



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

7 (1)

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



7 (1) 2023

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

№ 7 (1)



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

თბილისი 2023 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

ჟურნალის ელექტრონული მისამართი

E-mail address of the journal

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

მისამართი

Address

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

Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

tverulava@cu.edu.ge



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

© კავკასიის უნივერსიტეტი, 2023

კავკასიის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2023

© Caucasus University, 2023

Caucasus University Publishing House, 2023

PRINT ISSN 2960-9992

E- ISSN 2960-9984

ინდექსირებულია
INDEXED

ERIH PLUS
EUROPEAN REFERENCE INDEX FOR THE
HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES



სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგიის ხელმძღვანელი:

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

ადმასრულებელი რედაქტორი:

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

სარედაქციო კოლეგია:

გიორგი მახარაშვილი (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ზვიად კირტავა** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ოთარ გერშმავა** (გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი), **ნატა ყაზახაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ლელა სტურუა** (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი), **რევაზ ჯორბენაძე** (ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი), **დავით ნატროშვილი** (კავკასიის უნივერსიტეტი) **რიმა ბერაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **იაგო კაჭკაჭიშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **დევი ტაბიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **კახაბერ ჯაყელი** (შავი ზღვის საერთაშორისო უნივერსიტეტი), **ჯანა ჯავახიშვილი** (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ერეკლე პირველი** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **თამარ ლობჯანიძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ვასაძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ჩოკოშვილი** (ინფექციური პათოლოგიის, შიდის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი), **ნონა გელიტაშვილი** (თბილისის ჰუმანიტარული სასწავლო უნივერსიტეტი), **ილია ნადარეიშვილი** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ნინო ჩიხლაძე** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ეკატერინე სანიკიძე** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ზურაბ სიხარულიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ლალი კოკაია** (თამარ მეფის უნივერსიტეტი), **გულნარა შელია** (ა.კ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **იმედა რუბაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ირმა კირთაძე** (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი),

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

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

რედაქტორი - ეკატერინე ელიავა

Head of Scientific Editorial Board:

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

Executive Editor:

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

Scientific Editorial Board

Giorgi Makharashvili (Caucasus University), **Zviad Kirtava** (Caucasus University), **Otar Gerzmava** (Grigol Robakidze University), **Nata Kazakhashvili** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Revaz Jorbenadze** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **David Natroshvili** (Caucasus University), **Lela Sturua** (National Center for Disease Control and Public Health), **Devi Tabidze** (Tbilisi State Medical University), **Rima Beriashvili** (Tbilisi State Medical University), **Iago Kachkachishvili** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Otar Chokoshvili** (Center for Infectious Pathology, AIDS and Clinical Immunology), **Kakhaber Jakeli** (Black sea international university), **Jana Javakhishvili** (Ilia State University), **Erekle Pirveli** (Caucasus University), **Tamar Lobzhanidze** (University of Georgia), **Otar Vasadze** (University of Georgia), **Nona Gelitashvili** (Tbilisi Humanitarian Teaching University), **Ilia Nadareishvili** (David Tvildiani Medical University), **Nino Chikhladze** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Zurab Sikharulidze** (Tbilisi State Medical University), **Gulnara Shelia** (Ak. Tsereteli State University), **Imeda Rubashvili** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Lali Kokaia** (King Tamar University), **Irma Kirtadze** (Ilia State University)

Foreign part of Editorial board members:

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

Editor - Ekaterine Eliava

სარჩევი

1. **ნუცა პირადაშვილი, ბარბარე ტაბიძე.** გრიპის და რესპირატორული ვირუსის კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ბავშვებში. 7-16
2. **დეა ნიჭარაძე.** სტუდენტთა ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა COVID-19 ვაქცინაციის მიმართ. 18-27
3. **თიკო გობეჯიშვილი.** სტრესი და უმუშევრობა ახალგაზრდებში. 28-36
4. **ანა გუგეშაშვილი.** მასწავლებელთა დამოკიდებულება აშკარა და ფარული ბულინგის მიმართ, ჩარევის ეფექტურობა. 37-45
5. **მაგდა რუხაძე.** ემოციური დისრეგულაციისა და ფიზიოლოგიური კრიტერიუმების როლი კვებითი დამოკიდებულების პროგნოზირებაში. 46-55
6. **ნატალია ხუციშვილი.** გაფანტული სკლეროზის სოციალური და ეკონომიკური ტვირთი. 56-63
7. **ქეთევან ბაკარაძე.** რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში 64-71
8. **თამთა ქვრივიშვილი, მარიამ ნატარაძე.** გენდერული უთანასწორობის პრობლემა სამუშაო ადგილებზე 72-75
9. **მარიამ ბერულავა, ნატო ინდუაშვილი, ქეთევან ლომსაძე.** რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ქალთა უფლებები. 76-85
10. **ლამარა ქანდაურიშვილი.** ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში, ეკონომიკური გამოწვევები და სოციალური განწყობა. 86-95
11. **ნია მასიუკოვიჩი.** ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში. 96-103
12. **ელენე ალიმბარაშვილი, დეა ოსეფაიშვილი.** სოციალური ურთიერთობები და ჯანმრთელობა. 104-112
13. **ლიკა სიბოშვილი, ლიკა არაყიშვილი.** ქვეყნების კლასიფიკაციის პრობლემები: სუვერენიტეტის და იდენტობის აღიარება, როგორც არაიერარქიული მსოფლიოს ხედვა. 113-117
14. **სალომე ტატუნაშვილი.** BCG ვაქცინის ეფექტის შესწავლა Covid-19 ინფექციისაგან დასაცავად ჯანდაცვის მუშაკებში. 118-120
15. **თამარ პაპიაშვილი, ლიკა გაბუნია.** საცხოვრებელი ადგილის და საზოგადოების როლი ადამიანის კეთილდღეობაში? 121-123

Content

1. **Nutsa Piradashvili, Barbare Tabidze.** Influenza & Respiratory Virus Clinical & Epidemiological Characteristics among Children in Georgia 7-6
2. **Dea Nizharadze.** Knowledge and attitude towards COVID-19 vaccine among university students 17-27
3. **Tiko Gobejishvili.** Stress and unemployment among young people 28-36
4. **Ana Gugeshashvili.** Teachers' attitude towards overt and covert bullying, effectiveness of intervention. 37-45
5. **Magda Rukhadze.** The Role of Emotional Dysregulation in the Development of Eating Disorders, Obesity, and Food Addiction. 46-55
6. **Natalia Khutsishvili.** The social and economic burden of multiple sclerosis. 56-63
7. **Ketevan Bakaradze.** Reference pricing policy in Northern European countries. 64-71.
8. **Tamta Kvrivishvili, Mariam Natradze.** The problem of gender inequality in the workplace. 72-75
9. **Mariam Berulava, Nato Induashvili, Ketevan Lomsadze.** Reproductive health and women's rights. 76-85
10. **Lamara Kandaaurishvili.** Children living and/or working on the street in Georgia, economic challenges and social mood 86-95
11. **Nia Masiukovich.** Regulation of the pharmaceutical market in the Western Balkan countries. 96-103
12. **Elene Alimbarashvili, Dea Osefaishvili.** Social relationships and health. 104-112
13. **Lika Siboshvili, Lika Arakishvili.** Problems of classification of countries: recognition of sovereignty and identity as a non-hierarchical world view. 113-117
14. **Salome Tatumashvili.** Study of the effect of BCG vaccine to protect against Covid-19 infection in healthcare workers. 118-120
15. **Tamar Papiashvili, Lika Gabunia.** The role of place of residence and community in human well-being 121-123



Influenza & Respiratory Virus Clinical & Epidemiological Characteristics among Children in Georgia

Nutsa Piradashvili¹, Barbare Tabidze¹

¹ Medicine & Healthcare Management School, Caucasus University

Abstract

Introduction. Influenza and Respiratory Syncytial Virus (RSV) are important causes of severe acute respiratory illnesses among pediatric patients worldwide. The aim of this study was comparison of the clinical and epidemiological characteristics of infections associated to RSV and Influenza viruses in hospitalized children in Georgia. Existence of clinical data regarding differences between these two major respiratory viral infections could have implications for appropriate management of cases. **Methodology** included retrospective case series study. For this purpose, special questionnaire was elaborated for withdrawal necessary of clinical and epidemiological data such as age, sex, residence, underlying conditions, hospitalization duration, complications, need of ICU, antimicrobial treatment, etc. The questionnaire was completed based on information from individual reports of laboratory confirmed Influenza and RSV cases of two consecutive Influenza seasons of 2021-2022 and 2022-2023 at children's hospital. Obtained data were reviewed and analyzed using EPI Info 7.2.5.0. **Results.** Influenza and RSV both viruses can lead to serious respiratory problems especially in young children with chronic diseases. Therefore, timely antiviral treatment and annual Influenza vaccination are recommended to children with underlying conditions to avoid complications as well as shorten hospitalization time. Since information was obtained from a specific period of time, number of study subjects were limited, our study data might have selection bias as well, and decreased testing on other respiratory pathogens after ruling out Covid-19 also should be encountered.

Key words: Influenza, Respiratory Syncytial Virus, children care, Georgia.

Quote: Nutsa Piradashvili, Barbare Tabidze. Influenza & Respiratory Virus Clinical & Epidemiological Characteristics among Children in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

გრიპის და რესპირატორული ვირუსის კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ბავშვებში

ნუცა პირადაშვილი¹, ბარბარე ტაბიძე¹

¹ მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. გრიპი და რესპირატორული სინციტიალური ვირუსი (RSV) არის მძიმე მწვავე რესპირატორული დაავადებების მნიშვნელოვანი მიზეზები პედიატრიულ პაციენტებში მთელ მსოფლიოში. კვლევის მიზანი იყო საქართველოში ჰოსპიტალიზირებულ ბავშვებში რესპირატორული სინციტიალური ვირუსის და გრიპის ვირუსებთან დაკავშირებული ინფექციების კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შედარება. ამ ორ ძირითად რესპირატორულ ვირუსულ ინფექციას შორის განსხვავებების შესახებ კლინიკური მონაცემების არსებობა შეიძლება გავლენა იქონიოს შემთხვევების სათანადო მართვაზე. **მეთოდოლოგია** მოიცავდა რეტროსპექტულ შემთხვევის სერიას. ამ მიზნით შემუშავდა სპეციალური კითხვარი ისეთი კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მონაცემების, როგორცაა ასაკი, სქესი,

საცხოვრებელი ადგილი, ძირითადი პირობები, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა, კომპილაციები, ანტიმიკრობული მკურნალობა და ა.შ. შესწავლილ იქნა ლაბორატორიულად დადასტურებული გრიპის და RSV შემთხვევების 2021-2022 და 2022-2023 წლებში გრიპის სეზონზე ბავშვთა სავადმყოფოში არსებული მონაცემები. მიღებული მონაცემები გაანალიზდა EPI Info 7.2.5.0-ის გამოყენებით. **შედეგები.** გრიპმა და რესპირატორული სინციტიალური ვირუსმა შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული რესპირატორული პრობლემები, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებების მქონე მცირეწლოვან ბავშვებში. ამიტომ, დროული ანტივირუსული მკურნალობა და ყოველწლიური გრიპის ვაქცინაცია რეკომენდირებულია ძირითადი დაავადების მქონე ბავშვებისთვის გართულებების თავიდან ასაცილებლად და ჰოსპიტალიზაციის დროის შემცირების მიზნით.

საკვანძო სიტყვები: გრიპი, რესპირატორული სინციტიალური ვირუსი, საქართველო.

კიტატა: ნუცა პირადაშვილი, ბარბარე ტაბიძე. გრიპის და რესპირატორული ვირუსის კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ბავშვებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

Introduction

Influenza and Respiratory Syncytial Viruses (RSV) are among the leading Influenza and respiratory syncytial viruses (RSV) are among the leading causes of Lower respiratory tract infections. Influenza virus associated pandemics are described since the end of 19th century while RSV was discovered in late fifties of 20 century (CDC, WHO).

Social distancing and COVID-19 preventive measures implemented by government reflected in circulation of these two major viruses causing hospitalization of children worldwide. According to MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute), a research carried out in USA, flu activity had significantly diminished throughout the pandemic while a sudden upsurge in RSV in June 2021 was a public health concern indicative of possible resurgence of other viruses.

As of 2022-2023 season, influenza epidemic is off to an early start in the European region as concerns over RSV rise and Covid-19 is still being a threat (Mondal P. et al, 2022)

In general, a thorough knowledge of influenza and RSV characteristics, epidemiology across age groups and health care settings, and in particular of the spatial and temporal dynamics of their seasonal epidemics, is a pre-requisite for countries to enhance the effectiveness of public health interventions aimed at reducing their disease burden (eg, influenza vaccine, palivizumab (PVZ) prophylaxis, and hospital preparedness and response).

RSV is a globally prevalent virus transmitted via respiratory droplets. Symptoms include runny nose, low appetite, coughing, sneezing, fever, wheezing. In very young infants with RSV, the only symptoms may be irritability, decreased activity, and breathing difficulties. RSV can also cause more severe infections such as bronchiolitis, pneumonia, and other complications that sometimes can be fatal. Diagnosis is done by assessment of patient's history, medical exam, other blood and virus screening tests like can be ordered. Sometimes patients require hospitalization, additional oxygen therapy, IV fluids, and intubation with mechanical ventilation, if they have trouble breathing or are dehydrated. According to CDC, each year in the United States, an estimated 58,000-80,000 children younger than 5 years old are hospitalized due to RSV infection.

There is no vaccine yet to prevent RSV infection, but scientists are working hard to develop one. Infected patients can control temperature at home with medications like Paracetamol, and other antipyretic drugs, before the condition gets severe. Medication called Palivizumab that can help protect some babies at high risk for severe RSV disease, which must be prescribed by a doctor to very premature infants and young children with certain heart and lung conditions as a series of monthly shots during RSV season.

Seasonal influenza is an acute respiratory infection caused by influenza viruses which circulate in all parts of the world. There are 4 types of influenza viruses, types A, B, C and D. Subtype A is known to cause pandemics. Transmitted via respiratory droplets. The incubation period is characteristic and it ranges from one to four days.

Influenza can cause mild to severe illness. Flu symptoms may include: fever or feeling feverish/chills, cough, sore throat, runny/stuffy nose, muscle/body aches, fatigue, even vomiting and diarrhea may be present, more common in children. Most people who get flu will recover in a few days to less than two weeks, but some people will develop complications, some of which can be life-threatening and result in

death. Sinus and ear infections are examples of moderate complications from flu, while pneumonia is a serious one. Hospitalization and death occur mainly among high risk groups. Diagnosis is made by laboratory confirmation of influenza virus from throat, nasal and nasopharyngeal secretion with PCR, rapid antigen tests. Treatment focuses on relieving symptoms of influenza such as fever with over the counter medications.

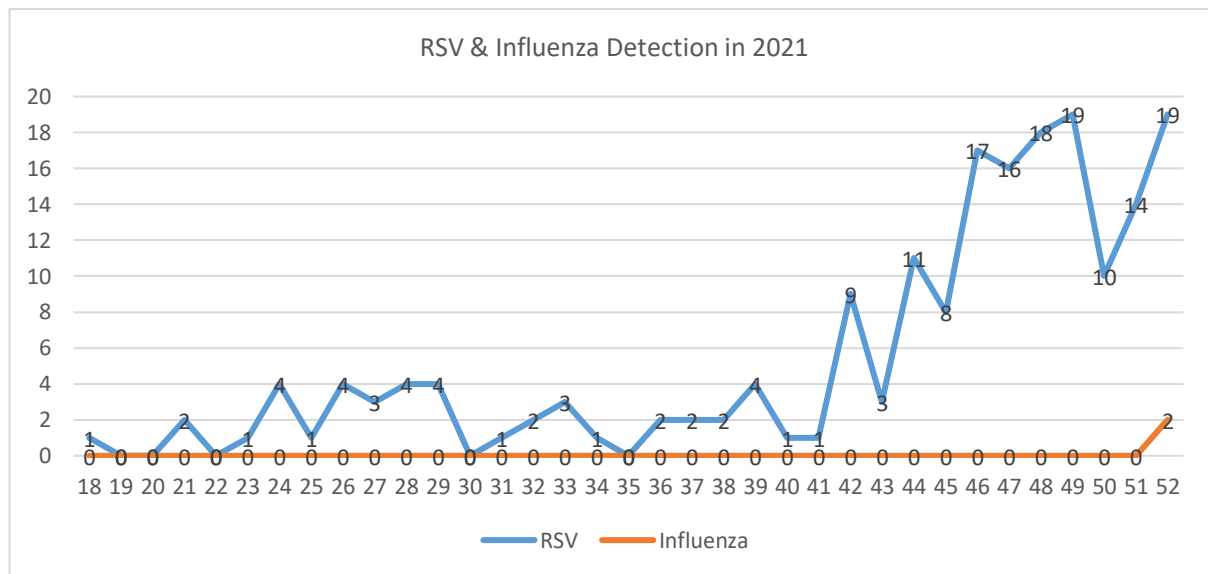
Based on above the aim of this study was comparison of the clinical and epidemiological characteristics of infections associated to RSV and Influenza viruses in hospitalized children in Georgia.

Methodology

For this study retrospective case series study methodology was used. The data in this study are based on information obtained from Severe Acute Respiratory Infection (SARI) cases collected at Iashvili Children’s hospital that serves SARI sentinel site for Georgia since 2009. Specimens were tested at Lugar Center, NCDC. In this study we only analyzed data regarding hospitalized children diagnosed with Influenza and RSV during 2021 and 2022 at Iashvili Children’s hospital. For this purpose, special questionnaire was elaborated for withdrawal of necessary clinical and epidemiological data such as age, sex, underlying clinical conditions, complications, hospitalization duration, need of ICU, antibiotic treatment, vaccination status, outcome etc. Obtained data were reviewed and analyzed using Epi Info 7.2.5.0. Differences between RSV and influenza cases were assessed.

Results

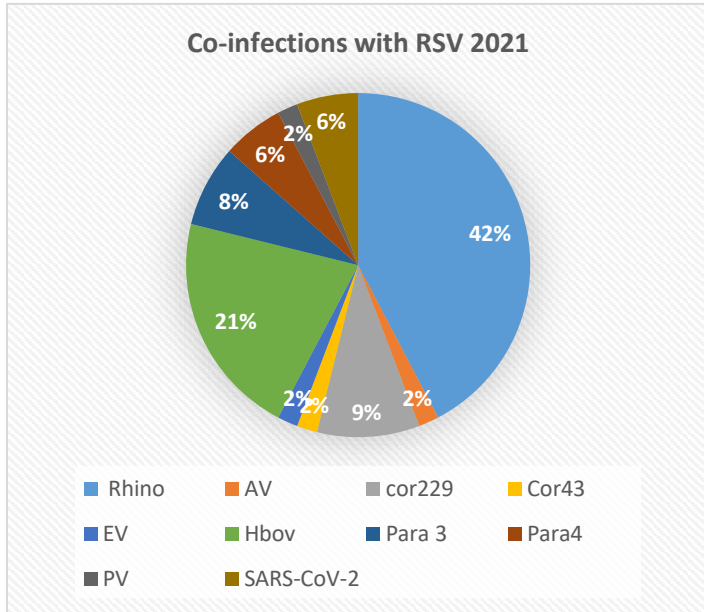
Overall 393 patients tested positive on Influenza and RSV during our study period. For epidemiological review we used total data. For clinical characterization we were able to obtain information regarding 364 cases.



Epidemiological review of 2021

In 2021, of 1102 specimens screened on influenza virus A/H3N2 was detected in three cases only, all children were under age of 5 years. All detections were observed in December, 2021. Out of 1102 samples, a total of 187 (17%) were positive on RSV, among which 45 had co-infections with other respiratory viruses including 3 cases with SARS-CoV-2. RSV mainly predominantly circulated in November and December of 2021 that was slightly early compared to previous pre-pandemic seasons in Georgia.

We found out that in 2021 season, most RSV positive patients had co-infections with other viruses, out of which 41% was RSV with Rhinovirus; 23% with COVID-19 and 18% with Adenovirus. Those three viruses were most common during that period.

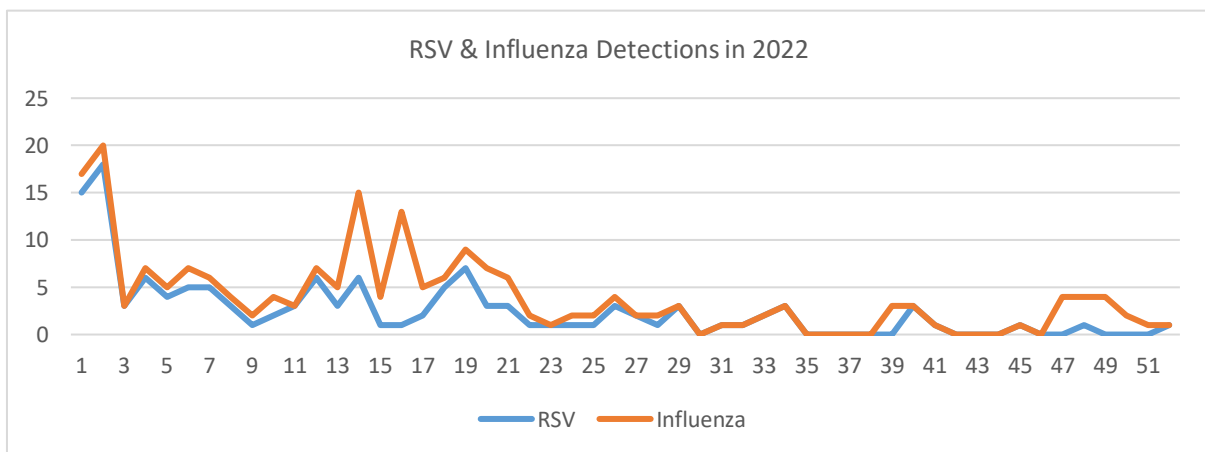


Epidemiological review of 2022

From the year of 2022, out of 832 tested samples 75 were positive on Influenza viruses (1A/H1N1 and 73 A/H3N2). Sporadic detections were observed during cold months in early 2022, majority of positive detections were in late spring and rest of the cases started to be seen from late fall when normally influenza season begins in northern hemisphere countries.

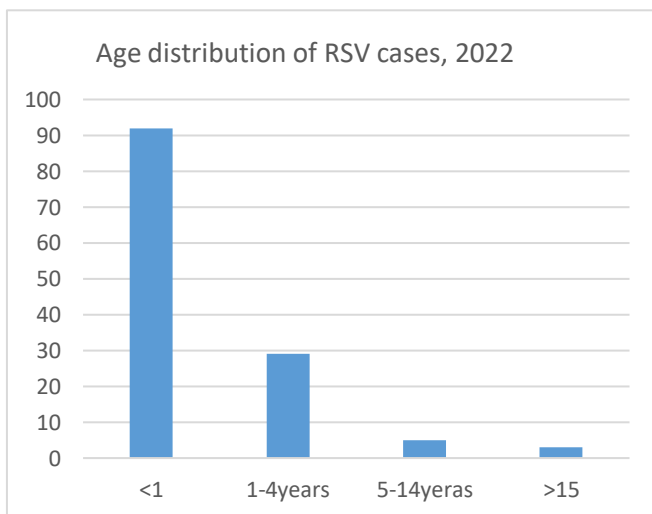
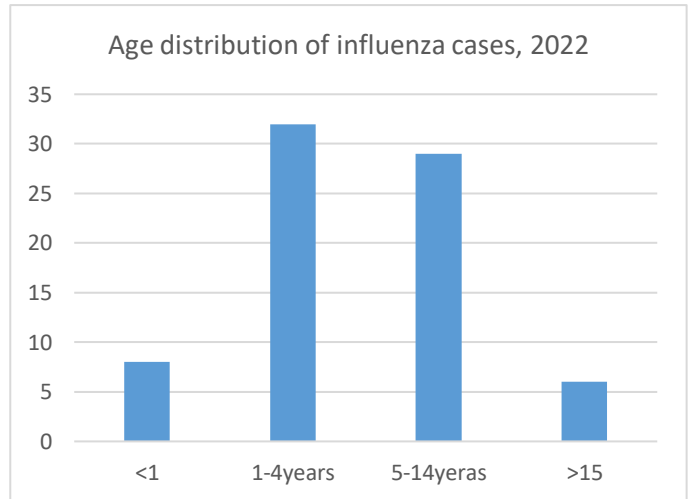
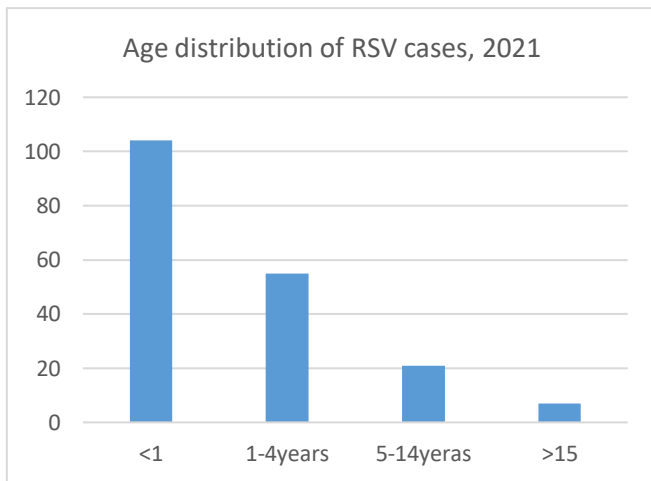
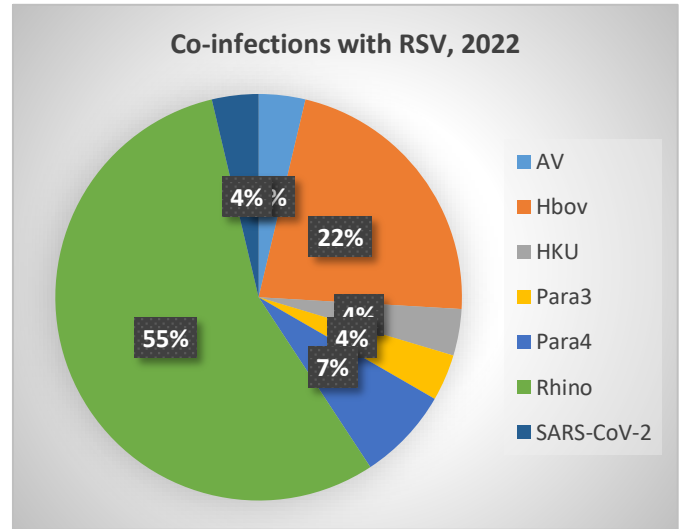
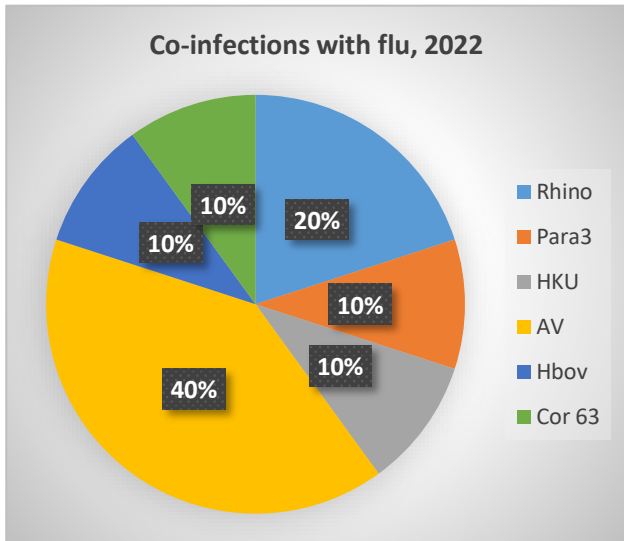
Out of 832 specimens a total of 129 tested positive on RSV, among which 23 had co-infections with other respiratory viruses, including one case of SARS-CoV-2; 3 patients had more than 2 viruses. RSV continued circulation in cold months, then detections were reduced among hospitalized children.

Co-infections of Influenza with other respiratory viruses were registered only in 6 children, 3/6 had more than 3 viruses simultaneously. In both years, 2021 and 2022, Rhinovirus was mostly detected virus among RSV co-infections.



Age group comparison

Based on our data, most of RSV detections were related to age group <1 (OR=6, p<0.005) so young children are at higher risk to acquire severe infection associated with this virus compared to influenza.

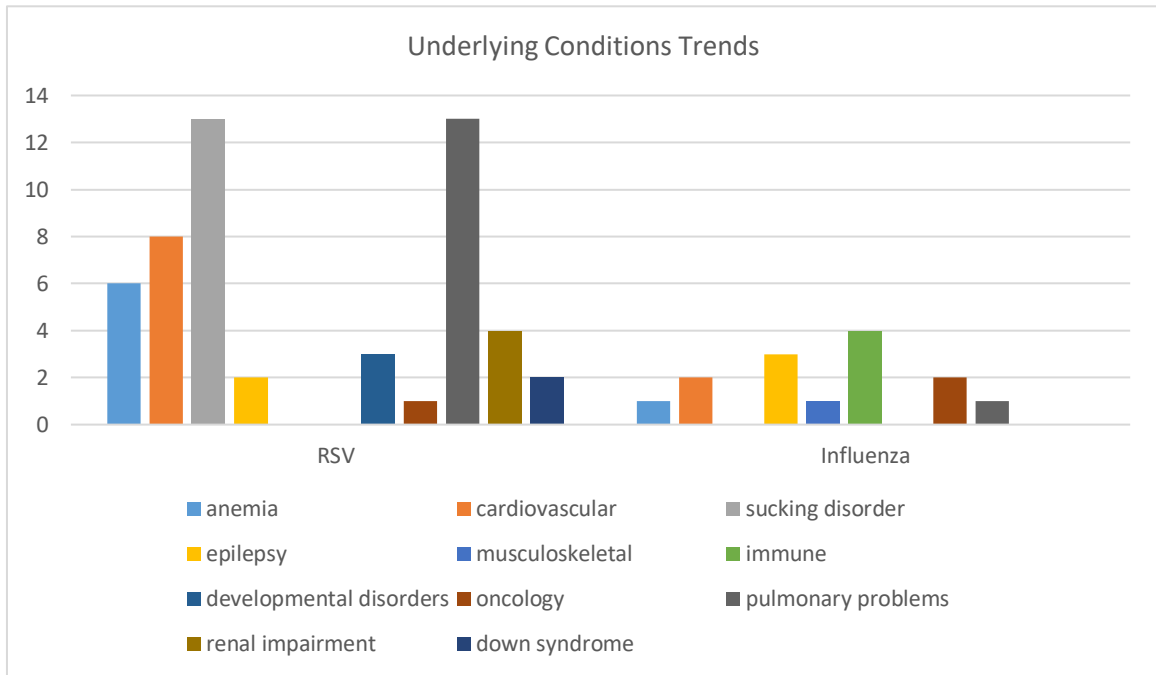


Majority of hospitalizations due to influenza were among young children of age 1-4 years followed by age group 5-14 years.

As observed in 2021 most of RSV detections, in 2022, also were among young children under 1 year of age followed by age group 1-4 years.

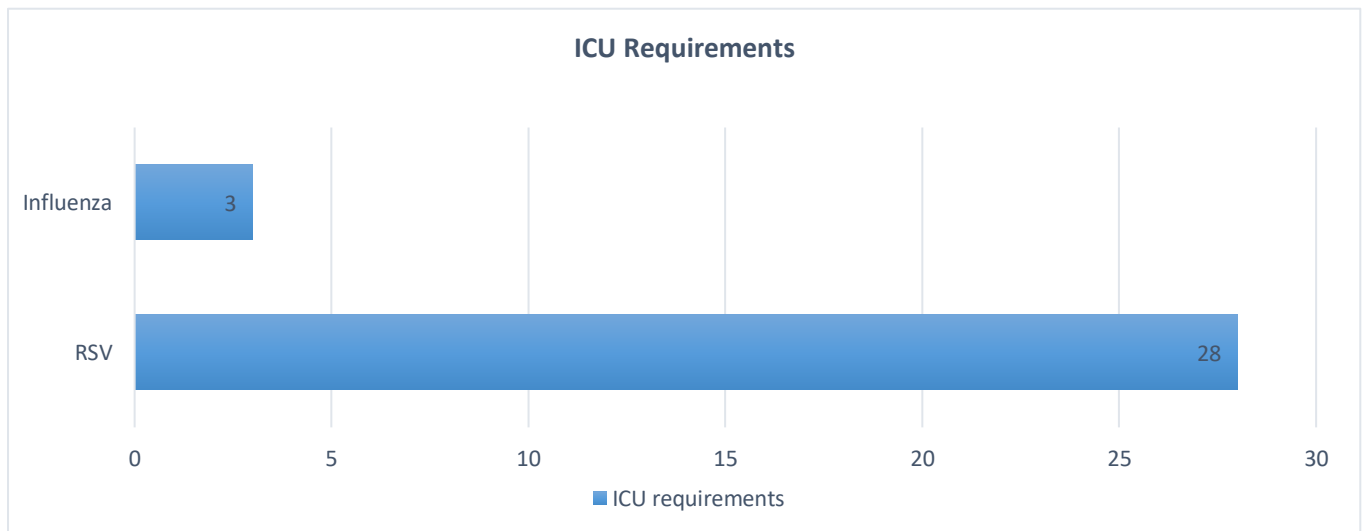
The most common underlying condition in positive RSV infections is seen to be sucking disorder in newborns and pulmonary problems, such as asthma, interstitial lung disease, followed by cardiovascular

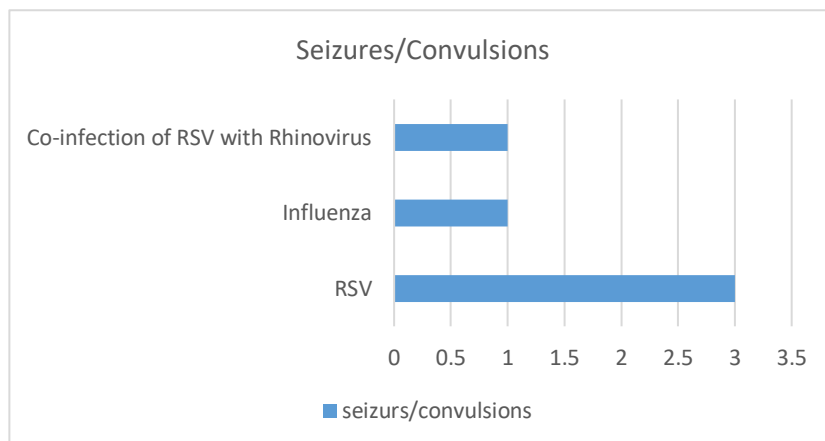
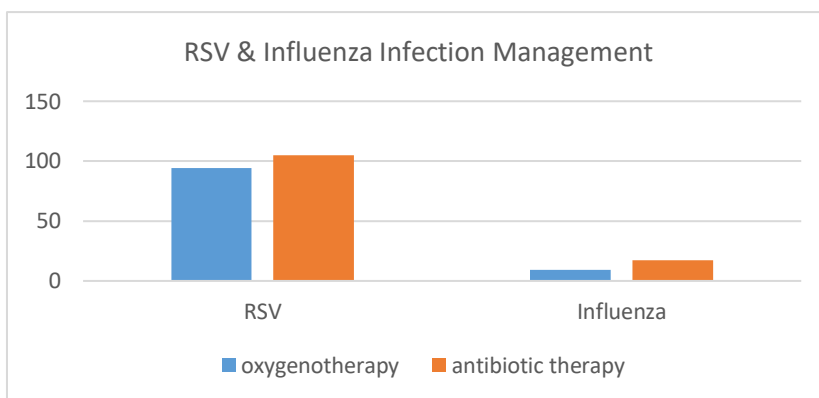
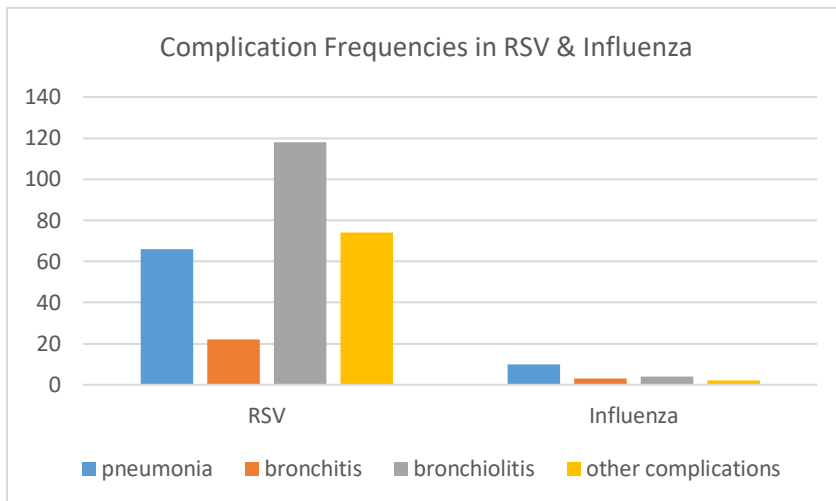
defects such as AVSD and ASD. In Influenza cases, immune disorders were the most prevalent, such as Hemolytic-Uremic syndrome



Out of total 77 detected Influenza cases, only 3 of them needed ICU admission, only 1/3 presenting with oncologic underlying condition.

Out of total 313 detected RSV cases, 28 of them needed ICU admission. 1/28 presenting with prematurity, oncologic, hepatic and cardiovascular conditions was reported as deceased.





Multiple complications have been seen in RSV and Influenza Infections. As it is seen, RSV causes higher frequency in complications than influenza. LRTI such as bronchiolitis is the most common in RSV infections, while pneumonia has the highest frequency in Influenza infections.

In RSV infections, antibiotic therapy was much more used than oxygen therapy. The same relativity is shown in regard to the Influenza infections.

Out of 77 positive Influenza patients, seizures/convulsions were present in only one patient, present with epilepsy and cerebral palsy. And out of 313 positive RSV patients, seizures/convulsions were present in 3 cases. 1/3 of the cases had neurologic underlying conditions, including epilepsy, developmental disorder, and renal impairment.

Discussion

In this research, we observed that RSV detection rate was more common than Influenza. During the pandemics those viruses were less noticeable, but after some time when social distancing and other preventive measures were mitigated, RSV cases started to spread.

Non-pharmaceutical interventions targeted at SARS-CoV-2 has presumably affected the activity of other respiratory pathogens. Strong measures implemented by government reflected in circulation of RSV as a noticeable decrease in RSV infections, however new generations without natural immunity to RSV, raised the potential for increased RSV incidence, out-of-season activity. Moreover, we can suppose, that cancellation of different policies to restrict SARS-CoV-2 transmission has let the RSV spread with much less difficulty.

Increased immunogenicity and speed of evolution in minor-group lineages may have contributed to the very large number of Rhinovirus serotypes and co-infections with influenza and RSV.

In the first weeks of the year of 2022, number of detections of both viruses were high, but it didn't last long. Majority of positive detections were in late spring and rest of the cases were seen from late fall.

As for coinfections, Rhinovirus was still a leading co-infection with RSV. However, in Influenza detections, the most frequent co-infection was with Adenovirus. Half of the co-infections detected involved more than 2 viruses.

Based on our data, we differentiated age groups which were more affected by RSV and Influenza viruses. Based on our data, most of RSV detections were related to age group <1 in 2021 as well as in 2022, followed by age group 1-4 years.

As for the Influenza distribution, majority of patients were of age 1-4 years, followed by age group 5-14 years and this result could be explained by the fact that children of those age group are more active due to their lifestyle, such as going to kindergarten, having close contact with many children of their age.

Overall children aged < 1 were at higher risk so to acquire severe infection associated with RSV compared to influenza.

As for clinical review of the total data, hospitalization ranges were nearly equal. But these durations are exceptions since they have appeared to be caused not directly by the viral infections, but other conditions, such as prematurity.

It's natural to presume that hospitalization duration was not only based on patient's virus type but also on underlying conditions and complications. Patients who were infected with only one virus had relatively lower hospitalization duration.

The most common underlying condition is reported to be sucking disorder in newborns and pulmonary problems such as asthma, interstitial lung disease, followed by cardiovascular defects such as AVSD and ASD. In influenza infections, immune system impairment was the most frequent underlying complication, e.g. HUS.

The viral infection has a nonsignificant role in the death of the said patient, since the report showed multiple much more serious problems, which actually determined the circumstances.

As the reports have shown, RSV causes higher frequency in complications overall than Influenza. LRTI such as bronchiolitis is the most common in RSV infections, while pneumonia has the highest frequency in Influenza cases.

In RSV reports, antibiotic therapy and oxygen therapy was used more than in Influenza infections, presumably due to the ability of the virus to cause much more severe illness.

According to MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute), RSV was studied as an uncommon cause of Febrile Seizures. Although RSV is often associated with high risk of neurological complications, less cases of FS were reported than in SIV infections (Ricco M. et al, 2022).

During the research, only 4 medical forms were discovered holding the information about the vaccination status against Influenza. None of the vaccinated cases required ICU admission, ¾ cases were <5 years old, presented with bronchiolitis, with no further complications.

Our study had several limitations which could influence the results of analyses performed: False negative laboratory results may have been obtained due to the late referral of patients to clinics; since we only analyzed one hospital data it might not reflect other pediatric patients; medical record are filled by different physicians so there might be incomplete data or recall bias from patient's or parent's side regarding clinical symptoms or underlying condition.

Multiple creditable researches have been carried out regarding the same or similar issues.

According to Frontier original research article, the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) was reported to bring changes to the transmission pattern of respiratory pathogens including RSV. Virus

usually peaked in winter and declined by early spring in China (Jia R. et al, 2022). In their study, they observed an unusual increase of the RSV detection rate in the summer of 2021 in Shanghai. Interestingly, the abnormal reemergence of RSV during COVID-19 was also observed during the summer months in both northern hemisphere countries including Japan, America, Canada, Israel, Italy, and southern hemisphere countries including Australia and New Zealand. Continuous surveillance of RSV infection at both local and global scales is needed to provide more clues to explain the phenomenon.

Non-pharmaceutical interventions targeted at SARS-CoV-2 have affected the activity of other respiratory pathogens. In another study of medical journal Lancet, researchers describe changes in the epidemiology of RSV among children younger than 5 years in England since 2020 (Bradsley M. et al, 2022). The extraordinary absence of RSV during winter 2020–21 probably resulted in a cohort of young children without natural immunity to RSV, thereby raising the potential for increased RSV incidence, out-of-season activity, and health-service pressures when measures to restrict SARS-CoV-2 transmission were relaxed.

As for epidemiological characteristics of influenza, according to CDC, the effects of seasonal influenza epidemics in developing countries are not fully known, but research estimates that 99% of deaths in children under 5 years of age with influenza related lower respiratory tract infections are found in developing countries.

During periods of low influenza activity, the infection of other respiratory viruses e.g. rhinovirus, respiratory syncytial virus, and others can also present as Influenza-like Illness (ILI) which makes the clinical differentiation of influenza from other pathogens difficult. Worldwide, annual epidemics of influenza are estimated to result in about 3 to 5 million cases of severe illness, and about 290 000 to 650 000 respiratory deaths. (WHO)

According to journal of Global Health, a comparative analysis of the epidemiology of influenza and respiratory syncytial virus was carried out in Russia, from time periods of 2013/14 to 2018/19 years. As a result, the overall positivity rate was 13.5% for influenza and 4.4% for RSV. The median age was older among influenza (15 years) than among RSV patients (3 years); Influenza and RSV epidemiology differed in many regards in Russia, especially in the timing of epidemics and the age distribution of infected subjects (Caini S. et al, 2022).

To compare the frequency and the severity of influenza and RSV infections among children < 24 months hospitalized with respiratory symptoms, researchers analyzed data from prospective study during the peak of five influenza seasons in province of Quebec, Canada. They detected higher frequency of RSV compared to influenza viruses (55.3% vs. 16.3%). Radiologically confirmed pneumonia was significantly more frequent in children with RSV (39%) than those with influenza (18%) and the clinical course was more severe in RSV than influenza-infected children, especially among infants < 3 months. Even during peak weeks of influenza season, a higher burden and severity of RSV was found compared with influenza virus disease in hospitalized children < 24 months (Amini R. et al, 2019).

Apart from pediatric patients and individual virus infections, we tried to search for relatable issues. According to Elsevier Journal, a retrospective study analyzed adult patients with acute respiratory infection from January 2017 to June 2019 in China-Japan Friendship Hospital in Beijing, China. Coinfection of Flu/RSV in adults is associated with a high adverse outcome. Compared to flu-only infected and RSV-only infected patients, both rates of intensive care unit admission and use of invasive mechanical ventilation in flu/RSV coinfecting patients were higher. Thus, such coinfections should be increasingly appreciated (Zhang Y. et al, 2020).

Another retrospective cohort study of comparative analysis between RSV and Influenza in admitted children under 2-years-old, carried out in 2023 April, in USA, RSV admissions were associated with a higher risk for a complex hospital course and required higher rates of respiratory support than influenza admissions (Tang M K. et al, 2023).

Conclusion

In conclusion, the results of our research were similar to those obtained from previous researches.

Apart from the presentation of epidemiological and clinical characteristics of the virus, we would like to pay your attention to prevention of the researched viruses and vaccination.

As we know, seasonal Influenza vaccines are available not only in USA and other European developed countries, but also in Georgia too. Routine immunization is recommended for all persons aged 6 months and older. (Grohskopf L.A. et al, 2022)

WHO and CDC recommends annual vaccination to pregnant women, children aged between 6 months to 5 years, elderly, individuals with chronic medical conditions, health-care workers. Even when flu vaccination does not prevent illness entirely, it has been shown in several studies to reduce severity of illness.

CDC estimates that from the 2010-2011 season to the 2019-2020 season, among reported flu-related deaths in children, about 80% occurred in children who were not fully vaccinated. Also, even though each flu death in a child is supposed to be reported to CDC, it is likely that not all flu-related deaths in children are captured and that the actual number of deaths is higher. Multiple RSV vaccines are in development to try to counter this challenge using a variety of traditional and new technologies. The approaches used need to be tailored to each population owing to differences in risk factors for severe disease and immunological factors that vary among populations. Although the road has been long, we are now entering an era where an RSV vaccine is likely to become available that could revolutionize pediatric and older adult medicine (Drysdale S.B. et al, 2022)

Accordingly, the aim of our study was to research and expose the differences between the courses of infections associated with influenza and RSV and raise awareness about the diseases and complications related to these viruses.

References

1. Amini R. et al, (2019); Respiratory Syncytial virus contributes to more severe respiratory morbidity than influenza in children <2 years during seasonal influenza peaks. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100292/#Sec7title>
2. Bradsley M. et al, (2022); Epidemiology of Respiratory Syncytial virus in children younger than 5 years in England during the COVID-19 pandemic, measured by laboratory, clinical and syndromic surveillance: a retrospective observational study. <https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2822%2900525-4/fulltext#supplementaryMaterial>
3. Caini S. et al, (2022); A comparative analysis of the epidemiology of Influenza and Respiratory Syncytial virus in Russia, 2013/14 to 2018/19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8818296/#sec-12title>
4. Centers for Disease Control and prevention, (2022); Flu vaccines for children. <https://www.cdc.gov/flu/highrisk/children.htm>
5. Centers for Disease Control and Prevention, (2022); Who should & who should NOT Get Vaccinated. <https://www.cdc.gov/flu/prevent/whoshouldvax.htm>
6. Drysdale S.B. et al,(2020); Priorities for developing respiratory syncytial virus vaccines in different target populations. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7613568/#S8title>
7. Grohskopf L.A. et al, (2022); Prevention and Control of seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2022-2023 Influenza season. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9429824/#sec-6title>
8. Jia R. et al, (2022); Resurgence of Respiratory Syncytial virus Infection during COVID- 19 Pandemic Among Children in Shanghai, China. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2022.938372/full>
9. Mondal P. et al, (2022); The influence of COVID-19 on influenza and Respiratory syncytial virus activities. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35200444/>
10. Tang M K. et al, (2023); RSV causes more severe respiratory illness than influenza in admitted children under 2-years-old. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37014143/>
11. World Health Organization, 2023; Influenza (seasonal) overview. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
12. Zhang Y. et al, (2020); Severity of influenza virus and respiratory syncytial virus coinfections in hospitalized adult patients. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386653220304273>



სტუდენტთა ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა COVID-19 ვაქცინაციის მიმართ

დეა ნიჟარაძე¹

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

აბსტრაქტი

შესავალი: ეპიდემიური სიტუაციების დროს ვაქცინა ვირუსთან ბრძოლის მთავარი და ყველაზე ეფექტური საშუალებაა. კვლევის მიზანს წარმოადგენს სტუდენტების ცოდნისა და დამოკიდებულებების შესწავლა ვაქცინაციის მიმართ. **მეთოდოლოგია:** ჩატარდა სოციოლოგიური კვლევის თვისებრივი მეთოდი, კერძოდ სიღრმისეული ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფი. **შედეგები:** გამოკითხულ რესპონდენტთაგან უმეტესობა ფლობს სწორ და მეცნიერულად დამტკიცებულ ინფორმაციას იმუნიზაციის შესახებ და მათ დადებითი დამოკიდებულება აქვთ ვაქცინაციის მიმართ. ყველა რესპონდენტს გაკეთებული აქვს გეგმიური აცრები და მათი უმრავლესობა აცრილია COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით. რესპონდენტთა ცოდნასა და დამოკიდებულებას უმეტესწილად განსაზღვრავს განათლების დონე, საზოგადოება, ოჯახი და ინფორმაციის ნაკლებობა. **დასკვნა:** საჭიროა საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და ცრუ და რეალური ინფორმაციის ერთმანეთისგან გამიჯვნა. სასურველია მასობრივი კომუნიკაციის საშუალებების და სოციალური ქსელების ფოკუსირება სწორი და მეცნიერულად დამტკიცებული ინფორმაციის გავრცელებაზე.

საკვანძო სიტყვები: COVID-19 ვაქცინაცია, ეპიდემია, იმუნიზაცია, ინფექციური დაავადებები

ციტირება: დეა ნიჟარაძე. სტუდენტთა ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა COVID-19 ვაქცინაციის მიმართ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

Knowledge and attitude towards COVID-19 vaccine among university students

Dea Nizharadze¹

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

Abstract

Introduction: During epidemic situations, the vaccine is the main and most effective means of fighting the virus. The purpose of the research is to study students' knowledge and attitudes towards vaccination. **Methodology:** a qualitative method of sociological research was conducted, namely in-depth interview and focus group. **Results:** Most of the interviewed respondents have correct and scientifically proven information about immunization and they have a positive attitude towards vaccination. All respondents have had routine vaccinations and most of them have been vaccinated against COVID-19. The level of education, society, family and lack of information largely determine the knowledge and attitude of the respondents. **Conclusion:** it is necessary to raise public awareness and

distinguish between false and real information. It is desirable to focus mass media and social networks on the dissemination of correct and scientifically proven information.

Keywords: COVID-19 vaccination, epidemic, immunization, infectious diseases.

Citation: Dea Nizharadze. Knowledge and attitude towards COVID-19 vaccine among university students. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

შესავალი

იმუნიზაცია გადამდებ დაავადებათა პრევენციის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა. საქართველოში ბავშვთა გეგმიური აცრები რეგულირდება „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონით და ხორციელდება ეროვნული კალენდრის მიხედვით, რომელშიც წარმოდგენილია ის ინფექციური დაავადებები, რომლებიც პროფილაქტიკური აცრების ჩატარებას საჭიროებს, ბავშვთა ასაკის შესაბამისად. პროფილაქტიკური აცრები ბავშვს დაბადების დღიდან 14 წლამდე უკეთდება, თუმცა ტეტანუსი-დიფტერიის საწინააღმდეგო აცრა 14 წლის შემდეგ ყოველ 10 წელიწადში 55 წლამდეა აუცილებელი. იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამით საქართველოს მოქალაქეები უზრუნველყოფილნი არიან პროგრამით გათვალისწინებული ვაქცინებითა და შრატებით და არ ითვალისწინებს მოსარგებლეს მხრიდან გადასახადს.

ბიოლოგიური ფაქტორების გარდა, დაავადების გავრცელებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სოციალური ფაქტორებიც. ასეთ სოციალურ ფაქტორებს წარმოადგენენ სოციალური კლასი, ცხოვრების წესი, დასაქმების სტატუსი, სტრესი, სოციალური ქსელები და სხვა (ვერულავა, 2017). აღნიშნული გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობისთვის, რომ ადამიანი იყოს ჯანსაღი საზოგადოების წევრი და სწორად იყოს ინფორმირებული ჯანდაცვის სხვადასხვა სერვისების შესახებ.

არსებულმა პრაქტიკამ აჩვენა, თუ რამდენად დიდ მონაპოვარს წარმოადგენს ვაქცინა მედიცინაში, თუმცა მის მიმართ დამოკიდებულებები საზოგადოებაში განსხვავებულია. თანამედროვე ეპოქაში ანტი-ვაქსერული დამოკიდებულებების გავრცელებას მედიამ, ინტერნეტმა და სოციალურმა ქსელებმა ხელი მნიშვნელოვნად შეუწყო. 2019 წელს COVID-19 ის შედეგად გამოწვეულმა პანდემიამ და მის საწინააღმდეგოდ შექმნილმა ვაქცინამ კი აღნიშნული საკითხი უფრო აქტუალური გახადა.

კვლევების მიხედვით, იკვეთება რამდენიმე მთავარი არგუმენტი ანტი-ვაქსერთა მხრიდან. ისინი ფიქრობენ, რომ მოქალაქეებს უნდა მიეცეთ იმის უფლება, რომ თავად გადაწყვიტონ გაიკეთებენ თუ არა ვაქცინას და სახელმწიფო არ უნდა ავალდებულებდეს მათ. ზოგიერთი ანტი-ვაქსერული მოძრაობა მხარს ალტერნატიულ მედიცინას უჭერს, რომელიც ორიენტირებულია მკურნალობის მცენარეულ მეთოდებზე, განხილულია ასევე შეთქმულების თეორიასთან კავშირი, რელიგიური წინააღმდეგობა, ვაქცინის არაეფექტურობა, მისი შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა და სხვა მიზეზები. კვლევების მიხედვით, დასტურდება ისიც, რომ ინფორმირებულობა ვაქცინაციის შესახებ უფრო მაღალია უმაღლესი განათლების მქონე ადამიანებში.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს სტუდენტების ცოდნისა და დამოკიდებულებების შესწავლა ვაქცინაციის მიმართ, აღნიშნული მიზნის განსახორციელებლად დასახულ იქნა შემდეგი ამოცანები: შევისწავლოთ, გავრცელებული მოსაზრებები და სტერეოტიპები ვაქცინაციის მიმართ, გამოვყოთ ის ფაქტორები, რომლებიც ვაქცინაციის პროცესს უწყობენ ხელს, გამოვავლინოთ ვაქცინაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეები და ალტერნატიული გზები ეპიდემიებისა თუ პანდემიის თავიდან ასაცილებლად. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია გავიგოთ, იქონია თუ არა გავლენა COVID-19 ის საწინააღმდეგო ვაქცინის შესახებ გავრცელებულმა შეხედულებებმა ზოგადად, სტუდენტების დამოკიდებულებაზე, ვაქცინაციის მიმართ და გაიზარდა თუ არა მათი ინფორმირებულობა იმუნიზაციის შესახებ პანდემიის შემდეგ.

ლიტერატურის მიმოხილვა

იმუნიზაციის ძირითადი არსი

კენეტ ჯ. როტმანი, საკუთარ წიგნში „ეპიდემიოლოგია“ აღწერს ეპიდემიოლოგიის ძირითად ცნებებსა და მეთოდებს, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძირითად მეცნიერებას წარმოადგენს (Rothman et al., 2008). ეპიდემიოლოგია არის მედიცინის დარგი, რომელიც სწავლობს ეპიდემიათა წარმოშობას, განვითარებასა და მათთან ბრძოლის საშუალებებს (გოგჩაძე, გ., კანდელაკი, თ., გოგჩაძე, თ. 2011). ეპიდემიებთან ბრძოლის ერთ-ერთ ასეთ საშუალებას წარმოადგენს ვაქცინაცია, რომელიც ორგანიზმს ეხმარება დაავადების წინააღმდეგ იმუნიტეტის გამომუშავებაში. ეს არის დაავადების პრევენციის ყველაზე ეფექტური მექანიზმი, რომელიც საშუალებას აძლევს ადამიანებს უკეთ დაიცვან თავი კონკრეტული ვირუსებისა და ბაქტერიებისგან (ვერულავა და სხვ. 2019).

ადამიანის სხეულს აქვს უნარი, თავი დაიცვას დაავადების წარმომქნელი მიკროორგანიზმებისგან. ორგანიზმი მუშაობს იმისთვის, რომ ფიზიკური ბარიერი შეუქმნას პათოგენებს, რათა არ მოხდეს მისი დაინფიცირება. იმ შემთხვევაში, თუ ორგანიზმი დაინფიცირდა, იმუნურ სისტემას სჭირდება გარკვეული დრო იმისთვის, რომ ვირუსის შესაბამისი ანტისხეულები გამოიმუშაოს. ანტისხეულების წარმოქმნის შემდეგ, იმუნური სისტემა მუშაობს პათოგენების გასანადგურებლად და დაავადების შესაჩერებლად. გარდა იმისა, რომ ადამიანის ორგანიზმს სხვადასხვა ვირუსისგან თავის ასარიდებლად ბუნებრივი თავდაცვის საშუალება აქვს იმუნური სისტემის სახით, ინფექციებთან ბრძოლისათვის მნიშვნელოვანია იმუნიზაცია. იმუნიზაცია ვაქცინის მეშვეობით ანტიგენის შეყვანის პროცესია, რომლითაც ხდება ადამიანის იმუნური სისტემის სტიმულირება ინფექციური დაავადების წინააღმდეგ (Shrestha et al., 2019).

როდესაც საზოგადოების უმეტესი ნაწილი აცრილია, პათოგენის მიმოქცევა რთულია, რადგან მოსახლეობა მის მიმართ იმუნურია და მყარდება ჯოგური იმუნიტეტი. ტერმინი „ჯოგური იმუნიტეტი“ პირველად გამოყენებულ იქნა 1923 წელს, ტოპლისა და უილსონის მიერ დაწერილ ნაშრომში „ბაქტერიული ინფექციის გავრცელება: ჯოგური იმუნიტეტის პრობლემა“. სწორედ ამ ავტორებმა შეისწავლეს სხვადასხვა ინფექციის მიერ გამოწვეული ეპიდემიები (Fine, P. E. 1993). ჯოგური იმუნიტეტი მეშვეობით ინფექციის რისკი მცირდება (Smith, 2019). აღსანიშნავია, რომ არც ერთი ვაქცინა არ იცავს ადამიანს 100%-ით დაავადებისგან, შესაბამისად ჯოგური იმუნიტეტიც ვერ მოგვცემს ამის გარანტიას, თუმცა მიუხედავად ამისა, საყოველთაო იმუნიტეტის ქონა საგრძნობლად ამცირებს დაავადების წინააღმდეგ ეპიდემიურ სიტუაციებში ფატალური შედეგის რისკს, ამიტომ მნიშვნელოვანია მოსახლეობის უმეტესობა აცრილი იყოს კონკრეტული დაავადების წინააღმდეგ.

ვაქცინაციის ისტორია

ედუარდ ჯენერი (1749-1823), რომელიც იმუნიზაციის მამადაც იწოდება, იყო ბრიტანელი მეცნიერი, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა ვაქცინაციას. საუკუნეების მანძილზე, ყვავილმა კაცობრიობის უდიდესი ნაწილი იმსხვერპლა. ჯერ კიდევ მაშინ, როდესაც ეს სენი მძვინვარებდა ედუარდ ჯენერმა აღმოაჩინა კავშირი ძროხის ყვავილსა და ადამიანის ყვავილს შორის. „ძროხის ყვავილის კვლევის დროს შემიპყრო იმ აზრმა, რომ ადამიანის ყვავილის დამარცხება ძროხის ყვავილის გავრცელებით შესაძლებელი იქნებოდა, ის ძროხიდან ადამიანზე, ხოლო ადამიანებიდან ერთმანეთში გავრცელდებოდა“ (Jenner, 1801).

ჯენერმა შეამჩნია, რომ ისინი, ვისაც ძროხის ყვავილი გადატანილი ჰქონდათ, მარტივად უმკლავდებოდნენ ადამიანის ყვავილსაც. სწორედ ამ თეორიის საფუძველზე გადაწყვიტა ჩაეტარებინა ექსპერიმენტი და იპოვა ახალგაზრდა მერძევე ქალი სარა ნელმი, რომელსაც ხელსა და მკლავზე ჰქონდა ძროხის ყვავილისგან მიღებული ახალი დაზიანებები და მისი წყლულიდან აღებული ნიმუშით აცრა 8 წლის ბიჭი, რომელსაც თავდაპირველად მსუბუქი სიცხე განუვითარდა და ცხრა დღის მანძილზე შეუძლოდ იყო, თუმცა შემდეგ გამოჯანმრთელდა. მოგვიანებით, ჯენერმა ბიჭი ისევ აცრა, თუმცა ადამიანის ყვავილის

შედეგად მიღებული სითხით და ბიქს არანაირი დაავადება არ განუვითარდა. ამის საფუძველზე, ჯენერმა დაასკვნა, რომ თავისი თეორია გამართლდა.

1797 წელს ჯენერმა სამეფო საზოგადოებას გაუზავა მოკლე შეჯამება თავის დაკვირვებისა და ექსპერიმენტის შესახებ, თუმცა მისი ეს განაცხადი უარყოფილ იქნა (Riedel, 2005). ჯენერი გახდა დაცინვისა და კრიტიკის ობიექტი და სასულიერო პირებიც კი ირწმუნებოდნენ, რომ მისი ეს საქციელი უღმერთო იყო. ნახატებში ნაჩვენებია იყო ვაქცინირებული ადამიანები ძროხების თავებით. ამ ყველაფრის მიუხედავად, ვაქცინაციის სარგებელმა კრიტიკა გადაფარა და მსოფლიო მასშტაბით გავრცელდა. ვაქცინაციამ საფუძველი ჩაუყარა ისეთი დაავადებების განკურნებას, როგორებიც არიან წითელა, ტუბერკულოზი, გრიპი, ტეტანუსი და სხვა. 21-ე საუკუნეში აღნიშნული დაავადებები სასიკვდილო განაჩენს რომ არ წარმოადგენენ სწორედ ვაქცინის დამსახურებას.

დამოკიდებულებები და გავრცელებული სტერეოტიპები ვაქცინაციის მიმართ

მიუხედავად იმისა, რომ ედუარდ ჯენერის აღმოჩენის შემდეგ საუკუნეები გავიდა, საზოგადოებაში დღემდე არსებობს სკეპტიკური დამოკიდებულებები ვაქცინაციის მიმართ. ხშირ შემთხვევაში, ადამიანების დამოკიდებულება ერთი და იგივე საკითხის მიმართ არაერთგვაროვანია, რაც შესაძლოა სხვადასხვა ფაქტორის შედეგად იყოს განპირობებული.

ადამიანის ქცევა და არჩევანი განპირობებულია იმით, რომ მათი ქცევა თანატოლების, თანამშრომლების, მსგავსი ეთნიკური ჯგუფების მქონე და სხვა ადამიანებისთვის მისაღები იყოს (Baumeister et al., 2005). ადამიანის ქცევას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ის ჯგუფები, რომელთაც თავს მიაკუთვნებენ ადამიანები და ის სოციალური ურთიერთქმედება, რომელიც ხდება ამ ჯგუფის ფარგლებში (ვერულავა, თ., 2017). ამ მოსაზრების მიხედვით, შესაძლოა თითოეული ადამიანის ქცევა ვაქცინაციის პროცესის მიმართ, განსაზღვრული იყოს იმ ჯგუფის შეხედულებების მიხედვით, რომლის წარმომადგენელიც არის.

გარდა სოციალური ჯგუფისა, კიდევ ერთი ფაქტორი, რომელიც ადამიანს გადაწყვეტილებაზე ზემოქმედებს არის რელიგია. რელიგია გავლენას ახდენს ვაქცინაციის შესახებ გადაწყვეტილებაზე, რელიგიური წინააღმდეგობა ხშირად მშობლების მხრიდან გამოყენებულია, როგორც საბაზი, რათა არ აცრან შვილები (Pelčić et al., 2016). ვაქცინაციის მიმართ შიში და მის წინააღმდეგ შექმნილი მითები ახალი ფენომენი არ არის. ვაქცინაციის მოწინააღმდეგეები ჯერ კიდევ მე-18 საუკუნეში გამოჩნდნენ, როდესაც მეუფე ედმუნდ მასეიმ ინგლისში ქადაგებისას ვაქცინას ეშმაკური ოპერაცია უწოდა. მის აზრს, ითვალისწინებდნენ სხვა სამღვდლო პირებიც და ვაქცინას „ეშმაკის საქმეს“ უწოდებდნენ. ვაქცინაციის მიმართ კრიტიკა მოიცავდა არა მხოლოდ თეორიულ არგუმენტებს, არამედ მოგვიანებით პოლიტიკურ და სამართლებრივ ასპექტებსაც. ბრიტანეთში შეიქმნა ანტივაქცინაციის ლიგა, რომელიც ირწმუნებოდა, რომ მათი მისია იყო ხალხის დაცვა იძულებითი ვაქცინაციისგან, რომელსაც კანონები ავალდებულებდნენ (Hussain et al., 2018).

21-ე საუკუნეში, ანტი-ვაქსერული დამოკიდებულებების პროპაგანდას ხელი სოციალურმა მედიამ და ინტერნეტმაგ შეუწყო. მასში გავრცელებული ინფორმაცია ხშირ შემთხვევაში სინამდვილეს არ შეესაბამება და ადამიანები ხშირად შედიან შეცდომაში. ვაქცინაციის მიმართ კრიტიკულმა დამოკიდებულებამ საზოგადოებაში გარკვეული ცრურწმენები და სტერეოტიპები წარმოქმნა. აღნიშნულ თემასთან დაკავშირებით, ჩატარებულია კვლევა „პოსტმოდერნული პანდორას ყუთი: ანტი-ვაქსერული დეზინფორმაცია ინტერნეტში“, რომელშიც აღნიშნულია, რომ ვაქცინაციამ რეკორდულად დაბალ ნიშნულს მიაღწია, რასაც ხელი ინტერნეტში გავრცელებულმა დეზინფორმაციამაც შეუწყო. კვლევაში განხილულია ანტი-ვაქსერული ვებ საიტები და აღნიშნულია ის ძირითადი არგუმენტები, რომლებიც ვაქცინაციის წინააღმდეგ არსებობს (Kata, 2010).

