



კავკასიის უნივერსიტეტი  
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო  
რეცენზირებადი ჟურნალი  
International Scientific  
Refereed Journal

1

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



1

2017

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

№ 1



კავკასიის უნივერსიტეტი  
CAUCASUS UNIVERSITY

თბილისი 2017 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტი  
Caucasus University

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

**Editor-in-Chief:**

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

PRINT ISSN 2960-9992

E-ISSN 2960-9984



კავკასიის უნივერსიტეტი  
CAUCASUS UNIVERSITY

**სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგიის ხელმძღვანელი:**

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

**აღმასრულებელი რედაქტორი:**

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

**სარედაქციო კოლეგია:**

**გიორგი მახარაშვილი** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ზვიად კირტავა** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ოთარ გერზმავა** (გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი), **ნატა ყაზახაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ლელა სტურუა** (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი), **რევაზ ჯორბენაძე** (ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი), **დავით ნატროშვილი** (კავკასიის უნივერსიტეტი) **რიმა ბერიაშვილი** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **იაგო კაჭკაჭიშვილი** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **დევი ტაბიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **კახაბერ ჯაყელი** (შავი ზღვის საერთაშორისო უნივერსიტეტი), **ერეკლე პირველი** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **თამარ ლობჯანიძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ვასაძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ჩოკოშვილი** (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის 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** (ავ. 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 იენასიაკ-შულცი** (ნიკოლაუს კოპერნიკის უნივერსიტეტი, პოლონეთი)

**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), **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)

**რედაქტორი** - ეკატერინე ელიავა

**Editor** - Ekaterine Eliava

## სარჩევი

1. ანა გრძელიშვილი, მარიამ მაღალდაძე, ანა მახარაშვილი, გვანცა ჩიბუხაია, თენგიზ ვერულავა. ალცჰაიმერის მქონე პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების სოციალური პრობლემები .....7-19
2. დავით ფეიქრიშვილი, ლიკა მაისურაძე. კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციის პრობლემები საქართველოში .....20-24
3. მარიამ მამულაშვილი, თენგიზ ვერულავა. მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებები ევთანაზიის მიმართ .....25-33
4. ნანა დაბრუნდაშვილი, მეგი ბულია, მედეა ალადოშვილი, სოფიო ხაჩიძე, მეგი ასათაშვილი, დაჩი პაპოშვილი. მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების პრობლემები .....34-38
5. მარიამ ტურიაშვილი, ცოტნე ფულარია, დიმა ჭილაია, გურამ სოლოდაშვილი, მარიამ კვატაძე, ლაშა ხიჯაკაძე. პალიატიური ზრუნვის პრობლემები საქართველოში თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლის მაგალითზე .....39-43
6. ანი ასრათაშვილი, სალომე მინდიაშვილი, თათია წიქორიძე, შორენა ქაფიანიძე. პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში .....44-48
7. ნათია გელაძე, თინათინ ლიქოკელი, ნინო ტატანაშვილი, ანა ჭყოიძე. შშმ ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში .....49-54
8. სალომე აბულაშვილი, მარი ჩხაიძე, მარიამ ხუროშვილი, ლიზა კიკნაძე. სტუდენტების ინფორმირებულობის კვლევა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ .....55-60
9. თამთა ჭიჭინაძე, სალომე მუშტაშვილი. საზოგადოება, როგორც დამატებითი სტრეს ფაქტორი განქორწინებულ ქალებში .....61-67
10. თამარ გონგაძე, მარიამ ერისთავი, გეგი დოლიძე, მაია გოგია. ექთნების მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების კვლევა .....68-73

## Content

1. **Ana Grdzelishvili, Mariam Maghaldadze, Anna Makharashvili, Gvantsa Chibukhaia, Tengiz Verulava.** Social issues of the Alzheimer’s patient and family .....7-19
2. **David Peikrishvili, Lika Maisuradze.** Further problems of donation of organs after apparent death ..... 20-24
3. **Mary Mamulashvili, Tengiz Verulava.** Orthodox attitudes towards euthanasia .....25-33
4. **Nana Dabrundashvili, Megi Bulia, Medeia Aladoshvili, Sophie Khachidze, Megi Asatashvili, Dachi Paposhvili.** Problems of students with blindness and low vision .....34-38
5. **Mariami Turiashvili, Tsotne Fularia, Dima Chilaia, Gurami Sologhashvili, Mariam Kvatadze, Lasha Khijakadze.** Palliative care of the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery .....39-43
6. **Ani AsrataShvili, Salome Mindiashvili, Tatia Tsikoridze, Shorena Qapianidze.** Primary health care nurses and heart failure education ..... 44-48
7. **Natia Geladze, Tina Likokeli, Nini Tatanashvili, Ana Chkoidze.** Social integration of disabled children in Georgia .....49-54
8. **Salome Abulashvili, Mari Chkhaidze, Mariam Khuroshvili, Liza Kiknadze.** Knowledge About HIV/AIDS Among University Students ..... 55-60
9. **Tamta Chichinadze, Salome Mushtashvili.** Society as an additional stress factor in divorced women .....61-67
10. **Tamar Gongadze, Mariam Eristavi, Gegi Dolidze, Maya Gogia.** Patient Satisfaction with Nursing Care Quality ..... 68-73



ალცჰაიმერის მქონე პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების სოციალური პრობლემები

ანა გრძელიშვილი<sup>1</sup>, მარიამ მაღალდაძე<sup>1</sup>, ანა მახარაშვილი<sup>1</sup>, გვანცა ჩიბუხაია<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა. კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ალცჰაიმერი მსოფლიოში ერთ-ერთი გავრცელებული დაავადებაა. დღესდღეობით მისი განკურნება შეუძლებელია. ძირითადად ტარდება სიმპტომური მკურნალობა. ავადმყოფებს და მათი ოჯახის წევრებს სამედიცინო პერსონალი ეხმარება სწეულებასთან შეგუებაში. კვლევის მიზანია ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა და მათი ოჯახის წევრთა პრობლემებისა და საჭიროებების კვლევა რესპონდენტთა ინტერპრეტაციისა და აღქმის საფუძველზე. კვლევის ფარგლებში, თვისებრივი მეთოდის, კერძოდ კი ბიოგრაფიულ-ნარატიული ინტერვიუს გამოყენებით შეგროვდა მონაცემები. კვლევის შედეგების მიხედვით გამოიკვეთა სახელმწიფოს უმნიშვნელო როლი პაციენტთა ცხოვრებაში. შესაბამისად, ოჯახს უწევს სრულად აიღოს პასუხისმგებლობა პაციენტის ზრუნვაზე. ამასთან, ისინი ნაკლებად არიან ინფორმირებულნი სხვადასხვა არასამთავრო ორგანიზაციების მიერ შეთავაზებული პროგრამებით.

**საკვანძო სიტყვები:** ალცჰაიმერი, დემენცია, სოციალიზაცია, ოჯახი, სახელმწიფო, არასამთავრობო სექტორი

**ციტირება:** ანა გრძელიშვილი, მარიამ მაღალდაძე, ანა მახარაშვილი, გვანცა ჩიბუხაია, თენგიზ ვერულავა. ალცჰაიმერის მქონე პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების სოციალური პრობლემები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1.

**Social issues of the Alzheimer’s patient and family**

Ana Grdzelishvili<sup>1</sup>, Mariam Maghaldadze<sup>1</sup>, Anna Makharashvili<sup>1</sup>, Gvantsa Chibukhaia<sup>1</sup>, Tengiz Verulava<sup>2</sup>

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

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

**Abstract**

Alzheimer’s is one of the most proliferated disease in the world. It’s possible to diagnose this disease and even in Georgia it’s possible to do so, but the country’s healthcare system can’t offer anything else to its society and usually, the one who takes care of the diseased one is the Family Member of the patient. This is why our research focus was to determine the situation in the families of the diseased ones in Georgia. Particular, our goal was to research the problems and the requirements of the people with alzhaime’s and their families using qualitative method, in particular Biographical-Narrative interview, using which was gathered required data. Analysis of the data showed the small role government plays in the life of a diseased one and it only limits itself with a pension and the only responsible ones for the medical examination and other economical or social factors, which sums up itself with the lack of governmental services or about not enough information about them at all, is the



families of the diseased ones. On the other hand, families of the diseased ones, do not have information about NGOs at all or they just are not interested in the programs offered by them.

**Keywords:** Alzheimer's, Dementia, Socialization, Family, Government, NGO.

**Quote:** Ana Grdzlishvili, Mariam Maghaldadze, Anna Makharashvili, Gvantsa Chibukhaia, Tengiz Verulava. Social issues of the Alzheimer's patient and family. Health Policy, Economics and Sociology 2017; 1.

## შესავალი

ალცჰაიმერის დაავადება არის დემენციის ყველაზე გავრცელებული ფორმა, პროგრესირებადი ნევროლოგიური დაავადება, რომელიც გამოწვეულია ნეირონების შეუქცევადი დაზიანებით. ხასიათდება თავის ტვინის ქერქული ფუნქციების პროგრესული დაქვეითებით. ამ დროს სახეზეა უმადლესი ფსიქიკური ფუნქციების: მეხსიერების, აზროვნების, ორიენტაციის, დასწავლის, მეტყველების და მსჯელობის შესაძლებლობების მრავალფეროვანი აშლილობები [1]

ალცჰაიმერის დაავადება თანამედროვე ჯანდაცვის გლობალური გამოწვევაა. 2010 წლის მონაცემებით, ალცჰაიმერის დაავადებით მთელს მსოფლიოში დაახლოებით 35.6 მილიონი ადამიანი იყო დაავადებული. ეს რიცხვი იზრდება მსოფლიოში მიმდინარე დაბერების პროცესის შედეგად და 2030 წლისთვის მიაღწევს 66 მილიონს, ხოლო 2050 წლისთვის კი – 115 მილიონს. ავადმყოფთა რაოდენობის ზრდა ძირითადად მოსალოდნელია დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც 2050 წლისთვის დემენციის მქონე ადამიანთა 70%-ზე მეტი იცხოვრებს. [4]

დემენციის დიაგნოზის ერთი ახალი შემთხვევა ვლინდება ყოველ 4 წამში, ან წელიწადში 7.7 მილიონი შემთხვევა. ამგვარად, მსოფლიოს მასშტაბით 600 მილიონზე მეტი ადამიანი იცხოვრებს ამ დაავადებით მომდევნო 40 წლის განმავლობაში. ჯანდაცვის სისტემებს გაუჭირდებათ პაციენტთა ამ ნაკადის მომსახურება როგორც სოციალური, ისე ეკონომიკური პერსპექტივებიდან. მსოფლიო ალცჰაიმერის 2010 წლის ანგარიშის მიხედვით, 2010 წელს მასზე გაწეული ხარჯი შეადგენდა 604 მილიარდ აშშ დოლარს, რაც გლობალური მთლიანი შიდა პროდუქტის 1% -ის ეკვივალენტია. [4]

კვლევები ადასტურებენ, რომ ალცჰაიმერის დაავადება გავლენას ახდენს პაციენტების სოციალურ იზოლაციასა და სტიგმაზე. ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანს საზოგადოებასთან ურთიერთობის დროს შესაძლოა ბევრი პრობლემა შეექმნას. მაგ: სამსახურის დაკარგვა, მეგობრებთან კონტაქტის შეწყვეტა, გადაადგილების პრობლემები, რაც თავის მხრივ იწვევს სოციალიზაციის პროცესის შეფერხებას. ეს კი თავის მხრივ ხელს უწყობს პიროვნების სრულ იზოლაციას, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს ადამიანის მდგომარეობას. სოციალიზაციის პროცესი ინდივიდის მიერ სოციალური ნორმების, კანონების, ქცევის მოდელებისა და ღირებულებების ათვისების პროცესია, რომლის დროსაც ინდივიდი შეიმუშავებს საზოგადოებაში ცხოვრებისა და სოციალური ნორმების დაცვის ჩვევებს. [2]

სოციალიზაცია აქტიური პროცესია და მთელი სიცოცხლის განმავლობაში გრძელდება. ამა თუ იმ ინდივიდის ზნეობრივი განვითარება შეიძლება განსაზღვრულ ეტაპზე შეჩერდეს, მაგრამ თვით სოციალიზაციის პროცესი არასდროს არ მთავრდება. ყველაზე უფრო ინტენსიურად სოციალიზაცია ბავშვობასა და სიყმაწვილეში ხორციელდება, მაგრამ პიროვნების განვითარება საშუალო და დაბერების ასაკშიც კი გრძელდება. ორივე გ. ბრიმ-უმცროსმა (1966) ერთ-ერთმა პირველმა გამოთქვა აზრი იმის შესახებ, რომ სოციალიზაცია მთელი ცხოვრების განმავლობაში მიმდინარეობს.

სოციალიზაციის პროცესში მთავარია საზოგადოებისთვის მისაღები ღირებულებების, ნორმებისა თუ ჩვევების დასწავლა. ალცჰაიმერით დაავადების დროს ადამიანის ერთ-ერთ მთავარი პრობლემა არსებული სოციალური ქცევის მოშლაა, რაც სერიოზულ გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ მიიღებს ამ ადამიანს საზოგადოება.

თანამედროვე მსოფლიოში ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანთა და მათი ოჯახის წევრთა საჭიროებების გამოსავლენად, მათ მხარდასაჭერად და ინფორმირებულობის ასამაღლებლად შექმნილია ალცჰაიმერის ასოციაციები. [4]

საქართველოში, ისევე როგორც დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, ამ დაავადებასთან მიმართებით სახელმწიფოს როლი უმნიშვნელოა. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით არ არის გათვალისწინებული ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა საჭიროებები. ფაქტობრივად, მხოლოდ პაციენტების ოჯახის წევრებს უწევთ მათზე ზრუნვა. [3] ამასთან, დაბალია ამ დაავადებასთან დაკავშირებით საზოგადოების ინფორმირებულობა. სავარაუდოდ, საქართველოს მოსახლეობის მხოლოდ მცირე ნაწილმა იცის ამ დაავადების სიმპტომები და მიმდინარეობა.

საქართველოსგან განსხვავებით, ბევრ ქვეყნებში ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირებისთვის ზუნვის უამრავი საშუალება არსებობს. ჩვენს ქვეყანაში ამ პრობლემასთან დაკავშირებით არ ჩატარებულა კვლევები. ზუსტი სტატისტიკაც არ მოიპოვება ალცჰაიმერის დაავადების გავრცელების შესახებ.

მნიშვნელოვანია, რომ ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანებს არ ჰქონდეთ საზოგადოების მხრიდან აგრესიული რეაქცია და ოდნავ მაინც იგრძნონ საზოგადოების მხარდაჭერა. ამ თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანია ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიები და გარკვეულწილად იმ არსებული სტიგმის მოხსნა, რაც დღეს ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანებს აქვთ.

21 სექტემბერი ალცჰაიმერის დაავადების შესახებ ცნობიერების ამაღლების საერთაშორისო დღეა. მიზანშეწონილი იქნებოდა, თუ ამ თარიღს საქართველოში მიენიჭებოდა განსაკუთრებული ყურადღება – რაც გაზრდიდა დაავადების მიმართ ინფორმირებულობას. ამ თარიღის და მისი მნიშვნელობის პოპულარიზაციაში წვლილის შეტანა შეუძლია როგორც სამთავრობო, ასევე არასამთავრობო სექტორს და ზოგადად, აქტიური სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლებს.

ინგლისში ჩამოყალიბდა „Alzheimer’s Society“-ის ორგანიზაცია, რომელი სხვადასხვა სერვისებს სთავაზობს როგორც პაციენტებს, ისე მათი ოჯახის წევრებს. მიზანშეწონილია მსგავსი სახის სერვისების საქართველოში განვითარება, რათა ალცჰაიმერით დაავადებულებს და მათი ოჯახის წევრებს გაუმარტივდეთ ყოველდღიური ცხოვრება.

### **კვლევის მეთოდოლოგია**

კვლევის მიზანია ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა და მათი ოჯახის წევრთა პრობლემებისა და საჭიროებების კვლევა რესპონდენტთა ინტერპრეტაციისა და აღქმის საფუძველზე.

კვლევის ამოცანებია:

- ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანების და მათი ოჯახის წევრების სირთულეების გამოვლენა;
- იმ ძირითადი სოციალური სფეროების გამოვლენა, რომლებშიც ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანებს და მისი ოჯახის წევრებს გარკვეული სახის ბარიერები ექმნებათ;
- სახელმწიფოსა და საზოგადოების როლის დადგენა ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანთა და მათი ოჯახის წევრთა მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

შერჩევის მოდელი: ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა ოჯახის წევრები. საცხოვრებელი ადგილი: თბილისი. ასაკობრივი ჯგუფი: 55 წლიდან ზემოთ. გენდერი: მდედრობითი სქესი.

**კვლევის მეთოდი:** საკვლევად გამოვიყენეთ თვისებრივი მიდგომა, კვლევის მეთოდად კი ავირჩიეთ: ბიოგრაფიულ-ნარატიული ინტერვიუ, რადგან ამ მეთოდით ვსწავლობთ რესპონდენტის ბიოგრაფიას (ცხოვრებისეულ გამოცდილებას) საკვლევის პრობლემის კონტექსტში. რესპონდენტი გვიამბობს ყველა იმ სირთულეების შესახებ, რაც ექმნება ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთან ცხოვრების დროს, ასევე ახდენს ამ ამბების შეფასებასა

და ინტერპრეტაციას. ამ მეთოდის გამოყენებით შევძლებთ რესპონდენტთა სუბიექტური გამოცდილების საფუძველზე გამოვავლინოთ ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრებისეული სირთულეები და შევძლებთ არსებული ობიექტური რეალობისა და ტენდენციების გამოვლენას.

**მონაცემთა შეგროვების და ანალიზის პროცესი:** კვლევის ფარგლებში ჩავატარეთ 3 ჩადრმავებული, ბიოგრაფიულ-ნარატიულ ინტერვიუ, რომელიც თემის სპეციფიკისა და მეთოდისგან გამომდინარე, იყო მაქსიმალურად არასტრუქტურირებული და მოქნილი. მონაცემების შეგროვების შემდეგ მოხდა მათი ტრანსკრიპტების შედგენა და ანალიზი.

მონაცემთა ანალიზის პირველ ეტაპზე, ერთმანეთისგან გამოცალკევდა ფაქტები/ნარატივები და შეფასება/ინტერპრეტაცია, რამაც, მომავალში, მნიშვნელოვნად განსაზღვრა მიზეზობრივი/მიზნობრივი/დროითი კავშირების კლასიფიცირება ფაქტების დონეზე, ეს კი, მეორე ეტაპის დამახასიათებელი ნიშანია.

მონაცემთა ანალიზის მესამე ეტაპზე შეიქმნა ერთგვარი ანალიზური აბსტრაქცია, ამ საფეხურზე, მოხდა ყველაზე გავრცელებული ბიოგრაფიული სქემების/სქემის გამოვლენა, რაც პირველი ნაბიჯი იყო განზოგადების გზაზე. ამ ეტაპზე შემოვიდა ნარატიული ბიოგრაფიული სქემა და მოხდა ყველა იმ ამბის აბსტრაქცია, რომლებიც ექსკლუზიურად უკავშირდებოდა ბიოგრაფიას. აღნიშნულ ეტაპზე, გამოყენებულ იქნა ისეთი ამბები, რომლებიც 2-ჯერ ან მეტჯერ გამოვლინდა, ეს იყო ერთგვარი ნარატივები, რომლებიც ბიოგრაფიული თვალსაზრისით ანათესავებდა გამოკითხულ რესპონდენტებს.

რაც შეეხება შემდგომ ეტაპს, ცოდნის ანალიზის პროცესში უკვე გათვალისწინებული იყო შეფასებითი ნაწილი. თითოეულ ბიოგრაფიულ სქემას ახლდა რესპონდენტის მიერ გაკეთებული ინტერპრეტაციები. აღნიშნულის მისაღწევად, შეიძლებოდა ორი გზის გამოყენება: 1) შეფასებები დაწერილიყო ცალკეულ ინტერვიუებთან მიმართებით ე.ი ცალკეული ინტერვიუს გაერთიანებით შეფასებებთან; 2) საერთო ბიოგრაფიულ სქემაში იმ შეფასების გათვალისწინებით, რომელიც ეხებოდა აღნიშნულ სქემას – სწორედ ეს უკანასკნელი გახდა მონაცემთა ანალიზის მეოთხე ეტაპის ძირითადი სახელმძღვანელო.

ანალიზის პროცესის დასასრულს, გამოიკვეთა მინიმალური და მაქსიმალური კონტრასტები. მნიშვნელოვანი იყო ე.წ „იდეალური ტიპის“ ფორმირება, რამაც გააერთიანა რესპონდენტთა ყველა ძირითადი მახასიათებელი.

## **შედეგები**

### **ინტერვიუ N1**

#### **ფაქტი/ნარატივი I – ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ოჯახში ცხოვრობენ რძალი, მეუღლე, მაზლი, 2 შვილი + ალცჰაიმერიანი დედამთილი.

#### **შეფასება/ინტერპრეტაცია I – ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ოჯახის წევრებს ერთმანეთთან აქვთ ნორმალური ურთიერთობა.

#### **ფაქტი/ნარატივი II – ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

დაახლოებით 10 წლის უკან გაიგეს, რომ მათი ოჯახის წევრს ჰქონდა ალცჰაიმერი. ჰქონდა საშუალო განათლება. დაავადების აღმოჩენამდე, ის მუშაობდა პატარა მაღაზიაში და ამ პერიოდში შეამჩნია, რომ რაღაცები ავიწყდებოდა. რაც შეეხება რეაქციას, ოჯახმა დასახმარებლად მიმართა ექიმს, რომელმაც დაუნიშნა მედიკამენტი – „ბილობილი“. ამის შემდეგ მან მაღაზიაში მუშაობას თავი დაანება და გადავიდა საცხოვრებლად, სადაც აცხოვრდა ღვეზელებს. ოჯახის წევრებს დაავადებული ადამიანი არ წაუყვანიათ თავშესაფარში. სანამ გაიგებდნენ, რომ მათი ოჯახის წევრს ჰქონდა დაავადება, ისინი იცნობდნენ აღნიშნული დაავადების მქონე ადამიანს.

### **შეფასება/ინტერპრეტაცია II -ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

ალცჰაიმერის დაავადების აღმოჩენის შემდეგ ოჯახის წევრთა რეაქცია არ იყო კატასტროფული – „ვარდო ჩვენ ოჯახის წევრია და ვერსად ვერ გადავაგდებდით. შვილები ეხმარებიან ძალიან“. ოჯახის წევრებს მარტივად მიიღეს დაავადებული ადამიანის სახლში დატოვების გადაწყვეტილება, რასაც ადასტურებს მათი ნათქვამი: „იმიტომ, რომ როდესაც გებულობ, რომ მაგალითად ადამიანს სიმსივნე აქვს, უფრო განიცდი და ნერვიულობ, ამაზე კიდევ იცი, რომ ეს დაავადება ნელა პროგრესირებადია და ადამიანის სიცოცხლეს დიდი ხნის განმავლობაში არ უქმნის საფრთხეს. თუმცა ამ ეტაპზე უკვე ძალიან რთულად აქვს და ოჯახის ყველა წევრი ძალიან განიცდის“ .

ოჯახის წევრებს ალცჰაიმერით დაავადებულის თავშესაფარში წაყვანა არც უფიქრიათ, რადგან ეგონათ, რომ მსგავსი დაწესებულებები არ არსებობდა საქართველოში.

### **ფაქტი/ნარატივი III – დაავადების საწყისი პერიოდის თავისებურებები**

ამ პერიოდში, დაავადებულ ადამიანს ავიწყდებოდა ნივთების ადგილზე მიტანა და შვილების სახელები. ოჯახი წევრები ექიმის დანიშნულებით პაციენტს აძლევდნენ დამამშვიდებლებს, რომ ეძინოს.

### **შეფასება/ინტერპრეტაცია III – დაავადების საწყისი პერიოდის თავისებურებები**

აღნიშნული ეტაპი, ოჯახის წევრებისთვის არ არის რთული. ამ ეტაპს ისინი შემდეგნაირად ახასიათებენ: „ხანდახან რაღაცები ავიწყდება და ვახსენებთ ხოლმე. თუკი დაკვირვებული არ ხარ შეიძლება საწყისი ფორმა ვერც კი შეამჩნიო. რთული ახლა უფროა, როდესაც თითქმის მართლაც რომ არაფერი ახსოვს. ისე ძირითადად გამოვლინდა ჭამის ფორმაში. რო აჭმევდი საჭმელს, მოგიბრუნდებოდა და მეორე წუთში გეტყოდა – მშიაო. მიუხედავად ყველაფრისა, ჩვენ მას მოვუვლით, სანამ ცოცხალია“.

ოჯახის წევრების წევრები სირთულეებს შეძლებისდაგვარად, თვითონვე უმკლავდებიან, რადგან მათი თქმით, არ არსებობს სახელმწიფო სერვისები. ოჯახის წევრების თვალსაზრისით, იმ პირობების და გარემოებების გათვალისწინებით, მათ მეტ-ნაკლებად უზრუნველყვეს პაციენტის ცხოვრება: „მასზე უარი არ გვთქვამს, არ გადავიგდია და არ ჩავვიზარებია საგიჟეთში“.

ოჯახი წევრების აზრით, მათ ამ პერიოდში, შეცდომა არ დაუშვიათ, მეტიც, ისინი ფიქრობენ, რომ იმ დროისთვის პაციენტისთვის საჭირო და პოპულარული პრეპარატი მისცეს.

რაც შეეხება რჩევას ამ დაავადების მქონე პირების ოჯახის წევრებისთვის, ისინი ამბობენ, რომ გააჩნია დაავადების ფორმას და საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა. ოჯახისთვის აღნიშნული პაციენტი ძნელი მოსავლელი არ არის.

### **ფაქტი/ნარატივი IV – დაავადების ამჟამინდელი მდგომარეობა**

ოჯახის წევრს უკვე რამდენიმე წელია აქვს ალცჰაიმერის დაავადება.

### **შეფასება/ინტერპრეტაცია IV – დაავადების ამჟამინდელი მდგომარეობა**

ამჟამინდელი მდგომარეობა, კერძოდ, ბოლო 2 წელი, ოჯახის წევრის შეფასებით, არის ძალიან რთული: „თუკი ყურადღება მოაკელით შეიძლება საკუთარი განავალი დაგახვედროს მაგიდაზე თეფშით. ჭამს არანორმალურად. შეიძლება 5 ცალი პური ჭამოს და გითხრას მშიაო. ამ დროს კი წონაში ძალიან დაიკლო. ახლა უკვე ჩაწოლილი არის და ექიმები გვეუბნებიან რომ დიდხანს ვეღარ იცოცხლებს“.

მომავლის იმედი არის ის, რისი მეშვეობითაც ოჯახის წევრები გაუმკლავდნენ და დღესაც უმკლავდებიან არსებულ სირთულეებს. რაც შეეხება რჩევას ამ დაავადების მქონე პირის ოჯახის წევრებისთვის, ისინი მათ ურჩევენ ძალების მოკრებას და მაქსიმალურ ყურადღებას.

**ფაქტი/ნარატივი V – ურთიერთობა სახელმწიფო და სხვა ინსტიტუტებთან**

ალცჰაიმერით დაავადებულ პირს და მის ოჯახის წევრებს არ მიეწოდებათ არანაირი სახელმწიფო სერვისები. რაც შეეხება არასამთავრობო ორგანიზაციებს და მათ როლს ამ დაავადებასთან მიმართებაში, ოჯახის წევრებს მსგავსი სტრუქტურის შესახებ არც კი სმენიათ. ისინი არ არიან ალცჰაიმერით დაავადებული პირების პრობლემებზე მომუშავე არანაირი ჯგუფის წევრი და ამ თემასთან დაკავშირებულ არცერთ სოციალურ აქტივობაში, რომელიც ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა უფლებების დაცვას ეხებოდა, არ მიუღიათ მონაწილეობა.

**II ეტაპი**

**მიზეზობრივი/მიზნობრივი/დროითი კავშირები:**

ქალბატონო X დაიბადა და ცხოვრობს თბილისში, შვილთან რძალთან და შვილიშვილებთან ერთად. აქვს საშუალო განათლება. ალცჰაიმერის დაავადების აღმოჩენამდე მუშაობდა მაღაზიაში. დაავადების საწყის პერიოდში შექმნილი სირთულეებიდან გამომდინარე, მოუწია გადასულიყო საცხოვრებელ სახლში, სადაც ამზადებდებდა ღვინოებს. მდგომარეობის გაართულების შემდეგ იგი საბოლოოდ ჩამოშორდა საქმიანობის სფეროს. ამის შემდეგ, შეიძლება ითქვას, რომ სრულად მოწყდა სოციალურ სფეროს და შეწყდა მისი სოციალიზაციის პროცესი. იგი მეხსიერების სრულად დაკარგვის შემდეგაც ცხოვრობდა თავის ოჯახის წევრებთან ერთად და არ წაიყვანეს თავშესაფარში. ამის მიზეზად კი, სავარაუდოდ სახელდება სახელმწიფო სერვისების შესახებ არაინფორმირებულობა და იმ სოციალური ნორმების გავლენა, რომლის მიხედვითაც, საქართველოში ოჯახის წევრის ან ახლობლის თავშესაფარში წაყვანა ასოცირდება მის თავიდან მოშორებასთან, ან „გადაგდებასთან“.

**ინტერვიუ N2**

**ფაქტი/ნარატივი I – ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ოჯახში ცხოვრობენ 97 წლის ალცჰაიმერის მქონე პირი, მისი ნათესავი და ნათესავის ახლობელი, რომელიც ალცჰაიმერიანის მომვლელია.

**შეფასება/ინტერპრეტაცია I – ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ოჯახის წევრებს ერთმანეთთან აქვთ კარგი ურთიერთობა. როგორც რესპონდენტი ამბობს, ალცჰაიმერით დაავადებულ ქალს მისი ნათესავი მზრუნველობას არ აკლებს – „მის ნათესავს ის ძალიან ძალიან უყვარს და უვლის დღემდე, როგორც საკუთარ დედას. ალბათ იმიტომ რომ მას არ ჰყავს საკუთარი ოჯახი. მოხუცებულსაც ძალიან უყვარს ის“.

**ფაქტი/ნარატივი II – ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

ირკვევა, რომ ალცჰაიმერი მათი ოჯახის წევრს დაახლოებით 10 წლის წინ აღმოაჩნდა, თუმცა მომვლელმა ქალმა ამის შესახებ მოგვიანებით გაიგო. ამის გამორკვევაში მას პირადი საუბრები დაეხმარა ალცჰაიმერით დაავადებულთან. დაავადების აღმოჩენის შემდეგ იგი თავშესაფარში არ წაუყვანიათ. მუშაობას თავი დაანება. მოვლაში ნათესავი ეხმარებოდა, შემდეგ კი დამხმარე ქალი, რომელიც ნათესავის მეგობარი და ახლობელია. სანამ გაიგებდნენ, რომ მათი ოჯახის წევრს ჰქონდა დაავადება, ისინი იცნობდნენ აღნიშნული დაავადების მქონე ადამიანს.

**შეფასება/ინტერპრეტაცია II – ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

ალცჰაიმერის დაავადების აღმოჩენის შემდეგ ოჯახის წევრთა რეაქცია არ იყო კატასტროფული. თუმცა როგორც მისი მოვლელი ქალი აღნიშნავს მას თავიდან დაუმალეს დაავადებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა – „სხვათაშორის თავიდან არ გამიმხილეს თუ რა სჭირდა. შემდეგ მე თვითონ გამოვარკვეე მოგვიანებით. ამაში კი პირადი საუბრები დამეხმარა, როდესაც იგი ემებდა და ითხოვდა დედას“. ოჯახის წევრებმა მარტივად მიიღეს

დაავადებული ადამიანის სახლში დატოვების გადაწყვეტილება, რასაც ადასტურებს მათი ნათქვამი: „არც განიხილებოდა ეგ იდეა“.

ოჯახის წევრ მომვლელ ქალს მანამდეც ჰქონდა ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთან ურთიერთობის გამოცდილება, თუმცა, როგორც თვითონ აღნიშნავს მეორე პიროვნების დაავადების ფორმები უფრო რთული იყო – „იყო აგრესიული და საერთოდ არავინ არ ახსოვდა“.

#### ***ფაქტი/ნარატივი IV – დაავადების ამჟამინდელი მდგომარეობა***

პაციენტს უნდა სახლიდან წასვლა. გაქცევა დედასთან და მის გარდაცვლილ დედმამიშვილებთან. ოჯახის წევრებს იგი ხშირად გაყავთ ეზოში ეტლით სასეირნოდ.

#### ***შეფასება/ინტერპრეტაცია IV – დაავადების ამჟამინდელი მდგომარეობა***

ამჟამინდელი მდგომარეობა არც ისე რთულია. ყველაზე დიდ სირთულედ მიაჩნიათ ის, რომ პაციენტს უნდა დედასთან და თავის დედმამიშვილებთან გაქცევა. ნათესავის შეფასებით, პრობლემებთან გამკლავებას ოჯახი საერთო ძალებით ახერხებს. მისი აზრით, ალცჰაიმერით დაავადებულის ცხოვრება საკმაოდ უზრუნველყოფილია, რასაც შემდეგნაირად გვიდასტურებს – „ჩემი აზრით, მისი დაავადება იმიტომ არ პროგრესირდება, რომ მას აქვს უძვირფასესი მოვლა. დაწყებული კვებით დამთვარებული გარემოთი და მედიკამენტებით. 97 წლის ქალი რაც არ უნდა ცუდი ამინდი იყოს მაინც გაგვყავს გარეთ სასეირნოდ ეტლით და კიდევ ჩემი დაკვირვებით დიდხანს სძინავს და ეს გვშველის“.

რაც შეეხება რჩევას ამ დაავადების მქონე პირის ოჯახის წევრებისთვის, ისინი მათ ურჩევენ დაავადებულს მოექცნენ თბილად. აჩვენონ მზრუნველობა და ყურადღება.

#### ***ფაქტი/ნარატივი V – ურთიერთობა სახელმწიფო და სხვა ინსტიტუტებთან***

ალცჰაიმერით დაავადებულ პირს და მის ოჯახის წევრებს არ მიეწოდებათ არანაირი სახელმწიფო დახმარების სერვისები. რაც შეეხება არასამთავრობო ორგანიზაციებს და მათ როლს ამ დაავადებასთან მიმართებაში, ოჯახის წევრებს მსგავსი სტრუქტურის შესახებ არც კი სმენიათ. ისინი არ არიან ალცჰაიმერით დაავადებული პირების პრობლემებზე მომუშავე არანაირი ჯგუფის წევრი და ამ თემასთან დაკავშირებულ არცერთ სოციალურ აქტივობაში, რომელიც ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანთა უფლებების დაცვას ეხებოდა, არ მიუღიათ მონაწილეობა. სოც მუშაკი სტუმრობს პაციენტს კვირაში ორჯერ, თუმცა არა დაავადებასთან მიმართებაში.

