regulate private insurance marketplace, difficulties to control expenditures for fulfillment the reform, the amount of

expenditure itself. Big part of population was not ready for the radical reform of insurance systems, the business sector was against the reform, because employers were imposed huge responsibility to the employees in regard to their insurance.

Key words: health care, healthcare system, The US healthcare system, Clinton's healthcare reform.

Quote: Natia Bregadze, Natela Tsilosani, Ninia Ramazashvili, Tengiz Verulava. Bill Clinton's Health Care Reforms: The Causes of Failure. Health Policy, Economics and Sociology, 2019; 3

შესავალი

ამერიკის შეერთებული შტატების 42-ე პრეზიდენტმა ბილ კლინტონმა თავისი მმართველობის 8 წლის განმავლობაში სხვადასხვა სფეროში მრავალი რეფორმები წამოიწყო. კლინტონის სახელს უკავშირდება პოლიტიკურ ცხოვრებაში ქალების წინ წამოწევის ხელშეწყობა, სხვადასხვა უმცირესობის წარმომადგენლების უფლებების დაცვა, დამნაშავეობასთან ბრძოლის გაზრდა.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, კლინტონის მიზანს შეადგენდა ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის შემოღება. იმის მიუხედავად, რომ მმართველობის პირველი ორი წლის მანძილზე კონგრესს მისივე პარტიის წარმომადგენლები, დემოკრატები აკონტროლებდნენ, ჯანდაცვის რეფორმის გატარება კლინტონმა მაინც ვერ შეძლო.

ამ მხრივ, საინტერესოა კლინტონის მიერ წამოწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების შესწავლა.

ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები აშშ-ში

განვითარებულ ქვეყნებს შორის მხოლოდ აშშ-ს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული სისტემა. ამერიკელების უმრავლესობა - 60%-ზე მეტი - დაზღვეულია დამსაქმებლების მიერ შემოთავაზებული ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით. სახელმწიფო ხელს უწყობს დასაქმებაზე დაფუძნებულ სადაზღვევო სისტემის განვითარებას და ასეთი სახის სადაზღვევო პროდუქტები განთავისუფლებულია გადასახადებისაგან [1].

ხანდაზმულთათვის და მოსახლეობის ღარიბი ფენებისათვის მოქმედებს მედიკას და მედიკეიდის სახელმწიფო პროგრამები. მოსახლეობის ჯანმრთელობის

დაცვის ფედერალური პროგრამით მოცულია 65 წლის და მეტი ასაკის (31 მილიონი ადამიანი 1990 წელს) ადამიანი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების გარკვეული ნაწილი (დაახლ. სამი მილიონი პირი). სახელმწიფო სამედიცინო დახმარების პროგრამა (ფედერალური და შტატების ერთობლივი სახელმწიფო პროგრამა), ფარავდა გადაუდებელ, პრევენციულ, სასწრაფო და გრძელვადიან სამედიცინო სერვისებს. ფედერალური მთავრობა აგრეთვე უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაზღვევას ვეტერანებისა და სამხედრო მოსამსახურეებისთვის. მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი ან ყიდულობს კერძო სადაზღვევო პოლისს ან დაუზღვეველია. თუმცა, დაუზღვეველ ადამიანებს შეუძლიათ სამედიცინო მომსახურებისათვის მიმართონ საჯარო ჯანდაცვის დაწესებულებებს და საავადმყოფოების გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებს. ფედერალური რეგულაციების შესაბამისად, საავადმყოფოები, რომლებიც ღებულობენ სახელმწიფო დაფინანსებას, მოვალენი იყვნენ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება გაუწიონ დაუზღვეველ პაციენტებს.

ჯანდაცვა აშშ-ში ერთ-ერთი მძლავრი ინდუსტრიაა და მოიცავს ქვეყნის ეკონომიკის ერთი მეშვიდედს. მსოფლიოს არც ერთი ქვეყანა არ ხარჯავს ჯანდაცვაზე იმდენს, რამდენსაც აშშ ხარჯავს. 1980-იან წლებში აშშ-ის ჯანდაცვის ხარჯები ბევრად უფრო სწრაფად იზრდებოდა, ვიდრე მთლიანი ინფლაცია. 1988-დან 1993 წლამდე პერიოდში, მაგალითად, საშუალო ოჯახური სადაზღვევო პრემია დამსაქმებლის მიერ მოწოდებული ჯგუფური ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის დაახლოებით ორჯერ, 2,500 დოლარიდან 5,200 დოლარამდე გაიზარდა. 1980 წლიდან 1991 წლის პერიოდში ჯანდაცვის ხარჯები მთლიანი შიდა პროდუქტის 9%-დან 13%-მდე (\$ 752 მილიარდი) გაიზარდა.

სამედიცინო მომსახურების ხარჯების მკვეთრი ზრდა დაკავშირებულია უახლესი სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებასთან (მაგალითად, MRIS, CAT სკანირება, ორგანოთა ტრანსპლანტანტები), რაც ზრდიდა როგორც მკურნალობის ხარისხს, ასევე ხარჯებს. ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა ასევე განპირობებულია ასაკოვანი მოსახლეობის წილის გაზრდით, რომლებიც საჭიროებენ ძვირადღირებულ მკურნალობას. ხარჯების ზრდაზე გარკვეული გავლენა მოახდინა პროფესიული შეცდომების გამო აღძრულმა სარჩელებმა. ასეთი

საფრთხის თავიდან ასაცილებლად ექიმები ახორციელებენ ე.წ. "თავდაცვით მედიცინას", რაც გულისხმობს ზედმეტი გამოკვლევების და მომსახურებების ჩატარებას. კვლევები აჩვენებენ, რომ ამ ფაქტორმა სამი პროცენტი გაზარდა სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები. ხარჯების ზრდაზე ასევე გავლენას ახდენს მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები [2].

ხარჯების ზრდის შეკავების მიზნით გატარდა სხვადასხვა ღონისძიებები. ზოგიერთმა დიდმა ბიზნესმა დაიწყო "თვითდაზღვევა", რათა თავიდან აეცილებინა სახელმწიფო სადაზღვევო რეგულაციებთან დაკავშირებული ხარჯები. დასაქმებულების საპენსიო შემოსავლის და უსაფრთხოების შესახებ 1974 წლის კანონის (ERISA) დებულებების შესაბამისად, თვითდაზღვევის განმახორციელებელი ორგანიზაციები გათავისუფლებული იყვნენ სახელმწიფო რეგულაციებიდან, რაც ხშირად მოიცავდა სადაზღვევო პრემიაზე მინიმალურ გადასახადს. თვითდამზღვევი კომპანიები კისრულობდნენ ანდერრაითინგთან დაკავშირებულ რისკებს, მაგრამ ხელშეკრულებებს დებდნენ კერძო ფირმებთან სადაზღვევო პრეტენზიების ადმინისტრირების მიზნით.

მრავალმა დამსაქმებელმა ხარჯების შესამცირებლად ჯანდაცვის დაზღვევის ზოგიერთი ხარჯი გადაიტანა თავიანთ თანამშრომლებზე თანადაზღვევის და თანაგადახდის სახით. 1980 წლიდან მოყოლებული 1990-იანი წლების დასაწყისამდე, ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიის წილი, რომელსაც იხდიდნენ დამსაქმებლები, 80-დან 69 პროცენტამდე შემცირდა. დიდმა ორგანიზაციებმაც დაიწყო დასაქმებულების გადაყვანა ისეთ სადაზღვევო პაკეტებზე, რომლებსაც კონტრაქტები გაფორმებული ჰქონდათ ნაკლებად ძვირადღირებულ სამკურნალო დაწესებულებებთან. ასევე, დაიწყეს მართული სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა ფორმების ფართოდ გამოყენება.

მცირე ორგანიზაციები უფრო შეზღუდული არჩევანის წინაშე დადგნენ. მათი სადაზღვევო პრემიები ჩვეულებრივ 35%-ით უფრო მაღალი იყო, ვიდრე მსხვილი ფირმების. ამასთან, მცირე ორგანიზაციებში ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემების მქონე რამდენიმე თანამშრომელიც კი იწვევდა განსაკუთრებით მაღალ სადაზღვევო ხარჯებს. სადაზღვევო პრემიების ზრდის გამო ზოგიერთმა დამსაქმებელმა შეამცირა სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება (ან

საერთოდ უარი თქვა). 1989-1991 წლებში, იმ ორგანიზაციების პროცენტული მაჩვენებელი, ვისაც ჰყავდა 25 ან ნაკლები თანამშრომელი და უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაზღვევას შემცირდა 39-დან 32%-მდე, ხოლო იმ ორგანიზაციების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ჰყავდათ 25-დან 99-მდე დასაქმებული, ეს რიცხვი შემცირდა 93-დან 81%-მდე.

აშშ-ის ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებით შემაშფოთებელ ტენდენციას წარმოადგენდა დაუზღვეველი ადამიანების რიცხვის ზრდა. დაუზღვეველთა რაოდენობა 1980 წლიდან 1992 წლამდე პერიოდში 24 მილიონიდან 37 მილიონამდე გაიზარდა, ანუ არა-ხანდაზმული მოსახლეობის 15%-ს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. ნიუ-იორკ ტაიმსის ანგარიშის თანახმად, დაუზღვეველი მოსახლეობის 84 პროცენტი იყო სრული ან ნახევარი განაკვეთით დასაქმებულები და მათი ოჯახები. ზოგიერთი მათგანი არ იყო დაზღვეული საკუთარი ნებით. მაგალითად, 1987 წელს, დაახლოებით 2.6 მილიონმა ადამიანმა „უარი თქვა“ დაზღვევაზე, ჩვეულებრივ, ისინი იყვნენ ახალგაზრდა და ჯანმრთელი დასაქმებულები, რომელმაც უარი თქვეს სამსახურის მიერ დაზღვევის შეთავაზებაზე. ეს რიცხვი 1996 წელს 6.3 მილიონამდე გაიზარდა. რამდენადაც 1990-იანი წლების დასაწყისში ეკონომიკური ზრდა შენედა, ბევრმა დასაქმებულმა, რომელსაც ჯანმრთელობის დაზღვევა ჰქონდა, გამოთქვა შემფოთება თავიანთი სამუშაოების და, შესაბამისად, დაზღვევის დაფარვის დაკარგვის გამო. მაშინაც კი, თუ ისინი ახალ სამსახურს იპოვნიდნენ, დამზღვევები სავარაუდოდ უარს ეტყოდნენ დაზღვევაზე; სხვებს შეიძლება ისეთი სამუშაო ეპოვა, რომელიც არ უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაზღვევას. ქვეყანაში ჩატარებული მრავალი გამოკითხვა ადასტურებდა ჯანდაცვის რეფორმირების აქტუალობას. დემოკრატები ცდილობდნენ ამ პრობლემის წინ წამოწევას 1992 წლის საპრეზიდენტო არჩევნებზე.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების განსხვავებული ვარიაციები

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შესახებ არსებული წინადადებები ძირითადად იყოფოდა რამოდენიმე კატეგორიად. ჯორჯ ბუშმა 1992 წელს წარმოადგინა **ოთხ პუნქტიანი გეგმა**, რომელიც გულისხმობდა ბაზარზე ორიენტირებულ რეფორმას, რომლის მეშვეობით დაზღვევა უნდა გამხდარიყო უფრო ხელმისაწვდომი. იგი

ხასიათდებოდა საგადასახადო შეღავათებით, რომელიც უნდა დახმარებოდა საშუალო და დაბალშემოსავლიან ოჯახებს დაზღვევის შესაძენად. გარდა ამისა, მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისათვის შეიქმნებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის “ქსელი“, ხოლო დამზღვევს უნდა დაეზღვია ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანი.

დემოკრატიებში პოპულარული იყო *ერთი გადამხდელის სისტემა*, რომელიც წარმოადგენდა შედარებით რთულ ცენტრალიზებულ მიდგომას ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებით. ეს სისტემა დანერგილი იყო კანადაში, დიდ ბრიტანეთში და მრავალ ევროპულ ქვეყანაში და უნდა შეეცვალა დაზღვევის არსებული სისტემა აშშ-ში. იგი გულისხმობდა ერთი დამფინანსებლის მიერ ადმინისტრირების სისტემას, სადაც დაფინანსების უმთავრეს წყაროს წარმოადგენდა ზოგადი გადასახადებიდან მიღებული შემოსავლები. დემოკრატიების 90 წევრმა ამ პროგრამას მხარდაჭერა გამოუცხადა.

კიდევ ორი სხვა მიდგომა იყო, რომელიც გულისხმობდა არსებულ ბაზარზე დამყარებული დაზღვევის აშენებას *“play or pay”* სქემის მიხედვით. დამსაქმებელს მოეთხოვებოდა შეეთავაზებინა ჯანმრთელობის დაზღვევა ან გადაეხადა გადასახადი, რომელსაც მთავრობა გამოიყენებდა დაუზღვეველის დასაზღვევად. ეს მიდგომა გულისხმობდა დაზღვევის შემსყიდველი კოოპერატივების შექმნას, რომლის სათავეში იქნებოდა დიდი ან პატარ დამსაქმებლები. ყოველ წელს სპონსორები შეარჩევდნენ გარკვეული ჩამონათვალიდან დაზღვევის გეგმას, რომელიც შეირჩეოდა სტანდარტული პაკეტიდან უფრო ძვირი პაკეტისაკენ. დამსაქმებლები გადაიხდიდნენ გარკვეულ ფიქსირებულ ნაწილს, ხოლო დანარჩენ ნაწილს უტოვებდნენ დასაქმებულებს. ამ სქემით მზღვეველები იძულებული გახდებოდნენ შეემცირებინათ სადაზღვევო შენატანები.

ბილ კლინტონის პროგრამა

თეთრ სახლში ადრეულ ეტაპზევე კლინტონი დაპირდა ხალხს რომ წარმოადგენდა რეფორმის გეგმას პირველივე წელს, რომელიც უზრუნველყოფდა ყველა ამერიკელისათვის ხელმისაწვდომ დაზღვევას. მან უარყო დემოკრატიების მიერ წარმოდგენილი ერთი გადამხდელის სქემის ე.წ. “big government” მიდგომა.

1992 წლის 24 სექტემბერს მან წარმოადგინა ჯანდაცვის რეფორმირების გეგმა. იგი ითვალისწინებდა სპეციალური საბჭოს შექმნას, რომელიც დააწესებდა ჯანდაცვის ხარჯები ლიმიტებს. კლინტონი აღნიშნავდა, რომ ეს სქემა არ მოითხოვდა ახალი გადასახადების დაწესებას და შეინარჩუნებდა იმ არსებული დაზღვევის სისტემის პოზიტიურ ასპექტებს. თუმცა, აღმოჩნდა რომ მას შეუძლებელი იყო ახალი გადასახადების გარეშე წარმოდგენილი რეფორმის დანერგვა. მან შექმნა ჯგუფი, რომელსაც სათავეში ჩაუდგა მისი ცოლი ჰილარი კლინტონი. სამუშაო ჯგუფს პირველი 100 დღის განმავლობაში უნდა შეესწავლა ყველა საჭირო დეტალს რომ არ მომხდარიყო ახალი გადასახადების დაწესება.

სამუშაო ჯგუფში გაერთიანდა 500-მდე ადამიანი. მასში შედიოდნენ აღმასრულებელი ხელისუფლების დეპარტამენტებისა და სააგენტოების წარმომადგენლები, დემოკრატი კონგრესმენები, ჯანდაცვის პოლიტიკაზე მომუშავე აკადემიური წრეები. ისინი დაიყვნენ 34 სამუშაო ჯგუფად და მუშაობდნენ ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა ღირებულება, სარგებელი, საინფორმაციო სისტემები და ა.შ. სამუშაო ჯგუფში არ მონაწილეობდა რესპუბლიკელების არცერთი წარმომადგენელი. მაგრამ ეს არ იყო შემაფერხებელი ფაქტორი სამუშაო ჯგუფისათვის. ისინი აწარმოებდნენ მოლაპარაკებებს უამრავ ორგანიზაციასთან და კონგრესის წევრებთან. ჯამში სამუშაო ჯგუფის წევრები შეხვდნენ 572 ორგანიზაციის წარმომადგენელს და დაახლოებით 200 სესია გამართეს კონგრესის წევრებთან და ლიდერებთან.

პრეზიდენტ კლინტონს იმედი ჰქონდა, რომ ჯანდაცვის რეფორმის მიღებას მისი გაპრეზიდენტებიდან მალევე შეძლებდა. კლინტონის გეგმა მოიაზრებდა ბიუჯეტის რეკონსტრუქციის კანონპროექტსაც, რომელსაც, მისი აზრით, დიდი წინააღმდეგობა არ უნდა მოჰყოლოდა სენატში და უბრალო უმრავლესობითაც შეძლებდა ამ ინიციატივის მიღებას. თუმცა, აღნიშნულ კანონპროექტს წინ აღუდგა სენატორი რობერტ ბირდი, სენატის პროცედურული მხარის watchdog, რომელმაც კანონპროექტის დეტალური განხილვა და დებატები მოითხოვა. ბირდის წინააღმდეგობა საერთო გეგმაში უკან დახეული ნაბიჯი იყო, თუმცა პრეზიდენტმა კლინტონმა გადაწყვიტა, შეეცვალა ჯანდაცვის რეფორმის დღის წესრიგი.

ამასობაში, სამუშაო ჯგუფი ერთგვარად ჩაიკარგა თავის ამბიციურ სამუშაო გეგმაში. დღის წესრიგს რამდენიმე კვირით ჩამორჩებოდნენ და ძირითადი საკითხები ჯერ კიდევ ჩამოსაყალიბებელი, შესათანხმებელი იყო. საბოლოოდ, სამუშაო ჯგუფი მაისში დაიშალა, მანამდე სანამ სექტემბერში პრეზიდენტი თავის სრულ ყურადღებას ჯანდაცვის ახალი სისტემის კონცეფციას მიაპყრობდა და საბოლოო გადაწყვეტილებებს მიიღებდა მის შინაარსთან დაკავშირებით.

ამ ხანგრძლივი პოლიტიკის საბოლოო შედეგი გახლდათ 245 გვერდიანი რთული დოკუმენტი. “The Proposal” (განაცხადი) ამგვარი სათაურით გამოაქვეყნა ჟურნალმა ნიუ იორკ თაიმსმა სტატია ამ დოკუმენტის შესახებ და მისი შინაარსი დაახასიათა, როგორც კომპლექსური და ამბიციური. თაიმსის მიხედვით, კლინტონის მიერ შემუშავებული რეფორმის სტანდარტული პაკეტი მოიაზრებდა საკმაოდ დიდი რაოდენობის სერვისებს, პრევენციული ღონისძიებებიდან დაწყებული სკრინინგის პროგრამებით დასრულებული - კლინიკაში, ჰოსპისში თუ ბინაზე. ადმინისტრაციის ვარაუდით, ამერიკელი მოსახლეობის მხოლოდ 10-12%-ს, ძირითადად ახალგაზრდებს, მოუწევდათ შედარებით მეტის გადახდა იმ მომსახურებისთვის, რასაც აქამდე ისედაც იღებდნენ. დანარჩენები გადაიხდიან იგივეს ან ნაკლებს უკეთესი სარგებლისთვის. გარდა ამისა, კლინტონის შეთავაზება მოიაზრებდა ამ სისტემის შიგნით უშუალო დაზღვევის რამდენიმე ფორმას, რომელიც დამსაქმებელს დასაქმებულისთვის შეეძლო შეეთავაზებინა. აქამდე, მხოლოდ ერთი ან ორი ფორმა არსებობდა და დასაქმებულს, ფაქტობრივად, არჩევანის საშუალება არც ჰქონდა.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი იყო დამსაქმებლის მანდატი. კლინტონის გეგმის მიხედვით, ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიის დიდი ნაწილი - საშუალოდ 1, 800 \$ წელიწადში ინდივიდუალურ დონეზე, 4, 200 \$ კი საოჯახო სტანდარტულ პაკეტზე - უნდა გადაეხადათ დამსაქმებლებს. აღნიშნული შეთავაზება დამსაქმებელს ავალდებულებდა, რომ სრულ განაკვეთზე დასაქმებული თანამშრომლის სადაზღვევო პრემიის საშუალო ღირებულების 80% თვითონ დაეფარა. ნახევარ-განაკვეთზე დასაქმებულებს კი, რომლებიც ადრე სადაზღვევო სისტემაში საერთოდ არ მოიაზრებოდნენ, ასევე გადაუხდიდა შესაბამის პროცენტს. ამგვარი სისტემის ფარგლებში, ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი

დაფარავდა ანაზღაურების 7.9%-ს. პატარა კომპანიებისთვის ეს იქნებოდა ანაზღაურების 3.5%-ზე ნაკლები, მათი ზომისდა შესაბამისად. გარდა ამისა, კომპანიები რომლებსაც 50 თანამშრომელზე ნაკლები ჰყავდათ, სახელმწიფოსგან სუბსიდიებს მიიღებდნენ. ის უმსხვილესი კომპანიები კი, რომლებსაც 5 000 თანამშრომელზე მეტი ჰყავდათ, შეემღებოდათ, თუ სურვილი ექნებოდათ, პროცესი წარემართათ თვით-დაზღვევით, მაგრამ არსებული პოლიტიკის ფარგლებში, არსებული კანონმდებლობითა და საგადასახადო ვალდებულებებით.

ამ სისტემაში გათვალისწინებული იყვნენ უმუშევარი, დაუზღვეველი ადამიანებიც, რომელთა სადაზღვეო პრემიისთვისაც გამოიყოფოდა სუბსიდია, რომელიც დაფინანსდებოდა რეგიონული ჯანდაცვის ალიანსის ბიუჯეტიდან. ასევე, დიდი ორგანიზაციების წახალისებისთვის, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გათვალისწინებული იქნებოდა იმ დასაქმებულების სადაზღვეო პრემიის 80%-იანი დაფინანსება, რომელთა ასაკიც იყო 55-65 წელი.

ყველაფერ ამის გათვალისწინებით, კლინტონის გეგმის მიხედვით, ფედერალური ბიუჯეტიდან დაიხარჯებოდა 350 მილიარდი დოლარი 1994-2000 წლებში. რეფორმის დანერგვის პროცესს მონიტორინგს გაუწევდა 7 სუბიექტიანი „National Health Board“.

პრესა და საზოგადოებრივი აზრი

22 სექტემბერს კლინტონმა ოფიციალურად წარადგინა რეფორმის გეგმა. საზოგადოების რეაქცია ძირითადად პოზიტიური იყო. გამოკითხვებით დადგინდა, რომ 59% პოზიტიურად აფასებდა გეგმას, 33% კი მოწინააღმდეგე იყო.

რამდენიმე კვირის შემდეგ ჩატარებულმა გამოკითხვამ კი აჩვენა, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ 21% აცხადებდა, რომ კლინტონის გეგმის შესახებ სრულყოფილ ან ძირითად ინფორმაციას ფლობდა. New York Times and CBS News-ის გამოკითხვით კი ჯანდაცვის რეფორმა დასახელდა ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად, რომლის წინაშეც ქვეყანა იდგა.

ანალოგიური შერეული პოზიციები და მესიჯები მოდიოდა კონგრესისგანაც. ზოგი კრიტიკულად იყო განწყობილი, ზოგი კი მხარს უჭერდა პრეზიდენტის ინიციატივას. შეფასებებში ისმოდა „სრულყოფილი არ არის“, „პირველი

ნაბიჯისთვის ნორმალურია“, „კომპლექსური საკითხია და დახვეწას საჭიროებს“, „მიუღებელია“.

ბიზნეს სექტორი და ჯანდაცვის რეფორმა

ბიზნეს სექტორის მრავალფეროვნების გათვალისწინებით, მათი დამოკიდებულება ჯანდაცვის რეფორმის მიმართ არ იყო ერთგვაროვანი. ერთის მხრივ, არსებობდა ფართოდ გავრცელებული შეთანხმება, რომ ჯანმთელობის დაზღვევის მაღალი დანახარჯები დააზიანებდა ბიზნესს. ამასთან, რეფორმა განსაკუთრებით მძიმე ტვირთი იყო მსხვილი კომპანიებისთვის. დაიმლერ კრისლერის აღმასრულებელი დირექტორი სწრაფი კვების ობიექტების ქსელის მაგალითზე, რომლებიც არ ფარავდნენ დასაქმებულთა ჯანდაცვის ხარჯებს, განმარტავდა, რომ აღნიშნული პრინციპით მსხვილი ბიზნესს ფაქტიურად უწევდა მცირე ბიზნესის სუბსიდირება. ავტომობილების მწარმოებელი მსხვილი ამერიკული კომპანიებისთვის წარმოებაზე დანამატი საკმაოდ დიდი იყო. მაგალითისთვის, კრისლერის კორპორაციას დასაქმებულთა ჯანდაცვის ხარჯები წარმოებას უძვირებდა 700 დოლარით. ეს განსაკუთრებულად დამაზიანებელი იყო კონკურენციის პირობებში, რომელიც ამერიკული წარმოების მანქანას უნდა გაეწია იაპონიის და ევროპული ქვეყნების ავტომობილების მწარმოებლებთან.

კონკურენციის პრობლემა მნიშვნელოვანი იყო ასევე მცირე ბიზნესისთვისაც. მათთვის დაზღვევის ხარჯები მაღალი იყო სხვადასხვა მიზეზის გამო. ისინი მეტისმეტად მცირე ბიუჯეტის იყვნენ თვითდაზღვევისთვის, რაც მათ იზოლირებას გამოიწვევდა იმ ხარჯებისგან, რომელსაც სახელმწიფო მანდატი ითვალისწინებდა. მცირე ბიზნესის მფლობელები ორი არჩევანის წინაშე იდგნენ ან ქონოდათ უკონტროლო ჯანდაცვის ხარჯები ან შეემცირებინათ ჯანდაცვის დაზღვევის მოცულობა, რაც მათ ასევე არაკონკურენტულ პოზიციაზე ტოვებდა. ბოლო წლების განმაცლობაში, მცირე ბიზნესში დასაქმებულები კომპანიების მიერ განხორციელებულ გამოკითხვებში ჯანდაცვის დაზღვევის პრობლემას ასახელებდნენ ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად.