ვაქცინაციის საწინააღმდეგო არგუმენტები, როგორც წესი, დეზინფორმაციას წარმოადგენს, რომლის გავრცელებაც ხელს უშლის ადამიანებს სწორი ინფორმაციის მოძიებასა და გადაწყვეტილების მიღებაში. არსებული არგუმენტები საფუძველს უყრის სტერეოტიპების გამყარებას და მოსახლეობის მხრიდან მოწინააღმდეგე ჯგუფებში დისკრიმინაციის არსებობას.

მეთოდოლოგია

შერჩეულ იქნა სოციოლოგიური კვლევის თვისებრივი მეთოდი, კერძოდ სიღრმისეული ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფი. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას გვაძლევს შევისწავლოთ რესპონდენტთა დამოკიდებულებები და მოსაზრებები უფრო სიღრმისეულად. მეთოდი გვაძლევს იმის საშუალებას, რომ რესპონდენტთან გვექონდეს უშუალო პირდაპირი კავშირი და საჭიროების შემთხვევაში დავუსვათ ისეთი კითხვები, რომელიც უფრო მეტად გამოავლენს მათ მოსაზრებებს, დამოკიდებულებებს, მოტივაციებსა და შეფასებებს. სიღრმისეული ინტერვიუს საშუალებით, რესპონდენტთა გულწრფელობის საფუძველზე უკეთესად გამოიკვეთა მათი ცოდნა იმუნიზაციის შესახებ. რაც შეეხება ფოკუს-ჯგუფს, აღნიშნული მეთოდი კარგი საშუალებაა მონაწილეთა შორის დისკუსიისთვისა და აზრთა გაცვლისთვის. პანდემიის დროს, მკვეთრად გამოიკვეთა ადამიანთა შორის აზრთა სხვადასხვაობა ვაქცინაციის მიმართ. ფოკუს-ჯგუფში მონაწილეები მოახდენენ ვაქცინაციის მიმართ საკუთარი დამოკიდებულებების ღიად დაფიქსირებას.

ნაშრომში ასევე განხილულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ წარმოდგენილი ინფორმაცია, რომელიც ითვალისწინებს საქართველოში არსებულ ვითარებას იმუნიზაციის თვალსაზრისით.

კვლევის ფარგლებში სიღრმისეული ინტერვიუს საშუალებით გამოიკითხა 20 სხვადასხვა სქესის ასაკისა და ფაკულტეტის სტუდენტი. სტუდენტთა ჯგუფი განისაზღვრა არაალბათური, კერძოდ არარეპრეზენტატიული შერჩევის საფუძველზე. რაც შეეხება ფოკუს-ჯგუფს, ჩატარდა ორი 6 და 5 სტუდენტებისგან შემდგარი ფოკუს-ჯგუფი, რომელიც წარმართა ნახევრად სტრუქტურირებული გზამკვლევის საფუძველზე. 6 მონაწილისგან შემდგარი ფოკუს-ჯგუფის წევრები წარმოადგენდნენ სხვადასხვა განათლების მქონე სტუდენტებს, ხოლო 5 მონაწილისგან შემდგარი ჯგუფის წევრები იყვნენ სამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტები. ჯგუფების ამგვარი დაყოფა გადავწყვიტე ჩემი მოსაზრების საფუძველზე, ვინაიდან ვფიქრობდი, რომ იმუნიზაციის შესახებ მონაწილეების ცოდნა სამედიცინო და არასამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტებში განსხვავებული იქნებოდა. კვლევა დაიწყო 2022 წლის მარტში და გრძელდებოდა 3 თვის განმავლობაში.

მნიშვნელოვანია ხაზი გავუსვათ კვლევის შეზღუდვებს. თვისებრივი კვლევა არ გვაძლევს რაოდენობრივ, სტატისტიკურ მონაცემებს, შესაბამისად, კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა პასუხები არ გვაძლევს შედეგების მთელ პოპულაციაზე განზოგადების საშუალებას.

შედეგების ანალიზი

სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგები

გამოკითხულ რესპონდენტთაგან ყველას ჰქონდა ინფორმაცია გეგმიური აცრების შესახებ და თითოეულ მათგანს გაკეთებული ჰქონდა პროფილაქტიკური აცრები. ვაქცინაცია მიიჩნევა, როგორც მნიშვნელოვანი პრევენციული საშუალება ვირუსის თავიდან ასაცილებლად ან მარტივად გასამკლავებლად. ვაქცინაცია ხელს უწყობს იმუნიტეტის გამომუშავებას კონკრეტული ინფექციის წინააღმდეგ, იგი არის ეფექტური მექანიზმი პანდემიის თავიდან ასაცილებლად და საკუთარი თუ სხვა ადამიანების ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

ანტი-ვაქსერთა ერთ-ერთ არგუმენტს ვაქცინაციის საწინააღმდეგოდ წარმოადგენს ის მოსაზრება, რომ ვაქცინაცია ადამიანის უფლებაა და შესაბამისად, სახელმწიფოს არ აქვს უფლება მოქალაქეს დააძალოს ვაქცინის გაკეთება, აღნიშნული საკითხის შესახებ რესპონდენტთა მოსაზრება ორად გაიყო, თუმცა უმრავლესობა დაეთანხმა ანტი-ვაქსერთა ამ პოზიციას და თვლიან, რომ ვაქცინაცია ნებაყოფლობითი უნდა იყოს. ზოგიერთი მათგანის აზრით, ნებაყოფლობითობა დამოკიდებული უნდა იყოს თავად ვაქცინაზე და გარკვეული ვაქცინის გაკეთება სავალდებულო უნდა იყოს, ზოგის კი ნებაყოფლობითი.

„ეს საკითხი კომპლექსურია, რთულია ადამიანს დააძალო, რაღაც რისი დადებითი მხარისა და პოზიტიური შედეგების არ სწამს“

რესპონდენტი არ ასახელებს მკაფიო პოზიციას აღნიშნული საკითხის მიმართ, თუმცა მიუხედავად ამისა, პასუხიდან გამომდინარე იგი უფრო მეტად თვლის, რომ ვაქცინაციას ვერ დააძალე ადამიანს, ამასთან იგი გვთავაზობს ამ საკითხის მოგვარების ოპტიმალურ საშუალებას რაც ითვალისწინებს იმას, რომ სხვადასხვა გზით, ამ კუთხით საზოგადოების ცნობიერება მაქსიმალურად უნდა ამაღლდეს და აცრების ეფექტურობა საზოგადოდ წარმოჩინდეს.

კრიტიკული მოსაზრებები და უარყოფითი დამოკიდებულებები ვაქცინაციის მიმართ, მისი აღმოჩენისთანავე გაჩნდა, შესაბამისად პანდემიამდეც არსებობდა კრიტიკული დამოკიდებულებები გეგმიური აცრებისა თუ ზოგადად სხვა ვაქცინების მიმართ, მშობლები თვლიდნენ, რომ აცრა არ იყო მიზანშეწონილი ბავშვებისთვის, რადგან იგი არ იყო უსაფრთხო იწვევდა სხვადასხვა დაავადებებს და საერთოდ არ იცავდა ვირუსისგან ადამიანს. წარმოდგენილი შეხედულებები ხშირ შემთხვევაში დამოკიდებული იყო მშობლის ცნობიერებასა და განათლებაზე, მათ დამოკიდებულებებს განსაზღვრავდა არასანდო და გადაუმოწმებელ ინფორმაციაზე დაყრდნობა. აქვე უნდა აღინიშნოს ის, რომ იმ რესპონდენტთა ცოდნას, რომელსაც ისინი პანდემიამდე ფლობდნენ იმუნიზაციის შესახებ, განსაზღვრავდა მშობლის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია, და ასეთი რესპონდენტების ოჯახის წევრები(ერთი მამიკ) წარმოადგენდნენ სამედიცინო განათლების მქონე პირებს. გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ პანდემიის დროს რესპონდენტები აქტიურად ეცნობოდნენ ინფორმაციებს ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის შესახებ, რაც საბოლოოდ ნიშნავს იმას, რომ მათი ცოდნა იმუნიზაციის შესახებ პანდემიის შემდეგ შეიცვალა.

ოჯახის წევრების დამოკიდებულებების გარდა, არსებობს სხვა ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს აზრის ჩამოყალიბებასა და გადაწყვეტილების მიღებაზე. ჩატარებულმა კვლევამ, კიდევ ერთხელ დაადასტურა, რომ ადამიანის ქცევას ხშირ შემთხვევაში სწორედ ის გარემო და სოციუმი განსაზღვრავს, რომლის წევრიც არის. გარდა სოციუმისა ხაზგასასმელია სოციალური ქსელებისა და მედიის როლი საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაზე. გამოიკვეთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ სოციალური ქსელებმა ანტი-ვაქსერული დამოკიდებულებების გავრცელებას ხელი შეუწყო და ადამიანები უარყოფითად განაწყო ვაქცინაციის მიმართ. ამასთანავე ძირითად შემთხვევაში ამ პლატფორმის საშუალებით ვრცელდებოდა ცრუ და უარყოფითი ინფორმაცია ვაქცინაციის შესახებ.

„საზოგადოებამ არ იცის ისწორი ინფორმაციისა და დეზინფორმაციის გარჩევა და ხშირად ისეთ ორგანიზაციებს როგორც არის, მაგალითად მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, არ ენდობიან და ბრალს სდებენ კაცობრიობის წინაშე მიმართულ დანაშაულში, ხოლო ცალსახად ყალბი ინფორმაციის სჯერათ, რომელიც ვაქცინაციის წინააღმდეგ არის მიმართული.“

რესპონდენტები თვლიან, რომ მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი უფრო მეტად მიდრეკილია უარყოფითი ინფორმაციის დაჯერებისკენ, ამავდროულად, ისინი არ ცდილობენ მიღებული ინფორმაციის გადამოწმებას. ნაკლებად ინფორმირებულ მოსახლეობაში სოციალური ქსელები უფრო სანდო წყაროს წარმოადგენს ვიდრე ოფიციალური და დადასტურებული ინფორმაცია.

კიდევ ერთი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს ვაქცინაციის გაკეთებისა და გადაწყვეტილების მიღებაზე არის რელიგია. რესპონდენტთა აზრით, გარკვეული რელიგიური ჯგუფების მოწოდების გამო ადამიანები თავს იკავებენ ვაქცინაციისგან.

ამგვარი აზრები და განწყობები დიდწილად განაპირობებს ეპიდემიოლოგიურ ვითარებას, მსგავსი ჩარევები აფერხებს ვაქცინაციას და ხელს უშლის იმუნიზაციის პროცესს. თუმცა ამის მიუხედავად, არსებობენ ადამიანები, რომელთა ვაქცინაციაც შეუძლებელია მათსავე ჯანმრთელობის პრობლემების გათვალისწინებით, ასეთ შემთხვევაში, რესპონდენტები თვლიან, რომ მნიშვნელოვანია ასეთმა ადამიანებმა ატარონ პირბადე და დაიცვან ჰიგიენური წესები.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ პანდემიის დროს სტუდენტები აქტიურად ეცნობოდნენ ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაციას და მათი გადაწყვეტილება ვაქცინის გაკეთების შესახებ დამოკიდებული იყო საკუთარ ცოდნაზე. გარდა ამისა, ისინი დარწმუნდნენ, რომ ვაქცინაცია

პანდემიასთან ბრძოლის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა და არსებულმა სტერეოტიპებმა და ცრურწმენებმა გავლენა ვერ მოახდინა მათ გადაწყვეტილებაზე.

საბოლოო ჯამში, ჩატარებული ინტერვიუების საფუძველზე გამოიკვეთა სტუდენტთა დადებითი დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ და ისინი ემხრობიან პანდემიასთან ბრძოლის ამგვარ ღონისძიებას. გარდა ამისა აღსანიშნავია, რომ გავრცელებულმა კრიტიკულმა დამოკიდებულებებმა გავლენა ვერ მოახდინა მათ სამომავლო გადაწყვეტილებებზე, რაც იმას გულისხმობს, რომ თუკი მათ დასჭირდებოდათ რაიმე ახალი ვაქცინის გაკეთება ან/და გახდებიან მშობლები და მოუწევთ გადაწყვეტილების მიღება ბავშვისთვის აცრის გაკეთებაზე ისინი აუცილებლად გაუკეთებენ მათ აცრებს, ვინაიდან არიან სწორად ინფორმირებულნი.

„ვაქცინა არ წარმოადგენს საშიშროებას ადამიანის ფიზიკური ან სულიერი ჯანმრთელობისთვის. სანამ დაიწყება ვაქცინის მასობრივი გამოყენება ის გადის მრავალ სხვადასხვა ეტაპს, მისი უსაფრთხოების შესამოწმებლად...“

რესპონდენტი თვლის, რომ ვაქცინა უსაფრთხო საშუალებაა, ვინაიდან გამოყენებამდე ხდება შემოწმება და მის უსაფრთხოებაში დარწმუნება, ამასთან ინტერვიუს დროს მან აღნიშნა, რომ ვაქცინის გაკეთებამდე უნდა შემოწმდეს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ვინაიდან იგი არ იყოს ალერგიული და ვაქცინაციამ არ გამოიწვიოს გართულებები. აქვე მნიშვნელოვანია, ისიც, რომ რესპონდენტი ხაზს უსვამს სულიერ ჯანმრთელობას, რაც გულისხმობს იმას, რომ ვაქცინაციას კავშირი არ აქვს რელიგიურ მწარმსთან და ვაქცინის გაკეთებით ადამიანების სულიერ მდგომარეობას არანაირი ზიანი არ მიადგება.

ფოკუს-ჯგუფის შედეგები

ჩატარებული ფოკუს-ჯგუფების საფუძველზე უნდა ითქვას, რომ არასამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტების ინფორმირებულობა ვაქცინაციის მიმართ არ ჩამოუვარდებოდა მათ ცოდნას, რომლებიც სამედიცინო განათლებას იღებდნენ. ეს ფაქტი გამოწვეულია პანდემიის შედეგად, ვინაიდან, სტუდენტებს გაუჩნდათ ინტერესი იმუნიზაციის შესახებ და ისინი დამოუკიდებლად ცდილობდნენ მოეძიებინათ ინფორმაცია სხვადასხვა სანდო წყაროებიდან.

პირველი ფოკუს-ჯგუფის წევრების დამოკიდებულებები, რომლებიც სწავლობდნენ სხვადასხვა ფაკულტეტზე, ძირითადად ეფუძნებოდა მათსავე გამოცდილებებსა და შეხედულებებს, მათ მიერ მოყვანილი მაგალითები უფრო მეტად ეხებოდა საზოგადოებრივ აზრსა და გავრცელებულ მოვლენებს. სამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტები კი ძირითადად ეყრდნობოდნენ უნივერსიტეტში მიღებულ ცოდნას კონკრეტული საკითხის მიმართ და მათი პასუხები უფრო მეტად ახსნა-განმარტებითი ხასიათის იყო.

სიღრმისეული ინტერვიუს რესპონდენტების მსგავსად, აქაც ყოველ სტუდენტს ჩატარებული ჰქონდა გეგმიური აცრები, თუმცა მათი დამოკიდებულებები განსხვავებული იყო COVID-19 ის საწინააღმდეგო ვაქცინის მიმართ. აქვე აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ არავაქცინირებული სტუდენტების ოჯახის წევრებსაც არ ჰქონდათ გაკეთებული COVID-19ის საწინააღმდეგო აცრა, რაც კიდევ ერთხელ ხაზს უსვამს იმას, რომ მშობლის როლი დიდია გადაწყვეტილების მიღების დროს.

მონაწილეებმა გამოყვეს ვაქცინაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეები. დადებით მხარედ მიიჩნევდნენ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა თავდაცვა, იმუნიტეტის გაძლიერება, სწრაფი მოქმედება, პანდემიის დამარცხება, ვირუსის წინააღმდეგ ბრძოლა, ხოლო უარყოფით ფაქტორებად ძირითადად მიიჩნეოდა ვაქცინაციის გვერდითი მოვლენები, როგორებიცაა სიცხე, ხელის ტკივილი, სისუსტე და ალერგიული რეაქცია. ამასთან, რესპონდენტები აღნიშნავენ იმას, რომ ვაქცინაციის გაკეთებამდე მნიშვნელოვანია ადამიანმა შეიმოწმოს ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რათა ვაქცინაში შემავალი კომპონენტები ადამიანის ჯანმრთელობისთვის საზიანო არ აღმოჩნდეს.

აღსანიშნავია ის, რომ არავაქცინირებული მონაწილეები ნაკლებად იყვნენ ინფორმირებულნი ვაქცინაციის შესახებ და ვაქცინის არ გაკეთების მიზეზად მოჰყავდათ ისეთი არგუმენტები როგორებიცაა, ეჭვის არსებობა ვაქცინაში შემავალი ნივთიერებების მიმართ,

ალერგიულობა, ვაქცინის გამოუცდელიობა და მისი სამომავლო შედეგების არცოდნა, ოჯახის წინააღმდეგობა და სხვა.

„არ გავიკეთე, რადგან ვფიქრობ, რომ ეს ვაქცინები მაინც ახალია და ჩვენ ჯერ კიდევ არ ვიცით 10 წელიწადში რა შედეგებს მოგვიტანს, ამიტომ, თავს ვიკავებ“.

არავაქცინირებული რესპონდენტების პოზიციაში, ჩანს ის, რომ ისინი ერიდებიან საკუთარი აზრის მკაფიოდ დაფიქსირებას, მათი აზრი აჩენს იმის საფუძველს, რომ ისინი ცდილობენ თავი იმართლონ, რადგან ვაქცინა არ აქვთ გაკეთებული.

ფოკუს-ჯგუფის შედეგების მიხედვით, გამოიკვეთა ასევე ის პოზიცია, რომ ადამიანები სიახლეებს ნაკლებად ეგუებიან და შესაბამისად, არც COVID-19 ის საწინააღმდეგო აცრა ყოფილა გამონაკლისი და მის მიმართ სკეპტიკური დამოკიდებულება გაუჩნდათ მხოლოდ იმიტომ რომ ეს იყო გამოუცდელი და ახალი ვაქცინა.

სამედიცინო განათლების მქონე ფოკუს-ჯგუფის წევრებთან დისკუსია წარიმართებოდა უფრო მეტად მშვიდ გარემოში, მათი აზრები ერთმანეთისას ავსებდნენ და საბოლოოდ ჯერდებოდნენ საერთო აზრამდე, ჯგუფის წევრები კითხვებს პასუხობდნენ მეცნიერულად დამტკიცებული ინფორმაციის საფუძველზე და ამომწურავად საუბრობდნენ იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ. ამასთან, მათი მოსაზრებები უფრო მეტად იყო რეკომენდაციული ხასიათის და ტოვებდა იმის განწყობას, რომ ადამიანებს უბიძგებდნენ ვაქცინის გაკეთებისკენ. ამავედროულად, ხუთივე მონაწილე იყო ვაქცინირებული COVID-19ის საწინააღმდეგო აცრით და მათი არჩევანი გაკეთებული იყო ცოდნისა და გადამოწმებული ინფორმაციის საფუძველზე.

„მე პირადად დადებითად ვარ განწყობილი ვაქცინაციის მიმართ და ყველას მოუწოდებ, რომ არ დაუჯერონ ანტივაქსერებს“.

მონაწილეთა პასუხებში მკვეთრად ჩანდა მათი პოზიტიური დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ, სტუდენტები ვაქცინას მიიჩნევდნენ ეპიდემიათა დასრულების ერთადერთ საშუალებად და გავრცელებულ გადაუმოწმებელ ინფორმაციას არ ემხრობოდნენ. მსგავსი მოსაზრებების გავრცელების მიზეზად ასახელებდნენ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა განათლების დონე, სწორი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა, ანტი-ვაქსერთა მხრიდან პროპაგანდა და სხვა.

საბოლოო ჯამში, აღნიშნული ფოკუს-ჯგუფის წევრების ცოდნა იმუნიზაციის შესახებ არ ყოფილა მოულოდნელი გამომდინარე იქიდან, რომ ისინი განათლებას სწორედ ამ კუთხით იღებდნენ. რესპონდენტთა პასუხებიდან გამომდინარე ასევე კარგად ჩანდა მათი დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ და აღნიშნული დამოკიდებულება შესაძლოა შეფასდეს დადებითად.

იმისათვის, რომ ფოკუს-ჯგუფი არ ყოფილიყო ერთფეროვანი და არ მიეღო სიღრმისეული ინტერვიუს სახე, მნიშვნელოვანი იყო პროექციული ტექნიკების ჩართვა, ამ მეთოდმა საშუალება მომცა რესპონდენტების მხრიდან უფრო გულწრფელი და სიღრმისეული ინფორმაცია მიმელო სტუდენტებისგან. ვფიქრობ, აღნიშნული ტექნიკა გახდა ერთგვარი გარდამტეხი ფაქტორი რესპონდენტთა დამოკიდებულების გასაგებად, ფოკუს-ჯგუფში გამოყენებული იყო პერსონიფიკაცია და წინადადებების დამთავრება.

მონაწილეთა პირველ დავალებას წარმოადგენდა წინადადებების დამთავრება, სტუდენტთა უმრავლესობა თვლიდა, რომ ვაქცინა არის აუცილებელი და პანდემიის დასრულების ერთადერთი საშუალება, მათი სკეპტიკური დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ გამოიწვია არასწორმა ინფორმაციამ და სანდოობის ფაქტორმა, ზოგიერთისთვის კი სკეპტიკური დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ არ გასჩენია. ვაქცინის გასაკეთებლად წამახალისებელი ფაქტორები იყო, საზღვარგარეთ წავლა, ჯანმრთელობის შენარჩუნება, იმუნიტეტის გაძლიერება, ოჯახისწევრების დაცვა, მწვანე ბარათის ქონა და სხვა. აღნიშნულმა ტექნიკამ გამოავლინა რესპონდენტთა ვაქცინაციის მოტივი და მათი დამოკიდებულება ვაქცინის მიმართ.

რაც შეეხება პერსონიფიკაციას, რესპონდენტებს საკუთარი თავი უნდა წარმოედგინათ ძალაუფლების მქონე პირებად და უნდა დაეგემათ ვაქცინაციის წამახალისებელი ღონისძიებები. ამ ტექნიკის საშუალებით, რესპონდენტებს ექნებოდათ საშუალება

საინფორმაციო ომის ფონზე მოეფიქრებინათ გამოსავალი, რათა მოსახლეობას სწორი ინფორმაცია მიეღო. სტუდენტთა აზრით, მნიშვნელოვანია საზოგადოების წახალისება ვაქცინაციისთვის, მასობრივი მედიის გააქტიურება და ჩართვა ამ პროცესში, ვაქცინაციის ეფექტურობაში ადამიანების დარწმუნება და ადამიანებისთვის ავტორიტეტული ადამიანების მხრიდან მოწოდება იმისა, რომ აიცრან.

ჩატარებულმა ფოკუს-ჯგუფმა გამოავლინა განსხვავებული დამოკიდებულებები ვაქცინაციის მიმართ. აღსანიშნავია ის, რომ სამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტებიდან ყოველი აცრილია, როგორც გეგმიურად, ასევე COVID-19ის საწინააღმდეგო აცრით და ზოგიერთმა მათგანმა აღნიშნა, რომ პანდემიის ფონზე უფრო მეტად დააფასა ვაქცინის ღირებულება და აიცრნენ სეზონური ვირუსის საწინააღმდეგო აცრით და ერთ-ერთი მათგანი აიცრა C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრით.

მეორე ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა დამოკიდებულება შედარებით განსხვავებული იყო და მათი განწყობები მეტწილად დამოკიდებული იყო ვაქცინაციის შესახებ საზოგადოებაში გავრცელებულ კრიტიკულ ინფორმაციაზე, თუმცა საბოლოო ჯამში, მიუხედავად იმისა, რომ არ ასახელებდნენ მკაფიო პოზიციას ვაქცინაციის მიმართ, მათი განწყობა უფრო დადებითი იყო ვიდრე უარყოფითი.

დოკუმენტის ანალიზი

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და ლევან საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა 2021 წელს გამოაყვეყნა სტატისტიკური ცნობარი „ჯანმრთელობის დაცვა“, რომელიც ითვალისწინებს საქართველოში მცხოვრები მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების მაჩვენებლებსა და მონაცემებს.

დოკუმენტის მეოთხე თავი ეთმობა იმუნიზაციას სადაც აღნიშნულია, რომ ქვეყნისთვის იმუნიზაცია წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარ და წამყვან კომპონენტს, ამის დასადასტურებლად წარმოდგენილია არგუმენტი იმის შესახებ, რომ პროგრამაზე გათვალისწინებული თანხები მნიშვნელოვნად გაიზარდა 2011 წლიდან 2020 წლის ჩათვლით. მიუხედავად აღნიშნული მონაცემებისა, დოკუმენტში ნათლად ჩანს, რომ სხვადასხვა ვაქცინის მოცვა პროცენტულად განსხვავებულია და მოსახლეობის სრულ მოცვას არ ითვალისწინებს, რაც გულისხმობს იმას, რომ ვაქცინაციის წამახალისებლად გაწეული კამპანიები ან არაეფექტურია, ან არასაკმარისი იმისათვის, რომ მოქალაქეებს ვაქცინაციის სურვილი გაუჩნდეთ.

მოცვა კრიტიკულად დაბალია ისეთ ინფექციებზე, როგორცაა ტეტანუსი-დიფტერია, ასევე ისეთ სერიოზული ინფექციის საწინააღმდეგო აცრაზე, როგორცაა პაპილომა ვირუსი, აღნიშნული ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაზე მოცვა წარმოადგენს 23,5%, რაც ძალიან დაბალი მაჩვენებელია.

სახელმწიფო ახორციელებს იმ ვაქცინების შეძენას, რომლებიც კვალიფიცირებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, რათა იმუნიზაცია იყოს უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის, აქედან გამომდინარე, ძალიან მნიშვნელოვანია, სახელმწიფოს მხრიდან, დამატებით გატარდეს ისეთი ღონისძიებები, რომლებიც აღმოფხვრის ვაქცინაციის დაფარვის დაბალ მაჩვენებელსა და უსაფუძვლო შიშს საზოგადოებაში ვაქცინის მიმართ.

დასკვნა

კვლევამ აჩვენა, რომ სტუდენტთა უმრავლესობას დადებითი დამოკიდებულება აქვს ვაქცინაციის მიმართ, ისინი თვლიან, რომ იმუნიზაცია დიდ როლს ასრულებს დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლასა და ეპიდემიური ვითარების დასრულებაში. არასამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტთა ცოდნა ეფუძნება მათსავე მოძიებულ ინფორმაციას იმუნიზაციის შესახებ და აღსანიშნავია, რომ ისინი ამ ინფორმაციას იღებდნენ ოფიციალური

და სანდო წყაროებიდან, ხოლო სამედიცინო განათლების მქონე სტუდენტები ეყრდნობიან უნივერსიტეტში ნასწავლ ინფორმაციას. საბოლოო ჯამში, სტუდენტთა ცოდნა იმუნიზაციის შესახებ წარმოადგენს სწორ და გადამოწმებულ ინფორმაციას, რაც იძლევა იმის გარანტიას, რომ მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები უფრო მეტად იქნება რაციონალური.

სტუდენტები აცნობიერებენ ვაქცინაციის შესახებ არასწორი ინფორმაციის გავრცელების როლს და თვლიან, რომ ნებისმიერი ინფორმაცია უნდა იყოს დასაბუთებული და გადამოწმებული.

მონაწილეთა უმრავლესობა აკრიტიკებს ანტი-ვაქსერთა პოზიციებს და მიიჩნევენ, რომ მოსახლეობა არ უნდა აყვეს მათ მიერ გაწეულ პროპაგანდებს, ვინაიდან შესაძლებელი იქნება მოსახლეობის შეცდომაში შეყვანა, რაც ხელს შეუშლის ეპიდემიათა წინააღმდეგ ბრძოლას.

სტუდენტების ძირითად მოტივსა და ვაქცინისადმი დადებით დამოკიდებულებას განაპირობებს საკუთარი თავისა და ოჯახის წევრების დაცვა სხვადასხვა ინფექციური დაავადებისგან, სიკვდილიანობის თავიდან არიდება და იმუნიტეტის გაძლიერება.

რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ ცრუ ინფორმაციის გავრცელებას ხელს დიდწილად უწყობს სოციალური ქსელები. ვინაიდან მათი გადამოწმება არ ხდება, საზოგადოების შედარებით ნაკლებად ინფორმირებული მოსახლეობა აღნიშნულ მოსაზრებებს იზიარებს და ეყრდნობა გადაწყვეტილების მიღების დროს. ყველაზე გავრცელებული მოსაზრებები ვაქცინაციის წინააღმდეგ იყო ის, რომ ვაქცინის საშუალებით ადამიანები „იჩიპებოდნენ“, ის, რომ რელიგიური წინააღმდეგობა არსებობდა, იწვევდა უშვილობას, მიზანმიმართული იყო ადამიანების სიკვდილისკენ, იყო არაეფექტური და გამოუცდელი და სხვა.

არავაქცინირებულ სტუდენტთა შორის აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ისინი ერთმანეთისგან მიჯნავენ გეგმიურ და COVID-19-ის საწინააღმდეგო აცრას და ამ უკანასკნელს მიიჩნევენ ახალ ვაქცინად, თუმცა, მათ არ აქვთ მოძიებული ინფორმაცია არცერთი ვაქცინის შესახებ და ძირითადად სოციალურ ქსელებში გავრცელებულ ინფორმაციას ეყრდნობიან.

კვლევით დასტურდება, რომ საზოგადოებას დიდი წვლილი შეაქვს ადამიანის ქცევისა და აზრის ფორმირებაში. მათი გადაწყვეტილება, ხშირ შემთხვევაში მიღებულია სხვათა შეხედულებების საფუძველზე. აღნიშნული ტენდენცია ხელს უშლის ვაქცინაციის პროცესს და აფერხებს მოსახლეობის იმუნიზაციას.

რეკომენდაციის სახით, მნიშვნელოვანია, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება იმუნიზაციის კუთხით, სახელმწიფოს მხრიდან შესაბამისი ღონისძიებების გატარება, რათა ვაქცინაცია აღქმული არ იყოს, როგორც იარაღი მოსახლეობის გასანადგურებლად, მასობრივი მედიის ჩართულობა და საზოგადოებისთვის სწორი ინფორმაციის მიწოდება. აგრეთვე მნიშვნელოვანია, თითოეულმა მოქალაქემ გადამოწმოს სოციალური-ქსელითა თუ სხვა არასანდო წყაროდან მიღებული ინფორმაცია და ერთმანეთისგან სწორად გამიჯნოს ცრუ და რეალური ინფორმაცია. მნიშვნელოვანია საზოგადოებისთვის ვაქცინაციის დადებითი მხარეებისა და ეფექტურობის წარმოჩენა, რაც საბოლოო ჯამში შეამცირებს ეჭვსა და უნდობლობას ვაქცინაციის მიმართ.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გოგიჩაძე გ. (2011). ლექსიკონი ბიოლოგიური და სამედიცინო ტერმინები და ცნებები. თბილისი. მერიდიანი. 442გვ
2. ვერულავა, თ. (2017). ჯანდაცვის სოციოლოგია. ჯანდაცვის პოლიტიკის ცენტრი.
3. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ლევან საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი. (2021). ჯანმრთელობის დაცვა საქართველო.(38-42).
4. Baumeister RF, Leary MR. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.

5. Fine PE. (1993). Herd immunity: history, theory, practice. *Epidemiologic reviews*, 15(2), 265-302
6. Hussain A, Ali S, Ahmed M, Hussain S. (2018). The anti-vaccination movement: a regression in modern medicine. *Cureus*, 10(7).
7. Jenner E. (1801). On the origin of the vaccine inoculation. *The Medical and physical journal*, 5(28), 505.
8. Kata A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709-1716.
9. Pelčić G, Karačić S, Mikirtichan GL, Kubar OI, Leavitt FJ, Cheng-Tek Tai M, Morishita N, Vuletić S, Tomašević L. (2016). Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croatian medical journal*, 57(5), 516–521
10. Riedel S. (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. In *Baylor University Medical Center Proceedings* 18(1): 21-25.
11. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. (2008). *Modern epidemiology* (Vol. 3).
12. Smith DR. (2019). Herd immunity. *Veterinary Clinics: Food Animal Practice*, 35(3): 593-604
13. Shrestha R, Chhettri P, Bhusal CK, Ruchal R, Shrestha S, Shrestha B. (2019). Knowledge, Attitude and Practice Regarding Immunization among Medical Students. *Journal of Universal College of Medical Sciences*, 7(1):46-50.
14. Verulava T, Jaiani M, Lordkipanidze A, Jorbenadze R, Dangadze B. (2019). Mothers' Knowledge and attitudes towards child immunization in georgia. *The Open Public Health Journal*, 12(1).
15. HWO: vaccines and immunization. https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
16. WHO: How are vaccines developed?
https://www.pfizer.com/news/articles/how_are_vaccines_developed



სტრესი და უმუშევრობა ახალგაზრდებში

თიკო გობეჯიშვილი¹

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

აბსტრაქტი

შესავალი: უმუშევრობა ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში, რომელიც უარყოფით გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. უმუშევარ მოსახლეობას შორის უმეტესობა არიან ახალგაზრდები, რაც პირველ რიგში მათ განვითარებას უშლის ხელს. კვლევის მიზანია ახალგაზრდებში უმუშევრობასთან დაკავშირებული სტრესის შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუს ჯგუფი 16-25 წლამდე უმუშევარ ახალგაზრდებში. **შედეგები, დისკუსია:** სტრესი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ახალგაზრდებზე. უმუშევრობით გამოწვეული სტრესი ახალგაზრდებში სხვადასხვა ფორმით გამოიხატა: ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, ფსიქიკური პრობლემები. კვლევამ აჩვენა, რომ ოჯახმა და ახლო მეგობრებმა დიდი როლი ითამაშეს რესპონდენტებისათვის უმუშევრობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადალახვაში.

საკვანძო სიტყვები: სტრესი, უმუშევრობა, ახალგაზრდები

ციტირება: თიკო გობეჯიშვილი. სტრესი და უმუშევრობა ახალგაზრდებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

Stress and unemployment among young people

Tiko Gobejishvili¹

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

Abstract

Introduction: Unemployment is one of the most important problems in any country in the world, which has a negative impact on human health. Most of the unemployed population are young people, which prevents their development in the first place. The purpose of the study is to study stress related to unemployment among young people. **Methodology:** Focus group was conducted among unemployed youth aged 16-25 within the qualitative research. **Results, Discussion:** Stress has a significant impact on youth. Stress caused by unemployment among young people manifested itself in different ways: deterioration of health, mental problems. The research showed that family and close friends played a big role in helping the respondents overcome the problems related to unemployment.

Key words: stress, unemployment, young people

Citation: Tiko Gobejishvili. Stress and unemployment among young people. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

შესავალი

უმუშევრობა სოციალურ-ეკონომიკური მოვლენაა, რომელიც არა მარტო მოსახლეობაზე, არამედ ქვეყნის განვითარებაზეც დიდ გავლენას ახდენს. ადამიანი უმუშევრად რომ ჩაითვალოს ერთდროულად უნდა აკმაყოფილებდეს რამდენიმე მოთხოვნას. ესენია:

- იყოს „სამუშაოს გარეშე“, ე.ი.არ გააჩნდეს ანაზღაურებადი სამუშაო გარკვეული დროის განმავლობაში.
- „მზად იყოს მოცემულ მომენტში მუშაობისათვის“, ე.ი. მზად იყოს იმუშაოს დაქირავებით ან თვითონ დასაქმდეს.
- „ემბდეს სამუშაოს“, ე.ი. კონკრეტულ ღონისძიებებს ახორციელებდეს ანაზღაურებადი სამუშაოს მოსაძებნად.

სამსახურის დაკარგვა ერთ-ერთი ყველაზე სტრესული გამოცდილებაა ადამიანის ცხოვრებაში. ფინანსური პრობლემების გარდა რაც შეიძლება გამოიწვიოს სამსახურის დაკარგვამ არის სტრესი, რომელიც დიდ ზიანს აყენებს ადამიანის განწყობას, ურთიერთობებს, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. უმუშევრობის ძირითადი ფსიქოლოგიური შედეგებია თვითშეფასების შემცირება, სტრესი, შფოთვა, უიმედობა და გაღიზიანება. სამსახურის დაკარგვის შემდეგ ადამიანი გადის სტრესის რამდენიმე ფაზას, ესენია:

- პირველი ექვსი თვის შემდეგ, რაც ადამიანი დაკარგავს სამუშაოს, შეიძლება შეეცვალოს განწყობა, ხასიათი, გახდეს უფრო მეტად გაღიზიანებული და დაეწყოს უძილობა.
- შემდეგი ფაზა არის სტაგნაცია, ეს ეტაპი 6-დან 18 თვემდეა. ამ დროს იწყება სიმპტომების გაუარესება, ადამიანს უჩნდება სირცხვილის და დამნაშავის გრძობა, რადგან დაკარგა სამსახური და სხვა ვერ იპოვა.
- შემდეგ ეტაპზე, რომელიც გრძელდება 18-დან 24 თვემდე, ადამიანს ეწყება დეპრესია, მას აქვს არასრულფასოვნების და უიმედობისა შეგრძნება.
- ბოლო ფაზაში ადამიანი კარგავს საკუთარი თავის რწმენას და აღარ ეძებს სხვა სამუშაო ადგილს.

ამგვარად, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სამსახურის დაკარგვის შემდეგ ადამიანი განიცდის სტრესს, რომლის გადალახვაც მას ძალიან უჭირს. ეს შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე კვირა, თვე ან წელიც კი. ეს ყველაფერი აზიანებს ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და რადიკალურად ცვლის მას.

კვლევის მიზანია უმუშევრობით გამოწვეული სტრესის შესწავლა ახალგაზრდებში.

ლიტერატურის მიმოხილვა

უმუშევრობის არსი და სახეები

უმუშევრობა სოციალურ-ეკონომიკური ფენომენია, რომელიც მდგომარეობს იმაში, რომ შრომისუნარიანი მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი სამსახურს ვერ პოულობს. შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის განმარტებით, უმუშევარი არის ადამიანი, რომელსაც სურს მუშაობა, შეუძლია მუშაობა, მაგრამ არ აქვს სამუშაო. უმუშევრობის სამი ძირითადი მიზეზი არსებობს:

- სამსახურიდან გათავისუფლება.
- სამსახურიდან ნებაყოფლობით გადადგომა.
- პირველი შესვლა შრომის ბაზარზე.

უმუშევრობას ნეგატიური სოციალური და ეკონომიკური შედეგები მოაქვს საზოგადოებისათვის, რაც აისახება მოსახლეობის ცხოვრების დონესა და ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პროცესზე. უმუშევრობის მიერ გამოწვეული უარყოფითი სოციალური შედეგებია: საზოგადოების მთავარი მწარმოებლური ძალის ფუნქციონირების ეფექტიანობის შემცირება, მოსახლეობის ძირითადი ფენების ცხოვრების დონის გაუარესება, სოციალური დაძაბულობა, კრიმინალური მდგომარეობის გაუარესება, შრომითი აქტივობის დაქვეითება, ფიზიკური და ფსიქიკური დაავადებების ზრდა. უმუშევრობის უარყოფითი ეკონომიკური

შედეგებია: მთლიანი შიდა პროდუქტის დანაკარგები, წარმოების მასშტაბების შემცირება, უმუშევრობაზე გაწეული შემწეობების ხარჯის ზრდა, კვალიფიკაციის დაქვეითება, საგადასახადო შემოსავლების შემცირება.

გამოყოფენ უმუშევრობის რამდენიმე სახეს. ესენია: ფრიქციული, სტრუქტურული და ციკლური უმუშევრობა.

ფრიქციული უმუშევრობა წარმოიშობა მაშინ, როცა ადამიანი იცვლის სამუშაო ადგილს, ანუ ერთი ადგილიდან გადადის მეორეზე, ეს არის მოკლევადიანი უმუშევრობა. ფრიქციული უმუშევრობის წარმოშობის მიზეზები შეიძლება აიხსნას შრომის ბაზრისათვის დამახასიათებელი დინამიურობით, ინფორმაციული ნაკადების არასრულფასოვნებით. დაუსაქმებლები და დამქირავებლები მაშინვე ვერ პოულობენ ერთმანეთს, რის გამოც ადამიანი იძულებულია გარკვეული დროით იყოს სამუშაოს გარეშე. ეს გარემოება წარმოადგენს ფრიქციული უმუშევრობის წარმოშობის მიზეზს.

სტრუქტურული უმუშევრობა ფრიქციულისაგან განსხვავებით უფრო მეტ ხანს გრძელდება და განპირობებულია სამუშაო ადგილებისა და მომუშავეთა პროფესიულ-კვალიფიციურ სტრუქტურაში არსებული განსხვავებით. ამ სახის უმუშევრობის ძირითადი მიზეზი ეკონომიკაში მიმდინარე სტრუქტურული ძვრებია, ამის გამო უმუშევარი შეიძლება იყოს ის ადამიანი, ვინც ვერ პოულობს პროფესიისა და კვალიფიკაციის შესაბამის სამუშაოს და ასევე ის, ვისაც სხვა პრობლემები აქვს, მაგალითად თუ მას პირადი მიზეზების გამო არ შეუძლია საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა. ფრიქციული და სტრუქტურული უმუშევრობა ბუნებრივი მოვლენაა ეკონომიკის განვითარების პირობებში.

ციკლური უმუშევრობა ხასიათდება ერთობლივი დანახარჯების დაბალი დონით, როცა მომსახურებაზე მოთხოვნა მცირდება, მნიშვნელოვნად ეცემა წარმოების და დასაქმების დონე და იზრდება დასაქმებულების გათავისუფლება. ამ დროს ადგილი აქვს უმუშევრობის დონის მკვეთრ ზრდას. ციკლური უმუშევრობა მნიშვნელოვან ეკონომიკურ და სოციალურ დანაკარგებს იწვევს საზოგადოებაში.

ასევე, შესაძლებელია გამოვყოთ **სეზონური უმუშევრობა**, რომელიც დაკავშირებულია სამუშაოს სეზონურ ხასიათთან გარკვეულ სექტორებში, მაგალითად, სოფლის მეურნეობა. საქმიანობის დროს ბევრი სეზონური მუშაკია ჩართული. შრომითი ციკლის ბოლოს კი ისინი ტოვებენ თავიანთ სამუშაო ადგილებს. ასევე არის **ფარული უმუშევრობაც**, რომელიც წარმოიქმნება არასრული სამუშაო კვირის ან დღის პირობებში მუშაობისას ან იმ შემთხვევაში როცა მომუშავეები იძულებულები არიან გავიდნენ ანაზღაურების გარეშე შვებულებაში.

პრობლემები, რომელსაც იწვევს უმუშევრობა

უმუშევრობა დაკავშირებულია, როგორც ეკონომიკურ ასევე ფსიქოლოგიურ და ჯანმრთელობის პრობლემებთან. უმუშევრობა პირველ რიგში ახალგაზრდებში იწვევს სტრესს. უმუშევრობა არის ქრონიკული სტრესორი, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (Paul & Moser, 2009). ახალგაზრდა ადამიანს სჭირდება ლატენტური ფუნქციები, რომლებიც გულისხმობს დასაქმების დროს დღის დროის სტრუქტურის ქონას, რეგულარულად გამოცდილების სხვებისთვის გაზიარებას, განვითარებას და კონტაქტების დამყარებას სხვებთან. უმუშევრობის დროს ადამიანი კარგავს აღნიშნულ ფუნქცია-მოვალეობებს. გაზრდილი სოციალური იზოლაცია და ჩაკეტილობა კი იწვევს სტრესს ჯანმრთელობის გაუარესებას (Sumner & Gallagher, 2017).

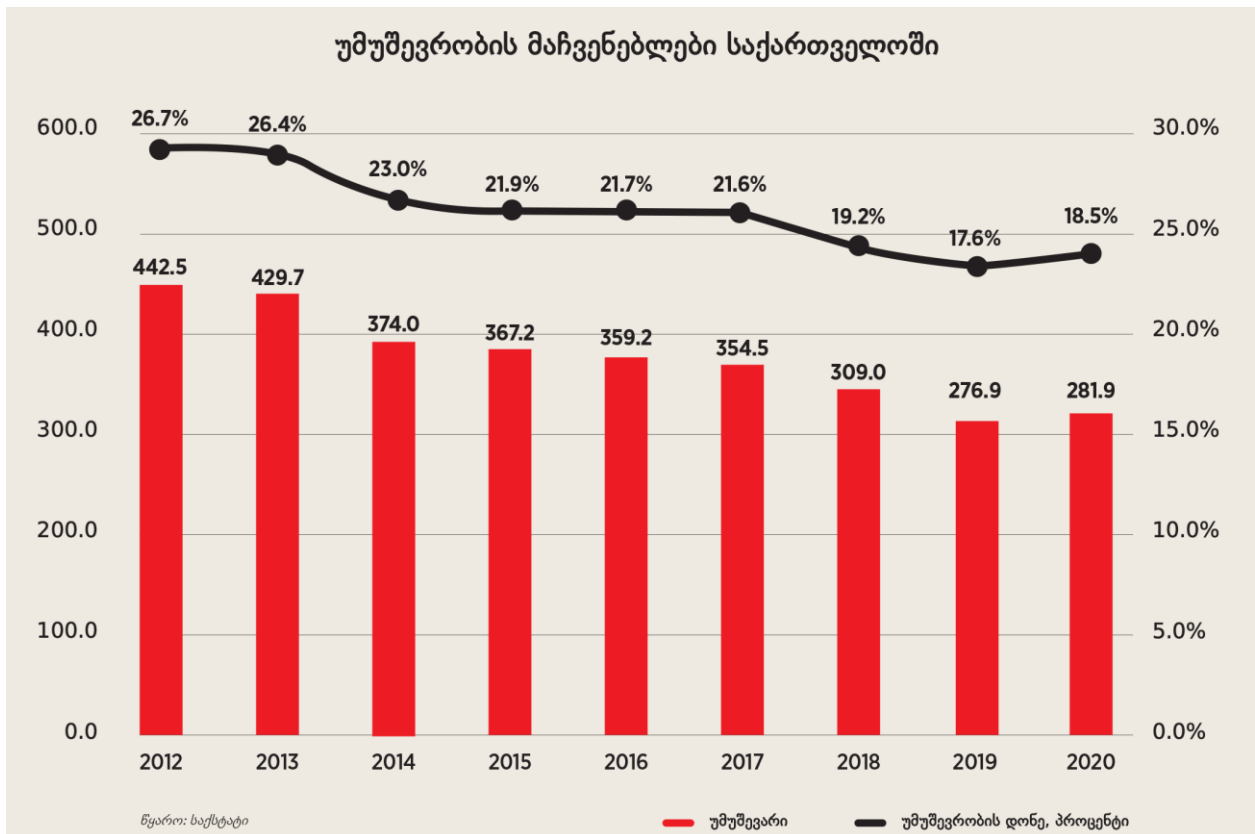
უმუშევრობას უმეტეს შემთხვევაში განიხილავენ ეკონომიკური კუთხით, თუმცა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ასევე მნიშვნელოვანია სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორების განხილვა, რაც ხელს უშლის საზოგადოების ნორმალურ ფუნქციონირებას. უმუშევრობა განსაკუთრებით ცუდ ზეგავლენას ახდენს ახალგაზრდებზე. ის ზიანს აყენებს ადამიანის მატერიალურ, სოციალურ და ემოციურ მდგომარეობას. პრობლემები, რომელიც თან ახლავს უმუშევრობას ნეგატიურ გავლენას ახდენს ადამიანზე, მის ცხოვრებაზე და საბოლოოდ ქვეყნის განვითარებაზე.

სტრესი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ნებისმიერი სახის ცვლილება, რომელიც იწვევს ფიზიკურ, ემოციურ ან ფსიქოლოგიურ დაძაბულობას. სტრესს შეუძლია გამოიწვიოს ნერვული და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დეპრესია, იმედგაცრუება, სასოწარკვეთა, უძილობა, თავის ტკივილი, ალკოჰოლზე დამოკიდებულება და სხვა მავნე ჩვევები. უმუშევრები ხასიათდებიან პასიური ცხოვრების წესით, მოდუნებული ცხოვრებით, მცირდება თვითდაჯერებულობის და თვითპატივისცემის განცდა, ჰგონიათ რომ არიან წარუმატებლები, უიღბლოები, რის შედეგად უყალიბდებათ არასრულფასოვნების კომპლექსი.

უმუშევრობის მაჩვენებელი საქართველოში

საქართველოში უმუშევრობა ერთ-ერთი მწვავე სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემაა. უმუშევრობა მაღალია ქალაქშიც და სოფელშიც, უმუშევარ მოსახლეობას შორის ყველაზე მეტი ახალგაზრდები არიან, რაც კიდევ უფრო ზრდის სოციალურ რისკებს და საფრთხეს უქმნის ქვეყნის მომავალს. უმუშევრობის უარყოფითი სოციალური შედეგები განსაკუთრებული ფორმით ვლინდება საქართველოში. ეკონომიკური რეფორმების დაწყებიდან რამდენიმე წელიწადში უკვე შეიმჩნეოდა კავშირი უმუშევრობასა და ისეთ სოციალურ მოვლენებს შორის, როგორცაა საზოგადოებაში თვითმკვლელობების და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდა, ქორწინების და შობადობის რიცხვის შემცირება...

რომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველო უმუშევრობის დონით მსოფლიოში მეათე ადგილზეა. საქართველოს სტატისტიკის სამსახურის ინფორმაციით 2020 წელს საქართველოში უმუშევრობის დონემ 18,5% შეადგინა. საქართველოს მოსახლეობა ყველაზე დიდ პრობლემად უმუშევრობას მიიჩნევს. ოფიციალური მონაცემებით 2020 წელს მთელი წლის განმავლობაში საქართველოში 282 ათასი ადამიანი იყო უმუშევარი.



წყარო: საქსტატი, 2021 წ.

2021 წელს საქართველოში უმუშევრობის დონე 2020 წელთან შედარებით 2,1%-ით გაიზარდა და 20,6%-ს შეადგინა. 2021 წელს უმუშევრობის დონე ყველაზე მაღალია (52,2%) 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო ყველაზე დაბალია (6%) 65+ ასაკობრივ ჯგუფში, ამის მიზეზს წარმოადგენს შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფში აქტიურობის დაბალი მაჩვენებელი.

საქართველოში უმუშევრობის ორი ძირითადი მიზეზი გამოიყოფა, ესენია: მცირე ეკონომიკა და სამუშაო ძალის არასასურველი კვალიფიკაცია. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო არ არის მდიდარი ქვეყანა და შესაბამისად უმუშევრობის დონეც მაღალია, ოფიციალური მონაცემებით ის მაინც მეთექვსმეტე ადგილზეა, რასაც რამდენიმე მიზეზი განაპირობებს:

- ემიგრაციიდან შემოსულ თანხებზე მაღალი დამოკიდებულება, რადგან ემიგრანტი ან საქართველოში დასაქმებული არა მხოლოდ საკუთარი ოჯახის შრომისუნარიან წევრებს არჩენს არამედ ნათესავებსაც.
- სოფლის მეურნეობაში დასაქმებული ადამიანების დიდი ნაწილი ჩაითვალა უმუშევრად.
- არაფორმალური დასაქმების მაღალი დონე.

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუს ჯგუფი, რომელიც განხორციელდა 2022 წლის მაისში. სულ ჩატარდა 5 ფოკუს ჯგუფი და გამოიკითხა 35 ადამიანი. შეირჩნენ 16-25 წლამდე ახალგაზრდები, რომლებმაც დაკარგეს სამსახური სხვადასხვა მიზეზების გამო.

კვლევის მთავარ შეზღუდვას წარმოადგენდა შეზღუდული დრო. მიუხედავად აღნიშნულისა, კვლევის შედეგად მიღებული იქნა მნიშვნელოვანი და საჭირო ინფორმაცია არსებულ საკითხთან დაკავშირებით. თითოეული ახალგაზრდის გამოცდილების მოსმენა და იმ სირთულეების თუ პრობლემების გამოყოფა, რაც გამოიწვია უმუშევრობამ მათ ცხოვრებაში.

კვლევის შედეგები, დისკუსია

უმუშევრობა - არაჯანსაღი ცხოვრებისეული მდგომარეობა

თითოეულ რესპონდენტს სამსახურის დაკარგვის სხვადასხვა მიზეზი აქვს, თუმცა ის შედეგი რაც მოჰყვება უმუშევრობას უმეტეს შემთხვევაში ერთნაირია. რესპონდენტთა შორის არიან ისეთები, ვინც რამდენიმე კვირის წინ დაკარგეს სამსახური, ასევე ისინი, ვინც რამდენიმე თვის წინ დაკარგეს სამსახური ან კიდევ უფრო დიდი ხანია რაც უმუშევრები არიან. სამსახურის დაკარგვამ ყველა მათგანის ცხოვრებაზე განსაკუთრებული კვალი დატოვა, ზოგიერთ მათგანს ჯერ კიდევ უჭირს ამ ფაქტთან შეგუება, ზოგი კი თავის ამბავს თავისულად გვიყვება. სამსახურის ქონა ნიშნავს კვირაში ხუთი დღე მუშაობას, დილით ადრე ადგომას, დიდ პასუხისმგებლობას, ამ დროს გაქვს შენი მოვალეობები და ფუნქცია, ახალგაზრდების უმეტესობას ეს ყველაფერი ურჩევნია უმუშევრად ყოფნას.

„როცა უმუშევარი ხარ და არ გაქვს არანაირი საქმე, გაქვს ბევრი დრო, რომელსაც არაფრის კეთებაში ხარჯავ, მაგრამ როცა სამსახური გაქვს შენ ვითარდები ყოველდღე, გაქვს მიზანი, ასევე სამსახურის მერეც ასწრებ გარეთ გასვლას და მეგობრებთან დროის გატარებას, ასე ვიყავი მეც როცა ვმუშაობდი, ახლა კი სრულ უმოქმედო მდგომარეობაში ვარ“.

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთაგან უმეტესობა უმუშევრობას არაჯანსაღ ცხოვრებისეულ მდგომარეობად თვლის. ისინი აღნიშნავენ, რომ ყველაზე ცუდი უმოქმედოდ ყოფნაა, რადგან ეს ნეგატიურად მოქმედებს, როგორც მათ ფსიქოლოგიურ, ასევე ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.

„არაფერს აკეთებ როცა უმუშევარი ხარ, მხოლოდ ხარ იმ იმედით, რომ რაღაც სხვა გამოჩნდება, როცა ვმუშაობდი ჩემი ცხოვრება ფერადი იყო, მქონდა საშუალება მრავალფეროვნება შემეტანა ჩემს ყოველდღიურობაში, თუმცა ახლა როცა სამსახურის გარეშე ვარ თავს არაკომფორტულად ვგრძნობ, მგონია რომ დროს ტყუილად ვკარგავ“.

რთულია როცა ცხოვრების რიტმს კარგავ, არ იცი რა გააკეთო და დრო რითი გაიყვანო სანამ ახალ სამსახურს ნახავ. ამ დროს ბევრ რამეზე ფიქრობ, ბევრ რამეს აანალიზებ, ეს ყველაფერი პირველ რიგში ზიანს აყენებს შენს ფსიქიკურ და ემოციურ ჯანმრთელობას, თავს გამოუსადეგარად გრძნობ, ხარ იმედგაცრუებული, შეიძლება საკუთარ თავზეც კი გაბრაზდე, ეს ის ყველაფერია რასაც რესპონდენტები განიცდიან. საინტერესოა როგორც ქალის, ასევე მამაკაცის დამოკიდებულება ამ პრობლემის მიმართ. რა თქმა უნდა გამოკითხულთა შორის იყვნენ მამაკაცებიც, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ სამსახურის დაკარგვის შემდეგ მათ

ცხოვრებაში ბევრი რამ შეიცვალა, თუ ისინი საკუთარი მანქანით გადაადგილდებოდნენ ხოლმე, ახლა იძულებულები არიან ფეხით და საზოგადოებრივი ტრანსპორტით უფრო ხშირად იარონ, რადგან დაზოგონ თანხა. ასევე, მათთვის ვისაც ოჯახი ყავს განსაკუთრებულად რთულია უმუშევრად ყოფნა, რადგან ოჯახს ბევრი რამ სჭირდება, ამ დროს მამაკაცი თავს უძლებურად გრძნობს, ბევრ მათგანს სწორედ ამ დროს უჩნდება დაღუპვის ან მოწვევის სურვილი.

„სამსახურის დაკარგვამ ჩემზე ძალიან იმოქმედა. როცა სამსახური დაკარგე გავხდი ნაკლებად თავდაჯერებული, მეგონა რომ არაფერი ვიცოდი და არაფერი გამომდიოდა, ამ სტრესიდან გამოსასვლელად დავიწყე დაღუპვა, ერთ დღეს დაღუპვას მოყვა მეორე დღეც, მესამეც და ასე გრძელდებოდა ძან დიდი ხანი, სანამ ოჯახის წევრებმა არ გამომაფხიზლეს“.

უმუშევრობის დროს როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებშიც ხშირი იყო თამბაქოს მოხმარება და ალკოჰოლის მიღება.

„უმუშევრობა ძალიან სტრესულია, თავს მოუსვენრად ვგრძნობ, მაქვს ძილის პრობლემები, ხშირად მტკივა თავი, ვგრძნობ რომ ვერ ვარ კარგად. ერთადერთი რამ რაც ყველაფერს მავიწყებს ჩემთვის სასმელია, ადრე ძან იშვიათად ვსვამდი, ახლა კი ვგრძნობ რომ მასზე დამოკიდებული ვარ“.

უმუშევრობას თითოეული ახალგაზრდისათვის ნეგატიური შედეგები მოაქვს, ჩვეულებრივი ცხოვრების რიტმი იცვლება არაჯანსაღი ცხოვრებისეული მდგომარეობით, რაც ადამიანს არ აძლევს განვითარების შესაძლებლობას. კვლევამ აჩვენა, რომ უმუშევრობა ახალგაზრდებში იწვევს სტრესს, რომლის გადალახვაც ყველას ძალიან უჭირს. უმუშევრობა იწვევს სტრესთან დაკავშირებულ ყველანაირ სიმპტომს, შეიძლება ეს იყოს ჯანმრთელობის გაუარესება, მუცლისა და თავის ტკივილი, მოუსვენრობა, აგრესიულობა, დეპრესია, ძილის პრობლემები.

ფსიქიკური და ემოციური ჯანმრთელობა

ყველაზე ნეგატიურად უმუშევრობა ადამიანის ფსიქიკურ და ემოციურ ჯანმრთელობაზე მოქმედებს.

„როდესაც ხარ სტუდენტი, ვერ მიდიხარ კურსელებთან ერთად დროის გასატარებლად, არ გაქვს საშუალება იყიდო ახალი ტანსაცმელი, ცხოვრობ ქირით და გაქვს უამრავი პრობლემა, ამას კი ემატება უმუშევრობა, ეს ფსიქოლოგიურად განადგურებს, რადგან შენი მთავარი შემოსავლის წყარო სამსახურია“.

რესპონდენტები, რომლებიც სტუდენტები არიან და არ აქვთ სამსახური სხვადასხვა მიზეზების გამო, თავს დაჩაგრულად მიიჩნევენ.

„ფული ძალიან მჭირდებოდა, ბევრი სირთულე იყო, ბევრ რამეზე მიწევდა უარის თქმა იმის გამო, რომ თანხა არ მქონდა“.

უმუშევრად დარჩენის შემდეგ ყველა ადამიანი განსხვავებულად მოქმედებს, ყველა თავისებურად გამოხატავს თავის ტკივილს. რესპონდენტებს შორის იყვნენ ისეთები, რომლებიც სწავლის ონლაინ რეჟიმზე გადასვლის შემდეგ დაბრუნდნენ რაიონში, დაიწყეს მუშაობა, საკუთარი შრომით მიღებული ანაზღაურებით კი ცდილობდნენ სწავლის საფასურის გადახდას, თუმცა, ერთ დღეს მათ ცხოვრებაში ყველაფერი შეიცვალა. ერთმა რესპონდენტმა სამსახურის დაკარგვის მიზეზად სხვა ადამიანის ჩარევა დაასახელა, ეს მისთვის ძალიან მძიმე პერიოდი იყო.

„ჩავალაგე ბარგი და თბილისში ჩამოვედი იმ დამესვე, ყველაზე საშინელი გრძნობა იყო, მფოთვა, გაოცება, დამცირება, სინანული, გაკვირვება, ყველა შეგრძნება და ემოცია ერთად არეული, ეიფორია თითქოს ვერ ხვდები რა ხდება, არ გჯერა“.

როდესაც მსგავს სიტუაციაში ხარ ძალიან მნიშვნელოვანია გვერდით ისეთი ადამიანის ყოლა, ვინც მხარს დაგიჭერს და გაგრძნობინებს რომ ამით არაფერი დამთავრებულა, პირიქით წინ კიდევ ბევრი დროა სიახლეებისათვის. ეს შეიძლება იყოს დედა, მამა, რომელიმე ოჯახის წევრი, ნათესავი ან ახლო მეგობარი.

„განცხადების დაწერისთანავე დავეურვე ოჯახს და ვაცნობე, იგივე ემოციები ჰქონდათ რაცმე ოღონდ გაორმაგებულად. ოჯახი და მეგობრები იმ მომენტიდან უპირობოდ ჩემს გვერდით იყვნენ“.

როცა პრობლემის წინ მართო რჩები ფსიქოლოგიურადაც და ემოციურადაც ნადგურდები. იკეტები საკუთარ თავში, ფიქრობ უაზროდ ბევრს, არ ლაპარაკობ და გულში იკლავ სათქმელს. როგორც ჩვენმა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა მის ამ პრობლემის გადალახვაში ოჯახმა დიდი გავლენა იქონია.

„ძალიან სტრესულია, პირდაპირ ფსიქოლოგიურად ანგრევს ადამიანს და მაგ დროს თუ ოღონდ მაინც არ აღმოჩნდა ვინმე მის გვერდით სავალალო შედეგამდე შეიძლება მივიდეს, მე პირადად ძალიან ცუდად ვიყავი, არც ახლა ვადამილახავს სტრესი ბოლომდე, თუმცა ყურადღების სხვა რაღაცეებზე გადატანას ვცდილობ, ამაში კი ჩემი ოჯახი ძალიან მეხმარება“.

რა თქმა უნდა, სამსახურიდან წამოსვლის განსხვავებული მიზეზები აქვთ რესპონდენტებს, ზოგიერთ მათგანზე ეს ნაკლებად ემოციურად აისახა, ზოგზე კი სერიოზული კვალი დატოვა. ერთი რესპონდენტი საკუთარი ნებით წამოვიდა სამსახურიდან, რადგან თვლიდა, რომ რასაც აკეთებდა იმის შესაბამის ანაზღაურებას ვერ იღებდა, ამიტომ სხვა სამსახურის მოძებნა გადაწყვიტა, ამ დროს მას სერიოზული პრობლემები არ შექმნია, თუმცა როგორც თვითონ აღნიშნავს ემოციურად მაინც ვერ გრძნობდა თავს კარგად.

„მე ჩემი ნებით წამოვედი სამსახურიდან, ანაზღაურება ძალიან მცირე მქონდა შრომა და დატვირთვა კი ბევრი. ამან გადამწყვეტი მნიშვნელობა არ იქონია ჩემს ცხოვრებაზე, თუმცა როცა მიჩვეულ და შენთვის საყვარელ საქმეს თავს ანებებ, ძალიან მცირე ანაზღაურების გამო ეს შენს ხასიათზე და ემოციაზე მოქმედებს“.

ყველა რესპონდენტის ისტორია განსხვავებულია. მათგან ერთს გამოვყოფ, რომელზეც ვფიქრობ რომ ყველაზე დიდი კვალი დატოვა სამსახურის გარეშე დარჩენამ. მისი სამსახურიდან წამოსვლის მიზეზი იყო ცილისწამება, დააბრალებს ქურდობა და უხეშად რომ ვთქვათ გამოაგდეს სამსახურიდან. ამის შემდეგ რესპონდენტს დაეწყო უძილობა, შფოთვა, რამაც გამოიწვია მისი საავადმყოფოში გადაყვანის საჭიროება. ახლა ეს ადამიანი დამშვიდებულია, უკვე კარგად არის, თუმცა ყველაფერმა ამან მას მძიმე ფსიქოლოგიური და ემოციური ტრავმა დაუტოვა.

„ძალიან ცუდად ვიყავი, სავადმყოფოშიც კი ვიწექი, სამსახურის წამოსვლის სხვა მიზეზი რომ ყოფილიყო ალბათ ასე მაან არ განვიცდიდი მაგრამ ის რაც ჩემს შემთხვევაში მოხდა წარმოუდგენელი და მიუღებელი იყო ჩემთვის“.

ფოკუსს ჯგუფის ჩატარებისას ერთ-ერთმა ახალგაზრდამ აღნიშნა, რომ სამსახურიდან წამოსვლის შემდეგ არანაირი პრობლემა არ შექმნია, პირიქით უფრო მეტი თავისუფალი დრო აქვს, მას აქვს საკუთარი ბიზნესი, რომლისგანაც მცირე შემოსავალს იღებს და არ ყავს უფროსი, რომელიც გააკონტროლებს. ეს ამ ადამიანისთვის ბედნიერების წყაროა. როგორც ჩანს ეს ძალიან იშვიათია. რესპონდენტების პასუხებიდან გამომდინარე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ უმუშევრობა თითოეულ ადამიანზე განსხვავებულად აისახება. თუმცა საბოლოოდ ის მაინც რაღაც კვალს ტოვებს მათ ცხოვრებაში. ზოგან ეს ძალიან მტკივნეულია, ზოგისთვის უბრალოდ ცუდად გასახსენებელია. ყველაზე მძიმე დარტყმას ამ დროს ადამიანი ფსიქოლოგიურად იღებს, ეცვლება ხასიათი, ხდება გაღიზიანებული, აგრესიული, გაბოროტებულიც კი, კარგავს ადამიანების ნდობას და თავს ძალიან ცუდად გრძნობს. უმუშევრობა ძალიან მძიმედ აღიქმება საზოგადოების დიდი ნაწილისათვის. ამიტომ აუცილებელია დეპრესიის დამლევა, პრობლემის გაანალიზება, მოგვარება და განვითარება.