## ***II ეტაპი***

### ***მიზეზობრივი/მიზნობრივი/დროითი კავშირები:***

ქალბატონო X დაიბადა და ცხოვრობს თბილისში. ნათესავთან და მომვლელ ქალთან ერთად. აქვს საშუალო განათლება. მსახურობდა დაზვერვაში. იგი იყო მფრინავი. 80 წლამდე მუშაობდა საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მინისტრის პირად მდივნად. ალცჰაიმერის დაავადების აღმოჩენის შემდეგ მან მუშაობას თავი დაანება. დაავადების მიუხედავად, შეიძლება ითქვას, რომ არ მოწყვეტია სოციალურ სფეროს. მისი მეგობრები ხშირად სტუმრობდნენ მას და თვითონაც ურეკავდა ხოლმე დღესასწაულებისა და დაბადების დღეების მისალოცად. იგი დაავადების აღმოჩენის შემდგომაც ცხოვრობდა თავის ოჯახის წევრებთან ერთად – არ წაიყვანეს თავშესაფარში, ამის მიზეზად კი, სავარაუდოდ სახელდება სახელმწიფო სერვისების შესახებ არაინფორმირებულობა და იმ სოციალური ნორმების გავლენა, რომლის მიხედვითაც, ოჯახის წევრის ან ახლობლის თავშესაფარში წაყვანა ასოცირდება მის თავიდან მოშორებასთან. თუმცა ჰყავთ მომვლელი, რომელიც ზრუნავს მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

### **ინტერვიუ N3**

#### **ფაქტი/ნარატივი I – ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ოჯახში ცხოვრობენ ალცჰაიმერის მქონე პირი, მისი შვილი, შვილიშვილი და შვილთაშვილი.

#### **შეფასება/ინტერპრეტაცია I – ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ოჯახის წევრებს ერთმანეთთან აქვთ კარგი ურთიერთობა. რასაც რესპონდენტის სიტყვებიც ადასტურებს – „ძალიან ახლო, თბილი ურთიერთობა გვაქვს“.

#### **ფაქტი/ნარატივი II – ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

ალცჰაიმერით დაავადებულ პირს დაავადების გამოვლენამდე მიღებული ჰქონდა უმადლესი განათლება და გახლდათ პიონერთა სასახლეში უცხო ენების კაბინეტის გამგე. დიაგნოზის შესახებ შეიტყვეს 6-7 წლის წინ. დაავადების გამოვლენის შემდეგ იგი თავშესაფარში არ წაუყვნიათ. სანამ გაიგებდნენ, რომ მათი ოჯახის წევრს ჰქონდა დაავადება, ისინი არ იცნობდნენ აღნიშნული დაავადების მქონე ადამიანს.

#### **შეფასება/ინტერპრეტაცია II – ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

რესპონდენტის თქმით, გამომდინარე იქიდან რომ, ამზის გაგების დროს იგი ძალიან პატარა იყო, მას გაუჭირდა ამ ამზის გააზრება – „ძალიან ახლო, თბილი ურთიერთობა გვაქვს“.

#### **ფაქტი/ნარატივი III – დაავადების საწყისი პერიოდის თავისებურებები**

პირველ პერიოდში პაციენტს ავიწყდებოდა სახელები. მისი ოჯახის წევრები მას სახლში მარტო ვერ ტოვებდნენ. დაავადებული პირის შვილს მოუწია სამსახურისთვის თავის დანებება და დამხმარე ქალის აყვანა.

#### **შეფასება/ინტერპრეტაცია III – დაავადების საწყისი პერიოდის თავისებურებები**

აღნიშნული ეტაპი, ოჯახის წევრებისთვის ოდნავ რთულად შესაგუებელი იყო. ამ ეტაპს რესპონდენტი შემდეგნაირად ახასიათებს: „თავიდან ეს ყველაფერი სკლეროზით დაიწყო, ავიწყდებოდა სახელები, ურევდა ისტორიებს ერთმანეთში, შემდეგ პერსონაჟების არევა დაიწყო. სახლი თავის გონებაში გაჰყო 2 ნაწილად და პირველ და მეორე სართულს ეძახდა“. ოჯახის წევრების აზრით მათ მეტ-ნაკლებად უზრუნველჰყვეს ალცჰაიმერით დაავადებული პირის ცხოვრება. ისინი, თვლიან, რომ მათ ამ პერიოდში, შეცდომა არ დაუშვიათ. – „მე პირადად არ ვიცი რისი გაკეთება შეიძლებოდა სხვანაირად.“ იმ ადამიანებს კი, რომლებსაც ჰყავთ ალცჰაიმერით დაავადებული ოჯახის წევრი რესპონდენტი შემდეგ რჩევას აძლევს: „ძალიან დიდი მოთმინებაა საჭირო, მოუარო მსგავს ადამიანს. არამარტო მოთმინება, ასევე კარგი ეკონომიკური მდგომარეობა და ბევრი დრო. თუმცაღა უმეტეს შემთხვევაში ჯობს მისი თავშესაფარში მიყვანა, როგორც თქვენთვის, ასევე მისთვის“.

#### **ფაქტი/ნარატივი IV – დაავადების ამჟამინდელი მდგომარეობა**

ამჟამად პაციენტი არის ლოგინად ჩავარდნილი, ვერ საუბრობს და ვერავის ცნობს, საკუთარი თავის ჩათვლით. არსებული სირთულეების გამკლავებას ოჯახი მომვლელთან ერთად ცდილობს.

#### **შეფასება/ინტერპრეტაცია IV – დაავადების ამჟამინდელი მდგომარეობა**

ამჟამინდელი მდგომარეობა საკმაოდ რთულია. როგორც რესპონდენტი ამბობს, პაციენტი ახლა სავარაუდოდ ბოლო სტადიაშია – „ის ახლა სავარაუდოდ ბოლო სტადიაში, იქიდან გამომდინარე, რომ მოიტეხა ფეხი, ლოგინად არის ჩავარდინი, ვეღარ საუბრობს, ვერავის ვერ ცნობს საკუთარი თავის ჩათვლით, უჭირს ჭამაც“.

## **ფაქტი/ნარატივი V – ურთიერთობა სახელმწიფო და სხვა ინსტიტუტებთან**

ალცჰაიმერით დაავადებული პირის ოჯახს ძირითადად არ მოეპოვება ინფორმაცია სახელმწიფო და არასამთავრობო სერვისების შესახებ.

## **შეფასება/ინტერპრეტაცია V – ურთიერთობა სახელმწიფო და სხვა ინსტიტუტებთან**

რესპონდენტს არ მოეპოვება ინფორმაცია სახელმწიფო სერვისების შესახებ, თუმცა მათ ერთხელ სცადეს მიემართათ ერთ-ერთი ორგანიზაციისათვის – „ერთხელ ვცადეთ მიგვემართა რომელიღაც ორგანიზაციისთვის, თუმცა ვერ დაგვეხმარნენ, რადგან სიღარიბის პირას მყოფის სტატუსი არ აქვს ჩემს დიდ ბებიას“.

## **II ეტაპი**

### **მიზეზობრივი/მიზნობრივი/დროითი კავშირები:**

ქალბატონი X დაიბადა და ცხოვრობს თბილისში, შვილთან, შვილიშვილთან და შვილთაშვილთან ერთად. დაავადების გამოვლენამდე მიღებული ჰქონდა უმაღლესი განათლება. იგი იყო დასაქმებული – მუშაობდა პიონერთა სასახლეში უცხო ენების კაბინეტის გამგედ.

დიაგნოზის შესახებ შეიტყვეს 6-7 წლის წინ. დაავადების გამოვლენის საწყის პერიოდში პაციენტს ავიწყდებოდა სახელები. მისი ოჯახის წევრები მას სახლში მარტო ვერ ტოვებდნენ. დაავადებული პირის შვილს მოუწია სამსახურისთვის თავის დანებება და დამხმარე ქალის აყვანა. მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის წევრებისთვის დაავადების საწყისი პერიოდის თავისებურებებთან შეგუება ცოტა ძნელი იყო, ალცჰაიმერის მქონე პირი თავშესაფარში არ წაუყვნიათ.

ამჟამად პაციენტი არის ლოგინად ჩავარდნილი, ვერ საუბრობს და ვერავის ცნობს, საკუთარი თავის ჩათვლით. არსებული სირთულეების გამკლავებას ოჯახი მომვლელთან ერთად ცდილობს.

ალცჰაიმერით დაავადებული პირის ოჯახს ძირითადად არ მოეპოვება ინფორმაცია სახელმწიფო და არასამთავრობო სერვისების შესახებ.

## **III ეტაპი**

ჩვენს რესპონდენტებს ერთმანეთთან ანათესავებთ ბიოგრაფიაში გამოკვეთილი შემდეგი ნიუანსები: სამივე ალცჰაიმერით დაავადებული ადამიანი ცხოვრობს ოჯახის წევრებთან ერთად, რომლებიც გამოირჩევიან მზურნველობით. არც ერთი მათგანი არ მიუყვანიათ უჯახის წევრებს მოხუცთა თავშესაფარში.

საინტერესო ტენდენცია იკვეთება განათლების დონესა და დასაქმებასთან დაკავშირებით. დაავადების გამოვლენამდე, კვლევის ობიექტებიდან სამიდან ორს მიღებული ჰქონდა უმაღლესი განათლება, ხოლო სრული უმრავლესობა იყო დასაქმებული სხვადასხვა სფეროებში. აღსანიშნავია, რომ მათ მოუხდათ სამსახურიდან წამოსვლა დაავადების გართულებასთან ერთად, შესაბამისად ამ ეტაპზე შეწყდა მათი სოციალიზაცია.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ, დაავადების სირთულის მიუხედავად, ოჯახის წევრებმა თავად გადაწყვიტეს ალცჰაიმერით დაავადებულის სახლში დატოვება. არ იკვეთება სხვა, გარეშე პირების როლი აღნიშნული გადაწყვეტილების მიღებისას.

გამოკითხულთაგან არც ერთ რესპონდენტს არ ჰქონდა ინფორმაცია ალცჰაიმერის დაავადებასთან დაკავშირებით სახელმწიფო და არასამთავრობო სერვისების ან არასამთავრობო ორგანიზაციის მნიშვნელობისა და როლის შესახებ.

## **IV ეტაპი**

გამოკითხული რესპონდენტებიდან სრული უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ოჯახებში, რომლებშიც ალცჰაიმერით დაავადებული ადამიანები ცხოვრობენ, არის თბილი და მზრუნველი გარემო. ასევე ისინი ამბობენ, რომ მათი დამოკიდებულება ალცჰაიმერის მქონე



ადამიანის მიმართ დაავადების აღმოჩენის შემდეგ შეიცვალა, კერძოდ გაძლიერდა მათ მიმართ ზრუნვისა და ყურადღების ასპექტები.

რესპონდენტების სიტყვებიდან გამომდინარე ალცჰაიმერის მქონე ადამიანის უპირველესი და მთავარი დაბრკოლება, დაავადების აღმოჩენის შემდეგ იყო სამსახურის მიტოვება. ეს პირდაპირ უკავშირდება დაავადებას, რადგან გარკვეული დროის შემდეგ მათ ფაქტობრივად აღარ შეეძლოთ თავიანთი მოვალეობების შესრულება და იძულებულნი გახდნენ მიეტოვებინათ სამსახური.

რესპონდენტების ინტერვიუებიდან გამომდინარე ჩანს, რომ მათ სრულად აიღეს პასუხისმგებლობა დაავადებული ადამიანის საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე, თუმცა საინტერესოა ერთ-ერთი რესპონდენტის ფრაზა, რომელიც ინტერვიუს მსვლელობისას ორჯერ იმეორებს შემდეგ სიტყვებს: „მასზე უარი არ გვითქვამს, არ გადაგვიგდია და არ ჩავგიბარებია საგიჟეთში“. ინტერვიუდან ირკვევა, რომ რესპონდენტმა დაავადებული ადამიანი არ წაიყვანა თავშესაფარში, ამის მიზეზად კი, შესაძლოა მივიჩნიოთ ან სახელმწიფო სერვისების შესახებ არაინფორმირებულობა ან იმ სოციალური ნორმების გავლენა, რომლის მიხედვითაც, საქართველოში ოჯახის წევრის ან ახლობლის თავშესაფარში წაყვანა ასოცირდება მის თავიდან მოშორებასთან, ან „გადაგდებასთან“.

#### **V-IV ეტაპი**

ჩვენს მიერ გამოკითხული რესპონდენტებიდან სამიდან მხოლოდ ერთს აქვს უმაღლესი განათლება. ამ მხრივ იკვეთება გარკვეული კონტრასტი, კერძოდ ის, რომ შეიმჩნევა სხვაობა განათლების დონეებს შორის. გარკვეულ შემთხვევებში კი შესაძლოა დაბალი განათლების დონე ალცჰაიმერის მაპროვოცირებელ ფაქტორადაც მივიჩნიოთ.

განსხვავებულია ოჯახის წევრთა დამოკიდებულება ალცჰაიმერის დაავადების მქონე ადამიანის მიმართ. ამ შემთხვევაშიც იკვეთება კონტრასტი, რადგან დაავადებული ადამიანის თავშესაფარში წაყვანასთან დაკავშირებით საუბრისას, მხოლოდ ერთი ადამიანი ახსენებს სიტყვა „გადაგდებას“, და ამბობს: „მასზე უარი არ გვითქვამს, არ გადაგვიგდია და არ ჩავგიბარებია თავშესაფარში“. ამ სიტყვებიდან გამომდინარე, შესაძლოა ვივარაუდოთ რესპონდენტზე სხვადასხვა სოციალური ნორმებისა და სტერეოტიპების გავლენა, რომელთა მიხედვითაც ჩვენს ქვეყანაში ადამიანის თავშესაფარში წაყვანა არ ასოცირდება მასზე მზრუნველობით მოპყრობასთან და პირიქით, ნიშნავს მის თავიდან მოშორებას. სავარაუდოდ, რესპონდენტი, სწორედ ამიტომ, ამ სტიგმებიდან გამომდინარე იყენებს თავშესაფართან მიმართებით სიტყვა – „გადაგდებას“.

საინტერესოა დასაქმების სფეროსთან დაკავშირებით გამოვლენილი კონტრასტი. კერძოდ კი, გამოკითხულიდან მხოლოდ ერთი ადამიანი ეწეოდა მცირე სამეწარმეო საქმიანობას, ხოლო ორი დასაქმებული იყო საჯარო სამსახურში და ეკავათ შედარებით მაღალი თანამდებობა.

გამოკითხულთაგან მხოლოდ ერთი ადამიანი ამბობს, რომ მას არ ჰქონია მსგავსი დაავადების მქონე ადამიანთან ურთიერთობა, ხოლო დანარჩენი ორი ამბობს რომ მათ ჰქონდათ შეხება ალცჰაიმერის დაავადების მქონე სხვა ადამიანთან.

განსხვავებულია ინფორმირებულობა სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორების სერვისებისა და საქმიანობის შესახებ, რადგან გამოკითხულთაგან ერთ-ერთი ამბობს, რომ მას არ სმენია ისეთი სერვისების შესახებ, რომლებიც მზრუნველობას გაუწევდნენ ალცჰაიმერით დაავადებულ ადამიანებს. დანარჩენი ორის მხრიდან კი არ გამოიკვეთა ინტერესი სხვადასხვა სერვისებით სარგებლობისა და აქტივობებში ჩართვის კუთხით.

#### **VII ეტაპი**

კვლევის პროცესში გამოიკვეთა შემდეგი იდეალური ტიპის მახასიათებლები:

ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირების სრული უმრავლესობა ცხოვრობს თბილ, მზრუნველ, მოსიყვარულე და ოჯახურ გარემოში.

ანალიზისას ირკვევა, რომ დაავადების აღმოჩენის შემდეგ გამოწვეული რეაქცია არცერთ შემთხვევაში არ ყოფილა ოჯახის წევრებისთვის კატასტროფული და ყველა მათგანი

პრობლემას ადეკვატურად მიუდგა და თითოეულ მათგანს განაწილებული აქვს პასუხისმგებლობა დაავადებული ადამიანის მიმართ.

კვლევისას გამოიკვეთა სახელმწიფო სექტორის უმნიშველო როლი დაავადების მქონე ადამიანთა ცხოვრებაში. რადგან ოჯახის წევრთა ინფორმაციით ისინი არ იღებენ სახელმწიფოსგან არანაირ დახმარების სერვისს გარდა პენსიისა. ეს კი, თავი მხრივ, აისახება დაავადებულ ადამიანთა ცხოვრებაზე, რადგან მათი საჭიროებები, როგორცაა პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევები და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, უკავშირდება მთელ რიგ ეკონომიკურ თუ სოციალურ ფაქტორებს, სახელმწიფო სერვისების ან მის შესახებ ინფორმაციის არ არსებობის გამო კი ოჯახს უწევს სრულად აიღოს პასუხისმგებლობა მისი ოჯახის წევრზე, რაც ხშირად კიდევ უფრო ართულებს ისედაც მძიმე ეკონომიკურ მდგომარეობას.

საბოლოოდ, შეიძლება ითქვას, რომ ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირები არიან ნუკლეარულ ოჯახში მცხოვრებნი. ისინი დაავადების გამოვლენამდე იყვნენ დასაქმებულნი, თუმცა ამჟამინდელი მდგომარეობით დაავადების სირთულიდან გამომდინარე ჩამოშორებულნი არიან სოციალურ სფეროს. სახელმწიფო სერვისების გამოყენებასთან დაკავშირები არ იკვეთება მნიშვნელოვანი ნიუანსები. რაც შეეხება არასამთავრობო სექტორის როლს აღნიშნული დაავადების მქონე პირების ცხოვრებაში, ამ მხრივაც არ არსებობს, ერთი მხრივ, ინფორმირებულობა და მეორე მხრივ, დაინტერესება ოჯახის წევრების მხრიდან.

### **დასკვნა**

კვლევის პროცესში გამოკვეთილი იდეალური ტიპი მოიცავს შემდეგ მახასიათებლებს:

დაავადების გამოვლენამდე, ალცჰაიმერის მქონე პირებიდან ერთს უმაღლესი, ხოლო ორ მათგანს მიღებული აქვს საშუალო განათლება და უმუშავიათ სხვადასხვა, კერძო თუ სახელმწიფო სფეროებში. აღნიშნული დაავადების მქონე პირების სრული უმრავლესობა ცხოვრობს თბილ, მზრუნველ, მოსიყვარულე და ოჯახურ გარემოში.

ანალიზისას ირკვევა, რომ დაავადების აღმოჩენის შემდეგ გამოწვეული რეაქცია არცერთ შემთხვევაში არ ყოფილა ოჯახის წევრებისთვის კატასტროფული და ყველა მათგანი პრობლემას ადეკვატურად მიუდგა და თითოეულ მათგანს განაწილებული აქვს პასუხისმგებლობა დაავადებული ადამიანის მიმართ.

ასევე, აღსანიშნავია ისიც, რომ ალცჰაიმერის მქონე პირები ოჯახის წევრები, დაავადების გამოვლენამდე იცნობდნენ ამავე დაავადების მქონე სხვა პირებს, თუმცა კვლევისას ამ ფაქტის გავლენა, საკუთარ ოჯახის წევრებთან მიმართებით, არ იკვეთება.

კვლევისას გამოიკვეთა სახელმწიფო სექტორის უმნიშველო როლი დაავადების მქონე ადამიანთა ცხოვრებაში. რადგან ოჯახის წევრთა ინფორმაციით ისინი არ იღებენ სახელმწიფოსგან არანაირ სერვისს, რაც კიდევ უფრო ართულებს დაავადებულ ადამიანთა ცხოვრების ხარისხს. ზოგ შემთხვევებში პაციენტებისათვის ფინანსურად ხელმიუწვდომელია პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევები და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. ოჯახები იძულებული ხდებიან თავიანთ თავზე აიღონ პაციენტების ზრუნვაზე სრული პასუხისმგებლობა, რაც ხშირად კიდევ უფრო ართულებს ისედაც მძიმე ეკონომიკურ მდგომარეობას.

შეიძლება ითქვას, რომ ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირები არიან ნუკლეარულ ოჯახში მცხოვრებნი. ისინი დაავადების გამოვლენამდე იყვნენ დასაქმებულნი, თუმცა ამჟამინდელი მდგომარეობით დაავადების სირთულიდან გამომდინარე, ჩამოშორებულნი არიან თავიანთ პროფესიულ საქმიანობას. ასეთ პაციენტებზე ზრუნვის სერვისები თითქმის არ შედის სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში. ალცჰაიმერის დაავადების საკითხებთან მიმართებით დაბალია მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე.

### **ოჯახში არსებული სიტუაცია**

ჩვენს მიერ ჩატარებული ინტერვიუების მიხედვით, გაირკვა, რომ ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირები ცხოვრობენ ნუკლეარულ, მოსიყვარულე, თბილ ოჯახებში – ალცჰაიმერის მქონე პირის მომვლელი შემდეგნაირად ახასიათებს ოჯახში არსებულ სიტუაციას:

„მის ნათესავ ქალს ის ძალიან ძალიან უყვარს და უვლის დღემდე, როგორც საკუთარ დედას. მოხუცებულსაც ძალიან უყვარს ის. როდესაც ნატო სამსახურშია წასული, ერთი სული აქვს სახლში როდის მოვა. თავიდან ჩემთან კონტაქტში შემოსვლა გაუჭირდა, მაგრამ ნახევარი წლის მერე მეც მიმიღო და ახლა ყველას კარგი ურთიერთობა გვაქვს. მიუხედავად მისი დაავადებისა, ჩვენ არასდროს არ ვავიწყდებით“.

რესპონდენტების აბსოლიტური უმრავლესობა დაიბადა თბილისში და დღემდე იქ ცხოვრობენ.

### **ალცჰაიმერის გამოვლენამდე პერიოდი**

დაავადების გამოვლენამდე, გამოვითხული ალცჰაიმერის მქონე პირების ოჯახის წევრებიდან, მხოლოდ ორ შემთხვევაში დაფიქსირდა ისეთი სხვა პირების ცნობადობა, რომლებსაც იგივე დაავადება ჰქონდათ, თუმცა ამ მხრივ გავლენა არ შეინიშნება: „ვიცნობდი, თუმცა იმ პირობებსაც გაცილებით რთულ ფორმებში ჰქონდა. იყო აგრესიული და საერთოდ არავინ არ ახსოვდა“.

### **დაავადების საწყის პერიოდის თავისებურებები**

დაავადების აღმოჩენასთან დაკავშირებული რეაქციების მხრივ, გამოიკვეთა სურათი, რომლის მიხედვით, არ დაფიქსირდა უარყოფითი დამოკიდებულება დაავადებასთან მიმართებით, თუმცა ამ ყველაფერს თან ახლავს დაავადების სირთულესთან დაკავშირებული განცდები ოჯახის წევრების მხრიდან: „ჩვეულებრივი რეაქცია გვქონდა. დიდი კატასტროფა არ შეგვიქმნია. იმიტომ, რომ როდესაც გებულობ, რომ მაგალითად ადამიანს სიმსივნე აქვს, უფრო განიცდი და ნერვიულობ, ამაზე კიდევ იცი, რომ ეს დაავადება ნელა პროგრესირებადია და ადამიანის სიცოცხლეს დიდი ხნის განმავლობაში არ უქმნის საფრთხეს. თუმცა ამ ეტაპზე უკვე ძალიან რთულად აქვს და ოჯახის ყველა წევრი ძალიან განიცდის“.

როგორც კვლევისას გაირკვა, გამოვითხული ოჯახის წევრების სრული უმრავლესობისთვის, საკმაოდ მარტივი აღმოჩნდა ალცჰაიმერის მქონე პირის სახლში დატოვება/თავშესაფარში წაყვანასთან დაკავშირებული დილემის გადაწყვეტა: „გადაწყვეტილების მიღება მარტივი იყო, არც განგვიხილავს მისი თავშესაფარში წაყვანის ამბავი“.

### **დაავადების ამჟამინდელი პერიოდის თავისებურებები**

აღნიშნულ პერიოდს, თითქმის ყველა შემთხვევაში თან ახლავს დაავადების სიმძაფრესთან დაკავშირებული სირთულეები, კერძოდ კი მეხსიერებასთან, ჭამასთან დაკავშირებული პრობლემები. ალცჰაიმერის მქონე პირები, ძირითად შემთხვევებში, ვერ იხსენებენ საკუთარი ოჯახის წევრების, მათ შორის შვილების სახელებს, ამასთან, ვერანაირ ცხოვრებისეულ მოვლენებს თუ ადგილებს. ერთ-ერთი პირის ოჯახის წევრის საუბრიდან დასტურდება შემდეგი: „ის ახლა სავარაუდოდ ბოლო სტადიაშია, იქიდან გამომდინარე, რომ მოიტეხა ფეხი და ლოგინად არის ჩავარდნილი, ვეღარ საუბრობს, ვერავის ვერ ცნობს საკუთარი თავის ჩათვლით, უჭირს ჭამაც“.

აღნიშნულ პერიოდში ოჯახის წევრების მხრიდან იკვეთება სრული მობილიზება და ყურადღება ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირების მიმართ. შეიძლება ითქვას, რომ ოჯახის წევრები სრულად უზრუნველყოფენ მათი საჭიროებების გათვალისწინებით.

### **ურთიერთობა სახელმწიფო და სხვა ინსტიტუტებთან**

კვლევისას გამოიკვეთა სახელმწიფო სექტორის უმნიშველო როლი დაავადების მქონე ადამიანთა ცხოვრებაში. რადგან ოჯახის წევრთა ინფორმაციით ისინი არ იღებენ სახელმწიფოსგან არანაირ დახმარების სერვისს გარდა პენსიისა: „არ მიეწოდება სახელმწიფო სერვისები. არანაირი საერთოდ. პენსიას თუ არ ჩავთვლით“. ეს ფაქტი, თავი მხრივ, აისახება დაავადებულ ადამიანთა ცხოვრებაზე, რადგან მათი საჭიროებები, როგორცაა პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევები და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, უკავშირდება მთელ რიგ ეკონომიკურ თუ სოციალურ ფაქტორებს, სახელმწიფო სერვისების ან მის შესახებ ინფორმაციის

არ არსებობის გამო კი ოჯახს უწევს სრულად აიღოს პასუხისმგებლობა მისი ოჯახის წევრზე, რაც ხშირად კიდევ უფრო ართულებს ისედაც მძიმე ეკონომიკურ მდგომარეობას.

რაც შეეხება არასამთავრო ორგანიზაციებს, ალცჰაიმერის დაავადების მქონე პირების ოჯახის წევრებს, ერთი მხრივ, ინფორმაცია არ აქვთ მათ შესახებ, მეორე მხრივ კი, არ ინტერესდებიან მათ მიერ შეთავაზებული პროგრამებით. ამასთან, მათგან არც ერთი მათგანი ყოფილა ოდესმე ჩართული ისეთ სოციალურ აქტივობებში, რომლებიც ალცჰაიმერით დაავადებულ პირთა უფლებებს ემდგნება.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიში (2010). თბილისი. [Click to access e9f9bdf6d6aecffe6acbe3716a61bc7c.pdf](#)
2. სოციალურ და პოლიტიკურ ტერმინთა ლექსიკონი–ცნობარი / [სარედ.: ჯგუფი: ედუარდ კოდუა და სხვ.; გამომც.: ლაშა ბერაია] – თბილისი: ლოგოს პრესი.
3. Monahan, D., & Hooker, K. (1995) Health of Spouse Caregivers of Dementia Patients: The role of Personality and Social Support. *Social Work*; 40 (3)
4. Wortmann, (2012) Alzheimer’s research & Therapy. BioMed Central Ltd



კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციის პრობლემები საქართველოში

ლიკა მაისურაძე<sup>1</sup>, დავით ფეიქრიშვილი<sup>1</sup>

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

**აბსტრაქტი**

შესავალი: საქართველოში ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ კანონი 2000 წელს იქნა მიღებული. თუმცა, დღემდე საქართველოში გვამიდან არცერთი გადანერგვა არ განხორციელებულა. კვლევის მიზანია კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციასთან დაკავშირებით საქართველოში არსებული მდგომარეობის, შეხედულებების და მომავალი ცვლილებების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ შერჩეულ რესპონდენტებთან, 2 ფოკუს-ჯგუფი თსუ-ისა და თსსუ-ის დამამთავრებელი კურსის სტუდენტებთან და ექსპერტთა გამოკითხვა. **შედეგები:** გამოკითხულთა უმრავლესობა მომხრეა ტრანსპლანტაციის, განსაკუთრებით ცოცხალი დონორის შემთხვევაში. ერთიანი აზრი არ არსებობს გვამური დონაციის შემთხვევაში, კერძოდ იმაზე, თუ როდის ითვლება ადამიანი გარდაცვლილად - როდესაც გული ჩერდება, თუ როდესაც ტვინი კვდება. საგულისხმოა, რომ ქრისტიანობა ტრანსპლანტაციას არ კრძალავს. გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა აცნობიერებს იმ მენტალურ ბარიერს, რომლის გადალახვაც ვერ ხერხდება. **დასკვნა:** სახელმწიფოს, ეკლესიის, ექიმების ერთობლივი ძალისხმევით საჭიროა საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

**საკვანძო სიტყვები:** ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, კლინიკური სიკვდილი, გვამური დონაცია

**ციტირება:** ლიკა მაისურაძე, დავით ფეიქრიშვილი. კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1

**Further problems of donation of organs after apparent death**

David Peikrishvili<sup>1</sup>, Lika Maisuradze<sup>1</sup>

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

**Abstract**

**Introduction:** In Georgia law of transplantation of organs was adopted in 2000. Although there is no even one transplantation from the corpse in Georgia. The goal of research is to learn the condition of organ donation after apparent death, the point of view, future changings. **Methodology:** after qualitative research there was abyssal intherview with choosen respondents. Two focus groups of tsu and tssu last year students and experts interview. **Results:** the majority of intviewers is for transplantation especially from living donor. There is no one and only opinion about transplantation from corpse, particulary, when is the person considered as dead, when the heart stops or when the brain is dead. its important that orthodoxy doesn't forbidden transplantacay and majority of intviewers confesses the mental barrier which is hard to pass away. **Conclusion:** it is necessary the united forces of government, church and doctors to enhance consciousness of people

**Keywords:** Organ transplantation, clinical death, donation.

**Quote:** Lika Maisuradze, Davit Feikrishvili. Problems of organ donation after clinical death in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.

## შესავალი

პირველად ადამიანის ორგანო ბოსტონში 1950-იანი წლების დასაწყისში გადაინერგა, როდესაც ქირურგმა მურეიმ და მისმა კოლეგებმა თირკმლის ტრანსპლანტაცია წარმატებით ჩაატარეს. 1977 წელს კი ქართველმა ექიმებმა, მოსკოველ ქირურგებთან ერთად, ქირურგიული ინსტიტუტის ბაზაზე გვამური თირკმელი გადაინერგეს. მას შემდეგ საქართველოში გადასანერგად გარდაცვლილი დონორის ორგანო არ გამოუყენებიათ, ამის მიზეზი გვამური დონაციის არარსებობაა.

კანონის მიხედვით, ადამიანი გარდაცვლილად ითვლება მას შემდეგ, რაც მას თავის ტვინის სიკვდილი ან გულის შეუქცევადი გაჩერება და სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა დაუდგინდება. გვა-მური დონაციისთვის მხოლოდ ტვინის სიკვდილით გარდაცვლილის ორგანო გამოდგება. 2000 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ტვინის სიკვდილის განმსაზღვრელი კრიტერიუმები შეიმუშავა.

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია 20 წლის წინ, 1997 წლის 31 იანვარს ჩამოყალიბდა. ასოციაციის დაფუძნებაში მონაწილეობა მიიღო 50-ზე მეტმა ექიმმა და ოთხმა სამედიცინო ორგანიზაციამ. ასოციაციის მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოში ორგანოთა გადაინერგვის განვითარებას. დღიდან დაარსებისა მას ხელმძღვანელობს პროფესორი გაია თომამძე.

გია თომამძის აზრით, ტვინის სიკვდილის დიაგნოზის სწორად დასმის შემთხვევაში, სიცოცხლის აღდგენა გამორიცხულია. ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციამ 2003-2006 წლებში 4 ცენტრალური კლინიკის რეანიმაციული განყოფილებების ავადმყოფთა ისტორიები შეისწავლა. კვლევის შედეგად გამოვლინდა 50 პოტენციური დონორი, რომელთა მიმართაც ექვი გამოითქვა ტვინის სიკვდილზე. თუმცა მათი ორგანოები არავისთვის გადაუნერგავთ.

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ერთ-ერთ ძირითად სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ბანკი – ტრანსპლანტაციის ნაციონალური რეგისტრატურა. მისი პირველი ხელმძღვანელი იყო ექიმი ანი დევნოსაძე. 2003 წლიდან მას ალისა კირეულიშვილი ხელმძღვანელობს.

საქართველოში ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ 2000 წელს მიღებული კანონის თანახმად „ორგანოს დონორი შეიძლება იყოს ცოცხალი ადამიანი, (გენეტიკური ნათესავი, მეუღლე ან დონორთა გაცვლით პროგრამაში მონაწილე პიროვნება), ისე გარდაცვლილი“, თუმცა დღემდე საქართველოში გვამიდან არცერთი გადაინერგვა არ განხორციელებულა. ამის ძირითად მიზეზს გვამის ორგანოების დონაციის მიმართ მოსახლეობის ნეგატიური წინასწარგანწყობა წარმოადგენს, რისი შეცვლაც ხანგრძლივ შრომას მოითხოვს და რომლის შესრულებაც მხოლოდ მასმედიის საშუალებების აქტიური მონაწილეობითა და მხარდაჭერითაა შესაძლებელი.

დონორი შეიძლება იყოს ცოცხალი ან გარდაცვლილი ადამიანი. იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს გვამური დონაცია დონორად გამოიყენება გარდაცვლილის ორგანო. გვამური გადაინერგვის ტრანსპლანტაციის ასამოქმედებლად საჭიროა გარდაცვლილი ადამიანის ოჯახის წევრების თანხმობა ორგანოს აღებაზე. მაგრამ ჩვენს ქვეყანაში ასეთი რამ არ ხდება. არა იმიტომ, რომ კანონმდებლობა არ იძლევა ამის საშუალებას, მოსახლეობა არ არის მზად იმისათვის რომ თავისი გარდაცვლილი ახლობლის ორგანოს გამოყენებაზე დათანხმდეს. საზოგადოებაში ამ საკითხთან დაკავშირებით ფსიქოლოგიური და მენტალური მიმდებლობა არ არის.

გვამური დონაციის არარსებობა საქართველოში ტრანსპლანტაციის განვითარების ერთადერთი ხელისშემშლელი მიზეზი არ არის. გაია თომამძე ამბობს, რომ გარდა საზოგადოების უარყოფითი განწყობისა, გვამური დონაციის დანერგვას მედპერსონალის არასათანადო კვალიფიკაციაც აფერხებს. არ არსებობს მუდმივი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზაც – „ჩვენ

ხელშეკრულება გვაქვს გაფორმებული შვეიცარიის, თურქეთის და რუსეთის ტრანსპლანტოლოგიურ კლინიკებთან. სათანადო დონორის არსებობის შემთხვევაში უახლოეს მომავალში ამ ოპერაციებს ერთობლივი ინტერნაციონალური გუნდებით ჩავატარებთ. შემდგომ კი ჩვენი ქირურგები დამოუკიდებლად გააგრძელებენ მუშაობას“.

საქართველოში დღეს 257 ორგანოგადანერგილი ადამიანი ცხოვრობს. აქედან ორს გული აქვს გადანერგილი (1 საფრანგეთში, 1 რუსეთში), 50-ს ღვიძლი, დანარჩენს კი თირკმელი.

სტატისტიკის მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად 120 ათასამდე ახალი ორგანოს გადანერგვა ხდება. აქედან ყველაზე ხშირი თირკმლის ტრანსპლანტაციაა, შემდეგ მოდის ღვიძლი, პანკრეასი და გული. რაც შეეხება ღვიძლს, მისი გადანერგვის ოპერაცია საქართველოში პირველად 2014 წელს ჩატარდა და დღემდე სულ 12 გადანერგვა შესრულებული.