მხვილი ბიზნესი იყო ის სეგმენტი, რომლის მხარდაჭერაზეც ჯანდაცვის რეფორმის ახალ კანონპროექტთან მიმართებით თეთრი სახლი დიდ იმედებს

ამყარებდა. კლინტონი შეხვდა მხვილი ბიზნესის წარმომადგენელთა ჯგუფს ჯანდაცვის რეფორმის განხილვის მიზნით. კვლევები ადასტურებდნენ, რომ აღნიშნული რეფორმა ჯანდაცვის ხარჯებს შეამცირებდა. ამასთან, მთავრობა ბიზნესს სთავაზობდა, მათთან დასაქმებული ადრეული საპენსიო ასაკის პირების ჯანდაცვის ხარჯის 80%-ის სახელმწიფოს მიერ დაფარვას. სწორედ ეს შეთავაზება განიხილებოდა მიმზიდველ არგუმენტად. დიდი კომპანიები აღნიშნული შეთავაზებით კმაყოფილები იყვნენ და მხარს უჭერდნენ სახელმწიფოს მიერ შემოთავაზებულ გეგმას და ამ გეგმით დადგენილ დამსაქმებლის მანდატს. თუმცა, მსხვილი ბიზნესის სექტორში იყვნენ ისეთებიც, რომლებსაც გააჩნდათ გარკვეული ფრთხილი დამოკიდებულება აღნიშნული რეფორმის მიმართ. ფირმები, როგორცაა პეპსი კოლა რომლებიც ფლობდნენ რესტორნების ქსელს და ჰყავდათ ბევრი ნახევარ განაკვეთზე დასაქმებული თანამშრომლები და დაუზღვეველი პირები, ოპონირებდნენ აღნიშნულ რეფორმას. კერძოდ, დამსაქმებლის მანდატს. შესაბამისად, მათ დაიწყეს მხარდაჭერა კლინტონის ალტერნატიულ ჯანდაცვის რეფორმის, რომელიც ჯიმ კუპერის მიერ იყო ინიცირებული. აღნიშნული ჯანდაცვის რეფორმა, გულისხმობდა სავალდებულო კორპორატიულ შესყიდვებს და ამით დაბალი შემოსავლის მქონე დასაქმებულის ჯანდაცვის ხარჯის სუბსიდირებას. თუმცა, არც აღნიშნული რეფორმა იყო ბოლომდე მათთვის მიმზიდველი. მათი მხარდაჭერის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი არგუმენტი იყო ის გარემოება, რომ აღნიშნული ჯანდაცვის რეფორმა განიხილებოდა კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმის ერთადერთ ალტერნატივად.

დასაწყისიდანვე ჩანდა, რომ კლინტონის შემოთავაზებული ჯანდაცვის რეფორმა იქნებოდა არაპოპულარული მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისთვის. მათ უმრავლესობას არ მოწონდა დამსაქმებლის მანდატი. თუმცა, არც ამ საზოგადოების აზრი იყო მონოლითური. სავაჭრო პალატამ, რომელიც შედგებოდა 200.000 მცირე ბიზნესის წარმომადგენლებისგან, გამოხატა სურვილი მიეღო დამსაქმებლის მანდატი. პალატის წარმომადგენლები მართავდნენ კონსულტაციებს რეფორმის ინიციატორებთან და მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის რეფორმის გეგმა ბოლომდე არ მოსწონდათ, მათ იმედი ქონდათ რომ მის შეცვლას/ ჩასწორებას საკანონმდებლო განხილვების დროს მოახერხებდნენ.

მალე აღნიშნული პალატის წევრებმა დაიწყეს ორგანიზაციის მიტოვება და გადასვლა მის ოპონენტ ორგანიზაციაში, დამოუკიდებელი ბიზნესის ეროვნულ ფედერაციაში. აღნიშნული ფედერაცია 600.000 წევრს ითვლიდა. ისინი აცხადებდნენ, რომ პრეზიდენტის არჩევნებამდე მათი პოზიცია ცნობილი იყო, რომ ისინი ეწინააღმდეგებოდნენ ჯანდაცვის რეფორმის მოცემულ გეგმას. ისინი დარწმუნებულები იყვნენ, რომ დამსაქმებლის მანდატით გამოწვეული ხარჯები მრავალ მათ წევრს დატოვებდა ბიზნესის მიღმა. მცირე ბიზნესის წარმომადგენლების აზრით, ეს რეფორმა გამოიწვევს მილიონობით ადამიანის უმუშევრობას. აღნიშნულმა ორგანიზაციამ წამოიწო ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანია, რომლის მიზანი იყო „მანდატის მოკვლა“.

სადაზღვევო კომპანიები

ბუნებრივია, ჯანდაცვის ახალი რეფორმა ყველაზე დიდ გავლენას სადაზღვევო ბიზნესზე მოახდენდა. ანალიტიკოსების მოსაზრებით, ხუთი ძირითადი მსხვილი სადაზღვევო კომანია რეფორმის შედეგად აღმოჩნდებოდა გამარჯვებულთა რიგებში. მათთვის კონკურენტული სისტემა გაცილებით ადვილი საოპერირებო გარემო გახდებოდა. გაცილებით დიდი დარტყმა იქნებოდა აღნიშნული რეფორმა საშუალო და მცირე კომპანიებისთვის. სადაზღვევო კომპანიები გამოთქვავდნენ წუხილს, კლინტონის რეფორმის მიმართ. ამ მხრივ ყველაზე აქტიურად მოქმედებდა ამერიკის ჯანდაცვის დამზღვევთა ასოციაცია. ამერიკის ჯანდაცვის დამზღვევთა ასოციაციის წარმომადგენელთა შეხვედრები ჯანდაცვის რეფორმების საკითხებზე უშედეგო აღმოჩნდა. 1993 წელს ასოციაციამ დაიწყო თანხების მოზიდვა რეფორმის საწინააღმდეგო ღონისძიებებისთვის. მათ შორის ყველაზე დიდი თანხა გაიხარჯა სატელევიზიო კამპანიაზე. ეს იყო ვიდეო რგოლების ციკლი, ცნობილი როგორც „ჰარი და ლუისი“. აღნიშნულ ვიდეო რგოლში, მსახიობები განასახიერებდნენ მეუღლეებს, რომლებიც მსჯელობდნენ ჯანდაცვის ახალ რეფორმაზე. წუხდნენ მცირე არჩევანზე, რასაც ახალი პროგრამა სთავაზობდა. ვიდეო რგოლები ერთი ფრაზით მთავრდებოდა: ისინი ირჩევენ“ - ამბობდა ჰარი, „ჩვენ ვაგებთ“ - პასუხობდა ლუისი. აღნიშნული ვიდეო რგოლები მიმართული იყო

საზოგადოებრივი აზრის შესაქმნელად, რათა საბოლოო ჯამში კანონმდებლებზეც მოეხდინა გავლენა.

კონგრესი

ადმინისტრაციამ კონგრესში ჯანდაცვის ახალი კანონპროექტი 1993 წლის 20 ნოემბრამდე არ წარადგინა. ეს იყო 1,342 გვერდიანი გრძელი და რთული საკანონმდებლო დოკუმენტი. პროექტით გამოწვეული ხარჯები არ იყო დაანგარიშებული და ბიუჯეტის ოფისის მიერ აღნიშნულ საკითხზე ანგარიში 1994 წლის პირველ ნახევარში თუ დაიდებოდა.

კლინტონის კანონპროექტს არც საკანონმდებლო სიცრცეში შეხვდნენ ერთნაირი პოზიციით. კომიტეტებში ძლიერი იყო კლინტონის გეგმის მოწინააღმდეგეთა გავლენა. კომიტეტების უმრავლესობა აღნიშნულ კანონპროექტს კლინტონის ფანტაზიას ეძახდა. თუმცა, კანონპროექტის შანსები კონგრესში ცუდი არ იყო. დემოკრატები აკონტროლებდნენ ორივე პალატას. ამასთან, ახლოვდებოდა შუალედური არჩევნები და აღნიშნული კანონპროექტის და ზოგადად, ჯანდაცვის რეფორმა კვლავ „ბრძოლის“ არენად განიხილებოდა.

რატომ ჩავარდა კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა

საბოლოო ჯამში, ყველაფერ ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია გამოვკვეთოთ ის ძირითადი მიზეზები, სირთულეები და არგუმენტები, რის გამოც კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა ჩავარდა:

- *გადაჭარბებული ამბიცი* - კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმა ბევრმა საკმაოდ ამბიციურ განაცხადად შეაფასა. კრიტიკოსების აზრით, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის შემოღებას მრავალწლიანი კვლევა, განხილვა, შეფასება სჭირდება. შესაბამისად, ამგვარი რადიკალური რეფორმის გატარების იდეა გაპრეზიდენტებიდან რამოდენიმე წელში თავიდანვე კრახისთვის იყო განწირული.
- *კერძო სადაზღვეო ბაზრის რეგულირების სირთულე* - ჯანდაცვის რეფორმის კონცეფციაში არსად არ იყო საუბარი კერძო სადაზღვეო ბაზრის რეგულირებაზე. ფაქტია, რომ სადაზღვეო ბიზნესის თამამგარედ დატოვება მძაფრი რეაგირების გარეშე არ დარჩებოდა.

- *ხარჯების კონტროლი* - კლინტონს გათვალისწინებული ჰქონდა, რომ ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელების პერიოდში გაწეულ ხარჯებს გააკონტროლებდა ჯანდაცვის ეროვნული საბჭო. საბჭო დაკომპლექტებული იქნებოდა როგორც პარტიული წარმომადგენლებისგან, ისე სფეროში კომპეტენტური ადამიანებისაგან, თუმცა, დიდი საფრთხე ჩნდებოდა მიკერძოებულობის, არაობიექტურობისა და თანხების არამიზნობრივი ხარჯვის.
- *ხარჯების მოცულობა* - კლინტონის ჯანდაცვის რეფორმისათვის საჭირო იყო 2 ტრილიონი დოლარი, რაც აშშ-ის მთლიანი ბიუჯეტის მეექვსედს წარმოადგენდა. ამგვარი ხარჯის გაწევა საკმაოდ დიდი რისკი იყო, შესაბამისად, გახდა ერთ-ერთი ფაქტორი იმისა, რომ კონგრესი არ ენდო ინიციატივას.
- *მოსახლეობის განწყობა* - მიუხედავად იმისა, რომ კლინტონის წინასაარჩევნო პროგრამამ დიდი გავლენა იქონია მის გაპრეზიდენტებაზე, შემდგომი კვლევებით დადგინდა, რომ ამერიკის მოსახლეობის საგრძნობლად დიდი ნაწილი სულაც არ ეთანხმებოდა ჯანდაცვის სისტემის ასეთ რადიკალურ ცვლილებას. მათ აშინებდათ ბიუჯეტიდან გამოსაყოფი თანხების მასშტაბურობა, ასევე აღნიშნავდნენ, რომ ამერიკის მოსახლეობა ჯერ არ იყო მზად ამ რეფორმისთვის
- *ბიზნეს სექტორი* - კლინტონის რეფორმას ყველაზე დიდი წინააღმდეგობა სწორედ ბიზნეს სექტორის წარმომადგენლებისგან ჰქონდა. გასაკვირი არც არის, ახალი რეფორმის ფარგლებში დამსაქმებლებს უდიდესი პასუხისმგებლობა ეკისრებოდათ - მათი მხრიდან თითოეული დასაქმებულის სადაზღვეო პრემიაზე გაწეული ხარჯი საგრძნობლად აღემატებოდა უკვე არსებულს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები აშშ-ში ინდივიდუალიზმი და უნივერსალიზმი. ეკონომისტი, 2017: XIII (4):142-154. [Link](#), [Google Scholar](#)

2. ვერულავა თ. არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. *ეკონომიკა და ბიზნესი*. 2017; 10 (3), გვ. 100-110. [Link](#), [Google Scholar](#)
3. ვერულავა თ. *ჯანდაცვის პოლიტიკა*. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016. [Link](#), [Google Scholar](#)
4. ვერულავა თ. *ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა*. თბილისი: საქართველოს უნივერსიტეტი, 2009. [Link](#), [Google Scholar](#)
5. ვერულავა თ. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2016. [Link](#), [Google Scholar](#)
6. Verulava T, Jorbenadze R. Dangadze B. The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. *Georgian Medical News*. 2018; 278(1):178-182. [Link](#), [Google Scholar](#)
7. Blendon RJ, Brodie M, Benson J. What Happened to Americans' Support for the Clinton Health Plan?, *Health Affairs*, 1995; 14(2):7-23.
8. Philip C, Schone B. More Offers, Fewer Takers for Employment-Based Health Insurance: 1987 and 1996, *Health Affairs*, 1997; 16(6):142-149.
9. Cutler DM. A Guide to Health Care Reform. *Journal of Economic Perspectives*, 1994: 3-17.
10. Domestic Policy Council (2001). *Health Care Accomplishments of the Clinton Administration*. Washington, DC: The White House.
11. Employee Benefits Research Institute (2000). *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured*. Washington, DC: EBRI.
12. Farber H, Levy H. Recent Trends in Employer-Sponsored Health Insurance Coverage: Are Bad Jobs Getting Worse? *Journal of Health Economics*, 2000; 19(1), 93-119
13. Gruber J. Health Insurance for Poor Women and Children in the U.S.: Lessons from the Past Decade, in *Tax Policy and the Economy* 11, James Poterba, ed. Cambridge, MA: MIT Press, 1997; 169-211.
14. Madrian BC. Employment-Based Health Insurance and Job Mobility: Is There Evidence of Job-Lock? *Quarterly Journal of Economics* 1994; 109, 27-51.
15. Newhouse J. et al. (1993). *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Santa Monica, CA: RAND Corp.
16. Peden, Edgar A., and Mark S. Freeland (1995), "A Historical Analysis of Medical Spending Growth, 1960-1993", *Health Affairs*, 14(2), Summer, 235-247.
17. U.S. General Accounting Office (1998). *Social Security Disability Policy: Factors Affecting Beneficiaries' Return to Work*. Testimony before the Subcommittee on Social Security



სტუდენტთა საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების მიმართ დამოკიდებულებების შეფასება

ნია ხაჩიძე, ანა გიგუაშვილი, ნინო ჩიხლაძე

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. ახალგაზრდა ასაკი თავისთავად დიდ რისკს წარმოადგენს ავარიებისთვის, ამიტომ საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების საკითხებში დაბალი ინფორმირების დონე და წესების ხშირი დარღვევა უფრო დიდი რისკის ქვეშ აქცევს სტუდენტებს. კვლევის ძირითად მიზანს წარმოადგენს სტუდენტების დამოკიდებულებების შესწავლა საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების საკითხებთან მიმართებაში. **მეთოდოლოგია.** გამოკითხვა ჩატარდა სპეციალურად შედგენილი სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. კვლევის სამიზნე ჯგუფად შეირჩა შვიდი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების სტუდენტები საქართველოს ექვსი ქალაქიდან. **შედეგები და დისკუსია.** კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოში სტუდენტები არ არიან სათანადოდ ინფორმირებულები საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების საკითხებზე და შესაბამისად სათანადოდ ვერ აფასებენ ავტოავარიებთან დაკავშირებულ რისკებს და საკმარისი სიმძაფრით ვერ აღიქვამენ სხვადასხვა რისკის ქცევას. **დასკვნა.** კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ახალგაზრდების საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების საკითხებზე ინფორმირებულობის დონის ამაღლება სოციალური მედიის, ინტერნეტის და საგანმანათლებლო პროგრამების გამოყენებით.

საკვანძო სიტყვები: ტრავმული დაზიანება, საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოება, დამოკიდებულებები, სტუდენტები.

ციტირება: ნია ხაჩიძე, ანა გიგუაშვილი, ნინო ჩიხლაძე. სტუდენტთა საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების მიმართ დამოკიდებულებების შეფასება. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Evaluation of Students' attitude toward road traffic safety

Nia Kachidze, Ana Giguashvili, Nino Chikhladze

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine

Introduction. Young age is a risk factors for road traffic accidents, respectively the level of awareness toward road traffic safety issues and the frequent violation of rules make the students even more vulnerable group. **Objectives.** The aim of the study is to explore the attitudes of the students regarding road traffic safety issues in Georgia. **Methodology.** Special questionnaire was designed for the survey. Students from seven Georgian Higher Institution in six cities were interviewed. **Results.** Students across Georgia are not well informed about the road traffic safety issues. Students cannot truly evaluate how severe results of various risk behavior can be. Students cannot assess the risks associated with car crash and cannot identify various risk behaviors. **Conclusion.** It is important to raise the awareness of the students toward road traffic safety issues via different campaign in social media, internet and educational programs.

Key words: injury, road traffic safety, attitude, students.

Quote: Nia Kachidze, Ana Giguashvili, Nino Chikhladze. Evaluation of Students' attitude toward road traffic safety. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

საგზაო შემთხვევებით გამოწვეული ტრავმატიზმი წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გლობალურ პრობლემას. ყოველწლიურად მსოფლიოში ავტოავარიების შედეგად ტრავმულ დაზიანებებს დებულობს დაახლოებით 50 მილიონზე მეტი ადამიანი, ხოლო ევროპის რეგიონში დაახლოებით 2.4 მილიონი ადამიანი. ამის შედეგად, საზოგადოება დიდი ეკონომიკური ზარალის წინაშე დგება, რომელიც, ზოგიერთ ქვეყანაში, მთლიანი შიდა პროდუქტის 2%-ს შეადგენს. ავტოსაგზაო ავარიების შედეგად გამოწვეული ტრავმატიზმი წარმოადგენს 15-დან 29 წლამდე ასაკის ახალგაზრდების სიკვდილიანობის წამყვან მიზეზს (1). ახალგაზრდა ადამიანების დაღუპვის ალბათობა საგზაო ავარიის გამო ორჯერ უფრო მაღალია ზოგადი მიზეზით

დალუპვის ალბათობასთან შედარებით. 2015 წლის მონაცემებით ევროკავშირში დალუპული ახალგაზრდების ორი მესამედი არიან მძღოლები, ხოლო 8%-ს შეადგენენ ფეხით მოსიარულე პირები (2).

სხადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევის შედეგები ადასტურებენ, რომ იმ ავტოსაგზაო შემთხვევებში, რომლებიც ფეხით მოსიარულეთა მსხვერპლით დასრულდა, უდიდესი როლი აკისრიათ ახალგაზრდა (15-20 წლის) და ახალბედა მძღოლებს (3,4). ფლორიდაში (აშშ-ში) ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ იმ ახალგაზრდა მამაკაცი მძღოლების შემთხვევაში, რომლებიც უფრო აგრესიულები არიან, არსებობს მეტი ალბათობა, რომ ისინი მოხვდებიან მძიმე ავარიებში ფეხითმოსიარულეთა ჩართულობით, უმეტესად გზის გადაკვეთისთვის განკუთვნილ ადგილებში, ვიდრე სხვა ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები (4,5).

შვედმა მკვლევარებმა, ასევე, დაადგინეს, რომ ახალგაზრდა მამაკაცების საკმაოდ დიდი წილია იმ ავარიებში, რომელთა მსხვერპლი არიან ფეხითმოსიარულე პირები (4,6).

სხვადასხვა ქვეყნებში შესწავლილია ახალგაზრდების ცოდნა-დამოკიდებულება საგზაო რისკებისა და საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით, რადგან დადასტურებულია, რომ საგზაო უსაფრთხოების პოლიტიკა მნიშვნელოვან წილად არის დამოკიდებული მძღოლების და ფეხით მოსიარულეების ქცევებზე (7,8)

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ საქართველოში ახალგაზრდების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა საგზაო რისკებისა და საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების საკითხებთან მიმართებაში.

მეთოდოლოგია

გამოკითხვა ჩატარდა სპეციალურად შედგენილი სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. კვლევის სამიზნე ჯგუფად შეირჩა შვიდი სახელმწიფო უნივერსიტეტების სტუდენტები. მონაცემების მოპოვება მიმდინარეობდა 4 თვის განმავლობაში (2018 წლის იანვარი-აპრილი). კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი.

კვლევის შედეგები

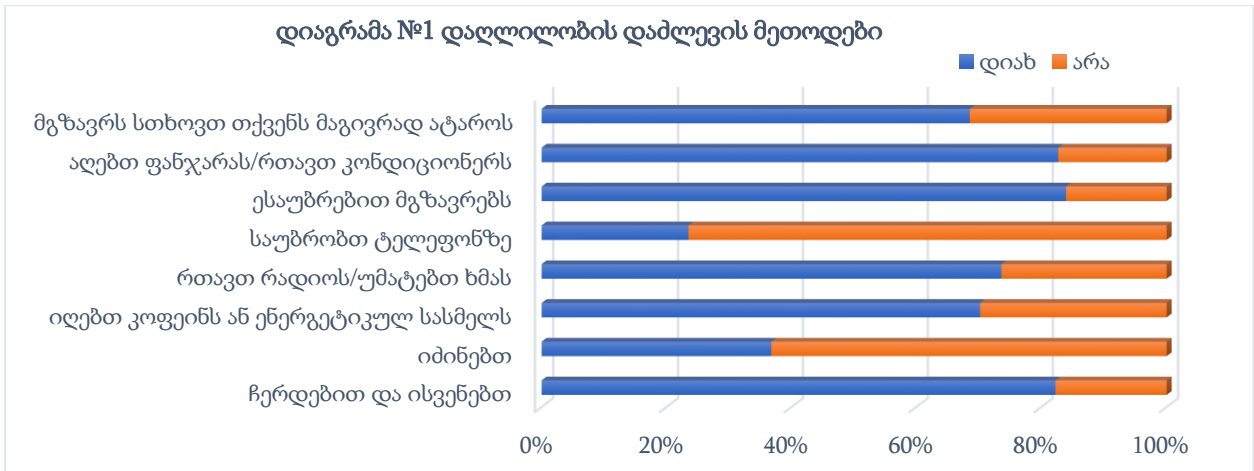
გამოკითხა 445 სტუდენტი შემდეგი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებებიდან: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 46%), თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 14%), აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 8%), ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 7%), იაკობ გოგებაშვილის სახელობის თელავის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 9%), გორის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 9%) და სამცხე-ჯავახეთის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (რესპონდენტთა 7%).

რესპონდენტთა უმრავლესობა (76%) იყო ბაკალავრიატის პროგრამის სტუდენტი. რესპონდენტებს შორის თითქმის თანაბრად აღმოჩნდნენ ქალები (55.6%) და მამაკაცები (44.4%). რესპონდენტების ასაკობრივი ინტერვალია 18 წლიდან 39 წლამდე, 20 წლის ასაკის რესპონდენტებმა შეადგინეს საერთო რაოდენობის ყველაზე მაღალი წილი (26.1%).

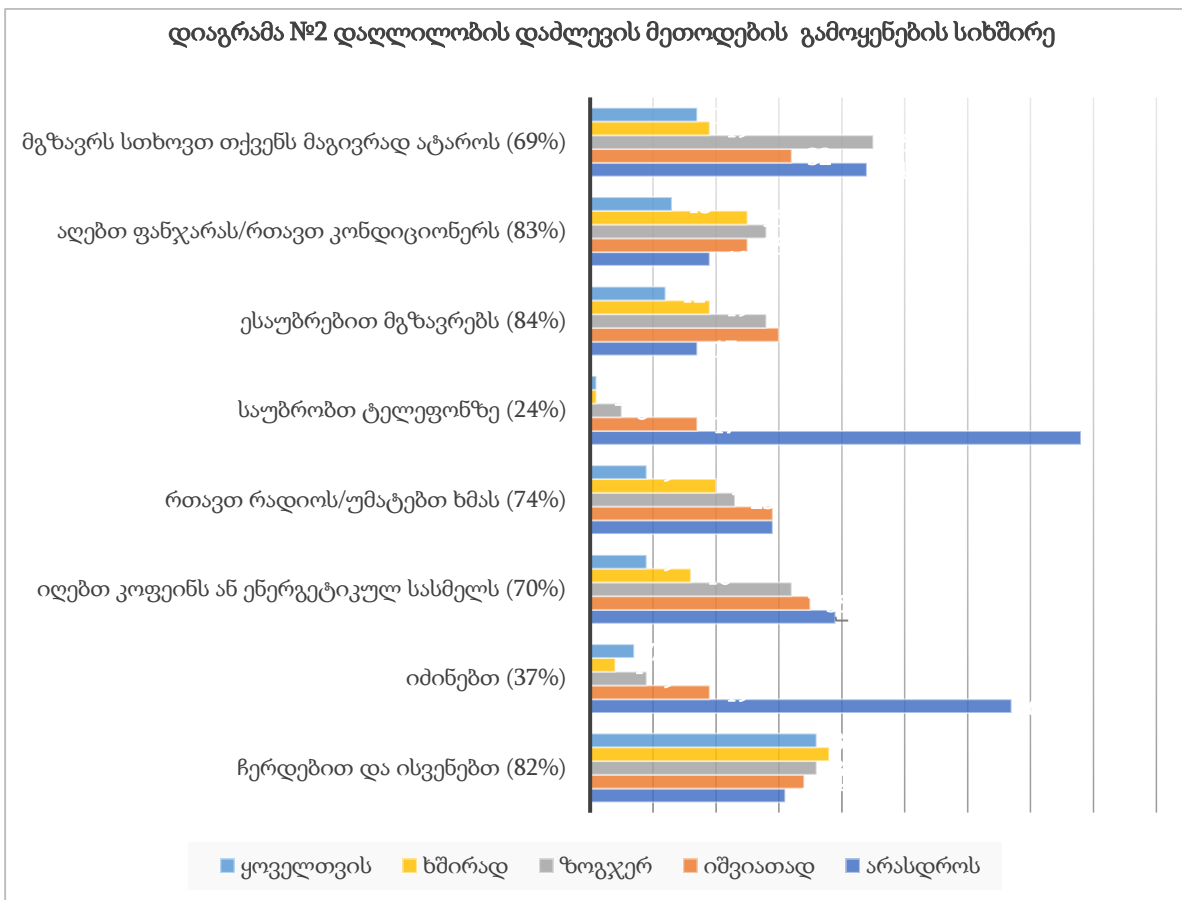
გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტების 44% ფლობს მართვის მოწმობას, მათ შორის არის 39% - ქალი, 61% - მამაკაცი; მათგან 7%-ს ჰქონდა ავტომანქანის მართვის 5 წელზე მეტი გამოცდილება, 10%-ს 3-4 წლის გამოცდილება, 13%-ს 1-2 წლის გამოცდილება, ხოლო 14%-ს 1 წელზე ნაკლები. მართვის მოწმობის მფლობელთა 40% ფლობს საკუთარ ავტომანქანას, ხოლო 34%-ს შეუძლია ოჯახის სხვა წევრების საკუთრებაში მყოფი ავტომანქანის გამოყენება.

გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ მძღოლი სტუდენტები ავტომანქანის მართვისას დადლილობის შემთხვევაში ძალიან ხშირად მიმართავენ ისეთ მეთოდებს, რომლებიც ვერ მოახდენენ ამ რისკ-ფაქტორის აღმოფხვრას და წამოადგენენ მხოლოდ დროებითი გამოფხიზლების საშუალებას. დადლილობის შემთხვევაში სტუდენტების უმრავლესობა უბრალოდ ადებს ფანჯარას/რთავს კონდენციონერს (83%), ესაუბრება მგზავრებს (84%), რთავს რადიოს/უმატებს ხმას (74%), იღებს კოფეინს ან ენერგეტიკულ სასმელს (70%), ხოლო ყოველი მეოთხე (24%) მძღოლი საუბრობს ტელეფონზე. აღსანიშნავია, რომ ეს ქმედებები კიდევ უფრო მეტ რისკს ქმნის ავარიისთვის. ყოველი მეორე მძღოლი სტუდენტი (63%) არასდროს მიმართავს დაძინებას, ხოლო ყოველი მესამე (31%) არასდროს მიმართავს

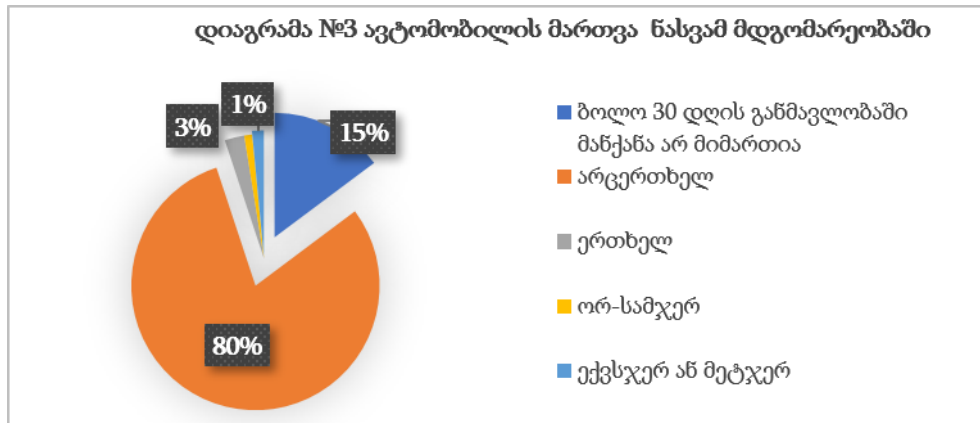
დასვენების პრაქტიკას, რაც ნამდვილად გადაჭრიდა დაღლილობის პრობლემის არსებობას (დიაგრამა №1).



სტუდენტების მიერ ავტომანქანის მართვისას დაღლილობის შემთხვევაში გამოყენებული მეთოდების სიხშირე ასახულია (დიაგრამა №2).



მძლოლი სტუდენტების 16% აღნიშნავს, რომ შემჩნეულია საგზაო დარღვევებში. მართვის მოწმობის მქონე სტუდენტებიდან 5% აღნიშნავს, რომ ერთხელ მაინც უტარებია მანქანა ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ (დიაგრამა №3).



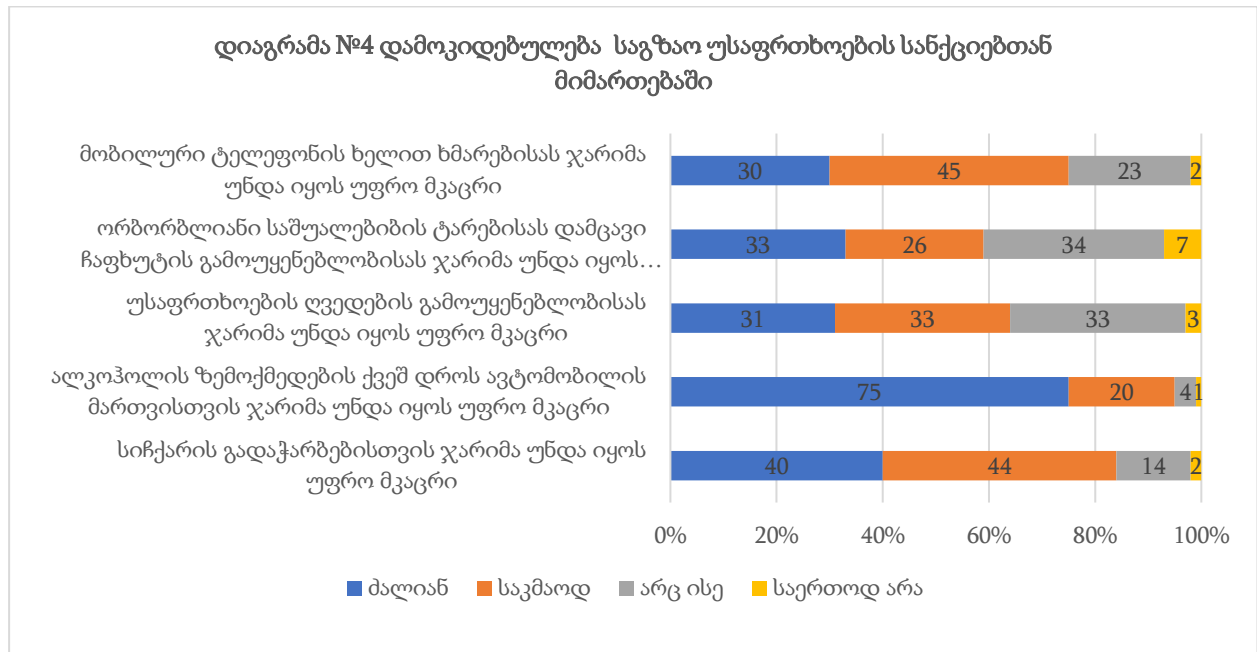
გამოკითხული მძლოლი სტუდენტების 44% აღნიშნავს, რომ ბოლო ერთი თვის განმავლობაში 1 ან 2 დღე მაინც გამოუყენებია მობილური ტელეფონი მართვისას, ხოლო 6% ამბობს, რომ ყოველდღე სარგებლობს მობილური ტელეფონით, რეკავს ან აგზავნის შეტყობინებას მაშინ, როდესაც მართავს ავტომობილს.

გამოკითხული რესპონდენტების 9% არ ემხრობა შემოთავაზებას, რომ დამონტაჟდეს მეტი ავტომატიზირებული კამერა წითელი შუქის დაუმორჩილებლობისას, ხოლო 10% არ ფიქრობს, რომ საჭიროა მეტი ავტომატიზირებული კამერის დაყენება კონკრეტულ ადგილებში სიჩქარის გადაჭარბების შემთხვევების აღმოსაფხვრელად.

გამოკითხული რესპონდენტების 19% არ ემხრობა უფრო მეტი 30 კმ/სთ-იანი შეზღუდვის შემოღებას მჭიდროდ დასახლებული ადგილებისთვის, ხოლო 32% - არ უერთდება მეტი საველოსიპედო ბილიკების შემოღების შემოთავაზებას. გამოკითხული სტუდენტების 15% აღნიშნავს, რომ არ ემხრობა ქალაქში მეტი ტროტუარების შექმნის იდეას, ხოლო 13% არ იწონებს მეტი მანქანის გზებისგან თავისუფალი ზონების გამოყოფას მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში.

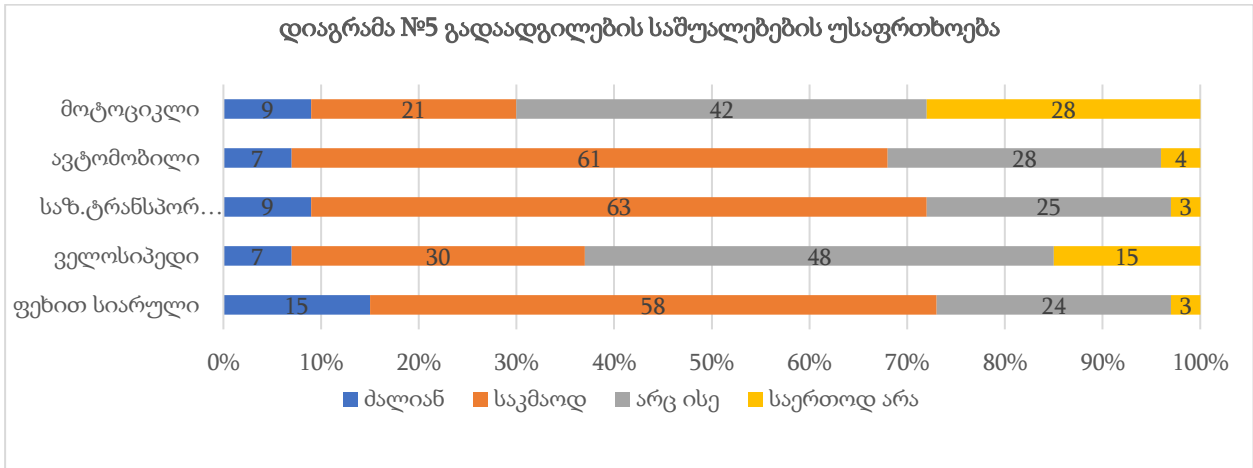
გამოკითხული სტუდენტების 25% ფიქრობს, რომ მობილური ტელეფონის მართვისას გამოყენების დროს ჯარიმა არ უნდა გამკაცრდეს, ხოლო სტუდენტის

42% ფიქრობს, რომ ორბორბლიანი საშუალებების ტარების დროს ჩაფხუტის გამოუყენებლობისას არ არის ჯარიმის გამკაცრება საჭირო (დიაგრამა №4).

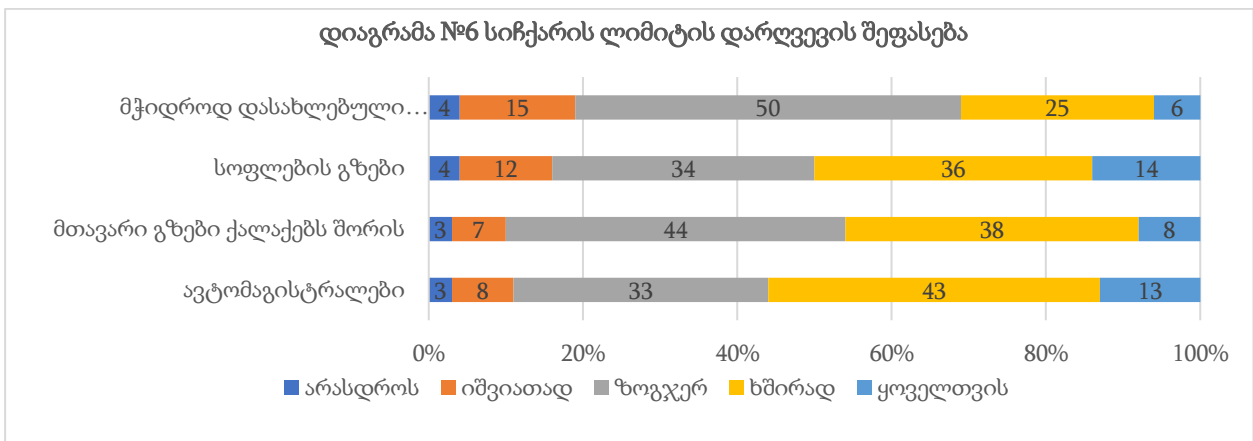


გამოკითხული სტუდენტების 36% არ ემხრობა დებულებას უსაფრთხოების ღვედის გამოუყენებლობის დროს ჯარიმის გამკაცრებასთან დაკავშირებით. სიჩქარის გადაჭარბების დროს ჯარიმის სიმკაცრის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება აქვს გამოკითხული რესპონდენტების 15%-ს, ხოლო ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ ავტომობილის მართვის დროს ჯარიმის გამკაცრებას ეწინააღმდეგება სტუდენტების 5%.

გამოკითხული სტუდენტების 30%-ის აზრით მოტოციკლეტი წარმოადგენს უსაფრთხო გადასაადგილებელ საშუალებას, მსუბუქ ავტომობილს უსაფრთხოდ მიიჩნევს გამოკითხულთა 68%. საზოგადოებრივი ტრანსპორტის უსაფრთხოებაში დარწმუნებულია სტუდენტთა დიდი უმრავლესობა (72%). ველოსიპედით გადაადგილებაში რისკს ვერ ხედავს სტუდენტების 37%, ხოლო ფეხით სიარულით ავარიისგან თავს დაზღვეულად გრძნობს გამოკითხულთა 73%, აქედან სტუდენტების 15% ფეხით სიარულს მიიჩნევს, როგორც ძალიან უსაფრთხო გადაადგილების საშუალებას (დიაგრამა №5).

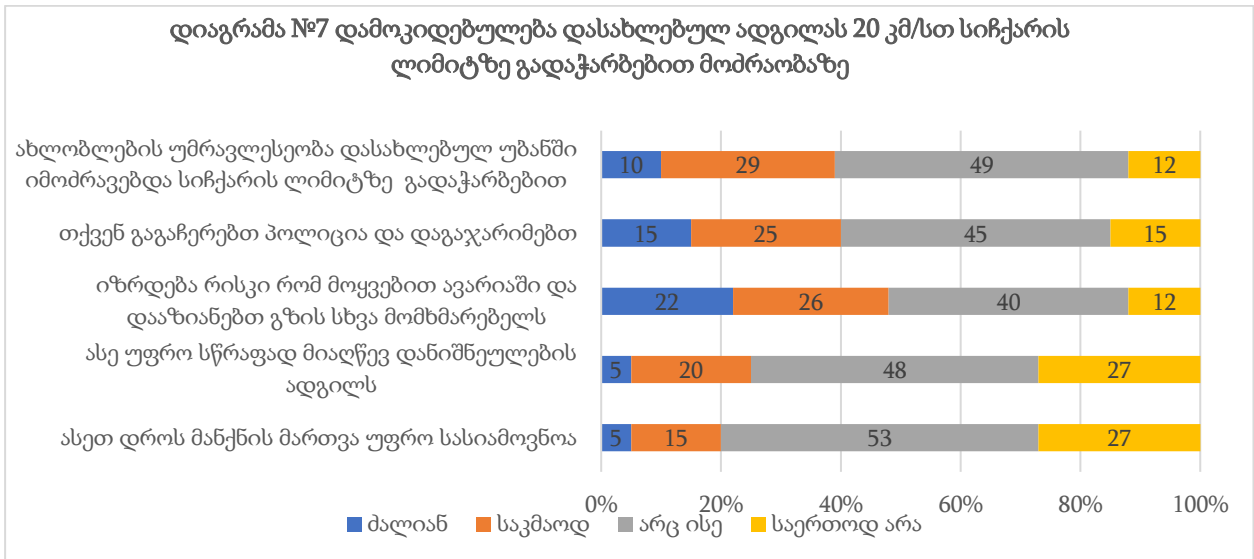


გამოკითხვის შედეგების მიხედვით რესპონდენტთა 65% მიიჩნევს, რომ მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში მძღოლები მხოლოდ ზოგჯერ ან იშვიათად არღვევენ სიჩქარის ლიმიტს. სტუდენტების 15% ფიქრობს, რომ სოფლის გზებზე მძღოლები არასდროს ან იშვიათად არღვევენ წესებს. რაც შეეხება ქალაქებს შორის მთავარ გზებზე სიჩქარის ლიმიტის დარღვევას, სტუდენტების 51% მიიჩნევს, რომ ეს ხდება მხოლოდ ზოგჯერ ან იშვიათად, ხოლო სტუდენტთა დიდი უმრავლესობა (89%) აღნიშნავს, რომ ავტომაგისტრალზე გადაადგილებისას მძღოლები სულ მცირე ზოგჯერ მაინც არღვევენ სიჩქარის ლიმიტს, აქედან 13% მიიჩნევს, რომ ეს ხდება ყოველთვის (დიაგრამა №6).

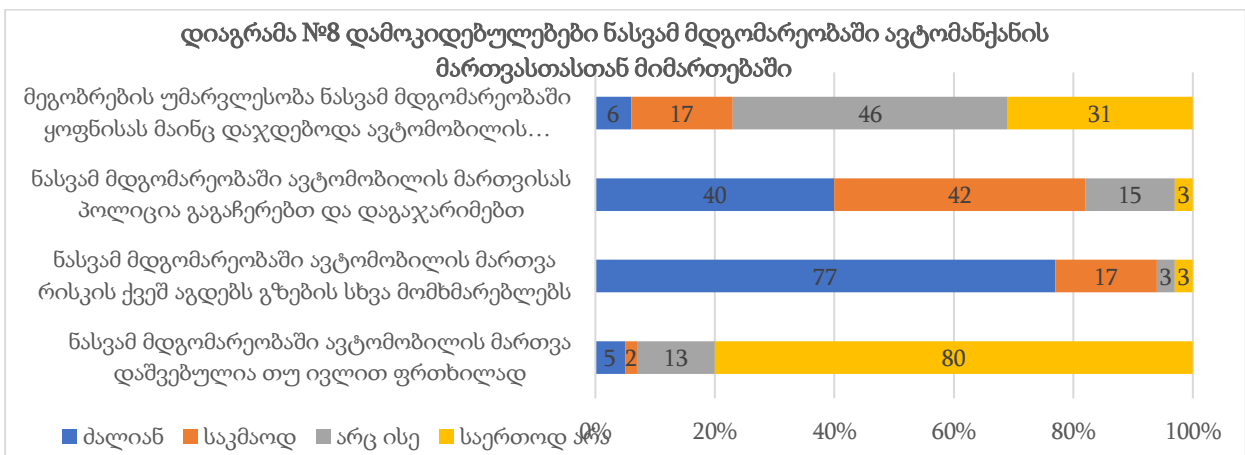


გამოკითხული სტუდენტების 39% აღნიშნავს, რომ მისი ახლობლების უმრავლესობა დაარღვევდა სიჩქარის ლიმიტს დასახლებულ ადგილებში, როდესაც ლიმიტი არის 20 კმ/სთ. გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი (61%) არ ემხრობა დებულებას, რომ დასახლებულ ადგილას სიჩქარის ლიმიტის დარღვევისას შესაძლოა პოლიციამ გააჩეროს და დააჯარიმოს. სტუდენტების ნახევარი (51%) თვლის, რომ დასახლებულ ადგილას დაწესებული სიჩქარის ლიმიტის

გადაჭარბებისას არ იზრდება ავარიაში მოყოლისა და სხვა ადამიანების დაზიანების რისკი. გამოკითხული სტუდენტების 25% აღნიშნავს, რომ ასეთი მოძრაობისას დანიშნულების ადგილას მიღწევა გაცილებით უფრო სწრაფად შეიძლება, ხოლო 20% თვლის, რომ ლიმიტზე გადაჭარბებით მოძრაობისას მანქანის მართვა უფრო სასიამოვნოა (დიაგრამა №7).

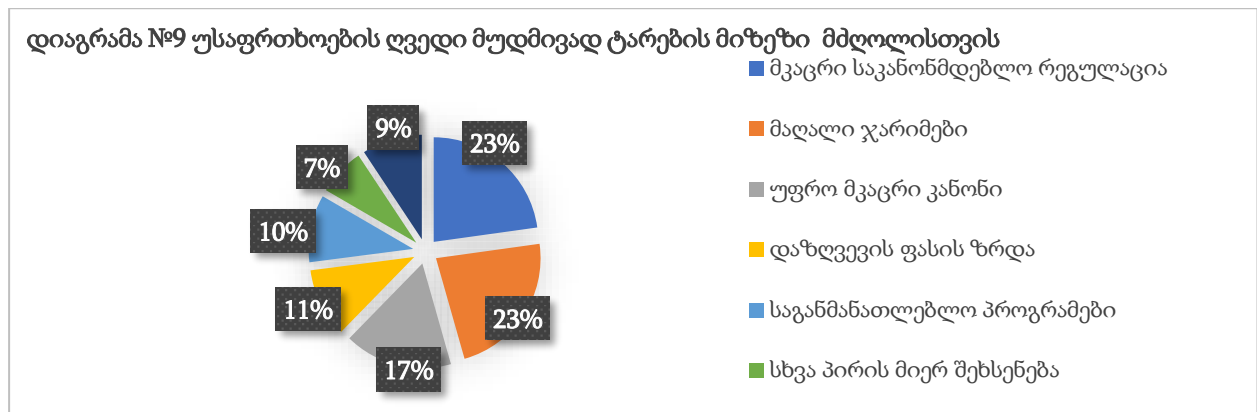


სტუდენტების 23% აღნიშნავს, რომ მათი მეგობრების უმრავლესობა ნასვამ მდგომარეობაში ყოფნის მიუხედავად მაინც დაჯდებოდა ავტომობილის სამართავად. სტუდენტების 18% არ თვლის, რომ ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვისას შესაძლებელია, რომ პოლიციამ გააჩეროს და დააჯარიმოს მძღოლი. რესპონდენტთა 6% თვლის, რომ ნასვამი მძღოლი საფრთხეს არ უქმნის გზების სხვა მომხმარებლებს, ხოლო 7% აღნიშნავს რომ ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ ავტომობილის მართვა გამართლებულია, თუ მძღოლი ივლის ფრთხილად (დიაგრამა №8).



გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ უსაფრთხოების ღვედი წინა მგზავრის სავარძელში ჯდომისას, სტუდენტების 84%-ს ყოველთვის უკეთია, 12%-ს უმეტესწილად, ხოლო 4% არასდროს უკეთია უსაფრთხოების ღვედი.

გამოკითხვის შედეგებმა გამოავლინა, რომ სტუდენტების 23%-ს ღვედის გაკეთებას აიძულებდა მკაცრი საკანონმდებლო რეგულაცია და ამდენივეზე (23%) იმოქმედებდა მაღალი ჯარიმების არსებობა. სტუდენტების 17%-ზე იმოქმედებდა კანონის გამკაცრება უშუალოდ უსაფრთხოების ღვედის გამოყენებასთან დაკავშირებით, ხოლო 11%-ზე - დაზღვევის ფასის გაზრდა. წინა მგზავრის როლში ყოფნისას მაჩვენებლები ოდნავ მაღალია (26%) საკანონმდებლო რეგულაციების გამკაცრების შემთხვევაში, ხოლო უკანა მგზავრის როლში ყოფნისას არანაკლები ინტერესი ჩნდება საგანმანათლებლო პროგრამების (17%) მნიშვნელობის და სხვა ადამიანების მიერ შეხსენების (14%) თუ ავტომატური შემხსენებლის (11%) მიმართ (დიაგრამა №9).

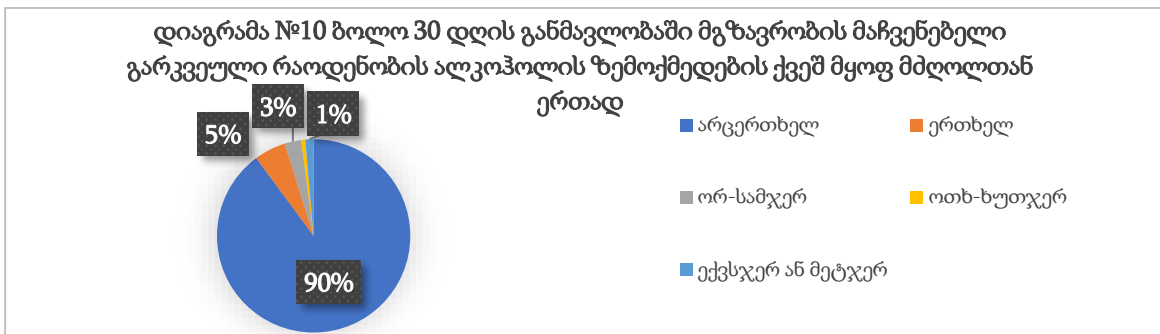


გამოკითხული სტუდენტი მძღოლების 26% აღნიშნავს, რომ მაგისტრალურ გზებზე გადაადგილებისას უფრო გაიკეთებდა უსაფრთხოების ღვედს. გამოკითხული სტუდენტი მძღოლების 21% აღნიშნავს, რომ ღვედს გაიკეთებდა ქალაქებს შორის გზებზე, 18-18% რაიონების და ქალაქის გზებზე, ხოლო ქალაქის გარეთ გზებზე ღვედს მოიხმარდა მხოლოდ 17%.