წარუმატებლობა და იმედგაცრუება

ადამიანები ერთმანეთისაგან განსხვავებულები არიან, ისინი სხვადასხვაგვარად ეკიდებიან თავიანთ შეცდომებს და შესაბამისად განსხვავებულად რეაგირებენ. ზოგი შეცდომას და წარუმატებლობას საკუთარი არასრულფასოვნების დასადასტურებლად და ტრაგიკულ მოვლენად მიიჩნევს, ზოგი კი მწარე , მაგრამ სასარგებლო გამოცდილებად და წინსვლის

მოტივაციად. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთაგან ერთ-ერთი თავის გამოცდილებას თავისივე სასარგებლოდ იყენებს.

„მე მომეცა უფრო მეტი მოტივაცია, მინდა დავუმტკიცო მათ ვინც ჩემი შესაძლებლობები არ დააფასეს რომ უფრო მეტის გაკეთება შემიძლია და ამას აუცილებლად ვანახებ ყველას“.

წარუმატებლობა და იმედგაცრუება ისეთი რამ არის, რაც ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე შეიძლება გამოსცადოს ადამიანმა, ეს რა თქმა უნდა მარტივი არ არის, საჭიროა დრო ყველაფრის გასაანალიზებლად და საკუთარი თავის ფორმაში მოსაყვანად. წარუმატებლობასთან ასოცირდება სირცხვილის განცდა და შიში ამ პრობლემის მიმართ. ადამიანს დიდი დრო სჭირდება წარუმატებლობისაგან გამოწვეული სტრესისგან გამოსასვლელად. წარუმატებლობა ცუდად აისახება განსაკუთრებით ახალგაზრდებზე, ერთი ცდის და დამარცხების შემდეგ ისინი იმედს კარგავენ, არ აქვთ საკუთარი თავის რწმენა, ამის გამო ყოველთვის უკან იხევენ და თავს საშინლად გრძნობენ. ასევე იმედგაცრუებაც, ყველაზე ცუდია როდესაც შენ გჯერა იმის რასაც აკეთებ და უცებ ყველაფერი წყალში გეყრება. ამის შემდეგ გიჭირს ნდობა, არ გაქვს არაფრის გაკეთების სურვილი, რადგან გგონია რომ არც ის დაგიფასდება და ისევ ისე გეტკინება გულო როგორც პირველად.

ფოკუს ჯგუფის ჩატარების დროს ახალგაზრდები ყვებოდნენ იმ იმედგაცრუებაზე, რომელიც სამსახურის დაკარგვით მიიღეს. მათ დაეკარგათ მოტივაცია, არასაკმარისად და არასრულფასოვნად გრძნობდნენ თავს, ეგონათ რომ სხვა საქმეს ხელს ვეღარ მოკიდებდნენ, რადგან არც ის გამოუვიდოდათ.

„ჩემზე ძალიან იმოქმედა სამსახურის დაკარგვამ, მეგონა რომ არაფრის გაკეთება არ შემეძლო, არაფერი გამომდიოდა, იმედგაცრუებულად ვგრძნობდი თავს“.

რესპონდენტების უმეტესობა თვლის, რომ როდესაც საკუთარი თავის რწმენას კარგავ ყველაფერი უფრო რთულადაა, სამსახურიდან წამოსვლის შემდეგ მხოლოდ იმაზე ფიქრობ, რომ შენშია პრობლემა, შენ ვერ აკეთებდი საქმეს ისე როგორც უნდა გაგეკეთებინა, არ გამოგდიოდა, რამაც საბოლოო ჯამში შენი უმუშევრად დარჩენა გამოიწვია.

„რთულია როცა ხარ ახალგაზრდა, ხელს კიდებ საქმეს, აკეთებ მთელი გულით, რაღაც გამოგდის, რაღაც არა, მაგრამ ცდილობ რომ ყველაფერი კარგად გააკეთო, უცებ სხვადასხვა მიზეზებით ხდება ისე, რომ სამსახურის გარეშე რჩები. გიქრება ყველაფრის გაკეთების სურვილი, იმედგაცრუებული ხარ“.

შეგვიძლია ვთქვათ, რომ უმუშევრობით გამოწვეული უარყოფითი შედეგებიდან ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სწორედ წარუმატებლობის და იმედგაცრუების გრძნობაა, რომელიც ძალიან მოქედებს ადამიანის ფსიქოლოგიაზე, განწყობაზე, ხასიათსა და ქცევებზე. საკუთარი თავის შრომის ბაზარზე დამკვიდრების წარუმატებელი მცდელობა და განსაკუთრებით ხანგრძლივი უმუშევრობა ახალგაზრდებში იწვევს მრავალ პრობლემას, მათ შორის სასოწარკვეთილებას, უძლურებას და დაბნეულობას. მცირდება ახალგაზრდების თვითშეფასება და იზრდება მომავლისადმი უიმედობის გრძნობა. უმუშევარი ადამიანი კარგავს საკუთარი მდგომარეობის უკეთესობისაკენ შეცვლის იმედს. უიმედობის გრძნობა კიდევ უფრო იზრდება ახალი სამუშაოს წარუმატებელ ძიებაში.

უმუშევრობის გავლენის შეფასება ახალგაზრდებზე

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, უმუშევრობა ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ახალგაზრდებში. არის შემთხვევები, როდესაც გამოცდილების არ ქონის გამო ახალგაზრდა ვერ იწყებს მუშაობას მისთვის საინტერესო ადგილას, რადგან დამსაქმებლების უმრავლესობა რამდენიმე წლიან გამოცდილებას ითხოვს, რაც დამწყებ ახალგაზრდას არ აქვს, ამის გამო მას ძალიან უჭირს მუშაობის დაწყება.

„ჩემს გვერდით არიან ჩემი მეგობრები, რომლებსაც ჯერ არ უმუშავიათ, მათ აქვთ მუშაობის დაწყების სურვილი, მაგრამ არ გამოსდით. რატომ? იმიტომ რომ მოგვიძლია არ აქვთ და არც იმის შესაძლებლობა, რომ ფასიანი ტრენინგ-კურსები გაიარონ. ესეც მოქმედებს მათზე, რადგან ამდენი წვალბის და ძიების შემდეგ ნებდებიან და ცდილობენ ნახონ ისეთი რამ რაც არცთუ ისე საინტერესოა მათთვის“.

უმუშევრობა არა მხოლოდ ეკონომიკურ ზიანს აყენებს ადამიანს, არამედ მძიმედ აისახება მის სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებზე. უმუშევრობა გავლენას ახდენს ახალგაზრდებზე. უმრავლესობისათვის ის მიიჩნევა ყველაზე მძიმე პრობლემად ცხოვრებაში. უმუშევრობა ცხოვრებას ხდის ერთფეროვანს, რადგან შემოსავლის არქონის გამო ვერ ახერხებენ კურსელებთან ერთად გასართობად წასვლას, ამის გარდა უმუშევრობა მძიმე ფსიქოლოგიური ტრამვაა, განსაკუთრებით ოჯახის მარჩენალისთვის, ისინი მუდმივად განიცდიან ფსიქოლოგიურ სტრესს, უჩნდებათ არასრულფასოვნების განცდა და ფიქრობენ იმაზე, რომ ისინი საზოგადოებისათვის ზედმეტები არიან.

ხანგრძლივი უმუშევრობა იწვევს მოსაწევსა და სასმელზე დამოკიდებულებას, რადგან ეს პრობლემის დავიწყების ერთ-ერთი გზაა მათთვის და იწვევს საზოგადოებაში კრიმინოლოგიური სიტუაციების გამწვავებას. უმუშევრობის მნიშვნელოვანი შედეგია ის, რომ ამ პერიოდში ადამიანს არ ემატება ცოდნა, არც გამოცდილება, არ ვითარდება, პირიქით შეიძლება დაავიწყდეს რაც იცოდა, ეს კი საბოლოო ჯამში მუშათა დეკვალიფიკაციას იწვევს.

უმუშევრობას ასევე შეუძლია დეპრესიისა და სხვა მენტალური დაავადებების გამოწვევა, რაც უარყოფითად აისახება ადამიანის ცხოვრებაზე. როდესაც ადამიანს არ აქვს სამსახური, შემოსავალი და საარსებო საშუალებები, ამ გარემოებას ის ყველაზე ცუდ შემთხვევაში საზოგადოებისაგან გარიყულობამდე და თვითდაზიანებამდეც კი მიჰყავს.

„ყველაფერს რომ თავი დავანებოთ, როცა ახალგაზრდა ხარ გჭირდება შენი შემოსავალი, რომ ყოველთვის მშობლებს ან სხვა ადამიანს არ სთხოვო ფული“.

უმუშევრობის დონის შესამცირებლად, რესპონდენტების აზრით მთავარია შეიქმნას უფრო მეტი დასაქმების სფერო ახალგაზრდებისათვის, ისინი თვლიან, რომ არის არასაკმარისი ადგილები და ახალგაზრდებს ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ დასაქმების, რადგან მათ ნაკლებად ან საერთოდ არ გააჩნიათ გამოცდილება და კვალიფიკაცია. ასევე გამოიკვეთა აზრი, რომ საჭიროა ახალგაზრდების დატრენინგება, სხვადასხვა კურსების გავლა, რადგან ამის შემდეგ მათ მიეცეთ საკუთარი შესაძლებლობების გამოვლენის საშუალება.

„როდესაც ეძებ სამსახურს ყველგან ერთ-ერთი ძირითადი მოთხოვნა სამუშაო გამოცდილებაა, ამიტომ ახალგაზრდობის უმეტესობას ამ პრობლემის გამო უჭირს დასაქმება“.

მნიშვნელოვანია დამსაქმებლისა და დასაქმებულის ურთიერთობის შეცვლა. ასევე დაუშვებელია სხვა ადამიანის გამო სამსახურის დაკარგვა, როცა შენ დამნაშავე არ ხარ.

„რატომ უნდა მიშვებდნენ სამსახურიდან იმის გამო, რომ უფროსის მეგობარს, ახლობელს თუ შეყვარებულს არმოეწონვარ, თანაც არა იმის გამო რომ ჩემს საქმეს არ ან ვერ ვაკეთებ, უბრალოდ იმიტომ რომ პირადად მე ამომიჩემა და არ მოვწონვარ“.

დასკვნა

სტრესი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ახალგაზრდებზე. რესპონდენტებმა გამოყვეს უმუშევრობის უარყოფითი მხარეები, ისაუბრეს პრობლემაზე და მისი მოგვარების გზებზე. კვლევაზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ყველაზე ცუდი რამ რაც ახალგაზრდებში დატოვა უმუშევრობამ არის სტრესი, რომელიც სხვადასხვა ფორმით გამოიხატა თითოეულ მათგანში, რესპონდენტების ნაწილისათვის უმუშევრობამ გამოიწვია ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, ნაწილს შეექმნა ფსიქოლოგიური პრობლემები, მხოლოდ რამდენიმე რესპონდენტი აღმოჩნდა ისეთი, რომლისთვისაც არანაირი პრობლემა არ შეუქმნია უმუშევრობას, პირიქით ეს გახდა მოტივაციის წყარო მათთვის. კვლევამ აჩვენა, რომ ოჯახმა და ახლო მეგობრებმა დიდი როლი ითამაშეს რესპონდენტებისათვის ამ პრობლემის გადალახვაში.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Paul KI., Moser K, (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, Journal of Vocational Behavior, 74 (3):264-282.
- Sumner RC, Gallagher S. (2017). Unemployment as a chronic stressor: A systematic review of cortisol studies. Psychol Health. 32(3):289-311.



მასწავლებელთა დამოკიდებულება აშკარა და ფარული ბულინგის მიმართ, ჩარევის ეფექტურობა

ანა გუგეშაშვილი¹

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

აბსტრაქტი

შესავალი: ბულინგის პრობლემა ძალიან აქტუალურია როგორც საქართველოში, ასევე სხვა ქვეყნებშიც. ბავშვის დამოუკიდებელ პიროვნებად ჩამოყალიბება სკოლის ასაკიდან იწყება. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია მათთვის სწორი მიმართულებების ჩვენება, ინფორმაციის მიწოდება ბულინგთან დაკავშირებით, რისთვისაც აუცილებელია მასწავლებლის ჩარევა. კვლევის მიზანია მასწავლებელთა დამოკიდებულების აშკარა და ფარული ბულინგის მიმართ და ჩარევის ეფექტურობის შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში ჩატარდა დაწყებითი საფეხურის, ასევე დამამთავრებელი კლასის პედაგოგების სიღრმისეული ინტერვიუ. **შედეგები, დასკვნა:** კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვის აგრესიას ხელს უწყობს მისი ფსიქოლოგიური მდგომარეობის არამდგრადობა და დარღვევა, რომლის გამომწვევი მიზეზი კი შეიძლება ოჯახური კონფლიქტები იყოს. მასწავლებლები მაქსიმალურად ჩართულნი და ცდილობენ მოახდინონ ბულინგის პრევენცია და აღმოფხვა. მნიშვნელოვანია კლასში კარგი ურთიერთობების ჩამოყალიბება, ურთიერთპატივისცემა და გუნდურობა, რომლის მიღწევა მასწავლებელს შეუძლია ბევრი მუშაობის შემდეგ. მოსწავლეებმა უნდა გაიაზრონ, რომ მეგობრობას და ერთიანობას ძალიან დიდი ძალა აქვს. კონფლიქტის მოგვარების საუკეთესო გზა არის მასწავლებლების მიერ მოსწავლეებთან ბევრი საუბარი ბულინგის შესახებ, მათი პრობლემების მოსმენა და დახმარება, მოსწავლეების ერთმანეთს უფრო მეტად დაახლოების და მათ შორის მეგობრული კავშირების დამყარება. მოსწავლეებმა უნდა დაინახონ რომ კონფლიქტის მოგვარების სხვა ალტერნატიული მშვიდობიანი გზებიც არსებობს.

საკვანძო სიტყვები: ბულინგი, სკოლის მოსწავლეები, კონფლიქტი

ციტირება: ანა გუგეშაშვილი. მასწავლებელთა დამოკიდებულება აშკარა და ფარული ბულინგის მიმართ, ჩარევის ეფექტურობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

Teachers' attitude towards overt and covert bullying, effectiveness of intervention

Ana Gugeshashvili ¹

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

Abstract

Introduction: The problem of bullying is very relevant both in Georgia and in other countries. The formation of a child as an independent person starts from school age. Therefore, it is important to show them the right directions, to provide information regarding bullying, for which the intervention

of the teacher is necessary. The purpose of the study is to study the attitude of teachers towards overt and covert bullying and the effectiveness of the intervention. **Methodology:** an in-depth interview of elementary and high school teachers was conducted within the scope of the qualitative research method. **Results, conclusion:** the research showed that the child's aggression is facilitated by the instability and disturbance of his psychological state, the cause of which can be family conflicts. Teachers are as involved as possible and try to prevent and eliminate bullying. It is important to establish good relations in the classroom, mutual respect and teamwork, which the teacher can achieve after a lot of work. Students should understand that friendship and unity have a lot of power. The best way to resolve the conflict is for teachers to talk a lot with students about bullying, to listen and help them with their problems, to bring students closer to each other and to build friendships between them. Students should see that there are other alternative peaceful ways to resolve conflict.

Key words: bullying, school students, conflict

Citation: Ana Gugeshashvili. Teachers' attitude towards overt and covert bullying, effectiveness of intervention. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

შესავალი

ბულინგი სოციალური მოვლენაა, რომელიც ძირითადად ორგანიზებულ ბავშვთა კოლექტივს ახასიათებს. პირველ რიგში ბულინგის „ეპიცენტრად“ გამოყოფენ სკოლას. ბულინგი ანუ ძალადობა ძირითადად არასრულწლოვან (18 წლამდე ასაკის) ბავშვებს შორის ხდება. ეს ის პერიოდია, როდესაც ბავშვებში როლური ურთიერთობები („ლიდერი და გარიყული“) ყალიბდება. ასე რომ, როლური ურთიერთობები, თუნდაც ეს გაუაზრებელი იყოს მოზარდში სხვაზე ზეგავლენის მოპოვების სურვილია და ეს სურვილები სწორედ სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში იწყება.

ბულინგი, ანუ ძალადობა XXI საუკუნის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვანი, მასშტაბური და გადაუჭრელი პრობლემაა. ის საერთაშორისო დონეზე აღიარებულია, როგორც პრობლემა სკოლებში, რომელიც დიდ საფრთხეს უქმნის ბევრი მოსწავლის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, ემოციურ უსაფრთხოებასა და კეთილდღეობას. ნებისმიერი ბავშვის უფლებაა სკოლაში თავს უსაფრთხოდ და დაცულად გრძნობდეს, თუმცა ბულინგი ამის საშუალებას არ იძლევა, ის ამ ყველაფერს ძირს უთხრის და ამით არღვევს ბავშვთა უფლებებს. მოზარდებში ბულინგი ძირითადად დაცინვასა და ჩაგვრაში გამოიხატება, ეს მჩაგვრელს თავს აგრძნობინებს დომინანტად, ხოლო ჩაგრულს ძალიან დიდი ფსიქოლოგიური ტრამვა უჩნდება, ჩაგრული ასეთ დროს სრულ უიმედობას განიცდის, უმწეოა, ეშინია მჩაგვრელის და იმ ახალი დამცირებების, რომელიც მას კიდევ წინ ელის, საკუთარი თავის, საკუთარი უმწეობის სცხვენია. სწორედ ამიტომ ნებისმიერი სკოლის და იქ მომუშავე პერსონალის, იქნება ეს სკოლის დირექტორი თუ მასწავლებელი, ვალდებულია უზრუნველყოს თითოეული მოსწავლის უსაფრთხოება და დაიცვას მათი უფლებები. თითოეული სკოლის თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას დაჩაგრული და შესაფამისად დაარიგოს მჩაგვრელი, ესაუბროს, აუხსნას და ასწავლოს.

ბულინგის პრევენციისა და აღმოფხვრის გზების მოძიებაში ფსიქოლოგთა ძალიან დიდი ნაწილია ჩართული, თუმცა ჯერ-ჯერობით არ შემუშავებულა ისეთი მეთოდი, რომელიც აღმოფხვრის ბავშვთა შორის კონფლიქტებს. ბევრი არასამთავრობო ორგანიზაცია აქტიურად მუშაობს ბულინგის აღმოფხვრის გზების ძიებაში.

ბევრი კვლევა ტარდება ბულინგის თემასთან დაკავშირებით. 2007-2008 წლებში საქართველოში „იუნისეფის“ შეკვეთით ბავშვების მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა ჩატარდა. კვლევაში მონაწილეობა 93 სკოლამ მიიღო და სულ 1300 მოსწავლე გამოიკითხა. კვლევის მიხედვით გამოიკვეთა რომ სკოლაში ფიზიკური ძალადობა ბავშვის ან უფროსის მხრიდან ერთხელ მაინც განუცდია 61,7%-ს, ხოლო ფსიქოლოგიური ძალადობა 56,4%-ს. სქესობრივი ძალადობის შედარებით მცირე შემთხვევა დაფიქსირდა 7,3% (ზოლოტორი და სხვ.,

2008). კვლევამ აჩვენა, რომ ბულინგი საქართველოს სკოლებში მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს მოსწავლეებისათვის. მასთან საბრძოლველად მნიშვნელოვანია ე.წ. „ცხელ წერტილებზე“ დამატებითი ზედამხედველობის (მაგ., სკოლის სპორტული მოედანი, სკოლასთან ახლოს მდებარე ხეებით დაფარული ადგილი, სკოლაში თავშეყრის ადგილები) ჩატარება, თუმცა, ბულინგის შემცირების ქმედითი პოლიტიკა უნდა იყოს ძალადობის შემცირებაზე მიმართული სკოლის პოლიტიკისა და სტრატეგიის განუყოფელი ნაწილი. ბულინგთან ბრძოლის ცალკეულ კამპანიებს იშვიათად აქვს გრძელვადიანი ეფექტი (ზოლოტორი და სხვ., 2008).

კვლევის მიზანია აშკარა და ფარული ბულინგის მიმართ მასწავლებელთა დამოკიდებულების და ამ პროცესში მათი ჩარევის შესწავლა.

მეთოდოლოგია

აღნიშნულ ნაშრომში წარმოდგენილია სოციოლოგიური კვლევის შედეგები. გამოკითხვა ჩატარდა 2022 წლის აპრილსა და მაისში. კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა სიღრმისეული ინტერვიუ. სულ გამოიკითხა 20 რესპონდენტი და შესაბამისად ჩატარდა 20 სიღრმისეული ინტერვიუ. რესპონდენტები იყვნენ როგორც დაწყებითი საფეხურის, ასევე დამამთავრებელი კლასის პედაგოგები.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ბულინგი (ინგ. Bully - ხულიგანი, მოძალადე) არის ხანგძლივი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა, ერთი ინდივიდის ან ჯგუფის მხრიდან, მეორე ინდივიდზე, რომელსაც არ შეუძლია თავის დაცვა კონკრეტულ სიტუაციაში (Roland, 1988). ამგვარად, ბულინგი არის არასასურველი, აგრესიული ქცევა სასკოლო ასაკის ბავშვებში, რომელიც ძალაუფლების რეალურ ან აღქმულ დისბალანსს გულისხმობს. ქცევა შესაძლოა დროთა განმავლობაში გამეორდეს. ბულინგი ეს არის დაშინება, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დევნა, იმ მიზნით რომ სხვა ადამიანი დაიმორჩილოს, შეძლოს მასზე „ბატონობა“ და მოჰგვაროს შიში. ბულინგი ადრე მხოლოდ ყოფითი ცნება იყო, თუმცა დღეს ეს არის სოციალურ-ფსიქოლოგიური და პედაგოგიური ტერმინი.

სკანდინავიელმა მეცნიერმა ჰეინემენმა 1973 წელს გამოაქვეყნა კვლევა, სადაც აღწერა ადამიანთა ჯგუფის თავდასხმა ერთ ადამიანზე და მან ამ ფაქტის აღსანიშნავად გამოიყენა ტერმინი - მობინგი (Mobbing). ასევე სკანდინავიელი მეცნიერი ოლვეუსი თავის ნაშრომებში იყენებს ტერმინს - ბულინგი (Bulling), რომელიც განმარტებულია როგორც ადამიანის ჯგუფის ან ცალკეული ადამიანის თავდასხმა მეორე ადამიანზე. რაც შეეხება პიკასს ის იყენებს ტერმინს - მობინგი, ჯგუფური თავდასხმის აღსანიშნავად, ხოლო ბულინგს, ნებისმიერი ხასიათის (როგორც ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური) თავდასხმის აღსანიშნავად (შალიკაშვილი, 2021).

ბულინგი შეიძლება ნებისმიერ კონტექსტში განვითარდეს სადაც უწევთ ადამიანებს ურთიერთობა, შეიძლება ეს იყოს სკოლა, ბაღი სამსახური და ოჯახური გარემოც კი. დენ ოლვეუსის აზრით ბულინგი ხდება მაშინ, როდესაც ერთი ადამიანი დროთა განმავლობაში და არაერთხელ ემორჩილება მეორე ადამიანის მიერ ნათქვამ უარყოფით ქმედებებს, როდესაც ადამიანი განზრახ აყენებს დაზიანებას და უქმნის დისკომფორტს, ფიზიკური კონტაქტით, სიტყვებით ან თუნდაც სხვა გზით (Olweus, 1989).

ამგვარად, ბულინგი არის ჩაგვრა, რომელიც გამოიხატება ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური ძალადობით და ხორციელდება მოზარდ ბავშვებს შორის. ამ პროცესში მონაწილეობას იღებენ როგორც ვაჟები, ასევე გოგონები. ქცევა რომ ბულინგად ჩაითვალოს მას რამდენიმე კომპონენტი უნდა ახასიათებდეს:

განმეორება - ბულინგი განმეორებადია, ის შეიძლება დროთა განმავლობაში რამდენჯერმე განმეორდეს. ერთჯერადად განხორციელებული ჩაგვრის დროს საქმე გვაქვს ძალადობასთან. სწორედ ამიტომ განსხვავდება ერთმანეთისგან ძალადობა და ბულინგი.

ძალთა უთანასწორობა - მოზარდები რომლებიც ბულინგს ახორციელებენ იყენებენ ფიზიკურ ძალას, რადგან მსხვერპლს ზიანი მიაყენონ და დააშინონ. ასე საკუთარ უპირატესობას ამტკიცებენ.

მიზანმიმართულობა - მოზარდი, რომელიც ბულინგს ახორციელებს ზუსტად იცის ის შედეგები თუ რა შედეგი მოყვება ჩაგვრასა და დაცინვას, თუმცა ის მიზანმიმართულად და შეგნებულად აყენებს მსხვერპლს ზიანს.

მკვლევარები გამოყოფენ ბულინგის სამ ძირითად ფორმას: ფიზიკური, ვერბალური და რელაციონალური იგივე სოციალური ბულინგი (Scheithauer et al., 2006)

ფიზიკური ბულინგი დიდხანს გრძელდება და ის კონკრეტული მსხვერპლის წინააღმდეგაა მიმართული. ფიზიკური ბულინგი მსხვერპლის ან თუნდაც საკუთრების დაზიანებაა და ის მოიცავს: შეფურთხება, ხელის კვრა, შეურაცხმყოფელი ჟესტების ჩვენება, წიხლის კვრა ან ხელის წამორტყმა, სხვისი ნივთების უნებართვოდ აღება ან თუნდაც მათი განადგურება

ვერბალური ბულინგი გამოიხატება სიტყვიერი ან წერილობითი ფორმით და გულისხმობს: გაჯავრება ან დაცინვა, შეუფერებელი და გარყვნილი სექსუალური შინაარსის კომენტარები, ზედმეტსახელების დარქმევა და დამახება, მუქარა, ლანძღვა და შეურაცხყოფის მიყენება.

რელაციონალური ბულინგი ანუ სოციალური ბულინგი სხვების რეპუტაციის ან ურთიერთობების დაზიანებისკენაა მიმართული და მოიცავს: ჭორების გავრცელებას, მეგობრობაზე უარის თქმას, ადამიანის საჯაროდ შერცხვენას, სხვების უმიზეზოდ მიტოვებას.

თანამედროვე ტექნოლოგიებმა ძალიან გააიოლა ადამიანებს შორის ურთიერთობები. მოზარდებს როგორც რეალურ სამყაროში სურთ, რომ ჰყავდეთ ბევრი მეგობარი, ასევე უნდათ ონლაინ გაიცნონ ახალი ადამიანები და შევიდნენ მათთან კომუნიკაციაში. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ როდესაც ადამიანები ერთმანეთს ონლაინ ეკონტაქტებიან დადებითი ურთიერთობები არ ყალიბდება. სწორედ ამიტომ ძალიან ხშირია ბულინგი. განსაკუთრებით კი ბოლო წლებში, პანდემიის პერიოდში განსაკუთრებით აქტუალური გახდა კიბერბულინგის თემა, რადგან ძირითადად ადამიანებს ონლაინ უწყვეტ ერთმანეთთან კომუნიკაცია.

კიბერბულინგიც ბულინგის ერთ-ერთი სახეა, რომელსაც თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით, ფარულ ან აშკარა დაშინებას გულისხმობს. მასში მოიაზრება: ონლაინ სივრცეში მუქარა ან ტერორი, ჭორების გავრცელება, დამცინავი და შეურაცხმყოფელი კომენტარების გაკეთება, სოციალურ სივრცეში შეურაცხმყოფელი ფოტოების ან ვიდეოების გავრცელება, მანე და უხამსი შეტყობინებების გაგზავნა, პირადი ცხოვრების კადრების გასაჯაროება ან თუნდაც შანტაჟი, სოციალურ ქსელში სხვისი სახელით გვერდების ან ანგარიშების შექმნა

ბულინგის სიხშირე ასაკის მიხედვით განსხვავდება. მონაცემები ამ თემასთან დაკავშირებით მცირეა, თუმცა არსებული მონაცემების მიხედვით ბავშვის ასაკის ზრდასთან ერთად ფიზიკური აგრესია და ბულინგი შეიძლება შემცირდეს, ხოლო კიბერბულინგი გაიზარდოს.

აშშ-ს ეროვნული კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ ბულინგის ყველაზე გავრცელებული ფორმები, მათ შორის სიტყვიერი შეურაცხყოფა, ცემა, ქურდობა, მუქარა, ჭორების გავრცელება და სოციალური გარიყულობა როგორც წესი ასაკთან ერთად მცირდება. 14-დან 18 წლამდე ასაკის პირის ბულინგი თითქმის 50%-ით მცირდება, ხოლო კიბერბულინგი 13-17%-ით.

სხვა კვლევები აჩვენებს, რომ ფიზიკური აგრესიის სახით ბულინგის შემთხვევები დაწყებით სკოლებში უფრო ხშირია, ხოლო კიბერბულინგი, საშუალო ასაკის სკოლის ბავშვებში უფრო მეტად ხდება (UNESCO, 2017).

ბულინგი შეიძლება იყოს პირდაპირი (აშკარა) ან ფარული. ფიზიკური, ვერბალური და სოციალური ბულინგი პირდაპირი ანუ აშკარა ბულინგია, ხოლო ფარული ბულინგი მორალური და ემოციური ძალადობის ფორმაა. ძალიან რთულია მიხვდე თუ როდის ხორციელდება ფარული ბულინგი. მოძალადე მსხვერპლის ზურგს უკან მოქმედებს, რადგან მის რეპუტაციას შეუქმნას საფრთხე და საზოგადოების წინაშე დაამცროს. ფარული ბულინგის

ფორმები: ტყუილები, ჭორების გავრცელება, სხვა მოსწავლეებთან დამცირება, მოსწავლის სოციალურ იზოლაციაში მოქცევა.

2006 წელს მეცნიერებმა (Williams & Guerra, 2007) ჩაატარეს კვლევა, რომლის მიხედვითაც დაადგინეს, რომ ბულინგი ძირითადად ხდება ისეთ სივრცეებში, რომლებსაც უფროსები ვერ აკონტროლებენ ან მინიმალურად აკონტროლებენ. ძირითადად ასეთი ადგილები აღმოჩნდა: კაფეტერია, სათამაშო მოედნები, საკლასო ოთახები გაკვეთილის დაწყებამდე, გასახდელი ოთახი, ავტობუსი, სკოლის შენობის დერეფნები და საპირფარეშო.

ძალიან მნიშვნელოვანია მასწავლებლებზე დაკვირვება, რადგან მათი პასუხი ბულინგზე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სკოლებში ბულინგის ჩამოყალიბებაზე. მასწავლებელთა რეაგირება ბულინგის ქცევაზე დიდ გავლენას ახდენს როგორც მოძალადეზე, ასევე მსხვერპლზე და მათ მიმდინარე და სამომავლო ქცევაზე. მსხვერპლის მიმართ თანაგრძნობა და რამდენად სერიოზულად აღიქვამენ მასწავლებლები ინციდენტს, გავლენას ახდენს ჩარევის ალბათობაზე. მსხვერპლის მიმართ თანაგრძნობა ნიშნავს, რომ მასწავლებლები უფრო მეტად ესმით მსხვერპლის და იდენტიფიცირებენ მის გამოცდილებასთან. მასწავლებლები, რომლებიც უფრო მეტ თანაგრძნობას ავლენენ, უფრო სერიოზულად აღიქვამენ სიტუაციას და შესაბამისად ჩაერევიან მისი მოგვარების პროცესში.

ბულინგის რეაგირებისა და გამკლავებისათვის, ძალიან მნიშვნელოვანია მასწავლებელთა მიერ აღქმული თვითეფექტურობა. კვლევამ აჩვენა, რომ ზოგიერთი მასწავლებლები საკუთარ თავში არ იყო დარწმუნებული, რომ მას ბულინგის ინციდენტის გადაჭრა შეეძლო, სწორედ ეს ახდენდა გავლენას მათ სურვილსა და უნარზე ჩაერთონ ბულინგის საქმეში. სტუდენტების გამოკითხვაზე დაფუძნებულ ერთ-ერთ კვლევაში მათ აღნიშნეს, რომ სურთად მასწავლებელთა ინფორმირება მათი მდგომარეობის შესახებ, თუმცა მათ საუბარი მეგობრებთან ან მშობლებთან ამჯობინეს (Rigby & Bagshaw, 2003). ფარული ბულინგის უფრო ფრთხილი წესის გამო, მასწავლებლებმა შეიძლება უფრო კარგად ვერ აღიქვან ბულინგის მიმდინარეობა და, შესაბამისად, ნაკლები რეაგირება მოახდინონ ასეთ შემთხვევაზე. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ მასწავლებლები განსხვავებულად რეაგირებენ, მაშინ როდესაც ბულინგის უშუალო მოწმეები ხდებიან. როგორც წესი მასწავლებლები უფრო ხშირად აშკარა ბულინგის მომსწრენი არიან, ფარული ბულინგის დროს კი ისინი უნდა დაეყრდნონ მოსწავლეების ქმედებებს, რაც რეაგირების სხვადასხვა დონეს იწვევს (Byers, Caltabiano & Caltabiano 2011).

ბულინგი და სკოლის ადმინისტრაციის რეაგირება ძალიან ბევრი მკვლევარის განხილვისა და დაკვირვების საგანს წარმოადგენდა. პროფესორმა კრის ლიმ თავის წიგნში „ბულინგის პრევენცია სკოლებში“ ჩამოაყალიბა რამდენიმე პოზიცია, რასაც სკოლის ადმინისტრაციები ბულინგზე რეაგირებისას იზიარებენ (Lee, 2004):

უარყოფა (Denial) – „ეს პრობლემა არ არის“, სკოლაში უარყოფდნენ ბულინგის შემთხვევებს და ამბობდნენ, რომ მათ სკოლებში ეს პრობლემას არ წარმოადგენდა, თუმცა თუ მსგავსი შემთხვევა მაინც დაფიქსირდებოდა ეს მოზარდების ცხოვრების განუყოფელ ნაწილად ითვლებოდა.

სიმბოლური მიდგომა (Token) – „ჩვენ სადაც გვაქვს პოლიტიკის დოკუმენტი“. სკოლის ადმინისტრაციის წარმომადგენელთა თქმით სკოლაში ბულინგთან ბრძოლის პოლიტიკა იყო შემუშავებული და ამაზე დარგის სპეციალისტები და ექსპერტი მუშაობდნენ.

მამობრავებელი მიდგომა (Moving) – „ჩვენ კარგად გააზრებული პოლიტიკის დოკუმენტი და წარმატებული პრაქტიკა გვაქვს“. სკოლის ადმინისტრაციის თქმით ბულინგს ძალიან სერიოზულად ეკიდებოდნენ, მათ ჰქონდათ დოკუმენტი სადაც თავმოყრილი იყო ბულინგთან ბრძოლის მექანიზმები, რომლებიც როგორც მოსწავლეების, ასევე მშობლებისა და მასწავლებლების მიერ იყო შემუშავებული.

პრაქტიკული მიდგომა (Motoring) – „ჩვენ კარგად ნაფიქრი პოლიტიკის დოკუმენტი და წარმატებული პრაქტიკა გვაქვს, რომელიც ყველამ იცის და რომელსაც ყველა იზიარებს“. სკოლის თანამშრომლების თქმით ყველა ცხადად იაზრებდა წესებს. ყველა ჩართული იყო ბულინგის პრევენციის ნაწილში. მათი თმით ბულინგის აღმოფხვრაში ბევრი მხარე იღებდა

მონაწილეობას, მათს შორის მშობლებიც. ბულინგთან ბრძოლა მხოლოდ სკოლის კედლებს შიგნით არ იყო, არამედ მის გარეთაც.

ყველა თანხმდება, რომ ბულინგი გავრცელებული პრობლემაა სკოლებში და რომ ის დიდ ფასად ბუჯდება ახალგაზრდების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას, შემუშავებულია მრავალი ინტერვენციის პროგრამა. სკოლების უმეტესობა აღიარებს აშკარა დაშინებას, აქვს დადგენილი პოლიტიკა და სტრატეგიები ამ პრობლემის მოსაგვარებლად. როდესაც ხდება ფიზიკური შეხლა-შემოხლა, როგორცაა დარტყმა ან მუშტი, პრობლემების გადასაჭრელად მკაფიო ნაბიჯებია გადადგმული. აქედან გამომდინარე, აშკარაა, რომ მაღალი პრიორიტეტი ენიჭება ფიზიკურ დაშინებას და საკმაოდ ბევრ სკოლას აქვს ნულოვანი ტოლერანტობის პოლიტიკა (Limber & Small, 2003). სტრატეგია, რომელსაც წარმატების მოტანის უფრო დიდი შანსი აქვს არის ის, რომელსაც იყენებს მთელი სკოლა. თანამშრომლებსა და მოსწავლეებს შორის უფრო მეტად თანამშრომლობა გამოიწვევს სოციალური ნორმების გაუმჯობესებას, რაც შეამცირებს სკოლაში ბულინგის შემთხვევებს.

შედეგები

ბულინგში მონაწილეობას ყოველთვის ორი მხარე იღებს, ბულერი ანუ მჩაგვრელი და მსხვერპლი ანუ ჩაგრული. ყველა ბულერს თავისი მამოტივირებელი მიზეზები აქვს, რაც მას უბიძგებს ადამიანის ჩაგვრისა და დამცირებისკენ. ბულერები ძირითადად ცდილობენ თვითდამკვიდრებას და ამისთვის მიმართავენ არასწორ ხერხებს. ისინი გამოირჩევიან სიამაყითა და ლიდერული თვისებებით, მათ სურთ თავად მართონ ადამიანები და გასცენ „ბრძანებები“, დაუმორჩილებლობის შემთხვევაში კი გადადიან ძალადობაზე. ბავშვის ნებისმიერ ქცევას იქნება ეს კარგი თუ ცუდი თავისი ახსნა მოეძებნება. საიდან მოდის ბავშვებში ამხელა აგრესია მეორე ადამიანის მიმართ? მასწავლებელთა უმეტესობის აზრით მიზეზი ოჯახი და მიღებული ფსიქოლოგიური ტრამეებია.

„ჩაგვრა შესაძლოა იყოს თვითდამკვიდრების მეთოდი, ასევე უფროსებისგან გადმოღებული. ყველა ბავშვი ინდივიდუალურია, ყველაზე სხვადასხვა ფაქტორი მოქმედებს და იწვევს ტრამეებს. შეიძლება ოჯახში არის „აგრესორი“ ადამიანი, რომლის ყველა ნათქვამი სიტყვა სრულდება, ყველა მას ემორჩილება. ბავშვს ამ დროს გონია, რომ რადგან მისი ოჯახის უფროსი წევრი იქცევა ასე ეს მისაღებია და ანალოგიურ ქმედებას ჩადის.“ (რესპონდენტი #1)

„ბავშვები ერთმანეთს სხვადასხვა რამის გამო ჩაგრავენ. შეიძლება ეს იყოს სწავლა, შური ან თუნდაც სოციალური მდგომარეობა. თავდაპირველად დავიწყებ იმით, რომ ძალიან ხშირად მქონია შემთხვევები მიღებული ნიშნის გამო რაღაც პატარა დამაბულობა ყოფილიყოს, თუმცა ეს დამაბულობა არასდროს არ გადაზრდილა „ხელჩართულ ბრძოლას“ და აგრესიაში. მიღებული ნიშანი ერთია და ამაზე მნიშვნელოვანი მაინც სოციალური მდგომარეობის გამო ჩაგვრაა. ვფიქრობ, ამაზე ცოტა ბევრია სასაუბრო. საქართველოს მოსახლეობის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე აღარ დავიწყებ საუბარს, თქვენც კარგად გეცოდინებათ თუ რა ხდება დღეს ჩვენთან. ძალიან ბევრია სოციალურად დაუცველი მოსწავლე და ძალიან ხშირია მათი დაბულინგების შემთხვევები. ძირითადად ბულერი ამაყი და ლიდერობის ნიჭით დაჯილდოვებული ახალგაზრდაა. მე ყველანაირად ვცდილობ ჩემს მოსწავლეებს შორის შევინარჩუნო კარგი დამოკიდებულება, ვასწავლო თანასწორობა, თუმცა ხანდახან ვერ ვუმკლავდები ამას. ვფიქრობ აქ უკვე მხოლოდ მე პედაგოგი ვერაფერს გავხდები, აუცილებელია ჩაერიოს ოჯახიც.“ (რესპონდენტი #5)

სიღრმისეული ინტერვიუს ჩატარების დროს ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მსხვერპლია ორივე მხარე, მჩაგვრელიც და ჩაგრულიც. მან ეს აზრი შემდგენიარად განმარტა. ნებისმიერ მჩაგვრელს რაღაც კონკრეტული მიზეზები უბიძგებს, რომ დაჩაგროს სხვა და აგრესიით იყოს მის მიმართ განწყობილი. ძირითად შემთხვევებში კი ამის მიზეზი არის ოჯახი. ოჯახური კონფლიქტები, ყოველდღიური ყვირილი, ბავშვის დაშინება და აგრესია, ეს ყველაფერი ფსიქოლოგიურ ტრამვას იწვევს, ბავშვი ისტრესება და იმას რასაც ოჯახში ხედავს და ესმის იმეორებს სხვაგან, მოზარდების შემთხვევაში კი თავისი თანატოლების ჩაგვრაში ვლინდება.

„მსხვერპლი აუცილებლად ორივე მხარეა, დაჩაგრული იმიტომ რომ მას ჩაგრავენ და მჩაგვრელი იმიტომ რომ მასშიც რაღაცამ გამოიწვია ეს ქმედება. გამომწვევი მიზეზები ძალიან ბევრია მაგრამ ჩემი დაკვირვებით მაინც ბავშვის აგრესია და გალიზიანება ოჯახიდან მოდის. მიღებული ფსიქოლოგიური ტრანზებიდან.“ (რესპონდენტი #15)

ბუღინგში ჩართულები არიან როგორც ვაჟები ასევე გოგონებიც. ამ მხრივ, საინტერესოა, ვინ მიმართავდა აშკარა და ვინ ფარული ბუღინგის ფორმას. რესპონდენტებმა კონკრეტულად არცერთი სახე არ გამოყვეს თუმცა აღნიშნეს, ფარული ბუღინგის ფორმას გოგონები უფრო მიმართავენ და სწორედ ამიტომ რჩება მათი ქცევები უფრო „დამალული“, ისინი არ არ გადადიან ფიზიკურ ძალადობაზე, რასაც ვერ ვიტყვით ვაჟების შემთხვევაში.

„სქესის მიხედვით არ გამოვყოფდი, თუმცა შეუიარაღებელი თვალით მეტად შესამჩნევია ვაჟებში, ვინაიდან მათი მეთოდები გაცილებით აგრესიულია და ხშირად ფიზიკურ დაპირისპირებაშიც გადადის.“ (რესპონდენტი #1)

„იცი თუ ეს ვერ დავყოფ, არ ვიცი მახსენდება რამოდენიმე ფაქტი თავად ვაჟმა დააბუღინგა გოგონა, პირიქითაც მომხდარა. თუმცა უნდა ვთქვა, რომ გოგონები უფრო მეტად ცდილობენ ჩუმად და საუბრით დააბუღინგონ ერთმანეთი. რას ვგულისხმობ ამაში, ძირითადად ზურგს უკან საუბარი და ერთმანეთის გაკრიტიკება. ასეთი საქციელი უფრო დაფარული რჩება თუმცა ფაქტია ესეც ბუღინგის ერთ-ერთი სახეა.“ (რესპონდენტი #6)

კონფლიქტი შეიძლება ძალიან პატარა უმნიშვნელო მიზეზის გამო დაიწყოს, თუმცა ამ უმნიშვნელო მიზეზს ხშირად ცუდ შედეგებამდე მივყავართ. რატომ გადადიან ბავშვები კონფლიქტის დროს აგრესიაზე? ძირითადად მათ არ იციან როგორ შეიძლება კონფლიქტის მოგვარება მშვიდობიანი გზებით, სწორედ ამიტომ ისინი ფიქრობენ, რომ კონკრეტულ სიტუაციაში ძალის გამოყენება ერთადერთი სწორი და მისაღები გზაა.

რა უნდა გააკეთოს ამ დროს უფროსმა და როგორ დაეხმაროს ბავშვებს კონფლიქტის გადაჭრაში? კვლევის ფარგლებში გამოკითხული რესპონდენტები ერთხმად თანხმდებიან, რომ ყველაზე სწორი გზა მათთან საუბარია. მშვიდი საუბარი და სწორი დარიგება აფიქრებს ადამიანს და სწორედ ასე აანალიზებს თავის შეცდომას და მიდის სწორ დასკვნებამდე.

„ჩემი პრაქტიკიდან გამომდინარე ვისაუბრებ და გეტყვით, რომ ლაპარაკი და აღიარებამდე მიყვანა, ყველაზე ეფექტურია ხშირად ბავშვს ისე უღიარებია კითხვა-კითხვით საკუთარი დანაშაული რომ ვერც კი მიმხვდარა. ზოგადად ვცდილობ ბავშვებს ისე ვესაუბრო, რომ თან დავანახო თავიანთი დანაშაული და ის შედეგები თუ რა შეიძლება მოჰყოლოდა მათ დაპირისპირებას. მართალია ამით მათ დანაშაულის გრძნობა უჩნდებათ და ნანობენ თავიანთ საქციელს თუმცა ასე ხედავენ სწორსა და არასწორს, ამ ყველაფერს კი სხვა დროისთვის ითვალისწინებენ.“ (რესპონდენტი #12)

„კონფლიქტის გადაჭრის გზები მაქსიმალურად მშვიდობიანი უნდა იყოს, ყოველგვარი ჩხუბის და კამათის გარეშე. სიტუაციის განხილვა, მისი გააზრება მაქსიმალურად კარგ შედეგს მოგვცემს. აუცილებელია ჩვენ ვიცოდეთ როგორ მივაწოდოთ მოზარდს ინფორმაცია ისე, რომ მან მოახერხოს მისი მარტივად გააზრება და თავად გამოიტანოს დასკვნა თავისი საქციელის შესახებ.“ (რესპონდენტი #5)

„პირადად მე ვცდილობ ძალიან ფრთხილად ჩავერიო კონფლიქტში, ზოგჯერ თამაშით, ზოგჯერ ჯგუფური დავალებით, ვცდილობ აფიშირება ყველას თანდასწრებით არ გავაკეთო და შემდგომ ნელ-ნელა გამოვასწორო ბავშვი ის შეცდომა რაც დავაფიქსირე, დავავალო რაიმე ზღაპრის წაკითხვა სადაც მისი საქციელი იქნება დაახლოებით აღწერილი ან ვათამაშებ ერთ გუნდათ იმ ბავშვთან ერთად ვინც დააბუღინგა, მერწმუნეთ დღემდე ამართლებს და ძალიან დიდი შედეგები მოუცია ჩემს მიერ ესეთ მოპყრობას.“ (რესპონდენტი #1)

მიუხედავად იმისა, რომ კონფლიქტის მოგვარებას უფროსები ყოველთვის მისი დაფიქსირების მომენტიდან ცდილობენ არასდროს არის ერთხელ საუბარი და ახსნა საკმარისი. ყველა ბავშვი ინდივიდუალურია და ყველას სხვადასხვა დრო სჭირდება, რომ გაიაზროს რა არის სწორი და რა არის არასწორი. არიან ბავშვების კატეგორია, რომლებიც მალევე იაზრებენ შეცდომებს, თუმცა მეორე კატეგორიასთან მუშაობა უფრო მეტ დროს მოითხოვს. თუმცა ამის მიუხედავად შედეგი ყოველთვის დადებითია.

„ზოგიერთ ბავშვთან ერთი საუბრით მიმიღია შედეგი თუმცა ზოგიერთი მოსწავლისგან უარესი აგრესია მოდის და როგორც იციან ბავშვებმა გაჯინიანება ამიტომ ვცდილობ შეფარვით ვასწავლო და ავუხსნა სწორი და არასწორი დამოკიდებულებები ერთმანეთთან. ასეთი ბავშვების „გამოსწორებაში“ მუდმივად ჩართული ვარ სულ ყოველთვის დაკვირვების ქვეშ მყავან და როდესაც რაღაც მომენტში ვამჩნევ დაძაბულობას და ვხვდები, რომ საქმე კონფლიქტისკენ მიდის მის განმუხტვას სხვადასხვა აქტივობებით და დავალებებით ვცდილობ. მართალია მე მუდმივად მათ გვერდით ვერ ვიქნები, მაგრამ როდესაც მათთან ვარ ეს ჩემთვის ერთერთი საუკეთესო გამოსავალია. შედეგამდე ნელა მაგრამ აუცილებლად მივდივარ ხოლმე“. (რესპონდენტი #1)

„ვფიქრობ, ჩარევა ყოველთვის აუცილებელია ნებისმიერ სიტუაციაში. თუ ჩვენ შევესწრებით ბულინგის შემთხვევას მომენტალური რეაქცია უნდა გვექონდეს და აუცილებლად უნდა ჩავერიოთ. გარდა ამისა ჩემი აზრით ორივე მხარისთვის მხაგრელისთვისაც და დაზარალებულისთვისაც აუცილებელია მასწავლებლის მხარდაჭერა. ვფიქრობ ამ დროს მასწავლებელმა ორივე მხარესთან ჯერ ცალ-ცალკე უნდა დაამყაროს კომუნიკაცია და განიხილოს აღნიშნული საკითხი, ხოლო შემდეგ ორივესთან ერთად. მე ყოველთვის ასე ვიქცევი და ვფიქრობ დადებითი შედეგიც მოაქვს“. (რესპონდენტი #2)

ბულინგის პრევენციის გზები

ბულინგის მოგვარება მხოლოდ ერთი კომუნიკაციით შეუძლებელია. ერთ-ერთი რესპონდენტის აზრით მხოლოდ მასწავლებელი და მისი საუბრები უძლურია ამ საკითხისადმი. მისი აზრით მშობლის ჩართულობაც და მისი დარიგება ძალიან დიდ გავლენას ახდენს ბავშვზე, რადგან მშობელი ბავშვისთვის პიველი „მასწავლებელია“.

„ყოველი ჩემი მშობელთა კრება იწყება ამ თემის განხილვით, ვფიქრობ მშობლები უნდა ჩაერთონ ამ პროცესშიც რადგან ხშირად ბავშვი სახლიდან მოდის ისეთი გაღიზიანებული და განრისხებული რომ ვერც კი აცნობიერებს როგორ აყენებს სხვა ბავშვს შეურაწყოფას. ამიტომ მშობელმაც უნდა იზრუნოს სახლში ბავშვის ფსიქიკაზე.“ (რესპონდენტი #5)

ბულინგის ბოლომდე აღმოფხვა ალბათ შეუძლებელი იქნება, თუმცა შესაბამისი ზომების მიღება მის შემცირებას ნამდვილად გამოიწვევს. უმთავრესი ამ საკითხში მოზარდების ცნობიერების ამაღლება და ბევრი საუბარი სამომავლოდ ძალიან დიდი ნაბიჯი იქნება. აუცილებელია ბავშვი ბევრს იგებდეს ბულინგის შესახებ, როგორც სკოლაში ასევე სახლში, იცოდეს მისი შესაძლო არასასიამოვნო შედეგების შესახებ. მასწავლებლებმა იმდენი უნდა შეძლონ, რომ მოსწავლეები მეტად გახსნილად ესაუბრონ მათ, მოსწავლეები უნდა გრძობდნენ, რომ მასწავლებელი მათი მეგობარია და მასთან საუბარი ნებისმიერ დროს და ნებისმიერ თემზე შესაძლებელია.

„ვფიქრობ ძალიან კარგი იქნება სკოლაში გარკვეული დრო ეთმობოდეს მსგავს თემებზე საუბარს, რაც აამაღლებს მოსწავლის ცნობიერებას და ჩემი აზრით ეს ძალიან დიდ დადებით შედეგს მოიტანს“. (რესპონდენტი #7)

“მასწავლებლის როლი ბავშვის ფსიქოლოგიის ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში უდიდეს როლს ასრულებს, რადგან ბავშვი დროის უმეტეს ნაწილს ატარებს მასწავლებელთან. აღმზრდელი არა მარტო ბავშვის შემეცნებით და აზრით უნდა იყოს დაკავებული, არამედ მნიშვნელოვანია მისი ფსიქოლოგიის სწორად ჩამოყალიბებასა და სამყაროს სწორი კუთხით დანახვაში ეხმარებოდეს. დღეისათვის მნიშვნელოვნად არის გაზრდილი ბულინგი ჩვენს ცხოვრებაში, მნიშვნელოვანია ბავშვს დავანახოთ, რომ განსხვავებულობა არ არის ნაკლოვანება, ამისათვის საჭიროა ბევრი საუბარი ამ თემაზე. ასევე საჭიროა მეტი თავისუფალი საუბრები მოსწავლეებთან, მეგობრული დამოკიდებულება მათთან.“ (რესპონდენტი #6)

დასკვნა

დღეს ბულინგი ძალიან აქტუალური თემაა და ფაქტია, რომ სკოლის მოსწავლეებს შორის დაპირისპირების შემთხვევებმა ძალიან იმატა. კვლევამ აჩვენა, რომ მასწავლებლები მაქსიმალურად ერევიან ბულინგის შემთხვევებში და ეძებენ გზებს, რომ მოახდინონ ბულინგის

პრევენცია და აღმოფხვრა. ბავშვის აგრესიას კონკრეტული წინამდებარე ფაქტორები ძალიან უწყობს ხელს. ძირითადად ეს არის მისი ფსიქოლოგიური მდგომარეობის არამდგრადობა და დარღვევა, ამის გამომწვევი მიზეზი კი შეიძლება ოჯახური კონფლიქტები იყოს.

ბულინგის აღმოფხვრას მასწავლებლები მაქსიმალურად ცდილობენ. ერევანის მის მიმდინარეობაში და ცდილობენ ბავშვებს აუმაღლონ ცნომიერება მის შესახებ. მართალია ეს პრობლემა მარტივად მოგვარებადი არ არის თუმცა შესაბამისი რეაგირების შემთხვევაში ძალიან დიდია შანსი, რომ მოხდეს ბულინგის პრევენცია. პდაგოგებმა უნდა შეძლონ რომ კლასი დაარწმუნონ აგრესიის არაეფექტურობაში. ძალიან დიდი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს კლასში კარგი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას, ურთიერთპატივისცემას და გუნდურობა. ამის მიღწევა კი მასწავლებელს შეუძლია ბევრი მუშაობის შემდეგ. მოსწავლეებმა უნდა გაიაზრონ, რომ მეგობრობას და ერთიანობას ძალიან დიდი ძალა აქვს.

კონფლიქტის მოგვარების საუკეთესო გზა არის ბევრი საუბარი. მოსწავლეებმა უნდა დაინახონ რომ კონფლიქტის მოგვარების სხვა ალტერნატიული მშვიდობიანი გზებიც არსებობს, არ არის აუცილებელი ყოველთვის აგრესიითა და არასწორი მოქმედებებით მოგვარდეს კონფლიქტი. მათ ისე უნდა ვესაუბროთ, რომ სამომავლოდ კონფლიქტის მოგვარება თავადვე შეძლონ მშვიდობიანი გზებით.

იმისათვის, რომ მასწავლებლებმა შეძლონ და ხელი შეუწყონ ბულინგის პრევენცია საჭიროა:

- მოსწავლეებთან იყვნენ მეტად ლოიალურები და ბევრი ესაუბრონ ბულინგის შესახებ.
- მოისმინონ მოსწავლეების პრობლემები და დაეხმარონ მათ მოგვარებაში.
- შეეცადონ მეტი ჯგუფური დავალებები გააკეთებინონ. ასე ერთმანეთს უფრო მეტად დაუახლოვდებიან და მათ შორის მეტად მეგობრული კავშირი დამყარდება.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ზოლოტორი ა, სარალიძე ლ, გოგუაძე ნ, ლინჩილ მ. (2008). საქართველოში ბავშვების მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა. საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მედიცინის განვითარების ფონდი.
- შალიკაშვილი მ. (2021). ბულინგის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა. გერმანულ-ქართული სისხლის სამართლის ჟურნალი. 3:106-115.
- Byers DL, Caltabiano NJ, Caltabiano ML. (2011). Teachers' Attitudes Towards Overt and Covert Bullying, and Perceived Efficacy to Intervene. *Australian Journal of Teacher Education*. 36(11).
- Lee C. (2004). *Preventing Bullying in Schools / A guide for teachers and other professionals*. Paul Chapman Publishing.
- Limber S, Small M. (2003). State law and policies to address bullying in schools. *School Psychology Review*, 32, 445-455.
- Olweus, D. (1989). Prevalence and Incidence in the Study of Antisocial Behavior: Definitions and Measurements. In: Klein, M.W. (eds) *Cross-National Research in Self-Reported Crime and Delinquency*. NATO ASI Series, vol 50. Springer, Dordrecht.
- Rigby K, Bagshaw D. (2003). Prospects of adolescent students collaborating with teachers in addressing issues of bullying and conflict in schools. *Educational Psychology*, 32, 535-546.
- Roland E. (1988). Bullying: The Scandinavian Research Tradition', in D.P. Tattum and D.A. Lane (eds) *Bullying in Schools*. Stoke-on-Trent: Trentham Books.
- Scheithauer H, Hayer T, Petermann F, Jugert G. (2006). Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: age trends, gender differences, and correlates. *Aggressive Behavior*. 32(3):261-275
- School Violence and Bullying: global status report. (2017). *International Symposium on School Violence and Bullying: From Evidence to Action*, Seoul, UNESCO. [4]
- Williams KR, Guerra NG (2007). Prevalence and Predictors of Internet Bullying. *Journal of Adolescent Health*. 41(6):S14-S21,



ემოციური დისრეგულაციის როლი კვებითი აშლილობების, სიმსუქნის და კვებითი ადიქციის განვითარებაში

მაგდა რუხაძე¹

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

აბსტრაქტი

სიმსუქნის გავრცელება ძირითადად გამოწვეულია კვებითი ადიქციით ანუ კვებითი დამოკიდებულებით. ემოციების რეგულირების სტრატეგიები მთავარ როლს ასრულებს კვებითი დამოკიდებულების გამომწვევი ფაქტორების შესწავლაში, ამ მხრივ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ინტერპერსონალურ გამოცდილებასთან დაკავშირებული უარყოფითი ემოციები (იმედგაცრუება, იმპულსურობა, მარტოობა და ა.შ.). კვლევები ადასტურებენ, რომ უარყოფითი ემოციები და არაადაპტური ემოციის რეგულირების სტრატეგიები ხელს უწყობს კვებითი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას. ჭარბი დოზით საკვების მიღება შეიძლება იყოს ამ ემოციური დისტრესის რეგულირების მცდელობა. ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს იმ ფაქტთან, რომ კვებითი დამოკიდებულების მქონე პირებს არ აქვთ ჯანსაღი და ეფექტური ემოციის რეგულირების სტრატეგიები და აქვთ ტენდენცია, რომ ჩაახშონ თავიანთი არასასურველი ემოციები, ნაცვლად იმისა, რომ ჰქონდეთ ჯანსაღი კონტროლი. გარდა ამისა, მათი არასასურველი ემოციების დარეგულირების მცდელობებმა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს სხვა არაჯანსაღი ქცევები, როგორცაა ნივთიერების ბოროტად გამოყენება და თვითდაზიანება. იმის გამო, რომ სიმსუქნე კვლავ რჩება გადაუჭრელ პრობლემად და წონის დაკლების ტრადიციული მეთოდები დიდწილად წარუმატებელია, მკვლევრებმა და მედიკოსებმა დაიწყეს საკვების, როგორც ნარკოტიკული პოტენციალის გათვალისწინება, რაც გულისხმობს ემოციურ დისრეგულაციას, სიმარტოვის განცდას, იმპულსურობასა და გაზრდილ ლტოლვას საკვების მიმართ. ამრიგად, კვებითი დამოკიდებულება აკმაყოფილებს ისეთ ნივთიერებისადმი დამოკიდებულების ფიზიოლოგიურ კრიტერიუმებს, როგორებიცაა სოციალური გაუფასურება და განმეორებითი გამოყენება უარყოფითი შედეგის მიუხედავად.

საკვანძო სიტყვები: კვებითი დამოკიდებულება, სიმსუქნე, კვებითი აშლილობა, ემოციური დისრეგულაცია, ფიზიოლოგიური კრიტერიუმები, ინტენსიური ლტოლვა, სიმარტოვის განცდა.

ციტირება: მაგდა რუხაძე. ემოციური დისრეგულაციისა და ფიზიოლოგიური კრიტერიუმების როლი კვებითი დამოკიდებულების პროგნოზირებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

The Role of Emotional Dysregulation in the Development of Eating Disorders, Obesity, and Food Addiction

Magda Rukhadze¹

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

Abstract

The prevalence of obesity epidemic is mainly caused by food addiction. The research paper discusses the literature based on model of food addiction and the Diagnostic and Statistical Manual for substance use disorders (DSM-5). Emotion Regulation Strategies play a key role in the study of the factors causing food addiction; in this regard, negative emotions related to interpersonal experiences (i.e., frustration, impulsivity, loneliness, etc.) are considered as significant. Individuals with food addiction tend to sneak in and suppress unwanted emotions, which in turn leads to psychopathological thoughts and symptoms. It should also be noted that experimental studies establish a causal relationship with the physiological criteria of substance addiction, such as social impairment and repeated use despite negative consequences. It indicates the drug potential for overdose of the above food, which implies intense craving.

Keywords: food addiction, emotional dysregulation, physiological criteria, intense craving, feeling of loneliness.

Citation: Magda Rukhadze. The Role of Emotional Dysregulation in the Development of Eating Disorders, Obesity, and Food Addiction. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

შესავალი

2003 წელს სიმსუქნე გლობალურ ეპიდემიად გამოცხადდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, ხოლო ჭარბი წონა და სიმსუქნე კვლავ გამოწვევად რჩება როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნებისთვის (WHO, 2003). 2016 წელს მოზრდილების 39% ჭარბი წონა აღნიშნებოდა, ხოლო 13%-ს სიმსუქნე. ჭარბი წონა და სიმსუქნე წარმოადგენს მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ტვირთს; 2025 წლისთვის დიდ ბრიტანეთში მთლიანი პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯები სავარაუდოდ 37.2 მილიარდ ფუნტს მიაღწევს (Butland, 2007). სიმსუქნეზე, როგორც სოციალურ ფენომენზე გავლენას ახდენს არა მარტო გარემო, არამედ ჰიპერგემურ, სასიამოვნო და „გამასუქებელ“ საკვებზე ხელმისაწვდომობა, რაც შემდგომში იწვევს დამოკიდებულებას (Schulte et al., 2015).

ზოგადად საკვებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ცხოვრებაში. დიეტა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ცხოვრების ხარისხის ამაღლებაში, ადამიანების ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. დიეტის ხარისხის გაუმჯობესება დადებითად აისახება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ხოლო დიეტის ხარისხის შემცირება იწვევს ფსიქოლოგიური ფუნქციონირების შემცირებას (Jacka et al., 2011). თუ რეგულარული კვების ჩვევები სერიოზულად არ არის მიღებული, შეიძლება გამოვლინდეს ფსიქოლოგიური ან ფიზიოლოგიური პრობლემები, როგორც კვებითი დარღვევები და/ან დამოკიდებულება. ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია, კვებით დამოკიდებულებას ნივთიერებაზე დამოკიდებულებას უკავშირებს (American Psychiatric Association, 2013). იმისათვის, რომ კლინიკურად დიაგნოზირებული იყოს ნივთიერების დამოკიდებულება, თერთმეტი კრიტერიუმიდან სამ ან მეტს უნდა აკმაყოფილებდეს დეპრესიასა და დისტრესთან ერთად, რაც ვლინდება ნებისმიერ დროს 12 თვის განმავლობაში. ამგვარი დამოკიდებულების კრიტერიუმებია: ტოლერანტობა; ნივთიერების მიღება უფრო დიდი რაოდენობით ან უფრო ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, ვიდრე იყო განკუთვნილი; განსაკუთრებული ლტოლვა საკვების მიმართ ანუ ე.წ. „ქრევიინგი“; წარუმატებელი მცდელობები ნივთიერების გამოყენების

შესამცირებლად; ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური პრობლემების მიუხედავად ნივთიერების გამოყენების გაგრძელება.

ტერმინი კვებითი დამოკიდებულება პირველად შემოიღო რანდოლფმა 1956 წელს, თუმცა ამ კონცეფციის შესახებ სამეცნიერო პუბლიკაციები 2009 წლამდე არ შექმნილა (Meule & Gearhardt, 2014). მიუხედავად იმისა, რომ ამ ტერმინმა გამოიწვია აზრთა სხვადასხვაობა სამეცნიერო საზოგადოებაში, ათწლეულების განმავლობაში იზრდება კვებითი დამოკიდებულების აქტუალობა. კვებითი დამოკიდებულების ჰიპოთეზის მიხედვით, ადამიანი შეიძლება იყოს დამოკიდებული გარკვეული ტიპის საკვებზე, რომელიც მდიდარია შაქრით, მარილით, ცხიმით და ადამიანი აჩვენებს დამოკიდებულების მსგავს სიმპტომებს ზოგიერთი საკვების მიმართ (Corsica & Pelchat, 2010). როგორც კვებითი, ასევე ნივთიერებაზე დამოკიდებულება ააქტიურებს ტვინის მსგავს უჯრედებს და ნეირონებს (Smith & Robins, 2013). საკვების გადაჭარბებულმა მოხმარებამ შეიძლება გაააქტიუროს ნერვული ადაპტაცია და ინდივიდს მიაწოდოს ისეთივე სიამოვნება, როგორც ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მიღების დროს (Kim, 2014).

2009 წელს გერჰარტის, კორბინისა და ბრაუელის მიერ შეიქმნა იელის კვებითი დამოკიდებულების სკალა (YFAS). მათ აინტერესებდათ, შეიძლებოდა თუ არა ნივთიერების დამოკიდებულების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების გამოყენება კვებითი დამოკიდებულების კვლევისთვის. დევისმა და მისმა კოლეგებმა (2011) YFAS სკალის გამოყენებით ჩატარეს კვლევა ჭარბის წონის მქონე 25-დან 45 წლამდე ადამიანებთან. შედეგებმა აჩვენა, რომ მათ, ვინც საკვებზე იყო დამოკიდებული, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით უფრო მაღალი ქულა მიიღეს, იმპულსურობის, საკვების მიმართ განსაკუთრებული ლტოლვის (ქრეივინგის) მხრივ.

იმპულსურობა მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომელმაც სამეცნიერო საზოგადოებაში დიდი ყურადღება მიიპყრო სხვა ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან კავშირის გამო. იმპულსურობა გულისხმობს საპასუხო რეგირებაზე უარის თქმას უარყოფითი შედეგების მიუხედავად (Bakhshani, 2014).