კვლევის მიზანია კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციასთან დაკავშირებით საქართველოში არსებული მდგომარეობის, შეხედულებების და მომავალი ცვლილებების შესწავლა. კვლევის ამოცანებია:

- ტრანსპლანტაციის დეფინიციის განსაზღვრა;
- საქართველოში ორგანოთა დონაციის ისტორიის, მისი განვითარების შესწავლა.
- კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაციისადმი დამოკიდებულების კვლევა;
- ოჯახის წევრების მხარდაჭერის დადგენა და მათი დამოკიდებულების დადგენა;
- იმ პოტენციური გარემოებების გამოკვეთა, რაც შეცვლიდა კონკრეტულ გადაწყვეტილებას.

### მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდება სიღრმისეული ინტერვიუ შერჩეულ რესპონდენტებთან. გამოვიყენეთ არაალბათური შერჩევის მიზნობრივი (ე.წ. შეფასებითი) ტიპი. რესპონდენტებს წარმოადგენდნენ არქივისკოპოსი, მრეწველი ეკლესიიდან და ერთ-ერთი დონორი. ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტისა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დამამთავრებელი კურსის სტუდენტებთან. ამასთანავე, აღნიშნულ თემასთან დაკავშირებით, გავესაუბრეთ ექიმ გიორგი ხაფავას.

### შედეგები

ექიმი-რენიმაციოლოგის, გიორგი ხაფავას აზრით, სამედიცინო თვალსაზრისით საზოგადოების სამოქალაქო თვითშეგნება დაბალია. დღეს საქართველოში საზოგადოების მიერ არასწორადაა აღქმული და აქედან გამომდინარე არ არის განვითარებული კლინიკური სიკვდილის შემდგომი ორგანოთა დონაცია.

*„ნუ შევხედავთ დონორობას წმინდა ალტრუისტულად, გავაცნობიეროთ თუ რა ნაბიჯის გადადგმა მოგვიწევს და გავაკეთოთ სიკეთე, ან უბრალოდ ჩავთვალოთ ვალდებულად საკუთარი თავი, რომ შევუნარჩუნოთ ადამიანებს სიცოცხლე ჩვენი გარდაცვალების შემდეგ“.*

შემდეგი რესპოდენტის აზრით (არქივისკოპოსი) საქართველოში გარდაცვალების შემდეგ დონორობის კულტურა კიდევ დიდი ხანი არ განვითარდება ისე, როგორც ეს სხვა ქვეყნებშია განვითარებული. მისი აზრით, ადამიანი ღმერთმა მოავლინა სრულფასოვნად და სრულფასოვნადვე უნდა მიებაროს მას:

*„ღმერთმა მოავლინა თითოეული ჩვენგანი და ჩვენს შექმნაზე და ცხოვრების გზაზეც მან იზრუნა; თუ ღმერთის გადაწყვეტილების წინააღმდეგ წასვლა ისევე ცოდვად ითვლება როგორც მენივე სხეულის „წამება“; როცა ადამიანი გარდაცვალების შემდეგ გასცემს ჯანმრთელ ორგანოს, ის არა ერთ, არამედ ორ ცოდვას ჩადის, აზიანებს საკუთარ თავს და ღმერთის გადაწყვეტილებაში თავის შესწორებებს აკეთებს“.*

ჩვენი მესამე რესპოდენტი ეჭვის თვალთ უყურებს საქართველოში დონაციის კულტურას და საუბარში ლატენტურად ეხება ამ ყველაფერში რელიგიის როლს:

*„ჩემთვის მიუღებელია, რომ ავადმყოფი შედის ცოდვაში, რამეთუ შინაგანად ადამიანის (დონორის) სიკვდილზე ოცნებობს, რაც ყოვლად ამორალურია“.*

ჩვენმა შემდგომმა რესპონდენტმა ახსენა უშუალოდ საქართველოში არსებული ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია, რომლის შესახებ ბევრი რამეც იცოდა, მაგრამ ნეგატიურად იყო განწყობილი მათი საქმიანობის მიმართ არაორგანიზებულიობის გამო:

*„მიუხედავად იმისა, რომ ვარ ეკლესიის მრევლი, დავეთანხმები და მომწონს კიდეც იდეა, გადავარჩინო ადამიანი მაშინ, როცა დედამიწაზე ფიზიკურად არ ვიქნები, თუმცა არ ვარ დარწმუნებული და ვერ ვხედავ ვერავითარ გარანტიას იმაში, რომ ჩემი ორგანოები სწორად და სრულიად უსასყიდლოდ მივა საჭირო ადრესატამდე“.*

მეხუთე რესპოდენტს შორეულ პერსპექტივად ეჩვენება საქართველოში ამ კულტურის მაქსიმალური რეალიზება, რადგან ამ ეტაპზე რაციონალურ-მერკანტალისტური კითხვები უჩნდება, რაც აღნიშნული პროექტისადმი მის უნდობლობას იწვევს:

*„უახლოეს მომავალში თუ ეს კულტურა კარგად განვითარდება და ყველასთვის მისაღები იქნება, ალბათ მეც გავწევრიანდები და მივცემ თავს უფლებას, დავეხმარო ადამიანს განაგრძოს ცხოვრება ჯანმრთელი ორგანოებით. ამ ეტაპზე კი, ნამდვილად ბევრი კითხვა მიჩნდება, ამ საკითხზე ფიქრის დროს - თუ მე უსასყიდლოდ გავცემ ამა თუ იმ ორგანოს, ავადმყოფი მიიღებს თუ არა ამას უფასოდ?! ან თუნდაც, როგორ ხდება ამ ორგანოების ტრანსპლანტაცია ავადმყოფებისათვის და ვის ენიჭება პრიორიტეტი?! მოხდება თუ არა აქაც ჩაწყობა, ბევრი ფულის სანაცვლოდ?! თუ ის ამაში ფულს გადაიხდის, რაღაში უნდა მჭირდებოდეს მე შუამავალი საკუთარი ორგანოს გასაცემად?! გარდა ამისა, მაინტერესებს, თუ მე მხოლოდ ერთ (ან ორ) ადამიანს გავუმხელ ამ პროგრამაში ჩართულობის შესახებ, ჩემს გარდაცვალებას ვინ შეატყობინებს ასოციაციას?!“*

ბოლო რესპოდენტი უშუალოდ შეეხო ორგანოთა დონაციის მორალურ ასპექტს და თქვა, რომ გარდაცვლილის ახლობლებს უფრო დადებითი დამოკიდებულება უნდა ჰქონდეთ ტრანსპლანტაციასთან, რამეთუ მათი გარდაცვლილი ახლობლის ორგანო სხვა სხეულში განაგრძობს სიცოცხლეს და ეს გადაწყვეტილება არ გადაიქცევა მორალურ ტვირთად:

*„ადამიანის სხეული ისეთივე მექანიზმია, როგორც საათი - ისევე ძველდება, იშლება, იწყობა... ამდენად, თუ ვინმეს რამეში გამოადგება ის, რაც შენ ნამდვილად აღარ დაგჭირდება, რატომ უნდა თქვა უარი?! თუ შენ ამ ყველაფერს კუბოში წაიღებ, დაიღუპებიან ადამიანები, რომელთაც ვერ მიუსწრეს თავის დონორებმა“.*

რაც შეეხება ფოკუს-ჯგუფს, საგულისხმოა, რომ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში ჩატარებულ ფოკუს-ჯგუფში გამოიკვეთა საერთო შეხედულება, რომლის მიხედვითაც სტუდენტები ეთანხმებიან ორგანოთა კლინიკური სიკვდილის შემდგომ დონაციას პროფესიული ცოდნიდან და საქმიანობიდან გამომდინარე, რაც ეწინააღმდეგება თსუ-ში რესპოდენტების მცირე ნაწილის მოსაზრებას:

*„წარმოიდგინეთ საკუთარი თავები კუბოში რიგი ორგანოების გარეშე... ან დახუჭული ქუთუთოების ქვეშ რაღაც ბურთულებით... ანდა წარმოიდგინეთ, რა განცდა ექნებათ თქვენს ახლობლებს, დოკუმენტზე ხელისმოწერის დროს, როდესაც ეცოდინებათ, რომ გულის გარეშე გამარხავენ... ამ პროექტში მონაწილეობის მიღებაზე მე თანახმა რომც ვიყო, დარწმუნებული ვარ, ჩემები ჩემს გვამს ექიმებს ცოცხალი თავით არ მისცემენ საჯიჯგნად“.*

ჩვენ მიერ ჩატარებულ ფოკუს-ჯგუფებში გამოიკვეთა ორი რადიკალურად განსხვავებული, ერთმანეთთან დაპირისპირებული შეხედულებები. პირველნი რაციონალურად განიხილავენ და ფიქრობენ, რომ ორგანოთა დონაცია არათუ საზიანო და მიუღებელი, არამედ პროსოციალური ქმედების განხორციელების უკანასკნელი შანსია - მათი აზრით ეს ის ალტრუისტული ქმედებაა, რომელიც უკანასკნელ სიკეთედ შეიძლება ჩაეთვალოს ადამიანს. ხოლო თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტების მიერ გამოტანილი დასკვნა, ეწინააღმდეგება თსუ-ის სტუდენტების აზრებსა და შეხედულებებს, რომლებიც ფიქრობენ, რომ „გვამური დონაცია“ პირდაპირ გამოხატავს ადამიანის მხრიდან ფიქრსა და მოთხოვნას საკუთარი თავის გარდაცვალებაზე, რათა შემდგომ იგი დაეხმაროს, დონორის სახით მხსნელად მოველინოს რეციპიენტს, სიცოცხლის შესანარჩუნებლად.



## დასკვნა

კვლევისას მიღებული შედეგების გაანალიზების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა აცნობიერებს იმ მენტალურ ბარიერს, რომლის გადალახვაც ვერ ხერხდება. ამდენად, საჭიროა ეკლესიის, სახელმწიფოს, ექიმების ერთობლივი მუშაობა, რომ ამ მიმართულებით მოხდეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

ყურადსაღებია ის ფაქტიც, რომ ქრისტიანული სარწმუნოება არ კრძალავს ორგანოთა კლინიკური სიკვდილის შემდგომ დონაციას, რამდენადაც არ არსებობს ეკლესიის ზოგადი გადაწყვეტილება, რასაც სინოდის გადაწყვეტილება უდევს საფუძველად, ხოლო ამ უკანასკნელს, არ განუხილავს ეს საკითხი. შესაბამისად, თითოეული მოძღვარი ინდივიდუალურად უდგება ამ საკითხს და ბუნებრივია, აზრთა სხვადასხვაობას ვეჩხებით.

აღსანიშნავია გამოკითხულ რესპონდენტთა ის დამოკიდებულებაც, რომ უმრავლესობა ძირითადად მომხრეა ტრანსპლანტაციის, განსაკუთრებით ცოცხალი დონორის შემთხვევაში. ერთიანი აზრი არ არსებობს გვამური დონაციის შემთხვევაში, კერძოდ იმაზე, თუ როდის ითვლება ადამიანი გარდაცვლილად - როდესაც გული ჩერდება, თუ როდესაც ტვინი კვდება. წმინდა მამების მოძღვრებით (მაგ., წმ. გაბრიელი), სულის ადგილსამყოფელი ტვინია, ამდენად საგულისხმოა, რომ ქრისტიანობა ტრანსპლანტაციას არ კრძალავს.

გარდა ამისა, თვალშისაცემია განსხვავება, რაც თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტისა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტების ფოკუს-ჯგუფებში გამოიკვეთა ორგანოთა კლინიკური სიკვდილის შემდგომი დონაციისადმი. ბუნებრივია, თსუს-ის სტუდენტები, მათი პროფესიული ცოდნიდან და საქმიანობიდან გამომდინარე, მეტად იყვნენ ინფორმირებულნი აღნიშნული თემისადმი და ფოკუს-ჯგუფიც მეტად პროფესიული კუთხით წარმართა, ხოლო თსუს-ის სტუდენტები მეტწილად მორალური გადმოსახედიდან საუბრობდნენ და ნაკლებად ფლობდნენ სრულყოფილ ინფორმაციას.

საერთო ჯამში კვლევამ აჩვენა, რომ საზოგადოების მხარდაჭერის გარეშე რთულია ორგანოთა გადანერგვის კულტურის განვითარება, რაც ხელს შეუწყობს საქართველოში ტრანსპლანტაციის განვითარებას. ამდენად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ საჭიროა მუშაობა გადავიდეს უფრო გლობალურ ეტაპზე და გადაიდგას კონკრეტული ნაბიჯები როგორც საზოგადოების ფართო ფენებისა მხარდაჭერისა და დადებითი წინასწარგანწყობის მოსაპოვებლად, ამასთანავე სათანადო კლინიკური ცოდნისა და გამოცდილების შესაძენად.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. აშულაშვილი მ., (2016) „თირკმლის გადანერგვა – დონორობის პრობლემა საქართველოში“ <http://www.aversi.ge/cnobar/736>, accessed January 7, 2017
2. გაგნიძე ხ., (2010) „იმის გამო, რომ ცხედრის ორგანოების გადანერგვა არ ხდება, საქართველოში უამრავი ადამიანი დიალიზზეა ან კვდება“ <http://presa.ge/new/?m=society&A>
3. გამთენაძე ქ., (2016) „დონაცია საქართველოში - რა ღირს და რა პროცედურებთან არის დაკავშირებული ორგანოთა გადანერგვა“ <http://www.allnews.ge/sazogadoeba/146720>
4. კვაჭანტირაძე ა. (2011) „საქართველოში თირკმლის გარდა, გულის, ღვიძლისა და სხვა ორგანოების ტრანსპლანტაციაც განხორციელდება“ <http://presa.ge/new/?m=medical&AID=479>
5. ტუხიაშვილი ე., (2014) „რა ორგანოების გადანერგვა ხდება საქართველოში“ <http://www.ambebi.ge/sazogadoeba/107596-ra-organoebis-gadanergva-khdeba-saqarthveloshi>
6. ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ (2009) „საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაცია 10 წლისაა“ from [http://www.modernpublishing.ge/view\\_post.php?id=1&pub=8&year=2009](http://www.modernpublishing.ge/view_post.php?id=1&pub=8&year=2009)
7. ჟურნალი „მკურნალი“ (2014) „ორგანოთა გადანერგვა და მასთან დაკავშირებული პრობლემები“ retrieved from <http://www.mkurnali.ge/qirurgia/2910>, accessed January 7, 2017



მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულება ევთანაზიის მიმართ

მარიამ მამულაშვილი<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

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

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

აბსტრაქტი

**შესავალი:** ევთანაზიის უფლება დღეს მსოფლიო დისკუსიის საგანია, ვინაიდან იგი ერთ-ერთი საკამათო სამედიცინო, რელიგიური, პოლიტიკური თუ ეთიკური ხასიათის საკითხია. კვლევის მიზანია მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებების შესწავლა ევთანაზიის მიმართ. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რესპოდენტთა გამოკითხვა ნახევრად-სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. **შედეგები:** კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპოდენტების უმრავლესობას (81%) ჰქონდა ინფორმაცია ევთანაზიის შესახებ. დომინანტურია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ევთანაზია არის: “თანხმობა სიცოცხლის შეწყვეტაზე ავადმყოფობის დროს, როცა გამოსავალი არ არსებობს და შეუძლებელია განკურნება.“ ან „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანი საკუთარი ნებით გადაწყვეტს, რომ სიცოცხლე დაასრულოს უმტკივნეულოდ“. ვინც არ ეთანხმება ევთანაზიას იშველიებს რელიგიურ ფაქტორებს (რატომ კრძალავს ეკლესია და ა.შ). ისინი ვინც ეთანხმებიან ევთანაზიის ქმედებას, არგუმენტად მოჰყავთ ადამიანის კანონიერი უფლებები და პიროვნების თავისუფალი ნება. რესპოდენტების უმრავლესობას (86%) არ სმენია ევთანაზიის პრაქტიკების შესახებ საქართველოში. რესპოდენტების უმრავლესობამ (71%) იცოდა, რომ მართლმადიდებლური ეკლესია კრძალავს ევთანაზიას. რესპოდენტების 39%-ის აზრით, ევთანაზია გამართლებულია სამედიცინო კუთხით. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ევთანაზიის შესახებ რელიგიური, სამედიცინო, კულტურული, სოციალური და სამართლებრივი კუთხით. სასურველია, მსგავსი კვლევების მეტი ჩატარება.

**საკვანძო სიტყვები:** ევთანაზია, რელიგია

**ციტირება:** მარიამ მამულაშვილი, თენგიზ ვერულავა. მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულება ევთანაზიის მიმართ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1

Orthodox attitudes towards euthanasia

Mary Mamulashvili<sup>1</sup>, Tengiz Verulava<sup>2</sup>

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

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

Abstract

**Introduction:** Nowadays the right of Euthanasia is the subject of the worldwide discussion, since this is one of the controversial medical, religious, political or ethical issues. The reason for the study is to find out orthodox parish’s opinion regarding the Euthanasia. **Methodology:** Within the frameworks of quantitative research interviewees have been interviewed by using semi-structured questionnaire.

**Results, discussion:** The study detected that the most of the interviewees (81%) had information regarding the Euthanasia. Dominant opinion is that the Euthanasia is: consent of the life termination during the illness, when there is no solution and recovery is not possible or “a person with incurable disease voluntarily decides to terminate his/her life painlessly. Those who don’t agree with Euthanasia use religious facts, (thy religion prohibits etc.) Those who agree with Euthanasia use human legal rights and individual’s free will as arguments. The most of the interviewees (86%) have never heard about Euthanasia practice in Georgia. Most of them (71%) knew that church prohibits Euthanasia. The 39% of interviewees knew that Euthanasia is a sound decision from the point of medicine. **Conclusion:** it is advisable to increase public awareness about Euthanasia from the point of religion, medicine, culture and law. It is recommended to increase the number of such studies.

**Keywords:** Euthanasia, religious.

**Quote:** Mary Mamulashvili, Tengiz Verulava. Orthodox attitudes towards euthanasia. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.

### შესავალი

ევთანაზია გულისხმობს ქმედებას, რომელიც ნებას აძლევს ადამიანს უმტკივნეულოდ მოკვდეს, რათა გათავისუფლდეს ტანჯვისგან. უმეტეს ქვეყნებში ადამიანის სიცოცხლის ხელყოფა, მიუხედავად მისი თანხმობისა, დანაშაულად არის მიჩნეული.

ევთანაზია ბერძნული წარმოშობის სიტყვაა (“უ”-კარგი, “thanatos”-სიკვდილი) და “მშვიდ, ბედნიერ და უშფოთველ” სიკვდილს ნიშნავს. ევთანაზია უკუზღუნებელი სენით დაავადებული და ტკივილებისაგან გატანჯული ადამიანის უმტკივნეულოდ მოკვდინებაა, რაც მიიღწევა მედპერსონალის, ან სხვა პირების მიერ სხვადასხვა ქმედებებით (მაგ: ნარკოტიკების მაღალი დოზის ინექციით, ხელოვნური სუნთქვის აპარატის გამორთვით კვების წყაროდან და ა.შ.) ან უმოქმედობით (დაავადების მიმდინარეობაში ჩაურევლობა).

ევთანაზიის უფლება დღეს მსოფლიო დისკუსიის საგანია, ვინაიდან ის ერთ-ერთი ყველაზე საკამათო სამედიცინო, რელიგიური, პოლიტიკური თუ ეთიკური ხასიათის საკითხია. მსოფლიოში ევთანაზიასთან მიმართებით არსებობს სამი მიდგომა: პირელი მიდგომა მოქმედებს ქვეყნებში, რომლებიც ევთანაზიას ჩვეულებრივ მკვლელობად აფასებენ (ინგლისი, საფრანგეთი და რუსეთი); მეორე ჯგუფი ქვეყნებისა ევთანაზიისთვის მსუბუქ სასჯელს აწესებენ (გერმანია, ავსტრია); მესამე ჯგუფის ქვეყნებში მოახდინეს ევთანაზიის დეკრიმინალიზაცია (პერუ, ურუგვაი, ჰოლანდია, სკანდინავიის ქვეყნები, შვეიცარია, ორეგონისა და ვაშინგტონის შტატები).

ევთანაზიასთან მიმართებით, ერთ მხრივ, არსებობს პიროვნების თავისუფლება, ავტონომია, პირადი ცხოვრების განკარგვის უფლება, წამების აკრძალვა, ხოლო მეორე მხრივ კი - სიცოცხლის უფლება, რომელიც მიჩნეულია ადამიანის სხვა უფლებების უზრუნველყოფის წინაპირობად.

შვეიცარია წარმოადგენს ერთ-ერთ იმ სახელმწიფოთაგანს, სადაც ევთანაზია კანონიერ ქმედებას წარმოადგენს და არ იწვევს სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობას. აღნიშნული მიზეზის გამო, შვეიცარიაში მრავალი ქვეყნიდან ჩადიან ევთანაზიის განხორციელების მსურველები, რამაც საკმაოდ გაზარდა იმ კერძო კლინიკების ფინანსური შემოსავალი, რომლებიც ევთანაზიას ახორციელებენ. შედეგად, ევთანაზიის განხორციელება შვეიცარიაში გარკვეულ ბიზნესად იქცა. შვეიცარიის ფედერალური საბჭო გამოვიდა ევთანაზიის მარეგულირებელი კანონმდებლობის გამკაცრების ინიციატივით. ცვლილებები მიზნად ისახავს თავიდან აიცილოს ევთანაზიის მოგებაზე ორიენტირებულ ბიზნესად გარდაქმნა და იმის უზრუნველყოფა, რომ აღნიშნული ღონისძიება ხელმისაწვდომი იქნება მხოლოდ განუკურნებელი სენით დაავადებული პირებისათვის. შვეიცარიის მთავრობის აზრით, მსგავსი შეზღუდვების დაწესება მათ თავიდან ააცილებს პრაქტიკის ბოროტად გამოყენებას და ასევე შეამცირებს ”თვითმკვლელი ტურისტების” რიცხვს ქვეყანაში.

საქართველოს კანონმდებლობით ევთანაზია დასჯადი ქმედებაა. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 110-ე მუხლის თანახმად, „მკვლელობა მსხვერპლის დაჟინებული

თხოვნით და მისი ნამდვილი ნების შესაბამისად, ჩადენილი მომაკვდავის ძლიერი ფიზიკური ტკივილებისაგან გათავისუფლების მიზნით, ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან ხუთ წლამდე.“

ამ დანაშაულის ობიექტური მხარე გამოიხატება მომაკვდავი პაციენტის დაჟინებული თხოვნითა და მისი ნამდვილი ნების შესაბამისად, პირის მიერ პაციენტის მკვლელობაში. მკვლელობის მიზანი კი, ამ შემთხვევაში არის პაციენტის ძლიერი ტკივილებისაგან გათავისუფლება. მოტივი აღნიშნული დანაშაულისა არის სიბრალულის გრძნობა, რომელიც დამნაშავეს აქვს მსხვერპლის მიმართ. აღნიშნული დანაშაული მატერიალური შემადგენლობისაა და დამთავრებულად ითვლება მსხვერპლის თხოვნით მკვლელობის მომენტიდან. ამ დანაშაულის სუბიექტური მხარე გამოიხატება პირდაპირ განზრახვაში. ანუ, ამ შემთხვევაში, პირს შეგნებული აქვს, რომ ჩადის მკვლელობას, თუმცა, ეს ნაკარნახევია მომაკვდავი პაციენტის დაჟინებული თხოვნით და, აღნიშნული ქმედების მიზანია ავადმყოფის გათავისუფლება ძლიერი ფიზიკური ტკივილებისგან. ამ დანაშაულის სუბიექტი შეიძლება იყოს როგორც დანაშაულის საერთო სუბიექტი, ასევე, სპეციალური სუბიექტი, მაგალითად, მკურნალი ექიმი.

საქართველოს პარლამენტმა 2000 წლის 5 მაისს, მიიღო კანონი „პაციენტის უფლების შესახებ“. აღნიშნული კანონის 24-ე მუხლის თანახმად, „საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ, თუ მითითებული გარემოებები გამოწვეულია: ა) უკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით; ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას.“ ანუ, ამ კანონის მიხედვით, ცალკეულ შემთხვევებში, ექიმს აქვს უფლება, პაციენტის ნამდვილი ნების შესაბამისად, გამოურთოს მას სასუნთქი აპარატი, შეუწყვიტოს უშედეგო მკურნალობა და განახორციელოს სხვა ისეთი ქმედება, რომელიც საბოლოოდ, პაციენტის სიკვდილს გამოიწვევს.

აღნიშნული ნორმა და საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 110-ე მუხლი შინაარსობრივად ეწინააღმდეგება ერთმანეთს. სისხლის სამართლის კოდექსი იმპერატიულად სჯის მკვლელობას მსხვერპლის თხოვნით და მნიშვნელობას არ ანიჭებს იმ გარემოებებს, რა გარემოებების არსებობის დროსაც ხდება მკვლელობა. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის ზემოთ აღნიშნული ნორმა კი, ცალკეული პირობების არსებობის შემთხვევაში, უშვებს მკვლელობას მსხვერპლის თხოვნით. ანუ, სახეზეა ნორმატიულ აქტებს შორის კოლიზია. ნორმატიული აქტების შესახებ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის მე-8 პუნქტის მიხედვით კი, „თანაბარი იურიდიული ძალის მქონე ნორმატიულ აქტებს შორის წინააღმდეგობის არსებობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება უფრო გვიან მიღებულ (გამოცემულ) ნორმატიულ აქტს.“ ვინაიდან, ჩვენს შემთხვევაში, უფრო გვიან არის მიღებული „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონი, იმოქმედებს ეს უკანასკნელი. იგი შეიძლება გავრცელდეს:

- მხოლოდ საქართველოს მოქალაქეზე;
- პირზე, რომელიც დაავადებულია განუკურნებელი სენით;
- პირზე, რომელსაც ისეთი დაავადება სჭირს, რომელიც გამოიწვევს მის ინვალიდობას.

დაცული უნდა იყოს ნების გამოვლენის ფორმა და განსაზღვრული უნდა იყოს ნების განმახორციელებელი პირები, კერძოდ:

- პირმა ნება საღ გონებაზე ყოფნის დროს უნდა გამოხატოს.
- ნების აღმსრულებელი შეიძლება იყოს მხოლოდ სპეციალური სუბიექტი – ექიმი.

სასამართლოს გადაწყვეტილებიდან გამომდინარე შეიძლება ითქვას, რომ წევრი სახელმწიფოები, რომლებიც უშვებენ აქტიურ ევთანაზიას ეწინააღმდეგებიან და არღვევენ კონვენციის მე-2 მუხლს. მაგრამ საქმე იმაშია, რომ სტრასბურგის სასამართლომ დააფიქსირა, რომ აქტიური ევთანაზიის ლეგალიზების საკითხი განეკუთვნება წევრ სახელმწიფოთა დისკრეციულ უფლებამოსილებას. ამით სასამართლომ ღიად დატოვა საკითხი, რათა თავიდან

აეცილებინა ურთიერთდაპირისპირება ეროვნულ კანონმდებლობასა და საერთაშორისო პრინციპებს შორის.

საკვლევი პრობლემაა მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებების შესწავლა ევთანაზიის მიმართ.

კვლევის მიზანია ევთანაზიის მიმართ მართლმადიდებელი მრევლის და სასულიერო პირების დამოკიდებულებების შესწავლა.

კვლევის ამოცანებია:

- რესპონდენტთა ინფორმირებულობის გაგება, კერძოდ, რა ინფორმაციას ფლობენ ევთანაზიის შესახებ (სოციალურ-კულტურულ, საკანონმდებლო და სამედიცინო სფეროს კუთხით)?
- სმენიათ თუ არა ევთანაზიის შემთხვევების შესახებ ქვეყნის შიგნით?
- რა დამოკიდებულებები აქვთ მათ ევთანაზიის მიმართ და როგორ განიხილავენ ისინი ევთანაზიის პრაქტიკებს რელიგიურ ჭრილში?
- რა არის მათთვის საუკეთესო გამოსავალი, რჩევები (პაციენტს, ექიმებს, ოჯახის წევრებს, საზოგადოებას)?

### მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა გამოკითხვა ნახევრად-სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით, როგორც პირისპირი ინტერვიუთი, ასევე, ონლაინ-კითხვარის დახმარებით. ვფიქრობთ, ეს მეთოდი მოგვცემს საშუალებას მოკლე დროში გამოვიკითხოთ ჩვენთვის სასურველი რესპონდენტები. კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა მიზნობრივი შერჩევა.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ექსპერტთა, კერძოდ, მართლმადიდებლური ეკლესიის სასულიერო პირების გამოკითხვა. ექსპერტთა გამოკითხვის დროს გამოვიყენეთ მოვლის გუნდის მეთოდი. რესპონდენტები შეირჩევიან რეკომენდაციის საფუძველზე.

კვლევის ეთიკის პრინციპების დაცვის მიზნით, კითხვარში მითითებულია კვლევის მიზანი (ვინ ატარებს, რატომ ტარდება). რესპონდენტები გაეცნენ თავიანთ უფლებებს (მათ შეუძლიათ სურვილისამებრ შეწყვიტონ კითხვარის შევსება), გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად, კითხვები შედგენილ იყო მარტივ და გასაგებ ენაზე, დაცულია მონაცემების კონფიდენციალურობის პრინციპი, სურვილის შემთხვევაში მათ უფლება ეძლევათ გადახედონ მათ მიერ შევსებულ კითხვარს,

კვლევის შეზღუდვად შეიძლება ჩაითვალოს გამოკითხული პოპულაციის სიმცირე (არსებული საგნის ფარგლებიდან გამომდინარე) და კვლევის შედეგების რეპრეზენტატულობის მცირე ალბათობა.

### შედეგები

კვლევაში 50 რესპონდენტმა მიიღო მონაწილეობა. აქედან 40 გამოიკითხა ონლაინ კითხვარის საშუალებით, ხოლო 10 - ანკეტირების მეთოდით.

რესპოდენტები წარმოადგენდნენ მართლმადიდებელი ეკლესიის მრევლს. გაამოკითხული რესპოდენტებიდან ქალი შეადგენდა 80%-ს (n=40), ხოლო კაცი 20%-ს (n=20). 18-25 წლამდე რესპოდენტები შეადგენდნენ 40%-ს (n=20), 26-34 წლამდე -28%-ს (n=14), 35-40 წლამდე - 12%-ს (n=6), 41-50წლამდე - 10%-ს (n=5), 51-60 წლამდე - 10%-ს (n=5). 60 წლის ასაკის ზემოთ მყოფი რესპოდენტი არ გამოკითხულა.

რესპოდენტთა 81%-ს ჰქონდა ინფორმაცია ევთანაზიის შესახებ, ხოლო 19%-ს არ ჰქონდა.

ღია კითხვაზე, რომელიც რესპოდენტებს თხოვდა საკუთარი სიტყვებით ევთანაზიის აღწერას, სხვადასხვა პასუხი დაფიქსირდა. ზოგიერთის მიხედვით, ევთანაზია უმტკივნეულო სიკვდილია: „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანის უმტკივნეულოდ სიკვდილი“. ზოგიერთი კი მსგავსი განმარტებისას ამატებს პაციენტის ნებაყოფლობით სურვილს: „ტკივილისგან დატანჯული ადამიანის მოკვდინების აქტი, თავისივე სურვილიდან

გამომდინარე“: ზოგიერთი კი პაციენტის მოთხოვნასთან ერთად ასახელებს ოჯახის ნებართვას. ერთი რესპოდენტის მიხედვით, ევთანაზია არის: „თვითმკვლელობის უფლების მიღება“; ან სხვანაირად „კანონიერი თვითმკვლელობა, რომელსაც პირი თვითონვე ითხოვს გაუსაძლისი ფიზიკური ტკივილის ან სხვა გარემოების გამო.“ თუმცა, დომინანტურია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ევთანაზია არის: “თანხმობა სიცოცხლის შეწყვეტაზე ავადმყოფობის დროს, როცა გამოსავალი არ არსებობს და შეუძლებელია განკურნება.“ ან „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანი საკუთარი ნებით გადაწყვეტს, რომ სიცოცხლე დაასრულოს უმტკივნეულოდ“.

რესპოდენტებს უნდა გამოეხატათ თავიანთი დამოკიდებულება ევთანაზიის მიმართ, რისთვისაც გამოყენებული იყო შეფასების 5 ქულიანი სკალა (1 ნიშნავს სრულიად არ ეთანხმებით, ხოლო 5 - სავსებით ეთანხმებით). სრულიად არ ეთანხმება 6 რესპოდენტი (12%); არ ეთანხმება ევთანაზიას 6 რესპოდენტი (12%); ნეიტრალური პასუხი დააფიქსირა 15 რესპოდენტმა (30%); 15 რესპოდენტი (30%) ეთანხმება, ხოლო 8 რესპოდენტი (16%) სავსებით ეთანხმება ევთანაზიის ქმედებას.