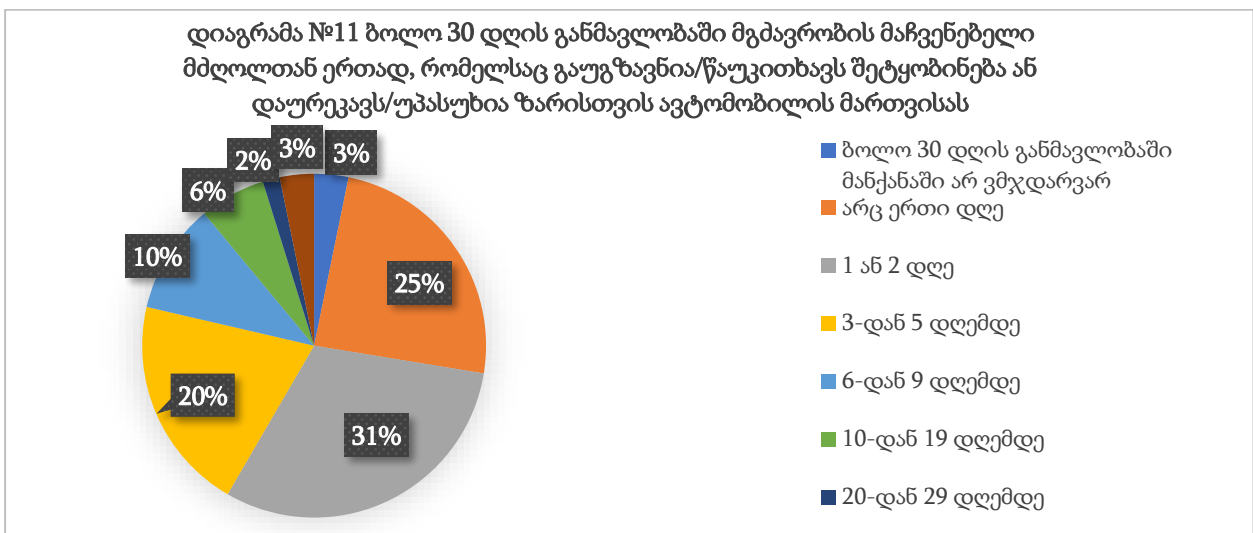
საინტერესო აღმოჩნდა პასუხები შეკითხვაზე „უსაფრთხოების ღვედის გამოყენება არაა საჭირო თუ...“. მძღოლი რესპონდენტების ყოველი 18% ფიქრობს, რომ ღვედის გაკეთება არაა საჭირო, თუ გეგმავს, დაგავიწყდათ ან არ გსიამოვნებთ მისი ტარება. მძღოლი რესპონდენტების 34% სტუდენტი ფიქრობს, რომ ღვედის გამოყენებლობისთვის გასამართლებელი საბუთია თუ ავტომობილს

არ აქვს ღვედი. წინა მგზავრების 15% ფიქრობს, რომ ღვედს არ იკეთებს, თუ გასავლელი მანძილი პატარაა. თითქმის იგივე რაოდენობა (12%) ფიქრობს, რომ ღვედი არაა საჭირო, თუ მგზავრს ემინია რომ ავარიის შემთხვევაში ღვედის გამო ვერ დააღწევს მანქანას თავს. რაც შეეხება უკანა მგზავრებს, მათ შემთხვევაში ყველა მიზეზი თითქმის თანაბრად დომინირებს პასუხებში.

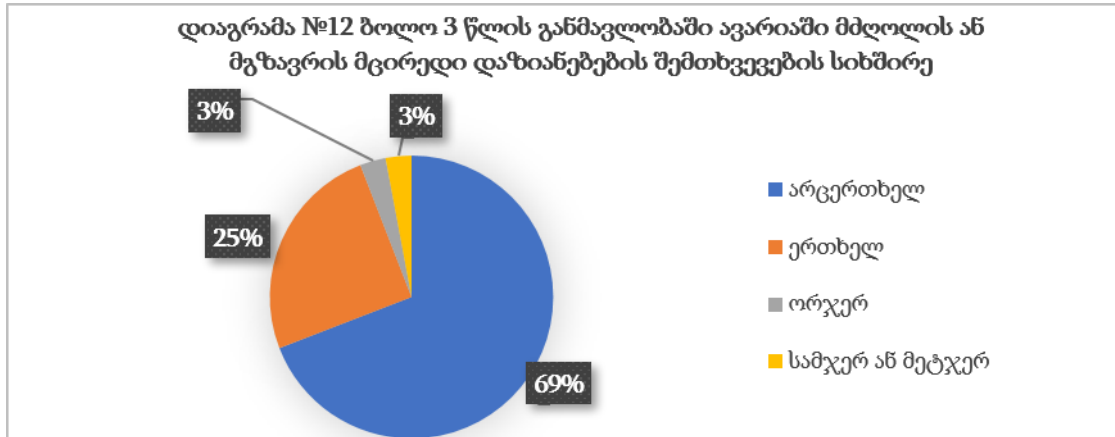
გამოკითხული სტუდენტებიდან ყოველი მე-10 აღნიშნავს, რომ ბოლო ერთი თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც უმგზავრია ისეთ მძღოლთან ერთად, რომელიც გარკვეული ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ იყო. აქედან 3% ამბობს, რომ ეს მოხდა ორ-სამჯერ, ხოლო 2% ასეთ მდგომარეობაში აღმოჩნდა 6-ჯერ ან მეტჯერ (დიაგრამა №10).



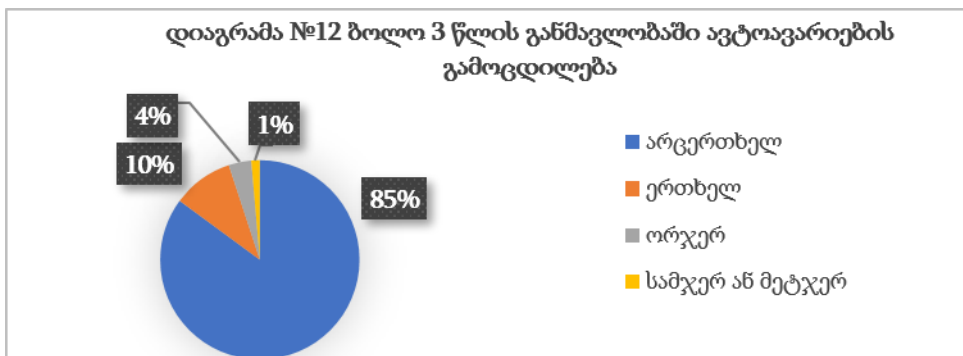
გამოკითხული რესპონდენტების უმრავლესობა (72%) აღნიშნავს, რომ ბოლო ერთი თვის განმავლობაში 1 ან 2 დღე მაინც აღმოჩენილა ისეთ სიტუაციაში, როდესაც ავტომობილის მართვისას მძღოლი იყენებდა მობილურ ტელეფონს ზარისთვის ან შეტყობინებისთვის. აქედან ყოველი მე-10 6-დან 9 დღემდე მოხვდა ასეთ სიტუაციაში, ხოლო 3% - უკლებლივ ყოველ დღე ბოლო 30 დღის განმავლობაში (დიაგრამა №11).



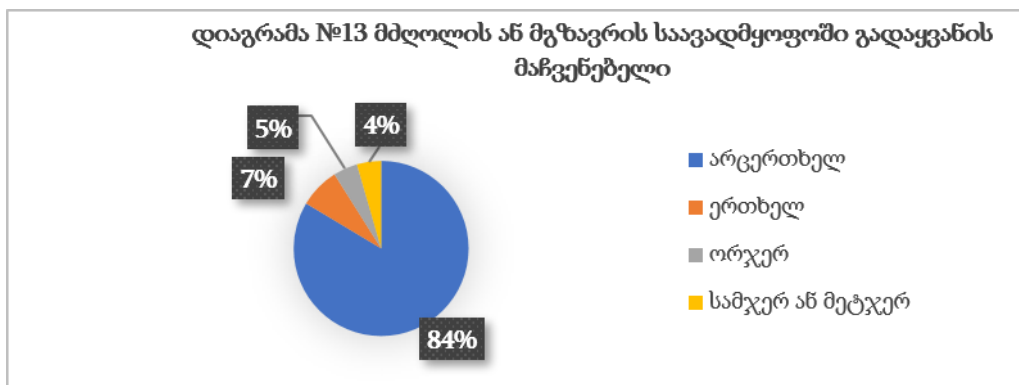
გამოკითხული რესპონდენტების 15% სტუდენტი აღნიშნავს, რომ ბოლო სამი წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც მოხვედრილა ავარიაში, აქედან 4% ავარიაში მოხვდა ორჯერ, ხოლო 1% - სამჯერ ან მეტჯერ (დიაგრამა №12). მათგან ყოველ მეათეს არ ეკეთა ავტოავარიის დროს ღვედი.



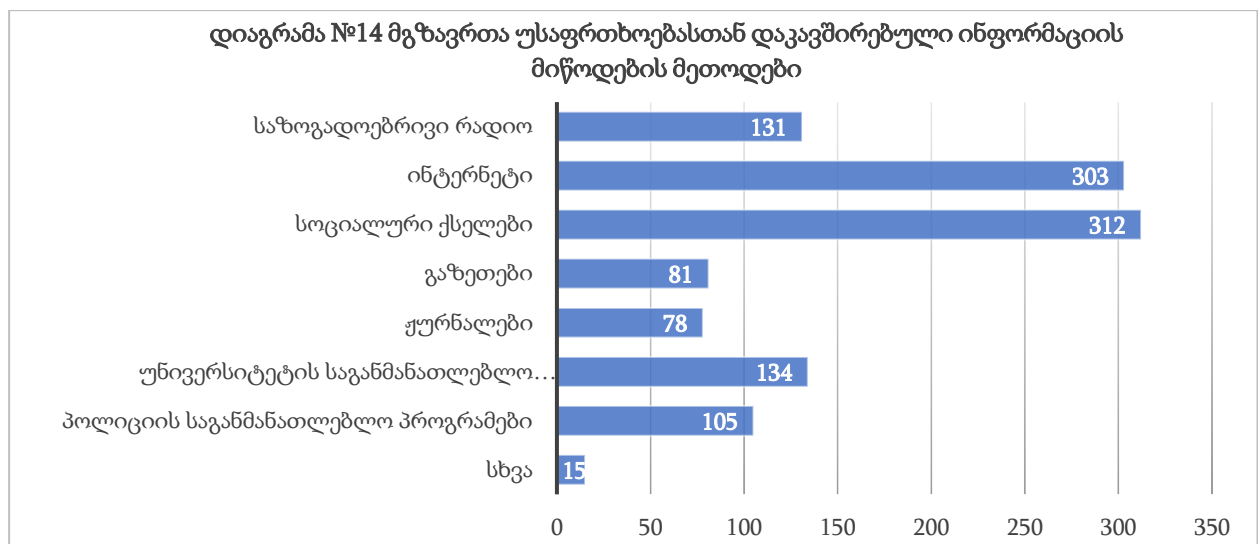
ავტოავარიაში მოხვედრილი სტუდენტების 31% აღნიშნა, რომ ავტოავარიის შემთხვევის დროს მძღოლს ან მგზავრს აღმოაჩნდა მცირედი დაზიანება, აქედან 3% აღნიშნავს, რომ ეს მოხდა სამჯერ ან მეტჯერ (დიაგრამა №12).



გამოკითხული სტუდენტების ყოველი მე-ნ აღნიშნავს, რომ ავტოსაგზაო ავარიის გადატანის შემდეგ მძღოლს ან მგზავრს დასჭირდა საავადმყოფოში გადაყვანა, აქედან 4% შემთხვევაში სამჯერ ან მეტჯერ (დიაგრამა №13).



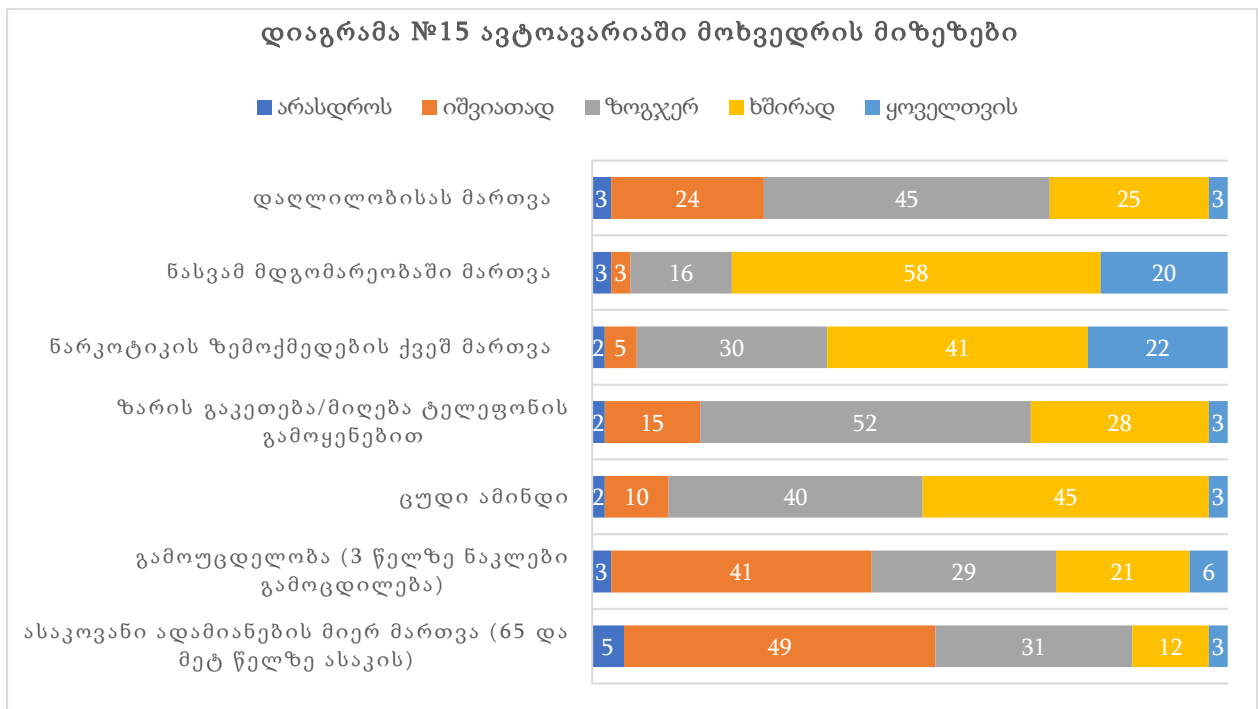
გამოკითხული სტუდენტების უმრავლესობამ საგზაო უსაფრთხოების საკითხებთან დაკავშირებით ინფორმაციის გავრცელებისა და ცოდნის ამაღლების საშუალებად დაასახელა სოციალური ქსელები (72%), ინტერნეტი (70%), საზოგადოებრივი რადიო (30%), უნივერსიტეტის საგანმანათლებლო პროგრამები (30%), ხოლო გამოკითხული სტუდენტების თითქმის მეოთხედმა (18-24%) უპირატესობა მიანიჭა გაზეთებს, ჟურნალებს და პოლიციის დეპარტამენტების მიერ შემოთავაზებულ პროგრამებს. ამავდროულად, პასუხებში დაფიქსირდა დიდი მხარდაჭერა სკოლებში საგზაო უსაფრთხოების საკითხებში განათლებაზე, ბანერების, სატელეფონო შეტყობინებების და ტელევიზიის აქტიურ გამოყენებაზე, ასევე სტუდენტების ნაწილმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ გამართლებულია ყველა შესაძლო წყაროს გამოყენება (დიაგრამა №14).



გამოკითხული სტუდენტების 24% აღნიშნავს, რომ დადლილობისას ავტომობილის მართვა იშვიათად შეიძლება გახდეს ავტოავარიის მიზეზი, ხოლო 3% მიიჩნევს, რომ ის არასდროსაა ავტოავარიის მიზეზი. სტუდენტების 22%-ის აზრით ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა ავარიის მიზეზი შეიძლება გახდეს ზოგჯერ, იშვიათად ან არასდროს, აქედან 3% ფიქრობს, რომ არასდროს არის ავტოავარიის მიზეზი. ნარკოტიკის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა სტუდენტების 30%-ის აზრით ავარიის მიზეზი ხდება მხოლოდ ზოგ შემთხვევაში. მობილური ტელეფონის გამოყენებისას ავარია სტუდენტების ნახევარის (52%) აზრით გამოწვეული შეიძლება იყოს მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში. ხოლო სტუდენტის

17%-ის აზრით ტელეფონის გამოყენება ავარიის მიზეზი ხდება იშვიათად ან არასდროს.

გამოკითხული სტუდენტების 40%-ის აზრით ცუდი ამინდი ავარიის მიზეზთა შორის შეიძლება აღმოჩნდეს მხოლოდ ზოგჯერ. სტუდენტების 41%-სთვის ავტომობილის მართვის 3 წელზე ნაკლები გამოცდილება ავარიასთან იშვიათად ასოცირდება. ასაკოვანი ადამიანების მიერ ავტომობილის მართვა მიზეზთა სიაში სტუდენტთა ნახევრისთვის (49%) ხვდება იშვიათად, ხოლო 5%-სთვის ის ავარიის მიზეზს არასდროს წარმოადგენს (დიაგრამა №15).



ზოგიერთი ქვეყნის წარმატება, სიკვდილიანობისა და ტრავმების შემცირების თვალსაზრისით, ნათლად ასახავს რომ ძლიერი პოლიტიკური ვალდებულება და საკითხისადმი კომპლექსური მიდგომა ინვესტირებული რესურსების სანაცვლოდ უზრუნველყოფს მნიშვნელოვანი სარგებელის მოტანას ჯანდაცვის სფეროში. ნათელია, რომ არსებული გამოცდილებებისა და ინოვაციური მიდგომების დანერგვა, შესაბამისი ადაპტაციური ცვლილებების გათვალისწინებით, შესაძლებელია სხვადასხვა რეგიონში (10,11).

ავარიებით გამოწვეული ტრავმებისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებისთვის მნიშვნელოვანია საგზაო უსაფრთხოების საკითხებზე ზრუნვა. მაჩვენებლების გაუმჯობესება და თავიდანაცილებადი ავარიების მინიმუმამდე

დაყვანა ყველა ქვეყნის პრიორიტეტული საკითხების სიაში უნდა იყოს. იმ ქვეყნებისთვის კი, რომელთაც არ აქვთ ასეთ საკითხებზე მუშაობის გამოცდილება, ძალიან დიდ დახმარებას წარმოადგენს წარმატებული ქვეყნების პრაქტიკის გაზიარება და საკუთარ ქვეყანაზე ადაპტირება.

დასკვნა

კვლევის შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სტუდენტები საქართველოში არასათანადოდ აფასებენ ავტოავარიებთან დაკავშირებულ რისკებს და საკმარისი სიმძაფრით ვერ აღიქვამენ სხვადასხვა რისკის ქცევას.

გადაღლილ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა ავტოავარიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიზეზს წარმოადგენს, თუმცა გამოკითხული სტუდენტების თითქმის მესამედის აზრით იგი იშვიათად ან არასდროს ხდება ავარიის მიზეზი. მძლოლი სტუდენტების დიდი უმრავლესობა კი დაღლილობის დასაძლევად ხშირად მიმართავს ისეთ ხერხებს, რომლებიც მხოლოდ დროებით და უმეტესად უშედეგოდ შეიძლება იყოს გამოფხიზლების საშუალება. მძლოლი სტუდენტების დაახლოებით მეოთხედი მართვის დროს დაღლილობის დასაძლევად მიმართავს ტელეფონზე საუბარს.

მძლოლი სტუდენტის 16% შემჩნეულია საგზაო დარღვევებში, ხოლო ბოლო სამი წლის განმავლობაში მათგან 12% ერთხელ მაინც დაჯარიმებულა სიჩქარის ლიმიტის გადაჭარბების გამო.

სტუდენტები არ არიან სათანადოდ ინფორმირებულნი და ვერ აღიქვამენ საგზაო უსაფრთხოების წესების მნიშვნელობას. გამოკითხული სტუდენტების მეხუთედი არ ემხრობა უფრო მეტი 30 კმ/სთ-იანი შეზღუდვის შემოღებას, ხოლო 13% არ იწონებს მეტი მანქანის გზებისაგან თავისუფალი ზონების გამოყოფას მჭიდროდ დასახლებული ადგილებისთვის.

კვლევამ აჩვენა, რომ ახალგაზრდები გარკვეულწილად არ ემხრობიან ჯარიმის გამკაცრების იდეას. სტუდენტები ვერ აღიქვამენ თუ რამხელა რისკის მატარებელი შეიძლება იყოს კონკრეტული გადასაადგილებელი საშუალების გამოყენება. სტუდენტები არასწორად აღიქვამენ საგზაო უსაფრთხოების მხრივ ქვეყანაში არსებულ რეალობას. მათგან 65%-ის აზრით მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში

მძლოლები სიჩქარის ლიმიტს არღვევენ მხოლოდ ზოგჯერ ან იშვიათად, ხოლო ქალაქებს შორის მთავარ გზებთან დაკავშირებით იგივეს ფიქრობს გამოკითხული სტუდენტების ნახევარი.

სტუდენტები სათანადო სიმწვავით ვერ აანალიზებენ ამა თუ იმ რისკის ქცევის სავარაუდო შედეგებს. სტუდენტების ნახევარი თვლის, რომ დასახლებულ ადგილას დაწესებული სიჩქარის ლიმიტის გადაჭარბებისას არ იზრდება ავარიაში მოყოლისა და სხვა ადამიანების დაზიანების რისკი. სტუდენტების მეოთხედმა აღნიშნა, რომ მათი მეგობრების უმრავლესობა ნასვამ მდგომარეობაში ყოფნის მიუხედავად მაინც დაჯდებოდა ავტომობილის სამართავად.

კვლევის შედეგების თანახმად სტუდენტები შესაბამისი სიმძაფრით ვერ აფასებენ ავარიის გამომწვევ სხვადასხვა მიზეზს. გამოკითხულთა ნახევარის აზრით 65 წელს გადაცილებული ადამიანის მიერ ავტომობილის მართვა იშვიათად ან არასდროს არის ავარიის მიზეზი. არ აღიქმება ავარიის რისკად არც გამოუცდელიობა.

გამოკითხული სტუდენტებიდან ყოველი მე-5 ერთხელ მაინც მოხვედრილა ავტოავარიაში, მათგან 75% ბოლო სამი წლის განმავლობაში, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ისინი მაინც არ არიან სათანადო მზადყოფნით განწყობილნი უსაფრთხოების ნორმების დაცვის მიმართ.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ახალგაზრდების ინფორმირებულობის დონის გაზრდა. მიზანშეწონილია ქვეყანაში საგზაო უსაფრთხოების წესების შესწავლა დაიწყოს რაც შეიძლება მცირე ასაკიდან, რათა მცირე ასაკიდან იყოს გააზრებული უსაფრთხოების ზომების მნიშვნელობა. ბაღის ასაკის ბავშვებისთვის ასეთი ტიპის გაკვეთილები შესაძლებელია საგანმანათლებლოსთან ერთად გასართობი სახითაც დაიგეგმოს.

აუცილებელია საგზაო უსაფრთხოების წესების შესწავლა დაინერგოს ყველა საშუალო სკოლაში, რადგან მოზარდებს შეეძლება თუკეთ გაიაზრონ მისი მნიშვნელობა და მანქანის მართვისთვის დაშვებულ ასაკში შევიდნენ უკვე არსებული გარკვეული ინფორმაციით.

მნიშვნელოვანია სწორად იქნას დაგეგმილი მართვის მოწმობის მოსაპოვებელი გამოცდები, რადგან გამოუცდელი მძღოლები წარმოადგენენ ერთ-ერთ დიდ რისკს ავარიის თვალსაზრისით. შესაბამისად აუცილებელია, რომ ახალბედა მძღოლები, მართვის მოწმობის მოპოვების შემდეგ, მაქსიმალურად მომზადებულები ჩაებან ქალაქის მოძრაობაში.

საგზაო უსაფრთხოების წესების დაცვაში მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს ქვეყანაში შესაბამისი რეგულაციების არსებობა და კანონის აღსრულების სიმკაცრე. მიზანშეწონილია სამართლებრივი რეგულაციების გადახედვა, დახვეწა და გაუმჯობესება. ასევე, მნიშვნელოვანია სხვადასხვა დარღვევებისთვის ჯარიმების გამკაცრებაც.

საგზაო უსაფრთხოების საკითხებში საზოგადოების ინფორმირებისთვის სასარგებლოა სოციალური მედიის და ინტერნეტის გამოყენება, ასევე საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. World Health Organisation. 2017. Save lives: a road safety technical package.
2. European Commission. 2016. ROAD SAFETY IN THE EUROPEAN UNION Trends, statistics and main challenges.
3. Chang, D. 2008. National pedestrian crash report.
4. Kim, J. S. 2014. A review of the traffic safety culture in Europe to improve pedestrian safety in the US: Lessons from France and Sweden.
5. Siddiqui, N., Chu, X., & Guttenplan, M. Crossing locations, light conditions, and pedestrian injury severity. Transportation Research Record: Journal of the Transportation Research Board. 2006,1982:141-149.
6. Öström, M., & Eriksson, A. Pedestrian fatalities and alcohol. Accident Analysis & Prevention, 2001, 33(2):173-180.
7. European Commission. 2010. Europe 2020: a strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Working paper {COM (2010) 2020}.
8. EC–European Commission. 2010. Towards a European road safety area: policy orientations on road safety 2011-2020. Communication from the Commission to the

European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM,2010: 389.

9. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). 2010. Youth and Road Safety Action Kit.
10. Racioppi F., L. E. Preventing Road Traffic Injury: A Public Health Perspective for Europe. 2004.
11. Shoukrallah, R. Road safety in five leading countries. Journal of the Australasian College of Road Safety. 2008;19:1.

კვლევა დაფინანსდა ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დაფინანსებით მიმდინარე აიოვას უნივერსიტეტის „iCREATE – კვლევის მოცულობის გაზრდა აღმოსავლეთ ევროპაში“ პროექტის ფარგლებში.



ინკლუზიური განათლების ხელისშემშლელი ფაქტორების კვლევა საქართველოს საჯარო სკოლებში

მარიკა გაჩეჩილაძე¹, სალომე აბულაშვილი¹

¹ ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. საქართველოს საგანმანათლებლო სისტემაში ინკლუზიური განათლების მოდელის სრულყოფილად დანერგვის ბევრი ხელისშემშლელი ფაქტორი არსებობს. სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების პირთა ჩართვა ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში არ წარმოადგენს მარტივ პროცესს. მიუხედავად მდგომარეობის გამოსწორების აქტიური მცდელობისა, საზოგადოების ნაწილი მაინც არასაკმარის ინფორმაციას ფლობს ინკლუზიური განათლების მოდელთან დაკავშირებით. განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს ფიზიკურად არადაპტირებული სკოლების დიდი რაოდენობა და შესაბამისი სასწავლო მასალების არარსებობა. ინკლუზიური განათლების მოდელის დამკვიდრებისთვის მნიშვნელოვანია თითოეული ადამიანის, განსაკუთრებით კი აკადემიური პერსონალისა და მშობლების აქტიური ჩართვა სასკოლო პროცესში. კვლევის მიზანია იმ პრობლემებისა და ბარიერების იდენტიფიკაცია, რომლებიც აქვთ საჯარო სკოლებში სსსმ მოსწავლეებს. ამავდროულად, კვლევის ინტერესის სფეროს წარმოადგენს იმ ხელისშემშლელი ფაქტორების შესწავლა, რომელიც ხელს უშლის მოსწავლეს მიიღოს სრულფასოვანი განათლება თავის თანატოლთან ერთად. **მეთოდოლოგია.** კვლევაში გამოყენებულია თვისებრივი კვლევის ისეთი მეთოდები, როგორებიცაა: სიღრმისეული ინტერვიუ, მეორეულ მონაცემთა

ანალიზი. მიზანმიმართულად შეირჩა 8 რესპონდენტი: ინკლუზიური განათლების სპეციალისტი, მანდტურის ბაზაზე არსებული ფსიქოლოგიური ცენტრის ფსიქოლოგი, სკოლის პედაგოგები, ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლის მშობლები და სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის მშობელი. **შედეგები.** ინკლუზიური განათლების გარშემო არსებულ პრობლემათაგან ყველაზე მნიშვნელოვანი ინკლუზიური განათლების მხრივ ინფორმირებულობის დაბალი დონეა. მშობლები და მასწავლებლები ამ საკითხს ბოლომდე არ იცნობენ, არ ფლობენ სრულფასოვან ინფორმაციას მათი უფლებების და ვალდებულებების შესახებ, რის გამოც ხშირად მოქმედებენ არასწორად და ექმნებათ პრობლემები. მასწავლებლები და ზოგადად ამ სფეროში მომუშავე ადამიანები საჭიროებენ კვალიფიკაციის ამაღლებას. მეორე დიდ დაბრკოლებას წარმოადგენს სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლეებსა და მასწავლებლებს შორის დამოკიდებულება. ასევე იკვეთება დამოკიდებულების პრობლემა მშობლებსა და სსმ მოსწავლეებს შორის. ხშირად მშობლებს არ სურთ მათმა შვილმა სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლესთან ერთ კლასში ისწავლოს. **რეკომენდაციები.** მიზანშეწონილია დამატებითი ფინანსური და ადამიანური რესურსების გამოყოფა საგანმანათლებლო რესურსებით უზრუნველყოფისათვის. აუცილებელია ადაპტირებული ფიზიკური გარემოს შექმნა უნივერსალური დიზაინის შესაბამისად. დამხმარე სპეციალისტების დაფინანსების საკითხის გადახედვა. ინფორმაციის დონის ასამაღლებლად და ინკლუზიური პრინციპების გასაცნობად საჭიროა გრძელვადიანი და ეფექტური ტრენინგების ჩატარება. ასევე, მნიშვნელოვანია სკოლასა და ოჯახს შორის თანამშრომლობის და კომუნიკაციის გაუმჯობესება და სოციალური მუშაკის ინსტიტუტის დანერგვა საგანმანათლებლო სისტემაში.

საკვანძო სიტყვები:

ინკლუზიური საგანმანათლებლო მოდელი, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე (სსსმ) მოსწავლე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი (შშმპ), ადაპტირებული გარემო.

ციტირება: მარიკა გაჩეჩილაძე, სალომე აბულაშვილი. ინკლუზიური განათლების ხელისშემშლელი ფაქტორების კვლევა საქართველოს საჯარო სკოლებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Introduction. There are many hindering factors in Georgia, which cause problems in the educational system. One of the most important issue is an inclusive educational model. It is not easy to implement it perfectly in Georgian schools. Involvement of special education needs in general education institutions is not a simple process. Despite the active efforts to improve the situation, the public still lacks information about the inclusive education model. Additionally, a large number of physically unadulterated schools and the absence of appropriate educational materials is a particular problem. Active involvement of each person, especially academic staff and parents in the school process is important for establishing an inclusive education model. Increasing of their role will lead to reach new successes to establish this model in the system. It will help new generation to development their skills and the level of education. The research aim is to identify the problems and barriers that have student of special educational needs in public schools. At the same time, we are interested in to research the hindering factors that prevent students from taking full-fledged education with their peers. **Methodology.** Methods of qualitative research used in the study, such as in-depth interviews, analysis of second data, observation and review of literature. We deliberately chose 8 respondents: inclusive education specialist, psychologist of psychological center on the basis of mandatory, school teachers, parents of typical development students and parent of a special educational need student. **Results.** The most important of the problems around inclusive education is the low level of awareness of inclusive education. According to the specialist, parents and teachers are not fully aware of this issue, they do not possess full information about their rights and obligations, which often do not work properly, so there are to many problems. Teachers and people in general in this field need to increase their qualifications. The second biggest obstacle is the attitude of students with special needs and teachers. There is also a problem of dependence p between parents and special needs students. Parents often do not want their children to learn in a class with a special needs pupil. **Recommendations.** Additional financial and human resource allocation for educational resources. It is necessary to create an adaptive physical environment in accordance with universal design. Review the issue of funding of supporting specialists. Long-term and effective trainings should be made to increase the level of information and to

learn about inclusive principles. It is also important to improve cooperation and communication between the school and family and introduce the institute of social work in the educational system.

Keywords: inclusive educational model, a student with educational needs, person with disability, adopted environment.

Quote: Marika Gachechiladze, Salome Abulashvili. Research of hindering factors in inclusive education in Georgian public schools. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

საქართველოს ეკონომიკური და სოციალური პროგრესის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი რესურსი ადამიანური კაპიტალია [1]. შესაბამისად, განათლება და მეცნიერება ქვეყნის განვითარების პრიორიტეტული სფეროებია, სახელმწიფოს წარმატება მათ ეფექტურობაზეა დამოკიდებული [1]. სწორედ ამ სისტემამ უნდა უზრუნველყოს დემოკრატიული ღირებულებების მქონე მოქალაქეთა აღზრდა. უკეთ რომ ვთქვათ, სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს განათლების ხელმისაწვდომობა ყველა ბავშვისთვის, რადგან მიიღო განათლება არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება. თანაბარი შესაძლებლობები ყველასათვის გამორიცხავს დისკრიმინაციას, ეთნიკური, რელიგიური თუ რასობრივი კუთხით. წლების განმავლობაში აქტიურად იბრძოდნენ საყოველთაო, ინკლუზიური მოდელის დასანერგად მსოფლიოს საგანმანათლებლო სისტემებში. ინკლუზიური განათლება – გულისხმობს ყველა ტიპის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეების (სსსმ) ჩართვას ზოგადსაგანმანათლებლო სასწავლო პროცესში თანატოლებთან ერთად. აღსანიშნავია, რომ 2004 წელს ქვეყნის განათლების სისტემაში მიმდინარე რეფორმის კვალდაკვალ, ინკლუზიური განათლების დანერგვა/განვითარება სახელმწიფო პრიორიტეტად იქნა აღიარებული. თუმცა დღესდღეობით ნამდვილად ბევრი პრობლემა არსებობს საქართველოს სკოლებში ინკლუზიური განათლებასთან დაკავშირებით. კვლევების თანახმად ირკვევა, რომ სკოლების უმრავლესობაში ჯერ კიდევ არ არსებობს ადაპტირებული გარემო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის (შშმ), სპეციალური

საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეებისთვის მოდიფიცირებული მასალები, პრობლემებია მუშაობის და მართვის დემოკრატიული სტილის დამკვიდრებასთან. რეალურად საქართველოში ინკლუზიური ღირებულებების ჩამოყალიბების მხრივ, ჯერ კიდევ დიდი გზაა გასავლელი.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლებათა კონვენცია შესაძლებლობას აძლევს მოსწავლეს მიიღოს სრულყოფილი განათლება თანატოლებთან ერთად თანასწორ პირობებში. სოციალური მოდელი გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობას. დღეს ყველას აქვს უფლება მიიღოს განათლება. ინკლუზიური განათლება ჯანსაღი საზოგადოების შენების საწინდარია.

ინკლუზიური განათლების მოდელმა საქართველოში განსაკუთრებული აქტუალობა მას შემდეგ შეიძინა, რაც, 2006 წლის ზოგადი განათლების შესახებ კანონით, სახელმწიფომ აღიარა შშმ პირთა უფლება, მიიღონ განათლება ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში სხვა მოსწავლეებთან ერთად. შესაბამისად, არცერთ ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებას აღარ აქვს უფლება, უარი უთხრას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს სკოლაში მიღებაზე [2].

კვლევის მიზანია პრობლემებისა და ბარიერების იდენტიფიკაცია, რომლებიც აქვთ საჯარო სკოლებში სსსმ მოსწავლეებს, სკოლის სრულფასოვან წევრად გახდომის ხელის შემშლელი ფაქტორების დადგენა.

კვლევის ამოცანებია:

- სკოლის პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეების მიმართ.
- იმ პრობლემები და დაბრკოლებების იდენტიფიცირება, რომელსაც აწყდებიან შშმ მოსწავლეთა და სსსმ მოსწავლეთა მშობლები.

მეთოდოლოგია.

კვლევაში გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის ისეთი მეთოდები, როგორებიცაა:

- სიღრმისეული ინტერვიუ
- დაკვირვება
- მეორეულ მონაცემთა ანალიზი
- ლიტერატურის მიმოხილვა

კვლევისთვის მიზანმიმართულად შევარჩიეთ 8 რესპონდენტი. აქედან 1 ინკლუზიური განათლების სპეციალისტი, 1 მანდატურის ბაზაზე არსებული ფსიქოლოგიური ცენტრის ფსიქოლოგი, 2 სკოლის პედაგოგი, 3 ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლის მშობელი და 1 სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის მშობელი.

დაკვირვება ჩატარდა ქალაქ თბილისის ორ საჯარო სკოლაში და რუსთავის ერთ ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში.

კვლევის ეთიკის საკითხები

რესპონდენტებს გავაცანით კვლევის მიზანი და ამოცანები. საკითხის შესწავლის შემდეგ მათგან მივიღეთ ინფორმირებული თანხმობა. (ყველა რესპონდენტი არის სრულწლოვანი) კვლევაში კონფიდენციალობის დაცვის მიზნით მონაწილეების გვარები და სახელები არ არის გამოყენებული ან შეცვლილია.

ლიტერატურის მიმოხილვა

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე (შშმ) ბავშვები და ახალგაზრდები მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე მარგინალურ და ღარიბ ფენას წარმოადგენენ. იუნესკოს მონაცემებით, განვითარებად ქვეყნებში შშმ ბავშვთა 98% კვლავ არ დადის სკოლაში და შშმ გოგონათა 99% წერა-კითხვის უცოდინარია [3]. მთელ მსოფლიოში ხშირია გამოცდილება, როდესაც შშმ ბავშვები და ახალგაზრდები ტოვებენ სკოლას და საბოლოოდ, რჩებიან დასაქმების და ეკონომიკის მიღმა. ახალგაზრდა შშმ ქალები და მამაკაცები, როგორც წესი, განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, უფრო მეტ დისკრიმინაციას და მძიმე სოციალურ, ეკონომიკურ და სამოქალაქო უთანასწორობას განიცდიან, ვიდრე მათი თანატოლები, რომელთაც არ აქვთ

შეზღუდული შესაძლებლობა. მრავალ ქვეყანაში მცხოვრები შშმ ბავშვისთვის და ახალგაზრდისთვის ასეთი გარიყვა, იზოლაცია, ისევე, როგორც განათლების მიღებისა და ეკონომიკური განვითარების შესაძლებლობის არ არსებობა ყოველდღიურ გამოცდილებას წარმოადგენს.

საქართველოში არ არსებობს შშმ ბავშვების და ახალგაზრდების შესახებ ზუსტი სტატისტიკა. 2015 წლის ნოემბრის მონაცემებით, საქართველოში რეგისტრირებულია 0-18 წლამდე ასაკის მხოლოდ 9,177 შშმ ბავშვი [3] აღსანიშნავია, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის განსაზღვრა ჯერ კიდევ სამედიცინო მოდელის მიხედვით ხორციელდება, რომლის ფარგლებშიც არ ხდება განვითარებასთან დაკავშირებული შეფერხებების შეფასება და დიაგნოსტიკა და შესაბამისად, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მინიჭებაც; აღნიშნული განაპირობებს შშმ პირების არასანდო და არასრულ სტატისტიკას და აფერხებს შშმ პირების საჭიროებებისა და პოტენციალის გამოვლენას. შესაბამისად, ქვეყნის სოციალური და განათლების პოლიტიკაც და მომსახურებებიც ნაკლებად ეფუძნება ინდივიდუალურ საჭიროებებს. [3]

1994 წელს სალამანკას დეკლარაციამ და 12 წელიწადში (2006 წელს) - გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლებათა კონვენციამ მნიშვნელოვნად შეცვალა სპეციალური საჭიროებების მქონე ადამიანთა განათლებისადმი დამოკიდებულება. სალამანკის დეკლარაციით სათავე დაედო ინკლუზიური განათლების მოდელის საყოველთაოდ აღიარების პროცესს. აღნიშნული მოდელის თანახმად, ყველა ადამიანი, განურჩევლად შესაძლებლობებისა და შეზღუდვებისა, განათლებას უნდა იღებდეს თანატოლებთან (უმრავლესობასთან) ერთად.

გაერთიანებული ერების კონვენციამ ბავშვის უფლებების შესახებ შექმნა ახლებური აღქმა, რომლის მიხედვითაც ბავშვები სარგებლობენ თავიანთი უფლებებით, მათ გააჩნიათ ასაკის შესაბამისი ვალდებულებები და არ წარმოადგენენ მხოლოდ მშობლების საკუთრებას ან კმაყოფაზე მყოფ უსუსურ, დაუცველ არსებებს. ბავშვის უფლებები მოიცავს ბავშვებისა და მოზარდების ცხოვრების ყველა ასპექტს, რომელთა დაყოფაც შესაძლებელია შემდეგ ძირითად კატეგორიებად:

გადარჩენისათვის აუცილებელი უფლებები: სიცოცხლის უფლება და ძირითადი საჭიროებების დაკმაყოფილების უფლება (მაგალითად, ცხოვრების სათანადო პირობები, თავშესაფარი, კვება, სამედიცინო მომსახურება); განათლების უფლება საყოველთაო ხასიათისაა და განკუთვნილია იმისათვის, რომ მისით ისარგებლოს ყველამ, განურჩევლად შესაძლებლობებისა, რასისა, ეთნიკური წარმოშობისა, რელიგიისა, სქესისა, ეროვნებისა, სექსუალური ორიენტაციისა, კლასისა ან სხვა რომელიმე ფაქტორისა, რომელიც პიროვნების იდენტურობას განსაზღვრავს. საშუალო სკოლა ბავშვის განვითარების უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს. ესაა პერიოდი, როდესაც ბავშვი იქცევა მოზარდად, გადადის ზრდასრულობის ეტაპზე და როდესაც იგი იძენს იმ აუცილებელ უნარ-ჩვევებს, რომლებიც განსაზღვრავს ბავშვის მონაწილეობას შრომის ბაზარზე და მის წვლილს დემოკრატიული საზოგადოების მშენებლობაში.

გაეროს განათლების, მეცნიერებისა და კულტურის ორგანიზაციის (UNESCO) ინფორმაციით, საშუალო სკოლაში ჩარიცხვის მთლიანი მაჩვენებელი 1999 წელს 79%-დან 2009 წელს 90,1%-მდე გაიზარდა და არ აღნიშნულა გენდერული უთანასწორობა [4].

2013 წელი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის, მათ შორის ინკლუზიური განათლების საკანონმდებლო ჩარჩოს გაუმჯობესების კუთხით მნიშვნელოვანი წელი იყო. 2013 წლის 23 დეკემბერს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო დადგენილება „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის“ (CRPD) რატიფიცირების შესახებ.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ ინკლუზიური განათლების დანერგვა ზოგადი განათლების საფეხურზე კონვენციის რატიფიცირებამდე ბევრად ადრე, 2006 წელს დაიწყო. შედეგად, საქართველოს მასშტაბით ინკლუზიურ განათლებაში 1000-ზე მეტი სკოლაა ჩართული, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა რაოდენობა კი 2015 წლის აგვისტოს მდგომარეობით 4,743-ს შეადგენს. სახელმწიფოს მხრიდან გაწეული ძალისხმევით (საერთაშორისო და არასამთავრობო სექტორთან პარტნიორობით) მიუხედავად, ინკლუზიური განათლების დანერგვის პროცესში მნიშვნელოვანი ღონისძიებებია გასატარებელი, რათა გამოსწორდეს არსებული

ხარვეზები და ხელი შეეწყოს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციით“ დაკისრებული ვალდებულებების დროულად და ეფექტურად შესრულებას. აუცილებელია ინკლუზიური განათლების საკანონმდებლო ბაზის კონვენციასთან ჰარმონიზაცია. მიუხედავად იმისა, რომ ორგანული კანონების დონეზე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლება განათლებაზე საქართველოში აღიარებულია, ბარიერები არსებობს ამ უფლების რეალიზების კუთხით. ინკლუზიური განათლების საკანონმდებლო ჩარჩო არ ქმნის ბავშვისა და სტუდენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებულ სტრუქტურულ და მოქნილ სისტემას. [5]

გავანალიზებთ კვლევა - „ინკლუზიური განათლების მაჩვენებელი საქართველოში“. [6] აღნიშნული პროექტი მიზნად ისახავდა საქართველოში ინკლუზიური განათლების რეფორმის შეფასებას. მოცემული კვლევა სწორედ წარმოადგენს საწყისი მონაცემების შეგროვების მცდელობას.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადი განათლების კანონის თანახმად ყველა ბავშვი უნდა უზრუნველყოფილი იყოს ზოგადი განათლების საცხოვრებელ სახლთან ახლომდებარე სკოლაში მიღებით, არ არსებობს სკოლების ფიზიკურ ადაპტაციასთან დაკავშირებით რაიმე კანონი ან ნორმატიული აქტი. აღნიშნული ამცირებს თანაბარი ხელმისაწვდომობის უფლებას. ასევე, არ არის განსაზღვრული საკლასო ოთახების ზომები და მათი ინდივიდუალური საჭიროებებისადმი მორგების შესაძლებლობა. შესაბამისად, პრაქტიკაშიც ვლინდება ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული შეზღუდვები, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეების მშობლები არჩევენ აკეთებენ იმ სკოლებზე, რომლებიც შესაბამისი რესურსებით მეტადაა უზრუნველყოფილი და არა საცხოვრებელ ადგილთან სიახლოვით. ნორმატიული დოკუმენტებით სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეები უნდა სწავლობდნენ ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის მიხედვით. აღნიშნული უნდა უზრუნველყოფდეს საგანმანათლებლო საჭიროებების შესაბამის აკომოდაციას და ადაპტაციას. რეალურად, ადამიანური რესურსების (სპეციალური პედაგოგი, სკოლის ფსიქოლოგი) სიმწირის გამო სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეთა მხოლოდ ნაწილისთვის არის შემუშავებული

ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა და მიმდინარეობს ამ გეგმის შესაბამისი სწავლება.

პრობლემას წარმოადგენს ადაპტური ტექნოლოგიების ხელმისაწვდომობა საჯარო სკოლებში. ამ ეტაპზე მათი გამოყენება უზრუნველყოფილია მხოლოდ სპეციალური პროფილის სკოლებში. [6]

გამოვიყენეთ „სენსიტიური ჯგუფის ბავშვთა სკოლაში ინტეგრაციის ხელისშემშლელ ფაქტორთა კვლევა.“ [7] პროექტი დაიგეგმა და განხორციელდა იმ ფაქტორების დასადგენად, რომელიც ხელს უშლის განათლების მიღმა დარჩენილი ბავშვების ფორმალურ განათლებაში ჩართვას და მათ თანატოლებთან ინტეგრაციას. კვლევის შედეგებმა შესაძლებელი გახადა პრობლემების იდენტიფიკაცია, რომელიც მოწყვლადი ჯგუფის ბავშვებს ექმნებათ საჯარო სკოლებში. გამოვლინდა მათი სკოლის სრულფასოვან წევრად გახდომისთვის ხელის შემშლელი ფაქტორები.

მონაცემების მიხედვით სკოლის დღევანდელი შესაძლებლობების, ასევე სენსიტიური ჯგუფის ბავშვთათვის დამახასიათებელი პრობლემების გათვალისწინებით არსებობს ბარიერები მათი ფორმალურ განათლებაში ინტეგრაციისთვის, რომლებიც აიძულებენ ყველაზე მეტად გარიყულ ბავშვებსა და ახალგაზრდებს დარჩენენ სასკოლო პროცესის ანუ ფორმალური განათლების მიღმა. მათ შესამცირებლად აუცილებელია სპეციალური საგანმანათლებლო სერვისების შემუშავება. რაც გულისხმობს სამიზნე ჯგუფებისთვის საგანმანათლებლო საჭიროებების შესაბამისი რეკომენდებული სერვისების მომზადებას. [7]

აგრეთვე ვიხელმძღვანელებთ „ინდივიდუალური სასწავლო გეგმით-გზამკვლევი მასწავლებლებისთვის“, [8] რომელშიც დაწვრილებით არის განხილული რას გულისხმობს ინკლუზიური განათლება, როგორ ხდება სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის იდენტიფიკაცია და შეფასება; რა სირთულეებთან არის დაკავშირებული ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შედგენა, განხორციელება და მონიტორინგი.

გამოვიყენეთ „ინკლუზიური განათლებისადმი საზოგადოების განწყობა-დამოკიდებულებების კვლევის ანგარიში“ [9]. მოცემული ანგარიშის მიზანი არის ინკლუზიური განათლებისადმი საზოგადოების განწყობა-დამოკიდებულებების აღწერა. დოკუმენტში წარმოდგენილია მოსწავლეების, მათი მშობლებისა და

მასწავლებლების ინფორმირებულობასა და ინკლუზიური განათლებისადმი მათ დამოკიდებულებებს. I, II, III და IV თავები მოიცავენ ჩატარებული ფოკუს-ჯგუფებისა და ჩალრმავებული ინტერვიუების შედეგების ანალიზს, რომლებიც ჩატარდა 2006 წლის ნოემბერ-დეკემბერში.

მოცემულ დოკუმენტში, გარდა ინკლუზიური განათლებისადმი ზოგადი განწყობა - დამოკიდებულებებისა, წარმოდგენილია უარყოფითი და დადებითი ასპექტები, რომლებსაც მასწავლებლები, მოსწავლეები, მოსწავლეთა მშობლები, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე (შემდგომში - შშმ) ბავშვები და შშმ ბავშვების მშობლები ხედავენ ინკლუზიურ განათლებაში და, აგრეთვე, მათი ინკლუზიური განათლებისადმი განწყობის მიზეზები.

დოკუმენტში, ასევე, განხილულია, თუ რა სახით უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია საზოგადოებას, აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონის ამაღლების მიზნით. თითოეული საკვლევი ჯგუფის განწყობა-დამოკიდებულებები და ინფორმირებულობის ხარისხი ანგარიშში ცალკე თავებად არის წარმოდგენილი.

შედეგები, დისკუსია

კვლევის შედეგად ირკვევა, რომ ინკლუზიური განათლების გარშემო არსებულ პრობლემათაგან ყველაზე მნიშვნელოვანი ინკლუზიური განათლების მხრივ ინფორმირებულობის დაბალი დონეა. სპეციალისტის თქმით მშობლები და მასწავლებლები ამ საკითხს ბოლომდე არ იცნობენ, არ ფლობენ სრულფასოვან ინფორმაციას მათი უფლებების და ვალდებულებების შესახებ, რის გამოც ხშირად მოქმედებენ არასწორად და ექმნებათ პრობლემები. მასწავლებლები და ზოგადად ამ სფეროში მომუშავე ადამიანები საჭიროებენ კვალიფიკაციის მეტად ამაღლებას. მეორე დიდ დაბრკოლებად ექსპერტი დამოკიდებულებას ასახელებს, როგორც თვითონ ტიპური და სპეციალური საჭიროების მოსწავლეებს მასწავლებლებს შორის, ასევე მათი მშობლების. ხშირად ტიპური განვითარების მშობლებს არ სურთ მათმა შვილმა სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლესთან ერთ კლასში ისწავლოს. “ძალიან ბევრ ადამიანს მიაჩნია, რომ შშმ პირების სწავლა სკოლაში თანატოლებთან ერთად არ არის სწორი და მათი აზრით, სპეციალური

საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეები ცალკე სკოლებში უნდა სწავლობდნენ.“ - ამბობს მანდატურის ბაზაზე არსებული ფსიქოლოგიური ცენტრის ფსიქოლოგი.