განიხილავენ იმპულსურობის შემდეგ განზომილებებს (Barrat, 1994):

- მოტორიკული, როგორცაა ღრმა აზროვნების გარეშე მოქმედება;
- კოგნიტური, მაგალითად, ნაჩქარევი გადაწყვეტილებების მიღება.

ამრიგად, იმპულსურობა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც მოქმედება ღრმა აზროვნების და დაგეგმვის გარეშე, რაც ნიშნავს შესაძლო უსიამოვნო შედეგების უგულებელყოფას მყისიერი სასიამოვნო შედეგის მიღწევისთვის.

არსებობს უამრავი მტკიცებულება იმპულსურობისა და დამოკიდებულებას შორის კავშირზე. კვლევის თანახმად მაღალი იმპულსურობა პროგნოზირებს ისეთი დამოკიდებულების მსგავსი ქცევების არსებობას, როგორცაა საკვების გადაჭარბებული მიღება და კომპულსიური ჭამისკენ მიდრეკილება (Velazquez-Sanchez, 2014). მუელეს, ზვანისა და მიულერის (Muele et al., 2017) კვლევის მიხედვით, რომელიც ჩატარდა 132 ჭარბი წონის მქონე პაციენტთან, რომლებსაც გაუკეთდა ბარიატრიული ანუ კუჭის რეზექციის ოპერაცია, აღმოჩნდა, რომ ნახევარზე მეტი (63%) აკმაყოფილებდა კვების დამოკიდებულების კრიტერიუმებს და ავლენდა იმპულსურობის მაღალ დონეს.

181 მონაწილეზე ჩატარებული კვლევის თანახმად (32% იყო ჭარბი წონის მქონე) საკვები დამოკიდებულება ზრდის სხეულის წონას და სიმსუქნის რისკს, ამასთან ქალებს უფრო მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდათ საკვებზე დამოკიდებულების მხრივ მამაკაცებთან შედარებით (Vander-Broek-Stice et al., 2017). გარდა ამისა, დადგინდა კავშირი იმპულსურობასა და რეციდივის მაჩვენებელს შორის, შესაბამისად რაც უფრო მაღალია იმპულსურობის მაჩვენებელი, მით უფრო სავარაუდოა, რომ ადამიანმა განმეორდებით მოიხმაროს კონკრეტულ ნივთიერება. მარტინესის მიხედვით, "იმპულსურობა პროგნოზირებს ნივთიერებების მოხმარების დაჩქარებას და ხელს უწყობს რეციდივს" (Martinez, 2014).

კიდევ ერთი ფაქტორი, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს კავშირი საკვებზე დამოკიდებულებასთან, მარტოობაა. Cacioppo et al. (2015) განსაზღვრავს მარტოობას, როგორც

"განსხვავება ადამიანის იდეალურ სოციალურ ურთიერთობებსა და რეალურ სოციალურ ურთიერთობებს შორის, იწვევს მარტოობის და იზოლირებულობის განცდას". მარტოობას ორი განზომილება აქვს, კერძო ემოციური მარტოობა და სოციალური მარტოობა. ახლო ადამიანებთან ურთიერთობის ნაკლებობის გრძნობას, როგორცაა მშობლები, მეუღლე ან შვილები, ემოციური მარტოობა ეწოდება, ხოლო მეგობრებთან და მეზობლებთან ურთიერთობის ნაკლებობის გრძნობას სოციალურ მარტოობას უწოდებენ (Ayhan & Simsek, 2012). ვიქტორმა და იანგმა (Victor & Yang, 2012) ჩაატარეს კვლევა, რათა დაედგინათ დიდ ბრიტანეთში მარტოობის გავრცელება და მარტოობასა და ზოგიერთ რისკ-ფაქტორს შორის ურთიერთობა. შედეგებმა აჩვენა, რომ 25 წელზე უმცროსი და 65 წელზე უფროსი ადამიანები რისკ-ჯგუფები არიან, ხოლო ქალები თავს უფრო მარტოსულად გრძნობენ, ვიდრე მამაკაცები.

კვლევები ასევე ადასტურებს მარტოობასა და კვების ჩვევებს შორის კორელაციას. მაგალითად, ლევინი აღნიშნავდა, რომ "მარტოობა პირდაპირ აისახება ჭარბ კვებაზე და იწვევს სიმსუქნეს" (Levin, 2014). როგორც აღვნიშნეთ, მარტოობა განსხვავდება სოციალური იზოლაციისგან, რაც სინამდვილეში შეიძლება უფრო საშიში იყოს, ვიდრე ეს უკანასკნელი. ვინჩის თანახმად, "ადამიანები, რომლებიც თავს მარტოსულად გრძნობენ, უფრო დეპრესიული სიმპტომები აღნიშნებან, ვიდრე სოციალურად იზოლირებულ ადამიანებს, შესაბამისად რაც უფრო მეტად არის ინდივიდი დეპრესიაში, მით უფრო მეტი შანსია, რომ საკვებზე იყოს დამოკიდებული (Winch, 2016). Şanlıer, Türközü და Toka (2016) მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, რომელიც მიზნად ისახავდა სხეულის ხატს, დეპრესიასა და კვებითი დამოკიდებულებას შორის კავშირის პოვნას, აღმოჩნდა, რომ დადებითი კორელაციაა როგორც კვებით დამოკიდებულებასა და დეპრესიას შორის, ასევე კვებით დამოკიდებულებასა და სხეულის მასის ინდექსს შორის. გარდა ამისა, მარტოობა, დაღლილობა და სირცხვილის გრძნობა იწვევს კვებითი ქცევის დარღვევას (Zeeck et al., 2010). ერთი კვლევის მიხედვით, რომლის მიზანს შეადგენდა მარტოობის როგორც მედიატორის როლის დადგენა ემოციურ დისრეგულაციასა და ბულიმიას შორის, მონაწილეობა მიიღო 107 ბულიმიით დაავადებულმა ქალმა. ემოციური დისრეგულაციის გასაზომად გამოყენებული იყო UCLA მარტოობის სკალა. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ მარტოობა უფრო მეტად ახდენს გავლენას ბულიმიაზე, ვიდრე ემოციური დისრეგულაცია; შესაბამისად, არსებობს პოზიტიური კორელაცია მარტოობასა და არაჯანსაღ კვების ჩვევებს შორის, შედეგად მარტოობის ზრდასთან ერთად, იზრდება არაჯანსაღი კვებითი ჩვევების მაჩვენებელი (Southward et al., 2014).

ჯარემკა და კოლეგები (Jaremka et al., 2015) იკვლევდნენ მარტოობასა და შიმშილს შორის ურთიერთობას. კვლევამ აჩვენა, რომ ქალებს, რომლებსაც მარტოობის მაღალი ქულა ჰქონდათ, უფრო მაღალი იყო პოსტპრანდიული გრელინის მაჩვენებელი (მაღლის რეგულირების მნიშვნელოვანი ჰორმონი), ასევე მეტად განიცდიდნენ შიმშილის გრძნობას იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც მარტოობის დაბალი ქულა ჰქონდათ. აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ მარტოობამ შეიძლება გამოიწვიოს წონის მომატება და წონასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები. როტენბერგის კვლევამ აჩვენა, რომ ჭარბი წონის მქონე ახალგაზრდებს აღენიშნებათ დაბალი ემოციური ნდობა და სიმარტოვის განცდა, რის გამოც სიმარტოვე შეგვიძლია მივიჩნიოთ კვებითი დამოკიდებულების ერთ-ერთ მთავარ პრედიქტორად (Rotenberg, 2017).

კვებითი დამოკიდებულების ერთ-ერთი მთავარი სიმპტომია დიდი რაოდენობით საკვების მიღება შეზღუდული პერიოდის განმავლობაში, რასაც თან სდევს კონტროლის დაკარგვის შეგრძნება (Dingemans et al., 2022). ფსიქიკური აშლილობის უახლესი დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს DSM-5 კრიტერიუმების გათვალისწინებით გადაჭარბებული კვება და უარყოფითი ემოციები ერთმანეთთან არის კავშირში, რაც მოითხოვს "განსაზღვრული დისტრესის არსებობას კვებასთან დაკავშირებით", რითაც დგინდება კვებით დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული დიაგნოზი.

ნაშრომი მიზნად ისახავს ემოციებსა და გადაჭარბებულ კვებას შორის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენას, ასევე ამ ურთიერთობის შესახებ ექსპერიმენტული კვლევებით მიღებული მტკიცებულებების განხილვას.

მეთოდოლოგია

სტატიაში განხილული კვლევების მოძიება განხორციელდა რამდენიმე სანდო ელექტრონული მონაცემთა ბაზის გამოყენებით (Science Direct, Google Scholar, DOAJ, PubMed). გამოქვეყნებული ნაშრომების მოძიების მიზნით გამოყენებულ იქნა შემდეგი საკვანძო სიტყვები: “კვებითი დამოკიდებულება”, “კვებითი აშლილობა“, „სიმსუქნე“ „ემოციური დისრეგულაცია“, „ინტენსიური ლტოლვა“, და „სიმარტოვის განცდა“ სხვადასხვა კომბინაციებში. სტატიების ნაწილი გამოირიცხა რადგან ხელმისაწვდომი არ იყო ინგლისურ ენაზე, ასევე გამოირიცხა ის პუბლიკაციები, რომლებიც არ იყო მისაწვდომი სრული სახით ან მათი შინაარსი არ შეესაბამებოდა მიმოხილვის მიზანს.

ემოციური რეგულაციის სტრატეგიები და ემპირიული მტკიცებულებები კვებითი დამოკიდებულების შესასწავლად

ემოციის რეგულირება არის ტერმინი, რომელიც ზოგადად გამოიყენება ადამიანის უნარის აღსაწერად რეაგირება მოახდინოს ყოველდღიურ მოვლენებზე და ეხება იმ პროცესებს, რომლითაც გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორი ემოციები გვაქვს, როდის გვაქვს და როგორ და როგორ გამოვხატავთ მათ (Gross, 2002). ადამიანები ქვეცნობიერად იყენებენ ემოციის რეგულირების სტრატეგიებს, რათა გაუმკლავდნენ რთულ სიტუაციებს მთელი დღის განმავლობაში. ბევრი მკვლევარი ვარაუდობს, რომ ინდივიდები ჭარბი დოზით იღებენ საკვებს, როგორც უარყოფითი ემოციების რეგულირების საშუალებას (Harrison, 2010). მკვლევართა ვარაუდით, ჭარბი დოზით კვებამ შეიძლება დროებით გააუმჯობესოს განწყობა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, პრობლემა სულაც არ არის დაკავშირებული უარყოფითი ემოციების გამოცდილებასთან, არამედ მათი ადაპტური სტრატეგიების ნაკლებობასთან უარყოფითი გავლენის რეგულირებისთვის (Evers et al., 2010).

მიუხედავად იმისა, რომ ემოციის რეგულირების სტრატეგიების რაოდენობა პოტენციურად უსაზღვროა (Gross, 2002), ადაპტური სტრატეგიები მოიცავენ შეფასებას, პრობლემის გადაჭრას, პრევენციას (Aldao et al., 2010). პროტოტიპული ადაპტური ემოციის რეგულირების სტრატეგია (Danner et al., 2014), გულისხმობს სტრესულ სიტუაციაზე პოზიტიური ინტერპრეტაციების ან პერსპექტივების გენერირებას, როგორც მისი ემოციური ზემოქმედების შემცირების საშუალებას. კიდევ ერთი ადაპტური სტრატეგია არის პრობლემის გადაჭრა, რაც გულისხმობს სტრესული სიტუაციის შეცვლის შეგნებულ მცდელობებს ან მისი შედეგების შეკავებას (Aldao et al., 2010).

არაადაპტური ემოციის რეგულირების სტრატეგიის ერთ-ერთი მაგალითია ჩახშობა, რომელიც ითვლება რეაგირებაზე ორიენტირებულ სტრატეგიად და მას ხშირად იყენებენ კვების დარღვევების მქონე ადამიანები, თუმცა ეს სტრატეგია იწვევს უფრო მეტ ფიზიოლოგიურ აღზნებას და არ არის ეფექტური ემოციების შემცირებაში. რამდენიმე კვლევამ აჩვენა, რომ ადამიანები ხშირად ვერ ახერხებენ უარყოფითი ემოციის ჩახშობას. საბოლოოდ, ჩახშობა, როგორც ჩანს, საპირისპირო გავლენას ახდენს და მხოლოდ დროებით თრგუნავს ემოციებს. ქრონიკულმა ჩახშობამ შეიძლება გამოიწვიოს უფრო მეტი ფსიქოპათოლოგიური აზრები და სიმპტომები (Wenzlaff, 2010).

ემოციის რეგულირების სტრატეგიებმა შეიძლება გავლენა იქონიოს არა მხოლოდ კვებით დამოკიდებულებაზე, არამედ სხვა ქცევებზეც. მაგალითად, ნივთიერების ზედმეტი გამოყენება და იმპულსური კონტროლის პრობლემები ხშირად დამახასიათებელია კვებითი დამოკიდებულების მქონე ადამიანებისთვის (Hudson et al., 2007). ასევე, თვითდაზიანება ხშირად ასოცირდება იმპულსურობასთან და ნივთიერების გამოყენებასთან და დამახასიათებელია კვებითი დამოკიდებულების მქონე პირებისთვის. ემოციის რეგულირების სირთულეები მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ფსიქოპათოლოგიის სხვა ფორმებშიც. მიუხედავად იმისა, რომ კვებითი დამოკიდებულების მქონე პირები იყენებენ უფრო მავნე ემოციის რეგულირების სტრატეგიებს, ვიდრე ჯანსაღ კონტროლს, მხოლოდ მცირედი განსხვავებები გამოვლენილი კვების დარღვევის ქვეტაპებს შორის (Svaldi et al., 2012).

კვებითი დარღვევების დროს ემოციები ხშირად არასათანადოდ რეგულირდება, შესაბამისად ინდივიდები ხშირად მიმართავენ საკვებს, რომ თავი დააღწიონ ან დაარეგულირონ თავიანთი ემოციები (Aldao et al., 2002). მაგალითად, ფეარბარნი და კოლეგები ტრანსნდიაგნოსტიკურ მოდელში ვარაუდობენ, რომ განწყობის შეუწყნარებლობა, რომელიც მოიხსენიება, როგორც ემოციურ მდგომარეობასთან სათანადო გამკლავების შეუძლებლობა, შეინიშნება კვების ყველა დარღვევაში. ეს შეუწყნარებლობა შეიძლება ეხებოდეს განწყობის ყველა ინტენსიურ მდგომარეობას, მათ შორის პოზიტიურ მდგომარეობას (მაგ. მღელვარება) და უფრო გავრცელებულ უარყოფითს (მაგ., დეპრესია, შფოთვა, მარტოობის განცდა) (Fairburn, 2003).

მოდელი, რომელიც უფრო კონკრეტულად ფოკუსირებულია ჭარბ კვებაზე, არის გავლენის რეგულირების მოდელი, რომლის მიხედვით, გადაჭარბებული კვების ეპიზოდები შეიძლება განიხილებოდეს ინდივიდის ძალისხმევის შედეგად, რომ ყურადღება მიაქციოს ემოციურ დისტრესს და ნაკლებად ფოკუსირდეს უშუალოდ გარემოზე ანუ საკვებზე. კვლევებმა აჩვენა, რომ კვებით დამოკიდებულებას წინ უძღვის უარყოფითი ემოციების გამოცდილება, რაც დამატებით მტკიცებულებებს იძლევა იმის შესახებ, რომ მაგალითად მარტოობის განცდა არის ე.წ. „ტრიგერი“ ისეთი დაავადების განვითარებისთვის, როგორცია ბულიმია (Polivy, 1993).

რამდენადაც ვიცით, მხოლოდ რამდენიმე კვლევამ გამოიკვლია კავშირი ემოციის რეგულირების სტრატეგიებსა და ზედმეტ კვებას შორის. სვალდიმ და მისმა კოლეგებმა დაავალეს 27 კვებით დამოკიდებულების მქონე და 25 ჯანსაღ ქალს, ემოციური კლიპების ყურებისას გაეკეთებინათ შემდეგი:

- ჯერ მხოლოდ ეყურებინათ კლიპისთვის;
- თან ეყურებინათ კლიპისთვის და თან დაეხმოთ ემოციები;
- კლიპის ყურების შემდგომ შეეფასებინათ თავიანთი ემოცია.

როგორც აღმოჩნდა, უარყოფითი ემოციების ჩახშობამ, გამოიწვია კვებითი დარღვევების მქონე ქალებში უფრო დიდი სურვილი კალორიული საკვების მიღების, ჯანმრთელ ქალებთან შედარებით. ამრიგად, კიდევ ერთხელ დამტკიცდა, რომ ემოციების ჩახშობა ხელს უწყობს კვებით დამოკიდებულებას (Svaldi et al., 2012).

ინტენსიური ლტოლვა და ინტერაქციის უკმარისობა

ბურგერისა და სტაისის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ დაადგინა კავშირი ჯილდოსადმი მაღალ მგრძნობელობასთან. მათი ვარაუდით, ჯილდოსადმი მაღალმა მგრძნობელობამ შეიძლება თავდაპირველად გამოიწვიოს ინდივიდების მიერ სიამოვნებისმომგვრელი საკვების მოხმარება, მაგრამ ეს მგრძნობელობა დროთა განმავლობაში იცვლება, რადგან ტვინის „ჯილდოს სისტემა“ ადაპტირდება და ჰედონურ მისწრაფებას იწვევს. აქედან გამომდინარე, ჩნდება მანკიერი ციკლი, რომელშიც ინდივიდი ინტენსიური ლტოლვის გამოცდილებას იძენს. იგი არის ნივთიერებისადმი დამოკიდებულების კიდევ ერთი სიმპტომი, რომელიც ადვილად შეიძლება გამოყენებულ იქნას კვებითი დამოკიდებულების ასახსნელად (Burger & Stice, 2011).

ტერმინი "ინტენსიური ლტოლვა", როგორც წესი, ეხება კონკრეტული საკვების მოხმარების ინტენსიურ სურვილს. როგორც ჩანს, საკვების ლტოლვა დამახასიათებელია ახალგაზრდა ქალების 90%-ის და ახალგაზრდა მამაკაცების 70%-სთვის, მეტიც, ისინი განიცდიან აღნიშნულს მინიმუმ ერთ საკვების მიმართ მაინც. ყველაზე ხშირად დაფიქსირებული საკვები არის შოკოლადი, თუმცა ნახშირწყლებისა და მარილიანი საკვების მიმართ ლტოლვა ასევე ხშირია. ინტენსიური ლტოლვა ზეგავლენას ახდენს სხეულის მასის ინდექსის გაზრდაზე. გარდა ამისა, ნარკოტიკებისა და თამბაქოს მსგავსად, ამ შემთხვევაშიც მაღალია რეციდივის რისკი (Lopez et al., 2014).

კვებითი დამოკიდებულება და სიმსუქნე ასოცირდება არასათანადო სოციალურ ფუნქციონირებასთან, განსაკუთრებით, ბავშვებში და მოზარდებში. ჭარბი წონის მქონე ბავშვებში ეს შეიძლება ნაწილობრივ განპირობებული იყოს მათი წონის შედეგად გამოწვეული ვიქტიმიზაციითა და ბულინგით. ჰაიდენ-ვეიდმა და მისმა კოლეგებმა დაადგინეს, რომ ჭარბი

წონის მქონე ბავშვების მიერ გამოცდილი ბულინგი იყო დაკავშირებული მარტობასთან, იზოლაციასა და სოციალური აქტივობების ნაკლებობასთან. ეს აძლიერებს მანკიერ ციკლს, რადგან ეს გარემოებები, სავარაუდოდ, ხელს უწყობს შემდგომი ჭარბი კვებას რაც, თავის მხრივ, იწვევს წონის მომატებას და შემდგომში თანატოლების მხრიდან კიდევ უფრო მეტ ბულინგს (Haider-Wade et al., 2005).

წონის სტიგმატიზაციამ ასევე შეიძლება გავლენა მოახდინოს ინტერპერსონალურ და რომანტიკულ ურთიერთობებზე ზრდასრულ ასაკში. კვლევები ადასტურებენ, რომ პარტნიორის შესახებ სექსუალური არჩევანის გაკეთებისას, როგორც მამრობითი, ისე მდედრობითი სქესის კოლეჯის სტუდენტებს ყველაზე ნაკლებად მოსწონთ ჭარბი წონის მქონე ადამიანები. სოციალური დარღვევები დაკავშირებულია თვითშეფასებასთან, სექსუალურ ცხოვრებასთან, საზოგადოებრივ დისტრესთან და სამუშაოსთან (Blomquist, 2012).

მავნე საკვების მიღება უარყოფითი შედეგების მიუხედავად

სიმსუქნე ხელს უწყობს თანმხლები დაავადებების განვითარებას. ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ეფექტები მოიცავს დეპრესიის, დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და კიბოს მომატებულ რისკს. მედიის და მედიკოსების გაფრთხილებებით, სამართლიანია ვივარაუდოთ, რომ ჭარბი წონისა მქონე ადამიანების უმეტესობამ იცის მათი ქცევის უარყოფითი შედეგების შესახებ. პაციენტების უმეტესობა, ვისაც წონის დაკლების მიზნით მკურნალობა ჩაუტარდა, ხშირად ვეღარ განაგრძობს კვებას ამგვარი ჩარევის შემდეგ. ზედმეტი კვება დამახასიათებელია იმ პაციენტებისთვისაც, რომლებსაც ჩაუტარდათ ბარიატრიული ოპერაცია, მეტიც, ისინი ფიქრობენ რომ ოპერაციის შემდეგ აღარ მოიმატებენ წონაში და კვლავ განაგრძობენ მავნე საკვების მიღებას (Toussi, 2009). აქედან გამომდინარე, არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება, რომელიც მხარს უჭერს ზედმეტი კვების გაგრძელებას უარყოფითი შედეგების მიუხედავად.

ფიზიოლოგიური კრიტერიუმები

ნივთიერების მიმართ ტოლერანტობა მაშინ ვლინდება, როდესაც ნივთიერების დოზა იზრდება და მის გამოყენებას განმეორებითი ხასიათი აქვს. ეს ეფექტი, როგორც წესი, იწვევს ესკალაციას, რადგან ინდივიდი ზრდის მათ დოზას, რათა ხელახლა შეიქმნას ორიგინალური გამოცდილება. არსებობს გარკვეული მტკიცებულება ცხოველებში შაქრის შემცველი პროდუქტების მიმართ დამოკიდებულების მხრივ. ვირთხებზე ჩატარებული ექსპერიმენტის მიხედვით, იმდენად დიდი იყო მათი შაქარზე მიჯაჭვულობა, რომ აღნიშნებოდათ ნარკოტიკის მიღების მსგავსი ნეიროქიმიური ცვლილებები. ადამიანებში შაქრისადმი ტოლერანტობა დაბადებიდანვე ვლინდება. საქაროზის, როგორც ტკივილგამაყუჩებლის ეფექტურობა ჩვილებში, 18 თვის შემდეგ მცირდება, რადგან შაქრის მოხმარება იზრდება. სტატისტიკა მიუთითებს, რომ სასიამოვნო საკვების მოხმარებასა და პორციის ზომაზე გაზრდილი მოთხოვნილება იძლევა არაპირდაპირ მტკიცებულებას მაღალი რაოდენობის ცხიმის / შაქრის მქონე საკვების მიმართ ტოლერანტობაზე. მაგალითად, პრეტლოუმ დაადგინა, რომ ჭარბი წონის მქონე გამოკითხულთა 77%-მა აღნიშნა, რომ ახლა უფრო მეტს მიირთმევენ, ვიდრე მაშინ, როდესაც წონა თავდაპირველად მოიმატეს (Pretlow, 2011). გარდა ამისა, კითხვაზე, თუ რატომ სჯეროდათ, რომ ისინი უფრო მეტს მიირთმევენ, 15%-მა აღნიშნა, რომ მათ ნაკლები ლტოლვა ჰქონდათ საკვების მიმართ. Hetherington et al. ასევე დაადგინა, რომ როდესაც მონაწილეებს სამი კვირის განმავლობაში შოკოლადით უზრუნველყოფდნენ, მათ დროთა განმავლობაში გაზარდეს მისი მოხმარება და მეტად მიჯაჭვულები გახდნენ მასზე (Berridge, 2010).

აღკვეთის სინდრომი არის ნივთიერების ბოროტად გამოყენების ფიზიოლოგიური კრიტერიუმი და განისაზღვრება ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური სიმპტომების არსებობით ნივთიერების ჩამორთმევის საპასუხოდ, ან ნივთიერების გამოყენება ამ სიმპტომების შესამსუბუქებლად. აღკვეთის როლი ჩანს შაქრის დამოკიდებულების ზემოხსენებულ

მოდელებში. შაქრის ჩამორთმევის პირობებში, ეს ცხოველები აჩვენებდნენ ალკეითის სინდრომის სიმპტომებს, რომლებიც ვლინდება მორფინისა და ნიკოტინის გამოყენების დროს, მათ შორის, გაზრდილი აგრესია, შფოთვა, კრუნჩხვა, დელირიუმი, დეპრესია. კვებით დამოკიდებულების შემთხვევაშიც ვლინდება მსგავსი სიმპტომები, რასაც თან სდევს უკონტროლო ლტოლვა საკვების მიმართ (Avena, 2008). უკონტროლო კვება, ასევე გამოიყენება როგორც მექანიზმი ემოციური მდგომარეობის დასაძლევად. მაგალითად, ადამიანები გადაჭარბებული რაოდენობით მიირთმევენ საკვებს, რათა გაუმკლავდნენ უარყოფით ემოციებს, მოიხნან შფოთვა და დაღლილობა ან განიქარვონ სევდა (Cassin, 2007).

დასკვნა

კვლევები ადასტურებენ, რომ უარყოფითი ემოციები და არაადაპტური ემოციის რეგულირების სტრატეგიები ხელს უწყობს კვებითი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას. ჭარბი დოზით საკვების მიღება შეიძლება იყოს ამ ემოციური დისტრესის რეგულირების მცდელობა. ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს იმ ფაქტთან, რომ კვებითი დამოკიდებულების მქონე პირებს არ აქვთ ჯანსაღი და ეფექტური ემოციის რეგულირების სტრატეგიები და აქვთ ტენდენცია, რომ ჩაახშონ თავიანთი არასასურველი ემოციები, ნაცვლად იმისა, რომ ჰქონდეთ ჯანსაღი კონტროლი. გარდა ამისა, მათი არასასურველი ემოციების დარეგულირების მცდელობებმა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს სხვა არაჯანსაღი ქცევები, როგორცაა ნივთიერების ბოროტად გამოყენება და თვითდაზიანება.

იმის გამო, რომ სიმსუქნე კვლავ რჩება გადაუჭრელ პრობლემად და წონის დაკლების ტრადიციული მეთოდები დიდწილად წარუმატებელია, მკვლევრებმა და მედიკოსებმა დაიწყეს საკვების, როგორც ნარკოტიკული პოტენციალის გათვალისწინება, რაც გულისხმობს ემოციურ დისრეგულაციას, სიმარტოვის განცდას, იმპულსურობასა და გაზრდილ ლტოლვას საკვების მიმართ. ამრიგად, კვებითი დამოკიდებულება აკმაყოფილებს ისეთ ნივთიერებისადმი დამოკიდებულების ფიზიოლოგიურ კრიტერიუმებს, როგორებიცაა სოციალური გაუფასურება და განმეორებითი გამოყენება უარყოფითი შედეგის მიუხედავად.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Aldao, A.; Nolen-Hoeksema, S.; Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 217–237.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Avena, N.M.; Bocarsly, M.E.; Rada, P.; Kim, A.; Hoebel, B.G. (2008). After daily bingeing on a sucrose solution, food deprivation induces anxiety and accumbens dopamine/acetylcholine imbalance. *Physiol. Behav.* 94, 309–315.
4. Ayhan, A. B., & Simsek, S. (2012). Turkish adolescents' loneliness. *Psychological Reports*, 110(2), 694-699. <https://doi.org/10.2466/02.10.17.PR0.110.2.694-699>
5. Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (61–79). Chicago, IL: University of Chicago Press.
6. Bakhshani, N. M. (2014). Impulsivity: a predisposition toward risky behaviors. *Internal Journal of high risk behaviors and addiction*, 3(2). <https://doi.org/10.5812/ijhrba.20428>.
7. Berridge, K.C.; Ho, C.-Y.; Richard, J.M. (2010). DiFeliceantonio, A.G. The tempted brain eats: Pleasure and desire circuits in obesity and eating disorders. *Brain Res.* 43–64.
8. Blomquist, K.K.; Ansell, E.B.; White, M.A.; Masheb, R.M. (2012). Interpersonal problems and developmental trajectories of binge eating disorder. *Compr. Psychiatr.* 53, 1088–1095.
9. Burger, K.S.; Stice, E. (2011). Variability in reward responsivity and obesity: Evidence from brain imaging studies. *Curr. Drug Abus. Rev.* 4, 182–189.

10. Butland, B.; Jebb, S.; Kopelman, P.; McPherson, K.; Thomas, S.; Mardell, J.; Parry, V. (2007). *Tackling Obesities: Future Choices—Project Report*, 2nd ed.; Foresight Programme of the Government Office for Science: London, UK.
11. Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cole, S. W., Capitanio, J. P., Goossens, L., & Boomsma, D. I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspective Psychology Science*, 10(2), 202-212. <https://doi.org/10.1177/1745691614564876>
12. Cassin, S.E.; Von Ranson, K.M. (2007). Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite* 49, 687–690.
13. Corsica, J. A., & Pelchat, M. L. (2010). Food addiction: true or false? *Current Opinion in Gastroenterology*, 26, 165–169. <https://doi.org/10.1097/MOG.0b013e328336528d>
14. Danner, U.N.; Sternheim, L.; Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Res.* 215, 727–732.
15. Davis, C., Zai, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J. C., Reid-Westoby, C., Curtis, C., Wight, K. & Kennedy, J. K. (2011). Opiates, overeating and obesity: a psychogenetic analysis. *International Journal of Obesity*, 35, 1347–1354. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.276>
16. Dingemans, A.E.; Bruna, M.J.; van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: A review. *Int. J. Obes.* 299–307.
17. Evers, C.; Marijn, S.F.; de Ridder, D.T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 792–804.
18. Fairburn, C.G.; Cooper, Z.; Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A ‘transdiagnostic’ theory and treatment. *Behav. Res. Ther.* 41, 509–528.
19. Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 281–291.
20. Harrison, A.; Sullivan, S.; Tchanturia, K.; Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol. Bull.*
21. Hayden-Wade, H.A.; Stein, R.I.; Ghaderi, A.; Saelens, B.E.; Zabinski, M.F.; Wilfley, (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obes. Res.* 13, 1381–1392.
22. Hudson, J.I.; Hiripi, E.; Pope, H.G.; Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol. Psychiatry.* 61, 348–358.
23. Jacka, F. N., Kremer, P. J., Berk, M., Silva-Sanigorski, A. M., Moodie, M., Leslie, E. R., Pasco, J. A., & Swinburn, B. A. (2011). A prospective study of diet quality and mental health in adolescents. *PLOS*, 6(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024805>
24. Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Peng, J., Belury, M. A., Andridge, R. R., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2015). Loneliness predicts postprandial ghrelin and hunger in women. *Hormones and Behavior*, 70, 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.01.011>
25. Kim, Y. T. (2014). Food addiction. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1). <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu052.135>
26. Levine, M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *J Psychol*, 146(1-2), 243-57. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
27. Lopez, R.B.; Hofmann, W.; Wagner, D.D.; Kelley, W.M.; Heatherton, T.F. (2014). Neural predictors of giving in to temptation in daily life. *Psychol. Sci.* 25, 1337–1344.
28. Martinez, D. (2014). Imaging addiction: D2 receptors and dopamine signaling in the striatum as biomarkers for impulsivity. *Neuropharmacology*, 76, 498-509. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.06.031>

29. Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Food addiction in the light of DSM-5. *Nutrients*, 6, 3653-3671. <https://doi.org/10.3390/nu6093653>
30. Polivy, J., (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*; The Guilford Press: New York, NY, USA; 173–205.
31. Pretlow, R.A. (2011). Addiction to highly pleasurable food as a cause of the childhood obesity epidemic: A qualitative internet study. *Eat. Disord.* 19, 295–307.
32. Rotenberg, K. J., Bharati, C., Davies, H., & Finch, T. (2017). Obesity and social withdrawal syndrome. *Eating Behavior*, 26, 167-170. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.006>
33. Şanlıer, N., Türközü, D. & Toka, O. (2016). Body image, food addiction, depression, and body mass index in university students. *Ecol Food Nutr*, 55(6), 491-507. <https://doi.org/10.1080/03670244.2016.1219951>
34. Schulte, E.M.; Avena, N.M. (2015). Gearhardt, A.N. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load.
35. Southward, M. W., Christensen, K. A., Fettich, K. C., Weissman, J., Berona, J. & Chen, E. Y. (2014). Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/binge eating disorder psychopathology in a clinical sample. *Eat Weight Disord*, 4, 509-513. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0083-2>
36. Smith, D. G., & Robbins, T. W. (2013). The neurobiological underpinnings of obesity and binge eating: a rationale for adopting the food addiction model. *Ciological Psychiatry*, 73(9), 804-810. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.026>
37. Svaldi, J.; Griepstroh, J.; Tuschen-Caffier, B.; Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res.* 197, 103–111.
38. Toussi, R.; Fujioka, K.; Coleman, K.J. (2009). Pre- and postsurgery behavioral compliance, patient health, and postbariatric surgical weight loss. *Obesity* 17, 996–1002.
39. Vander-Broek-Stice, L., Stojek, M. K., Beach, S. R. H., vanDellen, M. R., & MacKillop, J. (2017). Multidimensional assessment of impulsivity in relation to obesity and food addiction. *Appetite*, 112, 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.009>
40. Velazquez-Sanchez, C., Ferragud, A., Moore, C. F., Everitt, B. J., Sabino, V., & Cottone, P. (2014). High trait impulsivity predicts food addiction-like behavior in the rat. *Neuropsychopharmacology*, 39(10), 2463-2472. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.98>
41. Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(2), 85–104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>
42. Wenzlaff, R.M. (2000). Thought suppression. *Annu. Rev. Psychol.* 51, 59–91.
43. WHO (2003). *Obesity and Overweight*; World Health Organization: Geneva, Switzerland
44. Winch, G. (2016). Is There a Gene for Loneliness? How we perceive others and respond to them may be hereditary. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/the-squeaky-wheel/201612/isthere-gene-loneliness>
45. Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2010). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437. <https://doi.org/10.1002/erv.1066>



გაფანტული სკლეროზის სოციალური და ეკონომიკური ტვირთი

ნატალია ხუციშვილი¹

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ლიტერატურაში ძირითადად აღწერილია გაფანტული სკლეროზის კლინიკური გავლენა, ნაკლებად არის შეფასებული დაავადების სოციალური ტვირთი პაციენტებზე, მომვლელებსა და საზოგადოებაზე. გაფანტული სკლეროზი, ერთის მხრივ, მნიშვნელოვან ფიზიკურ უნარშეზღუდულობას იწვევს, ხოლო მეორეს მხრივ, ნაკლებ გავლენას ახდენს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე, რის გამოც დაავადებას ძალიან მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური ტვირთი ახლავს თან, უარყოფითად მოქმედებს პაციენტების შრომისუნარიანობასა და პროდუქტიულობაზე და ხშირად პენსიაზე ნაადრევად გასვლის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. ცნობილია, რომ გაფანტული სკლეროზი ახალგაზრდა და შუა ხნის ასაკის პირებში, არატრავმული უნარშეზღუდულობის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს. გაფანტული სკლეროზი მძიმე ეკონომიკურ ტვირთად აწევს როგორც პაციენტებსა და მათ მომვლელებს/ოჯახის წევრებს, ასევე ჯანდაცვის სისტემასა და საზოგადოებას.

საკვანძო სიტყვები: გაფანტული სკლეროზი, დაავადების სოციალურ-ეკონომიკური ტვირთი, ჯანდაცვა.

ციტატა: ნატალია ხუციშვილი. გაფანტული სკლეროზის სოციალური და ეკონომიკური ტვირთი. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

The social and economic burden of multiple sclerosis

Natalia Khutsishvili¹

¹ School of Health Sciences, University of Georgia

Abstract

The literature has largely described the clinical impact of multiple sclerosis, underestimating the social burden of the disease on patients, caregivers, and society. Multiple sclerosis, on the one hand, causes significant physical disability, and on the other hand, has less impact on average life expectancy, which is why the disease carries a very high socio-economic burden, negatively affects patients' ability to work and productivity, and is often a leading cause of early retirement. Multiple sclerosis is known to be the most common cause of non-traumatic disability in young and middle-aged individuals. Multiple sclerosis imposes a heavy economic burden on patients and their caregivers/family members, as well as on the health care system and society.

Key words: multiple sclerosis, socio-economic burden of the disease, health care.

Quote: Natalia Khutsishvili. The social and economic burden of multiple sclerosis. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

გაფანტული სკლეროზის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები

გაფანტული სკლეროზი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკულ, ანთებით, მადემიელინიზებელ, პროგრესირებად ნეიროდეგენერაციულ დაავადებას. გაფანტული სკლეროზი გამოწვეულია აქსონების (ნერვული უჯრედების) შემომგარსველი მიელინის გარსის დაზიანებით, რაც იწვევს ნერვული უჯრედების მიერ ნერვული იმპულსის გადატარების უნარის დაქვეითებას, ან სრულად დაკარგვას და იწვევს გაფანტული სკლეროზის სიმპტომების საკმაოდ ფართო სპექტრს.

საერთაშორისო სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, გაფანტული სკლეროზი საშუალოდ ორ-სამჯერ უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში ვიდრე მამაკაცებში (Filippi et al., 2018). ცნობილია, რომ გაფანტული სკლეროზი ახალგაზრდა და შუა ხნის ასაკის პირებში, არატრავმული უნარშეზღუდულობის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს (Baneke et al. 2013; Dutta & Trapp, 2014).

2020 წლის სექტემბერში, გაფანტული სკლეროზის საერთაშორისო ფედერაციის მიერ მოხდა გაფანტული სკლეროზის ატლასის მესამე პუბლიკაციის გამოცემა, რომლის მიხედვითაც, მსოფლიოში, გაფანტული სკლეროზის პრევალენტობა, საშუალოდ არის 36/100000 მოსახლეზე, ეს ნიშნავს, რომ მსოფლიოში 2.8 მილიონი ადამიანი ცხოვრობს გაფანტულ სკლეროზით (Atlas of MS, 2020). გაფანტული სკლეროზის ატლასის მესამე გამოცემის მიხედვით, აღნიშნული დაავადება იწვევს დაახლოებით 1,151,478 სხვადასხვა ხარისხის უნარშეზღუდულობას გლობალურად (დაავადების სიმძიმის მიხედვით).

საქართველოში, ამ დროისათვის არ არსებობს გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ პაციენტთა შესახებ ზუსტი ეპიდემიოლოგიური ცნობები. ქვეყნის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა და საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ექსტრაპოლირებით, საქართველოს პრევალენტობა უნდა მერყეობდეს 26-50/100000 მოსახლეზე გრადიენტში. გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკისა და დაავადების მამოდიფიცირებელი მკურნალობის რეკომენდაციების ეროვნულ პროტოკოლში აღნიშნულია, რომ არაოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, ექსპერტთა გამოცდილებასა და დასკვნებზე დაყრდნობით, ქვეყანაში გაფანტული სკლეროზის მქონე 1100-1200 პაციენტია (32/100000), აღნიშნული მონაცემები მნიშვნელოვნად გასხვავდება 2010 წელს, პ. სარაჯიშვილის სახელობის ნევროლოგიის ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემებისაგან, სადაც პრევალენტობა დაფიქსირებულია 10/100 000 მოსახლეზე.

საქართველოში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წყაროზე დაყრდნობით, გაფანტული სკლეროზის ინციდენტობა 2021 არის 106. საქართველოს რეგიონების მიხედვით ყველაზე მაღალი ინციდენტობა ფიქსირდება თბილისსა და აჭარაში, რაც გარკვეულწილად შესაძლოა დაკავშირებული იყოს, აღნიშნულ რეგიონებში არსებულ მედიკამენტების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამებთან. აღნიშნული პროგრამები ხელს უწყობს გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მომართვიანობის გაზრდასა და გაუმჯობესებულ დიაგნოსტიკას.

გაფანტული სკლეროზი დაკავშირებულია როგორც პირდაპირ ეკონომიკურ მაღალ ხარჯებთან, ასევე არაპირდაპირ დანახარჯებთან, კერძოდ, გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანები, ისევე როგორც მათი მეგობრები და ოჯახის წევრები (მომვლელები), რომლებიც უზრუნველყოფენ არაფორმალურ დახმარებას, შეიძლება ასევე აღნიშნავდნენ გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზთან დაკავშირებულ ფსიქოსოციალურ პრობლემებს, მათ შორისაა დეპრესია და შფოთვა, მუშაობის სირთულე და მასთან დაკავშირებული პროდუქტიულობის დანაკარგები (გაცდენილი სამუშაო დღეები), ცვლილებები სოციალურ ფუნქციონირებასა და სხვა, რაც დაკავშირებულია წინასწარ დაგეგმვის შეუძლებლობასთან.

გაფანტული სკლეროზი, ერთის მხრივ, მნიშვნელოვან ფიზიკურ უნარშეზღუდულობას იწვევს, ხოლო მეორეს მხრივ, ნაკლებ გავლენას ახდენს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე, რის გამოც დაავადებას ძალიან მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური ტვირთი ახლავს თან (Kobelt & Gisela, 2004), უარყოფითად მოქმედებს პაციენტების

შრომისუნარიანობასა და პროდუქტიულობაზე და ხშირად პენსიაზე ნაადრევად გასვლის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. (Strober et al. 2012).

გაფანტული სკლეროზის სამკურნალო ახალი მედიკამენტების შექმნის მიმართულებით უაღრესად დიდი პროგრესია, რადგან დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა მნიშვნელოვნად აფრეხებს დაავადებით გამოწვეული უნარშეზღუდულობის პროგრესირებას (Giovannoni et al. 2016; Scolding et al. 2015). თუმცა, მიუხედავად აღნიშნული მიმართულებით მნიშვნელოვანი მიღწევებისა, მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა კვლავ პრობლემად რჩება, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის დასკვნით, მთელ მსოფლიოში, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტთა მხოლოდ ნახევარი მკურნალობს.

საქართველოში, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებისათვის იმუნომამოდიფიცირებელი თერაპიის ხელმისაწვდომობა წლების მანძილზე ძალზედ დაბალი იყო. 2019 წლიდან პაციენტების გარკვეულ რაოდენობას აფინანსებს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო. 2020 წლის გაზაფხულზე, ქალაქ თბილისში, ამოქმედდა ადგილობრივი დაფინანსების პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც თბილისის მუნიციპალიტეტის ბენეფიციარებს შეუძლიათ ნაწილობრივი დაფინანსებით (80/20) შეიძინონ დაავადების სამკურნალო მამოდიფიცირებელი მედიკამენტები. ხოლო 2022 წლიდან გაფანტული სკლეროზის პაციენტებისათვის, რომელიც არ ცხოვრობენ თბილისსა და აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში, ამოქმედდა სახელმწიფო პროგრამა და პაციენტები მამოდიფიცირებელ მედიკამენტებს სრული დაფინანსებით მიიღებენ. ამ დროისათვის თბილისის მერიის პროგრამაში ჩართულია 180 პაციენტი, თუმცა არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია, რამდენი პაციენტი იმყოფება დაავადების მამოდიფიცირებელ უწყვეტ მკურნალობაზე.

გაფანტული სკლეროზის სოციალური ტვირთი

დაავადება უარყოფით გავლენას ახდენს პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე, ამასთანავე წარმოადგენს ავადმყოფობით გამოწვეულ მნიშვნელოვან ტვირთს, როგორც ოჯახების, ასევე სახელმწიფოსა და მთლიანად საზოგადოებისთვის (Naci et al. 2010; Wundes et al. 2010). განვითარებული ქვეყნების მაგალითზე შეიძლება ითქვას, რომ გაფანტული სკლეროზის დროს სახელმწიფოს მიერ ერთ ადამიანზე გაწეული წლიური ხარჯი უფრო მაღალია, ვიდრე ასთმის, დიაბეტის, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების დროს გაწეული დანახარჯები (Giovannoni et al. 2016; Wundes et al. 2010). გაფანტული სკლეროზზე გაწეული პირდაპირი და არაპირდაპირი დანახარჯები პირდაპირ პროპორციულად იზრდება დაავადების პროგრესირებასთან ერთად. მაგ, ესპანეთში ინდივიდის წლიური დანახარჯი დაავადების საწყის ეტაპზე არის 1,115 ევრო, ხოლო დაავადების შორს წასული ფორმის შემთხვევაში - 15,750 ევრო (Naci et al. 2010; Karampampa et al. 2012; Kobelt, Thompson, et al. 2017; Ernstsson et al. 2016). მსგავსი ტენდენცია შეიმჩნევა განვითარებულ- ქვეყნების მაჩვენებლებში.

ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალი ხარისხის უნარშეზღუდულობის დროს ძირითადი ხარჯი მოდის არაპირდაპირ დანახარჯებზე, ვინაიდან დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, იზრდება ოჯახის წევრების, ჯანდაცვის სისტემისა და საზოგადოების მხრიდან დახმარების საჭიროება.

ლიტერატურაში ძირითადად მიმოხილულია დაავადების პირდაპირი ეკონომიკური დანახარჯები მაშინ, როდესაც დაავადების სოციალური ტვირთი ნაკლებადაა შესწავლილი.

2015 წელს შეფასდა, რომ გაფანტული სკლეროზის პაციენტებზე არაფორმალური დანახარჯმა შეადგინა 30 საათი და 13 092 ევრო, რაც ვარირებს ქვეყნისა და დაავადების სიხშირის მიხედვით. არსებული ლიტერატურული მიმოხილვა ძირითადად ფოკუსირებულია გაფანტული სკლეროზის სამედიცინო კლინიკურ ასპექტებზე და ნაკლებად არის განხილული დაავადების ეკონომიკური და სოციალური ტვირთი პაციენტებზე, მათ მომვლელებზე, ოჯახის წევრებსა და საზოგადოებაზე.

გაფანტულ სკლეროზთან და მის მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები შეიძლება დაიყოს პირდაპირ სამედიცინო ხარჯებად (მაგ. მედიკამენტები და მკურნალობა), პირდაპირ არასამედიცინო ხარჯებად (მაგ. ფორმალური მოვლა სახლებში და მოვლის სახლებში, არაფორმალური მოვლა, მოწყობილობები და დახმარებები), არაპირდაპირ ხარჯებად (მაგ. პროდუქტიულობის დაკარგვა, ვადამდელი პენსიაზე გასვლა) და არამატერიალურ ხარჯებად (მაგ. შფოთვა, ტკივილი და ცვლილებები სოციალურ ფუნქციონირებაში).

გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ ადამიანზე დაავადების საშუალო ღირებულების შეფასებები განსხვავდება, მაგრამ მერყეობს დაახლოებით 28,265 ევროდან €41,529-მდე წელიწადში, იგი დიდწილად დამოკიდებულია მეთოდოლოგიაზე, რომელიც გამოიყენება ხარჯებისა და დანახარჯების კატეგორიების შესაფასებლად. ცვლებადობის მიუხედავად, ხარჯები იზრდება დაავადების პროგრესირების პარალელურად და არაპირდაპირი ხარჯები ძირითადად ტვირთად ეკისრება პაციენტებსა და მათ მომვლელებს და ასევე საზოგადოებას.

გაფანტულ სკლეროზთან დაკავშირებულია ფსიქო-სოციალური სიმპტომების ფართო სპექტრი, როგორცაა დეპრესია, შფოთვა და დაღლილობა. გამოქვეყნებული მონაცემები ყოველთვის არ ასახავს ჯანდაცვის სისტემის გარეთ გაწეულ ისეთ ხარჯებს, როგორცაა მაგ, არაფორმალური მოვლის ხარჯები, ასევე პროდუქტიულობის დანაკარგები, ვადამდელი პენსიაზე გასვლით გამოწვეული ტვირთი, რომელიც გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკაზე და ფართო საზოგადოებაზე.

გაფანტული სკლეროზის ეკონომიკური ტვირთი

საქართველოში, 2010 წლის მონაცემებით, გაფანტული სკლეროზის პრევალენტობა არის 9.72, 100 000 მოსახლეზე. გაფანტული სკლეროზი გამოირჩევა ეკონომიკური ტვირთით, როგორც პაციენტისათვის, ასევე მისი მომვლელისა და საზოგადოებისათვის. ეკონომიკური ტვირთი იყოფა პირდაპირ (დაავადებასთან ასოცირებულ პირდაპირი სამედიცინო დანახარჯები და არაპირდაპირი სამედიცინო დანახარჯები) და არაპირდაპირ (პროდუქტიულობის დანაკარგი, გაცდენილი სამუშაო დღეები და ა.შ.) ნაწილებად. პირდაპირი სამედიცინო დანახარჯები (დიაგნოსტიკური კვლევები და მკურნალობა) შედარებით მარტივად დათვლადია და საერთაშორისო მონაცემების მიხედვით მთლიანი ეკონომიკური ტვირთის დაახლოებით ნახევარს იკავებს. საქართველოში ნაკლებად მოიპოვება მონაცემები არაპირდაპირი სამედიცინო დანახარჯების და არაპირდაპირი არასამედიცინო დანახარჯების შესახებ. რაც შეეხება პირდაპირ სამედიცინო დანახარჯებს, პაციენტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საერთოდ დანახარჯი წელიწადში საშუალოდ 30 000 ლარს შეადგენს.

პაციენტი, რომელიც მკურნალობს დაავადების მამოდიფიცირებელი პრეპარატით, მისი საშუალო ეკონომიკური ხარჯი არის 7382.5\$, რაც შეესაბამება განვითარებულ ქვეყნებში მაცხოვრებელი პაციენტების პირდაპირ სამედიცინო დანახარჯს. ხოლო პაციენტები, რომლებიც არ მკურნალობენ დაავადების მამოდიფიცირებელი პრეპარატებით და მხოლოდ გამწვავებს მართავენ ნაწილობრივ, მათი ეკონომიკური დანახარჯი შეადგენს 453\$. პირდაპირი სამედიცინო დანახარჯი იზრდება, დაავადების პროგრესირებასთან ერთად. ზოგადად, საქართველოში გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტზე მნიშვნელოვნად ნაკლები იხარჯება, შედარებით განვითარებული ქვეყნების მაცხოვრებელ პაციენტებთან.

საქართველოში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, როდესაც შეფასდა 2010-2020 წლის პაციენტების ისტორია (274 პაციენტი), გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მხოლოდ 25.9% მკურნალობს. გაფანტული სკლეროზი მძიმე ეკონომიკურ ტვირთად აწევს როგორც პაციენტებსა და მათ მომვლელებს/ოჯახის წევრებს, ასევე ჯანდაცვის სისტემასა და საზოგადოებას.

სოციალური ტვირთი საგრძნობლად მძიმეა გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტთა მომვლელებისათვის, მათ დაახლოებით 30 საათი სჭირდებათ კვირის განმავლობაში. 2015 წლის მონაცემების მიხედვით, გლობალურად, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებზე არაფორმალური მოვლის ხარჯი შეადგენდა 13092 ევროს, წლიურად.

გაფანტული სკლეროზის ეკონომიკური და სოციალური ტვირთის შემსწავლელ კვლევებს ხანგრძლივი ისტორია აქვს. პირველი კვლევა თარიღდება 1980-იანი წლებით გაერთიანებულ სამეფოში, დაავადების მამოდიფიცირებელი მკურნალობის (DMTs) დანერგვამდე. აღნიშნული კვლევები, ბოლო 30 წლის განმავლობაში განუწყვეტლივ ახლდებოდა, გაუმჯობესდა მეთოდები და მუდმივად ხდებოდა მონაცემების განახლება. ადრეულ კვლევებში გაფანტული სკლეროზის ტვირთის შეფასების მიმართ დიდი ინტერესი აიხსნება დაავადების მაღალი სოციალური ღირებულებით, როდესაც მკურნალობა არ არსებობდა, ხოლო შემდგომში ძვირადღირებული მკურნალობის შეფასება გრძელვადიან პერსპექტივაში. დაავადების მკურნალობის მიზანია, პროგრესირების შეფერხება და უნარშეზღუდულობის დროში გადავადება ან თავიდან აცილება.

გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკა ძირითადად ხდება 20-40 წლის ასაკში (Palace 2001). დაავადება გავლენას ახდენს ადამიანებზე პროდუქტიულობაზე. გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანების პროდუქტიულობა და დასაქმების მაჩვენებლები უფრო დაბალია, ვიდრე საერთო პოპულაციაში (Van Dijk et al. 2017). მამაკაცებში აღნიშნული მაჩვენებლები უფრო დაბალია, შედარებით ქალებთან. ეს შესაძლოა დაკავშირებული იყოს იმასთან რომ, მამაკაცების სამსახურები მეტად მოითხოვს ფიზიკურ უნარებს (Raggi et al. 2016).

მრავალი ფაქტორი გავლენას ახდენს გაფანტული სკლეროზის მქონე ადამიანების უნარზე, გააგრძელონ მუშაობა დიაგნოზის შემდეგ. ეს არის დაავადების სიმძიმე და ფიზიკური ფუნქციონირება, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, სოციალური მხარდაჭერა და დამსაქმებლის მზაობა და სურვილი და სხვა. მაგალითად, არსებობს მტკიცებულება, რომ უნარშეზღუდულობის პროგრესირება და სტატუსი, მობილურობა, და ხელის ფუნქციონირება, არის ძირითადი ფაქტორები, რაც გავლენას ახდენს გაფანტული სკლეროზის მქონე პირის შრომისუნარიანობაზე (Raggi et al. 2016; Salter et al. 2017).

განსაკუთრებით მჭიდროდ არის დაკავშირებული შრომისუნარიანობასთან და მასთან ასოცირებულ სირთულეებთან, როგორცაა გაზრდილი უმუშევრობა, ავადმყოფობასთან დაკავშირებული გაცდენილი სამუშაო დღეები (Raggi et al. 2016; Li et al. 2015). კოგნიტური ფუნქციის, მეხსიერებისა და ინფორმაციის გადამუშავების უნარები ასევე დაკავშირებულია სამუშაოს შესრულებასთან Salter et al. 2017). დადლილობა ასევე შესაძლებელია გახდეს ასოცირებული გაცდენილ სამუშაო დღეებთან (Salter et al. 2017; Kobelt, Thompson, et al. 2017; Li et al. 2015).

ამავდროულად, გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზით გამოწვეული სამსახურის დაკარგვა ან ნაადრეობად პენსიაზე გასვლა შესაძლოა თავის მხრივ გახდეს დეპრესიის მიზეზი (Butler et al. 2016), რადგან სამსახური მათი სოციალური ცხოვრების მნიშვნელოვან ნაწილს იკავებს (Hartley et al. 2014). კვლევებში აღწერილია, რომ სოციალური მხარდაჭერა, სამუშაო გარემო და პირობები მნიშვნელოვნად ეხმარება გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებს, შეინარჩუნონ სამსახური (Ponzio, Brichetto, et al. 2015). დამსაქმებელი, კოლეგა და სამუშაო სივრცე არის ის ფაქტორები, რაც გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტს ეხმარება სამსახურის შენარჩუნებაში. ხშირად, დამსაქმებლები მზად არიან განახორციელონ სამუშაო გარემოს ადაპტირება, დასაქმებულის საჭიროების მიხედვით, მაგრამ რეალურ ცხოვრებაში აღნიშნული პროცესების გამართვა დაკავშირებულია დამატებითი რესურსების მოძიებასთან, რამაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს ან დროში გადავადოს პროცესი (Van Dijk et al. 2017; Carrieri et al. 2014). თუმცა მთელ რიგ განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო წლებში შეინიშნება გაუმჯობესება გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების დასაქმებისა და სამუშაოს შენარჩუნების თვალსაზრისით, მაგ. ბრიტანეთში, 2012 წელს, დაავადების დიაგნოსტიკებიდან 10 წლის თავზე, გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტების მხოლოდ 20 პროცენტი იყო დასაქმებული, ხოლო 2016 წელს, იგივე მაჩვენებელი გაიზარდა 68 პროცენტამდე (Van Dijk et al. 2017).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტები, ჯანდაცვის სერვისებთან ერთად, ხშირად საჭიროებენ არაფორმალურ დახმარებას. არაფორმალური დახმარება/ზრუნვა არის არა ფულადი დახმარება, რომელსაც პაციენტი იღებს მისი ოჯახის წევრისგან, მეგობრისგან,

პარტნიორისგან ან სხვა (Triantafillou et al. 2010). ოჯახის წევრებს/მომვლელებს უწევთ დიდ სოციალურ ტვირთთან გამკლავება, რადგან უმეტესად, სახელმწიფო ფარავს მხოლოდ ჯანდაცვის სერვისებს (Triantafillou et al. 2010).

მომვლელის ზრუნვაზე საჭიროება იზრდება დაავადების პროგრესირებასთან ერთად . გაფანტული სკლეროზის პროგრესირებასთან ერთად, იზრდება უნარშეზღუდულობის ხარისხი, პაციენტი მეტად დამოკიდებული ხდება მომვლელებზე (Kudra et al. 2017; Appleton et al. 2018). პაციენტებთან ერთად, გაფანტული სკლეროზი დიდი სოციალურ ტვირთს წარმოადგენს მათი მომვლელებისა და ოჯახის წევრებისათვის, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათი ცხოვრებისა წესსა და ხარისხზე, რაც დაავადების პროგრესირებასთან ერთად იზრდება (Borreani et al. 2014). ამასთანავე არსანიშნავია, რომ დატვირთვა ძირითადად მდებარეობითი სქესის მომვლელებზე ნაწილდება (Schofield et al. 2014). მომვლელებს ხშირად უწევთ პირად ცხოვრებასა და კარიერაზე უარის თქმა. რაც კიდევ უფრო ზრდის დაავადების ტვირთს, რადგან მომვლელს ერთდროულად უწევს გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტზე ზრუნვა და ოჯახის ფინანსურად უზრუნველყოფა, შესაძლებელია სახელმწიფოს მხრიდან გარკვეული დახმარების მიღება, მაგრამ ხშირად ეს არ არის საკმარისი (Topcu et al. 2016).

მომვლელებს/ოჯახის წევრების ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს გაფანტული სკლეროზი და დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, აღნიშნული გავლენა იზრდება (Bambara et al. 2014).

გაფანტული სკლეროზის არაპროგნოზირებადი და პროგრესირებადი ხასიათი დიდ გავლენას ახდენს პაციენტების მომვლელების/ოჯახის წევრების ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე. მომვლელები ხშირად განიცდიან დარდის, შიშის, დანაშაულის, დაკარგვის შიშის შერბნობებს (Neate et al. 2018). გაფანტული სკლეროზის პაციენტების მსგავსად, მომვლელების პირადი ურთიერთობები ასევე განიცდის ცვლილებებს, ქვეითდება ცხოვრების ხარისხი, თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზმა დადებითად იმოქმედა და შეცვალა პირადი ურთიერთობები, რადგანაც შეიცვალა მსოფლმხედველობა სხვადასხვა საკითხების მიმართ (Neate et al. 2018).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტებისათვის, მათთვის შშ პირის სტატუსის მინიჭებით, სახელმწიფოს მხრიდან ხდება გარკვეული ფინანსური დახმარება (პენსიის დანიშვნა), თუმცა არ არის გათვალისწინებული მომვლელის მხარდაჭერა.

მომვლელები განიცდიან ინფორმაციის ნაკლებობას გაფანტული სკლეროზის შესახებ. დაავადების არაპროგნოზირებადი ხასიათი და მომავლის დაგეგმვის სირთულესთან დაკავშირებული შიში კიდევ მეტად ზრდის სოციალური ტვირთის სიმძიმეს (Sillence et al. 2016).

გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტი, კვირაში საშუალოდ 30 საათს ითხოვს მომვლელისგან. გაფანტული სკლეროზის მქონე პაციენტის არაპირდაპირი დანახარჯი, მოვლის თვალსაზრისით არის 13092 ევრო წელიწადში (Oliva-Moreno et al. 2017).

გათვლილია, რომ არაფორმალური მოვლა, გაფანტული სკლეროზის ჯამური დანახარჯის 4-27%-ს იკავებს. დანახარჯის წილის დათვლა რთულია და განსხვავდება დაავადების აქტივობისა და სიმძიმის მიხედვით (Kwiatkowski et al. 2014).

გაფანტული სკლეროზი ასოცირდება ჯანდაცვის მაღალ უტილიზაციასა და დანახარჯებთან. ჯანდაცვის უტილიზაცია გულისხმობს: ჯანდაცვის სერვისებს, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას. ჯანდაცვის დანახარჯები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული დაავადების პროგრესირებასა და უნარშეზღუდულობის ხარისხზე. გაფანტული სკლეროზის ჯამური დანახარჯის 30-50 პროცენტს შეადგენს ჯანდაცვის უტილიზაციის ნაწილი. ჯანდაცვის ხარჯის დაახლოებით ნახევარი ნაწილდება მკურნალობაზე (Ponzio, Gerzeli, et al. 2015).

გაფანტული სკლეროზი გავლენას ახდენს პაციენტისა და მოვლელის პროდუქტიულობასა და სამუშაო ძალაზე. დაავადებით გამოწვეული შემცირებული პროდუქტიულობა ასოცირდება არა მხოლოდ ინდივიდის შემცირებულ ფინანსებთან, ასევე გავლენას ახდენს ქვეყნის დოვლათის შექმნასა და საერთოდ ეკონომიკურ სურათზე, რაც

დაავადების დიაგნოსტიკის ასაკის გათვალისწინებით, კიდევ უფრო მწვავე ხდება (Kobelt, Langdon, and Jönsson 2019). ინდივიდუალურ დონეზე პროდუქტიულობის დანაკარგი ფასდება გაცდენილი სამუშაო დღეებითა და შესასრულებელი სამუშაოს დაქვეითებული მოცულობით. იტალიაში, თითოეულ პაციენტზე პროდუქტიულობის დანაკარგი დათვლილი იქნა 11835 ევროს მოცულობით (Ponzio, Gerzeli, et al. 2015). ავსტრალიაში, სიცოცხლის მანძილზე, საშუალო პროდუქტიულობის ჯამური დანაკარგი პაციენტზე იყო 580 279 აშშ დოლარი Palmer et al. (2019). პროდუქტიულობის დანაკარგი, გაფანტული სკლეროზის ჯამური ეკონომიკური და სოციალური ტვირთის საშუალოდ 27-33 პროცენტს შეადგენს (Fernandez et al. 2017).

დასკვნა

ლიტერატურაში ძირითადად აღწერილია გაფანტული სკლეროზის კლინიკური გავლენა, ნაკლებად არის შეფასებული დაავადების სოციალური ტვირთი პაციენტებზე, მომვლელებსა და საზოგადოებაზე.

გაფანტული სკლეროზი, ერთის მხრივ, მნიშვნელოვან ფიზიკურ უნარშეზღუდულობას იწვევს, ხოლო მეორეს მხრივ, ნაკლებ გავლენას ახდენს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე, რის გამოც დაავადებას ძალიან მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური ტვირთი ახლავს თან, უარყოფითად მოქმედებს პაციენტების შრომისუნარიანობასა და პროდუქტიულობაზე და ხშირად პენსიაზე ნაადრევად გასვლის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს.

ცნობილია, რომ გაფანტული სკლეროზი ახალგაზრდა და შუა ხნის ასაკის პირებში, არატრავმული უნარშეზღუდულობის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს.