შემდეგ კითხვაზე, თუ რა არის მათი დამოკიდებულების მიზეზი, საკმაოდ მრავალფეროვანი და არგუმენტირებული პასუხები გამოვლინდა. ისინი, ვინც სრულიად არ ეთანხმებიან, ძირითადად რელიგიურ ფაქტორს იშველიებენ:

“სიცოცხლე, ჩემი აზრით, უფლის საჩუქარია და არავის არ აქვს მისი ხელყოფის უფლება (მათ შორიც, არც ჩვენ გვაქვს საკუთარი სიკვდილის დაჩქარების უფლება) თვითონ უფლის გარდა. მხოლოდ უზენაესს აქვს უფლება წაგვართვას იგი, როცა ამის დრო მოვა. ევთანაზიის შემთხვევაში პაციენტი, მართალია, თავისუფლდება ტანჯვისგან და ტკივილისგან, რაც ნამდვილად რთულად გადასატანია, მაგრამ ვფიქრობ, მისი ქმედება ამ დროს სუიციდს უტოლდება, რაც როგორც რელიგიური ისე მორალური კუთხით დიდ დანაშაულად ითვლება. შესაბამისად, ვფიქრობ, რომ ევთანაზია მართლმადიდებლური მრევლისთვის განსაკუთრებით მიუღებელი ქმედებაა.“

„ვფიქრობ, რომ სიცოცხლე უფლის საჩუქარია და ჩვენი გარდაცვალებაც მისივე ნებაა. არც ერთ ადამიანს აქვს უფლება „შეეხოს“ სხვის სიცოცხლეს.“

ვინც ევთანაზიას არ ეთანხმება, ამბობს რომ: “არ ვეთანხმები ევთანაზიას, რადგან არავის აქვს უფლება მოუსწრაფოს სიცოცხლე სხვა ადამიანს (თუმცა, არსებობს გამონაკლისებიც, როცა ადამიანის მდგომარეობა უიმედოა და სხვა გზა არ არსებობს მისი ტკივილებისგან გასათავისუფლებლად).“

ნეიტრალურად განწყობილთა აზრით, მათი ასეთი დამოკიდებულების მიზეზია: „ნეიტრალურად ვარ განწყობილი, თან ვეთანხმები და თან არ ვეთანხმები ბოლომდე. უფრო ინდივიდუალურ სიტუაციებზეა დამოკიდებული ევთანაზიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება, თუ ადამიანის ტკივილი გაუსაძლისია და სიკვდილი გარდაუვალია, სჯობს უმტკივნეულოდ გარდაიცვალოს და აღარ იყოს ხანგრძლივი გაუსაძლისი ტანჯვა და ტკივილი, რადგან ყველას ურჩევნია, უმტკივნეულოდ და მშვიდად მოკვდეს, ვიდრე ტკივილით და ტანჯვით. ბოლომდე მისაღები იმიტომ არ არის, რომ ჩემთვის, როგორც მართლმადიდებელი ქრისტიანისთვის მაინც უჩვეულოა ჩავერიოთ ამ ამბავში და ხელოვნურად გამოვიწვიოთ სხვა ადამიანის სიკვდილი უფრო ადრე, ვიდრე ეს ბუნებრივად მოხდებოდა. ცოტათი მიუღებელია დავაჩქაროთ სხვისი სიკვდილი. ეს საკითხი მომაკვდავმა ადამიანმა უნდა გადაწყვიტოს.“

„მართლმადიდებლობიდან გამომდინარე ეს საქციელი მიუღებელია ჩემთვის. მაგრამ მათთვის ვინც ამას ითხოვს ეს შეიძლება შევლავ კი იყოს. ასე რომ არც სრულიად არ ვეთანხმები და არც სრულიად ვეთანხმები.“

ისინი ვინც, უბრალოდ ეთანხმებიან, მათი აზრი ასეთია: “როცა ადამიანი გაუსაძლისი ტკივილებით იტანჯება და კარგად აქვს გააზრებული რას აკეთებს, უფლება აქვს უმტკივნეულოდ სიკვდილი აირჩიოს, თუმცა შეიძლება ისეც მოხდეს, რომ გარკვეული დოზით ტკივილის შემცირება მოხერხდეს კიდევ დროთა განმავლობაში, ამიტომ ამ გადაწყვეტილების მიღებამდე ბევრი დაფიქრება და ალტერნატივების მოსინჯვაა საჭირო.“

რეპონდენტთა ის ნაწილი, რომელიც სავსებით ეთანხმება ევთანაზიას, მათი დამოკიდებულების მიზეზი შემდეგნაირია: „ამ დროს ადამიანი ავადმყოფობის უკანასკნელ სტადიაზეა, ტკივილები აუტანელია და თავს ზედმეტად, უფუნქციოდ გრძნობს და მისთვის ასეთი ცხოვრება შეუძლებელია. რამდენადაც მტკივნეული არ უნდა იყოს ეს სურვილი ახლობლებისთვის, ის ინდივიდუალურია და ვფიქრობ პატივი უნდა ვსცეთ მის გადაწყვეტილებას.“

„ტანჯვისგან თავის არიდება ადამიანის უფლებაა.“

„ყველას აქვს არჩევანის უფლება.“

იყო შემთხვევა, როცა გაუჭირდათ მიზეზის ახსნა და თავისი პოზიციის დაფიქსირება.

მომდევნო კითხვაზე: სმენიათ თუ არა ევთანაზიის შემთხვევებზე საქართველოში, პასუხები შემდეგნაირად განაწილდა: რესპონდენტების 86%-ს არ სმენია, ხოლო 14%-ს სმენია ევთანაზიის პრაქტიკების შესახებ ჩვენს ქვეყანაში.

კითხვაზე, მათი აზრით, კრძალავს თუ არა მართლმადიდებლური ეკლესია ევთანაზიას, რესპონდენტების 71% ფიქრობს რომ კრძალავს, ხოლო 29%-მა არ იცის ამ კითხვაზე პასუხი. გადაჭრით არა, არც ერთ რეპონდენტს არ უპასუხია.

პასუხი კითხვაზე, თქვენი აზრით, რატომ კრძალავს მართლმადიდებლური ეკლესია ევთანაზიას, უმრავლესობის აზრი შემდეგნაირია:

“აღბათ იმიტომ, რომ მართლმადიდებლობა კრძალავს ადამიანის მიერ საკუთარი თავის ან სხვის სიკვდილს. ადამიანის მოკვდავობა მიეწერება ზებუნებრივს, საკრარულს.“

„მართლმადიდებლობა თვითზიანის ნებისმიერ ფორმას კრძალავს, ხელის გაჭრასაც და მითუმეტეს სიცოცხლის ხელყოფას, ვინაიდან ეს მიიჩნევა ცოდვად.“

„ევთანაზია თვითმკვლელობაა“

კითხვაზე, ევთანაზია რამდენად შეიძლება იყოს გამართლებული, რესპოდენტთა 78% (n=39) უპასუხა რომ გამართლებულია სამედიცინო კუთხით, 30%-ის (n=19) აზრით, გამართლებულია სამართლებრივად, ასევე 30%-ის (n=19) აზრით, გამართლებულია სოციალური კუთხით, 6%-ის (n=3) აზრით გამართლებულია რელიგიურად და 6%-ის (n=3) აზრით გამართლებულია კულტურული კუთხით.

კითხვაზე, აქვს თუ არა პაციენტს უფლება, მოითხოვოს უმტკივნეულო სიკვდილი, თუ კი ის უმძიმეს მდგომარეობაშია, პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: რესპოდენტთა 69%-ის აზრით აქვს უფლება, 26%-ს უჭირს პასუხის გაცემა, ხოლო 5%-ის აზრით არ აქვს უფლება.

შემდეგი კითხვა მოითხოვდა პასუხის ღიად ჩაწერას, კერძოდ, უნდა დაესაბუთებინა წინა შეკითხვაზე დაფიქსირებული მოსაზრებები. რეპონდენტებმა, რომლებმაც დააფიქსირეს პასუხი, რომ აქვთ უფლება, ასე დაასაბუთეს თავიანთი მოსაზრება: „თუკი მისი ასეთი მოთხოვნა იქნება სისტემატური, ანუ გარკვეული დროის ინტერვალებში თუ იგივე აზრზე იქნა, უმჯობესი იქნება ევთანაზიის გამოყენება, რადგან მას ამ შემთხვევაში გააზრებული იქნება მისი ქმედება, და თუკი ამას ითხოვს გააზრებულად, ესეიგი მისი მდგომარეობა ძალიან მძიმეა. ტანჯვას მშვიდი განსვენება სჯობს.“

„მიუხედავად რელიგიისა და მისი დოგმებისა, ვფიქრობ, რომ ყველა ადამიანს აქვს საკუთარი ცხოვრების წარმართვის უფლება.“

„თუ ადამიანი არ არის რელიგიური, ან მისი მრწამსი არ უკრძალავს ევთანაზიას, მისი გადასაწყვეტია, თუმცა, ქრისტიანული მრწამსისთვის სრულიად დაუშვებელია.“

„ჩემი აზრით, იმ ადამიანზე მეტად ვერავინ განიცდის თუ რამდენად მტკივნეულია მისთვის არსებული მდგომარეობა, აქედან გამომდინარე, მისი სრული უფლებაა ან აიტანოს ის ტკივილები, ან უარი თქვას ამ ტანჯვაზე, რადგან სიცოცხლეში ამ აუტანელი ტკივილის გაძლებას სიკვდილი ურჩევნია.“

რეპონდენტებმა, რომლებმაც დააფიქსირეს პასუხი, რომ არ აქვთ უფლება, ასე დაასაბუთეს თავიანთი მოსაზრება: „ვფიქრობ, არცერთ პაციენტს არ აქვს იმის უფლება, მოითხოვოს უმტკივნეულო სიკვდილი უმძიმეს მდგომარეობაშიც კი, რადგან ფიზიკური ტკივილი ძალიან ხშირად მათ ამორალურ და ქრისტიანობისთვის მიუღებელი ქმედების -

თვითმკვლელობის ჩადენისკენ უბიძგებთ, რაც იმაზე გაცილებით დიდი ცოდვაა, ვიდრე ამ მდგომარეობაში მათ აქვთ გააზრებული.“

კითხვაზე, ვის ეკისრება ყველაზე დიდი პასუხისმგებლობა პაციენტის სიცოცხლის ხელყოფაში ევთანაზიის პრაქტიკების დროს, რესპოდენტებს მოცემული კატეგორიები რანჟირების მეთოდით უნდა დაელაგებინათ. ამ კითხვაზე პასუხების რაოდენობა ასე გადანაწილდა: ექიმები - რესპოდენტთა 28% (n=14), ოჯახის წევრები - რესპოდენტთა 28% (n=14), სახელმწიფო - რესპოდენტთა 16% (n=8), სასამართლო - რესპოდენტთა 8% (n=4), ეკლესია - რესპოდენტთა 6% (n=3), საზოგადოება - რესპოდენტთა 6% (n=3), სხვა - რესპოდენტთა 8% (n=4).

კითხვაზე, პირს, რომელიც პაციენტის დაჟინებული თხოვნით შეასრულებს ევთანაზიის პრაქტიკას, მიიჩნევთ თუ არა დამნაშავედ, პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: არ მიიჩნევს დამნაშავედ - რესპოდენტთა 56% (n=28), მიიჩნევს დამნაშავედ - რესპოდენტთა 10% (n=5), გაუჭირდა პასუხის გაცემა - რესპოდენტთა 34% (n=17).

კითხვაზე, თქვენ რომ მოგიწიოთ იმ პირის ადგილზე ყოფნა, რომელსაც ოჯახი წევრი თხოვს ევთანაზიის პრაქტიკის შესრულებას (გაითვალსიწინეთ პაციენტი უკურნებელი სენითაა დაავადებული და ყოველდღიურად უფრო იტანჯება, ასევე ისიც, რომ ამ ქმედებას თქვენი სარწმუნოება კრძალავს), შეასრულებდით თუ არა მის თხოვნას, პასუხები ასე გადანაწილდა: შევასრულებდი - რესპოდენტთა 34% (n=17), არ შევასრულებდი - რესპოდენტთა 38% (n=19), შევასრულებდი უფრო, თუ არ ვიქნებოდი ოჯახის წევრი - რესპოდენტთა 6% (n=3), შევასრულებდი უფრო, თუ არ ვიქნებოდი მართმადიდებელი - რესპოდენტთა 10% (n=5), შევასრულებდი თუ არ ვიქნებოდი ექიმი - 0, შევასრულებდი, თუ კანონი ამას არ ამიკრძალავდა - რესპოდენტთა 12% (n=6).

## დისკუსია

კვლევის ანალიზმა აჩვენა, რომ რესპოდენტების უმრავლესობას (81%) ჰქონდა ინფორმაცია ევთანაზიის შესახებ. აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია იმის თქმა, რომ საზოგადოება ინფორმირებულია, და ასე თუ ისე გააჩნია საკუთარი აზრი ევთანაზიის შესახებ. შესაბამისად, შესაძლებელია, მათ იცოდნენ ევთანაზიის დადებითი და უარყოფითი შედეგების შესახებ.

კითხვაზე, რა არის ევთანაზია, პასუხებიდან გამომდინარე, გამოიყო 5 ასპექტი:

პირველი - როცა პასუხში ჩანს რომ ევთანაზია მათთვის უბრალოდ უმტკივნეულო სიკვდილია: „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანის უმტკივნეულოდ სიკვდილი“. ზოგიერთი კი მსგავსი განმარტებისას ამატებს პაციენტის ნებაყოფლობით სურვილს: „ტკივილისგან დატანჯული ადამიანის მოკვდინების აქტი, თავისივე სურვილიდან გამომდინარე“. ზოგიერთი კი პაციენტის მოთხოვნასთან ერთად ასახელებს ოჯახის ნებართვას. ასევე დაფიქსირდა პასუხი, რომ ევთანაზია არის: „თვითმკვლელობის უფლების მიღება“, ან სხვანაირად „კანონიერი თვითმკვლელობა, რომელსაც პირი თვითონვე ითხოვს გაუსაძლისი ფიზიკური ტკივილის ან სხვა გარემოების გამო.“

თუმცა, დომინანტურია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ევთანაზია არის: „თანხმობა სიცოცხლის შეწყვეტაზე ავადმყოფობის დროს, როცა გამოსავალი არ არსებობს და შეუძლებელია განკურნება.“ ან „უკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანი საკუთარი ნებით გადაწყვეტს, რომ სიცოცხლე დაასრულოს უმტკივნეულოდ“.

რესპოდენტების თითქმის უმრავლესი ნაწილი ნეიტრალურად არის განწყობილი, ან უბრალოდ ეთანხმება ევთანაზიას. თუმცა, როცა ისინი ფაქტის წინაშე დგებიან (მომდევნო კითხვები) ამ კითხვაში დაფიქსირებული მათი თანხმობა ეჭვქვეშ დგება. ისინი ცდილობენ სხვადასხვა მიზეზით გაამართლონ ან არ გაამართლონ ევთანაზიის პრაქტიკები. საინტერესოა, რა არის მიზეზი მათი დამოკიდებულებისა? ამაზე საკმაოდ მრავალფეროვანი და არგუმენტირებული პასუხები გამოვლინდა.

ისინი ვინც სრულიად არ ეთანხმებიან, ძირითადად, რელიგიურ ფაქტორს იშველიებენ („ვეფიქრობ, რომ სიცოცხლე უფლის საჩუქარია და ჩვენი გარდაცვალებაც მისივე ნებაა. არც ერთ ადამიანს აქვს უფლება „შეეხოს“ სხვის სიცოცხლეს“).



ვინც ევთანაზიას უბრალოდ არ ეთანხმება, ამბობს რომ: *“არ ვეთანხმები ევთანაზიას, რადგან არავის აქვს უფლება მოუსწრაფოს სიცოცხლე სხვა ადამიანს (თუმცა არსებობს გამონაკლისებიც, როცა ადამიანის მდგომარეობა უიმედოა და სხვა გზა არ არსებობს მისი ტკივილებისგან გასათავისუფლებლად).“*

ისინი, ვინც ნეიტრალურად არიან განწყობილნი, ასეთი დამოკიდებულების მთავარი მიზეზია: *„მართლმადიდებლობიდან გამომდინარე ეს საქციელი მიუღებელია ჩემთვის. მაგრამ მათთვის ვინც ამას ითხოვს ეს შეიძლება შეეღაც კი იყოს. ასე, რომ არც სრულიად არ ვეთანხმები და არც სრულიად ვეთანხმები.“*

ისინი, ვინც უბრალოდ ეთანხმებიან, მათი აზრი ასეთია: *“როცა ადამიანი გაუსაძლისი ტკივილებით იტანჯება და კარგად აქვს გააზრებული რას აკეთებს, უფლება აქვს უმტკივნეულოდ სიკვდილი აირჩიოს, თუმცა, შეიძლება ისეც მოხდეს, რომ გარკვეული დოზით ტკივილის შემცირება მოხერხდეს კიდევ დროთა განმავლობაში, ამიტომ ამ გადაწყვეტილების მიღებამდე ბევრი დაფიქრება და ალტერნატივების მოსინჯვაა საჭირო.“*

რესპონდენტთა ის ნაწილი, რომელიც სავსებით ეთანხმება ევთანაზიას, მათი დამოკიდებულების მიზეზი შემდეგნაირია: *„ამ დროს ადამიანი ავადმყოფობის უკანასკნელ სტადიაზეა, ტკივილები აუტანელია და თავს ზედმეტად, უფუნქციოდ გრძნობს და მისთვის ასეთი ცხოვრება შეუძლებელია. რამდენადაც მტკივნეული არ უნდა იყოს ეს სურვილი ახლობლებისთვის, ის ინიდიდუალურია და ვფიქრობ პატივი უნდა ვსცეთ მის გადაწყვეტილებას.“*

*„ტანჯვისგან თავის არიდება ადამიანის უფლებაა“*

*„ყველას აქვს არჩევანის უფლება“*

ამ პასუხებიდან ნათლად ჩანს, რომ ის, ვინც არ ეთანხმება ევთანაზიას, იშვლევს რელიგიურ ფაქტორებს (რატომ კრძალავს ეკლესია და ა.შ), მათ შორის ნეიტრალურად განწყობილი რესპონდენტები, ხოლო ისინი, ვინც ეთანხმებიან ევთანაზიის ქმედებას, ადამიანის კანონიერი უფლებები და პიროვნების თავისუფალი ნება მოჰყავთ არგუმენტად.

შედეგებიდან გამომდინარე, რესპონდენტების უმრავლესობას (86%) არ სმენია ევთანაზიის პრაქტიკების შესახებ საქართველოში. აქედან გამომდინარე, შესაძლოა ითქვას, რომ რაოდენ მართლმადიდებლური ეკლესია კრძალავს ასეთ ქმედებას, ამოდენ ევთანაზია ჩვენს ქვეყანაში ხშირად არ ხორციელდება, თუ კი, მაშინ ეს იმდენად ტაბუდადებული თემაა, რომ მისი საზოგადოებაში ინფორმაციის სახით გავრცელება იკრძალება. მითუმეტეს, რომ ეკლესია და სასულიერო პირები მეტად დომინანტი აქტორები არიან ქართულ-მართლმადიდებლურ სივრცეში.

რესპონდენტების თითქმის უმრავლესობამ (71%) იცოდა, რომ მართლმადიდებლური ეკლესია კრძალავს ევთანაზიას. ამის მიზეზად, უმრავლესობამ განაცხადა, რომ ეს თვითმკვლელობაა, ან ცოდვა, რომელიც ჩვენი რელიგიით ისჯება. *“აღბათ იმიტომ, რომ მართლმადიდებლობა კრძალავს ადამიანის მიერ საკუთარი თავის ან სხვის სიკვდილს. ადამიანის მოკვდავობა მიეწერება ზებუნებრივს, საკარაულს.“*

*„მართლმადიდებლობა თვითზიანის ნებისმიერ ფორმას კრძალავს, ხელის გაჭრასაც და მითუმეტეს სიცოცხლის ხელყოფას, ვინაიდან ეს მიიჩნევა ცოდვად.“*

*„ევთანაზია თვითმკვლელობაა“*

რესპონდენტების 39%-ის აზრით, ევთანაზია გამართლებულია სამედიცინო კუთხით. აღნიშნული ცხადყოფს, რომ მართლმადიდებლები ექიმებს და სამედიცინო დაწესებულებებს მიიჩნევენ იმ ფაქტორებად, რომლის ფარგლებშიც შეიძლება სავსებით გამართლდეს ევთანაზიის ქმედება.

გამოკითხულთა 69%--ის აზრით, პაციენტს, რომელიც უმძიმეს მდგომარეობაშია, შეუძლია მოითხოვოს უმტკივნეულო სიკვდილი. აღნიშნული წინააღმდეგობაში მოდის მათ მოსაზრებებთან (როგორც მართლმადიდებელ მრევლთან, რომლებიც უარყოფენ ევთანაზიას ყოველგვარი ტანჯვის ფონზე, რადგან რელიგია კრძალავს). 69%-ში შედიან ის ადამიანები, რომლებმაც წინა შეკითხვებზე არ გაამართლეს ევთანაზიის ქმედება. იმ ადამიანებმა, რომლებმაც დააფიქსირეს პასუხი, რომ აქვს უფლება - არგუმენტად ისევ და ისევ მოყავთ

ადამიანის უფლებები და რელიგია (თუ კი მისი რელიგია ევთანაზიას არ კრძალავს). ვინც გასცა პასუხი - აქვს უფლება, დასკვნა შეუცვლელია - ისინი თვლიან, რომ ეს მათი სარწმუნოებისთვის მიუღებელია, ეს ცოდვაა.

საინტერესოა, შედეგები იმ თვალსაზრისით, თუ ვის ეკისრება ყველაზე დიდი პასუხისმგებლობა პაციენტის სიცოცხლის ხელყოფაში ევთანაზიის პრაქტიკების დროს. მართლმადიდებელმა მრევლმა თანაბარი პასუხისმგებლობა მიანიჭა როგორც ექიმებს, ისევე ოჯახის წევრებს, ხოლო შემდეგ სახელმწიფოს. ამ კითხვის შედეგები შეიძლება დაგუკავშიროთ იმ კითხვის შედეგებს, სადაც განხილული იყო, თუ რომელი სფეროს კუთხით არის გამართლებული ევთანაზია. ამ შემთხვევაში რესპონდენტებმა სამედიცინო კუთხით მეტად გაამართლეს. ამ შედეგებშიც მეტ პასუხისმგებლობას და ნდობას ექიმებს უცხადებენ. ხოლო ოჯახის წევრებს ალბათ იმიტომ, რომ ოჯახი საქართველოში ძლიერი სოციალური ინსტიტუტია. ბევრი ჩვენგანი ხშირად ვითვალისწინებთ ოჯახის წევრების რჩევებს, როცა საქმე თუნდაც სიცოცხლისთვის ასე საფრთხილო ქმედებას ეხება.

პირი, რომელიც პაციენტის დაჟინებული თხოვნით შეასრულებს ევთანაზიის პრაქტიკას, მიიჩნევენ თუ არა დამნაშავედ, 28 რესპონდენტმა განაცხადა, რომ არ მიიჩნევენ, 17-ს კი უჭირს პასუხის გაცემა. აქ მოსალოდნელი იყო, რომ რესპონდენტების უმრავლესობა მიიჩნევა ამ ადამიანს დამნაშავედ. ეს იქიდან გამომდინარე, რომ 50 რესპონდენტი იყო მართლმადიდებელი ქრისტიანი და თითქმის უმრავლესობას, ევთანაზიის განხილვისას ცოდვა და რელიგიური აკრძალვა მოჰყავდა არგუმენტად.

ბოლო კითხვა დილემის წინაშე აყენებდა რესპონდენტს. კითხვაზე, თუ მას მოუწევდა იმ პირის ადგილზე ყოფნა, რომელსაც ოჯახი წევრი თხოვს ევთანაზიის პრაქტიკის შესრულებას, შეასრულებდა თუ არა მის თხოვნას, პასუხები რადიკალურად განსხვავებული არ ყოფილა. 17-მა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ შეასრულებდა. ხოლო 19-მა რესპონდენტმა დააფიქსირა პასუხი, რომ არ შეასრულებდა. გამოკითხული რესპონდენტების რაოდენობის ფონზე მაინც დიდია იმ ადამიანების რიცხვი, რომლებიც შეასრულებდნენ ევთანაზიის ქმედებას.

საბოლოო ჯამში, რესპონდენტების ნაწილი, რომელსაც ევთანაზიის კრიტიკისას არგუმენტად ცოდვა და მართლმადიდებლური წესები მოჰქონდა, მაინც დათანხმდნენ ევთანაზიის ქმედებას, როცა კი ფაქტის წინაშე დადგნენ. თუმცა, გამოკითხული მართლმადიდებელი მრევლის სიმცირის გამო, რთულია თამამად გამოიტანო რამე დასკვნები და კვლევა რეპრეზენტატულად ჩათვალოს. მაგრამ, კვლევა მაინც შედგა და არსებული რეალობა ასე თუ ისე მაინც დაგვანახა. გამოჩნდა ქართველი მართლმადიდებელი მრევლის დამოკიდებულებები და ქმედებები ევთანაზიის საკითხის მიმართ.

### **რეკომენდაციები**

მიზანშეწონილია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ევთანაზიის შესახებ რელიგიური, სამედიცინო, კულტურული, სოციალური და სამართლებრივი კუთხით. იგი უფრო გაუადვილებს ადამიანს მორალურ, ეთიკურ თუ რელიგიურ ღირებულებებში გათვითცნობიერებას. სასურველია, მსგავსი კვლევების მეტი ჩატარება, საკუთარი აზრის უფრო მკაფიოდ და დასაბუთებულად დაფიქსირება, სხვისი აზრის, რელიგიური, პოლიტიკური თუ ეთნიკური იდენტობის პატივისცემა.

### **გამოყენებული ლიტერატურა**

1. ჟურნალი “მართლმსაჯულება და კანონი” N3’11, გვ 124-134
2. “კანონი „პაციენტის უფლების შესახებ” თბილისი, 2000 წლის 5 მაისი



**მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების პრობლემები**

**ნანა დაბრუნდაშვილი<sup>1</sup>, მეგი ბულია<sup>1</sup>, მედეა ალადოშვილი<sup>1</sup>, სოფი ხაჩიძე<sup>1</sup>, მეგი ასათაშვილი<sup>1</sup>, დაჩი პაპოშვილი<sup>1</sup>**

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

**აბსტრაქტი**

**შესავალი:** საქართველოში სპეციალური სკოლები გადაკეთდნენ საჯარო სკოლებად, რამაც დადებით შედეგებთან ერთად გარკვეული სირთულეებიც განაპირობა. დღეს ფართოდ ინერგება ინკლუზიური განათლება. კვლევის მიზანია მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების სოციალური პრობლემების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუს ჯგუფის ინტერვიუ მხედველობის დარღვევის მქონე V-XII კლასის მოსწავლეებში ნახევრად სტრუქტურული კითხვარის მეშვეობით. **შედეგები, დისკუსია:** საცხოვრებელი ადგილიდან სკოლის დაშორების გამო ზოგი მოსწავლე მოწყვეტილია ოჯახურ გარემოში ცხოვრებას. მოსწავლეებს ოჯახის წევრებთან, პედაგოგ-აღმზრდელებთან და თანატოლებთან აქვთ პოზიტიური ურთიერთობა. ზოგი მოსწავლე საზოგადოებისგან გრძნობენ სრულიად უადგილო და გადამეტებულ ყურადღებას, რაც სათანადო, რელევანტური ინფორმაციის ნაკლებობითაა გამოწვეული. ზოგჯერ მშობლებს საკუთარი შვილების დისკრიმინაციის შიშით სკოლებში არ მიჰყავთ ისინი. ზოგი მოსწავლე დისკომფორტს განიცდის შშმ მოსწავლეების გარკვეული ნაწილის მიმართ, რომლებიც ხშირად იწვევენ ხმაურს გაკვეთილის მიმდინარეობისას. ზოგიერთმა მოსწავლემ გამოთქვა სკოლის ტექნიკურად, კერძოდ, „ბრაელერების“ მეტი რაოდენობით აღჭურვის სურვილი. **რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება, მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა მაქსიმალურად ჩართვა შეძლებისდაგვარად საზოგადოებრივ აქტივობებში, ასეთ მოსწავლეებს ყველა რეგიონში უნდა ჰქონდეთ განათლებაზე ხელმისაწვდომობა, მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთათვის სკოლებში მათთვის მაქსიმალურად კომფორტული ინფრასტრუქტურის და გარემოს ხელშეწყობა.

**საკვანძო სიტყვები:** მხედველობის დარღვევა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ინკლუზიური განათლება.

**ციტირება:** ნანა დაბრუნდაშვილი, მეგი ბულია, მედეა ალადოშვილი, სოფი ხაჩიძე, მეგი ასათაშვილი, დაჩი პაპოშვილი. მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების პრობლემები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1

**Problems of students with blindness and low vision**

**Nana Dabrundashvili<sup>1</sup>, Megi Bulia<sup>1</sup>, Medeia Aladoshvili<sup>1</sup>, Sophie Khachidze<sup>1</sup>, Megi Asatashvili<sup>1</sup>, Dachi Paposhvili<sup>1</sup>**

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

**Abstract**

**Introduction:** In Georgia special schools have reconstructed into public schools. It made both positive and negative results. Nowadays inclusive education becomes wider over the country. The main goal of the research is to study the social problems of blind and low vision pupils. **Methods:** Across

qualitative research carried out interview of focus-group. Pupils of V-XII grade with visual problems took participation in this research. They have answered the questionnaire consisting of premeditated questions. **Results, Discussion:** Because of large distance between school and home some pupils are separated from family life. Pupils have positive relationship with family members, teachers and schoolmates. Some pupils feel over-attention from society which is provoked because of shortage of relevant information. Sometimes parents have fear of discrimination and they don't bring their children to schools. Some pupils with blindness feel discomfort with specific group of limited possibility owner persons. They often made a noise during the lesson. Most of the students want more equipped schools, they need more "Braille". **Recommendations:** It is advisable to increase level of relevant information between society, include participation of blind and low vision pupils in social activities. These pupils living in regions must have accessibility on education. Also it is important for them to have more comfortable environment and schools equipped with important things.

**Keywords:** Visual impairment, disabled people, inclusive education.

**Quote:** Nana Dabrundashvili, Megi Bulia, Medeia Aladoshvili, Sophie Khachidze, Megi Asatashvili, Dachi Paposhvili. Problems of students with blindness and low vision. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.

## შესავალი

მხედველობითი სისტემა ადამიანის მიერ გარე სამყაროს აღქმის ერთ-ერთი საშუალებაა. მხედველობით სისტემას აქვს ფუნქციები, რომლის მეშვეობით ხდება სრულფასოვანი ხედვა. ამ ფუნქციათა დარღვევის ან დაკარგვის შედეგად ვიარდება მხედველობის დეფიციტი. მხედველობის დაქვეითება შეიძლება მოიცავდეს მდგომარეობას სუსტ მხედველობასა და სრულიად უსინათლობას შორის. ერთმანეთისაგან განსხვავდება მხედველობის თანდაყოლილი და შეძენილი დაქვეითებები [1].

მხედველობის დაქვეითების მქონე ადამიანები ყოველდღიურ ცხოვრებაში და სხვადასხვა სახის აქტივობაში შეიძლება შემდეგ სირთულეებს განიცდიდნენ [1]:

- გადაადგილების (მობილობის) სირთულე;
- ორიენტაციის სირთულე;
- ტრანსპორტირების სირთულე;
- სირთულეები ადამიანების ცნობისას;
- სირთულეები მოტორული დავალებების გაგებისას;
- სირთულეები საგანმანათლებლო და შრომით პროცესებში ინტეგრაციისას.

მხედველობის დაქვეითების მქონე ადამიანები სასკოლო აქტივობების განხორციელებისას შეიძლება შემდეგ სირთულეებს განიცდიდნენ [1]:

- კითხვის სირთულეები კლასში;
- თეთრ დაფასთან მუშაობის სირთულე: მოსწავლეებს უჭირთ მასზე დაწერილი ტექსტის ზუსტად ამოკითხვა ან სრულიად ვერ კითხულობენ;
- წიგნში წარმოდგენილ ვიზუალურ მასალასთან მუშაობის სირთულე. მხედველობა დაქვეითებულ მოსწავლეებს უჭირთ ილუსტრაციების გარჩევა და ამის გამო ჯგუფურ მეცადინეობაში მონაწილეობა;
- სიტყვასთან/წინადადებასთან/ტექსტთან სამუშაო დავალებები, როგორც წესი, გვერდზე განთავსებული ტექსტის ადგილმდებარეობის განსაზღვრას საჭიროებს, რისთვისაც მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებს ჩვეულებრივზე მეტი დრო სჭირდებათ. ამიტომ ისინი ხშირად სავარჯიშოების შესრულებას ვერ ახერხებენ;
- ზოგჯერ მასწავლებლის მიერ მიცემული დავალება კარგ დისტანციურ მხედველობას მოითხოვს, რაც ამ კატეგორიის მოსწავლეებისთვის მიუწვდომელია;
- მოსწავლეები ხშირად ვერ ასწრებენ მიცემული დავალების შესრულებას;
- ვინაიდან დავალებათა უმეტესობის შესრულება მხედველობის დაქვეითების მქონე მოსწავლისთვის შეუძლებელია, გაკვეთილთა ნაწილის მიმართ ისინი დემოტივირებულები რჩებიან.

ბევრ ქვეყნებში არსებობს სპეციალური/ალტერნატიული სკოლები, მაგალითად, მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა სკოლები. მკვლევართა აზრით, სპეციალური პროფილის მქონე სკოლაში სწავლა შეიძლება მოსწავლის საუკეთესო ინტერესებში შედიოდეს; მაგალითად მაშინ, როდესაც ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში არ ხერხდება მოსწავლის სპეციფიური საჭიროების დაკმაყოფილება, სპეციალურ სკოლას შეუძლია მოწავლეს შესთავაზოს მისთვის ოპტიმალური და სპეციფიური საგანმანათლებლო გარემო [2].

საქართველოში 2006 წლამდე სპეციალურ სკოლებში განათლება ხდებოდა სპეციალური, განსხვავებული სასწავლო გეგმის მიხედვით, გამოიყენებოდა განსხვავებული (ადაპტირებული და გამარტივებული) სახელმძღვანელოები მოსწავლეებისთვის, განსხვავდებოდა იმ სავალდებულო საგნების ჩამონათვალი, რომელსაც სპეციალურ სკოლაში ასწავლიდნენ [2]. 2006 წლიდან ყველა სპეციალური სკოლა გადაკეთდა საჯარო სკოლად. თუმცა, ყველა მათგანი ინარჩუნებს სპეციალურ პროფილს და თითოეული მათგანი ემსახურება სხვადასხვა სახის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეებს [2]. ერთ-ერთ ასეთ სკოლას წარმოადგენს 203 სკოლა მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებისათვის.

კვლევები ადასტურებენ, რომ სპეციალური სკოლების საჯარო სკოლებად გარდაქმნამ განაპირობა როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი ცვლილებები. დადებითად უნდა შეფასდეს ის გარემოება, რომ რეფორმის შედეგად სკოლებს ჩამოშორდა ისეთი იარაღი, როგორცაა: „ბრმების სკოლა“. მშობლები კმაყოფილნი არიან, რომ მათი შვილები „ჩვეულებრივ“ საჯარო სკოლებში სწავლობენ. დადებით ცვლილებებთან ერთად რეფორმამ სპეციალური სკოლები ბევრის სირთულის წინაშე დააყენა. კერძოდ, სკოლების სპეციფიურობა არსად ფიქსირდება, რაც ართულებს დამატებითი დაფინანსების მოპოვებას სკოლისთვის [2]. გარდა ამისა, რეფორმის შედეგად, მოსწავლეების განათლება უნდა წარმართოს ეროვნული სასწავლო გეგმის მიხედვით, რომელიც საერთოა ყველა მოსწავლისთვის. მოსწავლისთვის საკმაოდ რთულია სასწავლო გეგმით გათვალისწინებული პროგრამების ათვისება; სპეციალური სკოლის მოსწავლეები უმეტეს შემთხვევაში ვერ აკმაყოფილებენ ეროვნული სასწავლო გეგმით გათვალისწინებულ მინიმუმსაც კი [2].

დღეისათვის მსოფლიოში ფართოდ ინერგება ინკლუზიური განათლება, რომლის ფარგლებში ყველა მოსწავლე, არის ის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე თუ არა, სწავლობს ერთად ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეები დიდი ხნის განმავლობაში მხოლოდ სპეციალიზირებულ სკოლებში იღებდნენ განათლებას. დღესდღეობით კი მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეები სწავლობენ საჯარო სკოლებშიც [3].

კვლევის მიზანია მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეების ფსიქოსოციალური პრობლემების, მათ მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესწავლა.

### **მეთოდოლოგია**

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, ჩატარდა თვისობრივი ტიპის კვლევა, რომელმაც საშუალება მოგვცა გავცნობოდით კვლევის სამიზნე ჯგუფის შეხედულებებს და მოსაზრებებს თემასთან დაკავშირებით.

კვლევა ჩატარდა 202 სკოლაში მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებისათვის. კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა ფოკუს ჯგუფის ინტერვიუ. იგი ითვალისწინებდა კვლევაში მოსწავლეების სურვილისამებრ ჩართვას. ფოკუს ჯგუფის ინტერვიუსთვის მონაწილეები შეირჩა შემთხვევითად. გამომდინარე იქიდან, რომ სკოლა არ გამოირჩევა მოსწავლეების დიდი რაოდენობით, ვერ მოხდა ფოკუს-ჯგუფის ჩატარება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. შედეგად, ფოკუს-ჯგუფში მონაწილეობდნენ V-XII კლასის მოსწავლეები (სულ 11 მოსწავლე). მომზადდა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარი.