სიღრმისეული ინტერვუებიდან იკვეთება საქართველოში ზოგადად აქტუალური პრობლემა, დაბალ ხელფასებთან დაკავშირებით. ამ საკითხთან დაკავშირებით ჩნდება მასწავლებლების დამოკიდებულება, რომლებსაც მიაჩნიათ რომ სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლეების სწავლება, დამატებითი შრომაა და საჭიროებს დამატებით ანაზღაურებას. მსგავსი პრობლემები გამოიკვეთა ასევე რეგიონებში, მაგრამ ამ შემთხვევაში იქ არსებული სირთულეები უფრო მწვავეა, რადგან მასწავლებლებისთვის ძირითადად ხელმიუწვდომელია გადამზადების პროგრამები, რომელიც თბილისში ტარდება. „მასწავლებელთა სახლი არის თბილისში და მათი გადამზადების პროგრამებიც ამ წუთას მხოლოდ თბილისში ტარდება“ - აღნიშნა ინკლუზიური განათლების ექსპერტმა.

სპეციალისტთან საუბრისას გამოიკვეთა მასწავლებლის მიერ სპეც. პედაგოგის სტატუსის შეთავსება, დამატებითი ანაზღაურების გამო. აგრეთვე აქცენტი გამახვილდა, უმაღლესი განათლები დაწესებულებებში ინკლუზიური განათლების ხელისშემშლელ ფაქტორებთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ უნივერსიტეტი ვალდებულია იზრუნოს სპეციალური საჭიროების მქონე პირებისთვის საგანმანათლებლო პირობების შექმნაზე, რეალობა ბევრად განსხვავდება მოლოდინებისგან. ამ პრობლემის მიზეზად სპეციალისტი თვითონ განათლების სისტემას ასახელებს, რომელმაც ჯერ კიდევ ვერ შეძლო ეროვნული გამოცდების სისტემის სპეციალური საჭიროების მქონე ბავშვებზე ადაპტირება.

კვლევის შედეგებიდან ვხედავთ რომ არა მარტო ინკლუზიური ფონის განვითარებისთვის, არამედ სკოლაში არსებული დაბრკოლებების დასაძლევად აუცილებელია სოციალური მუშაკის, როგორც ინსტიტუტის სკოლაში დანერგვა და მისი როლის გაზრდა. ამასთან ერთად ცალსახაა სკოლაში საჭირო ინვენტარის და თანამშრომლების ნაკლებობა: ბრაილის შრიფტი იქნება ეს თუ ჟესტური ენის თარჯიმანი.

ინკლუზიურ განათლებაში დიდ დაბრკოლებას წარმოადგენს ფსიქოლოგების მიმართ სტერეოტიპული დამოკიდებულება.“მშობლების

უმრავლესობა ფიქრობს, რომ ფსიქოლოგთან მარტო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები დადიან. ისინი თავის შეხედულებებს აქტიურად ახვევენ თავს, როგორც მათ გარშემო მყოფ ადამიანებს ისე თავიანთ შვილებს. ამიტომ ბავშვები პრობლემის არსებობის შემთხვევაშიც კი ცდილობენ თავი აარიდონ ფსიქოლოგთან საუბარს“. განაცხადა ქვემო ქართლის ფსიქოლოგიური ცენტრის ფსიქოლოგმა. ამ საკითხს კიდევ ერთხელ მივყავართ ინფორმირებულობის დაბალ დონესთან და ტრენინგების ჩატარების აუცილებლობასთან. ფსიქოლოგის თქმით, ის არსებული პრობლემები, რომელსაც დღეს ვხედავთ გარკვეულ წილად არასრულია, რაც გამოწვეულია სკოლებში სსსმ მოსწავლეების წილის ნაკლებობით. ჩანს, რომ სპეციალური საჭიროების მქონე ბავშვების ნახევარი მაინც რომ იღებდეს განათლებას საჯარო სკოლებში უფრო მეტი პრობლემა გამოაშკარავდებოდა.

სამწუხაროდ, სახელმწიფო უწყებებს შორის კოორდინირებული სისტემა არ არსებობს. ამ დროისთვის მონიტორინგის სისტემა ამოწმებს მხოლოდ ტექნიკური ნაწილს. ვერ ახერხებს გაეცნოს და აკონტროლოს ქვეყნის მასშტაბით ინკლუზიურ განათლებაში არსებული პრობლემები და მდგომარეობა. ამას იწვევს როგორც კადრებისა ისე ფინანსების ნაკლებობა. კვლევის პროცესში შესაძლებელი გახდა დაგვეჩვენა წლების განმავლობაში განვლილი პროგრესი ინკლუზიური განათლების მხრივ. მიუხედავად იმისა, რომ ჯერჯერობით სისტემაში ბევრი ხარვეზია და აქცენტებიც გარკვეულ წილად არასწორად კეთდება, ქვეყანა ამ მხრივ მაინც სწორ გზას ადგას.

დაკვირვების დროს გამოიკვეთა, მშობლების როლი ინკლუზიური განათლების პროცესში. ეს ეხება მათ წინააღმდეგობას ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შედგენასთან დაკავშირებით. უმეტესად მშობლებს არ სურთ საკუთარი შვილისთვის ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შედგენა, რადგან ფიქრობენ, რომ ეს მათი შვილის სტიგმატიზაციას გამოიწვევს. კონკრეტულად პირველ კლასში, მიუხედავად იმისა, რომ ისე არ ჰქონდათ შედგენილი, რეალურად სსსმ მოსწავლედ ბევრი ითვლებოდა. სწორედ ამიტომ დიდი პრობლემა იკვეთება მშობლებთან დაკავშირებით, მათ არ სურთ თავიანთ ბავშვებს ისე შეუდგინონ, არადა რეალურად კლასიდან 4 მოსწავლეს აქვს ქცევითი პრობლემა. მსგავსი შემთხვევები

გვაფიქრებინებს, რომ მშობლების ინფორმირებულობის დონე ამ საკითხთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია.

როგორც აღმოჩნდა, ქცევითი პრობლემები ბევრ ბავშვს აქვს და ამ მხრივ რთული სიტუაციაა დღესდღეობით. მაგალითად X ბავშვი სრულიად უეცრად იწყებს ყვირილს და ცდილობს ჩაშალოს საგაკვეთილო პროცესი, აღენიშნება, გაღიზიანება და ცდილობს სხვებიც აიყოლიოს. სსსმ მოსწავლის მცდელობის მიუხედავად, მასწავლებელი მაქსიმალურად შეეცადა ხარისხიან, შედეგზე ორიენტირებული განათლების მიწოდებას და ფოკუსირებული იყო ინდივიდზე. მშობლების ინფორმირებულობის დაბალ დონეზე მიუთითებს ის ფაქტი, რომ X ბავშვის მამა თვლის, რომ ფსიქოლოგთან სიარული ნორმალური არ არის და კატეგორიულად ცდილობს ხელი შეუშალოს კონსულტაციებს ცენტრში. განათლების სფეროში ჩართული სპეციალისტები მიუთითებენ, რომ საზოგადოებრივი ცნობიერების კუთხით დიდი წინააღმდეგობები არსებობს. საზოგადოება, ამ შემთხვევაში მშობლები არ არიან მზად იყვნენ სოლიდარული თუნდაც ფსიქოლოგის ინსტიტუტის მიმართ.

გაირკვა, რომ საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპები დღემდე არსებობს სსსმ მოსწავლეების მიმართ. „ხშირად მიწევდა ჩემი შვილის თანაკლასელების მშობლებთან კამათი. თავად გამოხატავდნენ აგრესიას და ვცდილობდი არ ავყოლოდი პროვოკაციას და კონფლიქტი არ შემექმნა „ -აცხადებს სსსმ მოსწავლის მშობელი, 28 წლის ეკა.

ჩატარებული სიღრმისეული იტერვიუებიდან გამოიკვეთა, რომ სკოლის პერსონალისთვის, კერძოდ, პედაგოგებისთვის გადამზადების კუთხით მეტი სამუშაოა საჭირო და მეტი პრაქტიკა. ამას ადასტურებს თავად პედაგოგის შემდეგი სიტყვები : *„ყველა ტრენინგი არ იძლევა სათანადო ინფორმაციას. საჭიროა უფრო მეტი პრაქტიკული ტრენინგი და შეხვედრა, რომელიც დაგვებმარება უფრო მეტი გავიგოთ. კარგი იქნება უცხოური მიდგომები დავისწავლოთ და გამოვიყენოთ სწავლების პროცესში. რაც უფრო მეტი შეხვედრები გვექნება და მეტ ცოდნას გავვიზიარებენ, რა თქმა უნდა, დაგვებმარება სსსმ მოსწავლეებთან მუშაობისას“ .* ასევე პედაგოგების მხრიდანაც და მშობლების მხრიდანაც ხაზი გაესვა იმ ფაქტს,

რომ რთულია ერთდროულად ჩართო საგაკვეთილო პროცესში ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლეებიც და სსსმ მოსწავლეებიც.

ნათელი ხდება, რომ იზრდება მარგინალიზებული მოსწავლეების რაოდენობა და დამრიგებლის, მანდატურის, ფსიქოლოგის თუ სპეციალური მასწავლებლის გარდა, საჭიროა სოციალური მუშაკის ჩართვა ამ პროცესში. მისი ერთ-ერთი ფუნქცია იქნებოდა ინდივიდების, ოჯახების კონსულტაციის გაწევა სხვადასხვა საკითხებზე და მშობლებთან მუშაობა ბავშვის სკოლასა და გარემოში ჯანსაღი ფუნქციონირებისათვის. ამ კონკრეტულ სიტუაციაში სოციალური მუშაკი უფრო ადრე მიაღწევდა შედეგს ინფორმაციის მიწოდების, სერვისების შეთავაზების და ტრენინგების ჩატარების თვალსაზრისით.

მიუხედავად იმისა, რომ მასწავლებლები მაქსიმალურად ცდილობენ ერთნაირად ჩართონ ყველა მოსწავლე სწავლის პროცესში, მაინც გამოიკვეთა ინკლუზიური განათლების ხელისშემშლელი ფაქტორები. აღნიშნული მონაცემები ცხადყოფს, რომ საკმაოდ ხშირად მასწავლებლები, რომლებიც საკუთარი რესურსებით ვერ ჭრიან პრობლემებს კლასში, უკავშირდებიან სპეციალურ პედაგოგს და სთხოვენ, წაიყვანოს ბავშვი რესურს ოთახში, რაც ხელს უშლის ბავშვის ინტეგრაციას კლასში. მესამე კლასში, სადაც ორი სსსმ მოსწავლეა, ბავშვები ერთმანეთთან კარგად ეწყობოდნენ, თუმცა თავისი მოთხოვნილებები ჰქონდათ, არ შეეძლოთ ერთ ადგილას გაჩერება, და ხშირად იყოლიებდნენ ტიპურ მოსწავლეებს. ყოფილა შემთხვევა, როცა შედარებით უკონტროლო გახდა სიტუაცია ან სსსმ მოსწავლეს დაეწყო სიცილის შეტევა, რომელიც ხშირად ახასიათებს მას. რეალურად კი მასწავლებელს მოუწია სპეც. პედაგოგის დახმარება და კლასიდან ბავშვების გაყვანა.

რეალურად ამ კონკრეტული საჯარო სკოლის შემთხვევაში ინკლუზიური განათლების მაჩვენებლის დამაბრკოლებელ ფაქტორად ადაპტირებული მასალების არ ქონა და სკოლაში მხოლოდ ერთი ფსიქოლოგის არსებობაა, რომელიც ვერ შეძლებს ყველა ბავშვის სათანადოდ მომსახურებას. სკოლის ფსიქოლოგი ერთბაშად ვერ მოემსახურება ყველა ბავშვს, ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში დაახლოებით 500 მოსწავლეა. აგრეთვე სპეციალური განათლების პედაგოგის გარდა, სკოლას ესაჭიროება მეტყველების- ენის თერაპევტი, რადგან

სულ მცირე ერთ-ერთ კლასში მოსწავლეს აქვს ამ სფეროსთან დაკავშირებული სიმძნელები. ლოგოპედი დაეხმარება მოსწავლეებს კომუნიკაციასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებაში. იმუშავენ კლასთან ან ცალკეულ ბავშვებთან მეტყველების განვითარებაზე.

მეოთხე კლასში დაკვირვებისას რადიკალურად განსხვავებული ქცევის მქონე ბავშვები აღმოჩნდნენ. Y მოსწავლეს, რომელსაც შედგენილი აქვს ისგ, მუდამ ეძინება და არ კონტაქტობს ბავშვებთან. თუმცა მასწავლებელი გაკვეთილის თემასთან დაკავშირებით ინტენსიურად უსვამდა კითხვებს. მეგობრული გარემო მას ეხმარება და არ ხდის იზოლირებულს სხვა ბავშვებისგან. ეს მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ არსებული შესაძლებლობებიდან გამომდინარე პედაგოგი ცდილობს ყველა ჩართოს საგაკვეთილო პროცესებში, მიაწოდოს ხარისხიანი განათლება და შეიმუშავოს ინდივიდუალური მიდგომა მოსწავლეებთან. ამ ადამიანებს რა რესურსებიც გააჩნიათ, სანაცვლოდ ყველაფერს აკეთებენ. პრობლემა კი - არ არსებული სერვისები, ნაკლები პერსონალი და სისტემის გაუმართაობაა, რაც საერთშორისო დონეზე გადახედვას საჭიროებს. მნიშვნელოვანია, ყურადღება მივაქციოთ მაღალ კლასებს, ვინაიდან დაწყებითების მასწავლებლები უფრო ლოიალურები და ნაკლებად მკაცრები არიან მოსწავლეების მიმართ. მაღალ კლასებში კი უფრო მატულობს დაპირისპირება, კონფლიქტი და დამაბული სიტუაცია. შესაბამისად საჭიროა მედიაცია, რაც გულისხმობს კონფლიქტური სიტუაციების მოგვარებას, ორივე მხარესთან მუშაობით.

მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი პრობლემა არსებობს ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით, ეს საერთოდაც არ გამორიცხავს დადებითი და ხელშემწყობი ფაქტორების არსებობას. პირველ რიგში, ზოგადი განათლების მასწავლებლების აქტიური მცდელობა კლასის პროცესებში ჩართოს ყველა მოსწავლე და ეცადოს მეგობრული ურთიერთობების გადრმავებას, ნამდვილად ინკლუზიური განათლების მხარდამჭერად ჩაითვლება. გარდა ამისა, ტარდება სხვადასხვა აქტივობები, შემეცნებითი ხასიათის კონკურსები ან თუნდაც თამაშები, რომლებიც ხელს უწყობს მეგობრული გარემოს შექმნას, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას და ეფექტური უნარ-ჩვევათა გაძლიერება-დასწავლას.

აღსანიშნავია, რესურს-ოთახის არსებობა, რითიც შეუძლიათ ისარგებლონ შშმ და სსსმ მოსწავლეებმა. კაბინეტი თანამედროვედ არის აღჭურვილი და ხელს უწყობს ინკლუზიური განათლების მიმდინარეობას. იქ არსებული რესურსები, მასალები და ზოგადად შექმნილი გარემო დაეხმარება სსსმ ან შშმ მოსწავლეს დამატებითი ცოდნა და გამოცდილება შეიძინოს. თუმცა, სამწუხაროდ, ადაპტირებული ტექნოლოგიების სიმცირე მაინც იგრძნობა საჯარო სკოლებში.

დაკვირვებიდან ირკვევა, რომ ადაპტირებულ გარემოსთან დაკავშირებით სკოლაში დიდი პრობლემაა, რადგან არ არსებობს არანაირი პანდუსი და ხელისშემწყობი ფიზიკური სივრცე. სწორედ ამით აიხსნება, რომ სკოლას არ ჰყავს ეტლით მოსარგებლე მოსწავლე.

დასკვნა

გამოკითხული რესპონდენტების პასუხებიდან გამოიკვეთა ძირითადი ტენდენციები. რეალურად ყველაზე დიდი პრობლემა ინფორმაციის სიმცირეა. ის მშობლები, რომლებიც წინააღმდეგნი არიან ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შედგენაზე, როცა ბავშვი ნამდვილად ვერ ძლევს ეროვნული სასწავლო გეგმით გათვალისწინებულ მასალებს, შეგვიძვლია ვთქვათ, რომ მას არ აქვს ზუსტი და ამომწურავი ინფორმაცია. ამ შემთხვევაში ყველა მშობელს უნდა ჩაუტარდეს ტრენინგები, ლექციები ან შეხვედრები სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით, აუცილებელია იცოდნენ რას ნიშნავს ინკლუზიური განათლება და რა პრინციპებზეა დაფუძნებული.

გამოიკვეთა სპეციალურ პედაგოგთა კადრების არასათანადო რაოდენობის პრობლემა. ზოგიერთ სპეციალურ მასწავლებელს სსსმ და შშმ მოსწავლეების დიდ რაოდენობასთან უწევს მუშაობა, რაც მათ მუშაობას არაპროდუქტიულს ხდის. სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე ზოგიერთ მოსწავლესთან საერთოდ არ მუშაობს სპეციალური პედაგოგი, რაც სტიგმის გაღრმავებას უწყობს ხელს.

ადამიანურ რესურსებთან ერთად, დიდი პრობლემაა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმართაობა. პედაგოგებს არ აქვთ საკმარისი დამატებითი

სახელმძღვანელოები და სსსმ მოსწავლეებთან სამუშაოდ. ასევე, მწირია სტანდარტული ბეჭდური წიგნების ალტერნატიული მასალა- აუდიო წიგნები, ბრაილის შრიფტით დაწერილი ლიტერატურა და ა.შ. შესაბამისად, პედაგოგებს უჭირთ მოერგონ სხვადასხვა შეზღუდვის მქონე შშმ პირების საჭიროებებს.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს სკოლების ინფრასტრუქტურა. უმეტეს შემთხვევაში, შენობები არ არის ადაპტირებული შშმ პირების საჭიროებების მიხედვით, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს მათ სასწავლო პროცესში ჩართვას. განსაკუთრებით ზარალდებიან ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეები, რადგან ისინი სკოლის გარემოში ვერ გადაადგილდებიან. ეს სიტუაცია პრობლემას წარმოადგენს სკოლებისთვისაც, რადგან, ერთი მხრივ, მათ არ შეუძლიათ უარი უთხრან შშმ პირს სკოლაში მიღებაზე, ხოლო, მეორე მხრივ, არ აქვთ შშმ პირებისთვის ადაპტირებული გარემო. არსებული მდგომარეობა ინკლუზიური განათლების მიმდინარეობას აფერხებს და ბარიერს უქმნის მოსწავლეს მიიღოს განათლება სასურველ სკოლაში.

ადაპტირებული გარემო ხელსშეუწყობდა ინკლუზიურ- ყველასათვის ხელმისაწვდომ განათლებას. სალამანკას დეკლარაციაც ამას ითვალისწინებს, რომ ყველა ბავშვს ჰქონდეს უფლება მონაწილეობა მიიღოს ბავშვებზე ორიენტირებულ საგანმანათლებლო პროცესში, რათა მოხდეს მისი ინდივიდუალური საჭიროებების დაკმაყოფილება. შესაბამისად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ გარე ფაქტორების ცვლილება მიზნად უნდა ისახავდეს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების საჭიროებების დაკმაყოფილებას და იგი ასევე სასარგებლო უნდა იყოს საზოგადოების ყველა სხვა წევრისათვის.

რეკომენდაციები

- პირველ რიგში, საჭიროა დამატებითი ფინანსური და ადამიანური რესურსების გამოყოფა საგანმანათლებლო რესურსებით უზრუნველყოფისათვის. აუცილებელია ადაპტირებული ფიზიკური გარემოს შექმნა უნივერსალური დიზაინის შესაბამისად.

- მნიშვნელოვანია, დამხმარე სპეციალისტების დაფინანსების საკითხის გადახედვა. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საჭიროა სკოლის უზრუნველყოფა მეტყველების თერაპევტით, სანიტრით, რამდენიმე ფსიქოლოგით, სოციალური მუშაკით და სხვა სპეციალისტებით.
- ინფორმაციის დონის ასამაღლებლად და ინკლუზიური პრინციპების გასაცნობად უნდა ჩატარდეს ტრენინგები. ინფორმაციის მიწოდება არა მხოლოდ მასწავლებლებისთვის, არამედ საგანმანათლებლო დაწესებულებების მთელი პერსონალისთვის და უშუალოდ მოსწავლეებისთვის უნდა იყოს შესაძლებელი.
- წარმატების მისაღწევად, აუცილებელია სკოლასა და ოჯახს შორის თანამშრომლობის და კომუნიკაციის გაუმჯობესება. სხვადასხვა კულტურულ ღონისძიებებში ჩართულობა.
- რაც მთავარია, სკოლაში გამოკვეთილ სიძნელებთან ბრძოლის ერთ-ერთ საუკეთესო გზა სკოლაში სოციალური მუშაობის განვითარებაა. დასაწყისისთვის, სკოლას შეუძლია აქტიურად გამოიყენოს იმ მოხალისე სტუდენტების რესურსიც, რომლებიც ამ პროფილით იღებენ უმაღლეს სასწავლებლებში განათლებას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ. ადამიანის ჯანმრთელობა - ეკონომიკური ზრდის საფუძველი (საქართველოს მაგალითზე). | საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში“ შრომათა კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2016; 224-229 [Link Google Scholar](#)
2. გელაძე ნ, ლიქოკელი თ, ჭყოიძე ა, ვერულავა თ. შშმ ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; (3):98-102. [Link, Google Scholar](#)
3. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდების ფორმალური განათლების სისტემაში ჩართვისა და განათლების საბაზო საფეხურის დამთავრების ბარიერებისა და მხარდამჭერი ფაქტორების

კვლევა საქართველოში. საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია. თბილისი, 2015. [Link](#)

4. სოფერი რ, პეტრიაშვილი ი, ჭიბრიშვილი ნ. ბავშვთა უფლებები განათლებაში და განათლებისათვის. წყარო. 2015. [Link](#)
5. ჭანტურია რ, გორგოძე ს, ჩხაიძე თ. ინკლუზიური განათლების პრაქტიკა. სამოქალაქო განათლების ინსტიტუტი, 2016. [Link](#)
6. ჭინჭარაული თ, ჯავახიშვილი ნ. ინკლუზიური განათლების მაჩვენებლები საქართველოში, კვლევის ანგარიში. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. 2013. [Link](#)
7. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, ეროვნული სასწავლო გეგმების დეპარტამენტი, ინკლუზიური განათლების განვითარების სამმართველო. სენსიტიური ჯგუფის ბავშვთა სკოლაში ინტეგრაციის ხელისშემშლელ ფაქტორთა კვლევა. 2014. [Link](#)
8. ბაგრატიონ-გრუზინსკი მ, კვაჭაძე ჟ, ლორთქიფანიძე რ, გაჩეჩილაძე ნ. სწავლების მეთოდები ინკლუზიურ განათლებაში (გზამკვლევი მასწავლებლებისთვის). გაეროს ბავშვთა ფონდი (იუნისეფი) და ვორლდ ვიჟენ საქართველო. 2015. [Link](#)
9. ინკლუზიური განათლებისადმი საზოგადოების განწყობა-დამოკიდებულებების კვლევის ანგარიში. 2007. [Link](#)



მასწავლებლებისა და მშობლების დამოკიდებულებები ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით საქართველოში

ლია ბაღდოშვილი¹, მარიამ კოზოლაშვილი¹

¹ ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. ინკლუზიური განათლება ეფუძნება იდეას, რომ ყველა ბავშვს აქვს უფლება თანასწორუფლებიან გარემოში მიიღოს სრულფასოვანი განათლება და მაქსიმალურად გამოავნილოს თავისი პოტენციალი. ინკლუზიური განათლების პროცესი მნიშვნელოვანია ქვეყნის საგანმანათლებლო სისტემისთვის და მისი არსებობა ქვეყნის დემოკრატიულობას უსვამს ხაზს. საქართველოში ინკლუზიური განათლების პროცესის დანერგვა 2006 წლიდან დაიწყო და დღემდე აქტიურად მიმდინარეობს. კვლევის მიზანია სკოლის პედაგოგების და მშობლების მიერ საქართველოში ინკლუზიური განათლების მხრივ მიმდინარე პროცესების შეფასება. **მეთოდოლოგია.** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მშობლების და პედაგოგების გამოკითხვა. **შედეგები.** კვლევამ აჩვენა, რომ დაბალი ინფორმირებულობის გამო მშობლები ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებენ ინკლუზიურ განათლებას. სასწავლო დაწესებულებებში ინფრასტრუქტურის გაუმართაობისა და რესურსების ნაკლებობის გამო ინკლუზიური განათლების პროცესი სრულფასოვნად ვერ მიმდინარეობს.

საკვანძო სიტყვები: ინკლუზიური განათლება, განათლების სისტემა.