გაფანტული სკლეროზი მძიმე ეკონომიკურ ტვირთად აწევს როგორც პაციენტებსა და მათ მომვლელებს/ოჯახის წევრებს, ასევე ჯანდაცვის სისტემასა და საზოგადოებას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Alroughani, R., & A. Boyko. 2018. 'Pediatric Multiple Sclerosis: A Review.' *BMC Neurology* 18 (1): 27. doi:10.1186/s12883-018-1026-3
2. Appleton, D., N. Robertson, L. Mitchell & R. Lesley. 2018. 'Our Disease: A Qualitative Meta-synthesis of the Experiences of Spousal/partner Caregivers of People with Multiple Sclerosis.' *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32 (4): 1262–1278. doi: 10.1111/scs.12601
3. Bambara, J.K., A.P. Turner, R.M. Williams & J.K. Haselkorn. 2014. 'Social Support and Depressive Symptoms among Caregivers of Veterans with Multiple Sclerosis.' *Rehabilitation Psychology* 59 (2): 230–235. doi:10.1037/a0036312
4. Battaglia, M., G. Kobelt, M. Ponzio, J. Berg, D. Capsa & J. Dalen. 2017. 'New Insights into the Burden and Costs of Multiple Sclerosis in Europe: Results for Italy.' *Multiple Sclerosis Journal* 23 (2_suppl): 104–116. doi:10.1177/1352458517708176
5. Benjaminsen, E., J. Olavsen, M. Karlberg & K.B. Alstadhaug. 2014. 'Multiple Sclerosis in the Far North: Incidence and Prevalence in Nordland County, Norway, 1970–2010.' *BMC Neurology* 14: 226. doi:10.1186/s12883-014-0226-8
6. Bishop, M., P.D. Rumrill, Jr. & R.I. Timblin. 2016. 'Medical, Psychosocial, and Vocational Aspects of Multiple Sclerosis: Implications for Rehabilitation Professionals.' *Journal of Rehabilitation* 82 (2): 6–13.
7. Borreani, C., E. Bianchi, E. Pietrolongo, I. Rossi, S. Cilia, M. Giuntoli, A. Giordano, P. Confalonieri, A. Lugaesi, F.Patti, M.G. Grasso, L.L. de Carvalho, L. Palmisano, P. Zaratini, M.A. Battaglia & A. Solari. 2014. 'Unmet Needs of People with Severe Multiple Sclerosis and their Carers: Qualitative Findings for a Home-based Intervention.' *PLoS One* 9 (10): e109679. doi: 10.1371/journal.pone.0109679
8. Buhse, M. 2015. 'The Elderly Person with Multiple Sclerosis: Clinical Implications for the Increasing Life-span.' *Journal of Neuroscience Nursing* 47 (6): 333–339. doi: 10.1097/JNN.0000000000000172
9. Butler, E., F. Matcham & T. Chalder. 2016. 'A Systematic Review of Anxiety amongst People with Multiple Sclerosis.' *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 10: 145–168. doi: 10.1016/j.msard.2016.10.003
10. Campbell, J.D., V. Ghushchyan, R. Brett McQueen, S. Cahoon-Metzger, T. Livingston, T. Vollmer, J. Corboy, A. Miravalle, T. Schreiner, V. Porter & K. Nair. 2014. 'Burden of Multiple Sclerosis on Direct, Indirect Costs and Quality of Life: National US Estimates.' *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 3 (2): 227–236. doi:10.1016/j.msard.2013.09.004
11. Carrieri, L., T.M. Sgaramella, F. Bortolon, G. Stenta, L. Fornaro, A. Cracco, F. Perini & S. Soresi. 2014. 'Determinants of On-the-job-barriers in Employed Persons with Multiple Sclerosis: The Role of Disability Severity and Cognitive Indices.' *Work* 47 (4): 509–20. doi: 10.3233/wor-131623
12. Carroll, S., T. Chalder, C. Hemingway, I. Heyman, H. Bear, L. Sweeney & R. Moss-Morris. 2019. 'Adolescent and Parent Factors Related to Fatigue in Paediatric Multiple Sclerosis and Chronic Fatigue Syndrome: A Comparative Study.' *European Journal of Paediatric Neurology* 23 (1): 70–80. doi:10.1016/j.ejpn.2018.10.006

13. Carroll, S., T. Chalder, C. Hemingway, I. Heyman, & R. Moss-Morris. 2016. "It Feels Like Wearing a Giant Sandbag." Adolescent and Parent Perceptions of Fatigue in Paediatric Multiple Sclerosis.' *European Journal of Paediatric Neurology* 20 (6): 938–945. doi: 10.1016/j.ejpn.2016.06.004
14. Centre for Reviews and Dissemination. 2009. 'CRD's guidance for undertaking reviews in healthcare.' York Publishing Services. GBD 2016 Multiple Sclerosis Collaborators. 2019. 'Global, Regional, and National Burden of Multiple Sclerosis 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.' *Lancet Neurology* 18 (3): 269–285. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30443-5
15. Cordeau, D., & F. Courtois. 2014. 'Sexual Disorders in Women with MS: Assessment and Management.' *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 57 (5): 337–347. doi: 10.1016/j.rehab.2014.05.008
16. Cross, A.H., & R.T. Naismith. 2014. 'Established and Novel Disease-modifying Treatments in Multiple Sclerosis.' *Journal of Internal Medicine* 275 (4): 350–363. doi: 10.1111/joim.12203
17. Cutter, G.R., M.L. Baier, R.A. Rudick, D.L. Cookfair, J.S. Fischer, J. Petkau, K. Syndulko, B.G. Weinshenker, J.P. Antel, C. Confavreux, G.W. Ellison, F. Lublin, A.E. Miller, S.M. Rao, S. Reingold, A. Thompson & E. Willoughby. 1999. 'Development of a Multiple Sclerosis Functional Composite as a Clinical Trial Outcome Measure.' *Brain* 122: 871–882. doi: DOI 10.1093/brain/122.5.871
18. Delaney, K.E., & J. Donovan. 2017. 'Multiple Sclerosis and Sexual Dysfunction: A Need for Further Education and Interdisciplinary Care.' *NeuroRehabilitation* 41 (2): 317–329. doi: 10.3233/nre-172200



რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში

ქეთევან ბაკარაძე¹

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი: ნაშრომში განხილულია ჩრდილოეთ ევროპის ხუთი სახელმწიფოს მაგალითზე რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის თავისებურებები, ფარმაცევტული ბაზრის, სამედიცინო სექტორსა და მომხმარებელს შორის ურთიერთობების მარეგულირებელი მექანიზმები. მოცემულ ქვეყნებში ეკონომიკურ მახასიათებლებსა და ჯანდაცვის დანახარჯებს შორის არსებობს კორელაცია, რაც მოქალაქის კეთილდღეობის განმსაზღვრელი ინდიკატორია.

მეთოდოლოგია: ჩატარდა ლიტერატურის სისტემური მოძიება სამეცნიერო-რეფერირებადი ჟურნალების მონაცემთა ბაზების გამოყენებით (Science Direct, Google Scholar, DOAJ, PubMed). გამოქვეყნებული ნაშრომების მოძიების მიზნით გამოყენებულ იქნა შემდეგი საკვანძო სიტყვები: “რეფერენტული ფასწარმოქმნა”, “ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება”. სტატიების ნაწილი გამოირიცხა რადგან ხელმისაწვდომი არ იყო ინგლისურ ენაზე, ასევე გამოირიცხა ის პუბლიკაციები, რომლებიც არ იყო მისაწვდომი სრული სახით ან მათი შინაარსი არ შეესაბამებოდა მიმოხილვის მიზანს. **შედეგები:** რეფერენტული ფასწარმოქმნის სისტემის დანერგვამ ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში მკვეთრად შეამცირა მედიკამენტებზე როგორც სახელმწიფო-საბიუჯეტო დანახარჯები, ასევე ბენეფიციარისთვის ჯიბიდან გადახდის ტვირთი. ამავდროულად, გაფართოვდა გენერიული მედიკამენტების გამოყენების არეალი. ხაზგასასმელია, რომ რეფორმის ეფექტიანობის განმსაზღვრელი გახლდათ მთელი რიგი მარეგულირებელი მექანიზმების ინკორპორირება და იმლემენტაცია. **დასკვნა:** იმ ქვეყნებში, სადაც გამართულია საკანონმდებლო ჩარჩო, აღსრულების პროცედურები და პერმანენტული მონიტორინგი მიმდინარეობს, ფარმაცევტული ბაზრის საქმიანობისთვის ჯანსაღი და კონკურენტული გარემოა შექმნილი, რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა მეტად ხარჯთეფექტურია, ხოლო რიგითი ბენეფიციარისთვის ხელმისაწვდომია ხარისხიანი ფარმაცევტული პროდუქტი.

საკვანძო სიტყვები: რეფერენტული ფასი; გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა; გენერიული ფარმაცევტული პროდუქტი.

კიტატა: ქეთევან ბაკარაძე. რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

Reference pricing policy in Northern European countries

Ketevan Bakaradze¹

Introduction: This paper explores the distinct characteristics of the reference pricing policy and the regulatory mechanisms governing the interactions among the pharmaceutical market, medical sector, and consumers. It presents a case study of five Northern European states. These countries demonstrate a notable correlation between economic factors and healthcare expenditures, which serves as a key indicator of the citizens' overall well-being. **Methodology:** A methodical exploration of the literature was undertaken by utilizing scientific-referencing journal databases, namely Science Direct, Google Scholar, DOAJ, and

PubMed. The search aimed to identify published papers pertaining to the subjects of “reference pricing” and “pharmaceutical market regulation.” Certain articles were omitted from consideration based on specific criteria, including unavailability in the English language, incomplete accessibility, or content misalignment with the review’s intended purpose. **Results:** The implementation of the reference pricing system in Northern European countries has led to a significant reduction in state-budget expenditures on medications and alleviated the financial burden of out-of-pocket payments for beneficiaries. Simultaneously, there has been an expansion in the utilization of generic medicines. It is important to highlight that the effectiveness of this reform was contingent upon the integration and execution of multiple regulatory mechanisms. **Conclusion:** In countries where the necessary legal framework has been established and enforcement procedures, as well as continuous monitoring, are underway, a favorable and competitive environment has been established in the pharmaceutical market. The implementation of reference pricing policy has proven to be highly cost-effective, ensuring that high-quality pharmaceutical products are accessible to the general beneficiaries.

Key words: Reference price; External reference pricing; Generic pharmaceutical product.

Quote: Ketevan Bakaradze. Reference pricing policy in Northern European countries. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში

ჯანმრთელობა ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და ამავდროულად მისი კეთილდღეობის განმსაზღვრელი ერთერთი უმთავრესი ინდიკატორია. ის ყველაზე სანდო, ღირებული, ზოგიერთ შემთხვევაში ძვირადღირებული ინვესტიციაა, რომლის შედეგის მანიფესტირება განსაკუთრებით ხანდაზმულობის, ან მოულოდნელი სამედიცინო შემთხვევის დადგომისას ჩანს. სწორედ სათანადო რესურსების ერთობლიობა განსაზღვრავს მოქალაქის კეთილდღეობას - მულტიკომპლექსური, მულტიდისციპლინური, კარგად ორგანიზებული სისტემა გამართული საკანონმდებლო ბაზითა და მარეგულირებელი მექანიზმებით, რომელიც უწყვეტობის რეჟიმის დაცვით უზრუნველყოფს ბენეფიციარისთვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებისა და საჭირო მედიკამენტებისადმი ხელმისაწვდომობას.

მაღალგანვითარებული ქვეყნებისთვის ჯანდაცვის სფეროს ეს მოდელი პრაქტიკულად სტანდარტს წარმოადგენს და მათი მთავრობების მიზანია სახელმწიფო დანახარჯების შემცირების პარალელურად სერვისების გაფართოება და დარგის განვითარება; მაშინ, როდესაც საქართველოს მსგავსი მძიმე სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე სახელმწიფოებისთვის გამოწვევა სამედიცინო დახმარებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმიუწვდომლობა, რეგიონებში ღარიბი ინფრასტრუქტურა და მედიკამენტებზე კატასტროფულად დიდი „ჯიბიდან“ გადახდებია, რაც მოსახლეობას უდიდეს ტვირთად აწევს.

სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სექტორზე გაწეული ხარჯები მნიშვნელოვანი მახასიათებელია, რომელიც მთავრობის დამოკიდებულებას ასახავს საკუთარი მოქალაქეების მიმართ. საბიუჯეტო სახსრების ოდენობის გარდა, საყურადღებოა, რამდენად ეფექტიანად ხდება ფინანსური რესურსის გამოყენება, როგორია მონიტორინგის სისტემა და აუდიტირება, ტარდება თუ არა მოკვლევა საჭიროებებზე, რამდენად რელევანტურადაა პრობლემები იდენტიფიცირებული? როგორია ფარმაცევტული პოლიტიკა? რეფერენტული ფასწარმოქმნის რა მეთოდსა და ფასების რეგულირების რა მექანიზმს იყენებს სახელმწიფო? არის თუ არა წარმატებული საერთაშორისო პრაქტიკა გათვალისწინებული? რამდენად არის შეფასებული მოსალოდნელი რისკები და მათგან დაზღვევის რა ინსტრუმენტებია ამოქმედებული? საბოლოო ჯამში სწორად მართული პროცესების ჯაჭვი განსაზღვრავს მოქალაქის ცხოვრების ხარისხს და ჯანმრთელობას.

ეფექტიანი ჯანდაცვის ერთ-ერთ საუკეთესო მოდელს ჩრდილოეთ ევროპის სახელმწიფოები წარმოადგენენ, რომლებმაც არაერთი ნოვატორული პროექტის დანერგვით და მსოფლიოსთვის საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარებით გლობალური ჯანდაცვის საქმეში დიდი წვლილი შეიტანეს. არაერთი კვლევა ადასტურებს ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებს

კეთილდღეობის სახელმწიფოს წარმატებულ მოდელად. შესაბამისად, სწორედ მათ მაგალითზეა საინტერესო რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკის განხილვა.

ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნები მოიცავს დანიის, ფინეთის, ისლანდიის, ნორვეგიისა და შვედეთის სუვერენულ სახელმწიფოებს.

შვედეთის სამეფო კონსტიტუციური მონარქიის სკანდინავიური სახელმწიფოა. მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, მთლიანი შიგა პროდუქტი ერთ სულზე შეადგენს 56,361\$-ს. ევროკავშირის წევრობის მიუხედავად ის ევროზონის ქვეყანას არ წამოადგენს და მიმოქცევაში აქვს ეროვნული ვალუტა - კრონა. შვედეთის სახელმწიფოს ჯანდაცვაზე დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე 5671 \$-ია, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის 10.87%-ს შეადგენს და ერთერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია ევროპის ქვეყნებს შორის.

შვედეთში 1982 წლიდან მოქმედებს „ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემა“, რომელიც ბევრიჯის მოდელზეა დაფუძნებული. ჯანდაცვის სისტემა დეცენტრალიზებულია სამ დამოუკიდებელ შტოდ: ჯანდაცვის სამინისტრო, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკას, რეგიონული/ლენები/ოლქები და მუნიციპალიტეტები. რეგიონებს და მუნიციპალიტეტებს ავტონომიურად შეუძლიათ საკუთარი პრიორიტეტებიდან გამომდინარე განსაზღვრონ ბიუჯეტი, პროგრამები და თემზე დაფუძნებული საჭიროებები, ვინაიდან სწორედ ისინი ფლობენ ადგილობრივი საშემოსავლო გადასახადებით შევსებული ბიუჯეტის განკარგვის უფლებამოსილებას; ამავდროულად მათვე საკუთრებაშია სერვისის მიმწოდებელი ჯანდაცვის ობიექტები (ჰოსპიტლები, ამბულატორიები და ა. შ.)

შვედეთის ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას სერვისების საკმაოდ ფართო კალათით. მოსახლეობის მხოლოდ 4%-ს გაჩნია ნებაყოფლობით დაზღვევა. ჯიბიდან გადახდის მაჩვენებლითაც (ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებიდან 14%) პრაქტიკულად ყველაზე დაბალ პოზიციას იკავებს ევროპის მასშტაბით. პაციენტისთვის, რომელიც ჩართულია სახელმწიფო სუბსიდირების პროგრამაში, ჯიბიდან თანაგადახდილი თანხის მაქსიმალური წლიური ოდენობა შეადგენს დაახლოებით 2400 შვეიცარულ კრონას (230 ევრო), რაც ამბულატორიულ ვიზიტებთან ერთად სამკურნალო მედიკამენტებსაც მოიცავს. 18 წლამდე ასაკის ბავშვების ხარჯები მედიკამენტებზე სრულად იფარება სახელმწიფოს მიერ.

ქვეყანაში მოქმედებს ე.წ. ზოგადი ანაზღაურების სისტემა, რაც ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ნაწილია და თანაბრად ვრცელდება ყველა მოქალაქეზე. ანაზღაურებას დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტები ანაზღაურდება ყველა მუნიციპალიტეტში იდენტური ფასითა და მექანიზმით. თითოეულ ლენში (საგრაფო) ოპერირებს მინიმუმ ერთი ფარმაცევტული კომიტეტი, რომელიც უზრუნველყოფს ყველაზე გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო საშუალებების ნუსხის შედგენას. აღსანიშნავია, რომ ასანაზღაურებელი მედიკამენტების პროგრამაში ინკორპორირებულია სპეციალურ რეცეპტს დაქვემდებარებული წამლები.

ფარმაცევტულ პოლიტიკაზე პასუხისმგებელია სახელმწიფოს დაქვემდებარებული წამლის სააგენტო (TLV); მის შემადგენლობაში შემავალი შვიდი წევრით დაკომპლექტებული დამოუკიდებელი ექსპერტების საბჭო წყვეტს ასანაზღაურებელი მედიკამენტების ნუსხაში ახალი ფარმაცევტული პროდუქტების დამატების საჭიროებას, ბრენდირებული, თუ გენერული სამედიცინო პროდუქტის ფასწარმოქმნის მეთოდს, ლიცენზირებისა და ბაზარზე დაშვების საკითხს.

სახელმწიფოსგან სუბსიდირებული ფარმაპროდუქტების შერჩევის კრიტერიუმები შესაბამისი საკანონმდებლო აქტით რეგულირდება, რომელიც სამი ძირითადი პრინციპით ჯამდება:

- **ადამიანური ღირებულების პრინციპი** - ხაზს უსვამს თითოეული ინდივიდის ინტეგრირებასა და თანასწორობის პატივისცემას. ეწინააღმდეგება სქესის, რასის, ასაკისა და სხვა პარამეტრებით დისკრიმინაციას;
- **საჭიროებისა და სოლიდარობის პრინციპი** - უპირატესობა ენიჭებას იმ ბენეფიციარს, ვისაც დახმარება მეტად ესაჭიროება მდგომარეობის სიმწვავის შესაბამისად;

• **ხარჯების ეფექტურობის პრინციპი**- გამოყენებული მედიკამენტების ღირებულება და ხარჯები უნდა იყოს გონივრული სამედიცინო, ჰუმანიტარული და სოციო-ეკონომიკური ჭრილით.

სააგენტო ნებისმიერ აპლიკაციას ნუსხაში დასამატებელი ახალი მედიკამენტის ფასწარმოქმნის პროცედურასთან დაკავშირებით, ყველა ზემოთ მოხსენიებულ კრიტერიუმებზე დაყრდნობითა და ევროკავშირის დირექტივების (გამჭვირვალობასთან დაკავშირებით) გათვალისწინებით განიხილავს; პროცედურა 180 დღეს მოითხოვს და მხოლოდ ამის შემდგომ განცხადება ჩაითვლება დასრულებულად, ანუ ყველა მითითებების შესრულების შემთხვევაში ფარმაცევტულ პროდუქტს მიენიჭება ასანაზღაურებელი მედიკამენტის სტატუსი (შესაძლოა პაციენტების მხოლოდ მიზნობრივ ჯგუფისთვის). ამ გადაწყვეტილებას ღებულობს საბჭო, ისევე, როგორც პარალელურად იმპორტირებული სამედიცინო პროდუქტის სტატუსის, მასში აქტიური ნივთიერების დოზირებისა და შეფუთვის საკითხს. ბორდი ამასთან უფლებამოსილია დამოუკიდებლად, არგუმენტირებული საფუძველით, საკუთარი ინიციატივით ამოიღოს რომელიმე პრეპარატი ნუსხიდან.

ასევე პრაქტიკაში დაშვებულია სპონსორის, ან მწარმოებლის ინიციატივით სქემაში ჩართულ გარკვეულ სპეციფიურ სამედიცინო პროდუქტზე ფასის ცვლილების მოთხოვნა, როგორც გაზრდა, ისე შემცირება. ფასის ცვლილებები უკვე საბჭოს დირექტორის კომპეტენციას წარმოადგენს. თუ ფასის მომატების თაობაზე განაცხადიდან 90 დღის განმავლობაში გადაწყვეტილება არ იქნება მიღებული, მაშინ ის აპლიკანტის სასარგებლოდ წყდება და მის მიერ მოთხოვნილი ტარიფი კმაყოფილდება. ამის პარალელურად საბჭოს შეუძლია ნუსხაში ჩართული გარკვეული სამედიცინო პროდუქტის, ან მთელი ჯგუფის ფასწარმოქმნის პოლიტიკის შეცვლის საკითხი დააყენოს. საფუძველი ეროვნული ვალუტის რყევა, ქვეყანაში ეკონომიკური პარამეტრების ცვლილება, მეზობელ სახელმწიფოებში სამედიცინო პროდუქტების ბაზრის შესწავლა და ა.შ... ფასწარმოქმნის ახალი მეთოდის ინკორპორირებამ სახელმწიფოს მიერ შესასყიდ მედიკამენტებზე ფასები მკვეთრად შეამცირა და მნიშვნელოვნად შეაკავა საბიუჯეტო დანახარჯები.

აღსანიშნავია, რომ ფარმაცევტულ კომპანიებს, განსაკუთრებით ბაზარზე შემოსულ ახალ მწარმოებლებს აქვთ გარკვეული ინსტრუმენტი, საოლქო საბჭოსთან შესაბამისი მარეგულირებელი შეთანხმებით ესა თუ ის საკითხი განსახილველად დააყენონ წამლის სააგენტოს ბორდთან. ასეთი კოლაბორაცია ერთის მხრივ ამცირებს რისკებს ფარმაცევტული პროდუქტის ხარისხთან მიმართებაში, პროცესს ხდის გამჭვირვალეს და ამავდროულად არ ზღუდავს ბაზარზე ჯანსაღ კონკურენციას ნებისმიერი კეთილსინდისიერი მოთამაშისთვის. სახელმწიფო ინსტიტუციასთან მჭიდრო თანამშრომლობა თანასწორს ხდის ბიზნესის სექტორის ყველა წარმომადგენელს და იცავს ფარმაცევტული მონოპოლიის დამკვიდრებისაგან.

შვედეთში 2002 წლიდან ამოქმედდა კანონი „ფარმაცევტული პროდუქტის ანაზღაურების შესახებ“, რომელიც ავალდებულებს ყველა აფთიაქს ფარმაცევტული საშუალებების გენერიულით ჩანაცვლებას. კონკურენციის შეზღუდვის საპრევენციოდ ფარმაცევტი ვალდებულია მომხმარებელს შესთავაზოს ექვივალენტური მედიკამენტი ყველაზე დაბალი ერთეულის ფასით ექიმის დანიშნულების მიუხედავად. პაციენტს კი აქვს უფლება უარი თქვას გენერიულ მედიკამენტზე და თვითონ დაფაროს ბრენდირებული და გენერიული მედიკამენტების ფასთა სხვაობა.

შვედეთის სამედიცინო პროდუქციის სააგენტო (MPA) წყვეტს, რომელი ფარმაცევტული პროდუქტები ექვემდებარება ურთიერთჩანაცვლებას და აქვეყნებს ამ პროდუქტების სიასა და „საცნობარო ფასებს“. ეს ინფორმაცია წელიწადში დაახლოებით რვაჯერ განიცდის განახლებას და ის აბსოლუტურად ხელმისაწვდომია მომხმარებლისთვის, მათ შორის ამ მედიკამენტებზე დაწესებული მარეგულირებელი მექანიზმებიც.

ყოველთვიურად, წამლის სააგენტოს საბჭო ავლენს იმ ფარმაცევტული პროდუქტების ნუსხას, რომელსაც ყველაზე დაბალი საცალო ვაჭრობა აქვს; შერჩეულ ნაკრებზე წესდება სააქციო ფასი, რაც აფთიაქმა მთელი თვის განმავლობაში უნდა შეინარჩუნოს. ფარმაცევტული

კომპანია პასუხისმგებელია პროდუქტის ვარგისიანობასა და ხარისხზე. აღნიშნული მექანიზმი ერთის მხრივ მომხმარებლისთვის ხელმისაწვდომს ხდის ფარმაპროდუქტს, და ამავდროულად მისი რეალიზების ხელოვნურ სტიმულირებას ახდენს.

სახელმწიფოს მიერ ფარმაცევტულ ინდუსტრიაში გატარებულმა რეფორმებმა, ახალი საკანონმდებლო ინიციატივების წარმატებულმა იმპლემენტაციამ, მწარმოებლებს შორის ჯანსაღმა კონკურენციამ მნიშვნელოვანწილად შეამცირა ფარმაცევტულ პროდუქტებზე ფასები პირველსავე თვეებში დაახლოებით 40 %-ით, შემდგომ ორ წელიწადში კი საწყის ნიშნულთან მიმართებაში 35%-ით. ფასების დაწევამ გაზარდა პროდუქტის მოცულობა, რამაც შესაბამისად გაზარდა მასზე ხელმისაწვდომობა და შედეგად მეტი პაციენტის გამოჯანმრთელდა.

2009 წელს გაუქმდა შვედური სახელმწიფო ფარმაცევტული მონოპოლია, ამის შემდგომ გაიზარდა კერძო აფთიაქების რაოდენობა და დღეს ქვეყანაში წარმატებულად ოპერირებს 5 მძლავრი მთავარი სააფთიაქო ქსელი, 1400 ამბულატორიული, ასევე ჰოსპიტალური და ონლაინ აფთიაქები. მათ მოგების მარჟის ზედა ზღვარს ანაზღაურების სქემაში შემავალ მედიკამენტებზე, წამლის სააგენტო უწესებს, რომელიც არეგულირებს ფარმაპროდუქტის როგორც შესყიდვის, ისე გასაყიდ ფასს. ამრიგად, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების ფასწარმოქმნა სააგენტოს კომპეტენციაა, ხოლო ურეცეპტოდ გაცემულ დანიშნულ პრეპარატებზე აფთიაქს თავად შეუძლია მოგების მარჟის დაწესება.

შვედეთში ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოება, ისევე როგორც სამედიცინო აპარატურის, ერთერთ ყველაზე მძლავრ ინდუსტრიას წარმოადგენს, რაც ჯანდაცვის სფეროს წარმატების მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია. მხოლოდ 2021 წელს ფარმაპროდუქციის ბრუნვამ 53.5 მილიარდი ჰოლანდიური კრონა შეადგინა, აქედან 66% ელექტრონული რეცეპტით გაცემული დანიშნულების საფუძველზე.

აღსანიშნავია, რომ მედიკამენტების ფასების რეგულირების მიზნით გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნისთვის შვედეთი ევროპის 14 ქვეყნის მიერ არის რეფერენს ქვეყნად გამოყენებული. ესენია: ავსტრია, ბელგია, კვიპროსი, ჩეხეთი, გერმანია, დანია, საბერძნეთი, ფინეთი, უნგრეთი, ისლანდია, იტალია, ნორვეგია, პოლონეთი და სლოვაკეთი.

დანია კონსტიტუციური მონარქიის, ნატოსა და ევროკავშირის წევრი სახელმწიფოა (მოსახლეობა 5,857 მლნ). მთლიანი შიდა პროდუქტი 398.3 მილიარდი აშშ \$-ა; ხოლო მთლიანი შიგა პროდუქტი ერთ სულ მოსახლეზე 68,007\$-ია. ჯანდაცვაზე დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 6003\$-ს, რაც მშპ-ის 9.96%-ია.

მსოფლიო ბანკის მონაცემებით (2015 წ.) დანია ევროპის ყველაზე მაღალანაზღაურებადი სახელმწიფოა და ბიზნესის კეთების კუთხითაც საუკეთესო და მსოფლიო მაშტაბით სინგაპურისა და ახალი ზელანდიის შემდგომ მესამე ადგილს იკავებს.

დანიაში უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს, რომელიც თანასწორობისა ყოვლისგლისმომცველობის პრინციპზეა აგებული. დაფინანსების ძირითადი წყარო ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებია, და ამავდროულად მხარდაჭერილია ცენტრალური, სახელმწიფო საგრანტო ასანაზღაურებელი სქემებით. შვედეთის მსგავსად, დანიაშიც ჯანდაცვის სისტემა სამ შტოდაა წარმოადგენილი; ეროვნული, რეგიონალური და მუნიციპალური; პირველი რგოლი პოლიტიკის განმსაზღვრელი, მარეგულირებელი და საზედამხედველო კომპეტენციით შემოიფარგლება. ხუთი რეგიონი პასუხისმგებელია ჰოსპიტალურ სექტორზე, ფსიქიატრიულ მოვლასა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებზე, რომელთაც ყველა საკვანძო დატვირთვა და როლი აქვთ, ხოლო 98 მუნიციპალიტეტი პირველადი ჯანდაცვასა და მოხუცებულთა მოვლას კურირებს.

ფარმაცევტული საქმიანობა რეგულირდება სახელმწიფოს მიერ ოპერირებადი წამლის სააგენტოს მიერ, რომელიც ევროპის წამლის სააგენტოსთან (EMA) კოორდინაციაში იცავს მომხმარებელთა უფლებებს პირველ რიგში უსაფრთხოების კრილში, და რასაკვირველია კატასტროფული ფინანსური ხარჯებისაგან. სააგენტო ყოველ 14 დღეში პორტალზე ანახლებს ყველა მომხმარებლისთვის ხელმისაწვდომ ინფორმაციას ფასების შესახებ, ავალდებულებს ყველა ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენელს, რომ პაციენტს შესთავაზონ ყველაზე იაფი პროდუქტი შემცვლელთა ჯგუფის ფარგლებში (სავალდებულო ჩანაცვლება), მხოლოდ ამის

შემდგომ ბენეფიციარი თავად წყვეტს, არჩევანი გააკეთოს შეთავაზებულ იაფ წამალზე, თუ საკუთარი ჯიბიდან გადაიხადოს ძვირადღირებული მედიკამენტის საფასური.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დანიაში ფარმაცევტულ კომპანიებს ფარმაპროდუქტზე მოგების მარჟის დადგენაში ლიმიტი არა აქვთ დაწესებული. თუმცა, დანიის ფარმაცევტული ინდუსტრიის ასოციაციის წევრები, დანიის ჯანდაცვის სამინისტროსა და თვითმმართველ რეგიონებს შორის დადებული ზღვული ფასების შეთანხმების ობიექტები არიან. აქედან გამომდინარე, ასოციაციის წევრი სუბიექტი ამ ხელშეკრულების ფარგლებში მოქმედებს.

სახელმწიფო შესყიდვები და ფასწარმოქმნის პოლიტიკა განსხვავებულია სტაციონარული და ამბულატორიული მედიკამენტებისადმი. ყველა საზოგადოებრივი ჰოსპიტლისთვის სამედიცინო პროდუქტის 99%-ს შესყიდვას ახორციელებს ფარმაცევტული კომპანია „ამგროსი“, რომელიც ხუთივე რეგიონის საკუთრებას წარმოადგენს. ამრიგად, რეგიონების მართვაში არსებულ ყველა მულტიპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებაში მოქალაქეებისთვის სერვისებისა და მედიკამენტებისთვის ხარჯი სრულად იფარება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან. პირველადი ჯანდაცვის სექტორისთვის ტარიფის დადგენის პოლიტიკა კი სხვა რეჟიმში ხორციელდება, კერძოდ, ცხადდება 14 დღიანი ტენდერი გენერიულ ამბულატორიულ მედიკამენტებზე კონკურენტულ ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის. მსვლელობისას ყველა კომპანია საკუთარ ფასს წარუდგენს დანიის წამლის სააგენტოს. პროცესი სრულიად გამჭვირვალეა და კონკურენცია ჯანსაღი. პროდუქტი, რომელსაც კონკურენტი არ აღმოაჩნდება, დანიის წამლის სააგენტოს ვიზირების შემდგომ შედის ასანაზღაურებელი მედიკამენტების ნუსხაში.

დანიაში რეფერენტული ფასწარმოქმნის სისტემის დანერგვა 2005 წელს დაიწყო და დღესაც საცნობარო ფასების სადაზღვეო ბენეფიტის დიზაინს იყენებს წარმატებულად, რომლის მიხედვითაც ყველა მომხმარებელს აქვს წვდომა დაბალი ღირებულების მედიკამენტზე თითოეულ თერაპიულ კატეგორიაში ნომინალური თანაგადახდისათვის, მაგრამ, თუ პაციენტმა და მისმა მკურნალმა ექიმმა არჩევანი ბრენდირებულ-ძვირადღირებულ თერაპიულ ექვივალენტურ პროდუქტზე გააკეთეს, მაშინ ის ფასში სრულ სხვაობას იხდის. რაც შეეხება თვითონ ასანაზღაურებელი მედიკამენტის თანაგადახდის პროცენტულ მაჩვენებელს, სახელმწიფო ფარავს 80%-ს, დანარჩენი 20% მოქალაქის თანაგადასახდელია. აღნიშნული პოლიტიკა ამოქმედების მომენტიდან არ შეცვლილა.

გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნისთვის დანია ფასების შესახებ ინფორმაციას იღებს ავსტრიის, ჩეხეთის, ბელგიის, ფინეთის, უნგრეთის, ნიდერლანდების, ნორვეგიის, შვედეთისა და გაერთიანებული სამეფოს ქვეყნებიდან, რომლებთანაც დანია შედარებადია სოციო-ეკონომიკური პარამეტრებით, გეოგრაფიული სიახლოვით, ჯანდაცვის სისტემის მეტ-ნაკლებად მსგავსი სისტემით, მედიკამენტების ფასებზე მონაცემების შეგროვების გამართული სისტემით. ხოლო თავად დანია 18 ევროპული სახელმწიფოსთვის წარმოადგენს რეფერენსს, ანუ შესადარებელ ქვეყანას. დანია იმ ქვეყნების ჩამონათვალშია, სადაც ფასების რევიზია პრაქტიკულად არ ხდება და სწორედ ეს გარემოება განაპირობებს პროექტის დიზაინის უცვლელობას. დანიაში ძალიან საინტერესო რეგულაცია მოქმედებს ფარმაცევტულ სექტორთან მიმართებაში. 2016 წლის მონაცემებით ქვეყანაში ფუნქციონირებს 240 კერძო აფთიაქი თავისი 140 ფილიალით, მათ შორის ჰოსპიტალური აფთიაქები, რომლებიც დანიის წამლის სააგენტოს მიერ ლიცენზირებული ფარმაკოლოგების საკუთრებას წარმოადგენენ (ლიცენზია გაცივმა არა კომპანიაზე, არამედ ფარმაცევტზე). სააგენტო განსაზღვრავს კერძო აფთიაქების როგორც რაოდენობას, ისე მათ ლოკაციას. კერძო მესაკუთრეს ფილიალის გახსნა შეზღუდული აქვს 75 კმ-ზე ნაკლებ დისტანციაზე, ამასთან, კანონმდებლობით მას მაქსიმუმ 8 ერთეული აფთიაქის ფლობის უფლება აქვს, მაშინ, როდესაც რეგიონალური აფთიაქების საქმიანობას ადგილობრივი ხელისუფლება განსაზღვრავს. აღნიშნული რეგულაცია ოლიგო და მონოპოლიისაგან იცავს ფარმაცევტულ ბაზარს და მეტად კონკურენტუნარიანს ხდის სექტორს.

ნორვეგია ჩრდილოეთ ევროპის სკანდინავიური, კონსტიტუციური მონარქიის ქვეყანაა, რომელიც (მოსახლეობა 5,425,270). მსოფლიო ბანკის 2022 წლის მონაცემებით, მშპ შეადგენს 504 მლრდ \$(30-ე), ხოლო მშპ ერთ სულ მოსახლეზე - 92.646\$ (3-ე); ჯანდაცვაზე დანახარჯი ერთ

სულ მოსახლეზე 8007\$, რაც მშპ-ის 10.52%-ია. ჯიბიდან გადახდის მაჩვენებელი ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებიდან 14%-ს არ აღემატება.

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა სამდონიანია და წარმოდგენილია 1. ცენტრალური სახელმწიფო, 2. ჯანდაცვის ოთხი რეგიონალური თვითმმართველი ხელისუფლებით, რომლებიც ჰოსპიტალურ სექტორზე იღებენ პასუხისმგებლობას და 3. მუნიციპალური (422), რომელიც ამბულატორიულ კომპონენტს კურირებენ. მოსახლეობის 10 %ფლობს კერძო დაზღვევას მაღალი დონის სამედიცინო მომსახურების დროში შეუზღუდავად მიღების მიზნით და აქვს უდიდესი არჩევანი კერძო კლინიკების კუთხის, სადაც დაზღვევა მხოლოდ მინიმალურად ფარავს მიღებული სერვისების ღირებულებას. ნორვეგიის წამლის სააგენტო (NOMA) ადგენს მედიკამენტების ზღვრულ ფასს, ასანაზღაურებელი მედიკამენტების ნუსხას და უზრუნველყოფს მომხმარებლის უფლებების დაცვას ფინანსური და უსაფრთხოების კუთხით შესაბამისი კანონმდებლობის იმპლემენტაციით. ის საქმიანობას ნორვეგიის ჯანდაცვის ეკონომიკის ადმინისტრაციასთან კოორდინირებით ეწევა.

ვინაიდან ნორვეგიაში ფარმაპროდუქტების მწარმოებლებთან მიმართებაში განსაკუთრებული რეგულაციები არ არის ამოქმედებული, არსებობს მედიკამენტების ფასწამოქნის ორი პროცედურა: გარე რეფერირების სისტემა, რომელიც ქვაკუთხედიან ზღვრული ფასების შემუშავებისთვის და შიდა რეფერირების მოდელი, რომელიც კონკურენტუნარიანობას ზრდის გენერიულსა და ჩანაცვლებით ფარმაპროდუქტებს შორის და შესაბამისად ამცირებს მათ სავაჭრო ფასს.

ნორვეგიაში რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა 2000 წელს ამოქმედდა, თუმცა დაახლოებით ერთი თავზე მედიკამენტების ფასები მხოლოდ 2%-ით შემცირდა, გარე რეფერენტული მეთოდის ამოქმედებით კი პროექტი უკვე 2009 წლიდან გახდა წარმატებული, ვინაიდან ამ პერიოდიდან დაიწყო ასანაზღაურებელ ფარმაპროდუქტებზე ფასების მნიშვნელოვანი და პროგნოზირებადი შემცირება. როდესაც გრფ-სთან პარალელურად ნორვეგიაში ამოქმედეს შიდა რეფერენტული ფასწარმოქმნის მეთოდიც, ბრენდული მედიკამენტები გაიფადა 18%-ით, ხოლო გენერიკები-8%-ით. ნორვეგია ევროპის რეგიონის 44 ქვეყნის მსგავსად სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებადი მედიკამენტებისთვის ყვრდნობა ე.წ. ესენციურ, ანუ პოზიტიური მედიკამენტების სიას. ნორვეგია რეფერენტული ფასწარმოქმნისთვის იყენებს ევროპის 9 ქვეყანას. ესენია: ავსტრია, ბელგია, გერმანია, დანია, ფინეთი, ირლანდია, ნიდერლანდები, შვედეთი, გაერთიანებული სამეფო, რომლებთანაც მისგავსებული სოციო-ეკონომიკური, ჯანდაცვისა და რეგულირების მოდელები აქვს. თავად ნორვეგია ევროპის 6 ქვეყნისთვისაა რეფერენს ქვეყანა.

ფინეთი ჩრდილოეთ ევროპის სკანდინავიური, ევროკავშირის წევრი და ნატოს წევრი სახელმწიფო და ევროზონის საპარლამენტო რესპუბლიკაა (მოსახლეობა 5,536,146). მშპ 276.275მლრდ\$-ია, მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 50450\$; ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე 4.516\$-ია, რაც მშპ-ის 9.04%-ს შეადგენს. ფინეთის ჯანდაცვის სისტემას სხვა ნორდიკული ქვეყნების მსგავსი მოდელი აქვს, ის სამდონიანი და დეცენტრალიზებულია.

ფინეთში რეფერენტული ფასწარმოქმნის სისტემას, საცნობარო ფასებს, ანაზღაურებადი მედიკამენტების ჩამონათვალის შდგენა-გადახედვას და სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებადი ფარმაპროდუქტების გარშემო აფილირებულ ყველა პროცესს არეგულირებენ ფინეთის მედიკამენტების სააგენტო (FIMEA), ფარმაცევტული პროდუქტების ფასების საბჭო (HILA), სოციალური დაზღვევის დაწესებულება (kELA), მარკეტინგული ავტორიზაციის მფლობელი კომპანიები, რომელთა რთულ, კოორდინირებულ საქმიანობაზეა დამოკიდებული პროექტის წარმატებულობა. ფინეთი გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნისთვის იყენებს ევროპის 16 ქვეყანას. სხვადასხვა გარემოებების გათვალისწინებით მან არაერთგზის შეცვალა შესადარებელი სახელმწიფოები, თუმცა ფასების განახლების სიხშირით არ გამოირჩევა. ფინეთში დაახლოებით ხუთ წელიწადში ერთხელ ხდება ფარმაცევტულ პროდუქტების ტარიფების პოლიტიკის გადახედვა და რაიმე სახის ცვლილების შეტანა (მაშინ, როდესაც მეზობელ ნიდერლანდებში ყოველ ექვს თვეში ერთხელ ხდება მედიკამენტების ფასების გადახედვა და განახლება).

ისლანდია ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყანა, საპარლამენტო რესპუბლიკა (მოსახლეობა - 372.520). მშპ შეადგენს 25.60 მლრდ დოლარს, ხოლო მშპ ერთ სულ მოსახლეზე 68.728\$-ია. საერთო დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულ მოსახლეზე 6,275\$-ია, რაც მშპ-ის 8.64%-ს შეადგენს. ისლანდიაში, განსხვავებით ყველა დანარჩენი ნორდიკული ქვეყნებისაგან, ჯანდაცვის სისტემა ცენტრალიზებულია, რომლის ბიუჯეტების ძირითად წყაროს ზოგადი გადასახადების საშემოსავლო მოსაკრებელი წარმოადგენს; სექტორი უზრუნველყოფს მოქალაქეების უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სერვისებსა და სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებად ფარმაცევტულ პროდუქტებზე. ისლანდიაში რეფერენტული პოლიტიკის უზრუნველყოფა წამლის სააგენტოს კომპეტენცია, რომელიც ევროსაბჭოსთან აფილირებული საკანონმდებლო ბაზის საფუძველზე ოპერირებს იმ მთავარი პრინციპებითა და ღირებულებებით, რაც იცავს მოსახლეობას საფრთხისა და გაღარიბებისგან;

ყველა ფარმაცევტული პროდუქტი იყოფა შემდეგ კატეგორიებად: ჰოსპიტალური, ბრენდირებული (ორიგინალი), პარალელურად იმპორტირებული, გენერიული/ბიოსიმილარი. ფასი კი ვარიირებს. ამიტომაც მარეგულირებელი მიდგომაც განსხვავებულია. მაგ. ბრენდირებულ პროდუქტებზე ფასწარმოქმნა ხდება ყველა ნორდიკული ქვეყნის იდენტური პრეპარატების ფასთა მედიანათი (გასაშუალოებული ფასი); პარალელურად იმპორტირებულ პროდუქტზე- ფასი უნდა იყოს ისლანდიაში შესაბამისი ორიგინალური, ან გენერიული მედიკამენტის ფასზე ნაკლები; ჯენერიკი/ბიოსიმილარი-ნორდიკული ქვეყნების რეფერენციით; ჰოსპიტალური და ხანგრძლივი მოვლისთვის განკუთვნილი ძვირადღირებული პრეპარატები -ფასი ედრება ნორდიკულ ქვეყნებში ანალოგიურ წამლებს. საცალო და საბითუმო ფასთა შედარება რეგულარულად ხდება. საბითუმო ვაჭრობის ფასი განახლდება და კორექტირდება მინიმუმ ორ წელიწადში ერთხელ. თუ ფასთა სიაში საბითუმო ვაჭრობის ფასი დაკავშირებულია უცხოურ ვალუტასთან, ის ყოველთვიურად დაკორექტირდება. წამლის სააგენტო მჭიდროდ თანამშრომლობს როგორც საუნივერსიტეტო კლინიკებთან, ისე ისლანდიის სადაზღვევო კომპანიებთან და ნებისმიერი ინიციატივის კლინიკურ და ეკონომიკურ შესაფასებას მათთან კოორდინაციით ახორციელებს.

რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა 1989 წელს გერმანიაში დანერგილი პროექტია, რომელიც სულ რამდენიმე წელიწადში ევროპის ქვეყნების უმრავლესობამ გაიზიარა. ჯანდაცვის სექტორისთვის ეს რეფორმა ერთმნიშვნელოვნად უდიდესი პროგრესი და წინგადადგმული ნაბიჯია, რაც სახელმწიფოს საბიუჯეტო სახსრების დაზოგვის და ჭარბი დანახარჯებისგან დაცვის ერთერთი საუკეთესო მექანიზმი აღმოჩნდა. ამავდროულად რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა გარკვეულწილად გარანტორის მანდატს ანიჭებს სახელმწიფოს ფარმაცევტული საშუალებების ხარისხის უზრუნველყოფის ჭრილში (როდესაც გამართული კონტროლის მექანიზმები და სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზაა). რეფერენტული ფასწარმოქმნის პოლიტიკა მონო და ოლიგოპოლის მანკიერი პრაქტიკის პრევენციით კონკურენტული ბაზრის განვითარებას უწყობს ხელს.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Maljanen T, Martikainen JE, Koskinen H, Vogler S. (2015). PR3 - Prices of Pharmaceuticals Under a Generic Price Linkage System And a Reference Price System: Comparison of Austria and Finland, Value in Health 18 (7).
- Thengilsdottir G, Gardarsdottir H, Almarsdottir AB, McClure CB, Heerdink ER (2013). The association between lifting an administrative restriction on antidepressant dispensing and treatment patterns in Iceland, Health Policy 111 (2): 193-199.
- Maljanen T, Martikainen JE, Koskinen H, Vogler S. (2015). Prices of Pharmaceuticals Under a Generic Price Linkage System And a Reference Price System: Comparison of Austria and Finland. Value in Health 18 (7).
- Pettersson B. (2012). Utilization and costs of lipid modifying therapies following health technology assessment for the new reimbursement scheme in Sweden. Health Policy.



გენდერული უთანასწორობის პრობლემა სამუშაო ადგილებზე

თამთა ქვრივიშვილი, მარიამ ნატრადე¹

¹ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

გენდერი და ეკონომიკის სოციოლოგია, ისევე როგორც სოციალური ცხოვრების ყველა სფერო დაკავშირებულია ერთმანეთთან და თავის მხრივ ეს ყოველივე დაკავშირებულია ბაზრის მუშაობასთან. ბაზარი წარმოადგენს მთავარ ეკონომიკურ მამოძრავებელ ძალას, რომელიც განსაზღვრავს ჩვენს ეკონომიკურ კეთილდღეობას. ბაზარზე სამუშაო გადანაწილება უნდა გულისხმობდეს თანაბარ შესაძლებლობებს, როგორც კაცებისთვის ასევე ქალებისთვის. ამ ყოველივეს კი სახელმწიფოსთან ერთად უნდა არეგულირებდეს ეკონომიკური ბაზარი. თუ ბაზარზე გენდერისთვის თანაბარი პირობები იქნება შექმნილი, ეს უფრო მეტ შესაძლებლობას მიცემს ეკონომიკას, რომ განვითარდეს. ამ ყველაფრისთვის კი აუცილებელია გატარდეს სხვადასხვა სოციალური ღონისძიებები, მოხდეს რესურსების თანაბარი გადანაწილება, რაც შექმნის თანაბარ პირობებს ქალებისა და მამაკაცებისთვის. ყველა ორგანიზაციამ უნდა იზრუნოს თანაბარი სამუშაო პირობების შექმნაზე.

საკვანძო სიტყვები: გენდერი, გენდერული უთანასწორობა, ქალთა დასაქმება, დისკრიმინაცია

ციტირება: თამთა ქვრივიშვილი, მარიამ ნატრადე. გენდერული უთანასწორობის პრობლემა სამუშაო ადგილებზე. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

The problem of gender inequality in the workplace

Tamta Kvrivishvili¹, Mariam Natradze¹

¹School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University

Abstract

Gender and the sociology of economics, like all areas of social life, are interrelated and in turn all related to the functioning of the market. The market is the main economic driving force that determines our economic prosperity. The distribution of work in the market should mean equal opportunities for both men and women. The economic market should be regulated together with the state. If equal conditions are created for gender in the market, it will give more opportunities for the economy to develop. For all this, it is necessary to carry out various social measures, to make an equal distribution of resources, which will create equal conditions for women and men. All organizations should take care to create equal working conditions.

Key words: Gender, gender inequality, women's employment, discrimination

Citation: Tamta Kvrivishvili, Mariam Natradze. The problem of gender inequality in the workplace. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

შესავალი

გენდერი და მასთან დაკავშირებული საკითხები აქტუალურია ეკონომიკის სოციოლოგიაში. სამუშაო ადგილებზე გენდერული თანასწორობის პრობლემა გადაუჭრელი რჩება, რაც ხელს უშლის ქვეყნის როგორც დემოკრატიულ, ასევე ეკონომიკურ განვითარებას. გენდერი განისაზღვრება, როგორც სოციალური ფენომენი, რომელიც გულისხმობს ქალსა და კაცს შორის განსხვავებას, არა ბიოლოგიურ, არამედ სოციალური მოცემულობით.

ეკონომიკურ მოქმედება სოციალურად განსაზღვრულია და წარმოადგენს საზოგადოების ცხოვრების შემადგენელ ნაწილს. ეს ყოველივე დაკავშირებულია ეკონომიკური სარგებლის მიღებასთან, ხოლო ამგვარი სარგებელი მიიღება ანაზღაურებად შრომაში ინდივიდების ჩართულობით. ეკონომიკა მოიცავს შინამეურნეობებს, ორგანიზაციებს, რომლებშიც ადამიანები მუშაობენ, ყიდულობენ საქონელს, იღებენ ანაზღაურებას და ჩართულნი არიან ბაზრის მუშაობაში. ბაზარი, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს მიმდინარე ეკონომიკურ პროცესებზე.

ნებისმიერ სოციუმში ეკონომიკური საზოგადოება დაკავშირებულია და ორგანიზებულია სქესის მიხედვით. ქალები ანაზღაურებად სამუშაოზე მუშაობის დაწყებისას ძირითადად დასაქმდნენ ისეთ სამსახურებში, რომლებიც შემდგომში განისაზღვრა როგორც ქალის პროფესია. შორმის ბაზარი სქესობრივად იყო სეგრეგირებული, კაცები დომინირებდნენ ყველაზე პრესტიჟულ პროფესიებში: საწარმოო საქმე, ტრანსპორტი, მშენებლობა. ქალები კი დომინირებდნენ ისეთ პროფესიებში როგორცაა: ექთანი, მასწავლებელი და ბიბლიოთეკარი. 1970 წლის შემდეგ პროფესიულმა სქესის სეგრეგაციამ მნიშვნელოვანი შემცირება განიცადა.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სეგრეგაციის ინდექსი 1970 წლიდან 2000 წლამდე 68-დან 52-მდე შემცირდა. თუმცა, აღნიშნული საკითხი თითქმის ყველა სამუშაო ბაზარზე დღემდე გადაუჭრელი და პრობლემურია. შრომის ბაზარზე კადრების შერჩევა განისაზღვრება ორგვარად და შესაძლოა ითქვას დისკრიმინაციული კუთხით: პირველი - დამსაქმებლები ეწევიან დისკრიმინაციას ერთნაირი კვალიფიკაციის მქონე მამაკაცებს და ქალებს შორის (ცნობიერად ან არაცნობიერად); მეორე - იყენებენ ისეთი შერჩევის კრიტერიუმებს, რომლებზეც გავლენას ახდენს სქესი (Swedberg, 2005).

კულტურული არგუმენტი სეგრეგაციასთან დაკავშირებით გამომდინარეობს სოციალიზაციის პროცესიდან. კულტურული გარემო, რომელშიც გვიწევს ცხოვრება, არსებული სოციალური ნორმები და ინსტიტუტები განსაზღვრავენ ქალებისა და კაცების ინტერესებსა და მისწრაფებებს. ეს ყოველივე კი საბოლოოდ განსაზღვრავს მიდრეკილებას სხვადასხვა სამსახურებისკენ, რაც ჯერ კიდევ სკოლის ასაკიდან იწყება. კულტურულმა გარემომ შესაძლოა მთლიანად განსაზღვროს ადამიანის პროფესია, სქესის მიუხედავად. დღეს საქართველოში ნათლად იკვეთება გენდერული სხვაობები, რომელზეც კულტურა და უშუალოდ ოჯახი ახდენს გავლენას; მაგალითად, როდესაც უნივერსიტეტში ჩაბარებისას გოგოებს მშობლები ურჩევენ, რომ „ქალური“ პროფესია (მაგ., მასწავლებელი, ფარმაცევტი) აირჩიოს. მნიშვნელოვანი ფაქტია ასევე სხვადასხვა საიტებზე გამოცხადებული ვაკანსიები, რომლებშიც აშკარად წერენ, რომ ეძებენ მამრობითი სქესის წარმომადგენელს ან პირიქით. ეს დისკრიმინაციის ერთ-ერთი ყველაზე ნათელი გამოვლინებაა.

სამუშაოსთვის „შესაბამისი სქესი“ - ტერმინმა შესაძლოა ძლიერად შეუწყოს ხელი სეგრეგაციას. მაგალითისთვის, დამსაქმებლებს სჯერათ, რომ მნიშვნელოვანია ბავშვებთან იმუშაონ ქალებმა, რადგან მათ აქვთ ერთგვარი შიში, რომ კაცები მოძალადეები არიან და რომ მათ უფრო „კაცური“ სამსახური შეესაბამებათ. თუმცა, არაერთი მაგალითი გვაქვს, როდესაც დაქირავებული ქალი ძიძები ძალადობენ ბავშვებზე. რეალობა კი სულ სხვაა, კაცებს ისევე შეუძლიათ ბავშვის მოვლა და სახლის საქმეების შესრულება, როგორც ქალებს. ხოლო ქალებს ისევე შეუძლიათ ფიზიკურად მძიმე სამუშაოს შესრულება როგორც კაცებს. ასეთი რწმენა გავლენას ახდენს სამუშაოზე კადრების დაქირავებასთან დაკავშირებით. ეს ყველაფერი კი კულტურის მაგალითია, რომელიც გავლენას ახდენს სეგრეგაციაზე, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ქალების შევიწროება მამაკაცის სამუშაოებზე და პირიქით (Swedberg, 2005)

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანურ კაპიტალში დიდი როლი ენიჭება განათლებას, მასზე არასოდეს გაკეთებულა აქცენტი გენდერული უთანასწორობის ახსნისას, რადგან ბევრ ქვეყნებში ქალები და მამაკაცები იღებენ განათლებას მსგავსი რაოდენობით. გენდერის შემთხვევაში, ადამიანური კაპიტალის თეორეტიკოსები ცდილობდნენ აეხსნათ, თუ რატომ ირჩევენ ქალები და მამაკაცები ერთნაირი განათლების მიღებისას სხვადასხვა სფეროს. ერთი შეხედვით, ძნელი წარმოსადგენია ვიფიქროთ ფულთან დაკავშირებულ მოტივზე, რომელიც ქალებს „ქალური“ სამუშაოს არჩევისკენ უბიძგებს. ზოგი მკვლევარის მტკიცებით, ქალები ცდილობენ აირჩიონ ისეთი სამუშაო, რომ უფრო მეტი დრო დარჩეთ საოჯახო საქმეებზე. სქესობრივი სხვაობა ანაზღაურებაში აიხსნება ძირითადად ორი ფაქტორით: ქალების მიერ შვილების აღზრდაზე პასუხისმგებლობით, რაც ქმნის ქალების დაბალანაზღაურებად სამუშაოებზე სეგრეგაციას. როგორც არ უნდა იყოს სეგრეგაციის მიზეზები, ის დაკავშირებულია ანაზღაურების სხვაობასთან, რადგან ძირითადად ქალების სამუშაოებში საშუალოდ ნაკლებს იხდიან, ვიდრე ძირითადად მამაკაცების სამუშაოებში (Folbre, 2005).

ქალთა შრომის გაუფასურების ერთ-ერთი მაგალითია “ზრუნვის სამუშაოს” გაუფასურება - როგორცაა ბავშვზე ზრუნვა, სწავლება, ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველყოფა, კონსულტაცია და ა.შ. უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხისმგებლობა ამგვარ სამუშაოზე უფრო მეტია, თუმცა მაინც დაბალანაზღაურებადია (Swedberg, 2005).

ეკონომიკური ბაზარი ზემოთ აღნიშნულ პრობლემებს ვერ არეგულირებს, რაც ნათლად აისახება პროფესიულ გადანაწილებაში. კერძოდ, ჩვენი ქვეყნის და არა მარტო ჩვენი ქვეყნის მაგალითზე ქალები ძირითადად დასაქმებულნი არიან, როგორც მასწავლებლები, მიძები, ფარმაცევტები, ბიბლიოთეკარები, მკერავები და ა.შ. სამუშაო ბაზარი განისაზღვრება ორი პოლუსით - „ქალური სამსახური“, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ასოცირდება არაფიზიკურ შრომასთან და ამავდროულად დაბალანაზღაურებასთან. ხოლო მეორე პოლუსი - „მამაკაცური სამსახური“, სადაც ძირითადად იგულისხმება მეტ-ნაკლებად ფიზიკური შრომა და მეტი ანაზღაურება, ვიდრე ქალების შემთხვევაში. ეს ყოველივე განპირობებულია სოციალური გარემოთი, სადაც ცხოვრება გვიწევს.

საქართველოში საზოგადოებრივ ტრანსპორტს ძირითადად მამაკაცები მართავენ. შესაბამისად, ადგილი აქვს სამუშაო ადგილზე ქალთა დისკრიმინაციას. გარდა ამისა, კიდევ ერთი ნათელი მაგალითია გენდერული უთანასწორობა პოლიტიკაში, რომელიც სულაც არ არის ახალი ფენომენი. ეს ტენდენცია უძველესი დროიდან მოდის და დღევანდელ პოლიტიკას და პარლამენტის სხდომებსაც თუ გადავხედავთ სურათი მეტად აშკარაა. ანალოგიური მდგომარეობაა საქართველოს ეკონომიკურ ბაზარზე. გავრცელებული სტერეოტიპული შეხედულება იმის შესახებ, რომ კაცებს „მათემატიკური ტვინი“ და „ტექნიკური შესაძლებლობები“ აქვთ ქალებთან შედარებით, მათ თითქოს პრიორიტეტულ მდგომარეობაში აყენებს. ეკონომიკურ ბაზარზე კაცთა სიჭარბეა. მსხვილი ბიზნესის მფლობელები და მმართველები კაცები არიან. ამგვარი რეალობა კი მნიშვნელოვნად ავნინებს ქალთა როლს აღნიშნულ პოზიციებზე, მაშინ როცა სხვა ქვეყნის მაგალითებზე დაყრდნობით ქალები საკმაოდ წარმატებული ბიზნესმენები არიან, ხოლო მათ მიერ წარმოებულ ბიზნესებს კი წვლილი შეაქვთ ქვეყნის განვითარებაში.

პანდემიის პირობებში აღნიშნული პრობლემა უფრო ნათლად გამოიკვეთა. ბაღებისა და სკოლების დროებითი შეჩერების შედეგად ქალები უფრო მეტ დროს ატარებდნენ სახლში და უფრო მასიურად გადავიდნენ ონლაინ მუშაოებაზე, რამაც დიდი გავლენა იქონია გლობალურ ეკონომიკურ სისტემაზე. კვლევებით დგინდება, რომ წყვილებს შორის, სადაც ქალები უფრო მეტს გამოიმუშავებდნენ, ვიდრე მამაკაცები, ქალები მაინც მეტ საოჯახო საქმეებს ასრულებენ ვიდრე კაცები. კვლევები აჩვენებს, რომ ქალებმა საოჯახო სამუშაოები ბევრად უფრო შეამცირეს, თუმცა, ბავშვზე ზრუნვა მაინც დიდწილად ქალების პასუხისმგებლობაა.

საქართველოს პარლამენტმა მიიღო გენდერული თანასწორობის კონცეფცია. მთავრობა აქტიურად საუბრობს საქართველოს საკანონმდებლო ბაზის მიახლოებაზე ევროპულ კანონმდებლობასთან, ხოლო საქართველოს შრომის კოდექსის მიხედვით “დასაქმებულს თავისი მოთხოვნის საფუძველზე ეძლევა შევსება ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის

მოვლის გამო 477 კალენდარული დღის ოდენობით. ოფიციალურად საქართველოში არსებობს დემოკრატიული და სოციალურად თანასწორი საზოგადოების ფორმირების პოლიტიკური ნება, მაგრამ ქვეყანაში მიმდინარე სოციალური და პოლიტიკური ცვლილებები ვერ უზრუნველყოფენ დემოკრატიული ფასეულობების რეალიზაციას. ქალთა მონაწილეობა ქვეყანაში პოლიტიკური და ეკონომიკური გადაწყვეტილებების მიღებისას კვლავ ნომინალურია. სახელმწიფო მართვის სხვადასხვა დონეზე ვერ ხორციელდება გენდერული თანასწორობის პოლიტიკა. სიღარიბის გამო იკლო შობადობის რიცხვმა. ხშირია ეკონომიკური პრობლემების გამო ოჯახების დანგრევა. იზრდება მარტოხელა დედების რიცხვი. აუცილებელია აღინიშნოს ქალთა შრომითი ემიგრაციის ინტენსიური ზრდა, რაც მნიშვნელოვნად ცვლის ოჯახის სტრუქტურასა და გენდერულ ფუნქციებს (არველაძე, 2009).

აუცილებელია პოზიტიური გადაწყვეტილებები იქნას მიღებული ქალთა წასახალისებლად და მათ აქტიურად ჩასართველად ეკონომიკურ სექტორში. საგულისხმოა, რომ საქართველოში დღესდღეობით არსებობს პოზიტიური ტენდენცია ქალების მიერ სტარტაპებისა და საოჯახო ბიზნესების შესახებ. ძალიან ბევრი მათგანი ცდილობს ამ გზით თავი დაიმკვიდროს უფრო დიდ ბაზრებზე. შესაძლებელია სოციალური თანასწორობის სიცოცხლის საწყისი ეტაპებიდან უზრუნველყოფა, რაც უნდა მოხდეს ჯერ კიდევ სოციალიზაციის იმ პროცესში, როდესაც ბავშვი გადის თამაშის ეტაპს. გოგონებს და ბიჭებს უნდა ვასწავლოთ, რომ მოაწესრიგონ თავიანთი ნივთები, მოიწესრიგონ საკუთარი თავი. ეს ყველაფერი სამომავლოდ მოგვცემს იმის შესაძლებლობას, რომ როგორც ქალები ასევე კაცები იყვნენ თანაბარ პირობებში, ეს იქნა სახლის დალაგება, ბავშვების მოვლა თუ სხვა.

ამგვარად, გენდერი და ეკონომიკის სოციოლოგია, ისევე როგორც სოციალური ცხოვრების ყველა სფერო დაკავშირებულია ერთმანეთთან და თავის მხრივ ეს ყოველივე დაკავშირებულია ბაზრის მუშაობასთან. ბაზარი წარმოადგენს მთავარ ეკონომიკურ მამოძარაველ ძალას, რომელიც განსაზღვრავს ჩვენს ეკონომიკურ კეთილდღეობას. ბაზარზე სამუშაო გადანაწილება უნდა გულისხმობდეს თანაბარ შესაძლებლობებს, როგორც კაცებისთვის ასევე ქალებისთვის. ამ ყოველივეს კი სახელმწიფოსთან ერთად უნდა არეგულირებდეს ეკონომიკური ბაზარი. თუ ბაზარზე გენდერისთვის თანაბარი პირობები იქნება შექმნილი, ეს უფრო მეტ შესაძლებლობას მიცემს ეკონომიკას, რომ განვითარდეს. ამ ყველაფრისთვის კი აუცილებელია გატარდეს სხვადასხვა სოციალური ღონისძიებები, მოხდეს რესურსების თანაბარი გადანაწილება, რაც შექმნის თანაბარ პირობებს ქალებისა და მამაკაცებისთვის. ბაზრის როლი კი აქ უფრო მეტად უნდა გამოიკვეთოს, ყველა ორგანიზაციამ თუ კომპანიამ უნდა იზრუნოს იმაზე რომ შექმნას სამუშაო ადგილას თანაბარი პირობები, ვინაიდან ამას მხოლოდ სახელმწიფო ვერ გააკონტროლებს.

მნიშვნელოვანია ამ პროცესში საზოგადოების ჩათულობაც. საზოგადოებაში არსებულმა კულტურამ არ უნდა მოახდინოს გავლენა საერთო ფონზე. ინდივიდებმა თავად უნდა გაითავისონ, რომ სამუშაო ადგილას ყველა თანასწორია. საგულისხმოა ანაზღაურების საკითხი. კერძოდ, მომუშავე ქალების ხელფასი დაბალია ვიდრე მამაკაცების, მაშინ როცა მსოფლიო მასშტაბით აღიარებულია, რომ „სახლის შრომაც“ შრომაა და არანაკლებ რესურს მოითხოვს. ზრუნვის ეკონომიკა ეკონომიკური ბაზრის ერთ-ერთი მთავარი ნაწილია, ის იგივე არაფორმალური შრომაა, ამ პროცესში ძირითადად ქალები არიან ჩართული. ეს ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ეკონომიკური ძალაა. თუმცა, ქალები, ძირითადად, ამაში ანაზღაურებას არ იღებენ. სახელმწიფოები ამ ყველაფერში ძალიან დიდ ეკონომიას აკეთებენ, რის შედეგადაც ქალებს ართმევენ იმის შესაძლებლობას, რომ მეტს მიაღწიონ და უფრო მეტად განვითარდნენ.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Folbre E. (2005). Gender and Economic Sociology. Princenton Univeristy press. Princenton Oxford.
2. Swedberg NJ. (2005). The Handbook of Economic Sociology (Second edition). Princenton University press. Princenton and Oxford.
3. არველაძე ნ. (2009). გენდერი და ეკონომიკა.



რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ქალთა უფლებები

მარიამ ბერულავა, ნატო ინდუაშვილი, ქეთევან ლომსაძე¹

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

აბსტრაქტი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ადამიანის ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია. ქალთა უფლებები რეპროდუქციულ ჭრილში საკმაოდ ვრცელი თემაა და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული საზოგადოების კულტურულ, ასევე ეთნიკურ მახასიათებლებზე. ქალთა რეპროდუქციული უფლებების დაცვაზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს ჯანდაცვის სისტემის გამართულობა, მედპერსონალის პროფესიონალიზმი, სახელმწიფოს განვითარების დონე, საზოგადოების რელიგიური და მორალური ღირებულებები და ფასეულობები და სხვა. აღსანიშნავია ისიც, რომ ქალთა რეპროდუქციული უფლებების დაცვის ხარისხი ჯანდაცვის სისტემის გამართულობისათვის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა. სახელმწიფოებში, რომელთაც გამართული ჯანდაცვის სისტემა აქვთ, ისეთი უხეში დარღვევები, როგორცაა მედპერსონალის არაპროფესიონალიზმი, სანიტარულ - ჰიგიენური საკითხების მოუგვარებლობა, არჩევანის თავისუფლების შეზღუდვა, მინიმუმამდეა დაყვანილი. მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოებაში სექსუალური განათლების დონე იყოს დამაკმაყოფილებელი, რათა ქალებმა იცოდნენ საკუთარი უფლებების შესახებ, რაც რეპროდუქციული უფლებების დაცვისაკენ წინგადადგმული ნაბიჯი იქნება.

საკვანძო სიტყვები: რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ქალთა უფლებები, აბორტი სუროგაცია, ხელოვნური განაყოფიერება.

ციტირება: მარიამ ბერულავა, ნატო ინდუაშვილი, ქეთევან ლომსაძე. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ქალთა უფლებები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

Reproductive health and women's rights

Mariam Berulava, Nato Induashvili, Ketevan Lomsadze¹

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

Abstract

According to the World Health Organization, sexual and reproductive health is an integral part of human health. Women's rights in terms of reproduction is quite a broad topic and significantly depends on the cultural and ethnic characteristics of the society. Protection of women's reproductive rights is significantly influenced by the efficiency of the health care system, the professionalism of medical personnel, the level of development of the state, the religious and moral values and values of society, and others. It should also be noted that the quality of protection of women's reproductive rights is an important prerequisite for the functioning of the health care system. In states with a well-

functioning health care system, gross violations such as unprofessionalism of medical personnel, unsolved sanitary-hygienic issues, restriction of freedom of choice are minimized. It is important that the level of sexual education in the society is satisfactory so that women know about their rights, which will be a step forward towards the protection of reproductive rights.