### **შედეგები**

კვლევაში მონაწილე 11 მოსწავლით დაკომპლექტებული ჯგუფის ბავშვებიდან 8 (72.7%) შეადგენდა მდედრობითი სქესის და მხოლოდ 3 იყო მამრობითი სქესის (27.3%). ამ

მოსწავლეებიდან გარკვეული რაოდენობა პირველი კლასიდან სწავლობდა ამ სკოლაში, დანარჩენები გადმოსულები არიან ჩვეულებრივი საჯარო სკოლებიდან. მხედველობის პრობლემა 6 მათგანისთვის თანდაყოლილი ხასიათისაა (54.5%), ხოლო დანარჩენს დაზადების შემდგომ მიღებული აქვს სხვადასხვა ტიპის ტრავმა, რომლებმაც მხედველობის დაკარგვა გამოიწვია (ერთ-ერთი გოგონა იხსენებს, რომ ჩვილობისას ექიმს გააუფარდა ხელიდან და სწორედ ამან გამოიწვია მისი უსინათლობა). 7 მათგანი არის ტოტალური უსინათლო, დანარჩენი 4 ახერხებს სილუეტების გარჩევას.

**ყოველდღიურ ცხოვრებაში ჩართულობა:** 202-ე უსინათლო ბავშვთა საჯარო სკოლის მოსწავლეები აქტიურად იღებენ ფორმალურ განათლებას, იყენებენ თანამედროვე ტექნიკას, აქვთ ხელმისაწვდომობა ინტერნეტზე (კომპიუტერებსა და მობილურ ტელეფონებში). თავისუფალ დროს ერთობიან და დრო გაჰყავთ სხვადასხვა თამაშებით. აღმოჩნდა, რომ 9 მათგანი მხოლოდ შაბათ-კვირას მიდის სახლში, შესაბამისად მკვეთრად გამოიკვეთა მშობლების მონატრების სურვილი. მათი ფიქრის მთავარი საგანია ოჯახურ გარემოში ცხოვრება. მშობლებისგან დაშორების მიზეზებია:

- არახელსაყრელი სოციალური პირობები, საცხოვრებელ ადგილსა და სკოლას შორის მანძილის სიდიდე – 5 მათგანი არის რეგიონიდან და მუდმივად ვერ ახერხებენ მშობლები მათ წაყვანას.

- 202-ე სკოლა კი საქართველოში ერთადერთია, სადაც მოსწავლეები უზრუნველყოფილი არიან ბრაილის შრიფტით გამოცემული სახელმძღვანელოებით.

დასვენების დღეებში სახლში, ოჯახის წევრებთან ყოფნის დროს ბავშვები ეხმარებიან მშობლებს სხვადასხვა საოჯახო საქმიანობებში. ამ მხრივ გამოირჩევიან გოგონები, რომლებიც სიამოვნებით მონაწილეობენ ჭურჭლის რეცხვის და საჭმლის მომზადების პროცესში. რაც შეეხება ბიჭებს, მათ თავადვე აღნიშნეს, რომ ისინი თავიანთი ასაკის ბიჭებისთვის „ჩვეული“ სიზარმაცით გამოირჩევიან და ნაკლებად ან თითქმის არ ეხმარებიან მშობლებს. ამ ყველაფრის ფონზე საყურადღებოა ერთ-ერთი ბიჭის ნათქვამი: „მე სულ მინდა დავეხმარო დედას, თუმცა დედა არ მაძლევს ამის საშუალებას, რადგან ემინია, რომ წაიქცევი და რამეს დავიზიანებ“.

**ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, სკოლაში მასწავლებლებთან, მოსწავლეებთან და გარშემომყოფებთან:** მოსწავლეებს ოჯახის წევრებთან და პედაგოგ და აღმზრდელებთან აქვთ პოზიტიური ურთიერთობა. ასევე, მეგობრული და დადებითია კლასელებთან/თანატოლებთან ურთიერთობა. ისინი ცდილობენ მხარში ამოუდგნენ, გაახალისონ და თანაუგრძნონ ერთმანეთს – „ჩვენ როცა მოწყენილები ვართ, ვცდილობთ ერთმანეთის გახალისებას“ (თეა 9 წლის).

საყურადღებოა მოსწავლეების მოსაზრება საზოგადოებასთან დაკავშირებით. როგორც აღნიშნეს, საზოგადოებისგან ისინი გრძნობენ ყურადღებას, თუმცა ნეგატიური ფორმით და ხშირად ეს ყურადღება სრულიად უადგილო და გადამეტებულია.

*„ადგილს გვითმობენ, საცოდავო, საწყალი დედაშენი, საწყალი ინვალიდი ბავშვი, გვაკვირდებიან თითქოს ზოოპარკის ცხოველები ვიყოთ“ – თამილა 21 წლის.*

ბავშვები ხშირად გრძნობენ თავს მარტო, რაც უმეტესად საზოგადოების ამგვარი დამოკიდებულების შედეგია. მიუხედავად ამისა, მოსწავლეები შემართებით აგრძელებენ ცხოვრებას და საზოგადოებას პასუხობენ შემდეგი სიტყვებით:

*„სკოლს უსინათლო იყო თვალით, ვიდრე გონებით“ (ქრისტი 16 წლის).*

მოსწავლეები საზოგადოების ასეთ რეაქციას ხსნიან სათანადო, რელევანტური ინფორმაციის ნაკლებობით. საზოგადოების უარყოფითი დამოკიდებულება იწვევს ბავშვების ფსიქოლოგიურ დათრგუნვას, გაღიზიანებას, ამიტომ ისინი ხშირად გულისტკივილით მიმართავენ მშობლებს, რომ ნუ გაუზიარებენ შვილებს, თუ როგორ უყურებს საზოგადოება მათ, როდესაც ისინი ქუჩაში ან საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში გადაადგილდებიან.

*„ბევრი უსინათლო ადამიანია, რომელმაც წარმატებას მიაღწია, ამიტომ ეს სულაც არ ნიშნავს, იმას რომ ჩვენ არაფერი შეგვიძლია, ეს დაბრკოლება არაა“ (გიორგი 18 წლის).*

**სურვილები:** რესპოდენტთა აზრით, მათგან განსხვავებით, არიან ბავშვები, რომლებიც მშობლების გადაწყვეტილები გამო, ჩაკეტილნი არიან სახლებში. მათ მშობლებს ემინიათ სტიგმის, დისკრიმინაციის, დაცინვის. რესპოდენტების სურვილია, ასეთმა მშობლებმა თავიანთი შვილები მიიყვანონ სკოლაში. იგი დადებითად იმოქმედებს მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებზე, რადგან მათ მიეცემათ საშუალება ისწავლონ უფრო მეტ ადამიანთან ერთად. გარდა ამისა, იგი დადებითად იმოქმედებს სკოლის მოსწავლეებზეც, რადგან ეყოლებათ ბევრი ახალი მეგობარი.

რესპოდენტების გარკვეული ნაწილი დისკომფორტს განიცდის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეების გარკვეული ნაწილის მიმართ, რომლებიც ხშირად განაპირობებენ ხმაურს გაკვეთილის მიმდინარეობისას. მათი აზრით, აღნიშნული ხელს უშლის დანარჩენებს სწავლაში, რადგან, როგორც წესი, მასწავლებლის მეტი ყურადღება მიმართულია ასეთი ბავშვებისკენ.

ზოგიერთმა მოსწავლემ გამოთქვა სკოლის ტექნიკურად, კერძოდ, „ბრაელერების“ (სპეციალური საბეჭდი მოწყობილობა მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებისათვის) მეტი რაოდენობით აღჭურვის სურვილი.

ფრაზის დასრულებისას – თავს უფრო ბედნიერად ვიგრძნობდი, რომ..... იყო შემდეგი პასუხები: *“ვხედავდე ყველაფერს“; „ვიცხოვრო მშობლებთან ერთად სახლში“; „ჩემს რეგიონში, აფხაზეთშიც, იყოს მსგავსი სკოლა“; „არ ვეცოდებოდე საზოგადოებას“; „ყველაფერი იყოს კარგად ჩემს ცხოვრებაში“; „შეიცვალოს საზოგადოების დამოკიდებულება“.*

### რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია:

- საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება;
- სკოლაში საჭირო რაოდენობის ფსიქოლოგის, ექიმისა და სოციალური მუშაკის დაქირავება;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა მაქსიმალურად ჩართვა შეძლებისდაგვარად საზოგადოებრივ აქტივობებში;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეებს ყველა რეგიონში უნდა ჰქონდეთ განათლებაზე ხელმისაწვდომობა;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთათვის სკოლებში მათთვის მაქსიმალურად კომფორტული ინფრასტრუქტურის და გარემოს ხელშეწყობა;
- მხედველობის დარღვევის მქონე მოსწავლეთა გადაადგილებისთვის გარემოს ადაპტირება, მათ შესაძლებლობებზე მორგება (ავტობუსების, სამარშუტო ტაქსების, შენობების).

რაც შეეხება სწავლების ტიპს, ამ სკოლის მოსწავლეებისგან განსხვავებით, ჩვენ ვემხრობით, რომ უნდა მოხდეს სწავლება ინტეგრირებული მოდელის მიხედვით, რაც წამყვანია ინკლუზიური განათლების მიწოდების საკითხში. თუმცა, აშკარაა, რომ ამის მიღწევა გარკვეულ სირთულეებს და პრობლემებს უკავშირდება, რაც საკითხის მრავალმნიშვნელობით და კომპლექსურობით აიხსნება.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. ინკლუზიური განათლება, გზამკვლევი მასწავლებლებისათვის. თბილისი, 2009.
2. ჟანა კვაჭაძე; მაია არავიაშვილი. საქართველოს 13 სპეციალიზირებული პროფილის მქონე სკოლის სიტუაციური ანალიზი და სკოლის და მასწავლებლების საჭიროებების კვლევა. მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრი. 2009.
3. მხედველობის დარღვევის მქონე ბავშვთა მასწავლებელთა გადამზადება. საინფორმაციო სააგენტო “prof-news”. 29.10.2015.





**პალიატიური ზრუნვის პრობლემები საქართველოში თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლის მაგალითზე**

დიმიტრი ჭილაია, ლაშა ხიჯაკაძე, მარიამ ქვათაძე, მარიამ ტურიაშვილი, ცოტნე ფულარია, გურამ სოლოღაშვილი<sup>1</sup>

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

**აბსტრაქტი**

**შესავალი:** საქართველოში ფუნქციონირებს რამოდენიმე ჰოსპისი, რომლებიც ახორციელებენ ინკურაბელურ პაციენტებზე ზრუნვას. კვლევის მიზანია პალიატიურ ზრუნვასთან დაკავშირებული პრობლემების შესწავლა თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლის მაგალითზე. **მეთოდოლოგია:** პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად თვისებრივი კვლევის ფარგლებში მოხდა დარგის ექსპერტთა სიღრმისეული გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** წლიდან წლამდე იზრდება იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებმაც მოწყალების სახლში მიიღეს პალიატიური ზრუნვა. ამისათვის გამოყოფილი 6 ადგილი სრულად დატვირთულია მთელი წლის განმავლობაში. ქვეყანაში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს. პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის არაინფორმირებულობის გამო ისინი ვერ იღებენ სათანადო პალიატიურ სერვისებს. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია საქართველოში პალიატიური ზრუნვის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობა, პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის განათლების ამაღლება.

**საკვანძო სიტყვები:** ჰოსპისი, პალიატიური ზრუნვა, ინკურაბელური პაციენტები.

**ციტირება:** დიმიტრი ჭილაია, ლაშა ხიჯაკაძე, მარიამ ქვათაძე, მარიამ ტურიაშვილი, ცოტნე ფულარია, გურამ სოლოღაშვილი. პალიატიური ზრუნვის პრობლემები საქართველოში თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლის მაგალითზე. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1

**Palliative care of the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery**

Mariami Turiashvili<sup>1</sup>, Tsothe Fularia<sup>1</sup>, Dima Chilaia<sup>1</sup>, Gurami Sologhashvili<sup>1</sup>, Mariam Kvatadze<sup>1</sup>, Lasha Khijakadze<sup>1</sup>

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

**Abstract**

**Introduction:** There are several places in Georgia, where hospice and palliative care is provided for incurable (terminally ill) patients. The aim of the research is to study the problems which are related to the palliative care and to gather the needed information from the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery. **Methodology:** In addition to studying the primary and secondary sources of literature we used narrative interview as a method for qualitative research. We interviewed the experts of this field. **Results, discussion:** The amount of the patients who were accepted to be under palliative care is increasing annually. There are six beds in the Mercy Center. Due to high demand of palliative care and a small amount of beds, all of them are always taken. It is hard to satisfy other patients, who are willing



to join the Mercy Center. On the other hand, the reason of not getting the necessary services is a lack of information about the hospice and palliative care. **Conclusion, recommendations:** Spreading the information about hospice and palliative care, supporting the organizations which are willing to develop in this field are the best ways of solving this problem.

**Keywords:** Hospice, palliative care, terminally ill.

**Quote:** Mariami Turiashvili, Tshotne Fularia, Dima Chilaia, Gurami Sologhashvili, Mariam Kvatadze, Lasha Khijakadze. Palliative care of the Mercy Center of Peristsvaleba Nunnery. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.

## შესავალი

პალიატიური მზრუნველობა გულისხმობს „აქტიურ, მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება. მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა“ [1].

ცხადია, პალიატიური ზრუნვის მიზანი არ არის პაციენტის გამოჯანმრთელება, მისი განკურნება, არამედ ავადმყოფთათვის ტკივილის მოხსნა და სულიერი თანადგომა ცხოვრების უკანასკნელ დღეებში. ასევე მნიშვნელოვანია ავადმყოფთა სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება, რადგან ხშირ შემთხვევაში მძიმე დაავადება განაპირობებს სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფულ ხარჯებს და შესაბამისად პაციენტთა გაღარიბებას.

პალიატიური ზრუნვა ხორციელდება როგორც სპეციალიზებულ ჰოსპისებში, ასევე ბინაზე [2]. ბინაზე ავადმყოფთა ოჯახის წევრებს ასწავლიან, თუ როგორ მოუარონ პაციენტს. როგორც ავღნიშნეთ, პალიატიური ზრუნვა მრავალპროფილური მომსახურებაა. მულტიდისციპლინურ გუნდში ჩართულია არა მხოლოდ ექიმი, ექთანი და სანიტარი, არამედ ფსიქოლოგი, სოცმუშაკი, ასევე ეკლესიის წარმომადგენლები.

ჰოსპისური მოძრაობის დამფუძნებლად მიიჩნევენ სესილი საუნდერსს (1948 წ.). იგი ფართოდ გავრცელდა მთელ მსოფლიოში 1980-იანი წლებიდან.

საქართველოში ფუნქციონირებს რამოდენიმე ჰოსპისი. „წმინდა მამა გაბრიელის სახელობის მიუსაფარი მოხუცებულების პალიატიური ჰოსპისი“ (მდებარეობს ხეივანის ქ. N 15) განთავსებულია კერძო საკუთრებაში მყოფ შენობაში, რომელშიც მოქმედებს, როგორც ხანდაზმულთა თავშესაფარი, ასევე, პალატა პალიატიური პაციენტებისათვის (7 საწოლი პალიატიური პაციენტებისთვის და 16- ხანდაზმულებისთვის). პალატა აღჭურვილია მძიმე პაციენტების მოვლისთვის საჭირო აპარატურით და ფუნქციური საწოლებით.

ონკოლოგიური ცენტრის ბაზაზე (ლისის ტბასთან) ფუნქციონირებს პალიატიური ზრუნვის სამსახური. ჰოსპისს აქვს ერთ, ორ და სამ საწოლიანი პალატები (სულ 32 საწოლი ონკოლოგიური და შიდაით დაავადებულთათვის. მათ შორის, 2-2 საწოლი ქუთაისში, ზუგდიდსა და ბათუმში.). ცენტრი დაკომპლექტებულია სამედიცინო პერსონალით, მათ შორის დღის და ღამის მორიგე ექიმები და ექთნები, მომვლელები, ფსიქოლოგი. ცენტრს არ გააჩნია ბინაზე მოვლის სერვისები.

საქართველოში ასევე მოქმედებენ პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის ბინაზე დახმარების მობილური ბრიგადები (ფუნქციონირებენ თბილისში, ბათუმში, ქუთაისში, თელავში). ისინი წელიწადში კურირებენ 300-ზე მეტ ავადმყოფს და ახორციელებენ 6000-მდე ვიზიტს. ასევე, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია და ონკოპრევენციის ცენტრი ახორციელებს შიდაით დაავადებულ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობას ბინაზე და სტაციონარში.

პალიატიურ ზრუნვას ახორციელებს, აგრეთვე, თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალების სახლი (ურბნისის 7, დარეჯანის სასახლე). იგი საქველმოქმედო ორგანიზაციაა და ხორციელდება ონკოლოგიური პროფილის პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა. ძირითადად ემსახურებიან დედათა მონასტრის მრევლზე [3].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, საქართველოში ოჯახის წევრების ჩათვლით, 75 ათასი ადამიანი მეტ-ნაკლებად საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას; სხვა განუკურნავი სენით დაავადებულთა რაოდენობის დამატებით, დღეს საქართველოში 150 ათასამდე ადამიანი ექვემდებარება პალიატიურ მზრუნველობას [4].

თუ გავითვალისწინებთ, რომ მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით, პალიატიური ზრუნვისათვის საქართველოში საჭიროა დაახლოებით 330 ადგილი, მაშინ როდესაც გამოყოფილია მხოლოდ 45 ადგილი, შეიძლება ითქვას, რომ ჰოსპისებში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა და საკადრო რესურსი ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს. შედეგად, ავადმყოფები მიმღე ფიზიკურ და სულიერ მდგომარეობას განიცდიან.

კვლევის მიზანია, თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლის პალიატიური ზრუნვის სერვისების შესწავლა. კერძოდ, თუ როგორ ხდება პაციენტების შერჩევა, მათზე ზრუნვის დაფინანსება, რა სახის სერვისებს ახორციელებენ?

## მეთოდოლოგია

პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლის წარმომადგენლების სიღრმისეული გამოკითხვა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარებით.

## შედეგები

თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლი დაარსდა 2003 წლის იანვარს. თუმცა, დედათა მონასტერი 1997 წლიდან ეწეოდა შეჭირვებულ ავადმყოფთა დახმარებას საკვებით და ტანისამოსით. 2004 წელს მოწყალეების სახლს სამედიცინო დაწესებულების სტატუსი მიენიჭა. მოწყალეების სახლი რამოდენიმე სახის სპეციფიური დანიშნულების მქონე დაწესებულებაა:

- წმინდა ნინოს სახელობის სასნეულო სახლი (ჰოსპისი);
- მოწყალეების დების სასწავლებელი;
- ფუნქციონირებს უფასო ამბოლატორიული ტიპის მომსახურება, მიუსაფართათვის;
- უფასო სასადილო.

სასნეულო სახლი (ჰოსპისი) გათვლილია 6 საწოლზე, სადაც თავსდება IV კლინიკური ჯგუფის პაციენტები, რომელთაც ესაჭიროებათ პალიატიური (შემამსუბუქებელი) მკურნალობა და სპეციფიური მოვლა.

სასნეულო სახლი (ჰოსპისი) სთავაზობს შემდეგ მომსახურებას: უკურნებელი და სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მოვლა/მზრუნველობა, მათი ძირითადი ჩივილების შემსუბუქება და სულიერი და მორალური მხარდაჭერა.

ხშირად სასნეულო სახლში ხვდებიან ისეთი პაციენტებიც, რომელთა მდგომარეობა სამედიცინო მოვლის მხოლოდ გარკვეული დროით ჩართვას მოითხოვს, მაგალითად, ქირურგიული ჩარევის შემდგომი პერიოდი, რომელიმე ქრონიკული დაავადების გამწვავების ფაზა და ა.შ. სასნეულო სახლში გადაჰყავთ ის პაციენტებიც, რომელთაც ბინაზე მოვლის სამსახურის, სასნეულო სახლის ექიმის და მოწყალეების დების შეფასებით, 24-საათიანი მოვლა-მზრუნველობა სჭირდებათ.

სასნეულო სახლის პაციენტების 70 % ინკურაბელური, ანუ განუკურნავი ავადმყოფებია, ხოლო 30 % - ქირურგიული ჩარევის შემდგომი პერიოდის და რომელიმე ქრონიკული დაავადების (ხშირად ნევროლოგიური) გამწვავების შემდგომი პერიოდის პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ რეაბილიტაციას. მათი დაწესებულებაში ყოფნის დრო წინასწარ არ არის განსაზღვრული. ასეთ პაციენტებს სამედიცინო მოვლას უწევენ დაახლოებით 2 კვირიდან ერთ თვემდე. თუმცა, მათი დაყოვნება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად გაუმჯობესდა, თუ, პირიქით, გაუარესდა ჯანმრთელობის მდგომარეობა. გარკვეული რეაბილიტაციის კურსის ჩატარების შემდეგ ასეთ პაციენტს სახლში აბრუნებენ.

სასნეულო სახლის პაციენტები ქალები არიან. ბინაზე მოვლის სამსახურის პაციენტები არიან როგორც ქალები, ასევე მამაკაცები. პაციენტების უმრავლესობას მოზრდილები და მოხუცები შეადგენენ; თუმცა პალიატიური მზრუნველობის დახმარების გაწევა უხდებოდათ ინკურაბელურ ბავშვებთანაც.

სასნეულო სახლის სერვისებით ძირითადად სარგებლობენ სოციალურად დაუცველი ფენის წარმომადგენლები. თუმცა, მკურნალობის სიძვირის გამო, ამ სერვისებით სარგებლობენ დაბალშემოსავლიანი ადამიანებიც.

სასნეულო სახლს ურთიერთობა აქვს ონკოლოგიის ეროვნულ ცენტრთან. მის თანამშრომლებთან გადიან კონსულტაციებს. პაციენტებზე ზრუნვას ახორციელებენ მოწყალეების დები. ისინი პროფესიონალი ექთნები არიან, სათანადო კვალიფიკაციით, საგანმანათლებლო დიპლომით და პალიატიური ზრუნვის სერთიფიკატით. მოწყალეების სახლში დასაქმებულია 18 მოწყალეების და. მოწყალეების დების გამოკითხვით ირკვევა, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევის გარდა მათი მთავარი დანიშნულებაა პაციენტს გაუწიონ ფსიქო-ემოციური და სულიერი დახმარება. აქვე აღსანიშნავია, რომ მოწყალეების დები გაწეული დახმარებისათვის არ ღებულობენ ანაზღაურებას. კითხვაზე, თუ რა არის მათი საქმიანობის მოტივაცია, ერთ-ერთმა მოწყალეების დამ განმარტა: „პირადი ტრაგედიის შემდეგ გადავწყვიტე სხვა ადამიანზე მზრუნველობით შემეცხო ეს დანაკლისი. მიხარია, როდესაც ადამიანს ჩემი დახმარებით და ღვთის წყალობით ტკივილი ეხსნება. ადამიანი მოწყალეების გაღებისას საკუთარი სულის გადასარჩენად ზრუნავს. მოწყალეება ადამიანის ცხოვრების ნაწილია. მის გარეშე მისი ცხოვრება ჭეშმარიტ აზრსა და დანიშნულებას კარგავს“. მოწყალეების დების განმარტებით, მათთვის მნიშვნელოვანია ადამიანის გვერდით იყვნენ სიცოცხლის ყველაზე მძიმე პერიოდში.

მონასტერთან არსებობს მოწყალეების დების სასწავლებელი, სადაც ახალგაზრდებს სრულიად უსასყიდლოდ ასწავლიან. ისინი თეორიულ კურსთან ერთად პრაქტიკას "სასნეულო სახლში" გადიან. არის. სასწავლებელს მთლიანად საპატრიარქო აფინანსებს.

სასნეულო სახლი და ბინაზე მოვლის სამსახური არ ფინანსდება რომელიმე სახელმწიფო პროგრამით. დაფინანსების წყაროა შემოწირულობები, გრანტები. დონორობას უწევენ სხვადასხვა უცხოური ორგანიზაციები. ხშირად ადამიანები ანონიმურად ეწევიან ქველმოქმედებას. ინტერვიუების დროს მოწყალეების დამ განაცხადა, რომ „ერთი ადამიანი, რომლის სახელი და გვარი ჩვენთვის უცნობია, ჩვენს ანგარიშზე რიცხავს თანხას, წელიწადში რამოდენიმეჯერ უზრუნველყოფს პაციენტებს საკვებით, პირადი ჰიგიენის საშუალებებით. ასევე, სასნეულო სახლის მედიკამენტებით მომარაგებას ახორციელებს "ავერსი". შემოწირულობის სახით, პაციენტს ან მის ოჯახს შეუძლია გარკვეული თანხის გადახდა. წელიწადში ერთხელ ტარდება საკონცერტო ღონისძიება, რომლიდანაც შემოსული თანხა მთლიანად ხმარდება პაციენტებზე ზრუნვას.

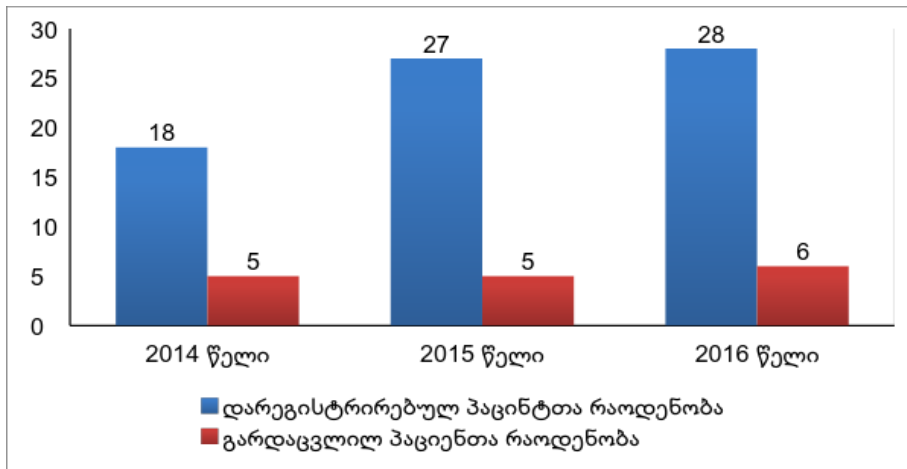
სტატისტიკური მონაცემებიდან ჩანს, რომ წლიდან წლამდე იზრდება იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებმაც მოწყალეების სახლში მიიღეს ზრუნვა. ბოლო სამი წლის განმავლობაში მოწყალეების სახლში დარეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობა 18-დან 28-მდე გაიზარდა.

მოწყალეების სახლში პალიატიური მზრუნველობისათვის გამოყოფილი 6 ადგილი სრულად დატვირთულია მთელი წლის განმავლობაში. როგორც ინტერვიუდან შევითქვეთ, არსებობს ისეთი მომენტებიც, როდესაც გადაუდებელი სიტუაციის შემთხვევაში მე-7 პაციენტს მოწყალეების დის ოთახში აწვენენ.

კითხვაზე, თუ რით აიხსნება მოწყალეების სახლის სერვისების მიმართ პაციენტების მზარდი მოთხოვნა, მოწყალეების დების აზრით, მათი სურვილია ავადმყოფობის პერიოდი საეკლესიო გარემოში გაატარონ. ამ დროს ხდება სიცოცხლის გადაფასება. ისინი გრძნობენ ღმერთის საჭიროებას და სწორედ საჭიროებიდან გამომდინარე გვაკითხავენ. გარდა მზრუნველობისა, მოწყალეების სახლი აძლევს სულიერი მხარის შევსების საშუალებას. ნეტარი ავგუსტინე ამბობს: „ლატაკი, ეს არის შენი კარი, შენ თავად კი – ღვთის კარების წინ მდგარი ლატაკი. როგორც მოექცევი შენს მთხოვნელს, ისევე მოგექცევა შენც ღმერთი“. მოწყალეების

დების განმარტებით, მოსახლეობის ფართო ფენებს არ აქვთ პალიატიური ზრუნვის შესახებ ინფორმაცია. არაინფორმირებულობის გამო ისინი ვერ იღებენ სათანადო სერვისებს.

ნახატი 1: თბილისის ფერიცვალეების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლში გატარებულ პაციენტთა რაოდენობის დინამიკა, 2014-2016 წელი.



წყარო: თბილისის ფერიცვალეების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლი.

### დისკუსია, ინტერპრეტაცია

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ თბილისის ფერიცვალეების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლი მნიშვნელოვან და საკეთილდღეო საქმეს აკეთებს. საჭიროა საზოგადოებამ უფრო მეტი გაიგოს მის მიერ გაწეული საქმიანობის შესახებ. მოწყალეების სახლი ახორციელებს არა მხოლოდ პალიატიურ მზრუნველობას, არამედ სხვა სახის დახმარებებითაც შემოიფარგლება. პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილი 6 საწოლი სრულად დატვირთულია მთელი წლის განმავლობაში. ამის ერთ-ერთი მიზეზია ის გარემოება, რომ საქართველოში პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილია მხოლოდ 45 ადგილი, მაშინ, როდესაც მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით საჭიროა დაახლოებით 330 ადგილი და ბინაზე ზრუნვის ფართო ქსელი. შესაბამისად, ჰოსპისებში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა და საკადრო რესურსი ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს.

საქართველოში დაბალია პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის განათლება. მწირი ინფორმირებულობის გამო პაციენტები და მათი ახლობლები ვერ იღებენ სათანადო პალიატიურ მომსახურებას, განიცდიან ტკივილს, მძიმე ემოციურ მდგომარეობას.

### რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია:

- საქართველოში პალიატიური ზრუნვის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობა.
- პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილი საწოლების ზრდა
- ბინაზე ზრუნვის ფართო ქსელის განვითარება.
- პალიატიური ზრუნვისათვის საჭირო საკადრო რესურსების ზრდა
- პალიატიური ზრუნვის შესახებ მოსახლეობის განათლების ამაღლება.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990
2. Verulava, T., Adeishvili, I., Maglakeridze, T., (2016) Home Care Services for Elderly People in Georgia. Home Health Care Management Practice, 28 (3). C. 170-177. ISSN 1552-6739
3. სუვარიანი, ნ. (2008) საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა ინერგება.



## პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში

ანი ასრათაშვილი<sup>1</sup>, შორენა ქაფიანიძე<sup>1</sup>, თათია წიქორიძე<sup>1</sup>, სალომე მინდიაშვილი<sup>1</sup>

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

### აბსტრაქტი

**შესავალი:** გულის უკმარისობა ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მოითხოვს ყოველდღიურ კონტოლს და ცხოვრების წესთან ადაპტაციას. ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა პირველადი ჯანდაცვის ექთნების მიერ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის მედლების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე ექთნები ახორციელებენ საგანმანათლებლო თემების მიწოდებას გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისთვის. **რეკომენდაციები:** საგანმანათლებლო მასალებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის ხელშეწყობა, რათა უკეთ უზრუნველყონ პაციენტების განათლება ბუკლეტების გამოყენებით. პროფესიული განათლების მქონე პირველადი ჯანდაცვის ექთნებისათვის სისტემატურად ორგანიზდეს გადამზადების კურსები და ლექცია-სემინარები კარდიოლოგიურ საკითხებთან და კარდიოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებთან ურთიერთობის შესახებ.

**საკვანძო სიტყვები:** გულის უკმარისობა, პირველადი ჯანდაცვა, ექთნები.

**ციტირება:** ანი ასრათაშვილი, შორენა ქაფიანიძე, თათია წიქორიძე, სალომე მინდიაშვილი. პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. სახლის მაგალითზე. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1

### Primary health care nurses and heart failure education

Ani AsrataShvili<sup>1</sup>, Salome Mindiashvili<sup>1</sup>, Tatia Tsikoridze<sup>1</sup>, Shorena Qapianidze<sup>1</sup>

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

### Abstract

**Abstract- Introduction:** Heart failure is a chronic disease which requires daily control and life style adaptation. Our research was to conduct a study of primary care nurses in heart failure patients by providing information about the disease. **Methodology:** Within the quantitative research was carried out through a structured questionnaire survey of primary care nurses. **Results, discussion:** According to the survey carried out by the nurses in the delivery of educational communities in heart failure patients. **Recommendations:** Educational materials promoting better access to better ensure patient education booklets using. For health care nurses that have professional education need to organize courses of improving one's qualification and also lecture about this diseases.

**Keywords:** Heart failure, primary care, nurses.

**Quote:** Ani AsrataShvili, Salome Mindiashvili, Tatia Tsikoridze, Shorena Qapianidze. Primary health care nurses and heart failure education. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.

## შესავალი

გულის უკმარისობა ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მოითხოვს ყოველდღიურ კონტროლს და ცხოვრების წესთან ადაპტაციას. დაავადების სიმპტომებს შორის აღსანიშნავია ქოშინი, სისუსტე და ადვილად დაღლა, გულის ფრიალი, გულის აჩქარების შეგრძნება, ქვედა კიდურების შეშუპება, მშრალი ხველა, კანისა და ლორწოვანების მოლურჯო (ციანოზური) შეფერილობა, შარდის ოდენობის შემცირება, ღამით შარდვის გახშირება. მნიშვნელოვანია ამ სიმპტომების მართვა. ასევე, ავადმყოფებმა უნდა იცოდნენ თუ როდის მიმართონ სამედიცინო დახმარებისათვის [1]. პირველადი ჯანდაცვის კუთხით მნიშვნელოვანია პაციენტის განათლება, თვითმართვის უნარების განვითარება, მედიკამენტური და არამედიკამენტური ჩარევების მართვა [2]. გულის უკმარისობის შესახებ ცოდნა გულისხმობს წონის კონტროლს, სიმპტომებზე რეაგირებას, მედიკამენტების გამოყენებას, დიეტას, შესაფერის ფიზიკურ ვარჯიშებს [3]. თვითმართვის მხარდაჭერი განათლების მიზანია სარწმუნო გადაწყვეტილების მიღების უნარის განვითარება, ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესების მიზნით [4]. დაავადების თვითმართვა არის ქრონიკული დაავადებების მართვის მნიშვნელოვანი კომპონენტი [5]. გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების განათლებას, თვითმართვის ღონისძიებებს და შემცირებულ ჰოსპიტალიზაციას შორის არსებობს გარკვეული კავშირი [6]. თუმცა გულის უკმარისობის მქონე ავადმყოფები აღნიშნავენ დაავადების შესახებ განათლების დეფიციტს [7]. უწყვეტი განათლება საჭიროა დაავადების მთელი პერიოდის განმავლობაში [8]. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები, როგორც პაციენტების ექიმთან კონტაქტის პირველი ადგილი, ჯანმრთელობის განათლების მთავარი პროვაიდერებია [9]. ბევრ ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის ექთნები მონაწილეობენ ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანების განათლების პროგრამების განხორციელებაში [10]. ასეთი პროგრამები მოითხოვენ საწყის შეფასებას, სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის განვითარებას, და პერიოდულ მონიტორინგს [11]. იგი აგრეთვე მოიცავდა პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების განათლებას. ბოლო დროს გაიზარდა პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა, რაც ზრდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში ქრონიკული დაავადებების თვითმართვის როლს [12]. ჩვენი კვლევის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლის შესწავლა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების განათლებაზე. გულის უკმარისობაზე აქცენტირება განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ კვლევების მიხედვით პაციენტებს ნაკლები განათლება აქვთ ამ დაავადების მიმართ [13]. განათლების მაღალი დონის და თვითმართვის ეფექტი იმაში მდგომარეობს, რომ ამცირებს ჰოსპიტალიზაციას [14, 15, 16].