ციტირება: ლია ბაღდოშვილი, მარიამ კოზოლაშვილი. მასწავლებლებისა და მშობლების დამოკიდებულებები ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 3

Abstract

Introduction. Inclusive education is based on the idea that every every child has the right to an education. Inclusive education was developed in Georgia from 2006 and this process continues. We were interested in what kind of opinions school teacher's and parent's have about this process. **Methodology.** Within qualitative research we interviewed 17 respondents. We selected 10 parents, 5 schoolteachers and 2 psychologists as our respondents and we were observing two school in Tbilisi. **Results.** Parents of typically developing children do not have discriminative attitude towards children with special educational needs, but because of lack of information, they can not realize the importance of inclusive education. Parents of children with special educational needs appreciate system of inclusive education, but they think that in Georgia their children can not get all benefits from this process because of not straightened infrastructure and lack of special resources. Majority of schoolteachers understands importance of inclusive education for education system of Georgia, but they find this system badly arranged in our reality.

Keywords: inclusive educational model, a student with educational needs, person with disability, adopted environment.

Quote: Lia Bagdoshvili, Mariam Kozolashvili. Attitudes of parents and teachers regarding inclusive education in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

განათლების უფლება თითოეული ადამიანისთვის ფუნდამენტური უფლებაა. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს, რომლებსაც წლების განმავლობაში არ შეეძლოთ მათ თანატოლებთან ერთად ესწავლათ სკოლებში თუ სხვა საგანმანათლებლო დაწესებულებებში დღეს უკვე ეძლევათ საშუალება, რომ მიიღონ სრულფასოვანი განათლება. ინკლუზიური განათლება არის სპეციალური

საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის ჩართვა ზოგადსაგანმანათლებლო პროცესში თანატოლებთან ერთად. [7]

1994 წელს სალამანკას დეკლარაციამ და 2006 წელს გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციამ მნიშვნელოვნად განაპირობა საქართველოში ინკლუზიური განათლების პროცესის დაწყება და ინკლუზიური განათლების ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ქცევა. 2006 წლიდან ინკლუზიური განათლების დანერგვა მხოლოდ სკოლებში მიმდინარეობდა, 2013 წლიდან კი მისი განხორციელება პროფესიული განათლების დონეზეც დაიწყო.

შშმ პირები და სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე ბავშვები ინკლუზიური განათლების პრინციპების გათვალისწინებით ჩართულნი უნდა იყვნენ ზოგადსაგანმანათლებლო პროცესში. მათთვის იქმნება ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა, რომელიც მთლიანად მათ საჭიროებებზეა მორგებული. ინკლუზიური განათლება რადიკალურად განსხვავდება ინტეგრაციის პროცესისგან, ვინაიდან, მისი საბოლოო შედეგი უნდა იყოს ხარისხიანი განათლების მიღება კონკრეტული შშმ თუ სსსმ პირის შესაძლებლობიდან გამომდინარე.

მიუხედავად იმისა, რომ ინკლუზიური განათლება საქართველოში უკვე დანერგილია და ეს პროცესი უწყვეტად მიმდინარეობს, მაინც ვხვდებით ბევრ გამოწვევას, თავად მასწავლებლების და მშობლების მხრიდან დამოკიდებულებების თვალსაზრისით. დამოკიდებულებები საკმაოდ დიდ გავლენას ახდენს ინკლუზიური განათლების პროცესის სრულფასოვან ფუნქციონირებაზე.

კვლევებით გამოვლინდა მკაფიო უარყოფითი დამოკიდებულება შშმ ბავშვებისა და ინკლუზიური განათლების მიმართ მოსწავლეთა მშობლების მხრიდან [11]

კვლევის მიზანია მასწავლებლების და მშობლების დამოკიდებულებების კვლევა ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით და იმ პრობლემების გამოვლენა რომლებიც დღესდღეობით ამ საკითხთან დაკავშირებით არსებობს. საკვლევი კითხვაა, თუ როგორი წარმოდგენა აქვთ მასწავლებლებსა და მშობლებს ინკლუზიური განათლების შესახებ.

მეთოდოლოგია

კვლევაში გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის ისეთი მეთოდები, როგორებიცაა: სიღრმისეული ინტერვიუ, დაკვირვება, მეორედ მონაცემთა ანალიზი.

შესწავლილ იქნა ამ თემის გარშემო არსებული ლიტერატურა და კვლევები. მონაცემების და ინფორმაციის გაცნობის შემდეგ უფრო ნათლად გამოიკვეთა საქართველოში ინკლუზიური განათლების მდგომარეობა, რამაც საშუალება მოგვცა, კვლევა სწორი მიმართულებით წაგვეყვანა.

სიღრმისეულ ინტერვიუ და დაკვირვება გამოყენებულ იქნა უშუალოდ საველე სამუშაოების დროს. სიღრმისეული ინტერვიუს უპირატესობა არის ის, რომ თვალნათლივ გვაჩვენებს მიზან-შედეგობრივ კავშირს. მისი საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია პირველადი მონაცემების მოპოვება და თეორიული ინფორმაციის პრაქტიკაში დანახვა. იგი დაგვხმარა რესპონდენტისგან დეტალური ინფორმაციის მოპოვებაში.

სიღრმისეული ინტერვიუს საშუალებით, ვერბალურად მივიღეთ ბევრი ინფორმაცია, შემდეგ კი ავირჩიეთ დაკვირვების მეთოდი, რათა ბუნებრივ გარემოში დაკვირვებოდით ჩვენი სამიზნე ჯგუფის არავერბალურ მესიჯებს, როგორებიცაა მაგ: მოქმედებები, ქცევები და ურთიერთობები. დაკვირვების მეთოდის გამოყენება გახდა საჭირო, რადგან, ხშირ შემთხვევაში, არსებობს ისეთი ქცევები და დამოკიდებულებები, რომელთა სიტყვიერად აღწერას და გადმოცემას რესპონდენტისთვის ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან, ეს მისთვის ბუნებრივი და ორგანულია.

კვლევის ფარგლებში ძირითადი ინსტრუმენტები იყო სადისკუსიო გეგმა და დაკვირვების დღიური. მიზანმიმართული შერჩევის შედეგად შერჩეულ იქნა ათი მშობელი, რომელთაგან ხუთ მათგანს ჰყავს სსსმ ბავშვი და ხუთი ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის მშობელია. ასევე შევარჩიეთ 5 მასწავლებელი და 2 სკოლაში მომუშავე ფსიქიოლოგი. რაც შეეხება დაკვირვებას, მეთოდი განხორციელდა თბილისის ორ საჯარო სკოლაში.

ინფორმაციის შეგროვების შემდგომ დაიწყო მონაცემთა დამუშავება, რომლის პირველი საფეხურიც იყო კატეგორიზება. თემიდან გამომდინარე გამოვყავით რამდენიმე მნიშვნელოვანი კატეგორია:

- ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლების დამოკიდებულება სსსმ პირების მიმართ.
- ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლების დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების პროცესის მიმართ.
- სსსმ ბავშვების მშობლების დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ.
- მასწავლებლების პოზიტიური დამოკიდებულებები.
- მასწავლებლების ნეგატიური დამოკიდებულებები.
- ნეგატიური დამოკიდებულებების ფსიქოლოგიური ასპექტები.

შედეგები

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს მასწავლებლებისა და მშობლების დამოკიდებულებების შესწავლა ინკლუზიური განათლების მიმართ საქართველოში. მონაცემთა ანალიზის პროცესში ჩამოვყავალიბეთ სამი ქვე-კითხვა:

- როგორ აღიქვამენ მშობლები ინკლუზიური განათლების პროცესს?
- როგორ აღიქვამენ მასწავლებლები ინკლუზიური განათლების პროცესს?
- რამდენად მაღალია ინკლუზიური განათლების მიმდებლობა მშობლებსა და მასწავლებლებში?

მონაცემების მოპოვების შემდეგ, გამოვყავით 6 თემატური ჯგუფი:

- ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლების დამოკიდებულება სსსმ პირების მიმართ.
- ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლების დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების პროცესის მიმართ.
- სსსმ ბავშვების მშობლების დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ.
- მასწავლებლების პოზიტიური დამოკიდებულებები.

- მასწავლებლების ნეგატიური დამოკიდებულებები.
- ნეგატიური დამოკიდებულებების ფსიქოლოგიური ასპექტები.
- ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის მქონე მშობლის დამოკიდებულება სსსმ ბავშვების მიმართ

ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლებთან ჩატარებული სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგად გამოიკვეთა რამდენიმე მკაფიოდ განსაზღვრული დამოკიდებულება. მშობლების უმრავლესობა თვლის, რომ სსსმ ბავშვები საზოგადოების სრულფასოვანი წევრები არიან და აქვთ ყველა ის ფუნდამენტური უფლება, რომელიც ვრცელდება ტიპური განვითარების მქონე ნებისმიერ ბავშვზე.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მშობელთა 82.9 %-ს პოზიტიური დამოკიდებულება აქვთ შშმ პირების მიმართ [6].

„სსსმ მოსწავლეს აღვიქვამ როგორც სრულფასოვან პიროვნებას. არ მაქვს პრობლემა, რომ ჩემ ბავშვთან ერთად სწავლობდეს. ლოიალური ვარ ამ საკითხის მიმართ.“
(ტიპური განვითარების მქონე მშობელი, ინტერვიუ).

უმრავლეს შემთხვევაში მშობლების მხიდან არ ხდება ბავშვების დიფერენცირება განვითარების მიხედვით. თუმცა, გამოიკვეთა რამდენიმე შემთხვევა, როცა სსსმ ბავშვი აღიქმებოდა, როგორც შეცოდების ობიექტი. ძირითადად ეს დამოკიდებულება ჩნდებოდა მაშინ, როცა სსსმ ბავშვს გააჩნდა მკვეთრად გამოხატული შეზღუდვა.

„ვაიმე, ეტლით უწევს სიარული საწყალს. ბავშვებთანაც კი ვერ თამაშობს თავისი გაჭირვება ეყოფა მე რაღა მეთქმის ცუდი.“ (ტიპური განვითარების მქონე მშობელი, ინტერვიუ).

სამიზნე ობიექტები დაკვირვებისას აქტიურად შედიოდნენ კონტაქტში სსსმ ბავშვების მშობლებთან და არ ჰქონდათ არანაირი გართულება იმასთან დაკავშირებით, რომ მათი ბავშვები ერთად თამაშობდნენ, მაგრამ აქაც გამოიკვეთა ერთი შესამჩნევი მომენტი: რამდენიმე მშობელმა გააფრთხილა შვილი, რომ ფრთხილად მოჰყრობოდნენ მათ კლასელ შშმ მოსწავლეს. ინტერაქციისას ხშირად ისმოდა ფრაზები: “დაუთმე”, “ფრთხილად! არაფერი ატკინო.”

ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის მშობლების დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების პროცესის მიმართ

ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლებთან ჩატარებული სიღრმისეული ინტერვიუს შემდეგ გამოიკვეთა ინფორმაციის ნაკლებობა ზოგადად ინკლუზიური განათლების შესახებ.

ერთი კვლევის მიხედვით, მშობლების უარყოფითი დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ გამოწვეულია შიშით, გაუგებრობით და ინფორმაციის ნაკლებობით [5.გვ.16].

მშობლების უმრავლესობა თვლის, რომ მათი შვილები ზარალდებიან სასწავლო პროცესის მიმდინარეობის პროცესში, ვინაიდან, მასწავლებლები სსსმ მოსწავლეზე არიან ორიენტირებული და ტიპური განვითარების მქონე ბავშვებს სათანადო ყურადღებას ვეღარ აქცევენ.

*„კი, არანაირი პრობლემა არ მაქვს და მაგ ბავშვს არ ვერჩი, მაგრამ ისედაც ამდენი ბავშვია ერთ კლასში და ხანდახან მგონია, რომ მასწავლებლები იმდენად დიდ ენერჯიას ხარჯავენ ამ ერთ ბავშვზე სხვების გამოკითხვას ვეღარც ასწრებენ“
(ტიპური განვითარების მქონე მშობელი, ინტერვიუ)*

მას შემდეგ რაც მშობლებს, განვუმარტეთ თუ რას გულისხმობდა ინკლუზიური განათლების ძირითადი არსი, უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ სსსმ ბავშვები სპეციალურებულ სკოლებში ან კლასებში უფრო უკეთესად მიიღებენ განათლებას, ვიდრე ჩვეულებრივ საჯარო სკოლებში ტიპური განვითარების მქონე ბავშვებთან ერთად.

*„ხანდახან როცა სპეციალური საჭიროების რთულ ფორმიან ბავშვს დავინახავ, აი მაგალითად რომელსაც სიარული არ შეუძლია, ცოტა მეცოდება, რადგან მესმის როგორ შეიძლება უჭირდეს ერთ ადგილზე ყოფნა ბავშვს, რომელიც ენერჯითაა სავსე. აქედან გამომდინარე, მგონია, ჩვეულებრივ საჯარო სკოლაში ასეთი ბავშვები დაიჩაგრებიან. ზოგს ისეთი შეზღუდვა აქვს არ მგონია იმან რამე ისწავლოს“
(ტიპური განვითარების მქონე მშობელი, ინტერვიუ).*

მიუხედავად იმისა, რომ მშობლების უმრავლესობა ინკლუზიურ განათლებას არ მიესალმება, რაც შეიძლება ჩავთვალოთ ინფორმაციის ნაკლებობიდან გამომდინარე გამოწვეულ დამოკიდებულებად, მათი მხრიდან სსსმ და შშმ პირების მიმართ დისკრიმინაციული და უარყოფითი დამოკიდებულება არ ვლინდება. ეს ყოველივე დაკვირვების შედეგად გამოიკვეთა.

„ტიპური განვითარების მქონე ბავშვებს სსსმ მოსწავლეებთან მეგობრული დამოკიდებულება აქვთ. მათი მშობლები კი განსაკუთრებულად გამოხატულ დადებით ან უარყოფით დამოკიდებულებას არ ავლენენ“ (დაკვირვების დღიური, 25.04.2018)

ნაშრომში “მშობლების დამკიდებულებების კვლევა ინკლუზიური განათლებისადმი” აღნიშნულია - “ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლებს სჯერათ, რომ ინკლუზიური განათლება ზრდის მათი ბავშვების შემეცნების შესაძლებლობას, ხდის მათ უფრო ადამიანურებს და უმძაფრებს სხვისი დახმარების სურვილს“ [3].

ერთ-ერთი მშობლის თქმით, მას შემდეგ, რაც კლასში სსსმ მოსწავლემ დაიწყო სწავლა, მისი შვილი უფრო ტოლერანტი გახდა. ამ ყოველივემ მის ქცევაზე დადებითად იმოქმედა.

„ჩემი შვილი ძალიან აქტიურია, ამიტომ ყველსთან ადვილად ამყარებს კონტაქტს. მას შემდეგ, რაც მის კლასში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონა მიიყვანეს, იგიარა მარტო ძალიან კარგად შევიდა მასთან კონტაქტში, არამედ კიდევ უფრო მზრუნველი გახდა და ყველას საყვედურობს, ვინც ცოტა უხეშად ეპყრობა ამ გოგოს. სიმართლე რომ გითხრათ, ძალიან მახარებს მისი ასეთი დამოკიდებულება და ცოტა ვამაყობ კიდევ.“ (ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის მშობელი, ინტერვიუ)

საბოლოო ჯამში მშობლების მხრიდან გამოიკვეთა არც ისე პოზიტიური დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ. მათი უმრავლესობა არ მიესალმება იმ ფაქტს, რომ მათ შვილებთან ერთად კლასში სსსმ მოსწავლე,

განსაკუთრებით კი მკაფიოდ გამოხატული შეზღუდვის ან ჰიპერაქტიური ქცევის მქონე სსსმ მოსწავლე იღებდეს განათლებას.

„ხანდახან ისეთი დამაბული ვარ მეშინია რამე არ დაუშავოს ჩემს შვილს ან კიდევ ხომ შეიძლება ქცევაში მიბაძოს კიდევ ჩემმა ბავშვმა. მასწავლებელი ყველას ასე ერთად როგორ მიაქცევს ყურადღებას ”(ტიპიური განვითარების მქონე ბავშვის მშობელი, ინტერვიუ)

სსსმ ბავშვის მშობლის დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ

კლესის პროცესში გამოიკვეთა სსსმ ბავშვების მშობლების არაერთგვაროვანი დამოკიდებულებები ინკლუზიური განათლების მიმართ. ზოგიერთი მათგანი კარგად იაზრებს ინკლუზიური განათლების მნიშვნელობას და მიესალმება მათი ბავშვების ამ სისტემაში ჩართულობას.

ნაშრომში “მშობლების დამოკიდებულებები და გამოცდილებები ინკლუზიური განათლების ლოკალური და საერთაშორისო სერვისების მიმართ” აღნიშნულია, რომ მშობელთა უმრავლესობა მიესალმება შვილების ინკლუზიური განათლების სისტემაში ჩართვას [4.გვ.81]

ჩვენ მიერ გამოკითხულ მშობელთა უმრავლესობა თვლის, რომ ინკლუზიური განათლების პროცესი კარგად აისახება მათი შვილების განვითარებაზე, ეხმარება მათ გარემოსთან ადაპტაციაში და უფითარებს საჭირო უნარ-ჩვევებს.

„მას შემდეგ რაც სკოლაში შევიყვანე მდგომარეობა გამოუსწორდა, უფრო გახსნილი და აქტიური გახდა. თავიდან ცოტა მეშინოდა, თვითონაც დამაბული ჩანდა, მაგრამ გაგვიმართლა იმაში, რომ სკოლა და კლასი კარგი შეგხვდა, თან ახალგაზრდა დამრიგებელი ჰყავს. თავიდან ბავშვებს შორის იყო გარკვეული დამაბულობა, მაგრამ მასწავლებლის და სხვა ბავშვების მშობლების ჩართულობით ადვილად დავძლიეთ ეს პრობლემა. ” (სსსმ ბავშვის მშობელი, ინტერვიუ)

ერთ-ერთი მშობელი მიესალმება ინკლუზიურ განათლებას, მაგრამ მიიჩნევს, რომ ეს სისტემა საქართველოში გამართულად არ მუშაობს. პირველ რიგში, გამოყოფს ინფრასტრუქტურულ პრობლემებს, საჭირო ინვენტარის და პანდუსების

არარსებობას. ასევე ხაზს უსვამს ზოგიერთი მასწავლებლის და მშობლის შეფარულ უარყოფით დამოკიდებულებას.

იყო შემთხვევა, როცა მშობელმა ინკლუზიური განათლება მიიჩნია არასწორ მიდგომად. მისი აზრით, ნაცვლად იმისა რომ დახმარებოდა მის ცხოვრებაში არაფერი შეცვალა.

„ვერ ვხვდები ასეთი რაღაც რატო მოიგონეს, რა საჭირო იყო. არ მომწონს, მაგრამ ბავშვს სახლში ხომ არ დავსვამ, სხვა საშუალება არ მაქვს. მასწავლებელი კი მელაპარაკება რაღაცებს, მაგრამ მაგან რა იცის ჩემზე მეტი ჩემს შვილზე. არც მეგობრები შეუძენია და არც არაფერი უსწავლია მაგ სკოლიდან.“ (სსსმ ბავშვის მშობელი, ინტერვიუ)

მასწავლებლების პოზიტიური დამოკიდებულებები

ნაშრომში “მასწავლებლების დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ (Teachers’ Attitudes Towards Inclusive Education)” აღნიშნულია, მასწავლებელთა პოზიტიური დამოკიდებულებების სიმრავლე ინკლუზიური განათლების მიმართ. ნაშრომის მიხედვით მასწავლებლები თვლიან, რომ სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე ბავშვებს აქვთ სრული უფლება ისწავლონ თანასწორუფლებიან გარემოში ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლეებთან ერთად. [2]

ჩვენ მიერ გამოკითხულ მასწავლებელთა უმრავლესობა თვლის, რომ ინკლუზიური განათლება დადებითი პროცესია, როგორც სსსმ ბავშვებისთვის, ასევე ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლეებისთვის. ეს პროცესი მათ ეხმარებათ წინსვლასა და ახალი უნარჩვევების ათვისებაში. ამის დახმარებით ბავშვებს თავიდანვე უვითარდებათ ტოლერანტული დამოკიდებულება და განსხვავებულის მიმდებლობის უნარი.

“მყავს ორი სსსმ მოსწავლე. ერთ-ერთ მათგანს უკვე სამი წელია ვასწავლი, მერვე კლასელი. მეორე მეხუთე კლასელია მასთან წელს პირველად მაქვს შეხება. ზოგადად, მივიჩნევ, რომ ინკლუზიური განათლება პროგრესისკენ მიმართული პროცესია და მგონია, რომ ის აუცილებელია საგანმანათლებლო სისტემისთვის.“

ბავშვები აბსოლუტურად არ აღიქვამენ იმას, რომ სსსმ მოსწავლე შესაძლოა რაღაცით ტიპური განვითარების მოსწავლისგან განსხვავდებოდეს. უსმენენ, და უხარიათ, როცა გაკვეთილს სწავლობს. ერთი სიტყვით არანაირი წინააღმდეგობა არ არის.” (სკოლის პედაგოგი, ინტერვიუ)

რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ ინკლუზიური განათლების პროცესი მათ პროფესიულ განვითარებასაც უწყობს ხელს. ისინი მიიჩნევენ, რომ ბავშვების დიფერენცირება არ უნდა ხდებოდეს, რადგან მასწავლებლის მოვალეობაა, ასწავლოს ბავშვებს განურჩევლად მათი შესაძლებლობებისა.

“ჩემი აზრით, თუ მასწავლებელი მრავალფეროვნებას არ აღიარებს და თითოეულ მოსწავლეს, როგორც განსხვავებულ ინდივიდს ისე არ აღიქვამს, მისი ადგილი საგანმანათლებლო სივრცეში ნამდვილად არ არის.” (სკოლის პედაგოგი, ინტერვიუ)

ისინი კარგად იაზრებენ თავიანთ როლს ინკლუზიურ განათლებაში. ცდილობენ ფეხი აუწყონ ახალ სტანდარტებს, უზრუნველყონ მოსწავლეების თანაბარი ჩართვა საგაკვეთილო პროცესში და თითოეული მოსწავლის ინდივიდუალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება.

„საგაკვეთილო პროცესისი დროს, სსსმ მოსწავლესთან ვმუშაობ როგორც ინდივიდუალურად, ასევე სხვა მოსწავლეებთან ერთად ვრთავ ჯგუფურ აქტივობებში. როდესაც მე ამ ბავშვთან ვმუშაობ, ვაკითხებ, კითხვებს ვუსვამ და ა.შ, ამ დროს ის დანარჩენი მოსწავლეები წერით დავალებას ასრულებენ, შესაბამისად კლასი მიანც არ არის დავალების გარეშე, მაგრამ ასევე მინდა ვთქვა, რომ სსსმ და ტიპური განვითარების მქონე მოსწავლეები ერთადაც ერთგვებიან სასწავლო პროცესში. როდესაც მაგალითად გაკვეთილს ვხსნი, ფრონტალურ კითხვებს ვსვამ და კითხვებიდან რამდენიმეს, რომლებიც უფრო შესაფერისია სსსმ მოსწავლის შესაძლებლობასთან ვუსვამ მას და ის ბავშვიც არის ჩართული სასწავლო პროცესში დანარჩენებთან ერთად.” (სკოლის პედაგოგი, ინტერვიუ)

დაკვირვების დროს გამოიკვეთა ის, რომ მასწავლებლები ცდილობდნენ საგაკვეთილო პროცესის სწორად წაყვანას და სსსმ მოსწავლის ჩართვას.

„მასწავლებელი, ფსიქოლოგი, დამხმარე მასწავლებელი და მშობელი გარემოებიდან გამომდინარე ერთობლივად აკონტროლებენ ბავშვის განვითარებას და უზრუნველყოფენ ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შესრულებას.“
(დაკვირვების დღიური, 25.04.2018)

მასწავლებლების ნეგატიური დამოკიდებულებები

მიუხედავად იმისა, რომ არ გამოვლენილა ინკლუზიური განათლების, როგორც სისტემის, მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება, გამოიკვეთა რამდენიმე ასპექტი, რომლებიც მასწავლებლების უკმაყოფილებას იწვევს.

გამოკითხულ მასწავლებელთა უმრავლესობა თვლის, რომ კლასებში ბავშვთა რაოდენობა, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ოცს აღემატება, აფერხებს ინკლუზიური განათლების პროცესს.

ნაშრომში „მშობლების და მასწავლებლების წარმოდგენები მათი როლის შესახებ ინკლუზიურ განათლებაში“ აღნიშნულია, რომ მასწავლებლებს ყველაზე მეტად სირთულეს უქმნით სსსმ მოსწავლის საგაკვეთილო პროცესში ჩართვა სხვა მოსწავლეებთან ერთად. ისინი ვერ ახერხებენ დროის და ყურადღების თანაბრად გადანაწილებას [9].

„მოსწავლეთა დიდი რაოდენობის გამო კლასში ერთგვარი პრობლემა ჩნდება რა იცით, ბავშვი მაინც ბავშვია და ხშირად მაინც ცდილობს, რომ ისარგებლოს. როცა სსსმ მოსწავლეს მიუბრუნდება მასწავლებელი და მასზე კონცენტრირებული კლასის სხვა მოსწავლეები ამ დროს ხშირად იწყებენ საუბარს, ჩოჩქოლს და ასე შემდეგ.“ (სკოლის პედაგოგი, ინტერვიუ)

გამოიკვეთა ეკონომიკური ფაქტორიც. მასწავლებლები აქტიურად უსვამდნენ ხაზს დაბალ ხელფასს, რაც მათ პროფესიულ მოტივაციას უკარგავს. მათი თქმით, სსსმ მოსწავლის საგაკვეთილო პროცესში ჩართვა არის დამატებითი შრომა და დამატებით ანაზღაურებას საჭიროებს.

„ხელფასი ძალიან დაბალი გვაქვს მასწავლებლებს იმასთან შედარებით რამხელა შრომასაც ვღებთ ჩვენს საქმეში. ჯერ მარტო რამხელა პასუხისმგებლობა გვაკისრია

ბავშვების და მშობლების წინაშე. ამას კიდევ ეს ინკლუზიური განათლებაც დაემატა. ძალიან ბევრს ითხოვენ ჩვენგან და არაფრის ფასად. მაღალ სტანდარტებს გვთხოვენ და ხელფასის მომატებაზე არავინ საუბრობს.“ (სკოლის პედაგოგი, ინტერვიუ)

სიღრმისეული ინტერვიუებიდან ჩანს, რომ მასწავლებლები ტრენინგების ნაკლებობას უჩივიან. ისინი იაზრებენ, რომ ინკლუზიურ განათლებას სპეციალური მომზადება სჭირდება, რომელსაც სახელმწიფო არასრულფასოვნად სთავაზობს მათ.

„სამწუხაროდ, ტრენინგი არ გამივლია, თუმცა, სპეციალურ მასწავლებლებთან თანამშრომლობის შედეგად ვახერხებ სსსმ მოსწავლეებთან ურთიერთობას და, რა ვიცი, ჩემი აზრით, ნორმალურად ვართმევ თავს. ტრენინგების გავლასთან დაკავშირებით რამდენჯერმე დავწერე კიდევ მოთხოვნა, მაგრამ, სამწუხაროდ, ვერ მივაწვდინე ხმა უწყებებს, რომლებიც არეგულირებენ ამ საკითხს.“

ერთ-ერთი მასწავლებელი კი მშობლების ინტერესის ნაკლებობას უჩივის. თვლის, რომ მშობლები არ არიან დაინტერესებულნი ბავშვის განათლებით და ხელს არ უწყობენ მასწავლებლებს ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შესრულებაში.

კვლევის ანგარიშში “ინკლუზიური განათლების მაჩვენებლები საქართველოში „აღნიშნულია, რომ ეროვნული სასწავლო გეგმის თანახმად, მშობელი აქტიური მონაწილეა საკუთარი შვილის განათლების სივრცის (სპეციალური პროფილის სკოლა თუ საჯარო სკოლა) და ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის მიზნების განსაზღვრის პროცესში. თუმცა აღნიშნული უფლების პრაქტიკული განხორციელება ხშირ შემთხვევაში არ ხდება. [1.გვ.9]

დაკვირვების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ერთ-ერთ სკოლაში, რომელშიც რამდენიმე სსსმ მოსწავლეა, ფსიქოლოგი საერთოდ არ ჰყავთ და მხოლოდ ერთი სპეციალური მასწავლებელი მუშაობს ბავშვებთან.

„სკოლაში ფსიქოლოგი არ ჰყავთ და, შესაბამისად, სსსმ მოსწავლეებთან მხოლოდ სპეციალური მასწავლებელი მუშაობს.“ (დაკვირვების დღიური, 25.04.2018)

ნეგატიური დამოკიდებულებების ფსიქოლოგიური ასპექტები

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჩვენ ასევე ჩავატარეთ სიღრმისეული ინტერვიუ ორ ფსიქოლოგთან, რომლებთანაც ძირითადად ნეგატიურ დამოკიდებულებებზე და მათ გამომწვევ მიზეზებზე ვისაუბრეთ.

ფსიქოლოგები აღნიშნავენ, რომ უარყოფითი დამოკიდებულება ინკლუზიური განათლების მიმართ შეიძლება გაჩნდეს, როგორც ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის მშობლის, ასევე სსსმ ბავშვის მშობლის მხრიდანაც.

„უარყოფითი დამოკიდებულებები შეიძლება გაჩნდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლის მშობლისგან, რომელიც თვლის რომ, მისი შვილი ვერ იქნება ჩართული ინკლუზიურ განათლებაში და ვერ მიიღებს ხარისხიან განათლებას. მეორე მხარეა ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის მშობელი, რომელსაც მიაჩნია, რომ მისი შვილი დაიჩაგრება და მასწავლებლისგან უყურადღებოდ დარჩება“ (ფსიქოლოგი, ინტერვიუ)

ასეთი დამოკიდებულების გაჩენის მთავარ მიზეზად ისინი ინფორმაციის ნაკლებობას და საზოგადოებაში არსებულ სტერეოტიპებს უკავშირებენ. მაგალითად იმას, რომ შშმ პირები საშიშნი არიან საზოგადოებისთვის ან იმსახურებენ შეცოდებას.

ნაშრომში “How and When Stereotypes Relate to Helping Behavior toward People with Disabilities” აღნიშნულია, რომ შეზღუდვას ბევრი ადამიანი ხედავს, როგორც ტრაგედიას და იმის მიზეზს თუ რატომ უნდა შეიცოდოს ადამიანი. ბევრს მიაჩნია, რომ შშმ პირები ქველმოქმედების ობიექტები უნდა იყვნენ. ეს ყოველივე წარმოქმნის “პოზიტიურ დისკრიმინაციას”. ნაშრომში ასევე საუბარია იმაზე, რომ ამ დამოკიდებულებას იწვევს შშმ პირების მოწყვლადობა და კომუნიკაციის ნაკლებობა მათთან.” [8]

„პირადად მე მქონია გამოცდილება, როცა ტიპური განვითარების მქონე ბავშვის დედა წინააღმდეგი იყო მისი შვილის კლასში შშმ პირს ესწავლა, რომელსაც კერძოდ აუტისტური სპექტრის აშლილობა ჰქონდა. ეს მშობელი ღრმად იყო დარწმუნებული იმაში, რომ შესაძლოა ამ შეზღუდვას მისი შვილის ჯანმრთელობაზე ცუდად ემოქმედა“ (ფსიქოლოგი, ინტერვიუ)

რაც შეეხება მასწავლებელთა ნეგატიურ დამოკიდებულებებს, ფსიქოლოგების თქმით, ისინი ხშირად ფსიქოლოგიურად არ არიან მზად სწორად და უშეცდომოდ წარმართონ ინკლუზიური განათლების პორცესი. მკაფიოდ გამოხატული უარყოფითი და დისკრიმინაციური დამოკიდებულებები სსსმ მოსწავლეების მიმართ ძირითადად ასაკოვან მასწავლებლებში გამოვლინდა, რაც ფსიქოლოგების თქმით, სულაც არაა გასაკვირი, ვინაიდან, სტერეოტიპული დამოკიდებულებები შშმ პირების მიმართ წარსულში უფრო მკაფიოდ იყო გამოხატული.

„დიახ, ასაკოვან მასწავლებლებს ნამდვილად უფრო ხშირად უჭირთ სსსმ მოსწავლეებთან ურთიერთობა მთელი რიგი მიზეზების გამო. მათ იცხოვრეს რეალობაში, სადაც შშმ პირები იზოლირებული იყვნენ საზოგადოების სხვა წევრებისგან და კიდევ უფრო მოწყვლად ჯგუფს წარმოადგენდნენ ვიდრე ეს დღესაა“ (ფსიქოლოგი, ინტერვიუ)

დასკვნა

კვლევამ აჩვენა, რომ ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების მშობლებისგან ძირითად შემთხვევაში არ ვლინდება დისკრიმინაციული დამოკიდებულება სპეციალური საგანმანათლებლობა საჭიროების მქონე მოსწავლეების მიმართ, მაგრამ ინფორმაციის ნაკლებობის გამო ისინი ვერ იაზრებენ ინკლუზიური განათლების მნიშვნელობას. მათი წარმოდგენები ინკლუზიური განათლების, როგორც სისტემის მიმართ ბუნდოვანია.

სსსმ მოსწავლეების მშობლების უმეტესობა მიესალმება ინკლუზიურ განათლებას, მაგრამ აქვე აღნიშნავენ, რომ ინფრასტრუქტურის გაუმართაობისა და რესურსების ნაკლებობის გამო პროცესი სრულფასოვნად ვერ მიმდინარეობს. მიუხედავად ამისა, ისინი აფასებენ ინკლუზიური განათლების, როგორც სისტემის დიდ როლს თავიანთი შვილების განვითარებაში.

პედაგოგების უმრავლესობა იაზრებს ინკლუზიური განათლების მნიშვნელობას საგანმანათლებლო სისტემისთვის, მაგრამ მიიჩნევენ, რომ სისტემა საქართველოში არ არის ორგანიზებულად დანერგილი. ისინი ხაზს უსმევენ არსებული სისტემის უარყოფით მხარეებს, მაგალითად- ტრენინგების, სპეციალური მასწავლებლების,

ფსიქოლოგების ნაკლებობას, რაც მკვეთრად ამცირებს ინკლუზიური განათლების ეფექტურობას.

რეკომენდაციები

დისკრიმინაციული სიტუაციების პრევენციის მიზნით სკოლამ წინასწარ განსაზღვრული გეგმა უნდა შეიმუშაოს. მაგალითად, დაწყებით კლასებში მშობლებს ჩაუტარდეთ შეხვედრები და ტრენინგები, რომლებიც ამაღლებენ მათ ცნობიერებას ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით, რაც, რა თქმა უნდა, მომავალში სოციალური ბარიერების არსებობას შეამცირებს.

სკოლის პერსონალი ინკლუზიური განათლებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს უნდა მიუდგეს სისტემურ დონეზე და ეს პრობლემები მხოლოდ სკოლაში არ დატოვოს. სკოლის თანამშრომლებმა უნდა გადასცენ ინფორმაცია განათლების სამინისტროს და მიაწოდონ რეკომენდაციები ინკლუზიური განათლების უკეთესი ფუნქციონირებისთვის.

აუცილებელია შესაძლებლობის მიხედვით სკოლაში სპეციალური მასწავლებლის და ფსიქოლოგის რაოდენობის გაზრდა. ზოგიერთი სკოლა საკმაოდ დიდია და ამ პროფესიის მხოლოდ თითო წარმომადგენელი, მონდომების მიუხედავად, საქმეს წარმატებით თავს ვერ გაართმევს.

მიუხედავად იმისა, რომ მასწავლებლები აქტიურად მონაწილეობენ ინკლუზიურ განათლებაში აუცილებელია მათი სისტემატიური გადამზადება. კლასებში დაახლოებით ოცდაათამდე მოსწავლეა, თითოეულს ესაჭიროება ყურადღება. მასწავლებელმა კარგად უნდა იცოდეს თითოეული ბავშვის მდგომარეობა და შეეძლოს მათი შეფასება.

მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს სკოლაში სოციალური მუშაობის განვითარებას და სოციალური მუშაკის ინსტიტუტის დანერგვას. ეს კიდევ უფრო მაღალ დონეზე აიყვანს ინკლუზიურ განათლებას და ხელს შეუწყობს არსებული სიძნელეების სწრაფ მოგვარებას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ჭინჭარაული თ, ჯავახიშვილი ნ. ინკლუზიური განათლების მაჩვენებლები საქართველოში. საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო. 2013. [Link](#)
2. Al-Zyoudi M. Teachers attitudes inclusive education in Jordanian schools. International journal of special education, 2006; 21 (2). [Link](#).
3. Narumanchi A, Bhargava S. Perceptions of parents of typical children towards inclusive education. Disability, CBR & Inclusive Development. 2011; 22 (1): 120-129. [Link](#)
4. Armstrong D, Kane G. National Survey of Parental Attitudes to and Experiences of Local and National Special Education Services, 2010. [Link](#)
5. Dimitrova-Radojichich D, Chichevska-Jovanova N. Parents attitude inclusive education of children with disability. International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education, 2014; 2 (1). [Link](#)
6. Nelissen P, Hülshager UR, Ruitenbeek GMC, Zijlstra FRH. How and When Stereotypes Relate to Helping Behavior toward People with Disabilities. Special Issue of the International Journal of Human Resource Management: People with disabilities in the workplace. [Link](#).
7. Beauregard F. Représentations sociales des parents et des enseignants de leurs rôles dans l'intégration scolaire d'un élève dysphasique en classe ordinaire au primaire. Revue des sciences de l'éducation, 2006; 32(3), 545–565. [Link](#)
8. სოზაშვილი ნ, გორგაძე ნ, მოსიაშვილი თ. ბავშვთა უფლებები განათლებაში და განათლებისათვის. 2015 [Link](#)



ორსულთა პატრონაჟი პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში

ნანა ჯინჭარაძე¹, ნატა ყაზახაშვილი², ილონა საყვარელიძე², ნინო აბაიშვილი³

¹საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა

²ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი

³თბილისის ჰუმანიტარული უნივერსიტეტი, პროფესორი

აბსტრაქტი

შესავალი. კვლევის მიზანია ორსულთა პატრონაჟის თავისებურებების შესწავლა პოსტსაბჭოთა პერიოდის საქართველოში. **მეთოდოლოგია.** კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი (desk research): სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, აღწერილობა, სისტემატიზაცია, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების შესახებ მონაცემები აღებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან. **შედეგები.** 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა, პერინატალური, ნეონატალური, ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობა შემცირდა. გაიზარდა გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობა, მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდების სიხშირე. მიუხედავად იმისა რომ უკანასკნელ წლებში გაიზარდა სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა, კვლავ მნიშვნელოვანია დედათა პრევენტირებადი სიკვდილიანობა. ანტენატალური მოვლის პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული პირის ღრუს ჯანმრთელობა და სტომატოლოგიური სერვისები. **დასკვნა.** გვიან ნეონატალური სიკვდილიანობის,

პერინატალური სიკვდილიანობის მკვდრადშობადობის სიხშირის მაღალი მაჩვენებლები, დედათა სიკვდილიანობა, ჩასახვამდე პერიოდში და ორსულობის დროს განვითარებული დაავადებების სტრუქტურა, ორსულობის ცუდი გამოსავალი მიუთითებს, რომ ანტენატალური მოვლის ხარისხი არ შეესაბამება სტანდარტს, ნაყოფისა და ორსულის რისკების გამოვლინება, პრევენცია და მკურნალობა არ არის ადეკვატური.

საკვანძო სიტყვები: ორსულთა პატრონაჟი, ნეონატალური სიკვდილიანობა, მკვდრადშობადობა, დედათა სიკვდილიანობა, პერინატალური სიკვდილიანობა, ორსულთა პირის ღრუს ჯანმრთელობა.

ციტირება: ნანა ჯინჭარაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ილონა საყვარელიძე, ნინო აბაიშვილი. ორსულთა პატრონაჟი საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია 2019; 3

Abstract

Patronage of the Pregnant in Georgia

Nana Jincharadze,¹ Nata Kazakhashvili,² Ilona Sakvarelidze,³ Nino Abaishvili³

¹University of Georgia, School of Health Sciences and Public Health.

²Tbilisi State University,

³ Tbilisi Humanitarian Teaching University

Introduction. Purpose of this study is to determine trends of The patronage of the pregnant in Georgia in post-Soviet period. **Methodology.** Methodological basis of this research is the qualitative research, method of cabinet research (“Desk Research”), it was used gathering, descriptive, systematization, comparison, analysis, interpretation of statistical dates. The date on Mothers and child health indicators were taken from the National Center for Disease Control and Public Health, National Statistics Office of Georgia. Regulations of the Government of Georgia and normative acts of the Ministry of Labor, Health and Social Protection were used for study the legal basis. **Result.** 0-1 year ages Child mortality, perinatal, neonatal, early neonatal mortality rates was decreased. Was increased the rate of late neonatal mortality, stillbirth, perinatal mortality and ratio of stillbirth with early neonatal mortality. Despite the

fact that in recent years, with the help of the state health care program increased antenatal visits, there is still important the preventable maternal mortality. In the antenatal care programs are not on oral cavity health care , the dentist services. **Conclusion.** High rates of late neonatal mortality, perinatal mortality and stillbirth, causes of the maternal death, structure of the diseases that developed in the preconception period and during pregnancy, a bad outcomes of pregnancy are indicates that the quality of antenatal care does not fit to the standard, identification of risks in the fetus and the pregnant woman, their prevention and treatment inadequate.

Key words: post-soviet period, pregnant, patronage, neonatal mortality, stillbirth, cesarean section, maternal mortality, perinatal mortality.

Quote: Nana Jincharadze, Nata Kazakhashvili, Iona Sakvarelidze, Nino Abaishvili. Patronage of the Pregnant in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 3

შესავალი

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საქართველოში ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტია. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიის ვექტორი მიმართულია ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე [1].

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა და ანტენატალური სერვისების მოწოდება პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქციაა [8].

ორსულობამდე, ანტენატალური, პერინატალური, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ მოვლისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებით შესაძლებელია მომავალში თავიდან იქნას აცილებული ყოველწლიური ნეონატალური სიკვდილიანობის 71%, მკვდრადშობადობის 33% და დედათა სიკვდილიანობის 54% [4].

საქართველოში სხვადასხვა წლებში (1999-2010 წწ) ჩატარებული კვლევების მიხედვით ვლინდება, რომ სიკვდილის ყველაზე მაღალი რისკი სიცოცხლის პირველ თვეზე მოდის. ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზი უმეტეს შემთხვევაში

არის ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის ჰიპოქსია და ინფექციები. სიკვდილის რისკი შეიძლება შემცირდეს ხარისხიანი სამედიცინო დახმარებით ორსულობის პერიოდში, უსაფრთხო მშობიარობისა და პერინატალურ პერიოდში ხარისხიანი სამედიცინო ჩარევის უზრუნველყოფით [2],[3].

2017 წელს ჯანმომ განაახლა რეკომენდაციები ანტენატალური მოვლის შესახებ, რასაც საფუძვლად დაედო ექსპერტების მოსაზრება ანტენატალური სერვისებით ორსულთა მოცვის გაზრდის, ასევე ვიზიტების დაგეგმვისა და ხარისხის გაუმჯობესების აუცილებლობის შესახებ. ჯანმოს ახალი მოდელით ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის შემთხვევაში განისაზღვრა მინიმუმ 8 ანტენატალური ვიზიტი [10].

საქართველომ გაიზიარა ჯანმოს რეკომენდაციები და „დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის“ სახელმწიფო პროგრამით 2018 წლის 1 თებერვლიდან დაინერგა ორსულთა 8 ვიზიტიანი მოდელი.

კვლევის მიზანია ორსულთა პატრონაჟის თავისებურებების შესწავლა პოსტნატალურ პერიოდის საქართველოში.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია თვისებრივი კვლევა, ე.წ. „კაბინეტური კვლევის“ მეთოდი (desk research): სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, აღწერილობა, სისტემატიზაცია, შედარება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ინდიკატორების შესახებ მონაცემები აღებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან. შესწავლილი იქნა შემდეგი ინდიკატორები: შობადობის დინამიკა; 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა და ავადობა, ნეონატალური სიკვდილიანობა (ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობა), პერინატალური სიკვდილიანობა, მკვდრადშობადობა. მშობიარობების საერთო რაოდენობა, მათ შორის ბინაზე და სამედიცინო დაწესებულებაში; კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობის ხვედრითი წილი; ორსულთა დროული მიმართვის, 4 სრული ვიზიტით მოცვის, ორსულობის ბოლომდე მიტანის,

დროული მშობიარობის, ფიზიოლოგიური, პათოლოგიური მშობიარობის, საკეისრო კვეთის (სასწრაფო, გადაუდებელი, მოთხოვნით) წილი; სამართლებრივი ბაზის შესასწავლად გამოყენებული იქნა საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული აქტები.

შედეგები

კვლევით ვლინდება, რომ პოსტასაბჭოთა საქართველოში 1996-2016 წლებში, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 23,7-დან 9-მდე, ანუ თითქმის 2,6-ჯერ შემცირდა, ხოლო ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 13,5-დან 6,3-მდე, ანუ 2-ჯერ შემცირდა, ორივე მაჩვენებელი ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის ქვეყნების იგივე მაჩვენებლებს, ხოლო მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (9,8) და პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (13,8) კრიტიკულად შეუსაბამოა ჩვენთვის, როგორც მცირერიცხოვანი ერისათვის.

ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 1996-2016 წწ. სამშობიარო სახლში მშობიარობის რაოდენობა გაიზარდა 52114-დან 55929-მდე, ხოლო ბინაზე მშობიარობა მკვეთრად შემცირდა 2365-დან 11-მდე, ამასთან, კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების ხვედრითი წილი 95,8%-დან 99,8%-მდე გაიზარდა; გაუმჯობესდა ანტენატალური მეთვალყურეობის ინდიკატორები: ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის დროული ანუ ორსულობის 12 კვირამდე მიმართვა და აღრიცხვაზე აყვანა 1999-2016წწ გაიზარდა 54%-დან 84,7%-მდე, ხოლო 4 სრული ანტენატალური ვიზიტით მოცვა იგივე პერიოდში გაიზარდა 60,95-დან 81,9%-მდე.

1996-2016 წწ ფიზიოლოგიური მშობიარობების წილი შემცირდა 72%-დან 52,7%-მდე და პათოლოგიური მშობიარობების წილი გაიზარდა 28%-დან 47,3%-მდე, აბსოლუტურ რიცხვებში საკეისრო კვეთის რაოდენობა გაიზარდა 3725-დან 24461-მდე, საკეისრო კვეთის პროცენტული წილი მშობიარობის საერთო რაოდენობაში 6,9%-დან 43,7%-მდე გაიზარდა. ბოლო 7-8 წელია მატების ტენდენციის ხასიათდება დედის მოთხოვნით ჩატარებული საკეისრო კვეთის რაოდენობა, რომელიც 2016

წელს იყო 4261, ყველა საკეისრო კვეთის 17,8%, ხოლო 2017 წელს 4204, ყველა საკეისრო კვეთის 17,9%.

პოსტსაბჭოთა საქართველოში დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა 48.4-დან 23-მდე 100000 ცოცხალშობილზე, თუმცა მაჩვენებელი ჯერ კიდევ შორსაა მდგრადი განვითარების სამიზნე მნიშვნელობიდან. ამასთან, საქართველო მე-12 ადგილზეა დედათა სიკვდილიანობის მხრივ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებს შორის და ბევრად აღემატება თურქეთის და ევროპის მაჩვენებლებს.

საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მიზეზები გლობალური ტენდეციების მსგავსია: პრევალირებს სისხლდენა, ინფექცია, პრეეკლამპსია/ეკლამპსია.

ორსულობამდე და ორსულობის დროს განვითარებულ დაავადებათა შორის წინა ხედზეა: ანემია, შარად-სასქესო სისტემის ინფექციები, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიები.

დასკვნა

ამრიგად, საქართველოში ანტენატალური მეთვალყურეობის განმსაზღვრელი პარამეტრების გაუმჯობესების, დედათა და ბავშვთა სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კვალდაკვალ, გამოვლინდა ორსულობის არასახარბიელო გამოსავალი.

საქართველოში 1996 წლიდან დღემდე ხორციელდება „დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პროგრამა“ (ადრე „უსაფრთხო დედობის და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა“), რითაც უზრუნველყოფილია უფასო ანტენატალური მეთვალყურეობა. მიუხედავად ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდისა ორსულობის გამოსავალი არცთუ სახარბიელოა. მიუხედავად იმისა, რომ ანტენატალური მოვლის პროგრამა მუდმივად იცვლება-უმჯობესდება, დღემდე არ არის გათვალისწინებული ორსულთა საჭიროება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შეფასებისა და სამედიცინო ჩარევისათვის. ორსულები ჰორმონული ვარიაციების გამო წარმოადგენენ მაღალი რისკის ჯგუფს ღრძილების დაავადებების განვითარების მხრივ; არანამკურნალები კარიესი თუ ღრძილების ჩირქოვანი ანთება წარმოადგენს ბაქტერიული ინფექციის გავრცელების საფრთხეს როგორც ორსულის, ისე ნაყოფისათვის და ასოცირდება მცირე მასისა და

დღენაკლი ბავშვების დაბადებასთან. მულტიცენტრული, რანდომული კვლევების მიხედვით, ღრძილების ანთებითი პროცესები, გინგივიტები და პერიოდონტიტები, კარიესი და კბილების დესტრუქცია 36 კვირის გესტაციის ვადამდე ორსულთა 35-100%-ში ვითარდება [6].[7]. აქედან გამომდინარე, ორსულის პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ანტენატალური მოვლის სხვა რუტინულ სერვისებთან ერთად დადებითად აისახება დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობაზე.

რეკომენდაციები

საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური, დემოგრაფიული, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია დაინერგოს ანტენატალური მოვლის პროგრამებში, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პირის ღრუს დაავადებათა მკურნალობის სტომატოლოგიური მომსახურების შეღავათიანი პაკეტი ორსულთათვის. რეკომენდებულია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემაში ორგანიზაციული ცვლილებების განხორციელება: ანტენატალური მოვლის ხარისხისა და მოცულობის გაზრდა პაციენტის საჭიროებაზე მორგებული სერვისებით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 459, 2017 წლის 6 ოქტომბერი. [Link](#)
2. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, თბილისი., 2005
3. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში 2010.. თბილისი. 2012.
4. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014; 384 (9940):347-70. [Link](#)
5. Child Mortality Levels & Trends in Child Mortality. Report. WHO. 2017:1-40. [Link](#)

6. George et al. What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional survey in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016; 16:382.
7. George A. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: A multi-centre randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 82; 2018:49–57.
8. Starfield, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York, NY: Oxford University Press. 1998.
9. Trends in health systems in the former Soviet countries. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. Edited by Bernd Rechel Erica Richardson Martin McKee. Printed in the United Kingdom. 2014.
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, 2016. [Link](#)