Keywords: Reproductive health, women's rights, abortion, surrogacy, artificial insemination.

Citation: Mariam Berulava, Nato Induashvili, Ketevan Lomsadze. Reproductive health and women's rights. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ადამიანის ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია. ქალი საჭიროებს სამედიცინო სერვისებს როგორც ორსულობის, მშობიარობის, აგრეთვე პოსტ-მშობიარობის პერიოდში. მიუხედავად ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული მიღწევებისა, ჯერ კიდევ არ არის ბოლომდე დაცული და გარანტირებული ქალთა უფლებები. არსებობს ტაბუირებული თემები, რომლებიც წარმოადგენს სოციალურ პრობლემებს და ეხება აბორტს, სუროგაციას, ხელოვნურ განაყოფიერებას. თავის მხრივ, სოციალური პრობლემებისა და დოგმების არსებობა გამოწვეულია სექსუალური განათლების ნაკლებობით, ქალთა უფლებების არცოდნით, არასაკმარისი ან არასწორი სამედიცინო სერვისის მიღებით.

ჩვენი ნაშრომის მიზანია, ჯანდაცვის სფეროში რეპროდუქციის ჭრილში ქალთა უფლებების შესწავლა, მათ შორის საქართველოს მაგალითზე. საკვლევ კითხვას შეადგენს, ჯანდაცვის სისტემაში ქალთა რეპროდუქციული უფლებების დაცვაზე მოქმედი ფაქტორების განხილვა.

მეთოდოლოგია

კვლევის პროცესში გამოყენებული იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი ლიტერატურის მიმოხილვა, სტატიაში განხილული კვლევების მოძიება განხორციელდა რამდენიმე სანდო ელექტრონული მონაცემთა ბაზის გამოყენებით (Science Direct, Google Scholar, DOAJ, PubMed). გამოქვეყნებული ნაშრომების მოძიების მიზნით გამოყენებულ იქნა შემდეგი საკვანძო სიტყვები: „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა“, „ქალთა უფლებები“, „აბორტი“ „სუროგაცია“, „ხელოვნურ განაყოფიერება“ სხვადასხვა კომბინაციებში. სტატიების ნაწილი გამოირიცხა რადგან ხელმისაწვდომი არ იყო ინგლისურ ენაზე, ასევე გამოირიცხა ის პუბლიკაციები, რომლებიც არ იყო მისაწვდომი სრული სახით ან მათი შინაარსი არ შეესაბამებოდა მიმოხილვის მიზანს.

ორსულ ქალთა ჯანმრთელობა და სამედიცინო შეცდომები

ქალის ჯანმრთელობა დიდი გამოწვევების წინაშე დგება ორსულობის პერიოდში. გამართული ჯანდაცვის სისტემა და პროფესიონალი ექიმების არსებობა უმნიშველოვანესია იმისათვის, რომ ორსული ქალი იყოს დაცული, მშობიარობა ან საკეისრო კვეთა წარმართოს სწორად და შესაბამისად. დედის და ჩვილის ჯანმრთელობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე. 2022 წლის მდგომარეობით, ჩვილთა სიკვდილიანობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი არის ისლანდიაში, ხოლო ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი არის სიერა ლეონეში, ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკასა და სომალიში, ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის სისტემა საკმაოდ სუსტადაა განვითარებული (WHO, 2022).

თანამედროვე ტექნოლოგიებისა და გენეტიკური ტესტირების განვითარებასთან ერთად, ორსულობა და მასთან დაკავშირებული პოტენციური საფრთხეების გამოვლენა შესაძლებელია ადრეულ ეტაპზე. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვის ჯანმრთელობა მეტ წილად დამოკიდებულია როგორც მშობლების ჯანმრთელობაზე, გენეტიკურ მემკვიდრეობაზე და ასევე დედის ასაკსა და ქცევაზე, ექიმს ძალიან დიდი წვლილი მიუძღვის ორსულობისა და შემდგომში მშობიარობის სწორად წარმართვაში.

ორსულობის დროს აკრძალულია ალკოჰოლის, თამბაქოს, ნარკოტიკების მოხმარება, რადგანაც ისინი ზრდიან ნაყოფის დაზიანების რისკებს. ამასგარდა, არ არის რეკომენდებული გარკვეული მედიკამენტების მიღება, მათ შორის ანტიდეპრესანტების. დედისა და ჩვილის ჯანმრთელობაზე მაქსიმალურად კონტროლირებისათვის, ორსულობისას რეკომენდებულია: ექიმთან რეგულარული ვიზიტი, საკმარისი რაოდენობით ფოლიუმის მჟავისა და რკინის დანამატების მიღება, მოძრაობა მსუბუქი ფიზიკური დატვირთვით, ჯანსაღი კვება, ჰიგიენის დაცვა, საკმარისი ძილი (Gipe, 2017).

ექიმის კვალიფიკაცია და გამოცდილება უმნიშვნელოვანესია, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ორსულობისას რაიმე გართულება არსებობს (BG Stuff, 2016) ზოგადად, დაზიანებები შეიძლება მიადგეს დედასაც და ჩვილსაც როგორც მუცლადყოფნის, აგრეთვე მშობიარობის დროს. ორსულობის დროს არასწორად დასმული დიაგნოზისა და მკურნალობის შედეგად განვითარებული მძიმე დაავადებებს შორის აღსანიშნავია: ანემია, ინფექციები, დიაბეტი, პრეეკლამფსია და სხვა.

მშობიარობის დროს სამედიცინო პერსონალის დაუდევრობამ და არაკვალიფიციურობამ შეიძლება სერიოზული შედეგები გამოიწვიოს როგორც დედისთვის, ასევე ბავშვისთვის. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით, ყოველწლიურად 1000-დან 6 ბავშვი იღებს დაზიანებებს დაბადებისას. ექიმების ვალდებულებაა წინასწარ განსაზღვრონ ეს რისკ-ფაქტორები, რათა თავიდან აიცილონ დაზიანებები. მიუხედავად იმისა, რომ დაზიანებების უმეტესობა შეიძლება განიკურნოს, საექიმო შეცდომამ შეიძლება გამოუსწორებელი დაზიანება გამოიწვიოს. მშობიარობის დროს ექიმების მიერ დაშვებულ შეცდომებს შორის აღსანიშნავია:

არასწორი ინსტრუმენტული მშობიარობა

ექიმმა შეიძლება გამოიყენოს ინსტრუმენტული მეთოდები გახანგრძლივებული მშობიარობის შემთხვევაში, რომლის დროს ხშირია ექიმის გამოუცდლობის ან დაუდევრობის შედეგად გამოწვეული ბავშვის დაზიანება, მაგალითად სისხლჩაქცევები თავზე, მოტეხილობა, ტვინის დაზიანება, ტვინის შეშუპება, სახის ნერვის დამბლა ან ცერებრალური დამბლა. არასწორმა ინსტრუმენტულმა მშობიარობამ ასევე შეიძლება ზიანი მიაყენოს დედის საშვილოსნოს ყელს ან საშოს.

დაუდევრობის შედეგად გამოწვეული მოტეხილობები

ჩვეულებრივ, ძნელია ახალშობილში მოტეხილობების დიაგნოსტიკა. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს მრავალი რისკ-ფაქტორი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ძვლების მოტეხილობა, ხშირად ამის მიზეზი ექიმის დაუდევრობაა. ვაგინალური მშობიარობის გაგრძელების რისკების დადგენა, გადაჭარბებული ზეწოლა ან ბავშვის მოზიდვა, გამოქაჩვა, გადაუდებელი საკეისრო კვეთის შეუსრულებლობა ხშირად ხდება ამის მიზეზი. მშობიარობის დროს მოტეხილობის სიმპტომებია დაზიანებული უბნის შეშუპება, კიდურის უმოძრაობა, გაუჩერებელი ტირილი, როდესაც მისი მიზეზის დადგენა შეუძლებელია.

ნაყოფის დისტრესის სწორი მართვა

ნაყოფის დისტრესის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი არის ბავშვისთვის ჟანგბადის მიწოდების დარღვევა. ჟანგბადის ნაკლებობის გამო, ბავშვის ტვინი არ იღებს საკმარის ჟანგბადს (ჰიპოქსია) ან საერთოდ არ იღებს ჟანგბადს (ანოქსია). ეს ხდება მაშინ, როდესაც მშობიარობის დროს, თუ ჭიპლარი დაიჭიმება ან მჭიდროდ ეხვევა ბავშვის კისერზე. სამედიცინო ჯგუფმა მუდმივად უნდა შეამოწმოს დედაც და ბავშვიც და შეძლოს ნაყოფის დისტრესის ნიშნების ამოცნობა. ხუთ წუთზე მეტხანს ნაყოფისთვის ჟანგბადის მიწოდების დარღვევამ შეიძლება გამოიწვიოს ტვინის მუდმივი დაზიანება. ნაყოფის დისტრესი განკურნებადია, მაგრამ ექიმებმა სასწრაფოდ უნდა იმოქმედონ მის გამოსასწორებლად.

გადაუდებელი საკეისრო კვეთა

გადაუდებელი საკეისრო კვეთის აუცილებლობაზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნები: ნაყოფის გულისცემა გამოხატავს რაიმე სახის დისტრესს, გახანგრძლივებული მშობიარობა, ინსტრუმენტალური მშობიარობის არაეფექტურობა, პლაცენტის ადრეული გამოყოფა საშვილოსნოს კედლიდან, დიდი ზომის ბავშვი, დედის პრეეკლამფსია და სხვა. ჯანსაღი ორსულობის შემთხვევაშიც კი, ზოგჯერ შეიძლება საჭირო გახდეს გადაუდებელი საკეისრო კვეთა. როდესაც ექიმი ვერ ახერხებს ამ ნიშნების იდენტიფიცირებას ან უგულვებელყოფს მათ და აგრძელებს ვაგინალურ მშობიარობას, არსებობს ბავშვისა და დედის დაზიანების მაღალი რისკი. ზოგჯერ დედას შეიძლება არ სურდეს საკეისრო კვეთა, მაგრამ დედისა და ბავშვის უსაფრთხოება ექიმის გადაწყვეტილებას ემყარება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ცნობით, არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული საკეისრო კვეთა, ჯანდაცვის სისტემებისთვის დამატებითი ბარიერია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას საკეისრო კვეთის უსაფრთხო მაჩვენებლად 25 პროცენტი აქვს განსაზღვრული. WHO-ს 2018 წლის მონაცემებით, საკეისრო კვეთის ყველაზე დიდი მაჩვენებელი ლათინური ამერიკისა და აზიის რეგიონებშია. ევროპის რეგიონში, რომლის ნაწილი საქართველოცაა, საკეისრო კვეთების პროცენტული მაჩვენებელი მზარდია. ჯანმო-ს კვლევებმა აჩვენა, რომ 2000-2015 წლებში ევროპის ჩრდილოეთ ნაწილში საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი 20 პროცენტზე დაბალი იყო, ევროპის სამხრეთ-აღმოსავლეთის ქვეყნებში კი ეს რიცხვი 50 პროცენტს აღწევდა. 2015 წლის მონაცემებით, საკეისრო კვეთის ჭარბი მაჩვენებლით (41%) საქართველო ევროპაში მეხუთე ადგილს იკავებს, კვიპროსის, თურქეთის, რუმინეთისა და ბულგარეთის შემდეგ (ჩადუნელი, 2018)

გადაჭარბებული მედიკამენტების მიღება

ზურგის ეპიდურული ანესთეზია ხშირად გამოიყენება ანესთეზიოლოგების მიერ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში მას შეუძლია უარყოფითი გავლენა მოახდინოს. მედიკამენტების სწორი დოზით დანიშვნა მნიშვნელოვანია, რადგან ნებისმიერმა გადახრამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს დედას ან შვილს. ამ შემთხვევაში დედის თანხმობა აუცილებელია და ექიმები ვალდებული არიან აცნობონ მას მედიკამენტის სარგებელი და რისკი. სამედიცინო შეცდომები, რომლებიც შეიძლება მოხდეს ეპიდურული პროცედურის დროს, არის: საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-ით გაფართოებამდე ეპიდურული შეყვანა, არასწორი დოზირება, დედის ალერგიულობის არგათვალისწინება, ნემსის არასწორ ადგილას გაკეთება.

ქირურგიული ინფექცია

ქირურგიული ჩარევის დროს შესაძლოა, ინფექცია შეიჭრას ორგანიზმში, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს როგორც სამედიცინო პერსონალის დაუდევრობა ოპერაციის დროს ან არასახარბიელო სანიტარიული მდგომარეობა საავადმყოფოში.

გესტაციური დიაბეტის დიაგნოსტიკა

როდესაც ორგანიზმი არ გამოიმუშავებს ინსულინს ორსულობის დროს, ორგანიზმში გლუკოზის დონე იზრდება, რაც იწვევს გესტაციურ დიაბეტს. ორსულობის დროს ეს შეიძლება მოხდეს პლაცენტის მიერ გამოყოფილი ჰორმონების გამო, რომლებიც აფერხებენ ღვიძლის უჯრედების მუშაობას. ეს ჯანმრთელობის დროებითი პრობლემაა, მაგრამ მნიშვნელოვანია მისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მშობიარობის შემდეგ ეს მდგომარეობა ჩვეულებრივ ქრება. გესტაციური დიაბეტის დიაგნოსტიკის წარუმატებლობამ შეიძლება გამოიწვიოს ორსულობის გართულებები, მათ შორი ნაადრევი მშობიარობა, პრეეკლამფსია, და სხვა.

პლაცენტური გართულებების დიაგნოსტიკა

პლაცენტასთან დაკავშირებული პრობლემების დადგენა შესაძლებელია მეორე და მესამე ტრიმესტრში ჩატარებული ულტრაბგერითი გამოკვლევით. ექიმს შეუძლია დაგეგმოს საკეისრო კვეთა, თუ არსებობს პლაცენტის პრობლემა (პლაცენტა საშვილოსნოს ყელის

გვერდითა ან ფარავს მას). მიუხედავად იმისა, რომ პლაცენტის პრობლემები იშვიათია, ეს არის დედების სიკვდილის გამომწვევი მთავარი მიზეზი. ნებისმიერი მშობიარობის შემდეგ ექიმმა უნდა გამოიკვლიოს გამოდევნილი პლაცენტა, რათა შეამოწმოს, არის თუ არა იგი მთლიანად გამოდევნილი და ხომ არ აკლია ნაწილი.

ოქსიტოცინის გადაჭარბებული გამოყენება

მშობიარობის დროს შეკუმშვის პერიოდში ბავშვი იღებს ნაკლებ ჟანგბადს, ხოლო რელაქსაციის დროს ჟანგბადის დონე უზრუნდება ნორმას. ხანგრძლივმა შეკუმშვამ შეიძლება შეამცროს სისხლის მიმოქცევა ბავშვის ტვინში. გარდა ამისა, თუ ბავშვის არტერიული წნევა დაბალია გარკვეული მედიკამენტების გამო, მაშინ ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ტვინის მძიმე დაზიანებები. არსებობს ცნობები, რომლებიც აჩვენებს, რომ როდესაც ოქსიტოცინი გამოიყენება მშობიარობის გამოწვევისთვის, რელაქსაციის დრო მცირდება 60 წამზე ნაკლებზე. იმისათვის, რომ მშობიარობა ეფექტურად წარიმართოს, შეკუმშვა და დასვენება თანაბრად უნდა იყოს განაწილებული ისე, რომ ბავშვის ტვინმა წარმოქმნას ზუსტი ფიზიოლოგიური რეაქცია ცვლილებებზე. ექიმმა უნდა აკონტროლოს ნაყოფის გულის აქტივობა, რათა დაადგინოს, გადადის თუ არა ბავშვი დისტრესში და უნდა მიიღოს შესაბამისი ზომები, როგორცაა ოქსიტოცინის მიღების შეწყვეტა. ოქსიტოცინის მიღება არ უნდა განახლდეს მანამ, სანამ ნაყოფის გულისცემა ნორმალური არ იქნება.

დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემა

ყურადსაღებია ისეთი სიტუაციებიც, როდესაც ბავშვს დედისგან შეიძლება გადაედოს რაიმე სახის ვირუსი ან ინფექცია, მაგალითად შიდსი. HIV დადებითი დედისგან შესაძლებელია ეს დაავადება გადაეცეს ბავშვს ორსულობის ნებისმიერ პერიოდში, მშობიარობისას ან ძუძუთი კვების დროს, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ორსულობა შეუძლებელია. HIV მედიკამენტების (ART - ანტირეტროვირალური თერაპია) შესაძლებელია დედიდან შვილზე იმუნოდეფიციტის ვირუსის გადაცემის აღკვეთა.

აბორტზე ხელმისაწვდომობა, როგორც უფლება

როდესაც პაციენტთა უფლებებზე ვსაუბრობთ არ შეიძლება, არ შევეხოთ იმ პაციენტთა უფლებებს რომელთაც აბორტი კლინიკურად ესაჭიროებათ ან უბრალოდ ასე სურთ. აბორტი ყველა დროისა და საზოგადოების მწვავე საკამათო თემას წარმოადგენს. როდესაც ამ საკითხზე ვსაუბრობთ, ყოველთვის ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრი წარმოიშობა: ერთნი ამბობენ, რომ აბორტი დაუშვებელია, ხოლო მეორენი ამტკიცებენ, რომ აბორტი ეს არის უფლება, რის გამოც ის ნებადართული და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა საზოგადოებაში. აბორტის მოწინააღმდეგეებს, უმეტესწილად, საკუთარი აზრი რელიგიური და მორალური არგუმენტებით აქვთ გამყარებული. ბუნებრივია, თითოეული ადამიანის რწმენა და მორალი მისი უფლებაა და პატივი უნდა ვცეთ, მიუხედავად იმისა ვიზიარებთ თუ არა მას.

ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმ ფაქტზე, რომ აბორტი ორსულის უფლებაა და ხშირად ის მისი სიცოცხლის და ფუნქციონირებისთვის ერთადერთ გამოსავალს წარმოადგენს. ორსულობა, მშობიარობა და მშობლობა საკმაოდ რთული, საპასუხისმგებლო პროცესია, რომლისთვისაც ყველა ადამიანი მზად უნდა იყოს ფინანსურად, ეკონომიკურად, ფსიქოლოგიურად და ფიზიკურად; გარდა ამისა, ამ დროს მნიშვნელოვანია სოციალური მხარდაჭერაც. ხშირია, როდესაც ადამიანისგან დამოუკიდებელი, თუ დამოკიდებული მიზეზების გამო, დგება ორსულობა და თუ ამისთვის დროის კონკრეტულ პერიოდში ადამიანი მზად არ არის, მას არჩევანის გაკეთების საშუალება უნდა ჰქონდეს.

სამწუხაროდ, აბორტი საკმაოდ სტიგმატიზებული საკითხია ჩვენს საზოგადოებაში, მათ შორის სამედიცინო პერსონალის მხრიდანაც. პარადოქსულია ის ფაქტი, რომ ჩვენი საზოგადოება აბორტთან მიმართებაში ორმაგი სტანდარტებით მოქმედებს: ამბობს, რომ აბორტი დაუშვებელია და ამავე დროს, ადამიანთა გარკვეულ ჯგუფს აბორტის გაკეთებას აიძულებს. მაგალითად, მათი აზრით, აბორტი აუცილებლად უნდა გაიკეთოს შეზღუდული

შესაძლებლობის მქონე პირმა, არასრულწლოვანმა, ქალმა რომელსაც საშუალოზე ბევრი შვილი ჰყავს, ან/და შვილის მოვლის ფინანსური საშუალება არ აქვს. საინტერესოა, რომ ორივე შემთხვევაში ვაიგნორებთ არჩევანის უფლებას, ადამიანმა თავად დაგეგმოს და გადაწყვიტოს როდის და რამდენი შვილი გააჩინოს და თუ ამის საჭიროება დადგა აბორტიც გაიკეთოს.

ბუნებრივია, არ შეიძლება აბორტი იყოს წახალისებელი. სახელმწიფოში უნდა არსებობდეს თანამედროვე სექსუალური განათლება და კონტრაცეფციის მეთოდებზე ხელმისაწვდომობა, რამაც მინიმუმამდე უნდა დაიყვანოს არასასურველ ორსულობათა რიცხვი. საუკეთესო სექსუალური განათლებასა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პირობებშიც შეუძლებელია აბორტის საჭიროების დადგომის 100%-ით შემცირება. განსაკუთრებით, ეს საჭიროება ვერ შემცირდება გარკვეული ტიპის რისკ-ჯგუფებთან, რომელთათვისაც აბორტი, ხშირად, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების ერთადერთი საშუალებაა.

რატომ ფიქრობენ ადამიანები აბორტის გაკეთებაზე?

აბორტი საკმაოდ ხშირი პროცედურაა და ადამიანები, რომელიც ამ პროცედურას იტარებენ, ამის უამრავი სხვადასხვა მიზეზი აქვთ. ზოგჯერ, აბორტის გადაწყვეტილებას ადამიანი მარტივად, ზოგჯერ კი ძალიან რთულად იღებს. მაგრამ, ნებისმიერ შემთხვევაში აბორტის შესახებ გადაწყვეტილება პირადი არჩევანია, რომელსაც პატივი უნდა ვცეთ. მართალია, თითოეული ადამიანის არჩევანი უნიკალურია, თუმცა რამდენიმე ყველაზე გავრცელებული მიზეზი, რის გამოც ორსულები აბორტს ირჩევენ არის:

- მათ უკვე ჰყავთ შვილები და ფიქრობენ, რომ მეტი შვილის გაჩენის შემთხვევაში ვერ შეძლებენ სათანადო მშობლობის გაწევას შვილებისთვის;
- ისინი მზად არ არიან მშობლობისთვის;
- მათ ცხოვრებაში ბავშვის ყოლის სათანადო დრო არ არის;
- ბავშვის გაჩენამდე მათ სურთ სკოლის დამთავრება, სამსახურზე ფოკუსირება, და საკუთარი მიზნების განხორციელება;
- ისინი ბავშვს იმისგან არ ელოდებიან, ვისგანაც შვილის ყოლა უნდათ;
- ისინი სექსუალური ძალადობის მსხვერპლნი არიან;
- ორსულობა მათი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისთვის საშიშია;
- ნაყოფი ვერ შეძლებს გადარჩენას ორსულობისას, ან ვერ იცოცხლებს დაბადების შემდეგ;
- მათ უბრალოდ არ უნდათ იყვნენ ორსულები.

აღსანიშნავია, რომ არავითარ შემთხვევაში აბორტის გადაწყვეტილება შვილების ნაკლებ სიყვარულს არ ნიშნავს. სინამდვილეში, იმ ქალების უმრავლესობას, რომლებიც აბორტის გადაწყვეტილებას იღებენ შვილები უკვე ჰყავთ, ან მომავალში გააჩენენ, მაშინ როდესაც მშობლობისთვის მზად არიან.

აბორტი, როგორც სამედიცინო პროცედურა. გართულებები.

აბორტი სრულიად უსაფრთხო პროცედურაა, თუ ის ექიმის მეთვალყურეობით ხორციელდება. ძალიან იშვიათად აღინიშნება სერიოზული გართულებები, რომლის მკურნალობაც ამ ეტაპისთვის ვერ ხერხდება. აბორტი არ ზრდის ძუძუს კიბოს განვითარების რისკს, არ იწვევს დეპრესიას და მენტალურ პრობლემებს. არ არსებობს უნაყოფობის რისკი, არც ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე ახდენს მნიშვნელოვან გავლენას. ამ მხრივ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ექიმის კონსულტაცია ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე საშუალებების შესახებ.

ყოველწლიურად, დაახლოებით 208 მლნ ქალი ორსულდება, რომელთაგან ორსულობის 59% დაგეგმილია, ხოლო დარჩენილი 41% დაუგეგმავი, არასასურველი ორსულობაა.

კონტრაცეფციის მზარდი გამოყენების საშუალებით მნიშვნელოვნად შემცირდა არასასურველ ორსულობათა რიცხვი. მიუხედავად ამისა, საფრთხის შემცველი აბორტების რაოდენობა, ანუ ისეთი აბორტების რაოდენობა, რომელიც კვალიფიციური ექიმის მიერ არ

ტარდება, იზრდება. საფრთხის შემცველი აბორტების დიდი წილი დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებზე მოდის. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აბორტი უსაფრთხოა მხოლოდ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ის ტარდება კლინიკაში, ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. დაუშვებელია აბორტის სახლის პირობებში ჩატარება!

არსებობს აბორტის 2 კატეგორია: ქირურგიული და მედიკამენტოზური. აბორტის ვარიანტი დამოკიდებულია ორსულობის ვადასა და თავად კლინიკაზე, თუ რა ტიპის აბორტის სერვისს ახორციელებს.

მსოფლიოში მიმდინარე ბოლოდროინდელ სიახლეებში აბორტის, როგორც პაციენტის უფლების საკითხი საკმაოდ მწვავედ იდგა რიგ ქვეყნებში. პოლონეთში აბორტთან დაკავშირებული კანონმდებლობა ისედაც ერთ-ერთი ყველაზე მკაცრი იყო ევროპის მასშტაბით, თუმცა სასამართლოს გადაწყვეტილება ქალებს ნაყოფის განვითარების მნიშვნელოვანი შეფერხების შემთხვევაშიც უზღუდავს აბორტის უფლებას. პოლონეთში აბორტის გაკეთება მხოლოდ იმ შემთხვევებშია ნებადართული, თუ ქალი გაუპატიურების მსხვერპლია, მის ჯანმრთელობას ან სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება ან თუ ჩანასახს მძიმე პათოლოგიები აღვნიშნება. პოლონეთის საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებით, ბოლო შემთხვევა აბორტის მიზეზი ვეღარ გახდება. ეს ფაქტი მხოლოდ აბორტის იატაქვეშა განაწესებას ახალისებს და ზრდის ქალთა სიკვდილიანობის რისკს.

ამერიკის შეერთებული შტატების უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილებით, შტატებს ინდივიდუალურად აქვთ აბორტის აკრძალვის ან გარკვეული შეზღუდვების დაწესების უფლება. მანამდე ორსულობის პირველი სამი თვის განმავლობაში აბორტის გაკეთება ქალების კონსტიტუციური უფლება იყო, თუმცა აღნიშნული ცვლილების შემდეგ კონკრეტულ შტატს შეუძლია მიიღოს გადაწყვეტილება, რომ აბორტების გაკეთება 3 თვემდეც აკრძალოს. თუმცა, ეს გადაწყვეტილება არ ნიშნავს, რომ აშშ-ის ყველა შტატში ავტომატურად ერთმევათ ქალებს 3 თვემდე აბორტის გაკეთების შესაძლებლობა.

აბორტი შესაძლებელია ორსულობის სამივე ტრიმესტრში განხორციელდეს. თუმცა, საქართველოს კანონმდებლობით აბორტი ლეგალური 12 კვირის ორსულობის ვადამდეა. მას შემდეგ აბორტი მხოლოდ ცალკეულ გამონაკლის შემთხვევებში შეიძლება განხორციელდეს. აღსანიშნავია ისიც, რომ აბორტი ყველაზე ხშირად პირველ ტრიმესტრში ხორციელდება და მისი გართულებების ალბათობა შემდეგ ტრიმესტრებში შედარებით იზრდება.

სუროგაციის გამოწვევები

სუროგაცია ალბათ ყველაზე რთული, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში ერთადერთი გზაა უშვილობის დასამარცხებლად. დიდი ხნის განმავლობაში უნაყოფობა განუკურნებლად ითვლებოდა, თუმცა სუროგაციამ ყველაფერი შეცვალა. ის სამართლიანად ითვლება რეპროდუქტოლოგიის უდიდეს მიღწევად. სანამ უშუალოდ სუროგაციის გამოწვევებზე ვისაუბრებდეთ, ორიოდ სიტყვით განვმარტოთ სუროგაციის მნიშვნელობა. სუროგაცია არის ხელოვნური განაყოფიერების მეთოდი, რომლის დროსაც სინჯარაში გაზრდილი ემბრიონები გადააქვთ არა გენეტიკური დედის საშვილოსნოში, არამედ სპეციალურად გამზადებული სუროგატი დედის საშვილოსნოში, რომელიც მას მუცლად ატარებს დაბადებამდე. აქედან გამომდინარე სუროგატი დედა არის ის ქალი, რომელიც პასუხისმგებლობას იღებს სხვის შვილზე, საშვილოსნოშიდა განვითარების მანძილზე. ცალსახაა, რომ სუროგაციის პროცესი მოითხოვს მნიშვნელოვან ვალდებულებებს ორივე მხრისაგან, ამიტომ აუცილებელია განვიხილოთ მისი როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეები.

სუროგაციის დადებითი მხარეები:

- სუროგაცია სრულყოფს ოჯახებს. მათთვის, ვინც ებრძვის უნაყოფობას და მათთვისაც, ვისთვისაც ორსულობა სახიფათოა, სუროგაცია ხშირად წინაპირობაა წარმატებული ოჯახის შექმნისა.
- სუროგაცია გენეტიკური კავშირების შესაძლებლობას იძლევა.

- სუროგაცია ჰქმნის ურთიერთობებს, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში მთელი ცხოვრების განმავლობაში გრძელდება.
- იურიდიული კონტრაქტის გაფორმება და მოლაპარაკებები ხდება ემბრიონის სუროგატი დედის ორგანიზმში გადატანამდე, ბავშვის დაბადებამდე მიიღება სასამართლო ბრძანება, რომელიც მშობლების ბავშვზე უფლებებს აკანონებს.
- მშობლებს აქვთ უფლება სუროგატი დედის ორსულობის პროცესს ღიად ადევნონ თვალი, დაესწრონ ემბრიონის ორგანიზმში გადატანის პროცესსაც კი.
- სუროგატ დედებს უნდა ჰქონდეთ ჯანსაღი ორსულობის გამოცდილება, რაც სუროგაციის წარმატებით დასრულების შესაძლებლობას ზრდის.

სუროგაციის უარყოფითი მხარეები:

- სუროგაციის პროცესი შესაძლოა გართულდეს. სუროგაცია მოიცავს კომპლექსურ სამედიცინო პროცედურებს, რაც აუცილებელია რომ წესების ზედმიწევნით დაცვით იყოს შესრულებული.
- სუროგაციის ხარჯები ხშირად კატასტროფულად მაღალია. წარმატებული სუროგაციის დასასრულებლად საჭირო ადამიანური და ფიზიკური კაპიტალის გამო, სუროგაციის პროცესი საკმაოდ ძვირია.
- მიუხედავად იმისა, რომ ბიოლოგიურ მშობლებს აქვთ უფლება თვალი ადევნონ სუროგატი დედის ორსულობას, ხშირ შემთხვევაში სუროგაცია მოითხოვს მეთვალყურეობისა და კონტროლის ნაკლებობას.

სუროგაციის სახეები

განასხვავებენ სუროგაციის ორ სახეს: ტრადიციულსა და გესტაციურს. ჰეტეროგენული წყვილის შემთხვევაში ტრადიციული სუროგაციის მაგალითია, როდესაც მამაკაცის სპერმით ანაყოფიერებენ სუროგატი დედის კვერცხუჯრედს. ასეთ შემთხვევაში სუროგატი დედა არის ბავშვის როგორც გენეტიკური, ასევე გესტაციური დედა. სუროგაციის მეორე სახეა გესტაციური სუროგაცია, რომლის დროსაც მამაკაცის სპერმით ანაყოფიერებენ მესამე პირის - დონორის კვერცხუჯრედს და ემბრიონს ათავსებენ სუროგატი დედის საშვილოსნოში. ამ შემთხვევაში კვერცხუჯრედის დონორი და სუროგატი დედა სხვადასხვა ქალია. დღესდღეისობით სუროგაციის გესტაციური ფორმა უფრო მეტადაა გავრცელებული.

სუროგაცია ასევე შესაძლებელია იყოს კომერციული და ალტრუისტული. კომერციული სუროგაციისას სუროგატი დედა სამედიცინო და სხვა გონივრული ხარჯების გარდა იღებს ანაზღაურებას გაწეული სამსახურისათვის. რაც შეეხება ალტრუისტულ სუროგაციას, სუროგატ დედას უნაზღაურდება ან არ უნაზღაურდება სამედიცინო და სხვა ხარჯები.

როგორც დასაწყისში ვახსენეთ, აუცილებელია სექსუალური განათლების ამაღლება, რათა თავიდან იქნას აცილებული ის გამოწვევები და პრობლემები, რომლებსაც ქალი აწყდება რეპროდუქტოლოგიის საკითხებში. ხშირად სექსუალური განათლების არარსებობა სუროგაციის შესახებ არასწორ შეხედულებებს წარმოშობს. უფრო კონკრეტულად კი, ფიქრობენ, რომ სუროგატი დედა პრეტენზიას გამოთქვამს ბავშვის მისაკუთრებაზე. ეს შიშები, რა თქმა უნდა, აზრს მოკლებულია, რადგან სუროგატ დედას ბავშვზე კანონიერი უფლება არ გააჩნია. ქალი სუროგაციაზე მიდის, როგორც წესი მატერიალური ანაზღაურების სანაცვლოდ. საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, სუროგატ დედასა და ბიოლოგიურ მშობლებს შორის დადებული შეთანხმებისა და კლინიკის (სადაც ჩატარდა სუროგაციის პროცესი) მიერ გაცემული შეთანხმების საფუძველზე, გაიცემა დაბადების მოწმობა, სადაც ბიოლოგიური მშობლების სახელებია რეგისტრირებული, როგორც კანონიერი მშობლები. ეს საკითხია უფრო რთულადაა სხვა ქვეყნებში, სადაც საჭიროა გენეტიკური ტესტების ჩატარება, სუროგატი დედის მიერ წერილობითი უარის თქმა და ა.შ. ეს კი უფრო მეტად ართულებს სუროგაციის პროცესს.

სუროგაციაში მონაწილე მხარეების უფლებები

სუროგაციის პროცესში ერთდროულად რამდენიმე მხარის უფლებები იკვეთება - წყვილის, დონორების, სუროგატი დედის, ასევე გასათვალისწინებელია ბავშვის უფლება იცოდეს მისი წარმომავლობა. ცხადია, ყველას ერთნაირი ხარისხით დაცვა შეუძლებელია. სასურველია ისეთი სისტემის შექმნაც, სადაც პირი თავად გადაწყვეტს დონორთა პროგრამაში მონაწილეობა ანონიმურად მიიღოს თუ ღიად. გარდა ამისა, აღსანიშნავია ისიც, რომ როგორც დონორთა, ისე სუროგატი ქალების უფლებაა სურვილის შემთხვევაში მისი ვინაობა დარჩეს ანონიმური. მიუხედავად იმისა, რომ სუროგაციის რიცხვი ამ უფლების გამო შესაძლოა შემცირდეს, მისი დაცვა აუცილებელია.

საქართველოს კანონმდებლობა სუროგაციის შესახებ

2020 წელს სუროგაციის წესში ცვლილებები შევიდა, რომლის თანახმად, ექსტრაკორპორული, ანუ სუროგაციის გზით დაბადებული ბავშვის აღზრდის უფლება მხოლოდ იმ ჰეტეროსექსუალ წყვილებს ექნებათ, რომლებიც მინიმუმ ერთწლიან ქორწინებაში ან ფაქტობრივ თანაცხოვრებაში იმყოფებიან. 2020 წლამდე წყვილების თანაცხოვრების ვადა განსაზღვრული არ იყო. იუსტიციის სამინისტროს განმარტებით, ამ ცვლილების მიზანია არ დაუშვას ქვეყნის ტერიტორიაზე ჩვილებით ვაჭრობის დანაშაულის ჩადენა, ამასთან „მოახდინონ პრევენცია იმისა, რომ საქართველოდან გაყვანილი სუროგაციით დაბადებული ბავშვი წამების, არაადამიანური მოპყრობის ან სექსუალური ექსპლუატაციის მხვერპლი არ გახდეს“. ეს გადაწყვეტილება იმითაც არის განპირობებული, რომ წყვილისთვის, რომელსაც სურს სუროგაციით ბავშვის გაჩენა, ბავშვის აღზრდა მათთვის გრძელვადიანი მიზანი იყოს. შესაბამისად, ისინი არ უნდა წარმოადგენდნენ ფიქტიურ წყვილს, რომელიც მხოლოდ იმიტომ შეიქმნა, რომ სუროგაციით გაჩენილი ბავშვი გაიყვანოს საქართველოდან დანაშაულებრივი მიზნებისათვის (საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანება №614, 2020).

ასევე აღსანიშნავია ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის 143-ე მუხლი, რომელიც სუროგაციის პროცესს ეხება, სადაც კიდევ ერთხელ არის ხაზგასმული სუროგატი დედის უფლებობა დაბადებული ბავშვის მიმართ. აღსანიშნავია ისიც, რომ საქართველო იმ საკმაოდ მცირე ქვეყნების ჩამონათვალშია, სადაც სუროგაცია ნებადართულია როგორც საკუთარი, ისე უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისთვისაც (საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ).

დასკვნა

ამგვარად, ქალთა უფლებები რეპროდუქციულ ჭრილში საკმაოდ ვრცელი თემაა და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული საზოგადოების კულტურულ, ასევე ეთნიკურ მახასიათებლებზე. ქალთა რეპროდუქციული უფლებების დაცვაზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს ჯანდაცვის სისტემის გამართულობა, მედპერსონალის პროფესიონალიზმი, სახელმწიფოს განვითარების დონე, საზოგადოების რელიგიური და მორალური ღირებულებები და ფასეულობები და სხვა. აღსანიშნავია ისიც, რომ ქალთა რეპროდუქციული უფლებების დაცვის ხარისხი ჯანდაცვის სისტემის გამართულობისათვის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა. სახელმწიფოებში, რომელთაც გამართული ჯანდაცვის სისტემა აქვთ, ისეთი უხეში დარღვევები, როგორცაა მედპერსონალის არაპროფესიონალიზმი, სანიტარულ - ჰიგიენური საკითხების მოუგვარებლობა, არჩევანის თავისუფლების შეზღუდვა, მინიმუმამდეა დაყვანილი. მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოებაში სექსუალური განათლების დონე იყოს დამაკმაყოფილებელი, რათა ქალებმა იცოდნენ საკუთარი უფლებების შესახებ, რაც რეპროდუქციული უფლებების დაცვისაკენ წინგადადგმული ნაბიჯი იქნება.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. About Surrogacy. The Different Types of Surrogacy: Which Is Right For You? <https://surrogate.com/about-surrogacy/types-of-surrogacy/types-of-surrogacy/>

2. BG STAFF, (2016, 10 november) 15 birthing mistakes doctors are prone to making , Babygaga, accessed 17/12/2022 retrieved from: <https://www.babygaga.com/15-birthing-mistakes-doctors-are-prone-to-making/>
3. Gipe, S. (2017, 6 July), Mistakes that lead to birth and maternal injuries, Dolman Law Group, accessed 17/12/2022 retrieved from: <https://www.dolmanlaw.com/blog/common-doctor-mistakes-pregnancy-lead-maternal-birth-injuries/>
4. HIV.GOV, (2022, 24 June), Preventing Perinatal Transmission of HIV, HIV. Gov, accessed 17/12/2022 retrieved from <https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/reducing-mother-to-child-risk/preventing-mother-to-child-transmission-of-hiv#:~:text=An%20HIV%2Dpositive%20person%20can,baby%20and%20protect%20your%20health>
5. Myths and Facts About Comprehensive Sex Education. Research Contradicts Misinformation and Distortions. Advocates fo Youth. Retrieved from: <https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/cse-myths-and-facts.pdf>
6. Sonfield, A., Hasstedt, K., Kavanaugh, L.M., Anderson, R. (2013) The Social and Economic Benefits of Women’s Ability to Determine Whether and When to Have Children. Retrieved from: <https://bit.ly/3u9xZIZ>
7. Southern Surrogacy. The Challenges and Rewards of Surrogacy for Everyone Involved. <https://www.southernsurrogacy.com/surrogacy-information/the-challenges-and-rewards-of-surrogacy-for-everyone-involved/>
8. Surrogacy: Legal Rights of Parents and Surrogates. <https://www.gov.uk/legal-rights-when-using-surrogates-and-donors>
9. Worldpopulationreview, Infant mortality rate by country 2022, accessed 18/12/2022, retrieved from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/infant-mortality-rate-by-country>
10. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 25 თებერვლის N1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად, დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 23 მაისის N01-124/ ო ბრძანებით საკეისრო კვეთა, გაიდლაინი. <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/6373bf80c05eee586224eb9de2d59da1.pdf>
11. “პოლონეთი აბორტის უფლების წინააღმდეგ” 2020 <https://www.forbeswoman.ge/post/>
12. საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანება ნომ.614, 2020. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4995233?publication=0>
13. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. https://nha.gov.ge/ge/c/important_legislation
14. ჩადუნელი, ს. (2018, 14 დეკემბერი), საქართველო არასაჭირო საკეისროებით "ლიდერობას" ინარჩუნებს — რისკები და რეკომენდაციები, <https://on.ge/story/31>



ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში, ეკონომიკური გამოწვევები და სოციალური განწყობა

ლამარა ქანდაურიშვილი¹

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

აბსტრაქტი

ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების ირგვლივ არსებული მძიმე ვითარება წარმოადგენს მნიშვნელოვან პრობლემას. კვლევის მიზანია ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების პრობლემების მოძიება და სხვადასხვა კვლევასა თუ ანგარიშზე დაყრდნობით შეჯერებული ინფორმაციის წყალობით ხსენებული პრობლემური საკითხის შესახებ საერთო სურათის წარმოჩენა. სოციალური სამსახურები ქვეყანაში ფუნქციონირებს მნიშვნელოვანი ხარვეზებით, რაც გამოწვეულია თავად ამ სამსახურებში არსებული სხვადასხვა სახის რესურსების არქონითაც. გამოიკვეთა ის ზიანი, რისი მოტანაც სოციალურ სამსახურებს შეუძლიათ იმით, რომ არ არიან სათანადოდ ჩართულები ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების ირგვლივ არსებული პრობლემატური საკითხების შესწავლასა და მათ მოგვარებაში. ქვეყანაში არსებულ ადგილობრივი თუ საერთაშორისო ორგანიზაციების ჩართულობას დადებითი წვლილი შეაქვთ მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვთა პრობლემების განხილვასა და მათი მოგვარების სხვადასხვა ალტერნატიული გზების მოძიებაში.

საკვანძო სიტყვები: ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები, სოციალური სამსახური, მზრუნველობა მოკლებული ბავშვები

ციტირება: ლამარა ქანდაურიშვილი. ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში, ეკონომიკური გამოწვევები და სოციალური განწყობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

Children living and/or working on the street in Georgia, economic challenges and social mood

Lamara Kandaourishvili¹

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

Abstract

The dire situation surrounding street children is a significant problem. The purpose of the research is to find the problems of children living on the street and present a general picture of the mentioned problematic issue according to various studies and reports. Social services in the country function with significant gaps, which is caused by the lack of various resources available in these services. The damage that social services can do by not being properly involved in studying and addressing the problematic issues surrounding street children has been highlighted. The involvement of

local or international organizations in the country makes a positive contribution to discussing the problems of children deprived of care and finding different alternative ways to solve them.

Keywords: street children, social service, children deprived of care

Quote: Lamara Kandaishvili. Children living and/or working on the street in Georgia, economic challenges and social mood. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

შესავალი

ბავშვთა უფლებები და მათი უზრუნველყოფა ერთ-ერთი გლობალური გამოწვევაა. ბავშვთა უფლებების საკითხი გათვალისწინებულია სხვადასხვა ქვეყნის მიერ, როგორც სამთავრობო, ისე - არასამთავრობო დონეზე. დიდი ყურადღება ექცევა ბავშვების მიმართ დისკრიმინაციას ნებისმიერი ნიშნით და მნიშვნელოვანი საერთაშორისო ნაბიჯებიც იდგმება ამ პრობლემის აღმოსაფხვრელად. 1989 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო „ბავშვის უფლებათა კონვენცია“, რამაც მნიშვნელოვნად აამაღლა ცნობიერება ბავშვთა უფლებების შესახებ.

ბავშვთა უფლებების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი დარღვევა, რაც გლობალური სამყაროსთვის უდიდეს გამოწვევას წარმოადგენს, გახლავთ მათი დატოვება სიცოცხლისთვის მნიშვნელოვანი ელემენტარული პირობების გარეშე. ბავშვისთვის სიცოცხლისთვის აუცილებელი ელემენტარული პირობების მისანიჭებლად, პირველი და უმთავრესი ეტაპი არის მისი უზრუნველყოფა საცხოვრებელი ადგილით. უსახლკარო, ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები ჯერ კიდევ გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენს როგორც მსოფლიოში, ასევე საქართველოში.

მზრუნველობამოკლებული ბავშვები განიცდიან ეკონომიკურ სიდუხჭირეს, რაც მთავარი მიზეზია იმისა, რომ ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები დაკავებულნი არიან მათი ასაკისათვის შეუფერებელი ფიზიკური სამუშაოთი, ან კრიმინალური საქმიანობით, რაც თავისთავად განაპირობებს არასწორი მიმართულებით განვითარებას. ამასთან, დამსაქმებლებს არ შეუძლიათ 16 წლამდე მოზარდების სამუშაოდ აყვანა, რის გამოც უსახლკარო ბავშვები იძულებული არიან დაკავდნენ ისეთი არალეგალური საქმიანობით, როგორცაა ნარკორეალიზაცია, პროსტიტუცია, ყაჩაღობა და ა.შ. შესაბამისად, უსახლკარო ბავშვების ირგვლივ არსებული მძიმე ეკონომიკური ფონი აისახება არა მხოლოდ მათზე, არამედ - ზოგადად ქვეყანაზე და ზრდის ქვეყანაში არსებულ კრიმინალის მაჩვენებელს.

უსახლკარო ბავშვები, გარდა იმისა, რომ უწევთ შეეჭიდონ ცხოვრების უმძიმეს პირობებს, ხდებიან მომსწრეები საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმების თუ სტერეოტიპებისა, რაც ხელს უწყობს ამ ბავშვების სოციუმისგან განცალკევებას. გარდა იმისა, რომ ისინი კარგავენ კავშირს საზოგადოებასთან, ისინი ასევე კარგავენ ურთიერთობას სკოლასთან, რაც ხელს უშლის ბავშვის ინდივიდალ ჩამოყალიბებას. ბავშვისთვის განათლებისა და განვითარების უფლების არ ქონა დღევანდელ სამყაროში, ფაქტობრივად, წარმოადგენს მისთვის ჯანსაღი მომავლის არ ქონის წინაპირობებს. თუ გავითვალისწინებთ საქართველოში ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების რაოდენობასაც, თვალნათლივ დავინახავთ აღნიშნული მდგომარეობის საგანგაშო სიგნალებს, რაც კავშირშია არა მხოლოდ ხსენებულ ბავშვებთან და მათ ცხოვრებასთან, არამედ ქვეყნის მომავალთანაც.

ნაშრომი მიზნად ისახავს საქართველოში მყოფი უსახლკარო ბავშვების შესახებ არსებული ინფორმაციის მოძიებასა და გაანალიზებას, რაც მოიცავს სხვადასხვა სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით მიღებული ინფორმაციების შეჯერებას. აღსანიშნავია, რომ ამ პრობლემის მასშტაბურობიდან გამომდინარე, არსებობს მრავალი ორგანიზაცია, რომლებიც დაკავებულები არიან უსახლკარო ბავშვების პრობლემების შესწავლით, მათი მოგვარებითა და ამ საკითხის ირგვლივ საერთო ცნობიერების ამაღლებით. სწორედ აღნიშნული ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით მიღებული საერთო სურათის წარმოჩენაც ამ ნაშრომის ერთ - ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენს. გარდა ამისა, ნაშრომის ერთ - ერთი უმნიშვნელოვანესი მიზანი გახლავთ ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების გარშემო

არსებული სტიგმებისა თუ სტერეოტიპების კრიტიკული შეფასება და მათ მიერ გამოწვეული შედეგების საერთო ანალიზი.

ნაშრომის კვლევის საგანი მოიცავს საქართველოს ტერიტორიებზე მყოფი უსახლკარო ბავშვების პრობლემებს, მათ ირგვლივ არსებულ ეკონომიკურ გამოწვევებსა და მათთან მიმართებაში გაჩენილ სოციალურ განწყობებს.

კვლევის მეთოდოლოგია

ნაშრომზე მუშაობისას გამოყენებულია მეორეული კვლევის მეთოდი, რაც გულისხმობს კვლევის განხორციელებას მეორეული წყაროების ანალიზის საფუძველზე.

ლიტერატურის მიმოხილვა

როგორც არაერთხელ იქნა აღნიშნული, საქართველოში მცხოვრები უსახლკარო ბავშვები, მათ ირგვლივ არსებული ეკონომიკური გამოწვევები და მათ მიმართ გაჩენილი სოციალური განწყობა ჩვენი ქვეყნისთვის ერთ-ერთ უმთავრეს გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენს. შესაბამისად, აღნიშნულ საკითხზე მნიშვნელოვნად ამახვილებენ ყურადღებას სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომელთა ძირითად მიზანს ჩვენს ქვეყანაში ამ მხრივ არსებული პრობლემების შესწავლა და მოგვარება წარმოადგენს.

2014 წლის ივლისში ორგანიზაციამ „საქართველოს კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდების კეთილდღეობისთვის“, პროექტის „ძლიერი კოალიცია ბავშვების კეთილდღეობისთვის“ ფარგლებში, გამოაქვეყნა კვლევის ანგარიში თემაზე „ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება“. ანგარიში მოიცავს მრავალ მნიშვნელოვან და საკვანძო საკითხს ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმებზე და ბავშვზე ზრუნვის სისტემაზე. იგი მიზნად ისახავს ბავშვზე ზრუნვის სისტემების ძირითადი მიმართულებებისა და ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმის შეფასებას, შესაბამისი რეკომენდაციების წარდგენას, რათა მოხდეს ბავშვთა დაცვის პოლიტიკის გაუმჯობესება.

კვლევამ გამოკვეთა ბავშვთა კეთილდღეობის სისტემის ფუნქციონირების დროს წამოჭრილი პრობლემები. ერთ - ერთი ფუნდამენტური გამოწვევა, რომელიც ამ კვლევის შედეგად გამოვლინდა, გახლავთ სოციალური მუშაკის ინსტიტუტის სწრაფი და დროული განვითარების საჭიროება. გარდა ამისა, ხაზი გაესვა ზრუნვის სისტემაში მყოფი ბავშვების არასაკმარისი მომზადების საკითხს, როგორც ფსიქოლოგიური, ისე, ფიზიკური თვალსაზრისით, რაც გამოწვეულია ამ სისტემაში არსებული სოციალური მუშაკების, ფსიქოლოგებისა თუ სხვა ექსპერტების კვალიფიკაციის დონის არასასურველი და არასაკმარისი მაჩვენებლით.

კვლევის ანგარიშში ხაზი გაესვა პოლიციის და სკოლის, როგორც ბავშვის და ოჯახის ყველაზე მნიშვნელოვანი მხარდამჭერი ინსტიტუტების არასათანადო ფუნქციონირებას და ისინი შეფასდა, როგორც ბავშვთა დაცვისა და კეთილდღეობის სისტემაში არსებული „ყველაზე სუსტი რგოლი“. აღნიშნულ ანგარიშში ვკითხულობთ: „ბავშვთა ძალადობისგან დაცვის თვალსაზრისით არსებული სისტემის ყველაზე სუსტი რგოლებია პოლიცია და სკოლა...“ (ნამიჭივილი & სამაგლიშვილი, 2014)

ბავშვთა დაცვის საკითხზე კიდევ ერთ მნიშვნელოვან დოკუმენტს წარმოადგენს 2018 წელს, გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ჩატარებული კვლევის საფუძველზე გამოცემული ანგარიში „ქუჩაში მცხოვრები და/ ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში“. კვლევის მიზანს წარმოადგენს ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეგროვება. მათ ირგვლივ არსებული პრობლემების პრევენცია და მათი მოგვარების სტრატეგიების უკეთ შემუშავება.

კვლევის ანგარიშში ხაზი გაესვა ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების მრავალფეროვან პოპულაციას საქართველოში. ქუჩაში მცხოვრები და/ ან მომუშავე ბავშვები დაიყო გარკვეულ ქვეკატეგორიებად. ეს ქვეკატეგორიებია: 1) ქუჩაში მცხოვრები და/ ან მომუშავე ბავშვების დაყოფა იმის მიხედვით, ახლავთ თუ არა მათ მშობელი ან აქვთ თუ არა მშობელთან რაიმე სახის კონტაქტი; 2) ქუჩაში მცხოვრები და/ ან მომუშავე ბავშვების

პოპულაცია ლინგვისტური და ეთნიკური თვალსაზრისით; 3) ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების დაყოფა წარმომავლობისა და ასაკის მიხედვით და ა.შ. (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018).

გარდა ამისა, ზემოთ ხსენებული კვლევის ანალიზი გვთავაზობს სტატისტიკურ ინფორმაციას ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების შესახებ. ანგარიშში ვკითხულობთ, რომ საქართველოში ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების სისტემური კვლევის შედეგად, რომელიც 2007 წელს ჩატარდა, მივიღეთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ქვეყნის ოთხ დიდ ქალაქში: თბილისში, რუსთავში, ქუთაისსა და ბათუმში, იმ პერიოდში საშუალოდ, 1049 უსახლკარო ბავშვი ცხოვრობდა. გარდა ამისა, კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის თანახმად, უსახლკარო ბავშვების პასუხები მათი ქუჩაში ცხოვრების გამომწვევ მიზეზებზე მოიცავდა შემდეგ საკითხებს: მშობლების არ ყოლა, სიღარიბე, განქორწინება ან მრავალჯერადი ქორწინება, ლტოლვილობა, ჯანმრთელობის პრობლემები, სხვადასხვა სახის მავნე დამოკიდებულებები ან ძალადობრივი ხასიათის ქმედებები ოჯახში, სოციალური დაცვის სისტემების არაეფექტური მუშაობა, ოჯახის მხრიდან ბავშვზე ზრუნვის შესაძლებლობის არ ქონა, სკოლის მიტოვება და სხვა. (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018)

ნაშრომში ყურადღება მნიშვნელოვნადაა გამახვილებული იმ საკვანძო მიზეზებზე, რაც ბავშვების ქუჩაში მოხვედრას იწვევს. კვლევის ანგარიშში ვკითხულობთ, რომ ბავშვების ქუჩაში მოხვედრა არ არის განპირობებული მხოლოდ და მხოლოდ ამ ბავშვების სოციალურ არსებული სოციალური თუ ეკონომიკური ფაქტორებით, არამედ - ამ პრობლემის წარმოშობაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ე.წ. გარიყვის მექანიზმები, რომლებიც ზემოხსენებული კვლევის ფარგლებში მნიშვნელოვნად გამოიკვეთა. გარდა ამისა, ანგარიშში ვკითხულობთ, რომ ბავშვების ამ საგანგაშო ყოფის განმაპირობებელი მიზეზებიდან ერთ - ერთი ყველაზე ფუნდამენტურია - ამ საკითხში ჩართული სხვადასხვა ბავშვთა დაცვის ქსელების მუშაობის პროცესში წარმოქმნილი ხარვეზები.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის ყურადღების ცენტრში მუდმივად ექცევა ბავშვთა უფლებები და ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების წინაშე არსებული მნიშვნელოვანი პრობლემები. სწორედ აღნიშნული მიზეზის გამო 2021 წელს გამოსცა სპეციალური ანგარიში, რომელიც მიძღვნილი იყო ბავშვთა საყოველთაო უფლებების დაცვის კუთხით ქვეყანაში არსებული მდგომარეობის შეფასებაზე. ამავე ანგარიშში, რა თქმა უნდა, მნიშვნელოვნად გამახვილდა ყურადღება ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების საჭიროებებსა და იმ გამოწვევებზე, რასაც აღნიშნული საჭიროებები წარმოქმნის.

ანგარიშში უმნიშვნელოვანესი ყურადღება ეთმობა ბავშვების მიერ თვითმკვლელობის ან თვითმკვლელობის მცდელობის შემთხვევებს. ანგარიშში ასევე განხილულია აღნიშნული შემთხვევების გამომწვევი მრავალი სოციალურ - ეკონომიკური მიზეზი, რაც უდიდეს გავლენას ახდენს როგორც ბავშვების ცხოვრების დონის მაჩვენებელზე, ისე - მათ მენტალურ მდგომარეობაზე. აღსანიშნავია, რომ სახალხო დამცველის ანგარიშის ცნობით, მხოლოდ 2020 წელს არასრულწლოვანთა თვითმკვლელობის 14, ხოლო თვითმკვლელობის მცდელობის 54 შემთხვევა დაფიქსირდა. ეს რიცხვი 2019 წელს უფრო მაღალი იყო, როდესაც არასრულწლოვანთა თვითმკვლელობის 22, ხოლო თვითმკვლელობის მცდელობის 69 შემთხვევა გამოვლინდა. ხაზგასასმელია ისიც, რომ 2018 წლის მონაცემებთან შედარებით, 2019 წელს არასრულწლოვანთა მიერ თვითმკვლელობის ან თვითმკვლელობის მცდელობის სტატისტიკა თითქმის გაორმაგებულია, რაც ნამდვილად საგანგაშო მოცემულობას წარმოადგენს საზოგადოებისთვის და გამოკვეთს იმ ფაქტს, რომ ამ საკითხის ირგვლივ ქვეყანაში არ ხდება შესაბამისი პრევენციული ზომების გატარება. (ლომჯარია, 2021)

საქართველოს სახალხო დამცველი აღნიშნულ ანგარიშში გამოკვეთს ბავშვისთვის აუცილებელ იმ საჭიროებებს, რომელთა გარეშე არსებობაც ბავშვის უფლებების სერიოზულ დარღვევას წარმოადგენს. იგი აღნიშნავს, რომ მიუხედავდ მისი აუცილებლობისა, ქვეყანა დღას მწვავე პრობლემის წინაშე ბავშვის ისეთი საჭიროებებით უზრუნველყოფით, როგორცაა თავშესაფარი, სათანადო კვება, ხელმისაწვდომობა განათლებაზე, ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობაზე და ა.შ. (ლომჯარია, 2021)

სახალხო დამცველი ასევე განმარტავს, რომ ქუჩაში მცხოვრები მიუსაფარი ბავშვებისთვის შეთავაზებული სხვადასხვა სახის სოციალური სერვისები უმეტეს შემთხვევაში არ არის ეფექტური, გამომდინარე იქიდან, რომ უმეტეს შემთხვევაში ბავშვები უბრუნდებიან ქუჩას და კავდებიან ისეთი შრომით, რაც საფრთხეს წარმოადგენს მათი ფიზიკური თუ მენტალური ჯანმრთელობისთვის. იგი ასევე აღნიშნავს, რომ ბავშვთა დაცვის მიზნით შექმნილი სპეციალური პროგრამები უმეტეს შემთხვევაში არ ვრცელდება ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების სრულ კონტიგენტზე. გარდა ამისა, აღნიშნული პროგრამები განიცდის როგორც მატერიალური სახის რესურსების, ისე ადამიანური რესურსების ნაკლებობას, რაც თავის მხრივ განაპირობებს იმ მოცემულობას, რა მოცემულობაც ამ ეტაპზე ქვეყანაში დგას.

სახალხო დამცველის ანგარიშში უმნიშვნელოვანესი ყურადღება ეთმობა მძიმე ფიზიკური სახის შრომით საქმიანობაში ბავშვების ჩართულობას, რაც სახალხო დამცველის ანგარიშის მიხედვით, გამოწვეულია სიღარიბის, ცხოვრების შეუსაბამო დონისა და სხვა სოციალური ფაქტორების გამო. აღსანიშნავია ისიც, რომ სახალხო დამცველის თქმით, ამგვარ საქმიანობაში ჩართულნი არიან, როგორც ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები, ისე ის ბავშვები, რომელთაც გააჩნიათ საცხოვრებელი სახლი და ოჯახი. (ლომჯარია, 2021)

შესაბამისად, ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების საკითხი ერთ - ერთი ყველაზე მწვავე საკითხია, როგორც მსოფლიოში, ისე საქართველოში. სწორედ ამას ცხადვყოფს ის სტატისტიკები თუ სხვადასხვა ორგანიზაციების მიწერ ჩატარებული კვლევების ანგარიშები, რომლებიც ზემოთ იქნა განხილული.

ბავშვთა ქუჩაში ცხოვრების გამომწვევი ფაქტორები

ბავშვებს სჭირდებათ განსაკუთრებული ზრუნვა. ბავშვი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი სიცოცხლისთვის აუცილებელი ყოველი კომპონენტით მშობლისა და სახელმწიფოს მიერ. პირველ რიგში, ბავშვთა უზრუნველყოფა დაკავშირებულია ეკონომიკურ და ფინანსურ ვითარებასთან, როგორც ოჯახის, ისე - ქვეყნის.

„ბავშვის უფლებათა კონვენციის“ 27 - ე მუხლის, მე - 2 პუნქტის თანახმად: „მშობელს (მშობლებს) ან ბავშვის სხვა აღმზრდელებს ეკისრებათ ძირითადი პასუხისმგებლობა, თავისი უნარისა და ფინანსური შესაძლებლობების ფარგლებში უზრუნველყონ ბავშვის განვითარებისათვის საჭირო ცხოვრების პირობები“ - („გაერო“, 1989). დღევანდელი მოცემულობის გათვალისწინებით, სამწუხაროდ რთულია იმის თქმა, რომ ქვეყნის საზოგადოების უმეტეს ნაწილში ბავშვთა უფლებები ამ კუთხით მთლიანად არის დაცული, რადგან ქვეყანაში არსებობს ძალიან მძიმე ეკონომიკური ფონი, რაც რათქმუნდა ართულებს ბავშვის აუცილებელი პირობებით უზრუნველყოფას. შესაბამისად, აქ იკვეთება პირველი და უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი, რაც იწვევს ბავშვის ქუჩასთან დაკავშირებას.

გასათვალისწინებელია, რომ ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების უმეტესობა მშობლებთან ერთად მოძრაობს, რადგან ქუჩაში არა მხოლოდ ბავშვები, არამედ - მათი ოჯახის წევრებიც ცხოვრობენ. აღნიშნული სახის შემთხვევები პირდაპირ კავშირშია იმ ელემენტარული ფინანსური მხარდაჭერის არ ქონასთან, რაც საჭიროა მშობლების მიერ ბავშვების პირველ რიგში, საცხოვრებელი სახლით უზრუნველყოფისთვის. ასეთი შემთხვევები საქართველოში გვხვდება ძირითადად არაქართველური წარმომავლობის ოჯახებში, რაც თავისმხრივ განპირობებულია მრავალი ფაქტორით. მათ შორის ერთ- ერთი უმთავრესი ფაქტორი შეიძლება იყოს ის, რომ ისინი ვერ შოულობენ სამსახურს, რომლის დახმარებითაც შეძლებენ იმ ელემენტარული ფინანსური წყაროების მოძიებას, რაც მათ ზემოხსენებული ელემენტარული და უპირველესი საჭიროებისთვის გამოადგებათ. გარდა ამისა, საქართველოში ხშირია ე.წ. ბოშური წარმომავლობის ოჯახების ქუჩაში ხილვა, რაც უკავშირდება როგორც მათ ეკონომიკურ ვითარებას და მათ მიმართ საზოგადოებაში არსებულ სტერეოტიპულ განწყობას, ისე თავად ამ ხალხის მიერ უკიდურესად მკაცრ დამოკიდებულებას იმის შესახებ, რომ შეიყვანონ თავიანთი შვილები სკოლაში ან მიაბარონ ისინი სხვადასხვა ბავშვზე ზრუნვის დაწესებულებებს. ამის მაგივრად, ისინი მუდმივად ირჩევენ ერთი ადგილიდან მეორე ადგილზე გადასვლას, მუდმივ მოძრაობას და რაც ყველაზე საშიშია, უფროსები თავიანთ

ჩვევებს გადასცემენ ბავშვებსაც, რომლებიც მერე თავიანთ თვილებს გადასცემენ ამ ყველაფერს და ასე მათ სოციალურ არსებულ ისედაც მძიმე ვითარება უფრო და უფრო მძიმდება და ეს ყველაფერი მათ ცხოვრებაში ყალიბდება, როგორც ნორმა. აღსანიშნავია ამგვარი ოჯახების დოკუმენტაციის მოუწესრიგებლობაც. ხშირ შემთხვევაში მსგავს ოჯახებს არ აქვთ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტებიც კი, რაც იწვევს სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული სხვადასხვა სოციალური პროგრამის მათზე ავტომატურ არიდებას.

როგორც აღვნიშნეთ, ოჯახების ეკონომიკური მდგომარეობა გახლავთ უპირველესი ფაქტორი იმისა, რომ ბავშვებს უწევთ ქუჩაში ცხოვრება, თუმცა, ამის გარდა არსებობს ოჯახებში არსებული სხვა უმნიშვნელოვანესი ფაქტორები, რაც უდიდეს როლს თამაშობს ბავშვების ქუჩასთან დაკავშირებაში.

ოჯახური ძალადობის პრობლემა ერთ - ერთი ძალიან მნიშვნელოვანი და საკვანძო ფაქტორია იმ ფაქტორებს შორის, რაც იწვევს ბავშვების ქუჩაში ცხოვრებას. 1993 წელს გამოცემულ ქუჩის და მომუშავე ბავშვების საკითხზე იტალიაში გამართული სემინარის ანგარიშში მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა ისეთ სტრესულ გარემოებებს ოჯახში, რაც ბავშვებში იწვევს მძიმე ემოციურ ფონს. ხსენებული ემოციური ფონი კი, ხშირ შემთხვევაში გადაიზრდება სახლიდან გაქცევის სურვილში. (Black, 1993)

ოჯახური ძალადობის კუთხით საქართველოშიც ერთ - ერთი მძიმე ვითარებაა, რაც თავისმხრივ იწვევს ბავშვების ქუჩასთან დაკავშირებას. აღსანიშნავია, რომ ძალადობა შეიძლება განხორციელდეს ოჯახის ნებისმიერი წევრის მიერ ნებისმიერ წევრთან მიმართებაში. განსაკუთრებით ხშირია მშობლის მიერ ბავშვზე განხორციელებული ძალადობა, რაც ალბათ, ყველაზე მეტად აიძულებს ბავშვებს სახლიდან გაქცევას, თუმცა, აღსანიშნავია ერთი მშობლის მიერ მეორე მშობელზე განხორციელებული ძალადობაც, რაც ასევე უმძიმესია ბავშვისთვის და უქმნის მას ისეთ ემოციურ და მენტალურ მდგომარეობას, რომ ბავშვი ერთადერთ გამოსავალს ამგვარი ძალადობრივი გარემოდან თავის დაღწევაში ანუ სახლიდან გაქცევაში ხედავს.

სახლიდან გაქცეული ბავშვების მდგომარეობა განსაკუთრებით საგანგაშოა იმ მხრივ, რომ მათ ძირითადად არ იციან იმ სოციალური სამსახურების არსებობის შესახებ, რომლებიც მას დაეხმარებიან სახლიდან გაქცევის შემთხვევაშიც კი. შესაბამისად, ბავშვი ქუჩაში რჩება სრულიად მარტო და უმწეო და გადარჩენისთვის მას უწევს ან მისთვის შეუფერებელი ფიზიკური სამუშაოს შესრულება, ან არაკანონიერი საქმიანობებით დაკავება, რაც მას ავტომატურად აშორებს სკოლას და ჯანსაღ სოციუმს.

გარდა ამისა, საქართველოში ვაწყდებით კიდევ ერთ უმძიმეს მიზეზს, რის გამოც ბავშვები აღმოჩნდნენ ქუჩაში. აღნიშნული მიზეზი გახლავთ კონფლიქტური რეგიონებიდან მოსახლეობის იძულებით გადაადგილება, რაც, რა თქმა უნდა, გამოწვეულია ომით. აუცილებლად ხაზგასასმელია ის, რომ ომში ბავშვები ხშირად კარგავენ მშობლებს და ოჯახის წევრებს. შესაბამისად, ისინი რჩებიან სულ მარტო და ქუჩაში ცხოვრება მათთვის არის ერთადერთი გამოსავალი. არის ხოლმე შემთხვევებიც, როდესაც ბავშვები ომის შედეგად კარგავენ ყველანაირ კავშირს მშობლებთან და ოჯახის წევრებთან. ბავშვებს ძირითადად არ შესწევთ უნარი, რომ მთელი ქვეყნის მასშტაბით დაკარგული ოჯახის წევრები ეძებონ, ხოლო, მშობლები უამრავი მცდელობის მიუხედავად ვერ პოულობენ თავიანთ შვილებს. ეს ყველაფერი კი, საბოლოოდ ვითარდება ისე, როგორც ვითარდება და ბავშვები რჩებიან მზრუნველობა მოკლებულები. სამწუხაროდ, საქართველოში გვყავს უამრავი იძულებით გადაადგილებული პირი. შესაბამისად, ქუჩაში ვაწყდებით იმ ბავშვებსაც, რომლებმაც ამ კონკრეტული მიზეზის გამო დაკარგეს საცხოვრებელი სახლი და ოჯახი.

შესაბამისად, გამოიკვეთა რამოდენიმე ძირითადი ფაქტორი, რაც თამაშობს უდიდეს როლს ბავშვის ოჯახისგან მოწყვეტასა და მის ქუჩის ცხოვრებასთან დაკავშირებაში. აღნიშნული ფაქტორებიდან თითოეული მათგანი უმძიმესი და უმნიშვნელოვანესია და რაც მთავარია, ორივე მათგანს შეუძლია გამოიწვიოს ისეთი შედეგები, რომელთა გამოსწორებაც ხშირად შეუძლებელი ხდება.

ქუჩაში მომუშავე ბავშვები

მას შემდეგ რაც ბავშვი ქუჩაში აღმოჩნდება, მას უწევს, აწარმოოს ბრძოლა გადარჩენისთვის. ამრიგად, ისინი იწყებენ იმაზე ფიქრს, თუ როგორ იშვონ ფინანსები, რომლითაც შეძლებენ მინიმალური საკვების შეძენას მაინც. ბავშვები იწყებენ მუშაობას, სადაც ასევე აწყდებიან უამრავ პრობლემას.

პირველ რიგში, აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ „ბავშვის უფლებათა კონვენციის“ 32 - ე მუხლის 1 - ლი პუნქტის თანახმად, ბავშვები დაცულები უნდა იყვნენ ისეთი სამუშაოს შესრულებისგან, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს მათი ფიზიკური, სულიერი თუ მორალური ჯანმრთელობის დაზიანება ან ხელი შეუშალოს ბავშვს განათლების მიღებასა და მასზე წვდომაში. (გაერო, 1989)

საქართველოში მომუშავე ბავშვების მდგომარეობას თუ გადავხედავთ, დავინახავთ, რომ „ბავშვის უფლებათა კონვენციის“ 32 - ე მუხლის 1 - ლი პუნქტი თითქმის ყველა ასპექტში არის დარღვეული. საქართველოში ბავშვები ეწევიან ისეთ მძიმე შრომას, როგორცაა მაგალითად: ჯართის შეგროვება; სატვირთო მანქანებზე მუშაობა; სასოფლო-სამეურნეო სამუშაოები და ა.შ. (ლომჯარია, 2021). შესაბამისად, ეს ბავშვები მოწყვეტილები არიან სკოლასა და ისეთ გარემოს, სადაც ისინი შეძლებდნენ ჯანსაღ ფიზიკურ თუ გონებრივ განვითარებას. აქედან გამომდინარე, ამ მხრივაც, ისევე როგორც სხვა მრავალი თვალსაზრისით, ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების უფლებები საქართველოში მნიშვნელოვნად არის დარღვეული.

აღსანიშნავია საქართველოში მყოფ ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებში გავრცელებული ერთი საინტერესო ტენდენცია. აღნიშნული ბავშვები ხშირ შემთხვევაში დაკავებულები არიან ამა თუ იმ ნივთის გაყიდვით. ხაზგასასმელია ის ფაქტორიც, რომ აღნიშნული ნივთების აბსოლუტური უმეტესობა არის მოპარული. შესაბამისად, ბავშვები დაკავებულები არიან მოპარული ნივთების გაყიდვით. აღსანიშნავია ისიც, რომ ხშირ შემთხვევაში ეს ბავშვები არიან მათზე უფროსი ადამიანების დაქვემდებარების ქვეშ, რაც მიგვანიშნებს ამ ბავშვების ირგვლივ არსებულ საგანგაშო ვითარებაზე, რომელიც გულისხმობს, რომ ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები ხდებიან გარეშეპირების ან თუნდაც მათივე ოჯახის წევრების მიერ განხორციელებული ზეწოლის ობიექტები.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს საშიშროება, რომელიც გულისხმობს ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების პროსტიტუციულ საქმიანობაში ჩაბმას, რაც ძალიან დიდ საფრთხეს წარმოადგენს როგორც მათი ფიზიკური ჯანმრთელობისთვის, ისე მათი ფსიქოლოგიური მდგომარეობისთვისაც. აგრეთვე, ხაზგასასმელია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, რომლისგანაც დაცული არც ერთი პროსტიტუციაში ჩაბმული ბავშვი არ არის.

1960 წელს დაარსებული შვეიცარული ბავშვთა დაცვის ორგანიზაციის მიერ, 2010 წელს გამოქვეყნებულ ანგარიშშიც მნიშვნელოვნადაა ყურადღება გამახვილებული ქუჩასთან კავშირში მყოფი ბავშვების იმ მძიმე სამუშაო პირობებზე, რაში ჩაბმაც ამ ბავშვებს უწევთ. აღნიშნულ ანგარიშშივე ხაზია გასმული იმ მოცემულობაზე, რომ ისეთი მძიმე შრომა, რისი შესრულებაც მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვებს უწევთ, მათთვის არის ძალიან საგანგაშო მრავალი კუთხით, მათ შორის, სამედიცინო და საგანმანათლებლო თვალსაზრისითაც. (Terredeshommes, 2010)

განათლებასთან წვდომის პრობლემა უსახლკარო ბავშვებში

განათლებასთან წვდომა შედის ბავშვისთვის აუცილებელ იმ ფუნდამენტურ უფლებებში, რომელთა უზრუნველყოფაც თითოეული ბავშვისთვის გადაუდებელ აუცილებლობას წარმოადგენს. როდესაც ვსაუბრობთ საქართველოში მყოფ ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებზე, თვალნათელი ხდება ამ მხრივაც ქვეყანაში არსებული ძალიან სამწუხარო მოცემულობა. ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები მოწყვეტილნი არიან საგანმანათლებლო დაწესებულებებს, რაც განპირობებულია თუნდაც ზემოთ განხილული ბავშვთა მიერ მძიმე შრომითი საქმიანობის გაწევით.

გარდა ამისა, ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების სკოლიდან მოწყვეტის ერთ - ერთი ძირითადი გამომწვევი მიზეზი ის გახლავთ, რომ მათ არ აქვთ ინფორმაცია იმასთან დაკავშირებით, თუ რა

სარგებლის მომტანი შეიძლება იყოს სკოლა მათთვის. საქართველოში არსებული სხვადასხვა სოციალური დაწესებულებების მუშაობა ამ მხრივაც მნიშვნელოვან ხარვეზებს მოიცავს. ამ ბავშვების ცნობიერების ამაღლება და მათში განათლების წახალისება უნდა იყოს ნომერ პირველი ნაბიჯი, რაც აღნიშნული ბავშვების საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ჩართვის მაჩვენებელს გაზრდის.

საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ ხაზგასმულ იქნა ასევე საქართველოს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში არსებული მძიმე ვითარება. აღნიშნული პრობლემა ვრცელდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით და განსაკუთრებით ეხმიანება შეზღუდული შესაძლებლობებისა და სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე პირების ირგვლივ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში არსებულ სიტუაციას. (ლომჯარია, 2021)

ამგვარად, ჩვენთვის ნათელი ხდება საქართველოში არსებული ქუჩაში მცხოვრები ბავშვებისთვის საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ჩართვის აუცილებლობა და ის მიზეზები, რაც აღნიშნული ბავშვების განათლებისგან იზოლაციას იწვევს.

საზოგადოების დამოკიდებულება უსახლკარო ბავშვების მიმართ

იმ ეკონომიკური სიდუხჭირისა და გაუსაძლისი ცხოვრების პირობების გარდა, რასაც ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები ყოველდღიურად აწყდებიან, მათთვის უმძიმეს გამოწვევას წარმოადგენს საზოგადოებაში არსებული სოციალური განწყობაც მათ მიმართ, რაც ძალიან ცუდი შედეგების მომტანი შეიძლება იყოს თითოეული მათგანისთვის.

უშუალოდ, საქართველოს მაგალითზე რომ ვიმსჯელოთ, ქვეყანაში არსებობს ძალიან ბევრი სტიგმა და სტერეოტიპი, რასაც საზოგადოების ნაწილი ნებსით თუ უნებლიეთ ახვევს თავს ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებს. აღნიშნულმა სტიგმებმა და სტერეოტიპებმა მნიშვნელოვნად შეცვალა საზოგადოების დამოკიდებულება მზრუნველობა მოკლებული ბავშვების მიმართ, რაც გამოიხატა იმაში, რომ მუდმივად ხდება მიუსაფარი ბავშვების ჩაგვრა, მათი ბულინგი და საზოგადოებრივი მასისგან იზოლირება.

აღსანიშნავია, რომ ამ კუთხით საზოგადოების ცნობიერების მნიშვნელოვანი ამაღლებაა საჭირო. საზოგადოების დიდი ნაწილი ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებს არ აღიქვამს ჩვეულებრივ ბავშვებად და არ გამოხატავს მათ მიმართ მზრუნველობასა და ტოლერანტობას. განსაკუთრებული აგრესია შეინიშნება არაქართველური წარმოშობის ბავშვების მიმართ, რაც შეიძლება ითქვას, გადაიზრდება საზოგადოების ქსენოფობიურ განწყობაში.

მუდმივი ჩაგვრა, ბულინგი და გარიყვა ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებში იწვევს თითქმის იგივე ან უარეს უკურეაქციას და ისინიც ხდებიან აგრესიულები საზოგადოების იმ ნაწილის მიმართ, ვინც არ დაეხმარება მათ მატერიალურად, ან არ იყიდის მათ მიერ შეთავაზებულ კონკრეტულ ნივთებს.

საზოგადოებაში ასევე გამოკვეთილია ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებზე ფიზიკური შეხებისა და ძალადობის ტენდენციაც. მეტროში, ავტობუსში ან სხვა საზოგადოებრივ ტრანსპორტში მოწყალეების სათხოვნელად გამოსული ბავშვები ხშირად ხდებიან ხელის კვრის, დაცინვის ან ირონიის ობიექტები, რაც რა თქმა უნდა, იწვევს ამ ბავშვების ფსიქოლოგიის განადგურებას. გარდა ამისა, ხშირია შემთხვევა, როდესაც ქუჩაში მოწყალეების სათხოვნელად გამოსული ბავშვები ხდებიან ვიდეო/ აუდიო ჩაწერის სამიზნეები. აღნიშნული ვიდეო/ აუდიო მასალა ძირითადად, გახლავთ დამცინავი შინაარსის. ხოლო, მას შემდეგ, რაც აღნიშნული მასალა მოხვდება სოციალურ ქსელში, ამ ვიდეო/აუდიო მასალაში აღბეჭდილი ბავშვები ხდებიან კიბერ ბულინგის მსხვერპლნიც, რაც თავის მხრივ იწვევს საზოგადოებაში ამ ბავშვების მიმართ არსებული აგრესიული დამოკიდებულების გაღრმავებას.

შესაბამისად, საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპები და აგრესიული განწყობა ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვთა მიმართ იწვევს ბევრად მძიმე უკურეაქციას თავად ამ ბავშვებში და ხდება აღნიშნული ბავშვების ჯანსაღი საზოგადოებისგან იზოლაცია, რასაც შეუძლია ამ ბავშვების და თავად საზოგადოების ძალიან სავალალო შედეგებამდე მიყვანა.

სოციალური სამსახურების მნიშვნელობა უსახლკარო ბავშვების პრობლემათა მოგვარებაში

ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვთა პრობლემების მოსაგვარებლად სახელმწიფო მიმართავს სხვადასხვა გზებს. ამავე მიზეზით, ქვეყანაში არსებობს სოციალური სამსახურები, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან, მუდმივ ყურადღებაში ჰყავდეთ არა მხოლოდ ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები, არამედ ზოგადად, ყველა ბავშვი მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

იმისათვის, რომ ქვეყანაში დაცული იყოს ბავშვთა უფლებები, საჭიროა, რომ სოციალურმა სამსახურებმა იმუშაონ შესაბამისად და გაითვალისწინონ თავიანთი სამომავლის მიხედვით განსაზღვრული თითოეული ნორმა. თუმცა, სამწუხაროდ ჩვენს ხელთ სულ სხვა მოცემულობაა.

სოციალური სამსახურების არაეფექტური მუშაობის მიზეზით, ქვეყანაში არსებულ მრავალ თავშესაფარში არსებობს ძალადობრივი ფაქტები, რომელთა პრევენციაც, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ ვერ ხერხდება. ამგვარ ფაქტებზე საუბრობს სახალხო დამცველი ნინო ლომჯარია თავის ანგარიშშიც და ხაზს უსვამს იმ ფაქტსაც, რომ ქვეყანაში არ ხდება ძალადობის მსხვერპლი ბავშვების საჭიროებების დროული გამოკვეთა და მათ რეაბილიტაციაზე ორიენტირებული ქმედითი ნაბიჯების გადადგმა.

ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების საჭიროებების გამოკვეთისა და მათ ირგვლივ არსებული პრობლემების გადაჭრის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი რომ ქვეყანაში არსებული სოციალური სამსახურებია, ეს ფაქტია გამოკვეთილი 2018 წელს გამოცემულ გაეროს ბავშვთა ფონდის ანგარიშშიც. ხსენებულ ანგარიშში ყურადღება გამახვილებულია სოციალური სამსახურების ჩართულობის მნიშვნელობაზე ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების წინაშე მდგარი გამოწვევების გადასაჭრელად. აუცილებელია, ხაზი გაესვას თავად სოციალურ სამსახურებში არსებულ მნიშვნელოვან ხარვეზებსა და პრობლემებს. გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოცემული ანგარიშის თანახმად, აღნიშნული სამსახურები განიცდიან როგორც ადამიანური, ისე ინფრასტრუქტურული რესურსების ნაკლებობას. (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018).

სოციალური სამსახურების გარდა, ქვეყანაში არსებობს ბევრი როგორც ადგილობრივი, ისე საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომლებიც დაკავებულნი არიან ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვთა საჭიროებების დადგენითა და მათზე ორიენტირებული სამოქმედი გეგმების შედგენით. გარდა ამისა, ხსენებული ორგანიზაციების მიზნებს წარმოადგენს საზოგადოებაში ცნობიერების ამაღლება მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვებთან დაკავშირებით.

ადგილობრივი ბავშვთა დაცვის ორგანიზაციებიდან აუცილებლად გამოსაყოფია ორგანიზაცია „საქართველოს კარიტასი“ და „ბავშვი და გარემო“. ხსენებული ორგანიზაციები მუდმივად ქმნიან ახალ - ახალ გეგმებსა და პროექტებს, რომ მოხდეს ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების საჭიროებების დაკმაყოფილება და მათთვის ისეთი კულტურული თუ სოციალური ღონისძიებების შეთავაზება, რაც გამოიწვევს აღნიშნული მოწყვლადი ჯგუფის საზოგადოებასთან ინტეგრაციასა და მათ კულტურულ აღზრდას. (კარიტასი, 2022)

შესაბამისად, მრავალ კვლევაზე და ანგარიშზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ქვეყანაში ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების ელემენტარული საჭიროებების დაკმაყოფილებას სოციალური სამსახურები ვერ ახერხებენ. აუცილებელია ხაზი გაესვას გაეროს ბავშვთა ფონდის საქმიანობას საქართველოში, გამომდინარე იქიდან, რომ ის ძირითადი პროექტები, რაც საქართველოში მიუსაფარ ბავშვთა მხარდასაჭერად ხორციელდება, სწორედ გაეროს ბავშვთა ფონდის ფინანსური თუ სხვა სახის მხარდაჭერის დამსახურებაა.

დასკვნა

ბავშვების ქუჩაში ცხოვრების გამომწვევი ფაქტორებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია ამ ბავშვთა ოჯახების მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობა; ამ ოჯახებში არსებული ძალადობრივი ფონი და ქვეყანაში მომხდარი კონფლიქტების შედეგად მოსახლეობის იძულებითი გადაადგილება. ქუჩაში მომუშავე ბავშვები დაკავებულნი არიან ისეთი არაკანონიერი და ძლიერ საზიანო საქმიანობით, როგორებიცაა, პროსტიტუცია, კრიმინალი და ა.შ. ქუჩაში

მცხოვრები ბავშვების განათლებასთან წვდომა პრობლემატურია. ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების ირგვლივ არსებობს მძიმე სოციალური განწობილებები და იკუკავშირებს, რასაც აღნიშნული სოციალური განწყობილებები იწვევს მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვებში.

სოციალური სამსახურები ქვეყანაში ფუნქციონირებს მნიშვნელოვანი ხარვეზებით, რაც გამოწვეულია თავად ამ სამსახურებში არსებული სხვადასხვა სახის რესურსების არ ქონითაც. გამოიკვეთა ის ზიანი, რისი მოტანაც სოციალურ სამსახურებს შეუძლიათ იმით, რომ არ არიან სათანადოდ ჩართულები ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების ირგვლივ არსებული პრობლემატური საკითხების შესწავლასა და მათ მოგვარებაში. ქვეყანაში არსებულ ადგილობრივი თუ საერთაშორისო ორგანიზაციების ჩართულობას დადებითი წვლილი შეაქვთ მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვთა პრობლემების განხილვასა და მათი მოგვარების სხვადასხვა ალტერნატიული გზების მოძიებაში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Black, M. (1993). street and working children . Florence : UNICEF international child development centre.
2. Terredeshommes. (2010). children in street situations . Tdh .
3. გაერო. (1989). ბავშვის უფლებათა კონვენცია. Retrieved from unicef.org : https://www.unicef.org/georgia/sites/unicef.org.georgia/files/2019-03/CRC_ge.pdf
4. კარიტასი. (2022). ქუჩასთანკავშირშიმყოფიბავშვებისმომსახურება. Retrieved from caritas.ge : https://caritas.ge/156--.html?fbclid=IwAR2sslwYT3qt5CGk2BQRDVKOUV7LSYWHNIYuMd_i-2bSBr2fxOnTQm3P79Y
5. კეთილდღეობისთვის, ს. კ. (2014). ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება. თბილისი: ევროკავშირის მხარდაჭერით.
6. ლომჯარია, ნ. (2021). SUBMISSION OF THE PUBLIC DEFENDER OF GEORGIA TO THE UN COMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD.თბილისი: PUBLIC DEFENDER OF GEORGIA.
7. ამიჭიშვილი, ს., სამაგლიშვილი, შ. (2014). ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება. თბილისი.
8. ფონდი, გ. ბ. (2018). ქუჩაში მცხოვრები და/ ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში . თბილისი: გაეროს ბავშვთა ფონდი.



ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში

ნია მასიუკოვიჩი¹

¹ ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნების მთავრობების ფარმაცევტული პოლიტიკის მიზანს შეადგენდა ფარმაცევტული კანონმდებლობის ჰარმონიზაცია ევროკავშირთან. დაინერგა სამკურნალწამლო საშუალებათა რეგულირების მექანიზმები, რითაც გამარტივდა მოთხოვნები წამლის რეგისტრაციასთან, პროფესიონალთა ლიცენზირებასთან და ფარმაციის ბიზნესის წარმოებასთან დაკავშირებით. მოხდა ეთიკის სტანდარტების გადახედვა, დაწესდა ფასებზე კონტროლი და მოხდა მედიკამენტების აქტიური ჩართვა ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნულ სისტემებში. ხარჯების შესაკავებლად შემოღებულ იქნა „პოზიტიური მედიკამენტების ჩამონათვალი“, შესაბამისი თანაგადახდებით, ასევე გაერთიანებული შესყიდვები და ღია ტენდერები დაბალი ფასების უზრუნველსაყოფად. მიუხედავად ამისა, სახეუა რიგი გამოწვევები: წესებისა და სტანდარტების არ აღსრულება, შეზღუდული ხელმისაწვდომობა სამკურნალწამლო პრეპარატებზე დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობისთვის, რესურსების განაწილების არაეფექტურობა, პრეპარატების ავთიაქების ქსელში გავრცელების არასრულყოფილება, კონტროლის არარსებობა ექიმების მიერ რეცეპტის გამოწერაზე.

საკვანძო სიტყვები: რეფერენტული ფასი; ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება.

ციტატა: ნია მასიუკოვიჩი. ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

Regulation of the pharmaceutical market in the Western Balkan countries

Nia Masiukovich¹

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University

Abstract

The goal of the pharmaceutical policy of the governments of the Western Balkan countries was to harmonize the pharmaceutical legislation with the European Union. Drug regulatory mechanisms were introduced, simplifying requirements for drug registration, professional licensing, and pharmaceutical business operations. Ethical standards were reviewed, price controls were established, and drugs were actively included in national health insurance systems. To contain costs, a "positive drug list" with appropriate co-payments was introduced, as well as pooled purchases and open tenders to ensure lower prices. Nevertheless, there are a number of challenges: non-enforcement of rules and standards, limited access to medicinal products for low-income population, ineffective distribution of resources, incomplete distribution of drugs in the pharmacy network, lack of control over prescribing by doctors.

Key words: reference price; Regulation of the pharmaceutical market.

Quote: Nia Masiukovich. Regulation of the pharmaceutical market in the Western Balkan countries. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

ფარმაცევტული ხარჯები მსოფლიოში წლების განმავლობაში სწრაფად იზრდებოდა და უკანასკნელ წლებში მიაღწია ყველაზე მაღალ ნიშნულს (Siegmeier & Büssgen, 2022). ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში ჯანდაცვის ხარჯები მთელ მსოფლიოში გაიზარდა მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 8.7%-დან (2000 წლის მონაცემებით) მშპ-ს 9.9%-მდე (2018 წლის მონაცემებით) [OECD Data, 2022]. განსაკუთრებით მაღალი დანახარჯით გამოირჩევა ახალი ფარმაცევტული პროდუქტები ჯანდაცვის სისტემაში. ასეთ პროდუქტებზე გაწეულმა ხარჯმა 1,4 ტრილიონ დოლარს მიაღწია მთელ მსოფლიოში (Global Health Expenditure Database, 2021). მზარდი ფარმაცევტული ხარჯების შესაკავებლად, ქვეყნები მიმართავენ რეგულირების სხვადასხვა გზებს, როგორცაა რეფერენტული ფასები, საჯარო ტენდერები, ფასების შემცირება და ფასდაკლებები, ხარჯების განაწილების სხვადასხვა მოდელები, ექიმებისთვის რეცეპტების გამოწერაზე დაწესებული წესები, ფასნამატის რეგულირება, ჯენერიკებით ჩანაცვლება [IQVIA, 2023].

გერმანიაში 2011 წელს მიღებულ იქნა ფარმაცევტული ბაზრის რესტრუქტურისაციის აქტი (AMNOG), რამაც უზრუნველყო ინოვაციური მდიკამენტები ფარმაცევტულ ბაზარზე და განაპირობა ეკონომიკურად ეფექტური ფასების შემოღება. გერმანია იყო პირველი ქვეყანა, რომელმაც 1989 წელს დანერგა შიდა რეფერენტული ფასები (IRP), რათა დაეცვა დაზღვეულები მედიკამენტების მომატებული ფასებისგან (Lauenroth & Stargardt, 2017). სამკურნალო პროდუქტის ფიქსირებული ფასი არის ის მაქსიმალური თანხა, რომელსაც იხდის ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა (SHI) კონკრეტულ მედიკამენტში. თუ წამლის გასაყიდი ფასი ფიქსირებულ ფასზე მაღალია, პაციენტები, ჩვეულებრივ, ან თავად იხდიან სხვაობას ფიქსირებულ ფასთან მიმართებით, ან არჩევენს აჩერებენ სხვა, თერაპიულად ექვივალენტურ პრეპარატზე (ანალოგ ჯენერიკზე), დამატებით თანხების გადახდის გარეშე. გერმანიის ფარმაცევტული ბაზრის რესტრუქტურისაციის აქტი (AMNOG) არეგულირებს მედიკამენტების ფასებს (Lauenroth & Stargardt, 2017). პატენტით დაცული ახალი ფარმაცევტული საშუალებები, რომლებიც გამოირჩევა მნიშვნელოვანი თერაპიული ეფექტით, ან განსაკუთრებული მახასიათებლებით (მაგ., ნაკლები გვერდითი მოვლენები), გამორიცხულია ფიქსირებული ფასების სისტემიდან.

საორიენტაციო (რეფერენტული) ფასების სისტემები დანერგილი იქნა ევროპის რიგ ქვეყნებში. აღნიშნულმა გამოიწვევა ფარმაცევტული პროდუქტების ფასების შემცირება და ხელი შეუწყო ფასების კონკურენციას ფარმაცევტულ ბაზარზე (Dylst, 2021). ინოვაციურ წამლებზე, როგორცაა ბიოლოგიური პრეპარატები, რეფერენტულ ფასებს აქვს ხარჯთა შემცირების პოტენციალი.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ფარმაცევტული საშუალებების ხელმისაწვდომობა განსხვავდება მათი გამოყენების ჩვენების მიხედვით (Mitkova et al., 2020; Vokinger et al., 2020; Hernandez et al., 2018; Yang et al., 2021). კვლევების მიხედვით, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებს კიბოს სამკურნალო მედიკამენტებზე დაწესებული აქვთ შედარებით დაბალი ფასები, ვიდრე საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს და, შესაბამისად, მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში კიბოს მკურნალობა უფრო ხელმისაწვდომია (Moye-Holz & Vogler, 2017). ერთი კვლევის მიხედვით, ბევრი ფარმაცევტული საშუალებების ფასი, განსაკუთრებით იშვიათი დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე, აღემატება ღირებულების ზედა ზღურბლს, რაც ამცირებს აღნიშნულ პრეპარატებზე ხელმისაწვდომობას (Morgan, 2020).

გერმანიის ბაზარზე ფასების დადგენა განსაკუთრებით აქტუალური და რელევანტურია მრავალი ევროპული ქვეყნისთვის, რომლებიც იყენებენ გერმანიას, როგორც რეფერენტულ ქვეყნად, მედიკამენტებზე საკუთარი ფასების განსაზღვრისთვის (Henschke, 2013). ევროკავშირის 15 ქვეყანაში რეფერენტული ფასების ანალიზმა აჩვენა, რომ მედიკამენტის ფასის 1.00 ევროთი შემცირების შემთხვევაში, ანაზღაურების ფასები მცირდება 0.15 ევროდან (ავსტრია) 0.36 ევრომდე (იტალია) (Stargardt, 2016).

დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში არსებობდა ძლიერი პოლიტიკური ნება, რომ აღნიშნული რეგიონის ფარმაცევტული კანონმდებლობა გათანაბრებულიყო ევროკავშირის ქვეყნებთან. შესაბამისად, ფარმაცევტული საშუალებების ფასებზე კონტროლის პოლიტიკის

ბოლო ცვლილებები მიზნად ისახავდა წამლის არსებული პოლიტიკის ჰარმონიზაციას ევროკავშირთან. სამკურნალწამლო საშუალებათა რეგულირების რამდენიმე კანონი განახლდა ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში. გამარტივებული იქნა მოთხოვნები წამლის რეგისტრაციასთან დაკავშირებით, გამარტივდა წესები პროფესიონალთა ლიცენზირებასა და ფარმაციის ბიზნესის წარმოებასთან დაკავშირებით. მოხდა ეთიკის სტანდარტების გადახედვა, დაწესდა ფასებზე კონტროლი და მოხდა მედიკამენტების აქტიური ჩართვა ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნულ სისტემებში. რეგიონის ქვეყნებმა წარმოადგინეს მედიკამენტებზე დანახარჯის შემცირების სხვადასხვა გზები, კერძოდ, ე.წ. „დადებითი სიების“ - მედიკამენტების ჩამონათვალის დადგენა, შესაბამისი თანაგადახდებით. ასევე სემორებულ იქნა გაერთიანებული შესყიდვები და ღია ტენდერები დაბალი ფასების უზრუნველსაყოფად. თუმცა, მიუხედავად ამისა, არსებობს რიგი გამოწვევები, როგორებიცაა: წესებისა და სტანდარტების არ აღსრულება, შეზღუდული ხელმისაწვდომობა სამკურნალწამლო პრეპარატებზე დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობისთვის, რესურსების განაწილების არაეფექტურობა, პრეპარატების აფთიაქების ქსელში გავრცელების არასრულყოფილება, კონტროლის არარსებობა ექიმების მიერ რეცეპტის გამოწერაზე და, ხანდახან, კონფლიქტები საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და სამრეწველო პოლიტიკის მიზნებს შორის.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, დადგა ფარმაცევტულ ინდუსტრიაში შესაძლებლობების შემდგომი გაძლიერების საჭიროება, რაც მოიცავდა: გაზრდილ ზედამხედველობას, უმაღლეს პროფესიულ სტანდარტებზე ფოკუსირებას, შეზღუდული საჯარო რესურსების ეფექტურ გამოყენებას, მედიკამენტების თანაბარი ხელმისაწვდომობის და რაციონალური გამოყენების უზრუნველყოფას. ჩატარებული ღონისძიებების მიუხედავად სამკურნალწამლო საშუალებებზე ხარჯები მაინც იზრდება აღნიშნულ რეგიონში, ისევე, როგორც აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებში. წამლებზე დანახარჯი ორჯერ აჭარბებს მშპ-ის ზრდის ტემპს, რასაც განაპირობებს ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა: ინოვაციური მედიკამენტების შემოღობა, მოსახლეობის დაბერება, შემოსავლების ზრდა და ჯანდაცვის სერვისებზე უკეთესი ხელმისაწვდომობა.

დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნები წამლებზე ხარჯავენ მათი ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების დაახლოებით 15-30%-ს, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით. სისტემის ეფექტურობის გაუმჯობესების ღონისძიებები მოიცავს მედიკამენტების მიწოდების მექანიზმების კონტროლს (მაგ., ფასებზე კონტროლის დაწესება, „პოზიტიური მედიკამენტების ჩამონათვალი“, ძვირადღირებული მედიკამენტების წინასწარი განხილვა, კონკურენტული შესყიდვები და შემოტანილ მედიკამენტთა მოცულობების კონტროლი), ასევე, მოთხოვნის მხრივ მექანიზმების კონტროლს (მაგ., რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების თანაგადახდა, ბიუჯეტი ან კვოტების დაწესების სისტემა ექიმებისთვის) (Mrzsek and Frank, 2004)

დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნების უმეტესობამ დანერგა ე.წ. „პოზიტიური მედიკამენტების ჩამონათვალი“, რომელიც წარმოადგენს იმ წამლების ჩამონათვალს, რომელსაც ფარავს ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული ფონდები. ღია ტენდერებით შესყიდვების გზით გაწეულმა დანახარჯმა შეიძლება მიაღწიოს 80%-ზე მეტს დიდი ბრუნვის მქონე წამლებთან მიმართებით. დანახარჯი მცირე ბრუნვის მქონე წამლებზე და არსებითად ძვირადღირებულ წამლებზე (მაგ. როგორიცაა მაგ. ინსულინი) დაბალია, მაგრამ მაინც აქტუალურია. ფასების შედარება სერბეთსა და მონტენეგროს შორის აჩვენებს, რომ გაცილებით პატარა მონტენეგროს თავისუფლად შეუძლია, ჰქონდეს დაბალი ფასები რიგ მედიკამენტებზე, ე.წ. „დადებითი სიის“ მეშვეობით ტენდერების წარმოების საფუძველზე.

ქვეყნები, რომელთაც აქვთ სოციალური დაზღვევის სისტემა და „პოზიტიური მედიკამენტების ჩამონათვალი“, განიცდიან მუდმივ ზეწოლას ფარმაციის ინდუსტრიის და მომწოდებლებისგან, რომ დაზღვევაში ჩართული იქნას ახალი ინოვაციური ფარმაცევტული საშუალებები, მსხვილი საერთაშორისო მწარმოებლების მიერ მოწოდებული ბრენდირებული, დაპატენტებული პროდუქცია.

ცხრილი 1: „პოზიტიური ჩამონათვალის“ ხშირად გამოწერადი მედიკამენტების ფასთა შედარება სერბეთსა და მონტენეგროში (საბითუმო ფასების დონე, ქვედა ზღვრული ფასები შავი შრიფტით

Generic name	Form, Dosage	No. Units	Serbia (€)	Montenegro (€)
Ranitidin	Tbl, 300 mg	30	4.70	2.17
Omeprazol	20 mg	14	5.06	2.58
Ondansetron	4 mg	10	12.43	19.55
Glibenclamid	5 mg	30	0.67	0.45
Metformin	850 mg	30	0.75	0.66
Human insulin R	100 i.u.	5x3 ml	24.36	29.00
Digoxin	0.25 mg	20	0.30	0.22
Isosorbid Mononitrate	20 mg	30	0.79	0.64
Furosemid	40 mg	10	0.29	0.26
Amlodipin	5 mg	20	2.65	1.65
Verapamil	40 mg	30	0.33	0.29
Lizinopril	5 mg	20	1.13	0.68
Simvastatin	20 mg	28	7.15	8.25
Amoxicillin	500 mg	16	0.97	0.73
Cefalexin	500 mg	16	1.77	1.22
Cotrimoxazol	480 mg	20	0.73	0.52
Fluconazol	50 mg	7	4.95	3.20
Fluoxetin	20 mg	30	11.49	6.00
Salbutamol	2 mg	60	1.18	0.76
Fluticazone aerosol	60 x 125 mcg	1	9.84	9.93

ზოგადად, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო ფონდები, დასავლეთ ბალკანეთში, არ ანაზღაურებენ ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებს. მაგ. სერბეთში შემოიღეს სამკურნალწამლო საშუალებების ანაზღაურების ახალი სისტემა, რომელიც სრულიად 100%-ით ანაზღაურებს აუცილებელ მედიკამენტებს სპეციალურად განსაზღვრული სიდიდან, 50%-ით დაფარავს მნიშვნელოვანი წამლების საკმაოდ დიდ ჩამონათვალს და 15%-ით აანაზღაურებს ყველა სხვა მედიკამენტს, მათ შორის, ისეთ ფარმაცევტულ საშუალებებს, რომლებიც განსაზღვრულია, როგორც ადამიანთა ცხოვრების ხარისხზე მოქმედ პრეპარატებად, მაგ. როგორცაა ვიაგრა. გასათვალისწინებელია, რომ სერბეთს აქვს ჯანდაცვის დაწესებულებებზე წამლების ბიუჯეტირების საკმაოდ ეფექტური სისტემა. თითოეულ სამედიცინო ობიექტს აქვს კონკრეტული, წინასწარ დადგენილი ბიუჯეტი. ბიუჯეტის ამოწურვის შემდეგ ფარმაცევტებს უფლება არ აქვთ, ანაზღაურებით მიჰყიდონ მოხმარებელს სამკურნალწამლო საშუალებები მაშინაც კი, როდესაც მოხმარებლები იმავე დაწესებულებიდან გამოწერილი რეცეპტით შედიან აფთიაქში. აღნიშნულს აქვს რაციონირების ეფექტი: საბიუჯეტო პერიოდის ბოლოს ექიმები ამცირებენ გამოწერილი რეცეპტების რაოდენობას. წამლებზე მაღალი თანაგადახდები, რეცეპტების გამოწერის შემცირებასთან ერთად (აღსანიშნავია, რომ დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში, რეცეპტით გასაცემი სამკურნალწამლო საშუალებების უმრავლესობის შეძენა

აფთიაქებში თავისუფლად შესაძლებელი ყოველგვარი რეცეპტის გარეშე) ქმნის „შემოვლითი ეფექტის“ დადგომის რისკს, რაც ნიშნავს იმას, რომ პაციენტები პირდაპირ მიდიან აფთიაქში და საკუთარი ჯიბიდან იხდიან მედიკამენტების საფასურს, უარს აცხადებენ რა, წამლის შეღავათიან ფასად შეძენის უფლებაზე. მომხმარებლის ასეთი ქცევა არა მხოლოდ ზრდის წამლის არასასურველი რეაქციების ან პრეპარატის არაადეკვატური, არამიზანმიმართული გამოყენების რისკს, არამედ ასუსტებს დაზღვევის სისტემის სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერას დროთა განმავლობაში. პაციენტები აღიქვამენ აღნიშნულს, როგორც დამატებით რეგულარულ ხარჯს, რომელიც არ შეესაბამება მიღებულ სარგებელს.

მედიკამენტების ფასები რეგულირდება დასავლეთ ბალკანეთის უმეტეს ქვეყანაში. ინოვაციური მედიკამენტებისთვის (ერთი წყარო/ერთი მომწოდებელი, დაპატენტებული ფორმულა) მოქმედებს რეფერენტული ფასების სქემები, რომელთა საშუალებითაც ფასები სამკურნალწამლო საშუალებებზე დგინდება მეზობელ ქვეყნებსა და ევროკავშირის ზოგიერთ ქვეყანაში არსებული ფასების ქვედა დიაპაზონზე დაყრდნობით. როგორც წესი, ანალოგი მედიკამენტის შესადარებელი ფასებიდან ხდება ყველაზე დაბალი ფასის შერჩევა, ეროვნული მაქსიმალური ფასის დასადგენად. ჯენერიული მედიკამენტებისთვის მწარმოებლებს, როგორც წესი, აქვთ უფლება წარადგინონ ფასი, რომელიც შემდგომ, შესაძლოა, გახდეს მოლაპარაკებების, განხილვის საგანი და დასრულდეს კონკრეტულ სამკურნალწამლო საშუალებაზე (მაქსიმალური) ფასის დადგენით (Mrazek and Frank, 2004).

ფასების რეგულირება, თავისთავად, არ ნიშნავს იმას, რომ ყველა მედიკამენტი ანაზღაურდება ოფიციალურად განსაზღვრულ ფასად ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდების (HIF) მიერ. მედიკამენტების ანაზღაურებზე გადაწყვეტილებები მიიღება ცალ-ცალკე და, როგორც წესი, განისაზღვრება მოცემულ კატეგორიაში ყველაზე დაბალი ფასის მქონე ანალოგის ფასზე დაფუძნებით.

განსხვავებული ფასთა სისტემაა მედიკამენტებზე მონტენეგროში. აქ მედიკამენტების ფასები არის არა ცენტრალიზებულად რეგულირებადი, არამედ, განისაზღვრება საკმაოდ ეფექტური გზით; ესაა ტენდერებით შესყიდვები. მას შემდეგ, რაც ღია ტენდერებით მოხდა დაზღვევის ეროვნული ფონდის „დადებითი სიით“ გათვალისწინებული მედიკამენტების დაფინანსება, 40 დასახელების სამკურნალწამლო საშუალებაზე ფასები 30%-ით შემცირდა.

მონტენეგროში მედიკამენტების ფასების შედარება მეზობელ ქვეყნებთან, ერთი შეხედვით, ცხადყოფს, რომ მონტენეგროში ფასები დაბალია. თვალი რომ გადავავლოთ მედიკამენტების ფასებს მონტენეგროს მეზობელ ქვეყნებში, რამდენადმე განსხვავებულ სიტუაციას ვაწყდებით: მაგ. ბოსნია ჰერცეგოვინას კანტონების მოსახლეობა, რომლებიც მოსახლეობის რაოდენობით მონტენეგროს უტოლდება, სამჯერ-ოთხჯერ მეტს იხდიან ე.წ. დიდი ბრუნვისა და მრავალი წყაროს/სხვადასხვა მომწოდებლის მქონე რიგ მედიკამენტებში, მონტენეგროსთან შედარებით. მედიკამენტების ფასები სერბეთში, რომელიც მოსახლეობის რაოდენობით ათჯერ აჭარბებს მონტენეგროს, დაახლოებით იმავე დიაპაზონშია, ზოგჯერ უფრო მაღალიც, ვიდრე მონტენეგროში.

მონტენეგრო ეფექტური სისტემის მაგალითია მედიკამენტებზე კონკურენტუნარიანი ფასების დაწესების თვალსაზრისით. მნიშვნელოვან როლს აქ ტენდერები ასრულებს. საბოლოოდ, ანაზღაურების სიაში ხვდება მხოლოდ ტენდერში გამარჯვებული მწარმოებლები. სხვა მწარმოებლები გამორიცხულნი არიან ანაზღაურების ჩამონათვალიდან. ასეთი ფარმაცევტული კომპანიები უნდა დაელოდონ მომავალ ტენდერს, შესაბამისად, დაკორექტირებული (შემცირებული) ფასებით. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთ სისტემას მწარმოებლისთვის არანაირი სარგებელი არ მოაქვს.

დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნების საავადმყოფოები, ჩვეულებრივ, ყიდულობენ წამლებს მხოლოდ სტაციონარული საჭიროებისთვის, რაც ნიშნავს იმას, რომ პაციენტებს, რომლებიც ამბულატორიულად ღებულობენ მედიკამენტებს რომელიმე ქრონიკული დაავადების სამკურნალოდ, შესაძლოა, მოუწიოთ საკუთარი მედიკამენტებით მისვლა კლინიკაში. ღია ტენდერები სტანდარტია სტაციონარული (საავადმყოფო) მედიკამენტების საავადმყოფოშიდა შესყიდვისთვის, მაგრამ კონტრაქტები, ჩვეულებრივ, იდება საბითუმო ვაჭრობის დონეზე,

უშუალოდ ბითუმად მოვაჭრესთან/ფარმ. კომპანიასთან. ამასთან, ფასი ყოველთვის არ არის ტენდერებში მედიკამენტების გამარჯვებისა და შესაბამისად, ანაზღაურების ერთადერთი კრიტერიუმი. სხვა კრიტერიუმები, როგორებიცაა პრეპარატის ხარისხი და/ან მწარმოებელი კომპანიის იმიჯი/რეპუტაცია, რეალურად, შეიძლება არ იყოს რაოდენობრივად და ობიექტურად გაზომვადი.

ტენდერში გამარჯვებულები, უმეტეს შემთხვევაში, რეგიონული ან/და ადგილობრივი კომპანიები არიან, რომელთაგან ბევრი ჯერ კიდევ ვერ გვთავაზობს ევროპული GMP სტანდარტების მიხედვით დამზადებულ პროდუქტებს. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი მედიკამენტები გაცილებით იაფია ევროკავშირის მწარმოებლების მიერ შემოთავაზებულ ფასებთან შედარებით.

მონტენეგროში რეფერენტული ფასები განისაზღვრება სახელმწიფოს მიერ გაცემული შესაბამისი დადგენილებით, მაქსიმალური ფასების განსაზღვრის კრიტერიუმების შესახებ. მონტენეგროს რესპუბლიკაში საბითუმო ფასების შესადარებლად შემდეგი რეფერენტი ქვეყნები გამოიყენება: სლოვენის რესპუბლიკა, ხორვატიის რესპუბლიკა და სერბეთის რესპუბლიკა. მონტენეგროს რესპუბლიკაში მედიკამენტების მაქსიმალური ფასების დასადგენად გამოიყენება რეფერენტი ქვეყნების მედიკამენტების რეესტრის ყველაზე ბოლო გამოქვეყნებული გამოცემები, კერძოდ, სლოვენის რესპუბლიკის მედიკამენტების რეესტრი, ხორვატიის რესპუბლიკის მედიკამენტების რეესტრი, სერბეთის რესპუბლიკის მედიკამენტების რეესტრი.

მედიკამენტის შესადარებელი საბითუმო ფასი არის იგივე მედიკამენტის საბითუმო ფასი რეფერენტ ქვეყნებში. წამლის შესადარებელი საბითუმო ფასი ცალ-ცალკე განისაზღვრება თითოეული ფარმაცევტული ფორმისთვის. თუ რეფერენტ ქვეყნებში იგივე ფარმაცევტული ფორმა არსებობს, მაშინ, შესადარებლად უნდა იქნას აღებული იგივე ფორმულა, წარმოებული სხვადასხვა მწარმოებლის მიერ, შესაბამისად, განსხვავებული ფასებით. ასეთ შემთხვევაში, წამლის შედარებითი ფასი იქნება წამლის საშუალო ფასი თითოეული რეფერენტი ქვეყნიდან. როდესაც რეფერენტულ ქვეყანაში არ არსებობს მედიკამენტის ზუსტად იგივე ფარმაცევტული ფორმა, შედარებისთვის შეიძლება გამოყენებული იქნას ჯენერიული მედიკამენტი, გამოშვების შესაბამისი ფორმით (გრანულები, ტაბლეტი, ფხვნილი, სიროფი, სუსპენზია). შეფუთვაში სხვადასხვა რაოდენობის დოზირების ერთეულის შემთხვევაში, შესადარებელ მედიკამენტად განიხილება ის შეფუთვა, რომელიც არის ყველაზე მეტად მიახლოებული ერთეულების რაოდენობის მხრივ. ფასის გამოთვლა კი მოხდება შესადარებელი წამლის დოზირების ერთეულზე გადაანგარიშებით. ამის შემდეგ, გამოითვლება მედიკამენტის ფასი მონტენეგროს ბაზარზე წამლების დოზის/შეფუთვაში არსებული ერთეულის რაოდენობის მიხედვით.

მედიკამენტების შესადარებელი საბითუმო ფასი გამოითვლება ევროს ვალუტაში ისე, რომ მედიკამენტის შესადარებელი საბითუმო ფასი, გამოსახული კონკრეტული რეფერენტი ქვეყნის ვალუტაში, მრავლდება საშუალო გაცვლით კურსზე კონკრეტული რეფერენტი ქვეყნის ვალუტის კურსის მიხედვით, რომელიც ხელმისაწვდომია დაანგარიშების კონკრეტული თარიღისთვის.

რეფერენტი ქვეყნების მედიკამენტების შედარებითი საბითუმო ფასები (ევროში) ჯამდება და ჯამი იყოფა რეფერენტი ქვეყნების რაოდენობაზე. თუ ჯენერიული მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასი უფრო დაბალია, ვიდრე რეფერენტ ქვეყნებში წამლის საშუალო შესადარებელი საბითუმო ფასის 32%, განსაზღვრის კრიტერიუმები წამლის საბითუმო ფასისა მონტენეგროში არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 1.2.

თუ ჯენერიული მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასი შეადგენს მედიკამენტის საშუალო შედარებითი საბითუმო ფასის 32%-დან 80%-ს რეფერენტ ქვეყნებში, მონტენეგროში წამლის საბითუმო ფასის განსაზღვრის კრიტერიუმი არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 1.

თუ ჯენერიული მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასი შეადგენს მედიკამენტის საშუალო შედარებითი საბითუმო ფასის 80%-ზე მეტს რეფერენტ ქვეყნებში, მონტენეგროში

წამლის საბითუმო ფასის განსაზღვრის კრიტერიუმი არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 0,8.

თუ ლიცენზირებული მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასი შეადგენს მედიკამენტის საშუალო შედარებითი საბითუმო ფასის 32%-დან 90%-ს რეფერენტ ქვეყნებში, წამლის საბითუმო ფასის განსაზღვრის კრიტერიუმი მონტენეგროში არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 1.

თუ ლიცენზირებული მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასი შეადგენს წამლის საშუალო შესადარებელი საბითუმო ფასის 90%-ზე მეტს რეფერენტ ქვეყნებში, წამლის საბითუმო ფასის განსაზღვრის კრიტერიუმი მონტენეგროში არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 0,9.

თუ ინოვაციური წამლის არსებული საბითუმო ფასი შეადგენს რეფერენტ ქვეყნებში არსებული მედიკამენტის საშუალო შესადარებელი საბითუმო ფასის 95%-ზე მეტს, წამლის საბითუმო ფასის განსაზღვრის კრიტერიუმი მონტენეგროში არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 0,95.

თუ ინოვაციური წამლის არსებული საბითუმო ფასი შეადგენს რეფერენტ ქვეყნებში არსებული მედიკამენტის საშუალო შესადარებელი საბითუმო ფასის 100%-ზე მეტს, წამლის საბითუმო ფასის განსაზღვრის კრიტერიუმი მონტენეგროში არის რეფერენტ ქვეყნებში მედიკამენტის არსებული საბითუმო ფასის საშუალო მაჩვენებელი გამრავლებული კოეფიციენტზე: 1. [Government of the Republic of Montenegro].

ამგვარად, საკუთარი შესაძლებლობებიდან და გარე რესურსების დახმარებით, დასავლეთ ბალკანეთმა მიაღწია მნიშვნელოვან პროგრესს მედიკამენტების ფასების რეგულაციასთან დაკავშირებით და გაუთანაბრდა ევროკავშირის სტანდარტებს. თუმცა, კიდევ მეტია გასაკეთებელი განვითარებისა და არსებული რესურსების რაციონალურად გამოყენების კუთხით. აუცილებელია, გაუმჯობესდეს ფარმაცევტული სერვისები, გაიზარდოს მედიკამენტების ანაზღაურების მაჩვენებელი, უფრო ყოვლისმომცველი სარგებლის მქონე ანაზღაურების პაკეტების მისაღწევად.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Siegmeier F, Büssgen M. (2022). Indication-wide drug pricing: Insights from the pharma market. *J of Pharm Policy and Pract* 15, 53.
2. Health resources—Health spending - OECD Data. Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. zitiert 10. März 2022.
3. Global Health Expenditure Database. 2021. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/nha/database>. zitiert 27. August 2021.
4. IQVIA, The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023. 2019. Verfügbar unter: <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/the-global-use-of-medicine-in-2019-and-outlook-to-2023>. zitiert 27. August 2021.
5. Panteli D, Arickx F, Cleemput I, Dedet G, Eckhardt H, Fogarty E. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries review. *Health Syst Transit* 18(5):1–122.
6. Paris V, Belloni A. (2021). Value in Pharmaceutical Pricing. Verfügbar unter: <https://www.oecdilibrary.org/content/paper/5k43jc9v6kx-en>. zitiert.
7. Lauenroth VD, Stargardt T. (2017). Pharmaceutical pricing in Germany: how is value determined within the Scope of AMNOG? *Value Health*. 20(7):927–35.
8. Pieter Dylst, Arnold G Vulto, Steven Simoons. (2021). Reference pricing systems in Europe: characteristics and - *GaBI Journal*. Verfügbar unter: <http://gabi-journal.net/reference-pricing-systems-in-europecharacteristics-and-consequences.html>.

9. Vogler S, Schneider P, Zuba M, Busse R, Panteli D. (2021). Policies to encourage the use of biosimilars in European countries and their potential impact on pharmaceutical expenditure. *Front Pharmacol* 12:625296.
10. Mitkova Z, Vasileva M, Savova A, Manova M, Terezova S, Petrova G. (2020). Comparison of cardiovascular medicines prices in four European countries. *Front Public Health* 8:433.
11. Vokinger KN, Hwang TJ, Grischott T, Reichert S, Tibau A, Rosemann T. (2020). Prices and clinical benefit of cancer drugs in the USA and Europe: a cost-benefit analysis. *Lancet Oncol.* 21(5):664–70.
12. Hernandez I, Bott SW, Patel AS, Wolf CG, Hospodar AR, Sampathkumar S. (2018). Pricing of monoclonal antibody therapies: higher if used for cancer? *Am J Manag Care* 24(2):109–12.
13. Yang JJ, Pham AT, Maloney NJ, Aly O, Cheng K. (2021). Psoriasis drugs in the medicare population: dermatologists' spending and prescription patterns. *J Dermatolog Treat.* 1–4.
14. Peter P, Lipska K. (2016). The rising cost of diabetes care in the USA. *Lancet Diabetes Endocrinol* Juni 4(6):479–80.
15. Moye-Holz D, Vogler S. (2021). Comparison of prices and affordability of cancer medicines in 16 countries in Europe and Latin America. *Appl Health Econ Health Policy.* <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00670-4>.
16. Morgan SG, Bathula HS, Moon S. (2020). Pricing of pharmaceuticals is becoming a major challenge for health systems. *BMJ.* 368:l4627.
17. Henschke C, Sundmacher L, Busse R. (2013). Structural changes in the German pharmaceutical market: price setting mechanisms based on the early benefit evaluation. *Health Policy* 109(3):263–9.
18. Stargardt T, Schreyögg J. (2006). Impact of cross-reference pricing on pharmaceutical prices: manufacturers' pricing strategies and price regulation. *Appl Health Econ Health Policy* 5(4):235–47.
19. Mrazek M. and Frank, R. (2004) The off-patent pharmaceutical market. Chp. 14 p. 245 - 247 In: E. Mossialos M, Walley . *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*". Maidenhead, Birkshire: Open University Press.
20. Mrazek M, Frank R. (2004) The off-patent pharmaceutical market. Chp. 14 p. 245 -247 In: E. Mossialos, M. Mrazek and T. Walley (Eds.) "*Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*". Maidenhead, Birkshire: Open University Press.



სოციალური ურთიერთობები და ჯანმრთელობა

ელენე ალიმბარაშვილი¹, დეა ოსეფაიშვილი¹

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

აბსტრაქტი

სოციალური ურთიერთობები გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის შედეგებზე, მათ შორის ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის ქცევაზე და სიკვდილიანობის რისკზე. ბოლოდროინდელი დემოგრაფიული ტენდენციები, კერძოდ, განქორწინების მაღალი მაჩვენებელი, დასაქმების გეოგრაფიული მობილურობა და მოსახლეობის დაბერება, გვიჩვენებენ, რომ მომავალში კიდევ უფრო გაიზრდება სოციალური იზოლაცია და შემცირდება ოჯახური კავშირები. ამის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია პოლიტიკის შემუშავება, რომლითაც შესაძლებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება სოციალური ურთიერთობების განვითარებით და სოციალური იზოლაციის შემცირებით, მაგალითად, საგანმანათლებლო სისტემის გაძლიერებით, სოციალური უნარების, სამოქალაქო ჩართულობისადმი ინტერესის გაღვივებისა და დასაქმების მეშვეობით, საზოგადოებრივ ადგილებში შეკრებებისა და ფიზიკური აქტივობების უზრუნველყოფით.

საკვანძო სიტყვები: სოციალური ურთიერთობები, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფიზიკური ჯანმრთელობა, ჯანმრთელობის ქცევა, სიკვდილიანობის რისკი

ციტირება: ელენე ალიმბარაშვილი, დეა ოსეფაიშვილი. სოციალური ურთიერთობები და ჯანმრთელობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023, 7 (1).

Social relationships and health

Elene Alimbarashvili¹, Dea Osefaishvili¹

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

Abstract

Social relationships influence health outcomes, including mental and physical health, health behaviors, and mortality risk. Recent demographic trends, namely high divorce rates, geographic employment mobility and an aging population, suggest that social isolation and family ties will further increase in the future. With this in mind, it is important to develop policies that can improve population health by developing social relationships and reducing social isolation, for example, by strengthening the education system, fostering social skills, interest in civic engagement and employment, and providing gatherings and physical activities in public places.

Keywords: Social relationships, mental health, physical health, health habits, mortality risk

Citation: Elene Alimbarashvili, Dea Osefaishvili. Social relationships and health. Health Policy, Economics and Sociology, 2023, 7 (1).

სოციალური ურთიერთობების ტიპები

სოციალური ურთიერთობების ხარისხი გავლენას ახდენს ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელ ქცევაზე და სიკვდილიანობის რისკზე. შესაბამისად, სოციალურ ურთიერთობებს მნიშვნელოვანი როლი აქვს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. კვლევის მიზანია სოციალური ურთიერთობებისა და ჯანმრთელობის ურთიერთდამოკიდებულების შესწავლა.

სოციალური კავშირის 2 ტიპს განასხვავებენ: *სოციალური იზოლაცია* გულისხმობს სოციალური ურთიერთობების შედარებით არარსებობას; *სოციალური ინტეგრაცია* ეხება ჩართულობის დონეს არაფორმალურ სოციალურ ურთიერთობებში (მაგალითად, მეუღლის ყოლა) და ფორმალურ სოციალურ ურთიერთობებში (მაგალითად რელიგიურ ინსტიტუტებთან და საქველმოქმედო ორგანიზაციებთან). ურთიერთობების ხარისხი კი, მოიცავს ურთიერთობების დადებით (მაგალითად, მეუღლის ემოციური მხარდაჭერა) და უარყოფით (კონფლიქტი და სტრესი) ასპექტებს.

სოციალური კავშირები ეხება ინდივიდის გარშემო არსებულ სოციალურ ურთიერთობათა ქსელს, კერძოდ, სტრუქტურულ მახასიათებლებს, როგორცაა თითოეული სოციალური ურთიერთობის ტიპი და სიძლიერე. სოციალური ურთიერთობების თითოეული ეს ასპექტი გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე.

სოციალური ურთიერთობების დადებითი გავლენა ჯანმრთელობაზე

კვლევების თანახმად, სოციალურ ურთიერთობებში მონაწილეობა ხელს უწყობს ჯანმრთელობას. კერძოდ, სოციალურ ურთიერთობებში ყველაზე ნაკლებად ჩართულ ინდივიდებში უფრო მეტია ლეტალობა, ვიდრე სოციალურ ურთიერთობებში უფრო მეტად ჩართულ პირებში (Soulsby & Bennett, 2015). ბერკმანმა და სიემ (1979) აჩვენეს, რომ ყველაზე ნაკლები სოციალური კავშირების მქონე ქალებსა და მამაკაცებს შორის სიკვდილის რისკი ორჯერ მეტი იყო ვიდრე ყველაზე მეტი სოციალური კავშირის მქონე მოზრდილებში (Berkman & Syme, 1979). უფრო მეტიც, იგივე შედეგები იქნა მიღებული მაშინაც კი, როდესაც გათვალისწინებული იყო სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, ჯანმრთელობის ქცევა და სხვა ფაქტორები, რომლებსაც შეიძლება გავლენა ჰქონდეს სიკვდილიანობაზე.

სოციალური კავშირები ასევე ამცირებს სიკვდილიანობის რისკს მოზრდილებში, დაავადების არსებობის შემთხვევაშიც კი (Ertel, glymour & Berkman, 2009). გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მქონე მოზრდილებში, სოციალურად იზოლირებულებს ჰქონდათ 2.4-ჯერ მეტი სიკვდილიანობის რისკი, ვიდრე მათი სოციალურად აქტიურ თანატოლებს. კვლევები ადასტურებენ, რომ სოციალური კავშირების მცირე რაოდენობა ხელს უწყობს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროგრესირებას, მიოკარდიუმის ინფარქტის, ათეროსკლეროზის, ჰიპერტენზიის, ონკოლოგიური დაავადებების განვითარებას (Ertel, glymour & Berkman, 2009). სოციალური კავშირების დაბალი ხარისხი და ნაკლებობა, ასევე გავლენას ახდენენ იმუნური ფუნქციის დაქვეითებაზე, ჯანმრთელობის უარყოფით შედეგებზე და სიკვდილიანობასთან დაკავშირებულ ფაქტორებზე (Kiecolt-Glaser et al. 2002).

სოციალური კავშირის ერთ-ერთი სახეა ქორწინება, რომელიც დადებითად აისახება ჯანმრთელობის შედეგებზე, მათ შორის: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობაზე, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე (Hughes & Waite, 2009).

მკვლევართა აზრით, ჯანმრთელობაზე სოციალური კავშირების გავლენის ახსნა შესაძლებელია სამი მექანიზმის მეშვეობით: ქცევითი, ფსიქოსოციალური და ფიზიოლოგიური.

ქცევითი ახსნა

ჯანმრთელობის ქცევა მოიცავს ინდივიდუალური ქცევების ფართო სპექტრს, რომლებიც გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობაზე, ავადობასა და სიკვდილიანობაზე. ჯანმრთელობის ზოგიერთი ქცევა, როგორცაა ფიზიკური აქტივობა, ჯანსაღი საკვების მიღება და მკურნალობის დანიშნულების სწორად დაცვა, ხელს უწყობს ჯანმრთელობის

უზრუნველყოფასა და დაავადების თავიდან აცილებას. ისეთი ქცევები, როგორებიცაა თამბაქოს მოხმარება, ზედმეტი წონა, ნივთიერებებზე დამოკიდებულება და ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება აფერხებს ჯანმრთელობას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სოციალური კავშირები გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობის ქცევაზე (Umberson, Crosnoe & Reczek, 2010). ფორმალურ (მაგალითად, რელიგიურ ორგანიზაციებთან) და არაფორმალურ (მაგალითად, მეგობრებთან და ნათესავებთან) სოციალურ კავშირებში უფრო მეტი ჩართულობა დადებით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის ქცევაზე (Hoshi et al. 2013). ქორწინება, შვილების გაჩენა და რელიგიურ ორგანიზაციებთან კავშირი ასევე დადებით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე.

ისეთი ქცევები, როგორებიცაა: ფიზიკური უმოქმედობა და წონის მატება, არ არის სასარგებლო ჯანმრთელობისთვის (Ellison & Hummer 2010). სოციალური კავშირები გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის ქცევაზე, რადგან ისინი გავლენას ახდენენ ან „აკონტროლებენ“ ჩვენს ჯანმრთელობის ჩვევებს (Kiecolt-Glaser et al. 2002). მაგალითად, მეუღლემ შეიძლება ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის ქცევას, რაც დადებითად აისახება პარტნიორის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

რელიგიური კავშირები ასევე გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის ქცევაზე, ნაწილობრივ, სოციალური კონტროლის გზით. სოციალურ კავშირები ხელს უწყობენ სხვებისადმი პასუხისმგებლობის გრძნობის ამაღლებას, რაც თავის მხრივ გავლენას ახდენს ინდივიდების ქცევაზე, რომ დაიცვან როგორც სხვისი, ასევე საკუთარი ჯანმრთელობა. სოციალური კავშირები გვაწვდის ინფორმაციას და ქმნის ნორმებს, რომლებიც შემდგომ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის ჩვევებზე. ამრიგად, სხვადასხვა გზით, სოციალურმა კავშირებმა შეიძლება გავლენა მოახდინონ ჯანმრთელობის ჩვევებზე, რაც, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და სიკვდილიანობაზე (Kiecolt-Glaser et al. 2002).

ფსიქოსოციალური ახსნა

სხვადასხვა კვლევებში მოცემულია ფსიქო-სოციალური მექანიზმები იმის ასახსნელად, თუ როგორ უწყობს ხელს სოციალური კავშირები ჯანმრთელობას. ეს მექანიზმებია: სოციალური მხარდაჭერა, პიროვნული კონტროლი, ნორმები და ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ამ მექანიზმებს შორის კომპლექსური ურთიერთკავშირებით შეიძლება უკეთესად აიხსნას სოციალურ ურთიერთობებსა და ჯანმრთელობას შორის კავშირი, ვიდრე რომელიმე ერთი მექანიზმით (Thoits, 2011).

სოციალური მხარდაჭერა გულისხმობს ურთიერთობების ემოციურად შენარჩუნებულ თვისებებს (მაგ. გრძნობა, რომ ადამიანს უყვარს, ზრუნავს). კვლევები აჩვენებენ, რომ სოციალური მხარდაჭერა ხელს უწყობს ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობას. სოციალურმა მხარდაჭერამ შეიძლება არაპირდაპირი გავლენა მოახდინოს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, კერძოდ, შეამციროს სტრესის ზემოქმედება, ან ხელი შეუწყოს ცხოვრების გარკვეული მიზნის მიღწევას (Kiecolt-Glaser et al. 2002). სოციალურმა კავშირები დადებითად ზემოქმედებენ ადამიანის ფიზიოლოგიაზე (მაგალითად, შეამცირონ არტერიული წნევა, გულისცემის სიხშირე და სტრესის ჰორმონების გამოყოფა), რაც აუმჯობესებს ადამიანის ჯანმრთელობას.

პიროვნული კონტროლი გულისხმობს პიროვნების რწმენას, რომ მას საკუთარი ქმედებების გაკონტროლება შეუძლია. სოციალურმა კავშირებმა შეიძლება გააძლიეროს პიროვნული კონტროლი (შესაძლოა სოციალური მხარდაჭერის გზით) და, თავის მხრივ, პირადი კონტროლი უპირატესობას ანიჭებს ჯანმრთელობის ჩვევებს, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და ფიზიკურ ჯანმრთელობას (Thoits, 2011).

მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ სოციალური კავშირების და ჯანმრთელობის ქცევის კონკრეტული სიმბოლური მნიშვნელობა ხსნის, თუ რატომ უკავშირდებიან ისინი ერთმანეთს. მაგალითად, ქორწინებასა და შვილებთან ურთიერთობებს შეიძლება ჰქონდეს უფრო მეტი პასუხისმგებლობის გრძნობა, რომ შეინარჩუნოს ჯანმრთელობა, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს ცხოვრების ჯანსაღ წესს (Nock, 1998; Waite, 1995). მოზარდებზე ჩატარებული კვლევები მიუთითებენ თანატოლთა მიმბამველ ქცევას (მაგ., პოპულარობისთვის), რითაც შეგვიძლია

ავხსნათ თანატოლების გავლენა ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნარკოტიკების მოხმარებაზე (Crosnoe & Elder, 2004).

სოციალური კავშირები გავლენას ახდენენ სოციალური ნორმების აღქმაზე. მაგალითად, ჯანმრთელობის ქცევის მნიშვნელობის გავრცელება სოციალურ ქსელებში (Christakis & Fowler, 2007). მეტმა სოციალურმა კავშირმა შეიძლება ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის ქცევის მიმართ „თანმიმდევრულ“ დამოკიდებულებას, რაც თავის მხრივ, დადებითად ზემოქმედებს ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ფიზიოლოგიურ პროცესებზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობა მნიშვნელოვანი მექანიზმია ფიზიკური ჯანმრთელობის ფორმირებაში (Chapman, Perry & Strine, 2005). მაგალითად, სოციალური კავშირების მიერ მოწოდებული ემოციური მხარდაჭერა აძლიერებს ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას, რამაც, თავის მხრივ, შეიძლება შეამციროს არაჯანსაღი ქცევისა და ფიზიკური ჯანმრთელობის რისკი (Thoits, 1995). უფრო მეტიც, ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ჯანმრთელობის თავისთავად მნიშვნელოვანი ასპექტი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია განსაზღვრავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, როგორც ჯანმრთელობის ზოგადი სტატუსის არსებით ინდიკატორს

ფიზიოლოგიური ახსნა

ფსიქოლოგებმა, სოციოლოგებმა და ეპიდემიოლოგებმა დიდი წვლილი შეიტანეს იმის ასახსნელად, თუ როგორ ახდენს გავლენას სოციალური პროცესები ფიზიოლოგიურ პროცესებზე, რაც გვეხმარება ჯანმრთელობაზე სოციალური კავშირების როლის დასადგენად. მაგალითად, სოციალური მხარდაჭერა დადებით გავლენას ახდენს იმუნურ, ენდოკრინულ და გულისსისხლძარღვთა ფუნქციებზე და ამცირებს დაავადებათა განვითარებას (McEwen, 1998; Uchino & Bert, 2004). ბავშვისთვის ემოციურად ჯანსაღი გარემო ხელს უწყობს ნერვული, იმუნური, მეტაბოლური სისტემების ჯანსაღ განვითარებას (Taylor, Repetti & Seeman, 1997). დიდი ხნის დაქორწინებულ მოზრდილებში შედარებით ნაკლებია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი, ვიდრე დაუქორწინებელ წყვილებში (Zhang & Hayward 2006).

სოციალური ურთიერთობების უარყოფითი გავლენა ჯანმრთელობაზე.

სოციალური ურთიერთობები შეიძლება იყოს სტრესული. მაგალითად, ქორწინება ზოგი ადამიანისთვის როგორც მხარდაჭერის, ასევე სტრესის წყარო, ხოლო ცუდი ოჯახური გარემო ნეგატიურ გავლენას ახდენს იმუნური და ენდოკრინული სისტემის ფუნქციონირებაზე (Kiecolt-Glaser et al. 2002).

სოციოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ოჯახური დატვირთვა აზიანებს ფიზიკურ ჯანმრთელობას (Umberson et al., 2006). ნეგატიური ურთიერთობები უარყოფით გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობაზე ქცევითი, ფსიქოსოციალური და ფიზიოლოგიური გზებით. მაგალითად, სტრესული ურთიერთობები ხელს უწყობს ჯანმრთელობის ცუდ ჩვევებს ბავშვობაში, მოზარდობაში და ზრდასრულ ასაკში (Kassel, Stroud & Paronis, 2003). სტრესი ხელს უწყობს ფსიქოლოგიურ დისტრესს და ფიზიოლოგიურ დარღვევებს (მაგ., გულისცემის სიხშირის და არტერიული წნევის მომატება), რაც აზიანებს ჯანმრთელობას და ხელს უწყობს არაჯანსაღი ქცევების განვითარებას (მაგ., ბუღემია, ალკოჰოლოს ჭარბად მიღება, თამბაქოს მოხმარება) (Kassel, Stroud & Paronis, 2003). სტრესი დაკავშირებულია ალკოჰოლის მეტ მოხმარებასთან, ზრდასრულ ასაკში და საშუალო ასაკში კი წონის მატებასთან (Umberson, Crosnoe & Reczek, 2010) ურთიერთობის სტრესი ნეგატიურად ზემოქმედებს პიროვნული კონტროლისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეგრძნებაზე, რაც თავის მხრივ, შედარებით სუსტ ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან არის დაკავშირებული. დამაბული და კონფლიქტური სოციალური ურთიერთქმედებები უარყოფითად ზემოქმედებენ ჯანმრთელობაზე, თუმცა, სოციალურ კავშირებს შეიძლება ჰქონდეს სხვა ტიპის უნებლიე უარყოფითი შედეგები ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, არასათანადო აღზრდის თანატოლებთან ურთიერთობა ხელს უწყობს ალკოჰოლის მოხმარების მატებას, ხოლო ჭარბი წონის მეუღლის ან მეგობარის ყოლა ზრდის პიროვნების სიმსუქნის რისკს (Christakis & Allison, 2006). ნეგატიური ჯანმრთელობის ეს ქცევები მოქმედებენ მრავალი მექანიზმის საშუალებით. ერთ-ერთი ძირითადი მექანიზმი

არის სოციალური ნორმები. ალკოჰოლთან დაკავშირებული სოციალური ნორმები გავლენას ახდენენ ალკოჰოლის მოხმარებაზე ახალგაზრდებში, ხოლო დიეტის შესახებ სოციალური ნორმები გავლენას ახდენენ წონის არაჯანსაღ კონტროლზე (Eisenberg et al., 2005). არაპროპორციული სოციალური კავშირები შეიძლება ასევე წარმოადგენდეს ბარიერებს ჯანმრთელობის ქცევისა და შედეგების გაუმჯობესების საქმეში. მაგალითად, ნაგასავამ და კოლეგებმა (1990) დაადგინეს, რომ ნეგატიური სოციალური გარემო უარყოფითად ზემოქმედებს მკურნალობის რეჟიმის დაცვაში დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში.

ყველა ადამიანს არ გააჩნია თანაბარი რისკები ჯანმრთელი ქცევის, ავადობის და ნაადრევი სიკვდილიანობის მხრივ. მთელი სიცოცხლის განმავლობაში ვლინდება სოციალური პირობები, რომლებიც ხელს უწყობს ან უარყოფითად ზემოქმედებენ ჯანმრთელობაზე. ჯანმრთელობისთვის ყველაზე თვალსაჩინო სოციალური კავშირები ცხოვრების განმავლობაში განსხვავდებიან. მშობლები ყველაზე მეტ გავლენას ახდენენ ბავშვების ჯანმრთელობაზე (Umberson, Crosnoe & Reczek, 2010).

სტრესულმა ოჯახურმა ურთიერთქმედებამ შეიძლება ყველაზე მეტი გავლენა მოახდინოს ბავშვების ჯანმრთელობაზე, მაშინ როდესაც თანატოლებისადმი მიმბაძველობამ და ჯანმრთელობის ჩვევების სოციალურმა მნიშვნელობამ (მაგ., თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებამ) შეიძლება უდიდესი გავლენა მოახდინონ მოზარდების ურთიერთობებში.

სოციალური კავშირების ზოგიერთი ეფექტი უფრო დაუყოვნებელია, ზოგიც ნელ-ნელა დროთა განმავლობაში ვითარდება. მაგალითად, დროის ნებისმიერ მომენტში, მიმდინარე სოციალური კავშირები გავლენას ახდენს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (Crosnoe & Elder, 2004).

სოციალური ურთიერთობების ხარჯები და უპირატესობები: უთანასწორობა

სოციალური კავშირების როგორც რაოდენობრივი, ასევე ხარისხობრივი ასპექტები დაკავშირებულია დემოგრაფიულ და სოციალური ფაქტორებზე. ქალებს აქვთ უფრო დიდი სოციალური ქსელები, ვიდრე მამაკაცებს, უკეთესად განათლებულ მოზრდილებს ნაკლებად განათლებულ და, უფრო მცირეწლოვნებს ახალგაზრდებთან შედარებით (McPherson, Smith-Lovin & Brashears, 2006). უფრო მეტიც, სოციალური კავშირების მრავალფეროვნება სახეზეა. მაგალითად, უკეთესად განათლებული მოზრდილებ უფრო მრავალფეროვან პერსონალურ ქსელებში არიან ჩართულნი. უფრო მეტი სოციალური კავშირის მქონე პირებს აქვთ უფრო მეტი სოციალური ქსელები, რომლითაც უკავშირდებიან და ღებულობენ სოციალურ მხარდაჭერას.

ზოგადად, ჩვენ ცოტა რამ ვიცით იმაზე, თუ როგორ განსხვავდება სოციალური კავშირების სარგებელი სოციოდემოგრაფიული ჯგუფების მასშტაბით. განსაკუთრებით საყურადღებოა გენდერული განსხვავებები, განსაკუთრებით ქორწინების ჭრილში. ქორწინებამ უფრო მეტი ჯანმრთელობის სარგებელი მოუტანა მამაკაცებს, ვიდრე ქალებს. მამაკაცები არამარტო განიცდიან ჯანმრთელობის უფრო მეტ სარგებელს პოზიტიური ცხოვრების წესის და ჯანმრთელობის ქცევის გზით, რომლებიც ხშირად თან ახლავს ქორწინებას (Waite, 1995), ისინი ასევე უფრო ნაკლებ ხარჯებს განიცდიან მეუღლის მოვლის, შვილების აღზრდის, ასაკოვანი მშობლების მოვლაზე.

სოციალური კავშირების ხელმისაწვდომობა, ხარჯები და სარგებლიანობა ასევე შეიძლება განსხვავდებოდეს ეთნიკური ფაქტორის მიხედვით. მაგალითად, აფროამერიკელებში უფრო მეტია ოჯახური დაძაბულობა (Kielcolt & Jill, 2008), ხოლო ქორწინებიდან ნაკლები ეკონომიური სარგებელი მიიღონ (Willson, 2003), თუმცა ზოგიერთი გამოკვლევა მიიჩნევს, რომ აფროამერიკელებმა ქორწინებიდან უფრო მეტი ჯანმრთელობის სარგებელი მიიღეს, ვიდრე თეთრკანიანებმა (Liu & Umberson, 2008).

სოციალური კავშირების რაოდენობასა და ხარისხში არსებული უთანასწორობა ასევე არსებობს სოციოეკონომიკური სტატუსების მიხედვით. უფრო განათლებულ მოზრდილებს აქვთ უფრო მეტი ახლო სოციალური ქსელები და შეიძლება ნაკლებად განიცდიან სტრესს.

მაგალითად, საშუალო განათლების ქალებში უფრო მეტია განქორწინება, პირველი ქორწინებიდან 10 წლის განმავლობაში, ვიდრე ბაკალავრ ქალებში (McErlean, 2021).

სოციალური კავშირები: ინვესტიცია მოსახლეობის ჯანმრთელობაში

კვლევებმა აჩვენეს, რომ სოციალური კავშირები გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის შედეგებზე, მათ შორის ჯანმრთელობის ქცევაზე, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე და სიკვდილიანობის რისკზე. შესაბამისად, სოციალურ კავშირებზე ფოკუსირება არის მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაძლიერების ეფექტური სტრატეგია (McGinnis, Williams-Russo & Knickman, 2002).

სოციალური კავშირები შეიძლება იყოს უნიკალური და გავლენას ახდენდეს ჯანმრთელობის შედეგების ფართო სპექტრზე მთელი ცხოვრების განმავლობაში. უფრო მეტიც, პოლიტიკას, რომელიც ამყარებს და ხელს უწყობს პიროვნების სოციალურ კავშირებს, შეუძლია გააძლიეროს საზოგადოების ჯანმრთელობა. მაგალითად, სტრესის შემცირებამ და ჯანმრთელობის ჩვევების გაუმჯობესებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ორივე პარტნიორის ჯანმრთელობას, ისევე როგორც მათი შვილების ჯანმრთელობას. კვლევები ასევე აჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის ზოგიერთი შედეგი შეიძლება "ფართოდ გავრცელდეს" სოციალური ქსელების საშუალებით. მაგალითად, სიმსუქნე მნიშვნელოვნად მატულობს მათთვის, ვისაც ჰყავს ჭარბი წონის მეტე მეუღლე ან მეგობრები (Christakis & Fowler, 2007).

კვლევები ცხადყოფს, რომ სოციალური კავშირები გავლენას ახდენენ როგორც ერთი ადამიანის ჯანმრთელობაზე, ასევე, უფრო ფართო სოციალური ქსელების ჯანმრთელობაზე. შესაბამისად, უნდა შემუშავდეს სათანადო პოლიტიკა, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დამოკიდებულებები და ქცევები გავრცელდეს სოციალურ ქსელებში (Smith & Christakis, 2008).

საზოგადოებრივი პოლიტიკა: სოციალური კავშირები და ჯანმრთელობა

სოციალური ურთიერთობები და მათი ჯანმრთელობასთან კავშირი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანდაცვის პოლიტიკაზე. ზოგიერთი არსებული სოციალური პოლიტიკა და პროგრამა პირდაპირ და არაპირდაპირ მოიცავს სოციალურ კავშირებს, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესების მექანიზმებს. მაგალითად, მრავალ პროგრამაში, რომლებიც ეხება ხანდაზმულთა ჯანმრთელობას (მაგ., შინმოვლის სერვისები), აქცენტი კეთდება სოციალური იზოლაციის / კავშირის გავლენაზე ჯანმრთელობაზე. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, სახელმწიფო პროგრამებს არ მოაქვს სარგებლობა იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდება. საჭიროა ისეთი პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც ეფუძნება სოციალურ კავშირებსა და ჯანმრთელობას შორის კავშირების მეცნიერულ მტკიცებულებებს.

სამეცნიერო მტკიცებულებები, რომლებიც განსაზღვრავენ სოციალურ კავშირების მიზეზობრივ გავლენას ჯანმრთელობაზე, აძლევს იმპულსს პოლიტიკის შემქმნელებს იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ქვეყანაში არსებობდეს ისეთი ჯანდაცვის პოლიტიკა, რომელიც ხელს შეუწყობს იმ სოციალური კავშირების განვითარებას, რომლებიც სარგებლობას მოუტანს ადამიანის ჯანმრთელობას.

სოციალური კავშირი არის პოტენციური რესურსი, რომლის გამოყენებით შესაძლებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. სოციალურ კავშირებს შეუძლიათ სარგებლობა მოუტანონ ადამიანთა ჯანმრთელობას. სოციალურ კავშირებს აქვს როგორც უშუალო (ფსიქიური ჯანმრთელობა, ჯანმრთელობის ქცევა), ასევე გრძელვადიანი, კუმულატიური შედეგები ჯანმრთელობაზე (მაგ., ფიზიკური ჯანმრთელობა, სიკვდილიანობა) და, ამრიგად, წარმოადგენს ჯანმრთელობაში მოკლევადიანი და გრძელვადიანი ინვესტიციების შესაძლებლობებს.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალურ კავშირებს აქვთ ჯანმრთელობის სარგებლობის პოტენციალი, სოციალურ კავშირებს ასევე აქვთ ჯანმრთელობის გაუარესების პოტენციალი და რომ სოციალური კავშირებს და ჯანმრთელობას შორის კავშირი შეიძლება განსხვავდებოდეს

სოციალურ ჯგუფებში (სქესი და ასაკი უკავშირდება სხვადასხვა დონესა და სახის პასუხისმგებლობებს). სოციალური კავშირების სარგებელი არ არის თანაბრად გადანაწილებული მოსახლეობაში (მაგ., ასაკი, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, სქესი).

პოლიტიკის მიზნები

პოლიტიკის შემქმნელებმა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად შეუძლიათ დაისახონ შემდეგი მიზნები:

სოციალური კავშირების პოზიტიური მახასიათებლების მხარდაჭერა და ხელშეწყობა, მაგალითად, ჯანმრთელი ქორწინების ინიციატივა მიზნად ისახავს პოზიტიური ოჯახური ურთიერთქმედების განვითარებას, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს წყვილების ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობას. ასევე, ხანდაზმულთა პროგრამები ზრდის ოჯახის წევრებზე ზრუნვის პასუხისმგებლობას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე სოციალურად იზოლირებული ამერიკელები არიან, რომელნიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების და ადრეული სიკვდილიანობის ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებიან (Brummett et al., 2001). შემუშავებულ პოლიტიკას შეუძლია შეამციროს სოციალური იზოლაციის რისკი, მაგალითად, საგანმანათლებლო სისტემის გაძლიერებით, სოციალური უნარების, სამოქალაქო ჩართულობისადმი ინტერესის გაღვივებისა და დასაქმების მეშვეობით, საზოგადოებრივ ადგილებში შეკრებებისა და ფიზიკური აქტივობების უზრუნველყოფით (Mechanic & Tanner, 2007), სტაბილური ქორწინებისა და ოჯახების წახალისებით.

აღსანიშნავია, რომ ზოგი ჯგუფი უფრო ხშირად განიცდის სოციალურ იზოლაციას. მაგალითად, ქვრივებში იზრდება იზოლაციის რისკი. არსებობს მრავალი პროგრამა, რომლებიც უზრუნველყოფენ სოციალური კავშირების ხელშეწყობას ჯანმრთელობასთან მიმართებაში. ეს სტრატეგიები წარმოადგენენ პოზიტიური ურთიერთობების / ჯანმრთელობის კავშირების განვითარების ზოგადი სტრატეგიებს და უფრო მეტ კოორდინაციის საშუალებას იძლევა.

ზოგიერთი პოპულაციები ავადმყოფობის უფრო მეტი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, შესაბამისად, მათ უნდა ჰქონდეთ უფრო მეტი პრიორიტეტი პოლიტიკის განსაზღვრისას. კერძოდ, ზოგი პოპულაცია უფრო მეტად იმყოფება სოციალურად იზოლირებულ მდგომარეობაში (მაგ., ღარიბი და ხანდაზმული). პოლიტიკის შემუშავებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს იმ ადამიანთა ინტერესები, რომლებსაც ყველაზე მეტად სჭირდებათ მხარდაჭერა.

მნიშვნელოვანია ყველაზე მაღალრისკიანი პირების იდენტიფიცირება, ასევე გაზრდილი რისკების გამოვლენა. ადამიანები, რომლებიც სოციალურად იზოლირებულნი არიან, ჯანმრთელობის ყველაზე დიდ რისკის ქვეშ შეიძლება იყვნენ. მრავალი გამოკვლევა ვარაუდობს, რომ სოციალურ კავშირებსა და ჯანმრთელობას შორის კავშირი არაწრფივია, ამიტომ პირებს, რომლებსაც არ აქვთ სოციალური კავშირები ან აქვთ ძალიან მცირე სოციალური კავშირები, აჩვენებენ ცუდი ჯანმრთელობის ყველაზე გამოხატულ რისკს (Cohen et al., 1997).

მიუხედავად კვლევებისა, რომლებიც ადასტურებენ სოციალურ იზოლაციასა და ჯანმრთელობის უარეს შედეგებთან კავშირებს, მიზეზობრივი მექანიზმები ნაკლებად არის შესწავლილი. ამ მხრივ, საჭიროა კვლევების ჩატარება სოციალურად იზოლირებულ და სოციალურად ინტეგრირებულ მოზრდილებს შორის განსხვავებების შესახებ - ჯანმრთელობის ქცევების, ხელშეწყობი კავშირების მიმართ. ასევე, მნიშვნელოვანია სოციალურ იზოლაციასა ისეთ სოციალურ ფაქტორებს შორის კავშირის დადგენა, როგორებიცაა: სოციალურ სტატუსი, სოციალური კონტექსტი, ასაკი, ეთნიკური ფაქტორი და სქესი.

დასკვნა

კვლევები აჩვენებს, რომ სოციალური ურთიერთობები გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის შედეგებზე, მათ შორის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის ჩვევებზე და სიკვდილიანობის რისკზე. სოციოლოგებმა დიდი როლი

ითამაშეს ჯანმრთელობაზე სოციალური ურთიერთობების გავლენის და მოსახლეობის სხვადასხვა დონეზე ამგვარი კავშირების (მაგალითად, ასაკისა და სქესის) შესწავლაში.

კვლევები საშუალებას იძლევა შემუშავდეს სამეცნიერო პლატფორმა, თუ როგორ შეიძლება გააუმჯობესდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობა სოციალური ურთიერთობების განვითარებით. ბოლოდროინდელი დემოგრაფიული ტენდენციები, კერძოდ, განქორწინების მაღალი მაჩვენებელი, დასაქმების გეოგრაფიული მობილურობა და მოსახლეობის დაბერება, გვიჩვენებენ, რომ მომავალში კიდევ უფრო გაიზრდება სოციალური იზოლაცია და შემცირდება ოჯახური კავშირები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979) Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
2. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clapp-Channing NE, Lytle BL, Bosworth HB, Williams RB Jr, Mark DB. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med*. 2001 Mar-Apr;63(2):267-72
3. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis*. 2005 Jan;2(1):A14.
4. Christakis NA, Allison PD. Mortality after the hospitalization of a spouse. *N Engl J Med*. 2006 Feb 16;354(7):719-30.
5. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*. 2007 Jul 26;357(4):370-9.
6. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM Jr. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*. 1997 Jun 25;277(24):1940-4.
7. Crosnoe, R., & Elder, G. H. (2004). From Childhood to the Later Years: Pathways of Human Development. *Research on Aging*, 26(6), 623–654.
8. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Soc Sci Med*. 2005 Mar;60(6):1165-73.
9. Ertel, K. A., Glymour, M. M., & Berkman, L. F. (2009). Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 73–92.
10. Hoshi, T. , Yuasa, M. , Yang, S. , Kurimori, S. , Sakurai, N. and Fujiwara, Y. (2013) Causal relationships between survival rates, dietary and lifestyle habits, socioeconomic status and physical, mental and social health in elderly urban dwellers in Japan: A chronological study. *Health*, 5, 1303-1312.
11. Hughes ME, Waite LJ. Marital biography and health at mid-life. *J Health Soc Behav*. 2009 Sep;50(3):344-58.
12. Kiecolt-Glaser JK., McGuire L, Robles TF., Glaser R. (2002). Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53:1, 83-107
13. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull*. 2003 Mar;129(2):270-304.
14. Kiecolt K Jill, H. M. (2008). Race, Social relationships, and Mental Health. *Personal Relationships*. 15(2):229 - 245
15. Soulsby, LK., Bennett KM. (2015). Marriage and Psychological Wellbeing: The Role of Social Support *Psychology* 6 (11): 540-545.
16. Liu H, Umberson DJ. The times they are a changin': marital status and health differentials from 1972 to 2003. *J Health Soc Behav*. 2008 Sep;49(3):239-53.
17. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 1998 May 1;840:33-44.

18. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Mar-Apr;21(2):78-93
19. McErlean K. The growth of education differentials in marital dissolution in the United States. *Demogr Res*. 2021 Jul-Dec;45:841-856.
20. McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *American Sociological Review*, 71(3), 353–375.
21. Mechanic D, Tanner J. Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Sep-Oct;26(5):1220-30.
22. Ellison CG., Hummer RA (2010). *Religion families and Health*. Rutgers University Press.
23. Nock SL. *Marriage in Men's Lives*. Oxford University Press; 1st edition (1998)
24. Smith KP., Christakis NA. *Social Networks and Health Annual Review of Sociology 2008* 34:1, 405-429
25. Taylor SE, Repetti RL, Seeman T. Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annu Rev Psychol*. 1997;48:411-47.
26. Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav*. 1995;Spec No:53-79.
27. Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161
28. Waite LJ. Does Marriage Matter?. *Demography* 1 November 1995; 32 (4): 483–507.
29. Willson AE. (2003) Race and Women's Income Trajectories: Employment, Marriage, and Income Security Over the Life Course. *Social Problems*. 50 (1):87-110.
30. Published By: Oxford University Press
31. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annu Rev Sociol*. 2010 Aug 1;36:139-157.
32. Uchino, Bert N., *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships* (New Haven, CT, 2004; online edn, Yale Scholarship Online, 31 Oct. 2013),
33. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annu Rev Sociol*. 2010 Aug 1;36:139-157.
34. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annu Rev Sociol*. 2010 Aug 1;36:139-157.
35. Umberson D, Williams K, Powers DA, Liu H, Needham B. You make me sick: marital quality and health over the life course. *J Health Soc Behav*. 2006 Mar;47(1):1-16.
36. Zhang Z., Hayward MD. (2006). Gender, the Marital Life Course, and Cardiovascular Disease in Late Midlife. *Journal of Marriage and Family*.



ქვეყნების კლასიფიკაციის პრობლემები: სუვერენიტეტის და იდენტობის აღიარება, როგორც არაიერარქიული მსოფლიოს ხედვა

ლიკა სიბოშვილი¹, ლიკა არაკიშვილი¹

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ქვეყნების კლასიფიცირებისას ხშირად ვიყენებთ ტერმინებს: მდიდარი და ღარიბი მოსახლეობა, რესურსებით მდიდარი და შეზღუდულ-რესურსიანი ქვეყანა, ძველი და ახალი სამყარო, პირველი და მესამე სამყარო, განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნები, მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები და დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები, გლობალური ჩრდილოეთი და სამხრეთი, დასავლეთი და აღმოსავლეთი... ქვეყნების ასეთი კლასიფიკაცია და ლექსიკა სათავეს იღებს რასიზმსა და კოლონიალიზმში, რამაც შექმნა ცრუ იერარქია ერებს შორის, მიანიჭა უფრო მაღალი ღირებულება ქვეყნების გარკვეულ ჯგუფს და მისცა სხვებზე ბატონობის, მათზე მანიპულირების და დამორჩილების უფლება. ტერმინოლოგია, რომელიც კოლონიალიზმის დროიდან გამოიყენება სამყაროს დასაყოფად, მუდმივად იცვლება, რომ გათვალისწინებული იყოს ცვალებადი სოციო-პოლიტიკურ გარემო. თუმცა, ყოველი ახალი ტერმინი გარკვეულწილად გაგრძელება იმ უთანასწორობისა, რომელიც საუკუნეების მანძილზე გრძელდება. არ შეიძლება იმის უარყოფა, რომ ქვეყნებს შორის არსებობს აშკარა უთანასწორობა, მაგრამ ასეთ ტერმინოლოგიაზე დაყრდნობა, რომელიც შექმნა მსოფლიოს მხოლოდ ერთმა ნაწილმა, არ გვაძლევს ქვეყნების სუვერენიტეტის და მათი დამოუკიდებელი იდენტობის აღიარების შესაძლებლობას. აღნიშნული პრობლემა არ არის მარტივი გადასაწყვეტი. საჭიროა არსებობდეს საერთაშორისო სტანდარტი ქვეყნებს შორის განსხვავებების სათანადო ტერმინებით აღსაწერად. გლობალური ჯანმრთელობისა და გლობალური განვითარების საკითხების განხილვისას დისკრიმინაციული ტერმინების თავიდან ასაცილებლად სიფრთხილით და გააზრებით უნდა მოვეკიდოთ მათ. მნიშვნელოვანია, გამოვიყენოთ ისეთი ტერმინები, რომლებიც აღიარებენ ქვეყნებსა და ხალხებს შორის განსხვავებებს და პატივ სცემენ მათ სუვერენიტეტს და იდენტობას.

საკვანძო სიტყვები: გლობალური ჯანდაცვა, კოლონიალიზმი, რასიზმი, ქვეყნების კლასიფიკაცია, სუვერენიტეტი, იდენტობა.

ციტატა: ლიკა სიბოშვილი, ლიკა არაკიშვილი. ქვეყნების კლასიფიკაციის პრობლემები: სუვერენიტეტის და იდენტობის აღიარება, როგორც არაიერარქიული მსოფლიოს ხედვა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

Problems of classification of countries: Recognizing Sovereignty and Identity as a Non-Hierarchical World View

Lika Siboshvili¹, Lika Arakishvili¹

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University

Abstract

When classifying countries, we often use terms: rich and poor, resource-rich and resource-limited, old and new world, first and third world, developed and developing countries, high-income countries and

low-income countries, global north and south, west and east... Such classifications and vocabulary have their origins in racism and colonialism, which created a false hierarchy among nations, assigned higher value to certain groups of nations, and empowered others to dominate, manipulate, and subjugate others. Terminology, which has been used since colonization to divide the world, is constantly changing to accommodate the changing socio-political environment. However, each new term is in some way a continuation of the inequality that has persisted for centuries. It cannot be denied that there are clear disparities between countries, but relying on such terminology, which was created by only one part of the world, does not allow us to recognize the sovereignty of countries and their independent identity. This problem is not easy to solve. There needs to be an international standard to describe the differences between countries in appropriate terms. When discussing issues of global health and global development, we must use caution and understanding to avoid discriminatory terms. It is important to use terms that recognize the differences between countries and peoples and respect their sovereignty and identity.

Key words: global health, colonialism, racism, classification of countries, sovereignty, identity.

Quote: Lika Siboshvili, Lika Arakishvili. Problems of classification of countries: recognition of sovereignty and identity as a non-hierarchical world view. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

ქვეყნების კლასიფიცირებისას ხშირად ვიყენებთ ტერმინებს: მდიდარი და ღარიბი მოსახლეობა, რესურსებით მდიდარი და შეზღუდულ-რესურსიანი ქვეყანა, ძველი და ახალი სამყარო, პირველი და მესამე სამყარო, განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნები, მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები და დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები, გლობალური ჩრდილოეთი და სამხრეთი, დასავლეთი და აღმოსავლეთი... ქვეყნების ასეთი კლასიფიკაცია და ლექსიკა სათავეს იღებს რასიზმსა და კოლონიალიზმში, რამაც შექმნა ცრუ იერარქია ერებს შორის, მიანიჭა უფრო მაღალი ღირებულება ქვეყნების გარკვეულ ჯგუფს და მისცა სხვებზე ბატონობის, მათზე მანიპულირების და დამორჩილების უფლება.

ტერმინი „გლობალური“ ან მისი ხშირად გამოყენებული ანალოგი „საერთაშორისო“ გულისხმობს სამყაროს, განურჩევლად იმისა, ქვეყანა მდიდარია თუ ღარიბი, რომელსაც ჭირდება განვითარება ან დახმარება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებში. ფაქტია, რომ ზემოაღნიშნული კლასიფიკაცია დიდწილად შეუსაბამოა გლობალური ჯანდაცვისა და გლობალური განვითარების ინსტიტუტებისთვის, თუმცა, ისევ გრძელდება მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების მიერ საკუთარი თავის უზენაესად წარმოჩენა და სხვებისთვის მხსნელის როლში ყოფნა. ტერმინებიც კი, რომლებიც წესით იერარქიულობის გავლენის გარეშე შეიქმნა (მაგ.: ჩრდილოეთი და სამხრეთი, დასავლეთი და აღმოსავლეთი) ეფუძნება სწორედ იერარქიულ კლასიფიკაციას, რადგან ასეთი დაყოფა ირიბად, მაგრამ მაინც, დამყარებულია სიმდიდრესა და პოლიტიკურ ძალაუფლებაზე (Khan, Th. et al., 2022)

კატეგორიზაცია და დიქტომური დაყოფა ძალიან გავრცელებულ მიდგომას წარმოადგენს. ბევრი ჩვენგანი ხშირად იყენებს მსგავს მიდგომებს პროფესიულ საქმიანობაში. ზოგიერთი ტერმინი, როგორცაა „პირველი სამყარო“ (დასავლეთ ევროპის, ჩრდილოეთ ამერიკის, იაპონიის, ავსტრალიისა და ახალი ზელანდიის ინდუსტრიული კაპიტალისტური ქვეყნები) და „მესამე სამყარო“ (აზიის, აფრიკის და ლათინური ამერიკის განვითარებადი ქვეყნები), რეალურად რასისტული ხასიათისაა, რადგან ამ მოსაზრებით ზოგი პირველია და ზოგი მესამე, ან ბოლო. დღესდღეობით ადამიანთა უმეტესობა თავს არიდებს მსგავსი ტერმინების გამოყენებას, თუმცა, დასავლური მედია დროდადრო მაინც იყენებს ამ ტერმინებს, მაგალითად, უკრაინის ომის ან COVID-19-ის პანდემიის გაშუქების დროს.

მოსაზრება, რომ ქვეყნები არსებითად განსხვავებულები არიან და იერარქიის მიხედვით უნდა მოხდეს მათი რანჟირება, რასისტული და კოლონიალისტური კონსტრუქციაა. ეს ტერმინები სათავეს იღებენ ევროპულ და ჩრდილოეთ ამერიკის ინსტიტუტებსა და სტრუქტურებში. ზოგიერთი ტერმინი ეფუძნება ეკონომიკურ კლასიფიკაციას, რომლებიც საერთაშორისო სავალუტო ფონდისა და მსოფლიო ბანკის მიერ არის მოწოდებული სხვადასხვა ქვეყნებისათვის კრედიტების გაცემის მიზნით. თუმცა, კლასიფიკაციის ეს მოდელები იერარქიულობის ჩამოყალიბებას ემსახურება და ქვეყნების ერთ ჯგუფს დონორად, მეორეს კი

მიმღებად წარმოაჩინეს. ფართო გაგებით, “დახმარების ინდუსტრიამ” საერთაშორისო ფინანსური ინსტიტუტების, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების ხელსაწყოებით, წარმოშვა ერთგვარი დონორ-რეციპიენტის/მიმღების დიქტომური კლასიფიკაცია. მსგავს იერარქიაში დონორები გვევლინებიან „თეთრი მხსნელების“ როლში. აღნიშნული განსაკუთრებით შეინიშნებოდა COVID-19 პანდემიის დროს, როდესაც ქვეყნებში, რომლებიც ვერ აწარმოებდნენ საკუთარ ვაქცინას, არასაკმარისი ვაქცინის გამო ფერხდებოდა ვაქცინაციის პროცესი, თუმცა, იღებდნენ შემოწირულობებს დონორებისგან.

ქვეყნების კლასიფიკაცია შემოსავლის მიხედვით ასევე არ ასაბუთებს თუ რატომ გახდა ზოგიერთი ქვეყანა „მაღალშემოსავლიანი“, ზოგი კი - „დაბალშემოსავლიანი“. დიქტომია ქმნის ქვეყნებსა და რეგიონებს შორის თანდაყოლილი იერარქიის განცდას. მას ასევე შეუძლია გააძლიეროს პირველობის განცდა მათში, ვისაც კლასიფიკაცია ანიჭებს უპირატესობას, და ჩანერგოს არასრულფასოვნების განცდა მათში, ვისაც აქვს კოლონიალიზმის ნეგატიური გამოცდილება. ასეთი იერარქიების რასობრივი ზეგავლენა ასევე აქტუალურია, როდესაც „თეთრი“ განიხილება, როგორც გავლენიანი კატეგორია, ხოლო ყველა დანარჩენი (შავ და ფერადკანიანი მოსახლეობა) „სხვა ჯგუფად“. ადამიანების ჯგუფებად დაყოფა უგულბელოდს მსოფლიოს სხვადასხვა კულტურებს, ისტორიას, ერების წარმოშობის თეორიებს.

დიქტომია ქვეყნებსაც უპირისპირებს ერთმანეთს. ჩრდილოეთი/განვითარებული/მოწინავე/მაღალშემოსავლიანი/მდიდარი და ა.შ კატეგორიაში მყოფი ქვეყნები ეჯიბრებიან ერთმანეთს მეტი კონტროლის მოპოვებაში, როგორც უმსხვილესი „დონორი“ ან დახმარების მიმწოდებელი. ასეთ დიქტომიაში ქვეყნები იბრძვიან ტორტის ყველაზე დიდი ნაჭრის მოსაპოვებლად, ანუ ვინ მიიღებს ყველაზე მეტ დაფინანსებას, ვინ იქნება დახმარების ყველაზე დიდი „მიმღები“. ეს ქმნის კონკურენციის არაჯანსაღ განცდას ქვეყნებს შორის, რომლებიც რეალურად ერთად უნდა მუშაობდნენ პრობლემის გადასაჭრელად. დიქტომიური ენა ქმნის გარემოს, რომელშიც მეცნიერები, ჯანდაცვის პროფესიონალები, აღიარებულნი არიან არა ცოდნით, არამედ გეოგრაფიული, ეკონომიკური და ისტორიული გარემოცვით.

ის ფაქტი, რომ მსოფლიოში COVID-19-ის ვაქცინაცია წარუმატებლად დასრულდა, რადგან ვაქცინა არ იყო ყველასთვის თანაბრად ხელმისაწვდომი, იმაზე მეტყველებს, რომ ჩვენ ჯერ კიდევ არ შეგვიძლია აღვიქვათ საკუთარი თავი ერთ დიდი ოჯახად, რომელსაც კაცობრიობა ჰქვია, განურჩევლად ჩვენი ეროვნული კუთვნილებისა, სიმდიდრისა თუ კანის ფერისა. პანდემიებზე, ომებსა და კლიმატის ცვლილებაზე ეგოცენტრული და ნაციონალისტური დამოკიდებულება მიანიშნებს ნაციონალური, რასობრივი ან ეკონომიკური პრობლემების დანახვის უუნარობაზე. განვითარების მცდელობები ჯერ კიდევ ცალმხრივია. ცოდნა და რესურსები (ფინანსური და ადამიანური) კვლავ მიედინება ჩრდილოეთიდან სამხრეთისკენ, დასავლეთიდან აღმოსავლეთისაკენ, ისევე ისე როგორც ეს კოლონიალისტური რეჟიმის დროს ხდებოდა. COVID-19-ის დროს, მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე მდიდარი ქვეყანა „ძლიერი ჯანდაცვის სისტემებით“ აქტიურად იბრძოდა ვირუსის წინააღმდეგ, დაბალი შემოსავლის მქონე ზოგმა ქვეყანამ „სუსტი ჯანდაცვის სისტემებით“ ტოლი არ დაუდეს მათ და უკეთაც კი წარმოაჩინეს თავი. გლობალური სოლიდარობა მოითხოვს ყველა ერისა და პარტნიორის უფრო სამართლიან, არაიერარქიულ და ინკლუზიურ ჩართულობას, მათ სინერგიულად მუშაობას და ერთმანეთისგან სწავლას კრიზისების ერთად დასაძლევად.

ტერმინოლოგია, რომელიც კოლონიზაციის დროიდან გამოიყენება სამყაროს დასაყოფად, მუდმივად იცვლება, რომ გათვალისწინებული იყოს ცვალებადი სოციო-პოლიტიკურ გარემო. მაგრამ ყოველი ახალი ტერმინი გარკვეულწილად გაგრძელებაა იმ უთანასწორობისა, რომელიც საუკუნეების მანძილზე გრძელდება და სწორედ მისი მანიშნებელია. არ შეიძლება იმის უარყოფა, რომ ქვეყნებს შორის არსებობს აშკარა უთანასწორობა. მაგრამ ასეთ ტერმინოლოგიაზე დაყრდნობა, რომელიც შექმნა მსოფლიოს მხოლოდ ერთმა ნაწილმა, არ გვაძლევს ქვეყნების სუვერენიტეტის და მათი დამოუკიდებელი იდენტობის აღიარების შესაძლებლობას. ის ასევე მიუთითებს იმაზე თუ რა გავლენა მოახდინა კოლონიალიზმმა იმაზე, თუ როგორ აღიქვამენ ქვეყნები ერთმანეთს.

ამ უთანასწორობის დაძლევა არც ისე მარტივია. ბევრი ჩვენგანი იყენებს ისეთ ტერმინებს როგორცაა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები და გლობალური სამხრეთი, რომელიც ამ ჯანმრთელობისა და განვითარების უთანასწორობის აღმნიშვნელია. როცა ვსაუბრობთ, რომ ტუბერკულოზი გავლენას ახდენს დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე, ამის ნაცვლად ჩვენ შეგვიძლია ჩამოვთვალოთ ტუბერკულოზის მაღალი ტვირთის მქონე ქვეყნები. პროცესის გამარტივებისათვის საჭიროა ტერმინები კომუნიკაციისთვის და ცრუ დიქტომიების აღმოფხვრა.

პრობლემის გადაწყვეტის შემდეგი გზები არსებობს:

1) ჩვენ შეგვიძლია ვადიაროთ უნიკალური გეოგრაფიული განსხვავებები, რომლებიც მრავლადაა დედამიწაზე. მაგალითად აფრიკა მოიცავს ხუთ განსხვავებულ რეგიონს: დასავლეთს, აღმოსავლეთს, ჩრდილოეთს, სამხრეთს და ცენტრალურს. ანალოგიურად, აზია კულტურულად და ეთნიკურად იყოფა შუა აღმოსავლეთად, სამხრეთ აზიად და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიად. ლათინური ამერიკა შედგება ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკისგან. კარიბის ზღვის ქვეყნებსა და წყნარი ოკეანის კუნძულების ქვეყნებს აქვთ საკუთარი, ინდივიდუალური გეოგრაფიული იდენტობა. მიუხედავად იმისა, რომ თითოეული ეს რეგიონი შეიცავს განსხვავებულ ეროვნულ იდენტობას, კულტურას, ენას, ისტორიას ისინი მაინც გრძნობენ კოლექტიურ იდენტობას.

2) თანამედროვე დროს გაჩნდა ტერმინი „გალავნით შემოზღუდული სამყარო“, რომელიც ასახავს იმას, თუ როგორ იმალება მსოფლიო მოსახლეობის 14% ციხესიმაგრეში ან კედლის მიღმა. ასეთი ხელოვნური ზღუდეების მაგალითა პრეზიდენტ ტრამპის მიერ სასაზღვრო კედლის აშენება მექსიკასა და აშშ-ს შორის. ეს გალავნები ასევე აღნიშნავენ პოლიტიკურ ბარიერებს, რომლებიც შეიქმნა მაგალითად „ევროპის ციხის“ მიერ, რათა ევროპის კონტინენტზე მიგრანტებისა თუ ლტოლვილების შესვლა არ მოხდეს.

3) იმის ნაცვლად, რომ ავტომატურად გავაიგივოთ დაბალი რესურსების ან შეზღუდული რესურსების პირობები დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებთან, შეგვიძლია დავაკონკრეტოთ თუ რატომ არსებობს მცირე/შეზღუდული რესურსი. მაგალითად არის თუ არა ეს დაბალი/მცირე რესურსი ფინანსების, ცოდნის, ადამიანური რესურსების, ფიზიკური ინფრასტრუქტურის, მომსახურების მიწოდებით თუ გეოგრაფიის თვალსაზრისით და რა არის რესურსების ასეთი სტატუსის ისტორიული საფუძველი. ამ გზით შესაძლებელია იმის ჩვენება რომ ყველა ქვეყანაში არსებობს მცირე რესურსები, მათ შორის მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებშიც. ასეთი დეტალური კატეგორიზაცია იძლევა ჩადრმავეების შესაძლებლობას იმის ასახსნელად, თუ რატომ არის კონკრეტულ სფეროში მცირე რესურსი და არა სხვაში. ის ასევე ნიშნავს, რომ მცირე ან ლიმიტირებული რესურსის კატეგორია შეიძლება შეიცვალოს.

4) ჩვენ შეგვიძლია უარი ვთქვათ ზოგიერთ ტერმინზე ან სიტყვები გამოვიყენოთ მეტი სიფრთხილით. მაგალითად, პირველი სამყარო და მესამე სამყარო, განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნები ამბიციურად და რასისტულად ჟღერს. შემოსავლის, როგორც განმასხვავებელი წყაროს გამოყენება შესაძლოა უფრო სასარგებლო იყოს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ის იძლევა გარკვეულ შეხედულებას ეკონომიკურ და სოციალურ ცვლადებზე, რომლებიც განსაზღვრავენ ქვეყნის საჭიროებებს.

5) განვითარების კონტექსტში ბევრი ითქვა ისეთი ტერმინების შესახებ როგორცაა დახმარების გამცემი და მიმღები, დონორები და ბენეფიციარები, მაგრამ ეს მოითხოვს, რომ დახმარების ინდუსტრია დაფიქრდეს თავის როლზე სამყაროში. ტერმინების უბრალოდ ჩანაცვლება არ არის ადეკვატური და არ შეცვლის დახმარების ინდუსტრიის განვითარების გზებს. დახმარების ინდუსტრიის მეთოდოლოგიები და პრაქტიკა ასევე უნდა შეიცვალოს.

ქვეყნებისა კლასიფიკაცია ხაზს უსვამს პრობლემის სირთულეს, რომელიც არ არის მარტივი გადასაწყვეტი. ალტერნატივების მარტივად გამოგონება შეიძლება არ იყოს გამოსავალი. ძნელია, თუმცა არა შეუძლებელი რომ არსებობდეს საერთაშორისო სტანდარტი

იმისთვის, რომ სწორად აღვწეროთ განსხვავებები და კატეგორიები. შეუძლებელია ისეთი სახელის ან ტერმინის პოვნა, რომელიც ყველას საჭიროებებს შეესაბამება. ყველა რეგიონს აქვს უფლება შექმნას საკუთარი სტანდარტები, რომელიც დაეფუძნება ჯანმრთელობისა და განვითარების სპეციფიკურ გაგებას.

ყველა, ვინც ჩართულია გლობალურ ჯანმრთელობისა და გლობალური განვითარების საკითხებში, სიფრთხილით და გააზრებით უნდა მოეკიდოს ტერმინებს. ტერმინები რომლებსაც ვიყენებთ არ უნდა იყოს დისკრიმინაციული. მნიშვნელოვანია, ტერმინების გამოყენებისას ვიცოდეთ მისი წარმოშობა და მნიშვნელობა, რათა აღმოვფხვრათ დიქტომია და ამის ნაცვლად გამოვიყენოთ ისეთი ტერმინები, რომლებიც აღიარებენ ქვეყნებსა და ხალხებს შორის განსხვავებებს და პატივი სცემენ მათ სუვერენიტეტს და იდენტობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Alam S. Majority World: Challenging the West’s Rhetoric of Democracy. *Amerasia J* 2008;34:88–98.
2. Forster T, Kentikelenis AE, Stubbs TH, et al. Globalization and health equity: the impact of structural adjustment programs on developing countries. *Soc Sci Med* 2020;267:112496.
3. Khan T, Abimbola S, Kyobutungi C, et al. How we classify countries and people—and why it matters. *BMJ Global Health*. 2022;7:e009704.
4. Lees N. The Brandt line after forty years: the more North–South relations change, the more they stay the same? *Rev. Int. Stud.* 2021;47:85–106.
5. World Bank. World Bank Blogs. New world bank country classifications by income level: 2021-2022. Available: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classificationsincome-level-2021-2022> [Accessed 5 May 2023].



BCG ვაქცინის ეფექტის შესწავლა Covid-19 ინფექციისაგან დასაცავად ჯანდაცვის მუშაკებში

სალომე ტატუნაშვილი¹

¹ მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

Covid-19 ინფექციასთან ბრძოლის პერიოდში გამოითქვა მოსაზრება, რომ BCG ვაქცინამ, რომელიც ტუბერკულოზთან ბრძოლაში უკვე დიდი ხანია წარმატებით გამოიყენება, შესაძლოა ექიმები და ექთნები დაიცვას Covid-19 ინფექციისგან და ამგვარად, შეამციროს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით განხორციელდა რამოდენიმე კვლევა, სადაც აკვირდებოდნენ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინის ეფექტს მედიცინის მუშაკებზე. კვლევის მიზანს შეადგენდა BCG ვაქცინის სავარაუდო დადებითი ეფექტის შესწავლა ინფექციებთან, კონკრეტულად Covid-19-თან ბრძოლაში. კვლევაში, რომელშიც 4000 შემთხვევითობის პრინციპით არჩეულმა მოხალისე მედიკოსმა მიიღო მონაწილეობა, ნაწილი მხოლოდ მარილიანი პლაცებოთი აცრეს, ნაწილი კი, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინით. მედიცინის მუშაკებს აკვირდებოდნენ 12 თვის განმავლობაში. კვლევამ აჩვენა, რომ 6 თვის განმავლობაში მსუბუქი Covid-19-ის სავარაუდო რისკი იყო 14.7% BCG ჯგუფში და 12.3% პლაცებოს ჯგუფში. ამგვარად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ BCG ვაქცინაციამ არ გამოიწვია Covid-19-ით ინფიცირების უფრო დაბალი რისკი ჯანდაცვის მუშაკებში.

საკვანძო სიტყვები: Covid-19, BCG ვაქცინა.

ციტატა: სალომე ტატუნაშვილი. BCG ვაქცინის ეფექტის შესწავლა Covid-19 ინფექციისაგან დასაცავად ჯანდაცვის მუშაკებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

The effect of BCG vaccine to protect against Covid-19 infection in healthcare workers

Salome Tatumashvili¹

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University

Abstract

During the fight against the Covid-19 infection, it has been suggested that the BCG vaccine, which has been successfully used for a long time in the fight against tuberculosis, may protect doctors and nurses from the Covid-19 infection and thus reduce the death rate. In connection with the mentioned issue, several studies were conducted, where the effects of anti-tuberculosis vaccine on medical workers were observed. The purpose of the study was to study the possible positive effect of the BCG vaccine in the fight against infections, specifically Covid-19. In the study, in which 4,000 randomly selected volunteer doctors took part, some were vaccinated only with a saline placebo, and some with the anti-tuberculosis vaccine. Medical workers were followed for 12 months. The study found that the estimated risk of mild Covid-19 at 6 months was 14.7% in the BCG group and 12.3% in the placebo group. Thus, we can assume that BCG vaccination did not lead to a lower risk of infection with Covid-19 in healthcare workers.

Key words: Covid-19, BCG vaccine

Quote: Salome Tatumashvili. Study of the effect of BCG vaccine to protect against Covid-19 infection in healthcare workers. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

BCG (Bacillus Calmette-Guerin) ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინა უკვე 100 წელზე მეტია გამოიყენება მსოფლიოს მასშტაბით. ვაქცინა აძლიერებს ადამიანის იმუნურ სისტემას. ზოგი ექსპერტის აზრით, BCG ვაქცინამ, რომელიც ტუბერკულოზთან ბრძოლაში უკვე დიდი ხანია წარმატებით გამოიყენება, შესაძლოა ექიმები და ექთნები დაიცვას Covid-19 ინფექციისგან (Pollard, 2017).

BCG ვაქცინით ყოველ წელს 130 მილიონამდე ჩვილის იმუნიზაცია ტარდება. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული ვაქცინა სხვა ასაკობრივ კატეგორიაზეც კარგად მუშაობს. მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ სამედიცინო პერსონალის იმუნიზაცია BCG ვაქცინით შეაფერხებს პაციენტებისგან კორონავირუსის გადადების სიხშირეს (Bond, 2021).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განცხადებით, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია იმის დადგენა, შეუძლია თუ არა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინას იმდენად გააძლიეროს იმუნური სისტემა, რომ ეფექტურად შეებრძოლოს Covid-19-ს და ამგვარად, შეამციროს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Curtis, 2020).

აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით განხორციელდა რამოდენიმე კვლევა, სადაც აკვირდებოდნენ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინის ეფექტს მედიცინის მუშაკებზე. კვლევის მიზანს შეადგენდა BCG ვაქცინის სავარაუდო დადებითი ეფექტის შესწავლა ინფექციებთან, კონკრეტულად Covid-19-თან ბრძოლაში.

2021 წელს ჩატარებულ კვლევაში, რომელშიც 4000 შემთხვევითობის პრინციპით არჩეულმა მოხალისე მედიკოსმა მიიღო მონაწილეობა, ნაწილი მხოლოდ მარილიანი პლაცებოთი აცრეს, ნაწილი კი, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინით (Pittet, 2021). მედიცინის მუშაკებს აკვირდებოდნენ 12 თვის განმავლობაში.

მოხალისეებს ყოველკვირეულად უსვამდნენ კითხვას, თუ როგორ გრნობდნენ თავს, აპლიკაციის ან პირდაპირი კონტაქტის (სატელეფონო ზარის ან შეტყობინების) გამოყენებით. დაავადების ყოველი ახალი ეპიზოდის შემთხვევაში სიმპტომები აღირიცხებოდა და უფრო დეტალური კითხვარები ივსებოდა. სისხლის ნიმუშები აღებული იყო საწყის ეტაპზე და რანდომიზაციიდან 3, 6, 9 და 12 თვის შემდეგ SARS-CoV-2 ანტისხეულების გაზომვისთვის.

პირველ 6 თვეში მსუბუქი Covid-19 დაფიქსირდა BCG ჯგუფის 132 მონაწილეში და პლაცებო ჯგუფის 106 მონაწილეში. მათგან, მძიმე Covid-19, დაფიქსირდა BCG ჯგუფის 75 მონაწილეში და პლაცებოს ჯგუფის 61 მონაწილეში. მონაწილეთა უმრავლესობა, რომელთაც აღნიშნებოდათ Covid-19-ის მძიმე ფორმა, არ იყო ჰოსპიტალიზებული, თუმცა, არ შეეძლოთ მუშაობა ზედიზედ მინიმუმ 3 დღის განმავლობაში.

მეორადი შედეგების მიხედვით 6 თვის განმავლობაში Covid-19-ის შემთხვევები უფრო მეტი იყო BCG ჯგუფში, ვიდრე პლაცებოს ჯგუფში. თითოეულ ჯგუფში მოხდა კოვიდ-19-ით 5 ჰოსპიტალიზაცია (მათ შორის ერთი გარდაცვალება პლაცებოს ჯგუფში).

კვლევამ აჩვენა, რომ 60 წელზე უფროსი ასაკის მონაწილეებს შორის, BCG ჯგუფში დაავადება შედარებით ნაკლები დღის განმავლობაში მიმდინარებდა გამოხატული სიმპტომებით, ვიდრე პლაცებოს ჯგუფში. 40 წელზე უმცროსი და 40-დან 59 წლამდე საცდელ ჯგუფებს შორის არსებითი განსხვავება არ დაფიქსირებულა (Moorlag SJCFM, 2022). 6 თვის განმავლობაში მსუბუქი ან მძიმე Covid-19-ის ალბათობა მცირედ მაღალი იყო BCG ჯგუფში, ვიდრე პლაცებო ჯგუფში. შედარებით სერიოზული გვერდითი მოვლენები 29 მონაწილემ აღნიშნა, მათგან 20 BCG ჯგუფში და 9 პლაცებოს ჯგუფში.

6 თვის განმავლობაში მსუბუქი Covid-19-ის სავარაუდო რისკი იყო 14.7% BCG ჯგუფში და 12.3% პლაცებოს ჯგუფში. მძიმე Covid-19-ის რისკი 6 თვისთვის იყო 7.6% BCG ჯგუფში და 6.5% პლაცებო ჯგუფში. მონაწილეთა უმრავლესობა, რომლებსაც ჰქონდათ მძიმე Covid-19 არ იყვნენ ჰოსპიტალიზებული, მაგრამ არ შეეძლოთ მუშაობა ზედიზედ მინიმუმ 3 დღის განმავლობაში. თითოეულ ჯგუფში იყო ხუთი ჰოსპიტალიზაცია Covid-19-ის გამო (მათ შორის ერთი გარდაცვალება პლაცებო ჯგუფში).

ამგვარად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ BCG ვაქცინაციამ არ გამოიწვია Covid-19-ით ინფიცირების უფრო დაბალი რისკი ჯანდაცვის მუშაკებში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Bond KA, W. E. (2021). Longitudinal evaluation of laboratory-based serological assays for SARS-CoV-2 antibody detection. *Pathology*, 773-779.
2. Curtis N, S. A. (2020). Considering BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19. *Lancet*, 395:1545-1546.
3. Kaufmann E, K. N. (2022). BCG vaccination provides protection against IAV but not SARS-CoV-2. *Cell Rep*, 110502-110502.
4. Moorlag SJCFM, T. E. (2022). Efficacy of BCG vaccination against respiratory tract infections in older adults during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Clin Infect Dis*, e938-e946.
5. Pittet LF, M. N. (2021). BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19 in healthcare workers: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*.
6. Pollard AJ, F. A. (2017). Non-specific effects of vaccines: plausible and potentially important, but implications uncertain. *Arch Dis Child*, 102:1077-1081.
7. Ritz N, H. W.-B. (2008). Influence of BCG vaccine strain on the immune response and protection against tuberculosis. *FEMS Microbiol Rev*, 821-841.
8. WHO. Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination and COVID-19. მოპოვებული World Health Organization: [https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-gu%C3%A9rin-\(bcg\)-vaccination-and-covid-19-დან](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-gu%C3%A9rin-(bcg)-vaccination-and-covid-19-დან)



საცხოვრებელი ადგილის და საზოგადოების როლი ადამიანის კეთილდღეობაში

თამარ პაპიაშვილი¹, ლიკა გაბუნია¹

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

საცხოვრებელი ადგილი, საზოგადოება გავლენას ახდენს ადამიანის კეთილდღეობაზე. კეთილდღეობა, რომელიც მრავალგანზომილებიანი კონსტრუქციაა, მოიცავს ისეთ ურთიერთდაკავშირებულ კომპონენტებს, როგორებიცაა: ჯანმრთელობა, სოციალური ურთიერთობები, შემოსავალი, სამუშაო. პიროვნული მახასიათებლები, კულტურული ფასეულობები, ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური გარემო. ცუდი ჯანმრთელობა, მართობის შეგრძნება, სოციალური ურთიერთობების ნაკლებობა და უმუშევრობა უარყოფითად მოქმედებს კეთილდღეობაზე. გარემოსთან დაკავშირებული კეთილდღეობის ანალიზი და კეთილდღეობაზე მოქმედი ფაქტორების გაცნობიერება გადამწყვეტია სასიცოცხლო გარემოს შესაქმნელად და სოციალური მდგრადობის მისაღწევად.

საკვანძო სიტყვები: კეთილდღეობა, საცხოვრებელი გარემო, ცხოვრების ხარისხი.

ციტატა: თამარ პაპიაშვილი, ლიკა გაბუნია. საცხოვრებელი ადგილის და საზოგადოების როლი ადამიანის კეთილდღეობაში? ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (1)

The role of place of residence and community in human well-being

Tamar Papiashvili¹, Lika Gabunia¹

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University

Abstract

Place of residence, society affects human well-being. Well-being, which is a multidimensional construct, includes such interrelated components as: health, social relations, income, work. Personal characteristics, cultural values, economic, social and political environment. Poor health, feelings of loneliness, lack of social relationships and unemployment have a negative impact on well-being. Analyzing well-being in relation to the environment and understanding the factors affecting well-being are critical to creating a livable environment and achieving social sustainability.

Key words: Welfare, living environment, quality of life.

Quote: Tamar Papiashvili. Lika Gabunia. The role of place of residence and community in human well-being. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (1)

ცხოვრების ხარისხი და კეთილდღეობა

"კარგია აქ ცხოვრება, რადგან ჩემი ფანჯრიდან ხედი იშლება." "თუ დახმარება დამჭირდება, მეზობელს ნებისმიერ დროს შემძღობა დავურევო." „კარგია აქ ცხოვრება, რადგან მე მიყვარს ეს ქალაქი.“ - აღნიშნული ფრაზები საყოველთაოდ მიღებული აზრის გამომხატველია, რომელიც კარგი და სასიამოვნო ცხოვრების არსებობაზე მეტყველებს. ეს კი, თავის მხრივ, ცხადყოფს, რომ ადგილი, სადაც ჩვენ ვცხოვრობთ, გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ვგრძნობთ თავს და როგორ ვაფასებთ ჩვენს საკუთარ ცხოვრებას. ზოგადად, კეთილდღეობის განმსაზღვრელი და განამპირობებელი ფენომენი მრავალგვარი შეიძლება იყოს.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სახლი, საზოგადოება და საზოგადოების სიყვარული განსაკუთრებულ როლს თამაშობს ადამიანის კეთილდღეობაში (Máhr et al., 2018). ვენჰოვენის მიხედვით ცხოვრების ხარისხის კონცეფცია შეიძლება გავიგოთ ორი გზით (Veenhoven, 1999). ერთი ასპექტი არის ცხოვრების „სავარაუდო“ ხარისხი, რომელიც ეხება ეკონომიკურ კეთილდღეობას და პოლიტიკურ სტაბილურობას, რომელსაც ქვეყანა სთავაზობს თავის მოქალაქეებს. მეორე ასპექტი არის ცხოვრების „თვალსაჩინო“ ხარისხი, რომელიც ორიენტირებულია ინდივიდების კმაყოფილებაზე, ბედნიერებასა და წარმატებაზე. ბევრი მკვლევარი ბოლო წლებში ცხოვრების ხარისხს უკავშირებს ობიექტურ ფაქტორებს, როგორცაა ცხოვრების პირობები და სუბიექტური ფაქტორები, როგორცაა პირადი ცხოვრების შეფასება.

კეთილდღეობა, რომელიც მრავალგანზომილებიანი კონსტრუქციაა, მოიცავს ისეთ ურთიერთდაკავშირებულ კომპონენტებს, როგორებიცაა: ჯანმრთელობა, სოციალური ურთიერთობები, შემოსავალი, სამუშაო. პიროვნული მახასიათებლები, კულტურული ფასეულობები, ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური გარემო. დადგინდა, რომ ცუდი ჯანმრთელობა, მარტობის შეგრძნება, სოციალური ურთიერთობების ნაკლებობა და უმუშევრობა უარყოფითად მოქმედებს კეთილდღეობაზე.

საცხოვრებელი კეთილდღეობა და მისი კომპონენტები

ცხოვრების ხარისხის კვლევაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია საცხოვრებელ კეთილდღეობას, რომელიც გულისხმობს, თუ როგორ სუბიექტურად აღიქვამენ ინდივიდები თავიანთ საცხოვრებელ გარემოს. კვლევები აჩვენებენ, რომ საკუთარი სახლითა და გარემოთი კმაყოფილებას დიდი როლი უჭირავს კეთილდღეობის განსაზღვრაში. მიუხედავად იმისა, რომ საცხოვრებლის შეფასების ობიექტური კრიტერიუმებია საცხოვრებლის ფიზიკური მახასიათებლები, საცხოვრებელი ხარისხი და სამეზობლო პირობები. ადამიანის ცხოვრების ხარისხის ფორმირებაში ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ საცხოვრებლის შეფასების სუბიექტური კრიტერიუმები. სუბიექტურ ატრიბუტებზე გავლენას ახდენს ინდივიდის საკუთარი შეფასებები, აღქმები, დაკვირვებები და შთაბეჭდილებები მათ საცხოვრებელ გარემოზე. საცხოვრებელი კეთილდღეობის კონცეფცია, რომელიც ასევე ცნობილია როგორც საცხოვრებელი კმაყოფილება, მოიცავს სხვადასხვა განზომილებებს, მათ შორის ფიზიკურ და სოციალურ კომპონენტებს, საბინაო პირობებს, სამეზობლოში კმაყოფილებას და სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებს.

საცხოვრებელსა და კეთილდღეობას შორის ურთიერთობის გასაანალიზებლად აუცილებელია რამდენიმე ძირითადი ფაქტორის გათვალისწინება. პირველი, სოციოდემოგრაფიული ცვლადები თამაშობენ როლს საცხოვრებლის კმაყოფილების განსაზღვრაში, რადგან სხვადასხვა ინდივიდს შეიძლება ჰქონდეს კმაყოფილების განსხვავებული დონე მათი პიროვნული მახასიათებლებისა და გარემოებების მიხედვით. მეორე, საცხოვრებლის ობიექტური ატრიბუტები, როგორცაა საცხოვრებლის ფიზიკური პირობები და უბნის ხარისხი, ხელს უწყობს საცხოვრებლის კეთილდღეობას. თუმცა, მაცხოვრებლების მიერ ამ ატრიბუტების სუბიექტური შეფასება ხშირად უფრო გავლენიანია ცხოვრების საერთო ხარისხის განსაზღვრაში, ვიდრე მხოლოდ ობიექტური ზომები.

საცხოვრებელი კეთილდღეობის მნიშვნელობა სცილდება სახლებს და მოიცავს უფრო ფართო საცხოვრებელ გარემოს, სამეზობლოს და საზოგადოებას, რომელშიც ინდივიდები ცხოვრობენ. საზოგადოებებთან მიჯაჭვულობა, რომელიც იზომება ადამიანების პოზიტიური

გამოცდილებით მათ გარემოში, ადგილობრივი საზოგადოების მიმართ დამოკიდებულებით და მათი სოციალური კავშირებით, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საცხოვრებელი კეთილდღეობის ამაღლებაში.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახური ცხოვრება, კვალიფიკაცია. შემოსავალი, სახლი, სამსახური, საზოგადოება, ჯანმრთელობა და საცხოვრებელი პირობები გავლენას ახდენენ ადამიანის კეთილდღეობაზე. ინდივიდის საცხოვრებელ პირობებს პირდაპირი კავშირი აქვს კეთილდღეობასთან. უფრო მაღალი კმაყოფილება კეთილდღეობის სხვადასხვა სფეროებში (კვალიფიკაცია, სამსახური, ოჯახური ცხოვრება, საცხოვრებელი პირობები, სახლი, საზოგადოება, ჯანმრთელობა) დაკავშირებულია საერთო კეთილდღეობის გაზრდასთან. რაც უფრო ძლიერია საზოგადოებასთან ურთიერთობა, მით უფრო დიდია კეთილდღეობა.

გარემოსთან დაკავშირებული კეთილდღეობის ანალიზი და კეთილდღეობაზე მოქმედი ფაქტორების გაცნობიერება გადამწყვეტია სასიცოცხლო გარემოს შესაქმნელად და სოციალური მდგრადობის მისაღწევად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Veenhoven R. (1999). Quality-of-life in individualistic society – A comparison of 43 nations in the early 1990's. *Social Indicators Research*, 48, 157–186.
2. Máhr T, Birkner Z, Berkesné RN. (2018). Soundness and sustainability research in the regional and settlement development programmes (2014-2020). *Interdisciplinary Description of Complex Systems*, 16(2), 289-301.