კვლევის მიზანს შეადგენდა შეგვესწავლა პირველადი ჯანდაცვის ექთნების მიერ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება, მათი საგანმანათლებლო აქტივობები სიხშირის, ხანგრძლივობის და თემების მიხედვით, ამ განათლების ხელშეწყობისათვის გამოყენებული საგანმანათლებლო რესურსების სახეები, მათი ინფორმირებულობისა და დამოკიდებულების დადგენა.

## მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და დაავადების კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის მედლების გამოკითხვა. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მედლები. მედლების მონაცემების ხელმიუწვდომობის გამო, მედლების შერჩევის მეთოდად გამოყენებული იქნა სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მედლების ალბათური

შერჩევის მეთოდი, კერძოდ მარტივი შემთხვევითი შერჩევის სახე - სისტემური შერჩევა. შეირჩა 100 ბენეფიციარი. კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. თითოეული კითხვარი შეიცავდა ღია და დახურულ კითხვას, ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წუთი. 100 შერჩეული პირებიდან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე დათანხმდა 88 ბენეფიციარი (88%). 12 პირმა უარი განაცხადა მონაწილეობის მიღებაზე.

**ჰოპოთეზა:** პირველადი ჯანდაცვის ექთნების მიერ ხორციელდება დაავადების შესახებ საგანმანათლებლო თემების მიწოდება; გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის პირველადი ჯანდაცვის ექთნები საჭიროებენ კვალიფიკაციის ამაღლებას უკეთესი მომსახურების გაწევისათვის.

**შედეგები**

რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები მოცემულია ცხრილში (ცხრილი 1). მედდების 100% შეადგენდნენ ქალები. მედდების უმრავლესობის 39% (n=34) ასაკი შეადგენდა 41-50 წელს. რესპონდენტთა უმრავლესობა შეადგენდნენ სერთიფიცირებულ მედდებს. მედდების უმრავლესობა 72% (n=63) მუშაობდნენ ოჯახის ექიმთან ერთად, ხოლო 28% (n=25) დასაქმებული იქნენ პოლიკლინიკების კარდიოლოგიური კაბინეტებში.

ცხრილი 1: პაციენტთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განაწილება

	რაოდენობა	%
<b>სქესი</b>		
ქალი	88	100
კაცი	0	0
<b>ასაკი</b>		
20-30	9	10 %
31-40	21	24%
41-50	34	39%
51-60	17	19%
60-ზე მეტი	7	8%
<b>პროფესიული კვალიფიკაცია</b>		
სერთიფიცირებული მედდა	88	100
სხვა	0	
<b>სამუშაო სფერო</b>		
ოჯახის მედდა	63	72 %
კარდიოლოგიური კაბინეტის მედდა	25	28%

ცხრილი 2: გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების განათლებაზე დახარჯული დროის სიხშირე

შეკითხვა	კატეგორიები	%	N (რაოდენობა)
გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებზე მეთვალყურეობის სიხშირე	ყოველ დღე	15%	13
	კვირაში რამდენჯერმე	35%	31
	თვეში რამდენჯერმე	39%	34
	რამდენიმე თვეში ერთხელ	10%	9
	წელიწადში ერთხელ ან უფრო ნაკლებჯერ	1%	1
პაციენტის განათლებაზე დახარჯული დროის ხანგრძლივობა	31-60 წუთი	10%	9
	16-30 წუთი	17%	15
	6-15 წუთი	42%	37
	1-5 წუთი	31%	27
	0 წუთი		0



ცხრილი 3: გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების საგანმანათლებლო თემები

პაციენტის საგანმანათლებლო თემები	რაოდენობა N	%
მედიკამენტები	78	88%
დაავადების ნიშნები და სიმპტომები	73	82%
დაავადების შესახებ ზოგადი განათლება	54	61%
კვება	46	52%
ფიზიკური აქტივობები	36	40%
დაავადების რისკ-ფაქტორები	34	38%
ფსიქოსოციალური ფაქტორები	26	29%
დაავადების პროგნოზი	15	17%
სხვა	12	13%

რესპონდენტთა დაახლოებით მესამედს კვირაში რამდენჯერმე ან უფრო მეტჯერ ჰქონდა შეხვედრა გულის უკმარისობის პაციენტებთან (35%; n=31, ცხრილი 2.) და გამოკითხულთა აბსოლუტურმა უმრავლესობამ ჩვეულებრივ ჩაუტარა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებთან საგანმანათლებლო ღონისძიებები, რა თქმა უნდა, სხვადასხვა დროის ინტენსივობით. რესპონდენტებმა აღნიშნეს დრო, რაც დახარჯეს საგანმანათლებლო აქტივობებში. რესპონდენტების უმრავლესობა, რომლებიც საგანმანათლებლო აქტივობებს ეწევა, ჩვეულებრივ, საშუალოდ 15 წუთს ან უფრო ნაკლებს უთმობს თითოეულ პაციენტს (42%. n=37). რესპონდენტთა თითქმის მესამედი 1-5 წუთამდე დროს უთმობს განათლებას (31%. n=27). საკმაოდ მცირე ნაწილმა 16-დან 60 წუთამდე დაუთმო პაციენტს (17%, n=15).

ყველაზე უფრო ხშირ საგანმანათლებლო თემებს შეადგენდნენ: მედიკამენტები, ნიშნები და სიმპტომები, ზოგადი განათლება, დიეტა და აქტიურობები (იხ. ნახატი). დაავადების პროგნოზი და ფილოსოფიური საკითხები შდარებით ნაკლებს შეადგენდნენ.

რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ გულის უკმარისობის შესახებ მეტი განათლების მიღება მათთვის ძალიან სასარგებლოა (78%, n=68), ხოლო 62%-მა (n=54) აღნიშნა, რომ ისინი მიესალმებიან სპეციალისტების გადამზადებას, რადგან იგი ძალიან სასარგებლოა.

რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა (24%, n=21), აღნიშნა, რომ ისინი იყენებენ გულის უკმარისობის შესახებ სპეციფიკურ საგანმანათლებლო მასალებს (ბუკლეტები). კომენტარებში ისინი ყველაზე უფრო ხშირად აღნიშნავენ, რომ ასეთი სახის ბუკლეტები: "მარტივია გასაგებად", "კარგად არის ილუსტრირებული", "ნათლადაა ჩამოყალიბებული ინდივიდუალური სამოქმედო გეგმები", "ხელს უწყობს პაციენტის მიერ დაავადების თვითმართვას", "ადვილად ხელმისაწვდომია".

რესპონდენტების დიდმა ნაწილმა (76%, n=66) აღნიშნა, რომ არ იყენებენ საგანმანათლებლო მასალებს. მათი კომენტარების მიხედვით, „ისინი თავად უზრუნველყოფენ პაციენტის განათლებას 1-5 წუთის განმავლობაში“, „ბუკლეტები მათთვის არ არის ხელმისაწვდომი“, „ინტერნეტში განთავსებულ მასალებს ვუთითებთ“.

### დასკვნა

კვლევით დადასტურდა, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობის მიერ ხორციელდება საგანმანათლებლო თემების მიწოდება გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისათვის. ცხადია, პაციენტის განათლებაზე დახარჯული დროის ხანგრძლივობა, პირველადი ჯანდაცვის ექთნებს შორის მკვეთრად განსხვავდება. მათი უმრავლესობა 15 წუთსა და უფრო ნაკლებ დროს უთმობს პაციენტის განათლებას.

კვლევამ აჩვენა, რომ ყველაზე უფრო ხშირ საგანმანათლებლო თემებს შეადგენდნენ: მედიკამენტები, ნიშნები და სიმპტომები, ზოგადი განათლება, დიეტა და აქტიურობები. დაავადების პროგნოზი და ფილოსოფიური საკითხები შდარებით ნაკლებს შეადგენდნენ.

ჩატარებული კვლევით გამოიკვეთა სპეციალისტების გულის უკმარისობის შესახებ გადამზადების საჭიროება. კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტთა მცირე ნაწილი იყენებენ გულის უკმარისობის შესახებ სპეციფიკურ საგანმანათლებლო მასალებს (ბუკლეტები).



### რეკომენდაციები

- პროფესიული განათლების მქონე პირველადი სამედიცინო ექთნებისათვის სისტემატურად ორგანიზდეს გადამზადების კურსები და ლექცია-სემინარები კარდიოლოგიურ საკითხებთან და კარდიოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებთან ურთიერთობის შესახებ.
- საგანმანათლებლო მასალებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის ხელშეწყობა პირველადი ჯანდაცვის ექთნებისათვის, რათა უკეთ უზრუნველყონ პაციენტის განათლება, სანდო, ილუსტრირებული, მარტივად გასაგები ბუკლეტების გამოყენებით.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*. 2005;91:ii39–ii42.
2. New Zealand Guidelines Group. *New Zealand Primary Care Handbook*. 3rd ed. Wellington: Ministry of Health; 2012.
3. National Heart Foundation of New Zealand. *New Zealand Guideline for the Management of Chronic Heart Failure (2009 update)*. Auckland: National Heart Foundation of New Zealand; 2010
4. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 2005;72(8):1503–10.
5. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, Vonkorff M. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med*. 2005;11(Suppl 1):S7–15.
6. Boutwell A, Hwu S. *Effective interventions to reduce rehospitalizations: a survey of the published evidence*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
7. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Educ Couns*. 2001;45:181–185.
8. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434–40
9. World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, Sept 6–12, 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978. Available from: [www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
10. Ashworth N, Thompson S. Long-term condition management: health professionals' perspectives. *J Prim Health Care*. 2011;3(1):16–22.
11. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):138–44
12. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Educ Couns*. 2001;45:181–185
13. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006;6:43.
14. Buetow S, Coster G. Do general practice patients with heart failure understand its nature and seriousness, and want improved information? *Patient Educ Couns*. 2001;45:181–185.
15. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434–40
16. Gilmour J, Strong A, Hawkins M, Broadbent R, Huntington A. Nurses and heart failure education in medical wards. *Nurs Pract N Z*. 2013;29(3):5–17



შშმ ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში

ნათია გელაძე<sup>1</sup>, თინათინ ლიქოკელი<sup>1</sup>, ნინი ტატანაშვილი<sup>1</sup>, ანა ჭყოიძე<sup>1</sup>

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

აბსტრაქტი

**შესავალი:** შშმ ბავშვთა საზოგადოებაში ინტეგრაცია და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა. კვლევის მიზანია შშმ ბავშვთა მშობლების აზრის შესწავლა მათი შვილების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესახებ. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში, ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით განხორციელდა შშმ ბავშვების მშობლების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** არსებობს შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა, რასაც ხელს უწყობს საზოგადოების არასაკმარისი განათლება და სახელმწიფოსგან არასაკმარისი მხარდაჭერა. **რეკომენდაციები:** შშმ ბავშვთა უზრუნველყოფა საგანმანათლებლო, პროფესიული საქმიანობისათვის მოსამზადებელი სერვისებით, მათ მიმართ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

**საკვანძო სიტყვები:** შშმ ბავშვები, სოციალური ინტეგრაცია.

**ციტირება:** ნათია გელაძე, თინათინ ლიქოკელი, ნინი ტატანაშვილი, ანა ჭყოიძე. შშმ ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1

Social integration of disabled children in Georgia

Natia Geladze<sup>1</sup>, Tina Likokeli<sup>1</sup>, Nini Tatanashvili<sup>1</sup>, Anna Chkoidze<sup>1</sup>

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

Abstract

**Preface:** The social integration and social conditions' improvement of the disabled children is one of the biggest challenges of the country's social policy. The purpose of research is to study the opinion of disabled children's parents regarding public attitude towards their children. **Methodology:** Within the frameworks of quantitative research disabled children's parents have been interviewed by using semi-structured questionnaire. **Results, discussions:** The problem of disabled children's social integration exists which is promoted by insufficient public education and a lack of support from the state. **Recommendations:** Providing disabled children with the services to prepare them for educational, professional activities, and increasing public awareness about them.

**Keywords:** Social integration, disabled children.

**Quote:** Natia Geladze, Tina Likokeli, Nini Tatanashvili, Anna Chkoidze. Social integration of disabled children in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.

## შესავალი

საქართველოში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა საზოგადოებაში ინტეგრაცია და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა. როდესაც საუბარია შშმ პირებისათვის მაქსიმალურად ადაპტირებული გარემოს შექმნაზე, სხვა საკითხებთან ერთად დღის წესრიგში დგება შშმ პირთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის, განათლების, ინფრამრეწველობის, სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის, თავისუფალი გადაადგილებისა და ორიენტაციის, დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის, კულტურულ-სანახაობით ღონისძიებებში მონაწილეობისა და სხვა მნიშვნელოვანი პრობლემების მოგვარების აუცილებლობა.

საზოგადოებას განსხვავებული დამოკიდებულება აქვს შეზღუდული შესაძლებლობის პირების მიმართ. ზოგიერთი ვერ ხვდება, რომ ისინი ჩვენი საზოგადოების ნაწილია და მათ მიმართ არასწორი დამოკიდებულება აქვთ. თუმცა, წლიდან წლამდე იზრდება საზოგადოების სწორი მიდგომა ამ საკითხის მიმართ, რაც კიდევ ერთი წინ გადადგული ნაბიჯია ნორმალური ქვეყნის შესაქმნელად. ამ აზროვნების ჩამოყალიბებაში დიდ როლს თამაშობენ სხვადასხვა სტრუქტურები, ინსტიტუტები, სკოლები, არასამთავრობო ორგანიზაციები.

დღეისათვის სულ უფრო მკვიდრდება აზრი, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა არ არსებობს. ყველა ადამიანს აქვს ინდივიდუალური ნიჭი რაღაცის კეთების, რაც მას გამოარჩევს სხვებისგან. დღეს, საბედნიეროდ, ბევრი ცდილობს შეცვალოს ადამიანთა არასწორი წარმოდგენები შშმ პირებზე, რაშიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ არასამთავრობო ორგანიზაციები. შშმ პირების საზოგადოებაში ინტეგრირება აუცილებელია, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია მკვეთრად უარყოფითი შედეგები, კერძოდ, შშმ პირების სიკვდილიანობის, ფსიქოლოგიური პრობლემების ზრდა.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს აქვთ უფლება, იყვნენ დისკრიმინაციისაგან თავისუფალი საზოგადოების სრულუფლებიანი წევრები; საქართველოში მწვავედ დგას შემდეგი ამოცანები [1]:

- იმ ოჯახებისათვის მომსახურების მიწოდება, რომლებიც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს უვლიან;
- სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვებისათვის ინკლუზიური განათლების სისტემის დანერგვა;
- ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესება;
- იმ დამოკიდებულებისა და ქცევითი ნორმების ტრანსფორმაცია, რომლებიც ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების სტიგმატიზაციას.

საქართველოში 2005 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობა ფიქსირდებოდა 2-9 წლამდე ასაკის ბავშვების 14%-ში, რაც დაახლოებით 40 000 ბავშვს უდრის ამ ასაკობრივ ჯგუფში [1]. ქვეყნის მთავარ პრობლემად რჩება ინკლუზიური განათლება - ამჟამად ქვეყანაში მხოლოდ 12 ინკლუზიური სკოლაა; სახელმწიფომ, ადგილობრივმა თემებმა და არასამთავრობო ორგანიზაციებმა მნიშვნელოვანი როლი უნდა ითამაშონ ინკლუზიური განათლების გაუმჯობესებაში [1].

კვლევის მიზანია შშმ ბავშვთა მშობლების აზრის შესწავლა მათი შვილების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესახებ.

კვლევის ამოცანებია:

- მშობლების, მეურვეების აზრით რამდენად ტოლერანტულია საზოგადოება მათი შვილების, აღსაზრდელების მიმართ.
- მშობლების, მეურვეების შეფასებით, რამდენად სრულფასოვნად ხდება მათი ინტეგრაცია საზოგადოებასთან.
- შშმ პირების საზოგადოებასთან ინტეგრირების შემაფერხებელი ძირითადი მიზეზების შესწავლა.

### ჰიპოთეზა

- შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემის მწვავედ არსებობა
- ინტეგრაციის შემაფერხებელ ფაქტორად საზოგადოების გულგრილობა და მათი განათლების დაბალი დონე
- არასაკმარისი მხარდაჭერის არსებობა სახელმწიფოს მხრიდან

### მეთოდოლოგია

**კვლევის ობიექტი** „თავისუფალი პედაგოგიკის ცენტრში“ (რომელიც აერთიანებს: „დღის ცენტრს“, „სამკურნალო პედაგოგიური სკოლას“ და „ადრეული განვითარების ცენტრს“) მყოფი ბავშვების მშობლები (მეურვეები).

**საკვლევი ინსტრუმენტია** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც იქნება რეპრეზენტატული და შშმ ბავშვების მშობლებზე განზოგადების საშუალებას მოგვცემს. კითხვარი შედგება როგორც ღია, ასევე დახურული კითხვებისაგან, შეფასების 5 ბალიანი სკალისაგან და დემოგრაფიული ბლოკისაგან.

**საკვლევი მეთოდია** ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუ, რომლის საშუალებითაც შევძლებთ რესპონდენტებზე უშუალოდ დაკვირვებას.

**შერჩევა:** ალბათური ტიპის, მარტივი შემთხვევითი შერჩევა. შერჩევა მოხდა ცენტრში მყოფი ბავშვების მშობლების (მეურვეების) დონეზე, გამოიკითხა 100 რესპოდენტი.

### შედეგები

კვლევაში მონაწილეობდა 100 რესპოდენტი. მათი უმეტესობა, 47% არის 26-35 წლამდე ქალბატონი, 37% - 35 და მეტის და მხოლოდ მათი 16% არის 18-25 წლამდე. მათ შორის, 90% არის დაოჯახებული, რაც ბავშვის სტაბილურ და უსაფრთხო გარემოში ცხოვრების მეტ საფუძველს გვაძლევს.

ცხრილი 1: შშმ ბავშვთა მშობლების დემოგრაფიული მონაცემები

	%
<b>ასაკი</b>	
18-25	16%
26-35	47%
36-ზე მეტი	37%
<b>ოჯახური მდგომარეობა</b>	
დაოჯახებული	90%
დასაოჯახებელი	0%
განქორწინებული	6%
ქვრივი	4%
<b>თვიური შემოსავალი</b>	
50-150	10%
151-250	12%
251-351	25%
351-ზე მეტი	53%
<b>ოჯახის წევრების რაოდენობა</b>	
2 წევრი	6%
3 წევრი	11%
4 და 4-ზე მეტი წევრი	83%
<b>მშობელთა (მეურვეთა) დასაქმება</b>	
დასაქმებული	58%
უმუშევარი	42%

რესპოდენტთა 53%-ის თვითური შემოსავალი შეადგენს 351 და მეტს, 10%-ის შემოსავალია 50-150 ლარის ფარგლებში, რაც ძალიან დაბალია ნებისმიერი ოჯახისთვის და მითუმეტეს მაშინ როცა შშმ ბავშვს ბევრად მეტი ზრუნვა და ხელშეწყობა სჭირდება, ეს ყველაფერი კი მატერიალურ მდგომარეობაზეა უმეტესად დამოკიდებული. 83%-ის ოჯახში 4 და 4-ზე მეტი წევრია, ვფიქრობთ შშმ ბავშვის ფსიქიკაზე მრავალწევრიანი ოჯახი უფრო კარგად იმოქმედებს თუ ოჯახის თითოეული წევრი მცირედენ წვლილს მაინც შეიტანს შშმ ბავშვის ზრუნვასა და ურთიერთობაში. ამგვარად შშმ ბავშვი უფრო მეტად იქნება მზად სოციალური ინტეგრაციისთვის და ალბათ უფრო მეტადაც გაუადვილდება. მშობელთა (მეურვეთა) 58% დასაქმებულია, რაც სასიამოვნო ფაქტია.

თავისთავად დიდი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოების დამოკიდებულებას შშმ ბავშვების მიმართ, არამარტო ბავშვებისთვის არამედ მშობლების და ოჯახის წევრებისთვისაც. გამოკითხულთა 42% ნეიტრალურ დამოკიდებულებას გრძნობს საზოგადოების მხრიდან; 37% უფრო დადებითად აღიქვამს ვიდრე უარყოფითად; 16% სრულიად დადებით ენერჯიასა და მუხტს გრძნობს გარშემომყოფთაგან და მხოლოდ 5% გრძნობს უფრო მეტად უარყოფით დამოკიდებულებას, ვიდრე დადებითს. 5% მოსახლეობისა რა საკვირველია ცოტაა, თუმცა სასურველია ამ უარყოფითი დამოკიდებულების მინიმალიზაცია და უკეთეს შემთხვევაში აღმოფხვრა.

ცხრილი 2: როგორ დამოკიდებულებას გრძნობთ საზოგადოებისგან თქვენი შვილის მიმართ?

სრულიად დადებითს	უფრო დადებითს ვიდრე უარყოფითს	ნეიტრალური	უფრო უარყოფითს ვიდრე დადებითს	სრულიად უარყოფითს
16%	37%	42%	5%	0

რადგან ნეიტრალური და დადებითი დამოკიდებულებები ჭარბობს უარყოფითს, რესპოდენტთა 47% მიიჩნევს, რომ ეს დამოკიდებულება დადებითად იმოქმედებს მათ შვილებზე. 26%-ს უჭირს პასუხის გაცემა, 16%-ის აზრით სულაც არ მოქმედებს ეს ბავშვზე, ხოლო 10% კი უარყოფითად აფასებს ამ დამოკიდებულებას.

ცხრილი 3: როგორ მოქმედებს ეს დამოკიდებულება თქვენს შვილზე?

დადებითად	უარყოფითად	არ მოქმედებს	მიჭირს პასუხის გაცემა
47%	10%	16%	26%

საინტერესოა, თუ რამდენად აწყდებიან ჩვენი რესპოდენტები სირთულეებს საზოგადოების სპეციფიური დამოკიდებულების გამო. მათი უმეტესობა, 58%, აწყდება ამ სირთულეებს, სირთულეები ასოცირდება უარყოფით დამოკიდებულებასთან, თუმცა ამ შემთხვევაში შეიძლება საზოგადოების განსხვავებულმა და აქცენტირებულმა დამოკიდებულებამაც გამოიწვიოს სირთულეები, მიუხედავად მისი თუნდაც დადებითი მიზანისა.

საინტერესოა ამ საკითხში სახელმწიფოს როლი და ჩართულობა. რესპოდენტთა 42% ვერ ხედავს სახელმწიფოს ზრუნვას ამ საკითხისადმი. ამ კითხვაზე პასუხების არიდების მიუხედავად გამოკითხულთა 95% ფიქრობს, რომ არსებული სახელმწიფო პროგრამების მიუხედავად, აუცილებლად, კიდევ მოიმოქმედებდა რაიმეს რათა დახმარებოდა შშმ ბავშვებს. და მხოლოდ 5% იკავებს ამჯერად თავს პასუხისგან. ჩვენს დროში და საზოგადოებაში დღემდე არსებობს უამრავი სტიგმატიზირებული თემა თუ შეხედულება, რაც იწვევს უარყოფით დამოკიდებულებას. კითხვაზე ჰქონია თუ არა ადგილი საზოგადოების მხრიდან, რაიმე უსიამოვნო ინციდენტს მათი შვილების მიმართებით, რესპოდენტთა 6% არ გვიპასუხა, ხოლო დანარჩენთა პასუხები გაიყო ორ ურთიერთსაპირისპირო აზრად. მათ ნახევარს ჰქონია, გადახდენია თავს უსიამოვნო ინციდენტი, ხოლო ნახევარს არა.

ცხრილი 4: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა მშობლების გამოკითხვის შედეგები

	დიახ	არა	მიჭირს პასუხის გაცემა
აწყდებით თუ არა რაიმე სირთულეებს საზოგადოების სპეციფიური დამოკიდებულების გამო?	58%	10%	32%
თქვნი აზრით ზრუნავს თუ არა სახელმწიფო შშმ პირებზე?	20%	42%	38%
მოიმოქმედებით თუ არა კიდევ რამეს (სახელმწიფო პროგრამების არსებობის გარდა) შშმ ბავშვების დასახმარებლად?	95%	0	5%
რაიმე უსიამოვნო ინციდენტს თუ ჰქონია ადგილი საზოგადოების მხრიდან თქვენ შვილთან მიმართებით?	47%	47%	6%

ერთ-ერთ უმთავრესი და ჩვენი თემის ამომავალი საკითხია ინტეგრირების პროცესი. მშობელთა (მეურვეთა) 53% თვლის, რომ შშმ პირების ინტეგრირების პროცესი საზოგადოებაში მიმდინარეობს უფრო ცუდად ვიდრე კარგად; 26 % ნეიტრალურია ამ საკითხისადმი; 16% უფრო დადებითად აფასებს ვიდრე უარყოფითად; 5% მიიჩნევს რომ პროცესი მიმდინარეობს ძალიან კარგად და საბედნიეროდ არც ერთი რესპოდენტი საზოგადოებაში შშმ პირების ინტეგრირების პროცესს არ აფასებს რადიკალურად ცუდად.

ცხრილი 5: შშმ პირების ინტეგრირების პროცესის მიმდინარეობა საზოგადოებაში

ძალიან კარგად	უფრო კარგად ვიდრე ცუდად	ნეიტრალური	უფრო ცუდად ვიდრე კარგად	ძალიან ცუდად
5%	16%	26%	53%	0

შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრირების შემაფერხებელ ფაქტორებად რესპოდენტებმა დაასახელეს საზოგადოების გულგრილობა ამ ბავშვების მიმართ, მათი რეალური შესაძლებლობის შესახებ არასაკმარისად ინფორმირებულობა, შშმ ბავშვებთან სიახლოვისგან თავის არიდება და მათგან იზოლირებულად ცხოვრების მცდელობა, შშმ ბავშვები ვერ გრძნობენ საზოგადოების მხარდაჭერას, სიტბოს და ზრუნვას, რაც მათ ბევრ რამეში დაეხმარებოდათ და გაუადვილებდათ ცხოვრებას, ისინი საზოგადოებისგან ზიზღს ან სიბრაულს გრძნობენ, რაც უფრო მეტად ამძიმებს არსებულ სურათს. ასევე დასახელდა სახელმწიფოს მხრიდან არასათანადო დახმარების გაწევა. რამდენიმე მშობლის განცხადებით, მათ არ გააჩნიათ ბავშვების მკურნალობისათვის საჭირო სახსრები.

რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, საზოგადოების დადებითი ან უარყოფითი დამოკიდებულება პირდაპირ კავშირშია ბავშვის ფსიქიკასთან და შესაბამის გავლენას ახდენს მასზე. ზოგის აზრით, შშმ ბავშვები მძაფრად აღიქვამენ, როგორც გადაჭარბებულ დადებით, ასევე გადაჭარბებულ უარყოფით დამოკიდებულებას. მშობელთა აზრით, ასეთი დამოკიდებულება ერთნაირად მოქმედებს როგორც ბავშვზე, ისევე მშობელზე.

ჩვენი ჰიპოთეზებიც გამართლდა და მივიგეთ შედეგი, რომ ჩვენ საზოგადოება პირდაპირ კავშირში ვართ შშმ ბავშვების ცხოვრებასთან, მათ ნაწილს შევადგენთ, ჩვენ შეგვიძლია მათ ცხოვრებას მივცეთ სიფერადე, და ვირწმუნოთ, რომ შეძლული შესაძლებლობები არ არსებობს და ისინიც ჩვენნაირები არიან.

შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენი სამივე ჰიპოთეზა გამართლდა სადაც ვვარაუდობდით, რომ არსებობს შშმ ბავშვების საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრობლემა, რასაც ხელს უწყობს საზოგადოების არასაკმარისი განათლება და სახელმწიფოსგან არასაკმარისი მხარდაჭერა.

**რეკომენდაციები**

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია:

- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა უზრუნველყოფა საგანმანათლებლო, პროფესიული საქმიანობისათვის მოსამზადებელი სერვისებით, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს მათ პიროვნულ განვითარებას, დამოუკიდებლობასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ინტეგრაციას.
- არსებული პროგრამები მეტად უნდა იყოს ორიენტირებული შშმ ბავშვთა ცხოვრების დონის ზრდაზე და არამხოლოდ უზრუნველყოს შშმ ბავშვთა მოვლის ან რეაბილიტაციის ცალკეული, ერთეული კომპონენტები.
- არსებული პროგრამების მონიტორინგის განხორციელება შშმ ბავშვთა ინტერესების გათვალისწინებით.
- შშმ ბავშვების საჭირო მოწყობილობებით უზრუნველყოფა და მათი მეშვეობით სოციალური ფუნქციონირების ხარისხის გაზრდა.
- შშმ ბავშვთა მიმართ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები. გაეროს ბავშვთა ფონდის (Unicef) ვებ გვერდი.  
<http://unicef.ge/10/შეზღუდული-შესაძლებლობების-მქონე-ბავშვები/9> [წვდომა 28.2.2017]
2. ზაქარეიშვილი ზ, ბარაბაძე ლ, მიდელაური ვ. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების დასაქმება. World Vision საქართველო. 2015.
3. Abbott, D., Ward, L. & Morris, J. (2000) Disabled Children and Residential Schools: A Survey of Local Authority Policy and Practice. The Norah Fry Research Centre, Bristol.
4. Alderson, P. & Morrow, V. (2004) Ethics, Social Research and Consulting with Children and Young People. Barnardos, Barkingside.
5. Beresford, B. (1997) Personal Accounts: Involving Disabled Children in Research. The Stationery Office, London.
6. Daycare Trust (2005) Everyone Counts. Supporting the Childcare Needs of Disabled Children, Children with Special Educational Needs and Their Families. Daycare Trust, London.
7. Hill, M., Davis, J., Prout, A. & Tisdall, K. (2004) Moving the participation agenda forward. Children and Society, 18, 77–96.
8. Lewis, A. & Porter, J. (2004) Interviewing children and young people with learning disabilities: guidelines for researchers and multi-professional practice. British Journal of Learning Disabilities, 32, 191–197.



სტუდენტების ინფორმირებულობის კვლევა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ

სალომე აბულაშვილი<sup>1</sup>, მარი ჩხაიძე<sup>1</sup>, მარიამ ხუროშვილი<sup>1</sup>, ლიზი კიკნაძე<sup>1</sup>

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

აბსტრაქტი

**შესავალი:** აივ ინფექცია/შიდსი მსოფლიოში ერთ-ერთ გლობალურ პრობლემად მიიჩნევა. საქართველოში აივ ინფიცირების რაოდენობა მზარდია. მისი გამომწვევი ერთ-ერთი ფაქტორია საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობის დონე. კვლევის მიზანია სტუდენტთა ინფორმირებულობის დონის შესწავლა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. **მეთოდოლოგია:** გამოყენებულ იქნა ჯვარედინი კვლევის მეთოდი. რანდომული პრინციპით შერჩეული იქნა თსუ-ის 200 სტუდენტი, რომელთაც ჩაუტარდათ გამოკითხვა თვითადმინისტრირებადი ანონიმური კითხვარის გამოყენებით. **შედეგები:** კვლევამ გამოავლინა საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპები და სტიგმა. მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტებს აქვთ სათანადო ინფორმაცია აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების, დაინფიცირების რისკების შესახებ, ხშირად არ მიმართავენ პრევენციულ ღონისძიებებს, დიაგნოსტიკურ ტესტირებას. **რეკომენდაციები:** საჭიროა მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გაზრდა აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციული და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების შესახებ.

**საკვანძო სიტყვები:** აივ ინფექცია/შიდსი, პრევენცია

**ციტირება:** სალომე აბულაშვილი, მარი ჩხაიძე, მარიამ ხუროშვილი, ლიზი კიკნაძე. სტუდენტების ინფორმირებულობის დონის კვლევა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 1.

Knowledge About HIV/AIDS Among University Students

Salome Abulashvili<sup>1</sup>, Mari Chkhaidze<sup>1</sup>, Mariam Khuroshvili<sup>1</sup>, Liza Kiknadze<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Social and Political Sciences Faculty, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University.

Abstract

**Introduction:** HIV/AIDS is considered one of the global problem in the world. HIV infection level is increasing in Georgia. There are too much factors, which can cause HIV. One of the main reason is low level of public awareness. Our research main aim is to learn students' awareness level about HIV/AIDS. **Methodology:** A cross-sectional survey was performed targeting a randomized sample of 200 students at Tbilisi State University. The survey instrument was an on-line, self-administered anonymous questionnaire conducted using Google survey software, which automatically populates and saves digital responses to a secure database protecting participant confidentiality throughout the surveying process. **Results:** The research has revealed trends such as stereotypes and stigma in the society. Although students have adequate information about the ways of transmission of HIV / AIDS and the risk of infection, they often do not address preventive measures, diagnostic tests. **Recommendations:** we need to increase public awareness of prevention and diagnostic measures about HIV/AIDS.

**Keywords:** HIV/AIDS, prevention.

**Citation:** Salome Abulashvili, Mari Chkhaidze, Mariam Khuroshvili, Lizi Kiknadze. Survey of students' level of awareness about HIV infection/AIDS. Health Policy, Economics and Sociology, 2017; 1.



## შესავალი

თანამედროვე კლასიფიკაციით აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ხოლო ტერმინით შიდა აღნიშვნა აივ-ინფექციის ბოლო სტადია, როდესაც ადამიანს უვითარდება დაავადების გარკვეული კლინიკური ნიშნები და/ან იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანება. [1. გვ.3]

შიდასი კლინიკურად პირველად აღწერეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს, როდესაც ჰომოსექსუალ მამაკაცთა შორის ზედიზედ იქნა დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადებების – პნევმოცისტური პნევმონიისა და კაპოშის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა. აღნიშნული დაავადებები მანამდე მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში იყო აღწერილი. 1982 წელს აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის მიერ ოფიციალურად იქნა რეგისტრირებული შიდასი, როგორც ახალი დაავადება. 1983 წელს შიდასის გამომწვევი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი ერთდროულად აღმოჩენილი იქნა პარიზში (საფრანგეთი) პასტერის ინსტიტუტში ლუკ მონტანიესა და ბეთესდამი (აშშ) კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში რობერტ ჰალოს მიერ. აივ-ის წარმოშობის შესახებ განსხვავებული ვერსიები არსებობს. ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ აივ-ინფექცია არ არის ახალი დაავადება – იგი ხანგრძლივად არსებობდა ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში, მაგრამ გლობალურად გავრცელდა მხოლოდ უკანასკნელ წლებში, რასაც სხვა ფაქტორებთან ერთად ხელი შეუწყო აფრიკიდან იაფფასიანი სისხლის ექსპორტმა ამერიკისა და ევროპის სისხლის ბანკებში. სისხლის გამოკვლევა ხდებოდა სისხლისმიერ ინფექციებზე, მაგრამ აივ-ზე არა, რადგან აივ ინფექციაზე მაშინ არავინ არაფერი იცოდა. სწორედ აივ ინფიცირებული სისხლით გავრცელდა ინფექცია აშშ-ში, შემდეგ კი – მთელ მსოფლიოში. ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფართოდ იყო გავრცელებული აივ-ის წინამორბედი ვირუსი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისათვის. შემდგომში, მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების შედეგად, მაიმუნის ვირუსმა გადალახა სახეობრივი ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში. ამ ვერსიის სასარგებლოდ ისტორიული ცნობების მიხედვით, ზემოაღნიშნულ მაიმუნებში აღმოჩენილია ე.წ. მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (მივ), რომელიც მათში იწვევს შიდასის მსგავს დაავადებას. გარდა ამისა, ადამიანისა და მაიმუნისაგან გამოყოფილი ვირუსები საკმაოდ ჰგავანან ერთმანეთს გენეტიკური და ანტიგენური თვისებებით. კიდევ ერთი ჰიპოთეზის მიხედვით, აივი ხელოვნურად შეიქმნა ამერიკის სამხედრო დანიშნულების ლაბორატორიებში, როგორც ბიოლოგიური იარაღი. ეს ვერსია თავიდანვე ნაკლებ დამაჯერებელი იყო, ამჟამად კი მთლიანად უარყოფილია. აღსანიშნავია, რომ აივი აღმოჩენილია აფრიკის ქვეყნებში მცხოვრებთა 50-იან წლებში აღებულ სისხლში, რომელიც ამ ხნის განმავლობაში სხვადასხვა მიზეზის გამო ინახებოდა გაყინულ მდგომარეობაში. [1. გვ.4-5]

აივი ადვილად ინაქტივირდება გარემოში. მშრალ პირობებში ვირუსი რამდენიმე საათში ილუპება, თუმცა შესაძლოა 1-3 დღე გაძლოს. ქსოვილოვან კულტურაში ვირუსი ოთახის ტემპერატურაზე 15 დღე ძლებს, ხოლო 370 C 11 დღე. 56- 600 C ვირუსი 30 წუთში ილუპება, ხოლო 1000 C რამდენიმე წუთში. ვირუსი ადვილად ექვემდებარება დეზინფექციას და სტერილიზაციას. [1. გვ.7]

აივ ინფექცია/შიდასი მსოფლიოში ერთ-ერთ გლობალურ პრობლემად მიიჩნევა. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) არის ინფექციები, რომელიც ძირითადად სქესობრივი გზით გადადის (თუმცა არსებობს სგგი-ს სხვა გზით გადაცემის რისკებიც). სგგი-ის გამომწვევია: ბაქტერია, ვირუსი ან პროტოზოა. [2]

ყოველწლიურად მსოფლიოში დაახლოებით 357 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება სქესობრივი გზით გადამდები ოთხი მთავარი ინფექციიდან ერთ-ერთი ინფექციით (სიფილისი, გონორეა, ქლამიდია, ტრიქომონიაზი). საყურადღებოა, რომ ხშირად ეს ინფექციები ფარულად, სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ინფექცია მაინც შეიძლება იყოს გადამდები. სქესო-ბრივი გზით გადამდებ ინფექციებს აქვთ სერიოზული გავლენა სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე და წარმოადგენენ საშვილოსნოსგარე ორსულობების, თვით-ნე-ბუ-რი აბორტების, ნაადრევი მშობიარობების, ახალშობილთა პათოლოგიების

განვითა-რე-ბის რისკ-ფაქტორებს. ორსულ ქალებში არანამკურნალები სიფილისი იწვევს მკვდრადშობადობას შემთხვევათა 25%-ში და ნეონატალურ სიკვდილობას შემთხვევათა 14%-ში. [3]

მსოფლიოში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე დაინფიცირდა თითქმის 78 მლნ ადამიანი და 35 მილიონი გარდაიცვალა შიდსით გამოწვეული დაავადებების გამო. 2016 წლისთვის აივ ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულ ადამიანთა რიცხვმა 36.7 მილიონს მიაღწია. ყველაზე უფრო “დაზარალებული” რეგიონი სუბსაჰარული აფრიკის ქვეყნებია, სადაც ცხოვრობს აივ ინფიცირებულ ადამიანთა 68%. [4]

2016 წლისთვის გლობალურად მსოფლიოში დაფიქსირებულია სულ 36.7 მილიონი აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევა. აქედან ახალი შემთხვევები 2,1 მლნ-ს აღწევს. დაინფიცირებულთაგან 1,1 მლნ. ადამიანი გარდაიცვალა. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, 2016 წლისთვის აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელმა 2,1 მლნ შეადგინა. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო ხუთი წლის მანძილზე მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში აივ ინფიცირების მაჩვენებლები სტაბილური რჩება, აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში კვლავ შეინიშნება აივ-ის გადაცემის ზრდის მაღალი მაჩვენებელი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს შორის. აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია რეგიონის ორ ქვეყანაში, რუსეთის ფედერაციასა და უკრაინაში, რომლებზეც მოდის აივის ახალი შემთხვევების 90%-ზე მეტი. [4].

რაც შეეხება საქართველოში არსებულ მდგომარეობას, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების მიხედვით, 2008 წლიდან 2016 წლამდე აივ ინფექციით/შიდსით ინფიცირების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 5877 ადამიანი 2016 წელს დაფიქსირდა. დროის ამავე მონაკვეთში კი ყველაზე ნაკლები 2008 წელს 1851 ადამიანი აღირიცხა. [5].

ამკარაა, რომ საქართველოში აივ ინფიცირების რაოდენობა მზარდია, რაც მიგვანიშნებს ჩვენს ქვეყანაში ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პრობლემებზე. კერძოდ, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ აღნიშნული მაჩვენებლები ძირითადად გამოწვეულია საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობის დონით. მოსახლეობამ არ იცის, თუ რა გზებით შეიძლება დაინფიცირდნენ აივ-ინფექცია/ შიდსით და იმყოფებიან თუ არა ისინი ამ საფრთხის რისკ-ქვეშ.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის ინფორმაციით, მსოფლიო სტატისტიკით საქართველო მიეკუთვნება აივ ინფექცია/შიდსის დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს და, რაც კიდევ უფრო საინტერესოა, ამ ქვეყნებს შორისაც ერთ-ერთ ყველაზე ბოლო ადგილზეა. მეორე მხრივ, აივ ინფიცირებულების სავარაუდო რიცხვი საქართველოში 7000-ს უტოლდება. ეს კი ისეთი მცირერიცხოვანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა, უკვე საკმაოდ სოლიდური რიცხვია. [4]

საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პირველი შემთხვევა 1989 წელს გამოვლინდა. 2017 წლის 1 დეკემბრის მონაცემებით ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრში რეგისტრირებულია აივ-ინფიცირების 6711 შემთხვევა. აქედან მამაკაცი არის 5013, ხოლო 1698 ქალია. პაციენტთა უმრავლესობა 29-დან 40 წლამდეა. შიდსი განუვითარდა 3648 პაციენტს, 1339 კი გარდაიცვალა. 2017 წელს გამოვლინდა 577 ახალი შემთხვევა, მკურნალობას გადის 4018 (მათ შორის აფხაზეთში – 465) პაციენტი. [4]

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მიერ 2017 წელს გავრცელებული სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში აივ ინფექცია გადაეცა შემდეგი გზებით:

- ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი (44.4%)
- ინექციური ნარკომანია (43.1%)
- ჰომო/ბი-სექსუალური კონტაქტი (9.7%)
- ვერტიკალური გზით (1.8%)
- დაუდგენელია (0.8%)
- სისხლის გადასხმით (0.5%)

აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა საქართველოში უფასოა. მას საქართველოს მთავრობასთან ერთად გლობალური ფონდი აფინანსებს. საქართველოში მყოფ ნებისმიერ პირს, მისი სოციალური სტატუსისა და მოქალაქეობის მიუხედავად, შეუძლია საქართველოს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრში გაიკეთოს ანალიზი უფასოდ.

საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპებისა და სტიგმის გამო, მოსახლეობა თვლის, რომ აივ/შიდსი მხოლოდ ჰომოსექსუალებსა და ნარკოტიკების მომხმარებლებს ემართებათ და თუ პირი ამ კატეგორიას არ მიეკუთვნება, მისი დაინფიცირების რისკი არ არსებობს. შედეგად, საზოგადოება ნაკლებად ინტერესდება აივ ინფექციის ტესტირებით.

### მეთოდოლოგია

კვლევაში გამოყენებულ იქნა ჯვარედინი ანუ კროსსექციური (Cross-sectional) მეთოდი. რანდომული პრინციპით შერჩეული იქნა ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის 200 სტუდენტი. კითხვარი მოიცავდა დემოგრაფიულ მონაცემებს, აივ ინფექცია/შიდსის რისკის აღქმას, მისგან დაცვის ზომებს, ინფორმაციის მოპოვების პოტენციურ გზებს. კვლევის ინსტრუმენტი იყო ონლაინ, თვითადმინისტრირებადი ანონიმური კითხვარი, რომელიც ჩატარდა Google-ის პროგრამული უზრუნველყოფის გამოყენებით და რომლის მეშვეობით ავტომატურად ხდება პასუხების ჩაწერა და შენახვა მონაცემთა ბაზაში, სადაც დაცულია რესპოდენტთა კონფიდენციალობა. გამოკითხვა განხორციელდა 2017 წლის ნოემბერ-დეკემბრის თვეს. აღნიშნულ პერიოდში გამოკითხვაში მოწვევა ორჯერ გაეგზავნათ სტუდენტებს (თითოეულ თვეში თითო-თითოჯერ).

### შედეგები

რაოდენობრივი კვლევის ერთ-ერთი მეთოდის ონლაინ-გამოკითხვის მეშვეობით გამოიკითხა 200 რესპოდენტი. გამოკითხული რესპოდენტებიდან 84% (N=169) მდებარეობითი სქესის წარმომადგენელია, ხოლო 15% (N=31) მამრობითი სქესის. რესპოდენტთა ასაკი მერყეობდა 18-დან 26 წლამდე. საშუალო ასაკი შეადგენდა 20 წელს.

ცხრილი 1: რესპოდენტთა ასაკი და სქესი.

ასაკი/სქესი	ქალი	კაცი	სულ
18-20	29.5% (N=59)	7% (N=14)	36.5% (N=73)
21-23	32% (N=64)	5% (N=10)	37% (N=74)
24-26	23% (N=46)	3.5% (N=7)	26.5% (N=53)
სულ	84.5% (N=169)	15.5% (N=31)	100% (N=200)

ცხრილი 2: აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფორმირებულობა

	დიახ	არა	მიჭირს პასუხის გაცემა
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა სისხლით დაბინძურებული არასტერილური სამედიცინო იარაღებით	88% (N=176)	8% (N=16)	4% (N=8)
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა დაუცველი სქესობრივი კონტაქტით	97% (N=194)	1% (N=2)	2% (N=4)
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა ინფიცირებულის საყოფაცხოვრებო ნივთების გამოყენებით	10% (N=20)	82% (N=164)	8% (N=16)
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა დაცემინებით	0% (N=0)	98% (N=196)	2% (N=4)
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა ინფიცირებული სისხლის გადასხმით	91% (N=182)	9% (N=18)	0% (N=0)
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა ჰაერწვეთოვანი გზით	3% (N=6)	90% (N=180)	7% (N=14)
აივ ინფექცია/შიდსი გადაეცემა კოლოს ნაკბენით	4% (N=8)	90% (N=180)	6% (N=12)

კითხვაზე, თუ როგორ გადაეცემა აივ ინფექცია/შიდსი 88% პასუხობს, რომ აღნიშნული ინფექცია გადაეცემა სისხლით დაბინძურებული არასტერილური სამედიცინო იარაღებით, დაუცველ სქესობრივ კონტაქტს ასახელებს 97%, აივ ინფიცირებულის საყოფაცხოვრებო ნივთების გამოყენებას – 10%, დაცემინებით – 0%, ინფიცირებული სისხლის გადასხმით 91%, ჰაერწვეთოვანი გზით – 3%, კოლოს ნაკბენით 4%. რესპონდენტებს შეეძლოთ რამდენიმე სავარაუდო პასუხის ერთად მონიშვნა. სტუდენტების პასუხებიდან იკვეთება, რომ სტუდენტთა ნაწილი სრულად არ არის ინფორმირებული, თუმცა გამოკითხულთაგან რესპონდენტთა უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას აივ-ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების შესახებ. სავარაუდოა, რომ აღნიშნულ პასუხების ნაწილს განაპირობებს საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპული შეხედულებები.

რესპოდენტთა გამოკითხვით, აივ-ინფექცია/შიდსის დაავადებების შესახებ ინფორმაციის წყაროებს წარმოადგენენ: ინტერნეტის მასალები – 35% (N=70), ტელევიზია – 18% (N=36), ექიმი/ნარკოლოგის კონსულტაცია – 2% (N=4), სალექციო კურსი – 14%(N=28), სკოლა – 5% (N=10), გაზეთი – 6% (N=12), ხოლო საკითხავი ლიტერატურა – 20% (N=40).

**ცხრილი 3:** რესპოდენტთა გამოკითხვა, აივ-ინფექცია/შიდსის დაავადებების შესახებ ინფორმაციის წყაროები

ინფორმაციის წყაროები	პროცენტული მაჩვენებლები
ლიტერატურა	20% (N=40)
ინტერნეტი	35% (N=70)
ტელევიზია	18% (N=36)
სალექციო კურსი	14% (N=28)
ექიმი/ნარკოლოგი	2% (N=4)
სკოლა	5% (N=10)
ჟურნალ-გაზეთები	6% (N=12)

საყურადღებოა რესპოდენტთა აზრი დამცავი საშუალებების გამოყენების შესახებ სხვა, შემთხვევით ადამიანებთან სექსუალური კონტაქტის დროს. ჩატარებული კვლევიდან გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტების 55%-ს ბოლო 1 წლის განმავლობაში ჰქონდათ სქესობრივად აქტიური ცხოვრება სხვა ადამიანებთან. მიუხედავად იმისა, რომ მათი უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას აივ ინფექციით/შიდსით ინფიცირების გზების შესახებ, მათგან 48%-ს კონდომი არ გამოუყენებია. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ დამცავ საშუალებას რესპონდენტთა იგივე 48% არ იყენებდნენ მაშინაც კი, როცა არ იყვნენ დარწმუნებულნი პარტნიორის სექსუალურ ჯანმრთელობაში.

**ცხრილი 4:** ბოლო 1 წლის განმავლობაში აქტიური სქესობრივი ცხოვრება

	პროცენტული მაჩვენებლები
დიახ, მაქვს აქტიური სქესობრივი ცხოვრება	55% (N=110)
არა, არ მაქვს აქტიური სქესობრივი ცხოვრება	45% (N=90)

მნიშვნელოვანია ყურადღება გავამახვილოთ ქვევით ასპექტებზე. რესპონდენტები კონდომის გამოყენებლობის უმთავრეს მიზეზებად ასახელებენ პარტნიორთან უნდობლობას, მორიდებას. განსაკუთრებით, მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები ყურადღებას ამახვილებენ იმაზე, რომ პარტნიორთან კონდომის გამოყენებაზე საუბრით მამაკაცი იეჭვებს, რომ ქალს უკვე აქვს სხვასთან სქესობრივი ურთიერთობის გამოცდილება.

მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია კვლევის ის ასპექტიც, რომ, როგორც ქალბატონები, ასევე მამაკაცები პრაქტიკულად არ მიმართავენ გამოკვლევებს სქესობრივი ურთიერთობის შემდეგ იმის დასადგენად, ხომ არ არიან აივ ინფექციის მტარებლები.

**ცხრილი 5: ოჯახის ექიმთან/გინეკოლოგთან ვიზიტის განუხორციელებლობის მიზეზი**

ქალი	კაცი
ოჯახის ექიმის არ ყოლა	საკუთარ სქესობრივ ჯანმრთელობაში თავდაჯერებულობა
უნდობლობა სამედიცინო პერსონალის მიმართ	ოჯახის ექიმის არასათანადო კვალიფიკაციის დონე
პირადი გინეკოლოგის არყოლა	გინეკოლოგთან ვიზიტის სურვილის არქონა
ექიმთან მისვლის სურვილის არქონა/დაზარება	ეკონომიკური თვალსაზრისით რესპონდენტი არაა ინფორმირებული რა თანხაა საჭირო გინეკოლოგთან ვიზიტისთვის

**დასკვნა**

კვლევის ფარგლებში მრავალი საინტერესო ტენდენცია გამოიკვეთა. მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტებს აქვთ სათანადო ინფორმაცია აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების, დაინფიცირების რისკების შესახებ, ხშირად არ მიმართავენ პრევენციულ ღონისძიებებს, დიაგნოსტიკურ ტესტირებას. გამოკითხულ რესპოდენტთა ნაწილი თვლის, რომ აივ-ინფექცია გადაეცემა ჰაერწვეთოვანი გზით (3%) და კოლოს ნაკბენით (4%). ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს, როგორც ინფორმაციის ნაკლებობით, ასევე საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპებით. რესპონდენტთა ნაწილი თვლის, რომ აივ/შიდსი მხოლოდ ჰომოსექსუალებსა და ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს ემართებათ და თუ პირი ამ კატეგორიას არ მიეკუთვნება, მიიჩნევს, რომ მისი დაინფიცირების რისკი არ არსებობს. შესაბამისად, საზოგადოება ნაკლებად ინტერესდება აივ ტესტირებით და არც იმით, თუ რა უნდა გაითვალისწინონ ტესტირების დროს.

საქართველოში საჯარო სკოლებში არ ისწავლება სექსუალური განათლება. აქედან გამომდინარე, მოსწავლეები ვერ იღებენ ადეკვატურ ინფორმაციას აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. ეს კი საფრთხის უქმნის მომავალი თაობის ჯანმრთელობას. ამავე დროს, მოსწავლეებში ინფორმირებულობის დაბალი დონე ზრდის გადაცემის რისკ-ფაქტორებს, სტიგმას, დისკრიმინაციას, სტერეოტიპების გაღრმავებას. ხაზგასასმელია ისიც, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა მცირე ნაწილს არ აქვს ინფორმაცია, თუ როგორ შეუძლიათ დაიცვან თავი აივ ინფექცია/შიდსისაგან. მათ არ აქვთ სათანადო ცოდნა, თუ როგორ შეუძლიათ შეამცირონ აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის რისკი კონდომის გამოყენებით.

საჭიროა მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გაზრდა აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციული და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების შესახებ.

**გამოყენებული ლიტერატურა**

[1] ცერცვაძე, თბილისი, 2016წ. ბროშურა გამოიცა “აივ/შიდსისა და C ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების ამაღლება და პაციენტთა განათლება” პროექტის ხელშეწყობით.  
[https://aidscenter.ge/publications/book\\_aiv\\_shidsi\\_2016.pdf](https://aidscenter.ge/publications/book_aiv_shidsi_2016.pdf)

[2] გიორგი წოწკოლაური, სახელმძღვანელო – სოციალური მუშაობა აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის მქონე პირებთან.

[3] საინფორმაციო ვებგვერდი – „დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.“ <http://www.ncdc.ge/Category/Article/1226>

[4] საინფორმაციო პორტალი – „ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი“. [https://aidscenter.ge/epidsit\\_world\\_geo.html](https://aidscenter.ge/epidsit_world_geo.html)

[5] საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები. ჯანდაცვა და სოციალური უზრუნველყოფა. აივ ინფექცია/ შიდსის შემთხვევათა რაოდენობა [http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=196&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=196&lang=geo)



საზოგადოება, როგორც დამატებითი სტრეს ფაქტორი განქორწინებულ ქალებში

თამთა ჭიჭინაძე<sup>1</sup>, სალომე მუშტაშვილი<sup>1</sup>,

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

აბსტრაქტი

ნაშრომში წარმოდგენილია საზოგადოების, როგორც დამატებითი სტრეს ფაქტორის გავლენა განქორწინებულ ქალებზე, გარშემომყოფების მიერ მათი მდგომარეობის აღქმა, ოჯახის წევრებისა და ახლობლების დამოკიდებულება, კავშირის დადგენა განქორწინებასა და დასაქმებას შორის. ინფორმაცია მოპოვებულია სოციოლოგიური კვლევის რაოდენობრივი მეთოდის გამოყენებით, რომლის დროსაც რესპონდენტებს – თბილისში მცხოვრებ 17 დან 35 წლამდე განქორწინებულ ქალებს დაურიგდათ კითხვარები. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა განქორწინებულ ქალებში საზოგადოების, როგორც დამატებითი სტრესის გამომწვევი ფაქტორის ზეგავლენა. კერძოდ, როგორ აღიქვამენ გარშემომყოფები განქორწინებულ ქალებს, ოჯახის წევრებისა და ახლობლების დამოკიდებულება, არსებობს თუ არა კავშირი განქორწინებასა და დასაქმებას შორის. კვლევა მნიშვნელოვანია განქორწინებული ქალებისათვის, მათი ოჯახებისათვის, დამსაქმებლებისათვის და ამ საკითხით დაინტერესებული პირებისათვის. დღეისათვის არ არსებობს კვლევა, რომელიც ეხება განქორწინების შემდგომ საზოგადოების, როგორც სტრესის გამომწვევი ფაქტორის ზეგავლენას.

საკვანძო სიტყვები: სტრესი, ოჯახი, რესოციალიზაცია, სტიგმატიზაცია, დისკრიმინაცია

ციტირება: თამთა ჭიჭინაძე და სალომე მუშტაშვილი. საზოგადოება, როგორც დამატებითი სტრეს ფაქტორი განქორწინებულ ქალებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 4. 2018.

Society as an additional stress factor in divorced women

Tamta Chichinadze<sup>1</sup>, Salome Mushtashvili<sup>1</sup>

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

Abstract

The research presents the influence of society as an additional stress factor on divorced women, the perception of their situation by the people around them, the attitude of family members and relatives, establishing the connection between divorce and employment. The information was obtained using the quantitative method of sociological research, during which questionnaires were distributed to the respondents - divorced women aged 17 to 35 living in Tbilisi. The aim of the study was to study the influence of society as an additional stressor in divorced women. In particular, how the surrounding people perceive divorced women, the attitude of family members and relatives, whether there is a connection between divorce and employment. The research is important for divorced women, their families, employers and people interested in this issue. To date, there is no research addressing the impact of community as a stressor after divorce.

**Key words:** stress, family, resocialization, stigmatization, discrimination

**Citation:** Tamta Chichinadze and Salome Mushtashvili. Society as an additional stress factor in divorced women. Health Policy, Economics and Sociology, No. 4. 2018.

## შესავალი

საქართველოში ჯერ კიდევ ძლიერია სტერეოტიპული შეხედულებები განქორწინებული ქალების მიმართ. UNDP-ის 2013 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ საერთო ჯამში, განქორწინებისადმი შეუწყნარებლობა საკმაოდ ძლიერია და მოსახლეობის ნახევარზე მეტი მას გაუმართლებლად მიიჩნევს. [1]

განსაკუთრებით საკითხი რთულდება, როდესაც ვსაუბრობთ მდედრობითი სქესის წარმომადგენლების განქორწინებაზე, რადგან ხდება სქესის ნიშნით სტიგმატიზაცია. ჩვენი საზოგადოების დიდი ნაწილი განქორწინებას გაუმართლებლად მიიჩნევს. გენდერული როლების ტრადიციული აღქმა საქართველოში ჯერ კიდევ ძლიერია – ქალებს უპირველეს ყოვლისა მიიჩნევენ დიასახლისებად, მეუღლეებად და დედეებად. საზოგადოების ამგვარი დამოკიდებულების გამო ხშირად საუბრობენ განქორწინების შემდეგ ოჯახში დაბრუნებული ქალის სირცხვილზე, ასევე მეზობლებისა და ნათესავების უარყოფით დამოკიდებულებაზე. სტერეოტიპები გავლენას ახდენენ საზოგადოების წევრებზე და პოტენციურ დამსაქმებლებზეც.

საქართველოში, როგორც წესი განქორწინების შემდგომ ქალებს ექმნებათ საზოგადოებაში ინტეგრირების პრობლემები. საზოგადოების ნაწილისთვის რთული წარმოსადგენია ქალის მიერ ოჯახის დანგრევა და განქორწინებული ქალი უფრო მიუღებელია, ვიდრე მამაკაცი. აღნიშნული ქალბატონების რესოციალიზაციის პროცესს უფრო ართულებს და დასაქმების შესაძლებლობას ამცირებს.

ოჯახი ქართული საზოგადოების ყველაზე ძლიერი ინსტიტუტია. ადამიანების გარკვეული ნაწილი ოჯახის დანგრევას დიდ ტრავმად აღიქვამს. იმისათვის, რომ ოჯახი შეინარჩუნონ ქალებს ხშირად ბევრ დათმობაზე უწევთ წასვლა. დათმობაში შესაძლოა მოიაზრებოდეს ღალატი მეუღლის მხრიდან, ძალადობა, როგორც ფიზიკური, ისევე მორალური და ფსიქოლოგიური. ყოველივე ეს პირდაპირ უკავშირდება სტრესს, რადგან ადამიანს მუდმივად უწევს იცხოვროს დამაბულ გარემოში.

სტრესი არის ორგანიზმის ზოგადი რეაქცია მეტისმეტად ძლიერ ფიზიკურ თუ ფსიქოლოგიურ გამღიზიანებელზე. როდესაც სტრესი დიდი ხანი გრძელდება, ადამიანის ორგანიზმის რესურსები გამოიფიტება, ვითარდება უფრო მძიმე დაავადებები და შესაძლოა სიკვდილიც. სტრესორები სოციალური ფაქტორებია, რომლებიც ხელს უწყობენ სტრესს. სტრესორების სახეებია: ცხოვრებისეული მოვლენები, ქრონიკული დამაბულობა. სტრესულ ცხოვრებისეულ მოვლენებს შორის კი არის განქორწინება. განქორწინება, როგორც მოვლენა სტრესის განმაპირობებელია, თუმცა, განქორწინებამდე არსებული სიტუაციაც ადამიანისთვის სტრესულია. აქ ვგულისხმობთ რა თქმა უნდა, ქრონიკულ დამაბულობას, პრობლემებს მეუღლეებს შორის. განქორწინება და განქორწინების შემდგომი პერიოდი სტრესია, რადგან განქორწინებულ ადამიანს თან სდევს დამაბულობა. განქორწინებას თან სდევს ახალ ადგილთან შეგუება, რიგ შემთხვევებში მეგობრების დაკარგვა, ბავშვებისათვის სკოლის შეცვლა, ახალი ადამიანების გაცნობა, განქორწინებული მშობლებისთვის ახალი ცხოვრების დაწყება. [2]

ქალი, რომელიც აღარაა ქორწინებაში, საზოგადოებაში იწვევს ერთის მხრივ თანაგრძნობას და ნუგეშს და მეორეს მხრივ არასერიოზულ დამოკიდებულებას. ქმარი ვერ შეინარჩუნა, არ მოითმინა, მეორედაც იზამს, განათხოვარ ქალთან ადვილია ზედაპირული ურთიერთობების გაბმა და ა.შ. ყოველივე ამის გამო ქალები ითვალისწინებენ არა მხოლოდ ოჯახის, როგორც მათთვის ყველაზე ღირებული ინსტიტუტის შეხედულებებს, არამედ საზოგადოების აზრსაც, რადგან ისინი გაბატონებული ღირებულებების მიხედვით არიან აღზრდილები და უმთავრესი არის ოჯახის შენარჩუნება. თითოეულ ადამიანს კარგად აქვს გაცნობიერებული, რომ თუ კულტურისათვის დამახასიათებელ ღირებულებებს არ გაიზიარებს, საზოგადოება მის სტიგმატიზაციასა და გარკვეულწილად სოციუმიდან მის გარიყვას მოახდენს.

საზოგადოების აზრი განქორწინებულ ქალებთან ერთად გავლენას ახდენს მათი ოჯახის წევრებზეც. მშობლებს უჭირთ დააბრუნონ ოჯახში განქორწინებული შვილი, რადგან მათთვის საზოგადოების აზრი მნიშვნელოვანი და ხშირად გადამწყვეტია.

დასაქმება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ხდება განქორწინებული ქალისათვის, რადგან ხშირად მარტო უწევს ისეთი ფინანსური პრობლემების გადაჭრა, როგორცაა შვილების სწავლის ხარჯები, კომუნალური გადახადები და ა.შ. არაიშვიათად, ისინი იძულებული არიან დათანხმდნენ დაბალი ანაზღაურების სანაცვლოდ რთულ სამუშაო პირობებს. ხშირია შემთხვევები, როდესაც დამსაქმებელს არ სურს დაასაქმოს განქორწინებული ქალი, რომელსაც ჰყავს მცირეწლოვანი შვილები.

საზოგადოება, როგორც დამატებითი სტრეს ფაქტორი განქორწინებულ ქალებში აქტუალური და პრობლემური საკითხია, რომელიც ნაკლებად არის შესწავლილი და საჭიროებს კვლევას.

აღსანიშნავია ის, რომ ქალაქში განქორწინებათა რაოდენობამ 2013 წელს გადააჭარბა 1990 წლის მაჩვენებელს. შეილება ითქვას, რომ ბოლო წლებში ქორწინებათა რაოდენობა სტაბილურია და არ იცვლება, მაშინ როდესაც განქორწინებათა რაოდენობა იზრდება.

კვლევის მიზანია განქორწინებულ ქალებში საზოგადოების, როგორც დამატებითი სტრესის გამომწვევი ფაქტორის ზეგავლენის შესწავლა; კერძოდ, როგორ აღიქვამენ გარშემომყოფები განქორწინებულ ქალებს, როგორია ოჯახის წევრებისა და ახლობლების დამოკიდებულება, არსებობს თუ არა კავშირი განქორწინებასა და დასაქმებას შორის.

ამგვარად, საკვლევი ამოცანებია:

- გარშემომყოფების დამოკიდებულების შესწავლა განქორწინებული ქალების მიმართ.
- ოჯახის წევრებისა და ახლობლების დამოკიდებულების შესწავლა განქორწინებული ქალების მიმართ.
- არსებობს თუ არა კავშირი განქორწინებასა და დასაქმებას შორის.
- საკვლევი კითხვები:
- რა დამოკიდებულება გააჩნია საზოგადოებას განქორწინებული ქალების მიმართ?
- რა დამოკიდებულება გააჩნიათ განქორწინებულთა ოჯახის წევრებსა და ახლობლებს?
- არსებობს თუ არა კავშირი განქორწინებასა და დასაქმებას შორის?

შესაბამისად, კვლევის ჰიპოთეზაა:

- საზოგადოება გარკვეულწილად ახდენს განქორწინებული ქალების მარგინალიზაციას.
- ოჯახის წევრებსა და ახლობლებს უჭირთ განქორწინებული ქალის უკან მიღება.
- განქორწინებულ ქალებს უჭირთ სამსახურის დაწყება.

## **მეთოდოლოგია**

კვლევითი ნაშრომი დაფუძნებულია თეორიული მასალის შესწავლასა და ემპირიული მონაცემების შეგროვებაზე. სოციოლოგიური კვლევა ეყრდნობა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდებს, შესასწავლი საგნის კითხვარების საფუძველზე შესწავლას და ანალიზს. შესწავლის შემდეგ მოხდება ძირითადი პრობლემების განსაზღვრა.

ემპირიული მონაცემების მოპოვება განხორციელდა ანკეტირების მეთოდით. ემპირიული სოციოლოგიური კვლევის ინსტრუმენტია სტრუქტურირებული სოციოლოგიური კითხვარი, რომელიც დაყოფილია თემატურ ბლოკებად.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო თბილისში მცოვრებმა 50-მა განქორწინებულმა რესპონდენტმა, რომელთა ასაკიც მიეკუთვნება 17-35 წლის ასაკობრივ კატეგორიას. შერჩევა განხორციელდა თოვლის გუნდის პრინციპით (snowballing), რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: რესპონდენტთა შერჩევა ხდება რესპონდენტების ერთმანეთის ნაცნობობის მეშვეობით. დაცული იყო რესპონდენტების ანონიმურობა. ინტერვიუების ხანგრძლივობა შეადგენდა 12 წუთს. ინტერვიუები ჩატარდა 2017 წლის მაისში.



კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ იგი ვერ იქნება რეპრეზენტატიული. რამდენიმე ინტერვიუს მონაცემს ვერ განვაზოგადებთ მთლიან პოპულაციაზე,

### ლიტერატურის მიმოხილვა

განქორწინების შემდგომ ქალისათვის იწყება რესოციალიზაციის პროცესი, რაც გულისხმობს “თვით-იმიჯისა და ღირებულებების დაკარგვის პროცესს, რომელსაც ჩვეულებრივ თან მოსდევს ღირებულებებისა და თვით-აღქმის განსხვავებულ სისტემაში რესოციალიზაცია”. რესოციალიზაცია კი არის “ნორმებისა და ღირებულებების ახალი წყების გათავისება, რომელიც სრულიად განსხვავებულია აქამდე ჩვენთვის არსებული ნორმებისა და ღირებულებებისგან”. [3] იწყება მისთვის ახალი ცხოვრება და რესოციალიზაცია საზოგადოებაში, ხელახალი სოციალიზაცია, ანუ ინდივიდი ითვისებს სოციალურ ნორმებს, კანონებს, ქცევებსა და ღირებულებებს. სოციალიზაცია აქტიური პროცესია. მაგრამ დღევანდელ ქართულ საზოგადოებაში განქორწინებული ქალების ხელახალი სოციალიზაციის პროცესი არც თუ ისე წარმატებულად მიმდინარეობს. განქორწინებული ქალების რესოციალიზაციასა და დასაქმებას ხელს უშლის სტიგმის არსებობა „განქორწინებული” სტატუსის გამო.

სტიგმა სტერეოტიპულ შეხედულებათა კომპლექსი, სოციალური იარლიყია, რომელიც ამ იარლიყის მქონე ადამიანს უარყოფითად ახასიათებს და ირგვლივმყოფების თვალში ღირსებაშეღაცებულ ან არასრულფასოვან პიროვნებად აქცევს; ასეთ ადამიანებში სტიგმა დეპრესიას, გარიყულობის, არასრულფასოვნების, დაუცველობის განცდას იწვევს. [4]. საზოგადოებაში სტიგმის გავრცელებას ხელს უწყობს ინფორმაციის ნაკლებობა.

მცირეა ლიტერატურა, რომელშიც საუბარია საზოგადოებაზე, როგორც დამატებით სტრეს ფაქტორზე განქორწინებულ ქალებში. განქორწინება ოჯახური წყვილის კრიზისული განვითარების შედეგია. დიდი ხნის წინ განქორწინება ცალსახად ნეგატიურ მოვლენად განიხილებოდა. დღეისათვის, ზოგ შემთხვევებში, განქორწინება პოზიტიურადაც კი შეიძლება ჩაითვალოს, როგორც სტრესული სიტუაციიდან თავის დაღწევა. განქორწინება განიხილება როგორც პროცესი და არა მოვლენა. განქორწინების პროცესში შეიძლება გამოვყოთ 4 ფაზა [5]:

**ფიქრი განქორწინებაზე და გადაწყვეტილების მიღება** – ამ პერიოდში ცოლ-ქმარს შორის ჩხუბი და კონფორტაცია ქრონიკული ხდება. მატულობს შფოთვა, უნდობლობა, ემოციური გულგრილობა, გარიყულობა. ეს პერიოდი შესაძლოა გაგრძელდეს რამოდენიმე დღიდან, რამდენიმე წლის განმავლობაში.

**ოჯახის ლიკვიდაციის დაგეგმვა** – ეს ფაზა იწყება მაშინ, როდესაც წყვილი მიიღებს განქორწინების გადაწყვეტილებას. ამ ფაზისთვის დამახასიათებელია ემოციური დამაბულობა და ფრუსტრაცია, რაც ხელს უშლის კრიზისიდან გონივრული და საუკეთესო გამოსავლის პოვნის შესაძლებლობას.

**სეპარაცია** – წყვილი იწყებს ცალ-ცალკე ცხოვრებას. თუ ისინი ცხოვრებას ერთ ბინაში აგრძელებენ, ხდება ოთახების, ბიუჯეტის, მეურნეობის გაყოფა და ახალი ნორმებისა და წესების შემოღება.

**განქორწინების შემდგომი პერიოდი** – ამ ფაზის განმავლობაში ხდება ოჯახური სისტემის გარდაქმნა და სტაბილიზაცია, რომელიც გაივლის სამ ეტაპს: 1. უშუალოდ განქორწინების შემდგომი პერიოდი. 2. გარდაქმნის ეტაპი. 3. სტაბილიზაციის ეტაპი. ამ ეტაპზე უკვე ოჯახის სტრუქტურის გარდაქმნა დასრულებულია და ყოფილი წყვილი ამყარებს მშვიდ გაწონასწორებულ ურთიერთობას. [5]

განქორწინება ასოცირებულია ქცევის და ემოციურ ცვლილებებთან, ახალი ცხოვრების დაწყებასთან. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თუ წყვილს ჰყავს შვილები. განქორწინებულ ქალებს ხშირ შემთხვევაში უხდებათ მარტო დარჩენენ ბავშვებთან ერთად. იცვლება საცხოვრებელი გარემო, ჩნდებიან ახალი ნაცნობები და ა.შ.

კვლევამ [1], რომელიც ჩატარდა გაეროს განვითარების პროგრამის დაკვეთით გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობისთვის საქართველოში“ ფარგლებში, ნათლად აჩვენა, რომ საქართველოში ჯერ კიდევ მყარია ტრადიციული

შეხედულებები გენდერულ როლებზე: ქალის ფუნქციაა შვილების მოვლა და აღზრდა, საშინაო საქმეების კეთება, ხოლო კაცის-ოჯახის ეკონომიური უზრუნველყოფა. მიუხედავად იმისა რომ ოჯახის მარჩენალთა 30% ქალია, მოსახლეობას მიაჩნია, რომ ეს არ არის იდეალური მდგომარეობა და თუ იქნება შესაძლებლობა უმჯობესია ქალი არ მუშაობდეს ან ნაკლებად დატვირთული „ქალისთვის შესაფერისი“ სამუშაო ჰქონდეს. ასევე ქალი ქმრის მორჩილი უნდა იყოს და დაუთმოს კაცს ლიდერის პოზიცია სხვადასხვა ასპარეზზე. [1]

გამოკითხულთა აზრით, კაცი უკეთესი ლიდერია, ვიდრე ქალი. ქალი პოლიტიკაში წარმოუდგენიათ, თუმცა ისევ „ქალისთვის შესაფერის“ პოზიციებზე და სფეროებში, როგორცაა ჯანდაცვა, კულტურა და ა.შ. თავად ქალებსაც ისეთი სფეროები, როგორცაა ბიზნესი წარმოუდგენიათ, როგორც „კაცების სფერო“. [1]

კვლევა აჩვენებს, რომ საზოგადოებისთვის მისაღები ქალის თვისებებია სიკეთე, ოჯახის ერთგულება, სინაზე, პასიურობა, ხოლო კაცი აქტიური და ოჯახის მარჩენალი უნდა იყოს. [1]. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, ქალებმა იცინა, რომ მათი როლი დაქვემდებარებულია და რომ მათ ბევრის დათმობა უწევთ. ამან თავის მხრივ შეიძლება გამოიწვიოს სტრესი. ქალები ირჩევენ ტანჯულის როლს. მათი აზრით, ქართველი ქალი სხვა ქვეყნის ქალებთან შედარებით ამტანია. მით უმეტეს რომ საზოგადოებაც მოითხოვს ქალისგან მოითმინოს შეურაცხყოფა ქმრისგან ოჯახის შენარჩუნების მიზნით და იყოს ამტანი. ამ მდგომარეობას ამტკიცებს ასევე ის ფაქტი, რომ განქორწინება უარყოფითად აღიქმება საზოგადოებაში.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით რთული ცხოვრებისეული მოვლენები, როგორცაა უმუშევრობა, განქორწინება, იწვევენ ქრონიკულ დაძაბულობას; მუდმივი დაძაბულობა უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და განაპირობებს სტრესსა და ხშირ შემთხვევაში – დეპრესიას [6].

## შედეგები

საკითხის შესწავლის მიზნით გამოიკითხა თბილისში მცხოვრები 50 განქორწინებული ქალი, რომელთა ასაკი მერყეობდა 17-35 წლამდე. მათგან უმეტესობას ჰქონდა საშუალო განათლება (62%), უმაღლესი განათლების მქონე რესპოდენტები შეადგენდნენ – 38%-ს.

გამოკითხულთა უმრავლესობისთვის ოჯახი უპირველესად არის ნდობა, ერთგულება, შვილები და პატივისცემა. უმრავლესობა დაქორწინდა ნაადრევ ასაკში, უფრო კონკრეტულად კი მათი დიდი ნაწილის ქორწინება შედგა 16 დან 22 წლამდე. რაც შეეხება განქორწინებას, უმრავლესობა განქორწინდა ქორწინებიდან 10 წლამდე პერიოდში. მათი უმრავლესობა იყვნენ 20-დან 30 წლამდე ასაკის. განქორწინების მიზეზად ძირითადად ასახელებდნენ ნდობის დაკარგვას, ოჯახის წევრების ჩარევას და ემოციურ შეუთანხმებლობას. გამოკითხულთა 81%-ს ჰყავს შვილები, ხოლო 29%-ს კი არ ჰყავთ შვილები.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები (ცხრილი 1). რესპოდენტთა უმრავლესობის (46%) აზრით, საზოგადოებას უჭირს მიიღოს განქორწინებული ქალი. რესპოდენტთა მხოლოდ 15% მიიჩნევს, რომ საზოგადოებას უჭირს მიიღოს განქორწინებული კაცი. უმრავლესობა (54%) თვლის, რომ საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე, მათ უგრძობიათ გარშემომყოფების მხრიდან უარყოფითი დამოკიდებულება. ასევე რესპოდენტთა მეტი ნაწილის (45%) აზრით, საზოგადოების მხრიდან იყო გაკიცხვის შემთხვევები.

რესპოდენტთა 45% მიიჩნევს, რომ მათი მშობლებისათვის რთული იყო განქორწინებასთან შეგუება. ნაწილობრივ რთული იყო რესპოდენტთა 35%-სათვის. რესპოდენტთა 45% თვლის, რომ მათი ნათესავებისათვის ნაწილობრივ რთული იყო განქორწინებასთან შეგუება, ძალიან რთული – 25%-თვის. კითხვაზე: უჭერდნენ თუ არა ახლობლები მხარს თქვენს გადაწყვეტილებას? უმრავლესობა ანუ 45% აღნიშნავს, რომ „ნაწილობრივ“, 30% – დიახ და 25% – არა.

კითხვაზე, იყო თუ არა ახლობლების მხრიდან ზეწოლა განქორწინების გადაწყვეტილების შეცვლაზე, რესპოდენტთა 40%-მა დადებითი პასუხი გასცა, 40% თვლის, რომ ნაწილობრივ იყო ზეწოლა მათზე. მხოლოდ 20% ამბობს, რომ ზეწოლა არ იყო მათზე.

რესპოდენტთა 30% ცხოვრობს მშობლებთან, 15% – ახლობელთან, 35% – ქირით, 10%-ს აქვს საკუთარი სახლი და მხოლოდ 10%-მა შექმნა ახალი ოჯახი.

რესპოდენტთა უმრავლესობა (68%) დაქორწინებამდე არ იყო დასაქმებული, მხოლოდ 22%-მა აღნიშნა, რომ იყო დასაქმებული. რესპოდენტთა 47%-ს მოუხდა სამსახურის დატოვება დაქორწინების შემდგომ, ხოლო 53% – არა. რესპოდენტთა უმრავლესობა (74%) ამჟამად დასაქმებულია, მხოლოდ 26% არ არის დასაქმებული. რესპოდენტთა 45% თვლის, რომ საქართველოში განქორწინებული ქალისათვის სამსახურის დაწყება რთულია, 40%-ის აზრით, ნაწილობრივ რთულია და მხოლოდ 15%-თვის არ არის რთული.

ცხრილი 1: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები (%-ლი მონაცემები)

	დიახ	არა	ნაწილობრივ
უჭირს თუ არა საზოგადოებას მიიღოს განქორწინებული ქალი?	46	20	34
უჭირს თუ არა საზოგადოებას მიიღოს განქორწინებული კაცი?	15	60	25
თქვენი გამოცდილებიდან თუ გიგრძნობთ გარშემოყოფების მხრიდან უარყოფითი დამოკიდებულება?	54	11	35
თუ ყოფილა საზოგადოების მხრიდან გაკიცხვის შემთხვევები?	45	25	30
იყო თუ არა რთული მშობლებისათვის თქვენ განქორწინებასთან შეგუება?	45	20	35
იყო თუ არა რთული ნათესავებისათვის თქვენ განქორწინებასთან შეგუება?	25	30	45
უჭერდნენ თუ არა ახლობლები მხარს თქვენს გადაწყვეტილებას?	30	25	45
იყო თუ არა ახლობლების მხრიდან ზეწოლა შეგვეცვალათ გადაწყვეტილება?	40	20	40
იფავით თუ არა დაქორწინებამდე დასაქმებული?	22	68	-
მოგიხდათ თუ არა სამსახურის დატოვება დაქორწინების შემდგომ?	47	53	-
თქვენი აზრით, რთულია თუ არა საქართველოში განქორწინებული ქალისათვის სამსახურის დაწყება?	45	15	40

### დასკვნა და რეკომენდაციები

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქალები განქორწინების შემდგომ აწყდებიან პრობლემებს. წინააღმდეგობები გამოწვეულია მათი სტატუსის გამო. საზოგადოება ახდენს განქორწინებული ქალების სტიგმატიზაციას. მათ პრობლემები ექმნებათ საკუთარი ოჯახის წევრებთანაც, რომელთაც უჭირთ უკან მიიღონ განქორწინებული ქალი. გამოიკვეთა ისიც, რომ განქორწინებული ქალებისათვის რთულია სამსახურის დაწყება. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ იყო საზოგადოების მხრიდან გაკიცხვის შემთხვევები, რაც ბუნებრივია სტრესული მოვლენაა.

რესპოდენტთა უმრავლესობას აქვს მხოლოდ საშუალო განათლება მიღებული. აგრეთვე, მათი უმრავლესობა დაქორწინდა ადრეულ ასაკში და ქორწინებაში იყო 3-დან 10 წლამდე პერიოდში. უმთავრესად, პრობლემები განქორწინებულ ქალებს ექმნებათ ოჯახის წევრებისგან, ხოლო ახლობლების დამოკიდებულება უმეტეს შემთხვევებში გაცილებით ლოიალურია.

რესპოდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ ახლობლები და ოჯახის წევრები ნაწილობრივ მხარს უჭერდნენ მათ გადაწყვეტილებას, თუმცა ისიც გასათვალისწინებელია რომ მათთვის ეს მოვლენა რთულად შესაგუებელი იყო. რესპოდენტთა უმრავლესობა აფიქსირებს, რომ განქორწინების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემდგომ მათზე იყო ზეწოლა ოჯახისა და ახლობლების მხრიდან. ეს გამოწვეულია პირველ რიგში იმ სტერეოტიპებით, რაც

საზოგადოებაშია გავრცელებული. ისინი თვლიან, რომ ქალმა ოჯახის შესანარჩუნებლად ყველაფერი უნდა გააკეთოს და დათმობებზე წავიდეს.

განქორწინებული ქალების აზრით, საზოგადოებისათვის უფრო მიუღებელია ქალის განქორწინება, ვიდრე მამაკაცის, რაც იწვევს რესოციალიზაციის პროცესის უფრო გართულებას.

რაც შეეხება განქორწინების შემდგომ ცხოვრებას, გამოკითხულთა უმრავლესობა ცხოვრობს ქირით, დაახლოებით იგივე რაოდენობა კი დაბრუნდა მშობლების სახლში. ძალიან ცოტაა ისეთი რესპოდენტები, რომელთაც გააჩნიათ საკუთარი სახლი.

უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ დაოჯახებამდე არ ყოფილა დასაქმებული, ეს შესაძლოა იმიტაც იყოს განპირობებული, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობამ ოჯახი შექმნა ადრეულ ასაკში. განქორწინებული ქალების უმრავლესობა დასაქმებულია, რადგან მათ იტვირთეს პასუხისმგებლობა შვილებზე და ბუნებრივია სჭირდებათ სამსახური. თუმცა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ სამსახურის დაწყება რთულია.

განქორწინების შემდგომ ქალები აწყდებიან უამრავ პრობლემებს. შვილების აღზრდაზე პასუხისმგებლობის აღება, წინააღმდეგობები საკუთარი ოჯახისგან და საზოგადოების მხრიდან ხელს უწყობენ სტრესის განვითარებას. კვლევის შედეგად დადასტურდა ჩვენი ჰიპოთეზა, რომ საზოგადოება გარკვეულწილად ახდენს განქორწინებული ქალების მარგინალიზაციას, ოჯახის წევრებსა და ახლობლებს უჭირთ განქორწინებული ქალის უკან მიღება, ხოლო განქორწინებულ ქალებს უჭირთ სამსახურის დაწყება.

აღნიშნული კვლევის შედეგები ეყრდნობა რაოდენობრივ მონაცემებს, რომლებიც ბუნებრივია ვერ მოიცავს ისეთ ნიუანსებს, როგორცაა: მათ განცდები სამსახურის ძიებისას ან თავად სამსახურში ან ოჯახში და ა.შ. ამისათვის საინტერესო და ინფორმაციული იქნება ჩატარდეს თვისებრივი კვლევა, სადაც გამოყენებული იქნება სიღრმისეული ინტერვიუები, რაც საშუალებას მოგვცემს დავადგინოთ თუ რა სახის პრობლემებს აწყდებიან განქორწინებული ქალები სამსახურის ძიებისას, როგორია მათი გამოცდილება, რა პირობებში უწევთ მუშაობა, როგორ ართმევენ ისინი თავს სამსახურსა და შვილებზე პასუხისმგებლობას და ა.შ.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. საზოგადოებრივი დამოკიდებულებები გენდერულ თანასწორობაზე პოლიტიკასა და ბიზნესში. გაეროს განვითარების პროგრამა „გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობისთვის საქართველოში“. თბილისი, 2013
2. თენგიზ ვერულავა, ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 2017
3. კალჭუნი, ქრეგ, ლაითი, დონალდ, კელერი, სუზენ, სოციოლოგია, სოციალიზაცია ზრდასრულ ასაკში, დესოციალიზაცია და რესოციალიზაცია, 2008
4. შიდსი მეგობრობით არ გადადის!“ – რა უნდა გავაკეთოთ, რომ აივ-ინფიცირებულთა მიმართ დისკრიმინაციული დამოკიდებულება შეიცვალოს. რეპორტიორი.გე  
<http://reportiori.ge/old/aww.ge/marao.ge?menuid=74&id=62200&lang=1>
5. კუბლაშვილი, ბაია, განქორწინება და მისი სოციალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლები.
6. William R. Avison and R. Jay Turner, Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Disaggregating the Effects of Acute Stressors and Chronic Strains, 2016



ექთნების მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების კვლევა

თამარ გონგაძე<sup>1</sup>, მარიამ ერისთავი<sup>1</sup>, გეგი დოლიძე<sup>1</sup>, მაია გოგია<sup>1</sup>

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

**აბსტრაქტი**

**შესავალი:** სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი საზომია პაციენტების ექთნებით კმაყოფილების შესწავლა, რადგან ექიმებთან ერთად მათ მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრიათ ჰოსპიტალური სერვისების მიწოდებაში. პაციენტების ექთნებით კმაყოფილების დონის გასაზომად გამოყოფენ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: კომფორტი, სისუფთავე, უსაფრთხო გარემო, მეგობრული გარემო და კვალიფიციური პერსონალი. კვლევის მიზანია პაციენტების ექთნებით კმაყოფილების შესწავლა, ამ მხრივ არსებული პრობლემების გამოვლენა და მათი გადაწყვეტის გზების დასახვა. **მეთოდოლოგია:** საკვლევად გამოვიყენეთ რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით რესპონდენტებს ლაიკერტის ხუთქულიან სკალაზე უნდა მოენიშნათ სასურველი პასუხები. **შედეგები:** პაციენტთა უმრავლესობა კმაყოფილია ექთნების მომსახურებით. ექთნები დადებითად არიან განწყობილი პაციენტების მიმართ. **რეკომენდაციები:** კვლევის შედეგები შეიძლება გამოვიყენოთ შემდგომში უფრო ფართო კვლევისთვის, რათა სიდრმისეულად შევისწავლოთ საქართველოში ექთნების მომსახურებით კმაყოფილების დონე.

**საკვანძო სიტყვები:** კმაყოფილება, პაციენტი, მზრუნველობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, ექთან

**ციტირება:** თამარ გონგაძე, მარიამ ერისთავი, გეგი დოლიძე, მაია გოგია (2017). ექთნების მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების კვლევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 1. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი.

**Patient Satisfaction with Nursing Care Quality**

Tamar Gongadze<sup>1</sup>, Mariam Eristavi<sup>1</sup>, Gegi Dolidze<sup>1</sup>, Maia Gogia<sup>1</sup>

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

**Abstract**

**Introduction:** One of the ways to measure the quality of medical care is to study the patients satisfaction with nurses, because like doctors, they have significant function in providing hospital services. To assess the level of satisfaction of patients with nurses the factors such as comfort, cleanness, safe and friendly environment and qualified personnel are emphasized. The research aims to study the satisfaction of patients with nurses, identifying existing problems and fixing the ways of their solution. **Methodology:** quantitative research method is used for studying. With a structured questionnaire, respondents had to answer using the Likert five-point scale. **Results:** Most patients are satisfied with nursing services. Nurses have positive attitude towards patients. **Recommendations:** The results of this research can be used for broader research in order to study the level of satisfaction with nurses in Georgia.

**Keywords:** satisfaction, patient, care, nurse, quality of medical care

**Citation:** Tamar Gongadze, Mariam Eristavi, Gegi Dolidze, Maya Gogia (2017). Survey of nurses' satisfaction with service quality. Health Policy, Economics and Sociology, No. 1. Center for Health and Insurance.

## შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, „საექთნო საქმე ეხმარება პიროვნებებს, ოჯახებს და ადამიანთა ჯგუფებს განსაზღვრონ და წარმოაჩინონ მათი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პოტენციალი და შესაბამისად იმოქმედონ ცვალებად გარემოში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ. ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი და დაავადების თავიდან აცილებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. საექთნო საქმე ასევე გულისხმობს დაავადების ან რეაბილიტაციის პროცესში ზრუნვის დაგეგმვას და განხორციელებას, ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით“ [1].

მიუხედავად იმისა, რომ ექთანს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ერთ-ერთი საკვანძო ადგილი უჭირავს, საქართველოში ექთნების რაოდენობა ერთ-ერთი დაბალია ევროპის რეგიონში და წლიდან წლამდე მცირდება [2]. სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული შეფარდება არის 4:1 [3]. საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 1:09-ს, რითაც ერთ-ერთი ბოლო ადგილზეა ევროპაში [3].

ექთნების დეფიციტის ფონზე საინტერესოა პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა ექთნების მომსახურებით. პაციენტის კმაყოფილება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია, რომლითაც ფასდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. იგი გვეხმარება შევაფასოთ პაციენტის საჭიროებები, მათი მოლოდინები და სათანადო სერვისებით უზრუნველყოფა, ასევე სამედიცინო პერსონალის ტექნიკური კომპეტენცია, ინტერპერსონალური ურთიერთობები [4, 5].

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი საზომია პაციენტების ექთნებით კმაყოფილების შესწავლა, რადგან ექიმებთან ერთად მათ მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრიათ ჰოსპიტალური სერვისების მიწოდებაში [6, 7]. პაციენტების ექთნებით კმაყოფილების დონის გასაზომად გამოყოფენ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: კომფორტი, სისუფთავე, უსაფრთხო გარემო, მეგობრული გარემო და კვალიფიციური პერსონალი [8]. ამ მხრივ, სხვადასხვა ქვეყნებში ბევრი კვლევა ჩატარდა, რამაც ხელი შეუწყო ექთნების მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას [9].

საქართველოში მსგავსი კვლევები იშვიათად ტარდება [6, 7, 10, 11]. სწორედ ამიტომ გადაწყვიტეთ გვეკვლია პაციენტების კმაყოფილება ექთნების მომსახურებით, ამ მხრივ არსებული პრობლემების გამოვლენა და მათი გადაწყვეტის გზების დასახვა.

## მეთოდოლოგია

პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. კერძოდ, სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით განხორციელდა ჰოსპიტალური პაციენტების გამოკითხვა.

გამოკითხვა ჩატარდა საერთაშორისოდ აღიარებული პაციენტის კმაყოფილება ექთნების მომსახურების ხარისხით კითხვარის (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ) მეშვეობით, რომელიც ფართოდ გამოიყენება როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. ექთნების მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად პაციენტები ლაიკერტის ხუთქულიან სკალაზე (სადაც 1 ქულა იყო „შესანიშნავი“, ხოლო 5 „ცუდი“) ახდენენ სასურველი პასუხების მონიშვნას. პაციენტების შერჩევა იყო მიზნობრივი. თბილისის ერთ-ერთ კლინიკაში გამოკვითხეთ 38 პაციენტი და გავიგეთ მათი დამოკიდებულება ექთნების მომსახურებით კმაყოფილებაზე.



კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ დროის შეზღუდულობის გამო გამოვიკითხეთ მხოლოდ ერთი კლინიკის 38 ექთანი, შესაბამისად ჩვენი კვლევა რაოდენობრივი კვლევის მთავარ იარაღს, რაც გულისხმობს რეპრეზენტატულობას, ვერ გამოვიყენებთ და მიღებულ შედეგებს ვერ განვაზოგადებთ ქვეყნის ყველა სამედიცინო კლინიკაზე.

**შედეგები**

სულ გამოიკითხა 38 რესპონდენტი. რესპოდენტთა ასაკი მერყეობდა 31-დან 82 წლამდე. მათგან ჭარბობდა 61-დან 71-მდე ასაკის რესპოდენტები (36.8%). გამოკითხულთა შორის მეტ წილს შეადგენდნენ მამაკაცები (58%) (იხ. ცხრილი 1).

ცხრილი 1: რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები: ასაკი და სქესი

ასაკი	ქალი	კაცი	რაოდენობა
31-40	1	0	1 (2.6%)
41-50	1	2	3 (7.9%)
51-60	6	7	13 (34.2%)
61-70	5	9	14 (36.8%)
71-80	3	3	6 (15.8%)
81 და ზევით	0	1	1 (2.6%)
<b>ჯამი</b>	<b>16 (42%)</b>	<b>22 (58%)</b>	<b>38 (100%)</b>

გამოკითხვის შედეგებმა აჩვენა, რომ ინფორმაციის მიწოდების მხრივ ექთნები სათანადოდ ასრულებენ საკუთარ მოვალეობას. კითხვაზე, თუ რამდენად გასაგებად და სრულყოფილად აუხსნეს ექთნებმა პაციენტებს სამედიცინო პროცედურების, მკურნალობის და მისი შედეგების შესახებ, 86,8 %-მა შეაფასა „შესანიშნავად“, 13,2% – „კარგად“ (M=1,13; SD=0,343).

რესპონდენტების 86% „შესანიშნავად“ აფასებს ექთნების მიერ მიწოდებულ ინფორმაციას (ქალი-87%; კაცი-86,4%), რომელიც ეხებოდა თუ როგორ უნდა მომზადებულიყვნენ პაციენტები ოპერაციისა და გამოკვლევებისთვის. გამოკითხულთა 15 %-მა კი „კარგად“ შეაფასა (M=1,13; SD=0,343) ინფორმაცია, რომელსაც ექთანი მათ აწვდიდა იყო საკმაოდ გასაგები და, ამავდროულად, ისინი, ძალიან ხშირად პასუხობდნენ მათ მიერ დასმულ კითხვებს.

რაც შეეხება ინფორმირებულობის დონეს, თუ რამდენად კარგად აწვდის ინფორმაციას ექთანი პაციენტის ოჯახს და მეგობრებს, რესპონდენტების 65,8% აფასებს „შესანიშნავად“, ხოლო 23,7%-„ძალიან კარგად“ (M=1,47; SD=0,762) როგორც ქალები, ასევე მამაკაცები დადებითად აფასებენ ექთნის მიერ ოჯახის წევრების და მეგობრების ინფორმირებულობას მათი მდგომარეობის შესახებ.

ოჯახის წევრების ჩართულობას პაციენტების სამედიცინო მომსახურებაში, რესპონდენტების 63% აფასებს „შესანიშნავად“, 18,4%-„ძალიან კარგად“, 18,4%-„კარგად“ (M=1,55; SD=0,795) პაციენტების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ ოჯახის წევრები მათთან მხოლოდ მოსაწახილებლად მოდიან და არ საჭიროებენ სხვა მხრივ მათ დახმარებას.

გარდა პროფესიონალიზმისა, სასურველია, რომ ექთნები გამოირჩეოდნენ კარგი პიროვნული თვისებითაც, რადგან მათ ურთიერთობა აქვთ პაციენტებთან, რომლებსაც მუდმივად სჭირდებათ მათი მხარდაჭერა და გამხნევება. თუ რამდენად თავაზიანები და მეგობრულები იყვნენ ექთნები, რესპონდენტთა უმეტესობა პასუხობს, რომ ისინი ძალიან დადებითად არიან მათ მიმართ განწყობილნი და ზრუნავენ მათი ხასიათის ამაღლებაზე. ექთნების მეგობრულობას პაციენტთა- 90% აფასებს „შესანიშნავად“, 10%- „ძალიან კარგად“. (M=1.13; SD=0,414)

რესპონდენტების 97,4 % ამბობს, რომ მუდმივად მეთვალყურეობენ მათ ექთნები და ძალიან ხშირად შედიან პალატაში მათი მდგომარეობის გასაგებად (M=1.03; SD=0,162) იქიდან გამომდინარე, რომ ექთნები პასუხისმგებლები არიან პაციენტების ჯანმრთელობაზე პალატაში ყოფნისას, ისინი თავს ვალდებულად თვლიან, რომ ხშირად შეამოწმონ პაციენტები და იყვნენ მაქსიმალურად დაზღვეულები გაუთვალისწინებელი მოვლენებისგან. 193

ექთანმა კარგად იცის პაციენტის საჭიროებები და ამიტომაც, რომ რიგ შემთხვევებში ისინი არ ჰყვებოდნენ მათ სურვილებს. ამავდროულად, შეიძლება პაციენტებს ისეთი სურვილები

ჰქონდათ, როგორებიცაა წამლის არ მიღება ან საკვებზე უარის თქმა და, რა თქმა უნდა, ამ მოთხოვნას კვალიფიციური ექთანს არ უნდა დასთანხმდეს და არ უნდა დააყენოს პაციენტის ჯანმრთელობა რისკის ქვეშ. (M=2,21; SD=0,565)

ცხრილი 2: პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

კითხვები	N	Mean Std.	Deviation
Q1-ინფორმაციის მოწოდება: მედდამ რამდენად ნათლად და სრულყოფილად აგიხსნათ გამოკვლევების, მკურნალობის და მისი შედეგების შესახებ?	38	1,13	0,343
Q2-ინსტრუქციები: მედდამ რამდენად კარგად აგიხსნათ თუ როგორ უნდა მოემზადოთ გამოკვლევებისთვის ან ოპერაციისთვის?	38	1,13	0,343
Q3-ინფორმაციის მიღების სიმარტივე: რამდენად აქვს მედდას სურვილი უპასუხოს თქვენს კითხვებს	38	1,16	0,37
Q4-მედდების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია: რამდენად კარგი ურთიერთობა აქვს მედდას პაციენტებთან, მათ ოჯახთან და ექიმებთან?	38	1,47	0,762
Q5-ოჯახის და მეგობრების ინფორმირებულობა: რამდენად ინფორმირებული ყავს მედდას პაციენტის ოჯახი და მეგობრები თქვენი მდგომარეობის და საჭიროებების შესახებ?	38	1,45	0,686
Q6-ოჯახის და მეგობრების ჩართვა თქვენზე ზრუნვაში: რამდენად დართეს ნება თქვენს მეგობრებს და ოჯახის წევრებს, რომ თქვენზე ეზრუნათ?	38	1,55	0,795
Q7-მედდების გულისხმიერება და ზრუნვა: რამდენად თავაზიანი და გულისხმიერი, მეგობრული და კეთილი არიან მედდები თქვენ მიმართ.	38	1,13	0,414
Q8-თქვენი მდგომარეობის მიმართ გამოხატული ყურადღება: რამდენად ხშირად გიწვედნენ მეთვალყურეობას მედდები და რამდენად კარგად ხვდებოდნენ თქვენს მდგომარეობას?	38	1,03	0,162
Q9-თქვენი აზრის გაზიარება: რამდენად ხშირად გეკითხებოდათ მედდა თუ რას ფიქრობდით თქვენს მდგომარეობაზე და გაძლევდათ თუ არა რჩევებს?	38	1,29	0,565
Q10-თქვენი საჭიროებების გათვალისწინება: რამდენად ჰქონდათ მედდებს სურვილი დაჰყოლოდნენ თქვენს საჭიროებებს	38	2,21	1,143
Q11-მედდების ყოველდღიური რუტინული ქმედებები: რამდენად კარგად არგებენ მედდები თავიანთ დღის განრიგს თქვენს საჭიროებებს?	38	1,16	0,370
Q12-მედდების სარგებლიანობა: მედდების შესაძლებლობა, შეგიქმნათ კომფორტი და შეგმატონ თავდაჯერებულობა.	38	1,03	0,162
Q13-მედდების გამოხმაურება თქვენს გამოძახებაზე: რამდენად სწრაფად მოდიან დასახმარებლად?	38	1,05	0,226
Q14-მედდების კომპეტენცია და უნარები: რამდენად კარგად ასრულებენ მოვალეობას, როგორიცაა წამლის მიწოდება და ა.შ.	38	1,08	0,273
Q15-მომსახურების კოორდინაცია: ექთნები და სხვა სამედიცინო პერსონალი რამდენად გუნდურად და ერთობლივად მუშაობენ თქვენი უკეთ მომსახურებისათვის.	38	1,08	0,273
Q16-მედდების მიერ შექმნილი მშვიდიატმოსფერო: სიმშვიდე და სიწყნარე	38	2,03	0,944



Q17-კონფიდენციალურობა: რამდენად იცავენ თქვენს კონფიდენციალურობას, საიდუმლოებას მედლები.	38	1,47	0,725
Q18-საავადმყოფოდან გაწერის ინსტრუქციების გაცნობა: რამდენად ნათლად და სრულყოფილად გიხსნით მედლა თუ რა უნდა გააკეთოთ საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ?	38	2,03	0,944
Q19-ზრუნვა საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ: ექთნები რამდენად ზრუნავენ თქვენი საჭიროებების უზრუნველსაყოფად საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ.	38	2,05	0,928

ამავდროულად ექთნები საკმაოდ კარგად არგებდნენ თავიანთ დღის გრაფიკს პაციენტის საჭიროებებს, რესპონდენტების 84% „შესანიშნავად“ აფასებს ექთნების დროის მენეჯმენტს. (M=1.16; SD=0,37)

კლინიკაში შესვლისას მაშინვე შეამჩნევთ, რომ ძალიან მშვიდი გარემოა, რასაც ადასტურებს პაციენტთა 92%. (M=2,03; SD=0,944)

ექთნები მათ მუდმივად უქმნიან კომფორტს. გამოკითხულთა 95% მიიჩნევს, რომ ეს ფაქტორი ძალიან მაღალ დონეზეა საავადმყოფოში (M=1,03; SD=0,162). ეს ფაქტი გამოწვეულია იმით, რომ კლინიკაში ევროპულ დონეზეა მოწყობილი ინფრასტრუქტურა, კარგად არის დაცული სისუფთავე და, როგორც ჩვენთან საუბრისას აცხადებდნენ პაციენტები, თანამედროვე ტექნოლოგიების დახმარებით ექთნები საჭიროების შემთხვევაში წამებში ჩნდებიან მათთან. რესპონდენტების 97% ამბობს, რომ ექთნები სწრაფად რეაგირებენ მათ გამოძახებაზე (M=1.05; SD=0,226). ამასთანავე, ისინი ძალიან კარგად ასრულებენ თავიანთ მოვალეობებს, როგორებიცაა წამლის მიწოდება და სხვა. ექთნების გუნდურ მუშაობას რესპონდენტების 92% აფასებს „შესანიშნავად“ (M=1,08; SD=0,273).

მნიშვნელოვანია ის ინფორმაცია, რომელიც პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ კლინიკიდან გაწერის შემდეგ. აღნიშნული ინფორმაციის მიწოდების ხარისხს პაციენტების 34% აფასებს „შესანიშნავად“, 36,8%- „ძალიან კარგად“, 21,1%- „კარგად“, 7,9%- „საშუალოდ“ (M=2,03; SD=0,944). ეს ფაქტი შეიძლება ავსხნათ იმითაც, რომ ექთნების კომპეტენციაში არ შედის, რეკომენდაციების მიცემა პაციენტებისთვის. ეს არის ექიმის ვალდებულება და ის ზრუნავს მათ ინფორმირებულობაზე. მიუხედავად ამისა, ექთნების გარკვეული კატეგორია მაინც ზრუნავს თავის პაციენტზე და აძლევს მათ რჩევებს.

### დასკვნა და რეკომენდაციები

დაკვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ კლინიკაში ექთნებით კმაყოფილების დონე საკმაოდ მაღალია. როგორც ქალები ასევე მამაკაცები დადებითად აფასებენ მომსახურეობას. კლინიკაში მუშაობენ მაღლკვალიფიციური ექთნები რომლებიც, დადებითად არიან განწყობილი პაციენტების მიმართ.

მიუხედავად იმისა, რომ მოცემულ კლინიკაში ექთნებით კმაყოფილების დონე მაღალია, ამ შედეგებს მთელს საქართველოზე ვერ განვაზოგადებთ, რადგან კვლევა ჩატარდა მხოლოდ ერთ საავადმყოფოში. აქედან გამომდინარე, კვლევის შედეგები შეიძლება გამოვიყენოთ შემდგომში უფრო ფართო კვლევისთვის, რათა სიღრმისეულად შევისწავლოთ საქართველოში ექთნების მომსახურებით კმაყოფილების დონე.

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.
2. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
3. ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა

კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.  
თბილისი. 2013 წ. გვ.30.

4. O'Connell, B & Young, J (1999), Patient satisfaction with nursing care: A measurement conundrum, international of Nursing practice, USA.
5. თენგიზ ვერულავა (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.
6. თენგიზ ვერულავა, დავით წივწივაძე (2015). მედდების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.
7. ენდი ჭელიძე, ლევან მელქაძე, სოფო დალაქიშვილი, ნინო სამხარაძე, გვანცა დეკანოიძე, მარიამ მუნჯიშვილი (2017). საექთნო პრაქტიკის გარემოს თავისებურებები და სამუშაოთი კმაყოფილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, No3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.
8. Hussain Khan, M & Others (2006), Patient Satisfaction with Nursing Care, Department of Community Medicine, Gomal Medical College, Dera Ismail Khan, NWFP, Pakistan.
9. თენგიზ ვერულავა, აკაკი ბურკაძე, რევაზ ჯორბენაძე (2016). სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, No2. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.
10. თენგიზ ვერულავა, ზურაბ კიკვიძე (2016). ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დახმარების ხარისხით კმაყოფილება. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, No2. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი.