



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

7 (2)

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



7 (2) 2023

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

კავკასიის უნივერსიტეტი
Caucasus University

რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed International Scientific Journal

Health Policy, Economics and Sociology

2023 № 7 (2)



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

PRINT ISSN 2449-2469
ONLINE ISSN 2346-7983

თბილისი 2023 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტი
Caucasus University

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

Editor-in-Chief:

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

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983

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

doi 10.52340/healthecosoc

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

Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

tverulava@cu.edu.ge



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

ინდექსირებულია
INDEXED



Crossref



OAJI .net Open Academic Journals Index



TOGETHER WE REACH THE GOAL



Directory of Research Journals Indexing



საქართველოს პარლამენტის
ეროვნული ბიბლიოთეკა

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგიის თავმჯდომარე:

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

აღმასრულებელი რედაქტორი:

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

სარედაქციო კოლეგია:

ელენე ჯღარკავა (კავკასიის უნივერსიტეტი), **მარიამ ოქრუაშვილი** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ზვიად კირტავა** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **სოფია კობახიძე** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **დავით ნატროშვილი** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **გიორგი მახარაშვილი** (შავი ზღვის საერთაშორისო 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), **თამარ ლობჯანიძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ვასაძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ჩოკოშვილი** (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი), **ილია ნადარეიშვილი** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ეკა ჭყონია** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ნინო ჩიხლაძე** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ეკატერინე სანიკიძე** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ზურაბ სიხარულიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ლალი კოკაია** (თამარ მეფის უნივერსიტეტი), **გულნარა შელია** (ავ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ირმა კირთაძე** (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი),

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

ლელა 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 ფალკვი** (ნოტინგემის უნივერსიტეტი, ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი), **ლელა აფშარი** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **თისა ვიჯარეთნი** (მელბურნის უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **ჯირი რადა** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **სტივ პოლგერი** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **გიორგი შაქარიშვილი** (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, შვეიცარია), **არანკა იგნასიაკ-შულცი** (ნიკოლაუს კოპერნიკის უნივერსიტეტი, პოლონეთი)

რედაქტორი - ეკატერინე ელიავა

Editor-in-Chief:

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

Head of Scientific Editorial Board:

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

Executive Editor:

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

Scientific Editorial Board

Elene Jgharkawa (Caucasus University), **Mariam Okruashvili** (Caucasus University), **Zviad Kirtava** (Caucasus University), **Sofia Kobakhidze** (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), **Giorgi Makharashvili** (Caucasus 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), **Tamar Lobzhanidze** (University of Georgia), **Otar Vasadze** (University of Georgia), **Ilia Nadareishvili** (David Tvildiani Medical University), **Eka Chkhonia** (Tbilisi State Medical University), **Nino Chikhladze** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Ekaterine Sanikidze** (D. Tvildian Medical University), **Zurab Sikharulidze** (Tbilisi State Medical University), **Gulnara Shelia** (Ak. Tsereteli State University), **Lali Kokaia** (King Tamar University), **Irma Kirtadze** (Ilia State University)

Foreign part of Editorial board members:

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

Editor - Ekaterine Eliava

სარჩევი CONTENTS

ორიგინალური კვლევა Original Research

ლიკა სიბოშვილი, ნატა ყაზახაშვილი

ნაადრევი მშობიარობის ტენდენციები საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემების მიხედვით

Lika Siboshvili, Nata Kazakhashvili

Trends in preterm birth according to data from the Georgian birth registry

მიხეილ ოსიშვილი

მოსახლეობის ინფორმირებულობა ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე

Mikheil Osishvili

Awareness of the population regarding early detection of oncological diseases

თამარ გიორგაძე, სოფიო ხაჯომია

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებები ეთნიკურ უმცირესობებში

Tamar Giorgadze, Sofia Khazhomia

Health characteristics of women of reproductive age in ethnic minorities

მონიკა კვარაცხელია

სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინება/განქორწინების მიმართ

Monika Kvaratskhelia

Students' attitude toward marriage/divorce

ნინო ისაკაძე; სოფიო ხაჯომია

სამედიცინო პერსონალის მოტივაციური და დემოტივაციური ფაქტორები

Nino Isakadze; Sophio Khazhomia

Motivational and demotivating factors of medical personnel

მარიამ ვარდუკაძე, თენგიზ ვერულავა

საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ

Mariam Vardukadze, Tengiz Verulava

Financial access of pensioners to emergency onco-hematological services after the implementation of the DRG model

მარიამ გიგილაშვილი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მართვა და საკანონმდებლო რეგულირება საქართველოში

Mariam Gigilashvili

Management and Legislation of Reproductive Health Services in Georgia

მიმოხილვა Review

თამარ აბულაძე, ლელა სტურუა, გიორგი ბახტურიძე, კარლა ჯ.ბერგი

საქართველოს თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკა არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების კუთხით - შედარება ევროპულ მიდგომებთან

Tamar Abuladze, Lela Sturua, George Bakhturidze, Carla J. Berg

Georgia's Tobacco Control Policy Regarding Novel Flavored Tobacco Products – A Comparison to Benchmarks from the European Context

თენგიზ ვერულავა

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები

Tengiz Verulava

Functions and Goals of the Health Care System

ნინო სილაგაძე, ნინო განუგრავა

ფარმაკოზედამხედველობის მნიშვნელობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და მისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში

Nino Silagadze, Nino Ganugrava

The importance of Pharmacovigilance in Public Health System and its role in public health programs

ნათია ფანჯიკიძე

არტთერაპიები - სამყაროს გაფართოების შესაძლებლობა

Natia Panjikidze

Art Therapies - An Opportunity for Expanding One's World

ქეთევან გაჩეჩილაძე, ნინო განუგრავა

ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასება საქართველოში

Ketevan Gachechiladze, Nino Ganugrava

Assessment of Public Awareness of Oncological Diseases in Georgia

თამრიკო ბულია, თინა ბერუჩაშვილი, იოსებ აბესაძე, ფატი ძოჭენიძე

მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობა პალიატიურ მზრუნველობაში მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველოს რეალობა

Tamriko Bulia, Tina Beruchashvili, Ioseb Abesadze, Pati Dzotsenidze

Importance of multidisciplinary approach in palliative care, world practice and reality of Georgia

კობა ქამაშიძე

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები

Koba Kamashidze

Current approaches and challenges to cervical cancer prevention

მარიამ გალდავა

LGBTQ თემის ჯანმრთელობის დაცვის გამოწვევები

Mariam Galdava

Health Care Challenges for the LGBTQ Community



ნაადრევი მშობიარობის ტენდენციები საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემების მიხედვით

Trends in preterm birth according to data from the Georgian birth registry

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.01

ლიკა სიბოშვილი^{1a}, ნატა ყაზახაშვილი^{2b}

Lika Siboshvili^{1a}, Nata Kazakhashvili^{2b}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² მედიცინის ფაკულტეტი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

²Faculty of Medicine, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ნაადრევი მშობიარობა აქტუალურია როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნებისთვის. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის შესწავლა დაბადების რეგისტრის მონაცემების ანალიზის მიხედვით.

მეთოდოლოგია: განხორციელდა საქართველოს დაბადების რეგისტრის 4 წლის მონაცემების (2017-2020 წწ.) რეტროსპექტული შესწავლა და აღწერილობითი, სტატისტიკური ანალიზი. მონაცემების დამუშავება მოხდა SPSS პროგრამის საშუალებით. საკვლევ პოპულაციად განისაზღვრა ყველა ის ქალი, რომელმაც იმშობიარა კვლევის პერიოდში (2017-2020) და მშობიარობის სტატუსი იყო „ნაადრევი“. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევამ გამოავლინა ნაადრევი მშობიარობების ზრდის ტენდენცია. ნაადრევი მშობიარობას ძირითადად 20-29 ასაკობრივ კატეგორიაში აქვს ადგილი. ნაადრევი მშობიარობის უმეტესობა (42,6%) მოდიოდა იმ დედებზე, რომლებსაც ჰქონდა ორსულობის 3 ან მეტი შემთხვევა. ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში მკვდრადშობილების რაოდენობა შემცირების ტენდენციით ხასიათდება. ნაადრევი მშობიარობა და ნაყოფის მცირე მასა ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული, რაოდენობრივად ყველაზე მეტი შემთხვევა თბილისში აღირიცხა, რაც განპირობებულია დედაქალაქში ურბანიზაციის მაღალი მაჩვენებლებით. ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში ანტენატალური ვიზიტებისთვის არც ერთხელ არ მიუმართავს ორსულების 7,7%-ს (n=1305). საყურადღებოა, რომ ნაადრევი მშობიარობების დიდ ნაწილში (59,4%) მშობიარობის გზა იყო საკეისრო კვეთა. **დასკვნა:** თითოეული ორსული ჩართული უნდა იყოს ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში და ისარგებლოს განსაზღვრული ვიზიტებით. ნაადრევი მშობიარობის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია ორსულებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა. საჭიროა საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლების მიზეზების ანალიზი.

საკვანძო სიტყვები: ნაადრევი მშობიარობა, დაბადების რეგისტრი, მკვდრადშობადობა

ციტირება: ლიკა სიბოშვილი, ნატა ყაზახაშვილი. ნაადრევი მშობიარობის ტენდენციები საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემების მიხედვით. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

^a l_siboshvili@cu.edu.ge ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-5939-5552

^b nata.kazakhashvili@gmail.com ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-9795-4078

Abstract

Introduction: Preterm birth is a relevant issue for both developed and developing countries. The aim of the study was to study premature birth tendencies in Georgia based on the analysis of birth register data. **Methodology:** The data was collected and studied with retrospective analysis of 4-year data (2017-2020). The data was analyzed by SPSS program. **Results, Discussion:** The study revealed an increasing trend in preterm birth. During the research, it was revealed that premature births are mostly present in the age group of 20-29. Most preterm births (42.6%) occurred in mothers who had 3 or more pregnancies. In the case of premature birth, the number of stillbirths tends to decrease. Furthermore, the highest number was recorded in Tbilisi, which is due to high urbanization rates in the city, and in most cases of premature births, the rate of cesarean sections (59.4%) was higher than physiological births. In the case of premature birth, 7.7% of pregnant women (n=1305) did not apply for antenatal visits even once. **Conclusion:** Every pregnant woman should be covered in an antenatal care program. To reduce premature birth rates, it is important to promote a healthy lifestyle in pregnant women. It is necessary to study the reasons for the high cesarean section rates.

Keywords: Premature birth, birth registry, stillbirth

Citation: Lika Siboshvili, Nata Kazakhashvili. Trends in preterm birth according to data from the Georgian birth registry. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით მშობიარობა ნაადრევია, თუ მშობიარობა მოხდა ორსულობის 37 კვირამდე. სპეციალისტები ნაადრევი მშობიარობის რამდენიმე ქვეკატეგორიას განიხილავენ, რომელიც მშობიარობის გესტაციური ვადის მიხედვით განისაზღვრება: უკიდურესად ნაადრევი - ნაკლები 28 კვირაზე, ძალიან ნაადრევი - 28-დან 32 კვირამდე და ზომიერად და გვიან ნაადრევი - 32-დან 37-კვირამდე (World Health Organization, 2022).

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, 2010 წელს მსოფლიოში 15 მილიონი ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევა დაფიქსირდა, რომელთა პრევალენტობაც 5-18%-ს შეადგენდა. აღნიშნული მიუთითებს, რომ ყოველი 10 ახალშობილიდან 1 ნაადრევად იბადება. 2015 წელს ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი შეერთებულ შტატებში 9,62% იყო, 3,977,745 მშობიარობას შორის. 2021 წლის მონაცემებით აშშ-ში დაბადებული ყოველი 10 ახალშობილიდან 1 ნაადრევად იყო დაბადებული.

ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლები უმეტეს ქვეყანაში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. 38 ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ 2000 წლიდან 2014 წლამდე ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 28 ქვეყანაში გაიზარდა. (Walani, 2020). ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 2000 წელს იყო 9,8%, ხოლო 2014 წელს 10,6% (Walani, 2020). საქართველოში ნაადრევ მშობიარობათა წილი 7,9%-დან (2018 წ) 8,9%-მდე (2021 წ) გაიზარდა (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ნაადრევი მშობიარობის დროს ხშირია გართულებები. 2015 წელს მსოფლიოში 5,94 მილიონი 5 წლამდე ასაკის ბავშვი გარდაიცვალა, გარდაცვალების 17,8% გამოწვეული იყო ნაადრევი მშობიარობის გართულებებით. ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილებისა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილის მთავარ მიზეზს, ხოლო გადარჩენილებს შორის არსებობს უნარშეზღუდულობის რისკი, მათ შორის სწავლის, მხედველობისა და სმენის პრობლემების სახით (Muhumed et al., 2021).

ნაადრევი მშობიარობის შედეგად არსებული გართულებებისა თუ სიკვდილიანობის თავიდან აცილება შესაძლებელია ჯანსაღი ორსულობით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანტენატალური ზრუნვის გაიდლაინები მოიცავს მთავარ ინტერვენციებს, რომლითაც შესაძლებელია ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია. ინტერვენციები მოიცავს: ჯანსაღ კვებას, თამბაქოსა და სხვა ნივთიერებებზე უარის თქმას, ექიმთან 8 ანტენატალურ

ვიზიტს, რომელიც საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს ორსულობის რისკ-ფაქტორები და მოხდეს შესაბამისი მართვა (World Health Organization, 2022).

ნაადრევი მშობიარობა აქტუალურია როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნებისთვის. თუ განვითარებულ ქვეყნებში ნაადრევი მშობიარობა დედობის გვიან ასაკში დაგეგმვას ეხება, ღარიბ ქვეყნებში ორსულობის მეთვალყურეობის ხარვეზებთან და სხვადასხვა პათოლოგიებთანაა კავშირში. ნაადრევი მშობიარობის პრობლემის მოგვარებას დიდი როლი აქვს გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის მიღწევის საკითხში, რაც გულისხმობს 2030 წლისათვის ახალშობილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილის შემცირებას, რომლის თავიდან აცილებაც შესაძლებელი იყო.

ნაადრევი მშობიარობას შეუძლია გავლენა მოახდინოს ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე გრძელვადიან პერპექტივაში. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლების ცვლილებების შესწავლა დედისა და ახალშობილის მახასიათებლების მიხედვით.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის შესწავლა დაბადების რეგისტრის მონაცემების ანალიზის მიხედვით.

ლიტერატურული მიმოხილვა

ნაადრევი მშობიარობის გავრცელება მსოფლიოში

ნაადრევი მშობიარობის ტვირთი მაღალი და დაბალი ან საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს შორის არათანაბრად არის განაწილებული. ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები უფრო ხშირია დაბალი ან საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში და მისი შედეგებიც უფრო მძიმეა, რადგან ასეთ ქვეყნებში სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ნაკლებობა შეინიშნება.

ნაადრევი მშობიარობების დაახლოებით 90% დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე მოდის. დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ნაადრევი მშობიარობის საშუალო მაჩვენებელი 12%-ს უახლოვდება, საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 9,4%-ს, ხოლო მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 9,3%-ს. მნიშვნელოვანი განხვავებული არსებობს თითოეულ რეგიონს შორის, მაგ. ევროპის რეგიონშიც, სადაც ეს მაჩვენებელი 5%-დან 10%-მდე მერყეობს, მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნები ერთანეთს ჰგვანან განვითარებითა და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით. (Walani, 2020).

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ახალშობილთა გადარჩენის შანსი - გესტაციური ასაკი, რომლის დროსაც ჩვილს აქვს გადარჩენის 50%, არის დაახლოებით 24 კვირა, მსოფლიოს უმეტეს დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სიცოცხლისუნარიანობის ეს ზღვარი ორსულობის 34 კვირამდეც კი არ არის მიღწეული. ამგვარად, ახალშობილების გადარჩენის საკითხში დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ ადგილს, სადაც ახალშობილი იბადება (Stringer et al., 2016).

მსოფლიოში ნაადრევი მშობიარობის 60%-ზე მეტი გვხვდება სამხრეთ აზიისა და სუბ-საჰარული აფრიკის ქვეყნებში, რომლებიც დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებს წარმოადგენენ. ეს შესაძლოა გამოწვეული იყოს მცირე რესურსებით, რომლებიც ქვეყანას გააჩნია და მაღალი ფერტილობით (Muhumed et al., 2021). მსოფლიოში ნაადრევი დაბადებული ახალშობილების 50%-ზე მეტი - 7,4 მილიონი ახალშობილი ძირითადად ექვს ქვეყანაზე მოდის და ეს ქვეყნებია: ინდოეთი, ჩინეთი, ნიგერია, პაკისტანი, ინდონეზია და შეერთებული შტატები. (Walani, 2020).

დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, 28 კვირაზე ნაკლებ ვადაზე დაბადებული ახალშობილების 90%-ზე მეტი იღუპება სიცოცხლის პირველივე დღეებში, როდესაც მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში მათი სიკვდილიანობა 10%-ზე ნაკლებია (World Health Organizatio, 2022). დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 32 კვირაზე ან ნაკლებ ვადაზე დაბადებული ბავშვების ნახევარი ყველაზე ხშირად იღუპება ისეთი ფაქტორების გამო, როგორცაა: ინფექციები და სუნთქვის გართულებები (World Health Organizatio, 2022).

აღსანიშნავია ეთნიკური განსხვავებებიც, რომელიც არსებობს ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში. შეერთებულ შტატებში 2016 წელს ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 14% იყო აფრო-ამერიკელ ქალებში, ხოლო თეთრკანიან ქალებში 9%. (Walani, 2020). 2021 წელს ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი აფროამერიკელ ქალებში (14,8%) დაახლოებით 50%-ით მეტი იყო არაესპანელ თეთრკანიან (9,5%) და ესპანელ ქალებთან შედარებით (10,2%) (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

კვლევები ადასტურებენ, რომ სოფლად მცხოვრებ ქალებში ნაადრევი მშობიარობის რისკი 4,5-ჯერ მეტია ქალაქში მცხოვრებ ქალებთან შედარებით, რაც შესაძლოა განპირობებული იყოს სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემით (Muhumed et al., 2021).

ნაადრევი მშობიარობის გამომწვევი მიზეზები

ნაადრევი მშობიარობა გამოწვეულია მრავალი მიზეზით, რომლებიც შეიძლება იყოს როგორც ინდივიდუალური, ისე გარემო ფაქტორებთან დაკავშირებული. ნაადრევი მშობიარობა შესაძლოა იყოს იატროგენული, მაშინ როცა ნაადრევი მშობიარობის 80% ხდება სპონტანურად (Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018).

ნაადრევად მშობიარობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს გარსების ნაადრევი დარღვევით, სპონტანურად გარსების დარღვევის გარეშე და დედის ან ნაყოფის მდგომარეობის გამო (Goldenberg et al., 2008).

ნაადრევი მშობიარობის დაახლოებით 30-35% დედის ან ნაყოფის ჯანმრთელობის გამო ხდება, 40-45%- სპონტანურად გარსების დარღვევის გარეშე, ხოლო 25-30% გარსების ნაადრევი დარღვევის გამო. თეთრკანიან ქალებში ნაადრევი მშობიარობა ყველაზე ხშირად სპონტანურად მიმდინარეობს, მაშინ როცა ფერადკანიან ქალებში ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი გარსების ნაადრევი დარღვევაა. (Goldenberg et al., 2008)

ნაადრევი მშობიარობის გესტაციური ვადების დაყოფის შემთხვევაში ყველაზე მეტი შემთხვევა ორსულობის 34-36 კვირაზე ხდება (60-70%), შემდეგ 32-33 კვირაზე (20%), 28-31 კვირაზე 15%, ხოლო დაახლოებით 5% ხდება ორსულობის 28 კვირაზე ნაკლებ ვადაზე. (Goldenberg et al., 2008)

ნაადრევი მშობიარობის რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: დედის ასაკი, განათლება, დაბალი სოციო-ეკონომიკური პირობები, საცხოვრებელი ადგილი (ქალაქი, სოფელი), პროფესიული სტატუსი, კვება, არასასურველი ქცევები, ფსიქოლოგიური პრობლემები, სტრესი, მძიმე ფიზიკური შრომა, ხანგრძლივი და მძიმე სამუშაო, ორსულობის ისტორია, აბორტის ისტორია, შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციები, ჰიპერტენზია, ჰემოგლობინის დონე, ახალშობილის სქესი, საშვილოსნოს პლაცენტის მდგომარეობა, საშვილოსნოს შეკუმშვა და საშვილოსნოს ყელის სიგრძე, ბიოლოგიური და გენეტიკური მარკერები, სისხლდენა, იმუნოლოგიური ფაქტორები.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით გამოვლინდა ნაადრევი მშობიარობის 12 ძირითადი მიზეზი: პრეეკლამფსია (12%), მრავალნაყოფიანი ორსულობა (10%), ქორიოამნიტი (8%), საშვილოსნოსგარე ინფექცია (8%), ორსულობის შუა ან გვიან პერიოდში სისხლდენა (6%), საეჭვო საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეზღუდვა (6%), პერინატალური სეფსისი (6%), ადრეული სისხლდენა (5%), მკვდრადშობადობა (4%), ნაყოფის დისტრესი (3%) და დედის მძიმე საცხოვრებელი პირობები (3%). (Stringer et al., 2016)

ნაადრევი მშობიარობის რისკი თანაბრად მაღალია როგორც მოზარდ ორსულებში, ისე ხანდაზმულ ორსულებში, თუმცა კვლევების თანახმად ყველაზე მაღალი რისკი მაინც 18 წლამდე ორსულებში არსებობს.

დედების დაბალი განათლების დონეც ასოცირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან. მაგალითად, ევროპის 12 ქვეყანაში ჩატარებულმა ნაადრევი მშობიარობის კოეფიციენტის ანალიზმა აჩვენა, რომ კოეფიციენტი ზოგადად უფრო მაღალია იმ ქალებში, რომლებსაც განათლების დაბალი დონე აქვთ. ნიდერლანდებში ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებში იყო 7%, როცა იგივე მაჩვენებელი შედარებით მაღალი განათლების მქონე ქალებში 4,9% იყო. ნორვეგიაში ნაადრევი მშობიარობის

მაჩვენებელი დაბალი განათლების დონის მქონე ქალებში 9,7% იყო, ხოლო მაღალი განათლების დონის მქონე ქალებში 5,9%. (Walani, 2020).

ნაადრევე მშობიარობაზე გავლენას ახდენს კვება. რკინის ან ფოლიუმის დაბალი კონცენტრაციის მქონე ქალებში უფრო მეტად აღინიშნება ნაადრევი მშობიარობა. სპონტანური ნაადრევი მშობიარობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს დედის სხეულის მცირე მასით, რადგან მცირდება სისხლის მოცულობა და საშვილოსნოს სისხლის ნაკადი შესაბამისი რაოდენობით ვეღარ მიეწოდება. სხეულის მაღალი მასის მქონე ქალებს უფრო მეტად უვითარდებათ პრეეკლამფია და დიაბეტი, რაც ნაადრევი მშობიარობის ინდუცირების მიზეზს წარმოადგენს. (Goldenberg et al., 2008).

მსოფლიოში ორსული ქალების 38%-დან 42%-მდე ანემიით არის დაავადებული. მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ორსულთა დაახლოებით 22%-ს აღინიშნება ანემია, ხოლო აფრიკაში 56%-მდე. რკინადეფიციტური ანემია მჭიდროდ უკავშირდება ნაადრევი მშობიარობის გაზრდილ რისკსა და არაკეთილსაიმედო პერინატალურ გამოსავალს. დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ნაადრევე მშობიარობასთან ასოცირებული ზოგიერთი რისკ-ფაქტორის გამოვლენას ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურებაზე ლიმიტირებული წვდომა. (Stringer et al., 2016)

ინფექციები, რომლებიც დაკავშირებულია ნაადრევე მშობიარობასთან მოიცავს: შიდსი, ბაქტერიულ ვაგინოზს, ქლამიდიას, სამარდე გზების ინფექციებს, მალარიას, C ჰეპატიტს და სიფილისს. შარდ-სასქესო ინფექციები ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს. ეგვიპტეში ჩატარებული კვლევის თანახმად, არსებობს კორელაცია პაპილომა ვირუსსა და ნაადრევე მშობიარობას შორის. ადამიანის პაპილომა ვირუსის პრევალენტობა დროული მშობიარეების შემთხვევაში 17,5% იყო, ხოლო ნაადრევი მშობიარეების შემთხვევაში 45% (Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018).

ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, ორსულობებს შორის მცირე ინტერვალი ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს. ნაადრევი მშობიარობის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია ორსულობებს შორის ინტერვალი მინიმუმ 18 თვე იყოს. რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ასევე თამბაქოსა და ნარკოტიკის მოხმარება. რისკ-ფაქტორია ასევე სოციო-ეკონომიკური ფაქტორები და გარემო ფაქტორები, მაგალითად ჰაერის დაბინძურება, რადიაცია, ქიმიკატების გამოყენება. (Vogel et al, 2018)

ნაადრევი მშობიარობის ოჯახური ისტორიაც ერთ-ერთ რისკ ფაქტორს წარმოადგენს. წარსულში ნაადრევი მშობიარობის მქონდე ქალებში ნაადრევი მშობიარობის განმეორების რისკი 15%-დან 50%-მდე მერყეობს, ეს დამოკიდებულია წინა მშობიარობების რაოდენობასა და გესტაციურ ასაკზე. (Goldenberg et al., 2008)

ქალებს, რომლებსაც აქვთ წარსულში აბორტის ისტორია ნაადრევი მშობიარობის 5-ჯერ მეტი რისკი აქვთ იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც არ აქვს აბორტის ისტორია, ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ინფექციის რისკით, რომელიც თან ახლავს აბორტს. ვარაუდობენ, რომ ქალებს, რომლებსაც აქვთ აბორტის ისტორია, აქვთ ინტრაამნიონური ინფექციის მომატებული რისკი (Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018).

მრავალნაყოფიანი ორსულობა წარმოადგენს ნაადრევი მშობიარობის მნიშვნელოვან რისკს და ნაადრევი მშობიარობის მიზეზების 15-20%-ში ფიქსირდება. ტყუპების დაახლოებით 60% იბადება ნაადრევად. დაახლოებით 40% სპონტანურად ან გარსების ნაადრევი დარღვევის გამო არის დაბადებული (Goldenberg et al., 2008)

ნაადრევი მშობიარობის მაღალ რისკს წარმოადგენს სისხლდენა გამოწვეული პლაცენტის აცლით ან პლაცენტის წინმდებარეობით, ასევე სისხლდენა ორსულობის პირველ ან მეორე ტრიმესტრში, რომელიც არ უკავშირდება არც პლაცენტის აცლას და არც პლაცენტის წინმდებარეობას. ამნიონური სითხის მოცულობა - მრავალწყლიანობა (პოლიჰიდრამნიოზი) ან მცირეწყლიანობა (ოლიგოჰიდრამნიოზი) - ასოცირდება გარსების ნაადრევი დარღვევასთან და შესაბამისად, ნაადრევი მშობიარობასთან (Goldenberg et al., 2008).

დაბადების რეგისტრი

ბევრ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში არ არის მოწესრიგებული ეროვნული სტატისტიკის სისტემა, არ არსებობს ერთიანი ბაზა, სადაც თავმოყრილი იქნება მონაცემები დაბადების, გარდაცვალების, მშობიარობის თუ სხვა სასიცოცხლო მოვლენების შესახებ, აქედან გამომდინარე, ინფორმაციის შეგროვება ამ მოვლენების შესახებ ძირითადად მოსახლეობის პერიოდული გამოკითხვის საფუძველზე ხდება. მაგ, მშობიარობის შემთხვევაში ახალშობილის წონა ან მშობიარობის გესტაციური კვირა დედის მიერ მიწოდებულ ინფორმაციას ემყარება (Stringer et al., 2016).

დაბადების რეგისტრის მეშვეობით შესაძლებელია თითოეული დედისა თუ ახალშობილის ინფორმაციაზე თვალყურის მიდევნება ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში. დაბადების რეგისტრი შესაძლებლობას იძლევა მოხდეს ხარისხიანი მონაცემების შეგროვება, რომლის ფლობაც გარკვეულწილად ანალიზისა და შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვასა თუ განხორციელებაში გვეხმარება.

დაბადების რეგისტრი წარმოადგენს ეროვნულ მონაცემთა ბაზას, რომელშიც ასახულია ქვეყნის მასშტაბით აღრიცხული ყველა მშობიარობის გამოსავალი. სისტემაში ჩართული ყველა სამედიცინო დაწესებულება (სამშობიარო სახლები) ვალდებული არიან დაბადების რეგისტრში ასახონ შესაბამისი ინფორმაცია. ის იძლევა ინფორმაციას პრენატალური პერიოდის, ისევე როგორც ორსულობის, მშობიარობის, ნეონატალური და პოსტნატანალური პერიოდის შესახებ. მასში თავმოყრილია ინფორმაცია წარსულში არსებული ორსულობის, მშობიარობის, აბორტისა თუ სხვადასხვა დიაგნოზების შესახებ. ასევე, შესაძლებელია ახალშობილის ნეონატალური პერიოდის მონაცემების ნახვაც, მაგალითად, ახალშობილის წონა, აბგარის შკალა, ახალშობილის სიგრძე, დიაგნოზი, ახალშობილთა თანდაყოლილი მანკები და სხვა პერინატალური მდგომარეობები (Irgens, 2000).

დაბადების რეგისტრს საფუძველი სკანდინავიის ქვეყნებში ჩაეყარა. ნორვეგიაში დაბადებს რეგისტრის დანერგვა 1967-1970 წლებში მოხდა, დანიაში 1973 წელს, ხოლო შვედეთში 1973 წელს. ვინაიდან დაბადების რეგისტრში ასახული მონაცემები ფასეულია, მისი გამოყენება მრავალ ასპექტში არის შესაძლებელი, მაგ. დაავადებათა პრევენციისთვის, სამედიცინო სერვისების გაუმჯობესებისთვის, არსებული მდგომარეობის შეფასებისთვის, დაკვირვებისთვის, სარწმუნო რეკომენდაციებისთვის და სტატისტიკისთვის. დაბადების რეგისტრის მონაცემების სამეცნიერო კვლევებში გამოყენებისათვის და მონაცემების სიზუსტისათვის აუცილებელია მონაცემთა ხარისხის მუდმივი კონტროლი. (Irgens, 2000)

დაბადების რეგისტრი პირადი ნომრის საფუძველზე იძლევა შესაძლებლობას მოხდეს ორივე მშობლის, როგორც დედის, ისე მამის იდენტიფიცირება. დაბადების რეგისტრის მეშვეობით შესაძლებელია სხვადასხვა ტიპის კვლევის ჩატარებაც, როგორებიცაა პროსპექტული კვლევები, შემთხვევა-კონტროლის, კოჰორტული და სხვა. გარდა ამისა, შესაძლებელია სხვადასხვა კლინიკური საკითხების ანალიზი, რაც უკავშირდება დედისა და ახალშობილის მდგომარეობებს.

დაბადების რეგისტრი ძირითადად მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებშია დანერგილი და სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს. მას ნაკლებად შეეხვებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რადგან მისი შექმნა დიდ ფინანსურ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნად არის მიჩნეული, დაბადების რეგისტრი საქართველოში 2016 წლიდან ფუნქციონირებს. დაბადების რეგისტრის დანერგვაში ბევრ ადამიანს მიუძღვის წვლილი და არა მარტო ადამიანებს, არამედ ფონდებსაც. გაეროს ბავშვთა ფონდმა მოახდინა ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში მის შესაქმნელად, ხოლო ტექნიკური უზრუნველყოფა ნორვეგიის არქტიკულმა უნივერსიტეტმა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა მოახდინა. დაბადების რეგისტრის დანერგვისა თუ შექმნის პროცესში, მთავარ მიზანს დედისა და პერინატალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება წარმოადგენდა. 2014 წელს ქართულმა კომპანიამ CiTi-მ შექმნა დაბადების რეგისტრის სისტემა. (Anda et al., 2017)

დაბადების რეგისტი იძლევა შესაძლებლობას მივიღოთ ისეთი ინფორმაცია დედაზე, როგორცაა სპონტანური და ხელოვნური აბორტი, საშვილოსნოგარე ორსულობა, მშობიარობა, ანტენატალური ვიზიტები. აღსანიშნავია, რომ ინფორმაციის განახლება ხდება ყოველი ვიზიტის შემდეგ. ზოგიერთი ცვლადის შევსება სავალდებულოა, ასეთ ცვლადებს მიეკუთვნება დედის დაბადების თარიღი, ორსულობის რეგისტრაციის პროცესში არსებული გესტაციური კვირა, გესტაციური კვირა მშობიარობისას, მშობიარობის თარიღი, ახალშობილის წონა და სხვა. სისტემას აქვს 900-ზე მეტი ვალიდაციის საშუალება, რასაც შეცდომების დაშვების ალბათობა მინიმუმამდე დაჰყავს (Anda et al., 2017)

მეთოდოლოგია

კვლევის პერიოდში განხორციელდა საქართველოს დაბადების რეგისტრის 4 წლის მონაცემების (2017-2020 წწ.) მოპოვება, რეტროსპექტული შესწავლა და აღწერილობითი, სტატისტიკური ანალიზი.

კვლევის პროცესში შესწავლილ იქნა შემდეგი ცვლადები:

• მშობიარობის გესტაციური ვადა (შემდეგი კატეგორიების მიხედვით: 22-27; 28-32; 33-36; მეტი ან ტოლი 37)

• მშობიარობის ტიპი (საკეისრო კვეთა, ფიზიოლოგიური მშობიარობა)

• დედის საცხოვრებელი ადგილი (რეგიონი)

• დედის ასაკი (<20, 20-29, 30-39 და მეტი ან ტოლი 40)

• ორსულობის რიგითობა (პირველი, მეორე, მესამე ან მეტი)

• მშობიარობის რიგითობა (პირველი, მეორე, მესამე ან მეტი)

• ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა (0, 1-4, მეტი ან ტოლი 5)

• ახალშობილის წონა (<2500 და >=2500)

• ახალშობილის სიგრძე (<50 და >=50)

• ახალშობილი დაიბადა ცოცხლადშობილი თუ მკვდრადშობილი

საკვლევი პოპულაცია ყველა ის ქალი, რომელმაც იმშობიარა კვლევის პერიოდში და მშობიარობის სტატუსი იყო ნაადრევი.

კვლევის ძირითად ბაზად გამოყენებულ იქნა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული, დაბადების რეგისტრი, რომელიც საქართველოში ფუნქციონირებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის ზედამხედველობის ქვეშ. კვლევის პროცესში ორსულობის ვადების მიხედვით განისაზღვრა დროული და ნაადრევი მშობიარობები ისე, როგორც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციითაა მოწოდებული. შესაბამისად, ნაადრევი მშობიარობის მახასიათებლების შედარება მოხდა დროულ მშობიარობებთან. გარდა ამისა, კვლევის პროცესში საჭირო გახდა ზოგიერთი ცვლადის ფორმირება, რათა უფრო გამარტივებულიყო პროცესი.

მონაცემები თავმოყრილი იყო Excel-ის სხვადასხვა დოკუმენტში და სისტემატიზებულ იქნა წლების მიხედვით. ანალიზის საწყის ეტაპზე მოხდა მათი ერთ დოკუმენტად გაერთიანება, მოგვიანებით კი მონაცემები დამუშავდა SPSS პროგრამის საშუალებით.

კვლევის შედეგები

კვლევის პერიოდში გაანალიზდა 2017-2020 წლის დაბადების რეგისტრის მონაცემთა ბაზა. 4 წლის მანძილზე სულ აღირიცხა 197 847 მშობიარობა, მათგან ნაადრევი (ნაკლები ან ტოლი 36 კვირაზე) იყო 16 939 (8,6%), ხოლო დროული (მეტი ან ტოლი 37 კვირაზე) იყო 180 908 (91,4%) შემთხვევაში. სხვადასხვა წელს, მშობიარობების განაწილება განსხვავებული იყო და შემდეგნაირად განაწილდა: 2017 წელს სულ აღირიცხა 51 903 მშობიარობა, მათგან 3 712 იყო ნაადრევი, ხოლო 48 191 დროული. 2018 წელს მშობიარობების ჯამმა შეადგინა 51 177, სადაც დროული მშობიარობა იყო 46 790, ხოლო ნაადრევი 4 387. 2019 წელს შობადობა იკლებს წინა წლებთან შედარებით და შეადგენს 48 206, სადაც ნაადრევი მშობიარობები შეადგენს 4 366, ხოლო დროული 43 840. 2020 წელსაც, მსგავსად 2019 წლისა, შეინიშნება შობადობის შემცირება

და მშობიარობათა საერთო რაოდენობა შეადგენს 46 561-ს, სადაც დროულია 42 087, ხოლო ნაადრევი 4 474. იხილეთ ცხრილი N2.

ცხრილი 1: წლები და გესტაციური კვირები

წლები	გესტაციური კვირები		სულ
	<=36	>=37	
2017	3712	48191	51903
2018	4387	46790	51177
2019	4366	43840	48206
2020	4474	42087	46561
სულ	16939	180908	197847

16 939 ნაადრევი მშობიარობიდან 18 შემთხვევაში (0,1%) უცნობია მშობიარობის რიგითობა, ხოლო ნაადრევი მშობიარობის დიდი ნაწილი დაფიქსირდა პირველი მშობიარობის შემთხვევაში - 6 501 (38,4%), შემდეგ მეორე მშობიარობის 5 300 შემთხვევაში (31,3%) და ყველაზე ნაკლებია მესამე და მეტი მშობიარობის დროს - 5 120 (30,2%).

ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში უმეტესობა წარმართა საკეისრო კვეთის გზით - 10 064 (59,4%), ფიზიოლოგიური მშობიარობა იყო 6661 შემთხვევაში (39,3%), ხოლო 214 (1,3%) ფიზიოლოგიურ მშობიარობაში, საჭირო გახდა დამხმარე ინტერვენციებისა თუ ინსტრუმენტების გამოყენება, როგორცაა ვაკუუმი, მაშები, ეპიზოტომია და სხვა.

ცხრილი 2: მშობიარობების რიგითობა და ტიპი ნაადრევი მშობიარობის დროს

	რაოდენობა %
მშობიარობების რიგითობა, ნაადრევი მშობიარობის დროს	
I	6 501 (38,4%)
II	5 300 (31,3%)
III	5 120 (30,2%)
უცნობია	18 (0,1%)
მშობიარობის ტიპი ნაადრევი მშობიარობის დროს	
ფიზიოლოგიური მშობიარობა	6661 (39,3%)
საკეისრო	10 064 (59,4%)
ფიზიოლოგიური ჩარევით	214 (1,3%)

ვინაიდან, ნაადრევი მშობიარობის ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია ასაკი, საინტერესო იყო ამ ცვლადის დანახვა ნაადრევი მშობიარობასთან ურთიერკავშირში და შედეგები შემდეგნაირია: 16 939 ნაადრევი მშობიარობიდან უმრავლესობა ნაწილდება 20-29 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში და შეადგენს 8 399 შემთხვევას (49,6%), 30-39 – 6 255 (36,9%), ნაკლები 20 წელზე – 1 533 (9,1%) და 40 წლის ან მეტ შემთხვევაში - 752 (4,4%). (იხ. ცხრილი 3).

საინტერესო ფაქტორს წარმოადგენდა ორსულობის რიგითობა. ნაადრევი მშობიარობის უმეტესი ნაწილისთვის ორსულობა იყო მესამე ან მეტი და შეადგენდა 7 220-ს (42,6%), შემდეგ იყო პირველი ორსულობა 5 366 შემთხვევაში (31,7%), მეორე ორსულობა – 4 205 შემთხვევაში (24,8%), ხოლო 148 შემთხვევის ორსულობის რიგითობა უცნობია.

16939 ნაადრევი მშობიარობაში ცოცხლადშობილების და მკვდადშობილების რაოდენობრივი განაწილება შემდეგნაირია: ჭარბობდა ცოცხლადშობილების რაოდენობა 15 602 (92,1%), ხოლო მკვდადშობილების რაოდენობამ შეადგინა 1337 (7,9%). ცნობილია, რომ ნაყოფი მკვდადშობილია, მაშინ როცა არ ავლენს სიცოცხლისთვის დამახასიათებელ არანაირ ნიშანს, როგორცაა მაგალითად გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია, სუნთქვა ან კუნთების შეკუმშვა.

რეგიონების მიხედვით ყველაზე მეტი ნაადრევი მშობიარობა აღირიცხა თბილისში 5 329 (31.5%), შემდეგ ქვემო ქართლში 2 078 (12,3%), აჭარაში 1 792 (10,6%), იმერეთში 1 758 (10,4%), კახეთში 1 232 (7,3%), სამეგრელო და ზემო სვანეთში 1 091 (6,4%), შიდა ქართლში 988 (5,8%), სამცხე-ჯავახეთში 508 (3%), გურიაში 315 (1,9%), მცხეთა-მთიანეთში 304 (1,8%), აფხაზეთში 211 (1,2%), ყველაზე მცირე მაჩვენებელი ფიქსირდება რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში 67 (0,4%). 1 236 შემთხვევაში (7,3%) შევსებული არ არის რეგიონის ველი, ხოლო 19 შემთხვევა დაფიქსირებულია საზღვარგარეთ (0,1%).

ცხრილი 3: ნაადრევი მშობიარობის განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების, ორსულობის რიგითობის, რეგიონების მიხედვით, ცოცხლადშობილების და მკვდადშობილების განაწილება

	რაოდენობა	პროცენტი
ნაადრევი მშობიარობის განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით		
<20	1533	9.1
20-29	8399	49.6
30-39	6255	36.9
>=40	752	4.4
სულ	16939	100.0
ორსულობის რიგითობა, ნაადრევი მშობიარობის დროს		
1	5366	31.7
2	4205	24.8
>=3	7220	42.6
სულ	16791	99.1
არ არსებობს ჩანაწერი	148	0.9
სულ	16939	100.0
ნაადრევი მშობიარობაში ცოცხლადშობილების და მკვდადშობილების რაოდენობრივი განაწილება		
ცოცხლადშობილების რაოდენობა	15 602	92,1%
მკვდადშობილების რაოდენობა	1337	7.9%
ნაადრევი მშობიარობის განაწილება რეგიონების მიხედვით		
არ არის ჩანაწერი	1236	7.3
აფხაზეთი	211	1.2
აჭარა	1792	10.6
გურია	315	1.9
თბილისი	5329	31.5
იმერეთი	1758	10.4
კახეთი	1232	7.3
მცხეთა-მთიანეთი	304	1.8
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	67	0.4
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	1091	6.4
სამცხე-ჯავახეთი	508	3.0
ქვემო ქართლი	2078	12.3
შიდა ქართლი	988	5.8
საზღვარგარეთი	19	0.1
სულ	16939	100.0

ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა შემდეგნაირია: დედების უმრავლესობას 8 929-ს (52,7%), რომლებმაც ნაადრევად იმშობიარეს ჰქონდათ 5 ან მეტი ანტენატალური ვიზიტი, 1-4 ვიზიტი ჰქონდა დედების 39.6%-ს (6 705), ხოლო არცერთი ვიზიტი არ ჰქონდა 7,7%-ს (1 305).

ანტენატალური მეთვალყურეობა, მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ნაადრევი მშობიარობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენის თვალსაზრისით.

მცირე წონისა და ნაადრევი მშობიარობის ურთიერთკავშირი დადასტურებული ფაქტია და ეს კიდევ ერთხელ ცხადად გამოჩნდა კვლევის პროცესში, სადაც მცირე წონის ახალშობილების რაოდენობა დომინირებდა ნაადრევი, თუმცა ნორმალური წონის ახალშობილების რაოდენობაზე. მცირე წონის <2500 გრამზე ნაკლები იყო 10 115 ახალშობილი (59,7%), ხოლო ნორმალური წონის იყო 6 824 ახალშობილი (40,3%).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ნაადრევი მშობიარობების ქვეკატეგორიებად დაყოფის შედეგად აღმოჩნდა, რომ უმრავლესობა დაფიქსირდა 33-36 გესტაციურ კვირაზე 12 724 შემთხვევის სახით (75,1%), შემდეგ 28-32 კვირაზე 2 837 (16,7%), ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობა 1 378 დაფიქსირდა 22-27 (8,1%) კვირაზე.

ცხრილი 4: ნაადრევი მშობიარობისას ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა, ახალშობილების წონა, გესტაციური კვირების კატეგორიების მიხედვით

	ვალიდურობა	სიხშირე	%	ვალიდურობის %	კუმულაციური %
ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა	0	1305	7.7	7.7	7.7
	1-4	6705	39.6	39.6	47.3
	>=5	8929	52.7	52.7	100.0
ნაადრევი მშობიარობისას, კატეგორიების მიხედვით	სულ	16939	100.0	100.0	
ახალშობილების წონა. (მცირე და ნორმალური წონა)	<2500	10115	59.7	59.7	59.7
	>=2500	6824	40.3	40.3	100.0
	ჯამი	16939	100.0	100.0	
ნაადრევი მშობიარობის განაწილება	22-27	1378	8.1	8.1	8.1
	28-32	2837	16.7	16.7	24.9
	33-36	12724	75.1	75.1	100.0
გესტაციური კვირების მიხედვით	ჯამი	16939	100.0	100.0	

ნაადრევად დაბადებული 16 939 ახალშობილიდან 15 153 (89,5%) არის ნაკლები 50 სანტიმეტრზე, ხოლო 1 782 (10,5%) იყო ტოლი ან მეტი 50 სანტიმეტრზე. 4 ახალშობილის სიგრძის შესახებ ინფორმაცია უცნობია.

ვინაიდან, შესადარებელ ჯგუფს წარმოადგენს დროული მშობიარობები, მოხდა მისი ანალიზიც. მონაცემების ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ 180 908 დროული მშობიარობიდან ყველაზე მეტი ნაწილდება 20-29 ასაკობრივ კატეგორიაში - 106 841 (59,1%), შემდეგ 30-39 ასაკობრივ კატეგორიაში 52 919 (29,3%), <20 - 17 725 (9,8%) და ტოლი ან მეტი 40 წელზე - 3 423 (1,9%).

დროული მშობიარობის უმეტესობისთვის ორსულობა იყო მესამე ან მეტი - 63 280 შემთხვევაში (35%), პირველი 60 917 (33,7%) და მეორე 55 228 (30,5) შემთხვევაში.

მშობიარობის ტიპი დროული მშობიარობების დროს უმეტესად იყო ფიზიოლოგიური 105 712 (58,4%) შემთხვევაში, ხოლო 75 195 შემთხვევაში (41,6%) გამოყენებული იყო ჩარევა (საკეისრო კვეთა, ეპიზოტომია, ვაკუუმი და სხვა).

ცხრილი 5: დროული მშობიარობების განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების, ორსულობის რიგითობის, რეგიონების მიხედვით

	რაოდენობა	პროცენტი
დროული მშობიარობების განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით		
<20	17725	9.8
20-29	106841	59.1
30-39	52919	29.3
>=40	3423	1.9
სულ	180908	100.0
დროული მშობიარობების განაწილება ორსულობის რიგითობის მიხედვით		
1	60917	33.7
2	55228	30.5
>=3	63280	35.0
სულ	179425	99.2
არ არსებობს ჩანაწერი	1483	0.8
სულ	180908	100.0
დროული მშობიარობების განაწილება რეგიონების მიხედვით		
აფხაზეთი	2322	1.3
აჭარა	19426	10.7
გურია	3995	2.2
თბილისი	52697	29.1
იმერეთი	21551	11.9
კახეთი	13029	7.2
კახეთი	3097	1.7
მცხეთა-მთიანეთი	938	0.5
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	11793	6.5
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	6160	3.4
სამცხე-ჯავახეთი	20583	11.4
ქვემო ქართლი	10038	5.5
შიდა ქართლი	118	0.1
საზღვარგარეთი	15110	8.4
არ არის ჩანაწერი	180908	100.0
სულ		
მშობიარობის ტიპი დროული მშობიარობის შემთხვევაში ფიზიოლოგიური	105 712	58,4%
მშობიარობა ჩარევით (საკეისრო, ვაკუუმი)	75195	41,6%

ცოცხლადშობილებისა და მკვდრადშობილების განაწილება შემდეგნაირია: დროულ გესტაციურ ვადაზე, თუმცა მკვდრადშობილად დაიბადა 434 ბავშვი (0,2%), ხოლო დროულად დაბადებული ბავშვების უმეტესობა 180 474 (99,8%) იყო ცოცხლადშობილი.

რაც შეეხება რეგიონის მიხედვით დროული მშობიარობების განაწილებას, ყველაზე მეტი დროული მშობიარობა აღირიცხა თბილისში 52 697 (29,1%), შემდეგ იმერეთში 21 551 (11,9%), ქვემო ქართლში 20 583 (11,4%), აჭარაში 19 426 (10,7%), კახეთში 13 029 (7,2%), სამეგრელოსა და ზემო სვანეთში 11 793 (6,5%), შიდა ქართლში 10 038 (5,5%), სამცხე-ჯავახეთში 6 160 (3,4%), გურიაში 3 995 (2,2%), მცხეთა-მთიანეთში 3097 (1,7%), აფხაზეთში 2322 (1,3%), ხოლო ყველაზე მცირე მაჩვენებელი აღირიცხა რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში 938 (0,5%). გარდა ამისა, საზღვარგარეთ აღირიცხა 118 დროული მშობიარობა (0,1%), ხოლო 15 110 შემთხვევაში რეგიონის შესახებ ინფორმაცია შევსებული არ არის.

ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ორსულობის სწორად წარმართვის თვალსაზრისით. დროული მშობიარობების შემთხვევაში ანტენატალურ ვიზიტებზე მიმართვიანობა ყველაზე მეტია 5 ან მეტი ვიზიტის შემთხვევაში და შეადგენს 131 307 (72,6%), შემდეგ 1-4 კატეგორია - 41 012 შემთხვევით (22,7%) და 8 589 ქალის შემთხვევაში არ დაფიქსირებულა არც ერთი ანტენატალური ვიზიტი (4,7%).

დროული (<=37 კვირაზე), თუმცა მცირე წონის (2500 გრამზე) იყო 3 470 ახალშობილი (1,9%), ხოლო დროული და ნორმალური წონის იყო 177 438 ახალშობილი (98,1%).

ცხრილი 6: დროული მშობიარობისას ანტენატალური ვიზიტებზე მიმართვიანობა, ახალშობილების წონა კატეგორიების მიხედვით

	ვალიდურობა	სიხშირე	%	ვალიდურობის %	კუმულაციური %
ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა	0	8589	4.7	4.7	4.7
	1-4	41012	22.7	22.7	27.4
	>=5	131307	72.6	72.6	100.0
	სულ	180908	100.0	100.0	
ახალშობილების წონა. (მცირე და ნორმალური წონა)	<2500	3470	1.9	1.9	1.9
	>=2500	177438	98.1	98.1	100.0
	ჯამი	180908	100.0	100.0	

დროულად დაბადებული ახალშობილების დიდი ნაწილი 78,1% (141 200) იყო 50 სანტიმეტრი ან მეტი, ხოლო 21,9% (39 703) იყო ნაკლები 50 სანტიმეტრზე.

დროული მშობიარობის შემთხვევები უმეტესად პირველი მშობიარობის შემთხვევაში აღირიცხა 69 545 შემთხვევის სახით (38,4%), შემდეგ მეორე მშობიარობის დროს 66 910 (37%) და 44 345 (24,5%) მესამე ან მეტი მშობიარობისას. 108 მშობიარობის რეგითობის შესახებ ინფორმაცია უცნობია (0,1%).

მოცემულ ცხრილში ნათლად ჩანს, ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით, ნაადრევი და დროული მშობიარობების რაოდენობები, შესაბამისი წლების მიხედვით.

ცხრილი 7: გესტაციური კვირები ასაკობრივი კატეგორიებისა და წლების მიხედვით

	გესტაციური კვირები		სულ	
	<=36	>=37		
2017 ასაკობრივი კატეგორიები	<20	190	2487	2677
	20-29	1836	28115	29951
	30-39	1483	16210	17693
	>=40	203	1379	1582
სულ	3712	48191	51903	
2018 ასაკობრივი კატეგორიები	<20	323	3768	4091
	20-29	2093	27649	29742
	30-39	1733	14393	16126
	>=40	238	980	1218
სულ	4387	46790	51177	
2019 ასაკობრივი კატეგორიები	<20	450	5016	5466
	20-29	2196	26103	28299
	30-39	1556	12062	13618
	>=40	164	659	823
სულ	4366	43840	48206	

2020	ასაკობრივი	<20	570	6454	7024
	კატეგორიები	20-29	2274	24974	27248
		30-39	1483	10254	11737
		>=40	147	405	552
		სულ		4474	42087
სულ	ასაკობრივი	<20	1533	17725	19258
	კატეგორიები	20-29	8399	106841	115240
		30-39	6255	52919	59174
		>=40	752	3423	4175
		სულ		16939	180908

დისკუსია, დასკვნა

მონაცემთა ანალიზმა ცხადად გამოავლინა, რომ ნაადრევი მშობიარობების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ შობადობის მაჩვენებელი წლების მანძილზე (2017-2020 წლებში) კლების ტენდენციით ხასიათდება. აღრიცხული ორსულობის რაოდენობა 2017 წელს იყო 51 903; 2020 წელს ეს რაოდენობა შემცირებულია 46 561-მდე.

ვინაიდან, დადასტურებულია, რომ ნაადრევი მშობიარობის ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი არის დედის მცირე (ნაკლები 20 წელზე) ან დიდი ასაკი (მეტი 40 წელზე), საინტერესო იყო საქართველოში არსებული მდგომარეობის დანახვა ასაკობრივ ჭრილში. წინამდებარე კვლევით აღმოჩნდა, რომ საქართველოში ყველაზე მეტი ნაადრევი მშობიარობა აღირიცხა 20-29 ასაკობრივ კატეგორიაში (საუკეთესო რეპროდუქციული ასაკი), ისევე, როგორც დროული მშობიარობები. შესაბამისად, ამ მონაცემების მიხედვით, შესაძლებელია გამოითქვას ვარაუდი, რომ ნაადრევი მშობიარობის მაპროვოცირებელ ფაქტორს საქართველოში ასაკი არ წარმოადგენს.

მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ ნაადრევი მშობიარობის უმეტესობა, თითქმის ნახევარი (42,6), მოდიოდა იმ დედებზე, რომლებსაც ჰქონდა ორსულობის 3 ან მეტი შემთხვევა. შესაბამისად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ორსულობის რიგითობა, გარკვეულწილად ზეგავლენას ახდენს ორსულობის გამოსავალზე.

ნაადრევი მშობიარობა მკვდარი ნაყოფით - აღნიშნულ ჭრილში მკვდრადშობადობის მონაცემების ანალიზის შედეგად, შესაძლებელია გარკვეული ინფორმაციის მიღება ქვეყანაში არსებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. კვლევის შედეგად ჩანს, რომ ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში მკვდრადშობილების რაოდენობა 2017 წლიდან 2020 წლის ჩათვლით შემცირების ტენდენციით ხასიათდება. 2017 წელს მკვდრადშობადობა შეადგენდა 358, (9,6%), ხოლო 2020 წელს 296 (6,6%).

ნაადრევი მშობიარობის რეგიონული განაწილების შესწავლით გამოვლინდა, რომ, ნაადრევი მშობიარობის ყველაზე მეტი შემთხვევა აღირიცხა თბილისში, რაც, სავარაუდოდ განპირობებულია დედაქალაქში ურბანიზაციის მაღალი მაჩვენებლებით. ხოლო ნაადრევი მშობიარობის ყველაზე მცირე მაჩვენებელი აღირიცხა რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში.

ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში ანტენატალური ვიზიტებისთვის არც ერთხელ არ მიუძღრათავს ორსულების 7,7%-ს (n=1305), რაც იმას გულისხმობს, რომ ნაადრევი მშობიარობის ყოველი მე-12 შემთხვევა დადგა იმ ორსულთან, რომელსაც ანტენატალური მეთვალყურეობა არ ჰქონდა გავლილი. საგულისხმოა, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობა წარმოადგენს ორსულობის სწორად წარმართვის მთავარ კომპონენტს და პრობლემის არსებობის შემთხვევაში მშობიარობის რისკების მართვის შესაძლებლობას იძლევა ადრეულ ეტაპზე, არამხოლოდ

ნაადრევი მშობიარობის თავიდან აცილების თვალსაზრისით არამედ, სხვა რისკ-ფაქტორების დროსაც.

საქართველოში 2018 წლამდე ანტენატალური პროგრამით შესაძლებელი იყო 4 ვიზიტის მიღება, ხოლო 2018 წლის 1 თებერვლიდან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ გასცა რეკომენდაცია, რომ 4 ვიზიტის ნაცვლად ეს რაოდენობა გაზრდილიყო 8 ვიზიტამდე. აღსანიშნავია, რომ იმ ორსულებს, რომლებსაც არცერთხელ არ მიუმართავთ სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, აქვთ პერინატალური სიკვდილიანობის 2-ჯერ გაზრდილი რისკი, მათთან შედარებით, ვისაც ერთი ვიზიტი მაინც ჰქონდათ შესრულებული ორსულობის პერიოდში. (Manjavidze et al, 2020).

მონაცემების დამუშავებისას გამოიკვეთა, რომ ნაადრევი მშობიარობა დაკავშირებულია მცირე წონასთან, რადგან 16 939 ნაადრევი მშობიარობიდან 10 115 (59,7%) იყო მცირე წონის, ხოლო დროული მშობიარობის შემთხვევაში მცირე წონა გამოვლინდა 3470 შემთხვევაში, რაც დროული მშობიარობების საერთო რაოდენობის 1,9%-ია. ასევე, მსგავსია შედეგები ახალშობილის სიგრძესთან დაკავშირებით, რადგან ნაადრევად დაბადებული ახალშობილების 89,5% ნაკლებია 50 სანტიმეტრზე.

ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში მშობიარობის გზა ძირითადად იყო საკეისრო კვეთა, რაც იმ ვარაუდის გამოთქმის საშუალებას იძლევა, რომ დედას ჰქონდა ისეთი ექსტრაგენიტალური პათოლოგია, რომელიც საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობას მოითხოვდა. აქვე უნდა გამოითქვას ვარაუდი, რომ ეს შესაძლოა დაკავშირებული ყოფილიყოს დედის სურვილთან. ზოგიერთ შემთხვევაში დედა უარს აცხადებს ბუნებრივი გზით მშობიარობაზე და უპირატესობას საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობას ანიჭებს. მსგავსი ტენდენცია ვლინდება დროული მშობიარობების შემთხვევაშიც, სადაც ფიზიოლოგიურ მშობიარობას ჭარბობს მშობიარობა ოპერაციული გზით (საკეისრო კვეთა, ვაკუუმ-ექსტრაქცია, მამებით ექსტრაქცია და სხვ.)

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ კვლევის პროცესში ვერ მოხერხდა ნაადრევი მშობიარობის დროს ისეთი ქვევითი ფაქტორების შეფასება, როგორცაა თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება. ჩამოთვლილი მავნე ჩვევების გენდერულ ჭრილში ანალიზი, რომელიც სხვადასხვა კვლევების ფარგლებში ჩატარდა, მოსახლეობაში თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებელთა რაოდენობის ზრდის ტენდენციას ავლენს. მათ შორის ქალთა შორის. რადგან რეგისტრი მწირ ინფორმაციას მოიცავს მშობიარის მავნე ჩვევების თაობაზე (სავარაუდოდ ეს საკითხები ჯერ კიდევ ტაბუდადებული და სტიგმატიზებული რჩება), შესაბამისად, პაციენტთა უმრავლესობა არ საუბრობს თავისი მავნე ჩვევების შესახებ, ან ვერ ხერხდება ამ ინფორმაციის სრულყოფილად შეყვანა დაბადების რეგისტრში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია, ყველა ორსული ფლობდეს სრულყოფილ ინფორმაციას ანტენატალური ვიზიტების შესახებ და ყოველგვარი ბარიერის გარეშე ჰქონდეთ წვდომა სამედიცინო მომსახურებაზე. მნიშვნელოვანია, თითოეული ორსული ჩართული იყოს ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში და ისარგებლოს ქვეყნის კანონმდებლობით განსაზღვრული 8 უფასო ვიზიტით, რადგან თითოეული ვიზიტი შესაძლებლობას იძლევა გამოვლინდეს ის რისკ-ფაქტორები, რომელთა მართვაც და თავიდან აცილება შესაძლებელია. საქართველოში ბოლო 4 წლის მანძილზე ორსულების უმეტესობა სარგებლობდა 5 ანტენატალური ვიზიტით მაინც, თუმცა გამოვლინდა ისეთი ორსულებიც, რომელთაც არცერთხელ არ მიუმართავთ სამედიცინო დაწესებულებისთვის და ჰქონდათ ნაადრევი მშობიარობა. ანტენატალური მეთვალყურეობა შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს ორსულის სხვადასხვა პარამეტრი, მაგალითად, საშვილოსნოს ყელის სიგრძე და საჭიროების შემთხვევაში მოხდეს შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვა და განხორციელება, რაც გარკვეულწილად შეამცირებდა ნაადრევი მშობიარობის რაოდენობას. გარდა ამისა, ანტენატალური ვიზიტების დროს შესაძლებელია ინფექციების გამოვლენა და შემდგომში მკურნალობის დაგეგმვა, რაც შეამცირებს ნაადრევ მშობიარობებს.

ნაადრევი მშობიარობის რაოდენობის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია ქალთა მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს ფიზიკურ აქტივობას, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენების აღმოფხვრას, ჯანსაღ კვებას, სტრესის შემცირებას. მაგნე ჩვევებს, ჰიპოდინამიას, ნაკლებ ფიზიკურ აქტივობას, არაჯანსაღ კვებას აქვს უნარი უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და ორსულობის შემთხვევაში ხელი შეუწყოს არასასურველი შედეგის დადგომას.

დაბადების რეგისტრი ორსულობის პერიოდში ორსულის შესახებ მრავალმხრივი ინფორმაციის შეგროვების შესაძლებლობას იძლევა, ამდენად, მიზანშეწონილია გატარდეს ღონისძიებები, რათა ეს ინფორმაცია დიდი დაკვირვებითა და მაღალი პასუხისმგებლობით იქნას შეტანილი ელექტრონულ პროგრამაში.

მიზანშეწონილია გაუმჯობესდეს ორსულსა და სამედიცინო პერსონალს შორის კომუნიკაცია, რათა გაიზარდოს ნდობა იმ ექიმის მიმართ, რომელთანაც პაციენტს მუდმივი კონტაქტი აქვს. აღნიშნული ხელს შეუწყობს დაბადების რეგისტრში ინფორმაციის სრულყოფილად შეტანას (დაკვირვებით და სხვადასხვა დროს ჩატარებული კვლევებით ვლინდება, რომ ადგილი აქვს თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარებას ორსულობის პერიოდში, რაც დაბადების რეგისტრში შესაბამისად ასახული არ არის, ეს კი რაიმე სტატისტიკურ ტენდენციებზე საუბარს გამორიცხავს. სწორი ინფორმაციის არსებობა გაამარტივებს მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენას და შესაბამისი პოლიტიკის დაგეგმვასა და განხორციელებას.

კვლევის პროცესში აღმოჩნდა, რომ ნაადრევი მშობიარობების დიდ ნაწილში (59,4%) მშობიარობის გზა იყო საკეისრო კვეთა, საინტერესოა ამ საკითხის უფრო დეტალური გამოკვლევა და მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენა, იყო ეს დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობით განპირობებული, თუ საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის დასრულება დედის არჩევანი იყო. მიზანშეწონილია დაისვას საკითხი დარგის მარეგულირებელი ორგანოს წინაშე, რათა სელექტიურ (არჩევით) საკეისრო კვეთას მიენიჭოს ცალკე ჩარევის კოდი, რომელიც შესაძლებლობას მისცემს დარგის სპეციალისტებს რეალურად გაანალიზონ საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული სტატისტიკური მასალები და დაადგინონ საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლების მიზეზები, მათ შორის ნაადრევი მშობიარობის დროს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. (2022). ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი. 2020 წ. <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/3d9d1b31-4198-4127-90bb-41db1b80aa63> ნანახია 10.05.2023
2. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. (2022). სტატისტიკური ცნობარი 2021, <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/ea1784b5-d3d0-4dd9-b29f-1369f5d6bbec> ნანახია 10.05.2023
3. Anda, E., Nedberg, I., Rylander, C., Gamkrelidze, A., Turdziladze, A., Skjeldestad, F., Ugulava, T. and Brenn, T., (2017). *Implementing a birth registry in a developing country – experiences from Georgia*. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0553.
4. Centers for Disease Control and Prevention.(2022) Premature birth. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/premature-birth/index.html#:~:text=Some%20risk%20factors%20for%20preterm,has%20to%20be%20delivered%20early.> ნანახია 12.03.2023
5. IRGENS, L., 2000. The Medical Birth Registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2000.079006435.x
6. Goldenberg, R.L. et al. (2008) 'Epidemiology and causes of preterm birth', *The Lancet*, 371(9606), pp. 75–84. doi:10.1016/s0140-6736(08)60074-4.

7. Manjavidze, T., Rylander, C., Skjeldestad, F., Kazakhashvili, N. and Anda, E., (2020). *Unattended Pregnancies and Perinatal Mortality in Georgia*. DOI: 10.2147/RMHP.S243207
8. Muhumed, I.I., Kebira, J.Y. and Mabalhin, M.O. (2021) Preterm birth and associated factors among mothers who gave birth in Fafen Zone Public Hospitals, Somali Regional State, Eastern Ethiopia. RRN, Research and Reports in Neonatology. Dove Press. Available at: <https://www.dovepress.com/preterm-birth-and-associated-factors-among-mothers-who-gave-birth-in-f-peer-reviewed-fulltext-article-RRN>. ნანახია 14.04.2023
9. Oskovi Kaplan, Z.A. and Ozgu-Erdinc, A.S. (2018) “Prediction of preterm birth: Maternal characteristics, ultrasound markers, and biomarkers: An updated overview,” *Journal of Pregnancy*, 2018, pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1155/2018/8367571>.
10. Stringer, E., Stringer, J. and Smid, M. (2016) ‘A worldwide epidemic: The problem and challenges of preterm birth in low- and middle-income countries’, *American Journal of Perinatology*, 33(03), pp. 276–289. doi:10.1055/s-0035-1571199.
11. Vogel, J., Chawanpaiboon, S., Moller, A., Watananirun, K., Bonet, M., Lumbiganon, P., (2018). The global epidemiology of preterm birth. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003
12. Walani, S.R. (2020) “Global burden of preterm birth,” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), pp. 31–33. DOI: 10.1002/ijgo.13195.
13. World Health Organization (2022) Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> ნანახია 12.03.2023.



მოსახლეობის ინფორმირებულობა ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე

Awareness of the population regarding early detection of oncological diseases

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.02

მიხეილ ოსიშვილი^{1a}

Mikheil Osishvili^{1a}

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

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

აბსტრაქტი

დღესდღეობით ავთვისებიანი სიმსიმნე მსოფლიოს მასშტაბით ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც უამრავი ადამიანის სიკვდილის მიზეზი ხდება. ამ მხრივ, გამონაკლისი არც საქართველოა და დაავადება აქაც მზარდი ტენდენციებით გამოირჩევა, რასაც თან სდევს დაავადების გაახალგაზრდავება. აღსანიშნავია, რომ დაავადებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი არის გვიანი დიაგნოსტიკა, რაც მიუთითებს საზოგადოების დაბალ ცნობიერებაზე და ადრეული სკრინინგის მნიშვნელობაზე. სწორედ ამიტომ, მოცემული ნაშრომის მიზანია ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება. ამ მიზნის მისაღწევად კი შემუშავდა შემდეგი ამოცანები: ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორების დადგენა; მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის კორელაციის დადგენა ონკოლოგიური დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკასთან; სკრინინგის არ ჩატარების ძირითადი ხელის შემშლელი ფაქტორების გამოვლენა. შესაბამის ამოცანებზე პასუხის გასაცემად და მიზნის მისაღწევად ამოცანების გამოყენებულ იქნა კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდა მოსახლეობის ერთმომენტური კვლევა; კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იყო სპეციალურად შედგენილი კითხვარი, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემების, ასევე - ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკის და სკრინინგ ცენტრის შესახებ. კვლევის შედეგად კი დადგინდა, რომ მოსახლეობაში მაღალია სკრინინგ ცენტრის მომსახურებით კმაყოფილების მაჩვენებელი, თუმცა ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობაში ჯერ კიდევ არსებული სტერეოტიპული წარმოდგენები ხელს უშლის დაავადების ადრეულ, უსიმპტომო სტადიაზე გამოვლენას და მოსახლეობის სკრინინგ პროგრამაში ჩართვის მაღალ მაჩვენებელს.

საკვანძო სიტყვები: ონკოლოგიური დაავადებები, მკერდის კიბო, კიბოს სკრინინგი

ციტირება: მიხეილ ოსიშვილი. მოსახლეობის ინფორმირებულობა ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

^a mishikoosishvili1@gmail.com

ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-4935-479X;

Abstract

Malignant cancer is one of the most widespread diseases in the world, which causes the death of many people. In this regard, Georgia is not an exception and the disease is characterized by increasing trends here as well, which is accompanied by the rejuvenation of the disease. It is worth noting that the main reason for the high mortality caused by the disease is late diagnosis, which indicates low public awareness and the importance of early screening. That is why the aim of this work is to assess the level of awareness of the population about the importance of early diagnosis of oncological disease. In order to achieve this goal, the following tasks were developed: determining the main factors affecting the awareness of the population about the early diagnosis of oncological disease; determining the correlation of the awareness level of the population with the early diagnosis of oncological disease; Identifying the main barriers to non-screening. In order to answer the relevant tasks and achieve the goals, the quantitative research method was used, within the framework of which a one-time survey of the population was carried out; A specially prepared questionnaire was used as a research tool, which included information about the demographic data of the respondents, as well as about the early diagnosis and screening center of oncological diseases. As a result of the research, it was determined that the population has a high rate of satisfaction with the services of the screening center, however, the stereotypical ideas about oncological diseases that still exist in the population prevent the detection of the disease at an early, asymptomatic stage and a high rate of inclusion of the population in the screening program.

Keywords: Oncological diseases, breast cancer, cancer screening.

Citation: Mikheil Osishvili. Awareness of the population regarding early detection of oncological diseases. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

დღეისათვის, ავთვისებიანი სიმსივნეები მსოფლიო მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის გამომწვევი ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია (WHO, 2008). ჯანმო-ს მონაცემებით, ყოველწლიურად, ავთვისებიანი სიმსივნეების დაახლოებით 14 მილიონი ახალი შემთხვევა რეგისტრირდება და 7.6 მილიონი ადამიანი იღუპება. ეს რიცხვი უფრო მეტია, ვიდრე შიდსით, მალარიით და ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა რიცხვი ერთად (WHO, 2013). ექსპერტთა შეფასებით მომდევნო ათწლეულის განმავლობაში ონკოლოგიურ პათოლოგიათა რიცხვი კიდევ უფრო მოიმატებს და 2030 წლისთვის ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ავადობა დაახლოებით 26 მილიონამდე, ხოლო სიკვდილობა - 17 მილიონამდე გაიზრდება (National Cancer Institute, 2009). ამასთან, ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გლობალური ტვირთი განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს დააწვება ტვირთად, რაც ამ ქვეყნების გაზრდილ „ვესტერნიზაციასთან“ ასოცირებული ავთვისებიანი სიმსივნეებისა (ძირითადად, ძუძუს, კოლო-რექტალური და პროსტატის კიბო) და სიღარიბესა, თუ ინფექციურ აგენტებთან დაკავშირებული ონკოლოგიური დაავადებების (ძირითადად, საშვილოსნოს ყელის, ღვიძლისა და კუჭის) რიცხვის ზრდით არის განპირობებული (Bray et al., 2012).

ონკოლოგიურ დაავადებათა გავრცელების ბოლო დროინდელ დინამიკას თუ გადავხედავთ, აშკარად დავინახავთ, რომ განვითარებულ ქვეყნებში პროფილაქტიკის მაღალი დონის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესების ფონზე სიკვდილიანობის შენელების ტენდენცია გამოიხატა. 2012 წელს ახალი შემთხვევების 57%, სიკვდილობის 65% და საერთო პრევალენტობის 48% ეკონომიკურად ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში გამოვლინდა, რაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ წლების მატებასთან ერთად კიდევ უფრო გაიზრდება. სწორედ ამიტომ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა საერთაშორისო, თუ ადგილობრივი ორგანიზაციების აქტივობები, გეგმები და

სტრატეგიები ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გლობალური ტვირთის შემცირებისკენ არის მიმართული.

„შეაჩერე კიბო ახლა!“, - ეს გახლდათ 2011 წელს გაეროს სამიტზე განხილული საკითხების ერთ-ერთი მიზანი, რომელიც 2025 წლისათვის არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული მართვადი სიკვდილობის 25%-ით შემცირებას გულისხმობდა. ამ მიზნის მისაღწევად საჭიროა მსოფლიოში წელიწადში, სულ მცირე 1.5 მილიონით შემცირდეს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა. სტრატეგია კიბოსთან ბრძოლის რამოდენიმე კომპონენტისაგან შედგება, ესენია: თამბაქოს წინააღმდეგ ბრძოლა; ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, რომელიც აუცილებელია კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობისთვის და ონკოლოგიური პაციენტების მდგომარეობის შესამსუბუქებლად გადაუდებელი მოქმედება ბიუროკრატიული და იდეოლოგიური ბარიერების მოხსნისათვის მორფინის გამოყენების მიზნით.

ავთვისებიანი სიმსივნეების რაოდენობა საქართველოში, ისევე როგორც მთელს მსოფლიოში, მზარდი ტენდენციით გამოირჩევა. ამასთან, წლიდან წლამდე აღინიშნება დაავადების „გაახალგაზრდავების“ ტენდენცია. მართალია, საქართველოს, კიბოთი ავადობის მაჩვენებლების მიხედვით, შუალედური ადგილი უჭირავს მსოფლიოს განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის, მაგრამ ონკოლოგიური ავადობის დინამიკა იგივე კანონზომიერებებს ექვემდებარება, როგორც დანარჩენ მსოფლიოში და აღინიშნება მისი მატების მაღალი ტემპი.

მიუხედავად იმისა, რომ 2009 წლიდან მოქმედებს ეროვნული სკრინინგ პროგრამა, რომელიც რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების უფასო სკრინინგს გულისხმობს, ხოლო 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანრმთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ნებისმიერი და მათ შორის ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების უდიდეს ნაწილს საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს სახელმწიფო უნაზღაურებს, ქვეყანაში ჯერ კიდევ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ონკოლოგიურ პათოლოგიათა გვიანი დიაგნოსტიკა. ცნობილია, რომ პაციენტთა 70-75% ექიმს დაავადების იმ სტადიაში მიმართავს, როდესაც რადიკალური მკურნალობის მეთოდი უკვე აღარ გამოიყენება, ასეთი პაციენტები საჭიროებენ ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას, ხოლო პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა; ამასთან, დანახარჯები სახელმწიფოს მხრიდან საკმაოდ მაღალი და უშედეგოა. როგორც ცნობილია, ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობის ეფექტურობა პირდაპირ დამოკიდებულია ადრეულ დიაგნოსტიკაზე: I-II სტადიაში დადგენილი სიმსივნის მკურნალობის ეფექტურობა საკმაოდ მაღალია და ხშირად, სრული გამოჯანმრთელებით სრულდება.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითად მიზეზად მოსახლეობის მიერ პროფილაქტიკური გასინჯვების უგულებელყოფა, ქრონიკული და კიბოსწინარე მდგომარეობების მქონე პაციენტთა მეთვალყურეობის პროგრამების სისუსტე და ძირითადი კლინიკური სპეციალობის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლეა მიჩნეული. ამის მიზეზი, შესაძლებელია ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობის დონე იყოს. ხშირად, მოსახლეობა კარგად ვერ აცნობიერებს, რომ კიბო არ არის სასიკვდილო განაჩენი და ბევრი სხვა პათოლოგიის მსგავსად ესეც ექვემდებარება მკურნალობას. ამიტომ, პრობლემის აღმოსაფხვრელად ეფექტური აქტივობების დაგეგმვის მიზნით, მნიშვნელოვანია ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება.

კვლევის მიზანია ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შეფასება.

კვლევის ამოცანებია:

• ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორების დადგენა;

• მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის კორელაციის დადგენა ონკოლოგიური დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკასთან;

• სკრინინგის არ ჩატარების ძირითადი ხელის შემშლელი ფაქტორების გამოვლენა.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად, ავთვისებიან სიმსივნეთა კეთილსაიმედო პროგნოზისათვის მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა. პათოლოგიის ადრეული გამოვლენისათვის კი აუცილებელია ორი ძირითადი კომპონენტის გათვალისწინება: მოსახლეობის ინფორმირება ონკოლოგიურ პათოლოგიათა საწყისი სიმპტომების თაობაზე და რეგულარული სკრინინგი.

დაავადების ადრეულ გამოვლენას ემსახურება ასიმპტომური და ჯანმრთელი მოსახლეობის მასობრივი სკრინინგი. სკრინინგი ეს არის მარტივი, იაფი ტესტების გამოყენებით ჯანმრთელი პოპულაციის კვლევა, რათა დროულად მოხდეს იმ პირთა იდენტიფიცირება, რომელთაც დაავადების განვითარება უკვე დაწყებული აქვთ. სკრინინგული პროგრამებით კიბოთი ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც, ერთი მხრივ, დადასტურებულია მათი ეფექტურობა და რესურსები საკმარისია მიზნობრივი პოპულაციის არანაკლებ 70%-იანი მოცვისათვის, ხოლო მეორე მხრივ, დაავადების გავრცელება იმდენად მაღალია, რომ ამართლებს სკრინინგის ხარჯთეფექტურობას (WHO, 2010).

მოსახლეობის ჯანმრთელობითი განათლება, როგორც დაავადებათა პრევენციის ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალება ჯერ კიდევ საუკუნეების წინ იღებს სათავეს, ხოლო მისი აქტიური გამოყენება, როგორც გადამდებ, ისე არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისათვის მეოცე საუკუნიდან იწყება. მართალია, მოსახლეობის ჯანმრთელობითი განათლების მიდგომები და პრინციპები სწორედ გასული ათასწლეულის 60-იანი წლებიდან მოყოლებული რადიკალურად შეიცვალა, ძირითადი იდეა - ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება - მაინც უცვლელი დარჩა (Nutbeam, 2006).

ალსანიშნავია, რომ ტორონტოს უნივერსიტეტის მკვლევარების მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები ზუსტად იმეორებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების მიერ მოწოდებულ რეკომენდაციებს. კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ონკოლოგიური პათოლოგიების გამოსავლებისათვის მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებასთან ერთად მნიშვნელოვანია სკრინინგის პროგრამების დანერგვა და განხორციელება ქვეყნებში. ამასთან, მოსახლეობის ინფორმირებულობის საკითხში უდიდესი როლი სამედიცინო პერსონალს, განსაკუთრებით კი ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმებს უკავიათ (Ott et al., 2009).

მსგავსი შედეგები აჩვენა გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებულმა ევროპისა და ამერიკის კონტინენტის ქვეყნების კვლევების სისტემურ მიმოხილვამ, რომლის მიზანი კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისათვის მოსახლეობის ინფორმირებულობის შეფასება წარმოადგენდა. სისტემური მიმოხილვის შედეგად გაირკვა, რომ კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენისათვის მნიშვნელოვან როლს მოსახლეობის განათლება თამაშობდა. ამასთან, ინფორმაციის მიწოდების თვალსაზრისით ყველაზე ეფექტური მეთოდი ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების მიერ მიწოდებული ინფორმაცია გახლდათ (Austoker et al., 2009).

კიბოს ადრეული სიმპტომების დიაგნოსტიკის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების მნიშვნელობაზე საუბრობენ მეცნიერები განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც თანამედროვე ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური მეთოდები ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. ამ დროს სამედიცინო დანახარჯების დაზოგვის მიზნით, მნიშვნელოვანია მხოლოდ განსაკუთრებული რისკის მქონე ჯგუფების (დაავადების ადრეული სიმპტომების, გენეტიკური წინასწარგანწყობის და სხვა ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პირები) გამოკვლევა მოხდეს (Benjamin et al., 2003).

ზოგადი მიმოხილვა - ონკოლოგიურ დაავადებათა ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები

მთელს მსოფლიოში, ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ფილტვის კიბო (12.7%), შემდეგ - ძუძუს კიბო (10.9%), ხოლო სიხშირით მესამე ადგილზეა კოლორექტალური კიბო (9.5%). ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეულ სიკვდილობის მიზეზთაგან ყველაზე ხშირია ფილტვის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა

(18.2%), მეორე ადგილზე კუჭის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა (9.7%), მესამეზე კი - ღვიძლის კიბოთი გამოწვეული (9.2%) (Elmore et al., 2005). დაავადებათა გავრცელების ასეთი ტენდენცია სიმსივნეების გამოწვევი რისკ-ფაქტორების (გენეტიკური, ეთნიკური, კულტურული და სოციალურ-ეკონომიკური) სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული გავრცელებით არის განპირობებული (Jemal et al., 2010)

კიბოს გამოწვევი ფაქტორები მრავალფეროვანია. მის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ენდო და ეგზოგენური ფაქტორების ურთიერთქმედება. ეგზოგენურ კარცეროგენულ ფაქტორებს მიეკუთვნება ფიზიკური (ულტრაიისფერი, მაიონბეღელი გამოსხივება), ქიმიური (აზბესტოზი, თამბაქოს გამონაბოლქვში შემავალი ნივთიერებები, აფლატოქსინი, არსენიკი) და ბიოლოგიური (ვირუსები, ბაქტერიები, პარაზიტები) კარცეროგენული ფაქტორები. აღსანიშნავია, რომ კიბოს განვითარების ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია ასაკი; მისი განვითარების რისკი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში გარკვეულ წვლილს გენეტიკური ფაქტორებიც თამაშობს, მაგრამ კვლევებმა აჩვენა, რომ განსაკუთრებული როლი ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეულ ავადობასა და სიკვდილობაში, მაინც გარემო პირობებსა და ცხოვრების სტილს აკისრია. ჯანსაღი ცხოვრების წესი, რომელიც ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარების რისკს ამცირებს არის ჯანსაღი კვება, წონის კონტროლი, რეგულარული ვარჯიში, ალკოჰოლის მიღების შემცირება და თამბაქოს მოხმარებაზე უარის თქმა (Khan et al., 2010). ცნობილია, რომ უარყოფითი კვების ფაქტორი და დაბალი ფიზიკური აქტივობა ძუძუს, ნაწლავისა და პროსტატის კიბოს შემთხვევების 35%-ს განაპირობებს. კვებასთან ასოცირებული დაავადების გამოწვევს ძირითად რისკ-ფაქტორებად მაინც რჩება პროდუქტები ცხიმის მაღალი შემცველობით, ცხიმოვანი მჟავების ტრანს-იზომერები, შაქარი და მარილი. ამჟამად სწრაფი კვებისა და ნახევარფაბრიკატების როლი სიმსუქნისა და სიმსუქნით გამოწვეული დაავადებების ჩამოყალიბების პროცესში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ევროპის რეგიონში სიკვდილობის 20% კიბოს შემთხვევებით არის გამოწვეული. კვლევებზე არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით კიბოთი დაავადების 30% დაკავშირებულია არაჯანსაღ კვებით ჩვევებთან და თავისთავად ცხადია, რომ შესაძლებელია მისი შეჩერება. ზედმეტი წონა და სიმსუქნე ზრდის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს განვითარების რისკს 70%-ით (Vainio & Bianchini, 2002).

ზედმეტი წონა და სიმსუქნე კიბოს განვითარების რისკზე განსხვავებული მექანიზმით მოქმედებს. ეს შეიძლება დამოკიდებული იყოს ცხიმებისა და ნახშირწყლების მეტაბოლიზმზე; იმუნური სისტემის ფუნქციონირებაზე; ორგანიზმში გარკვეული სახეობის ჰორმონების დონეზე, მაგალითად, ინსულინისა და ესტრადიოლის კონცენტრაციაზე; ასევე - უჯრედის პროლიფერაციის და ზრდის მარეგულირებელ ფაქტორებზე. უახლესი კვლევებით დადასტურებულია წონის კლების დადებითი გავლენა ძუძუს კიბოს განვითარების რისკის შემცირებაზე (Radimer et al., 2004).

მეცნიერული კვლევების საფუძველზე ასევე დადასტურდა ფიზიკური აქტივობის როლი ძუძუს, კოლო-რექტული, პროსტატის და ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარებაში. ფიზიკური აქტივობის დადებითი გავლენა კიბოს განვითარების რისკზე სხვადასხვა მექანიზმით აიხსნება: ერთ შემთხვევაში რეგულარული და ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა ამცირებს სხეულის წონას და ჯანსაღი წონის შენარჩუნებაში ეხმარება ადამიანებს; ხოლო, მეორეს მხრივ, ფიზიკური ვარჯიში ააქტიურებს სხვადასხვა მარეგულირებელი ჰორმონების ეფექტს, ისეთების როგორცაა სასქესო ჰორმონები, ინსულინი, პროსტაგლანდინები და სხვა. ყველაფერი ეს დადებითად აისახება არა მხოლოდ კიბოს, არამედ სხვა უამრავი დაავადების განვითარების რისკზეც (McTiernan et al., 1998).

მართალია, კიბოს განვითარებაზე ზემოაღნიშნული ფაქტორების როლი მეცნიერულად არის დასაბუთებული, მაგრამ მათი წილი ავთვისებიანი სიმსივნეების განვითარებაში მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია. ჩვეულებრივ, მიჩნეულია, რომ დასავლურ ქვეყნებში კიბოს განვითარების უმთავრესი რისკ-ფაქტორი არის თამბაქოს მოხმარება, არაჯანსაღი კვება და რეპროდუქციული ქცევა, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში - ინფექციური

აგენტები, თუმცა ეს შეხედულება იცვლება, რადგან იცვლება აღნიშნული რისკ-ფაქტორების გადანაწილება ქვეყნების მიხედვით (Jemal et al., 2010).

როგორც ზემოთ აღინიშნა, არსებობს მრავალი მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ ცხოვრების სტილი გავლენას ახდენს კიბოს განვითარების რისკზე და, რომ პოზიტიურ, ფართო-პოპულაციურ ცვლილებებს შეუძლია მნიშვნელოვნად შემციროს ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გლობალური ტვირთი. ექსპერტები ამბობენ, რომ ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობის 40%-ის თავიდან აცილება შესაძლებელია პრობლემისადმი სწორი მიდგომით და პრევენციული ღონისძიებების აქტიური დანერგვით (Villa et al., 2005). ამიტომ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უმთავრესი ამოცანა ავთვისებიანი დაავადების პირველადი პრევენცია, მათი ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული გამოვლენაა (WHO, 2013).

მკერდის კიბო

ძუძუს კიბო, ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ქალთა პოპულაციაში და ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეულ სიკვდილობას შორის წამყვანი ადგილი უჭირავს. ძუძუს კიბო ქალებში კიბოთი საერთო ავადობის 23%-ს, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობის მიზეზის 14%-ს შეადგენს (Jemal et al., 2011). ცნობილია, რომ წელიწადში მილიონზე მეტ ქალს უსვამენ ძუძუს კიბოს დიაგნოზს და 410 000-ზე მეტი ქალი იღუპება ამ დაავადებით. როგორც წესი, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში რუტინული სკრინინგული მამოგრაფიისათვის საჭირო ინფრასტრუქტურა და რესურსი ხელმისაწვდომი არ არის; დაბალი რესურსის პირობებში კი, ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკა, ხშირად მოგვიანებით სტადიებზე ხდება, ხოლო დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ადექვატური მკურნალობის ჩატარება ვერ ხერხდება. ეს ყველაფერი, ამ ტიპის ქვეყნებში კიდევ უფრო ამძიმებს ძუძუს კიბოთი გამოწვეულ ტვირთს.

ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. არ არსებობს ძუძუს კიბოს განვითარების იმაზე უფრო დიდი რისკ-ფაქტორი, ვიდრე ქალთა სქესი და ასაკია. ამერიკის კიბოს ეროვნული ინსტიტუტის მონაცემებით, ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი ქალებში დაახლოებით 12%-ია (Parkin et al., 2008), რომელიც განსხვავდება ასაკის მიხედვით: 40 წლის ასაკის ქალებში ძუძუს კიბოს 10 წლიანი განვითარების რისკი არის 69-დან 1, 50 წლის ასაკში - 42-დან 1, ხოლო 60 წლის ასაკში - 29-დან 1 (Horner, 2009).

მიუხედავად იმისა, რომ გამოვლენილია ძუძუს კიბოს განვითარების მრავალი მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორი, მათი სრული ელიმინაცია თითქმის შეუძლებელია იმიტომ, რომ უმეტესობა სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებთან არის დაკავშირებული. ამასთან, როგორც ზემოთ აღინიშნა, არ არსებობს იმაზე უფრო დიდ რისკ-ფაქტორი, როგორც ქალთა სქესი და ასაკია (არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორი). ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, დაავადების პრევენციაში განსაკუთრებული როლი დაავადების ადრეულ გამოვლენას უჭირავს (მეორადი პრევენცია), რასაც შეუძლია მნიშვნელოვნად შეამციროს დაავადებით გამოწვეული გლობალური ტვირთი.

მამოგრაფიული სკრინინგი, ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა და ძუძუს თვითგასინჯვა ძუძუს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის აღიარებული მიდგომაა. მამოგრაფია ერთადერთი სკრინინგული მეთოდია, რომლის ეფექტურობაც დამტკიცებულია. მისი გამოყენება 50-დან 69 წლამდე ასაკის ქალებში ძუძუს კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას დაახლოებით 20-35%-ით ამცირებს (Elmore et al., 2005). მისი საშუალებით, მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც სკრინინგი მოსახლეობის 70%-ზე მეტს ფარავს, შესაძლებელია 50 წელს გადაცილებულ ქალებში ძუძუს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება 20-30%-ით (IARC, 2008).

მამოგრაფიული სკრინინგის მგრძობელობა 77%-დან 95%-მდე მერყეობს, ხოლო სპეციფიურობა - 94-97%-ია (Humphrey et al., 2002). მრავლობით ფაქტორს, ისეთებს, როგორებიცაა პაციენტის ასაკი, უკანასკნელი გამოკვლევიდან გასული დრო, ძუძუს ქსოვილის სიმკვრივე, ტექნიკური აღჭურვილობა და რადიოლოგიის ინტერპრეტაციის უნარი - გავლენას ახდენს მამოგრაფიული სკრინინგის მგრძობელობასა და სპეციფიკურობაზე.

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსა და ევროპული გაიდლაინების მიხედვით მამოგრაფიული კვლევისთვის სარგებელსა და ზიანს შორის დადებითი ბალანსი ყველაზე ნათლად 50-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში დემონსტრირდება (IARC, (2002). აღნიშნული სახელმძღვანელოები მიუთითებენ, რომ 50-69 წლის ასაკის ქალებს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ მამოგრაფიული სკრინინგი, რაც შეეხება, სკრინინგის პროგრამებში უფრო ახალგაზრდა ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვის პასუხისმგებლობას, საერთაშორისო ორგანიზაციები ქვეყნის ექსპერტებს უტოვებენ.

ბოლო დროს აშშ-ს პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი (*United States Preventive Services Task Force – USPSTF*) ატარებს ლიტერატურის სისტემატურ მიმოხილვას, რომლის საფუძველზეც ის ასკვნის, რომ მამოგრაფიული სკრინინგი არ უნდა იყოს შეთავაზებული 40-49 წლის ასაკის ქალებისთვის, რადგანაც აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში ის (მამოგრაფიული სკრინინგი) ნაკლებად მგრძობიარეა, რის გამოც სკრინინგის სარგებელი ბევრად არ აღმატება მის მიერ მიყენებულ ზიანს. USPSTF აგრეთვე მიუთითებს, რომ არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, რომლებიც დაადასტურებენ, ან უარყოფენ მამოგრაფიული სკრინინგის საჭიროებას 75 წელს ზემოთ ასაკის ქალებში. ევროპული ქვეყნების უმეტესობა იზიარებს ევროპულ გაიდლაინს სკრინინგულ პროგრამებში უპირატესად 50-69 წლის ასაკის ქალების ჩართვის თაობაზე, თუმცა აქაც არსებობს გარკვეული განსხვავებები, როგორც ქვეყნის შიგნით, ასევე ქვეყნებს შორის უფრო ახალგაზრდა და/ან უფროსი ასაკის ქალების სკრინინგულ პროგრამებში ჩართვის თვალსაზრისით (Buist et al., 2004).

ძუძუს კიბოს სკრინინგის პერიოდულობასთან დაკავშირებით ევროპაში შედარებით ერთიანი მიდგომა არსებობს, განსხვავებით სკრინინგის ასაკობრივი დიაპაზონისგან. 2002 წელს IARC-მა რეკომენდაცია გაუწია მამოგრაფიის სკრინინგულ ჩატარებას ორწლიანი ინტერვალით და ევროგაერთიანების 27 ქვეყნიდან 24-მა მიიღო აღნიშნული რეკომენდაცია, თუმცა ავსტრიაში სკრინინგი ტარდება ყოველწლიურად, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოსა და მალტაში - ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ. ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული მამოგრაფიული სკრინინგის საკმარისი ეფექტურობა დასტურდება დიდი ობსერვაციული კვლევის შედეგებით, რომლის მიხედვითაც 50-69 წლის ასაკის ქალებში დაავადების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის თვალსაზრისით არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება ყოველწლიურად და ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებულ სკრინინგულ პროგრამებს შორის (Roa et al., 1996); ასევე USPSTF ადასტურებს, რომ ორწლიანი პერიოდულობით ჩატარებულ სკრინინგს თითქმის ისეთივე სარგებელი მოაქვს, როგორც ყოველწლიურს, ამასთან, განახევრებული ზიანით.

ძუძუს თვით-გასინჯვას გააჩნია 40-69% სენსიტიურობა და 88-99% სპეციფიურობა; ხოლო ძუძუს კლინიკური გამოკვლევის მგრძობიარეობა 12%-41% ფარგლებში მერყეობს, უფრო დაბალია ვიდრე ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა და მამოგრაფია და დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე (Humphrey et al., 2002).

არ არსებობს ძუძუს თვითგასინჯვის ეფექტურობის შემაფასებელი მტკიცებულებები. თუმცა, ძუძუს თვითგასინჯვის პრაქტიკამ აჩვენა, რომ ქალებს საშუალება მიეცათ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა აეღოთ. ასე რომ, ძუძუს თვითგასინჯვა რეკომენდებულია რისკის მქონე ქალებში უფრო, როგორც ცნობიერების ასამაღლებლად, ვიდრე სკრინინგ-მეთოდში.

მდგომარეობა საქართველოში

2000 წელს საქართველოს ყველა რეგიონსა და რაიონში უბნობრივი პრინციპით მოქმედებდა ონკოლოგიური დისპანსერი ან კაბინეტი, სადაც გროვდებოდა ინფორმაცია მათ არეალში მყოფი კონტინენტის შესახებ, მიუხედავად იმისა, თუ სად იღებდა პაციენტი სამედიცინო მომსახურებას. შესაბამისად, აღრიცხვიანობა ხორციელდებოდა ონკო-პაციენტების ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით. დისპანსერული აღრიცხვიანობის სისტემის მოშლის შემდეგ, ინფორმაცია პაციენტების შესახებ გროვდებოდა მხოლოდ ონკოსერვისების განმახორციელებელი დაწესებულებების მიერ, რაც შეუძლებელს ხდიდა ონკოლოგიური

დაავადებების რეგიონული გავრცელების შესახებ ანალიზს. ეს შესაძლებელი გახდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მეშვეობით, ვინაიდან რეგისტრი მოიცავს მონაცემებს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის შესახებ.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრი წარმოადგენს ონკოლოგიური მონაცემების სისტემური შეგროვების, შენახვის, ანალიზის, ინტერპრეტაციის და წარდგენის ორგანიზებულ სისტემას. ის უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს კიბოს ინციდენტობის და პრევალენტობის ხარისხიანი მონაცემების შეკრების თვალსაზრისით. ასეთი ტიპის რეგისტრის გამოყენება ასევე მნიშვნელოვანია კიბოს კონტროლის პროგრამების შეფასებისა და, შესაბამისად, პრიორიტეტების განსაზღვრის და პროგრამების დაგეგმარებისათვის, გაწეული სერვისების ეფექტურობის განსასაზღვრად, ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო მომსახურების გაწევის დინამიური დაკვირვებისთვის, კიბოს სკრინინგის და სხვა პრევენციული ღონისძიებების მართებულად დანერგვისთვის.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ქვეყანაში ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელების შესახებ ზუსტი და ხარისხიანი მონაცემების შეგროვების მიზნით, 2015 წლის 1 იანვრიდან ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. რეგისტრის 2015 წლის მონაცემთა წინასწარი ანალიზის საფუძველზე გამოიკვეთა მკვეთრი სხვაობა წინა წლების მონაცემებთან შედარებით.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით, 2015 წელს საქართველოში რეგისტრირდა ყველა ლოკალიზაციის კიბოს 9 598 ახალი შემთხვევა. ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე შეადგენდა 258.2.

კიბოს რეგისტრის მონაცემებით, სარძევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციის კიბოა ქალებში. ძუძუს კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები 100 000 ქალზე 97.5-ს შეადგენდა 2015 წელს, 2016 წელს - 91.9-ს და 2017 წელს - 79.6.

როგორც ვნახეთ, სარძევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციის კიბოა ქალებში, ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 ქალზე - 94.7. ახალი შემთხვევების რაოდენობა პრევალირებს 50-70 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში. რეგისტრის მონაცემებით სარძევე ჯირკვლის კიბოს ახალი შემთხვევების მხოლოდ 52% გამოვლინდა დაავადების I და II სტადიაზე.

აღსანიშნავია, რომ 2011 წლის პირველი მაისიდან ქვეყანაში ფუნქციონირებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს 40-70 წლის ქალების გამოკვლევას.

ეროვნული სკრინინგ პროგრამა

2008 წელს ქ. თბილისში საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საბჭოს ინიციატივით და თბილისის მუნიციპალიტეტისა და საქართველოს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) თანადგომით და თანადაფინანსებით ამუშავდა ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამა. შესაბამისად შეიქმნა ეროვნული სკრინინგ ცენტრი, სადაც შესაძლებელი იყო განხორციელებულიყო ოთხი ლოკალიზაციის კიბოს სკრინინგის პილოტური პროგრამა: ქ. თბილისის მიზნობრივ პოპულაციაში 2008 წელს დაიწყო ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგული კვლევები, რომელსაც 2010 წელს კოლორექტალური და პროსტატის კიბოს სკრინინგი დაემატა.

აღნიშნული პილოტური პროგრამის გაფართოების გზით 2011 წლიდან საქართველოს მთავრობამ მიიღო გადაწყვეტილება ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედებულიყო კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამას ახორციელებს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, მომწოდებელი გახლავთ „აიპ ეროვნული სკრინინგ ცენტრი“.

ქვეყნის მასშტაბით ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით „ეროვნული სკრინინგ ცენტრი“ თანამშრომლობს (კონტრაქტი გაფორმებული აქვს) 31 სამედიცინო დაწესებულებასთან; პროგრამას ემსახურება 14 მამოგრაფი და ორი მამომობილი. სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით, ქვეყნის მოსახლეობაში (გარდა

თბილისელებისა, რადგან თბილისელებისთვის მსგავს პროექტს დედაქალაქის მუნიციპალიტეტი ახორციელებს) ტარდება შემდეგი სახის სკრინინგული გამოკვლევები:

- ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ასაკის ქალებში;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ასაკის ქალებში;
- პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის ასაკის მამაკაცებში;
- კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის ორივე სქესისათვის.

მეთოდოლოგია

ნაშრომის ამოცანების განსახორციელებლად გამოყენებულ იქნა კვლევის რაოდენობრივი მეთოდი. მოხდა მოსახლეობის ერთმომენტური კვლევა; კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იყო სპეციალურად შედგენილი კითხვარი, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემების, ასევე - ონკოლოგიური დაავადებების (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატის, კოლო-რექტალური კიბოს) ადრეული დიაგნოსტიკის და სკრინინგ ცენტრის შესახებ. მოცემული კვლევის ჩასატარებლად რაოდენობრივი მეთოდის არჩევა შემდეგმა ფაქტორმა განაპირობა: რაოდენობრივი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს საკვლევი პოპულაციისთვის დამახასიათებელ ძირითად ასპექტებს და კვლევის სწორად ორგანიზების შემთხვევაში, შესაძლებელია მისი შედეგების განვრცობა ზოგად პოპულაციაზე და შესაბამისი დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევაში მონაწილეები კითხვარს ავსებდნენ ონლაინ, Google Form-ის მეშვეობით. ეს საშუალებას იძლეოდა მარტივად, დროის დიდი დანაკარგის გარეშე (როგორც მკვლევარის, ასევე კვლევაში მონაწილეთათვის) და რაც მთავარია, ანონიმურობის გარანტიით შეევსოთ კითხვარი. ამავდროულად, ამ გზით უზრუნველყოფილი იყო რესპოდენტთა ჩართვა, როგორც თბილისიდან, ასევე რეგიონებიდან.

მოსახლეობის იმ ნაწილის მეტი რეპრეზენტატულობისთვის, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ონკოლოგიური დაავადებების სკრინინგი, კითხვარის ნაწილის შევსება მოხდა ქ. თბილისში, წერეთლის გამზირზე მდებარე ეროვნულ სკრინინგ ცენტრში მისული პაციენტების მიერ მათი პირად ელექტრონულ ფოსტაზე კითხვარის გაგზავნის მეშვეობით. სულ, გამოკითხვაში 235 რესპოდენტმა მიიღო მონაწილეობა.

კვლევის შედეგები

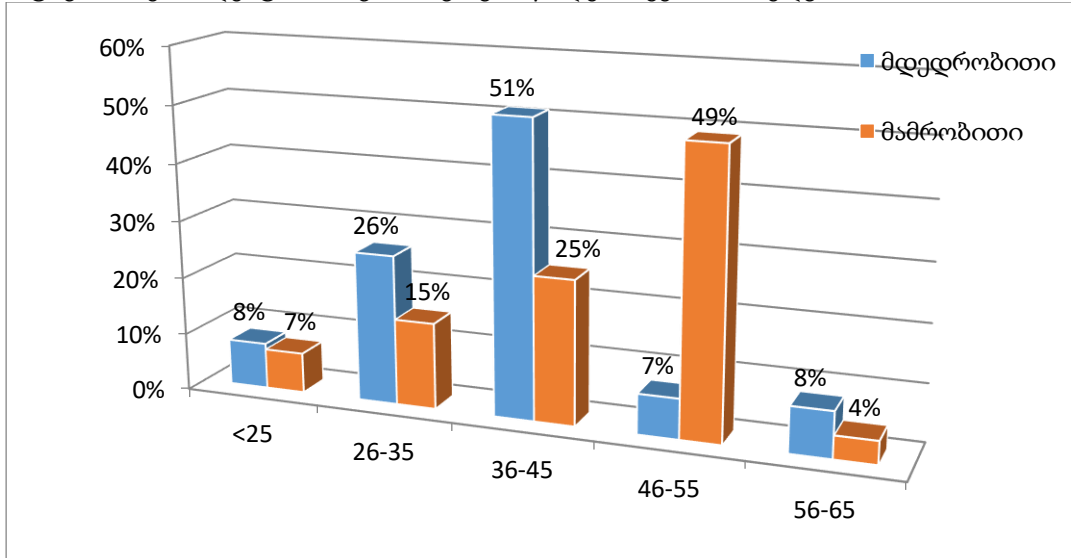
სულ გამოკითხულ იქნა 235 რესპოდენტი. კვლევამ აჩვენა, რომ მათგან 88 პირს ერთხელ მაინც მიუმართავს ეროვნული სკრინინგ ცენტრისათვის, დანარჩენ 147 მონაწილეს კი ონკოლოგიური დაავადების სკრინინგი არასოდეს ჩაუტარებია. კვლევაში მონაწილეობას იღებდა 161 ქალი და 74 მამაკაცი, 69% და 31% შესაბამისად. ამასთან, მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა დაახლოებით 34%-ს, ხოლო მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა 39%-ს გამოკვლევისთვის ერთხელ მაინც მიუმართავს სკრინინგ ცენტრისთვის.

აღსანიშნავია, რომ კვლევაში მონაწილე პირთა ასაკობრივი განაწილება მცირედით განსხვავდებოდა სქესის მიხედვით, მდედრობითი სქესის რესპოდენტთა დაახლოებით ნახევარი - 51% წარმოდგენილი იყო 36-45 ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო მამრობითი სქესის 49% - 46-55 ასაკობრივ კატეგორიაში (გრაფიკი 1).

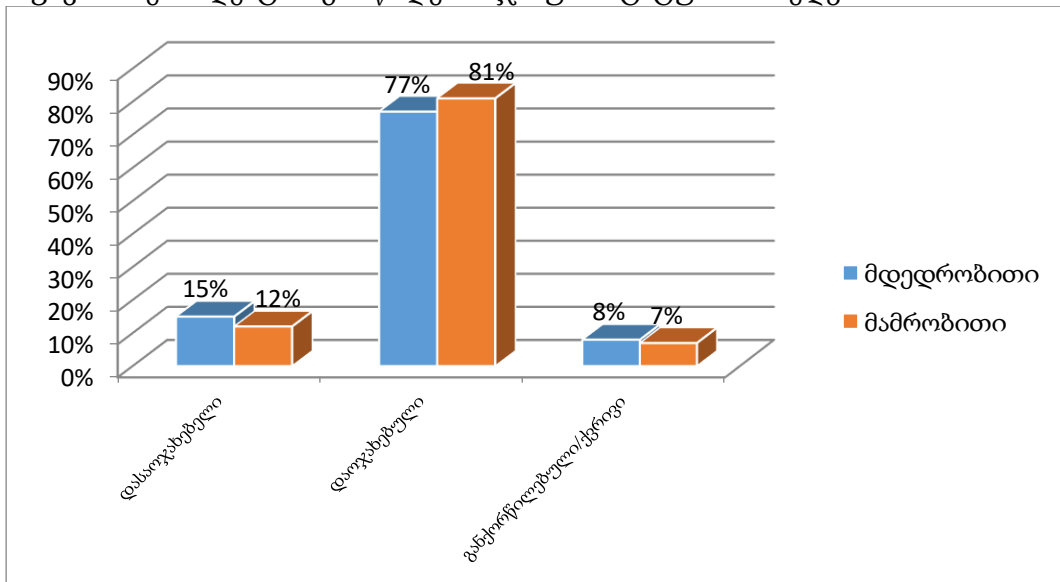
გამოკითხულთა 74%-მა საცხოვრებელ ადგილად დედაქალაქი, დანარჩენმა 26%-მა კი რეგიონი დაასახელა. გამოკითხულთა შორის ჭარბობდნენ ქორწინებაში მყოფი ქალები და კაცები, შესაბამისად 77% და 81%; ხოლო, დასაოჯახებელი, განქორწინებული და ქვრივი რესპოდენტების წილი შედარებით ნაკლები იყო (გრაფიკი 2).

კითხვაზე, საიდან გაქვთ ინფორმაცია სკრინინგის შესახებ, ყველაზე მეტმა რესპოდენტმა მეგობარი/ნაცნობი და რეკლამა დაასახელა, შესაბამისად 32% და 39%, გამოკითხულთა 16%-ს სკრინინგის შესახებ ინფორმაცია პირადმა ექიმმა მიაწოდა, ხოლო 13%-მა ინფორმაციის წყაროდ საკუთარი პროფესია დაასახელა, ისინი აღნიშნავენ, რომ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები იყვნენ და ამიტომ ფლობდნენ აღნიშნულ ინფორმაციას (გრაფიკი 3).

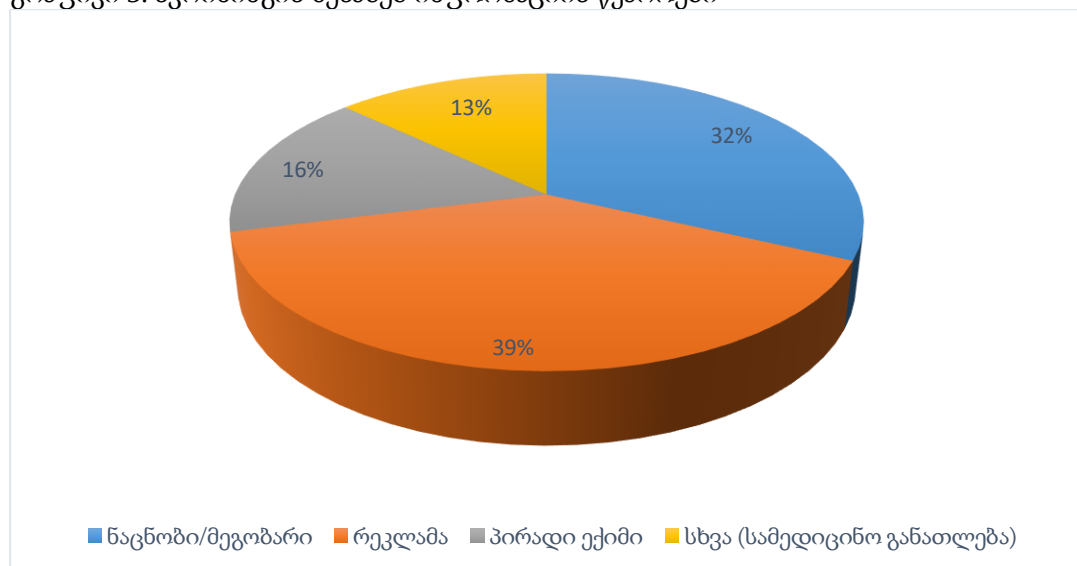
გრაფიკი 1: რესპოდენტთა ასაკობრივი განაწილება სქესის მიხედვით



გრაფიკი 2: რესპოდენტთა განაწილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით

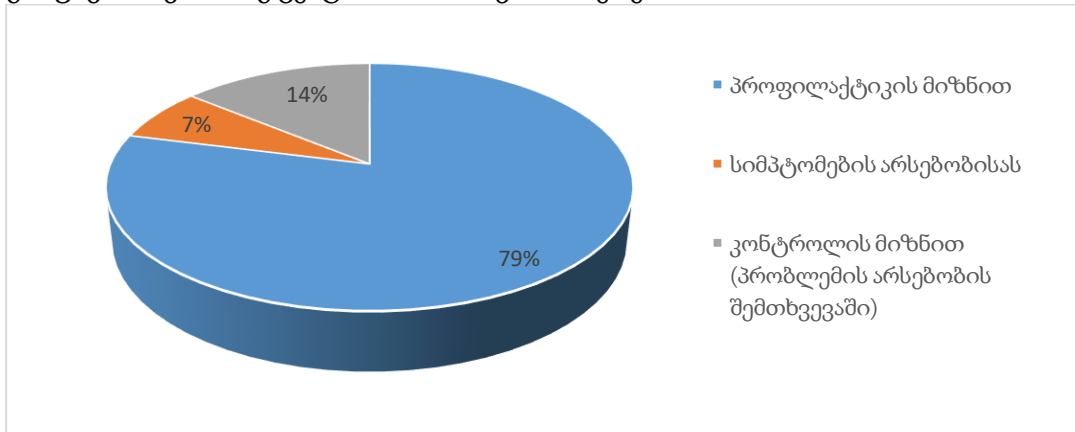


გრაფიკი 3: სკრინინგის შესახებ ინფორმაციის წყაროები



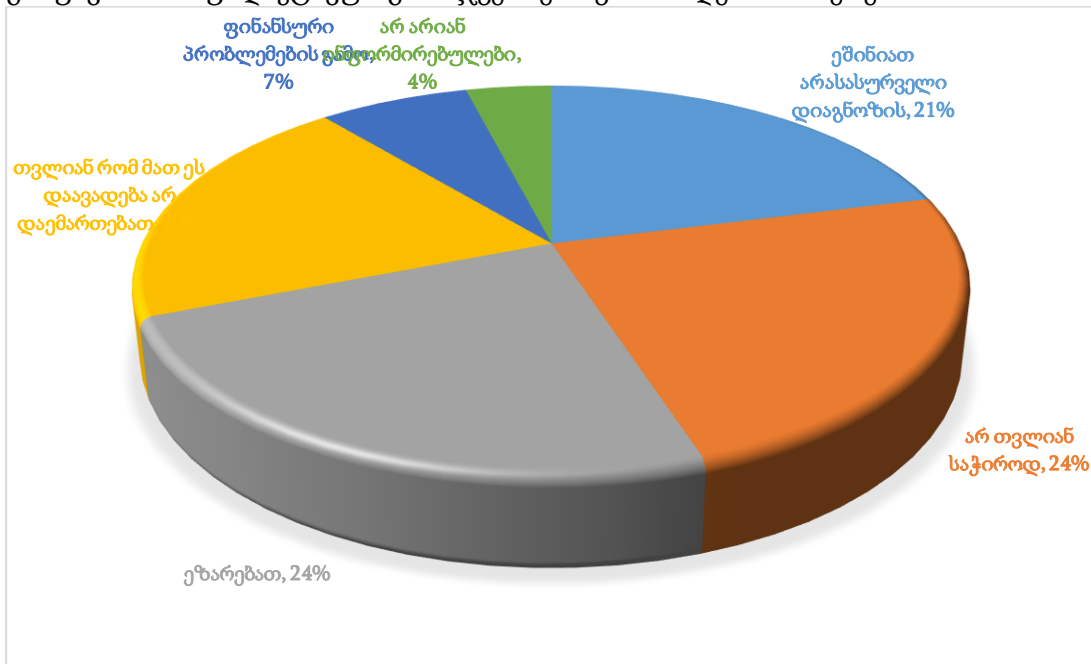
რესპოდენტთა იმ ნაწილს, რომელსაც ჰქონდა ინფორმაცია სკრინინგის შესახებ, 79%-მა სკრინინგ ცენტრში მიმართვის მიზეზად პროფილაქტიკური გამოკვლევები დაასახელა, 14%-მა აღნიშნა, რომ სკრინინგ ცენტრში გამოკვლევისათვის მისვლა აუცილებელია კონტროლის მიზნით (პრობლემის არსებობის შემთხვევაში); 7%-მა კი ვიზიტის მიზეზად დაავადების სიმპტომების არსებობა დაასახელა (გრაფიკი 4).

გრაფიკი 4: სკრინინგ ცენტრში მიმართვის მიზეზები



გამოკითხულთა 100%-მა აღნიშნა, რომ პროფილაქტიკური გასინჯვები მნიშვნელოვანი, ან ძალიან მნიშვნელოვანია დაავადების პრევენციისთვის. რესპოდენტთა პასუხები კითხვაზე - რატომ არიდებენ თავს ადამიანები პროფილაქტიკურ გასინჯვებს, შემდეგნაირად გადანაწილდა: კვლევაში მონაწილეთა თანახმად 24-24%-მა განაცხადა, რომ ადამიანები საჭიროდ არ თვლიან პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარებას, ან ეზარებათ; გამოკითხულთა 21%-მა აღნიშნა, რომ მოსახლეობა შიშის გამო არიდებს თავს გამოკვლევებს; 13%-მა არ ჩატარების მიზეზად დაასახელა ხალხის დამოკიდებულება ონკოლოგიური დაავადებების მიმართ - „მე არ დამემართება“, 5%-მა - ფინანსური პრობლემები, ხოლო 3%-მა - მოსახლეობის არაინფორმირებულობა (გრაფიკი 5).

გრაფიკი 5: პროფილაქტიკურ გასინჯვებზე თავის არიდების მიზეზები



კითხვაზე, თუ პირველად რომელი ორგანოს სკრინინგისთვის მიაკითხეთ სკრინინგ-ცენტრს, რესპოდენტთა პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: სკრინინგში მონაწილე

გამოკითხულ პირთა 41%-მა აღნიშნა, რომ ჩაიტარა ძუძუს კიბოს სკრინინგი, 30%-მა - საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, 23%-მა - პროსტატის კიბოს სკრინინგი, ხოლო 6%-მა - კოლო-რექტალური კიბოს სკრინინგი.

მათგან ვისაც ერთხელ მაინც მიუმართავს სკრინინგ ცენტრისთვის, ცენტრის მომსახურებით კმაყოფილი აღმოჩნდა 67%, ხოლო ნაწილობრივ კმაყოფილი - 33%. გამოკითხულთა 46%-მა აღნიშნა, რომ მას ან მის ნათესავს დასმული ჰქონდა ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზი, დანარჩენმა 54%-მა შეკითხვას უარყოფითი პასუხი გასცა. აღსანიშნავია, რომ ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ მის ახლობელს ურჩევდა მიემართა სკრინინგ ცენტრისთვის.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ონკოლოგიური დაავადებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის რიცხვის შემცირებისათვის მნიშვნელოვანია დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა, რაზეც დადებითად მოქმედებს მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე. სწორედ ამიტომ, ნაშრომის ერთ-ერთი ამოცანა მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა იყო. რესპოდენტები ინფორმაციის წყაროდ 70%-ში ნაცნობ-მეგობრებისა და სხვადასხვა სახის რეკლამებს ასახელებდნენ, მხოლოდ 16% შემთხვევაში იყო პირადი ექიმი ინფორმაციის გამავრცელებელი. მიუხედავად ამისა, შედეგებმა აჩვენა, რომ პირადი ექიმისგან ინფორმირებული პაციენტების დიდი ნაწილი რეგულარულად იტარებდა გამოკვლევებს და რესპოდენტთა ამ ნაწილმა ზუსტად იცოდა, თუ რა შემთხვევაში უნდა მიემართა სკრინინგ ცენტრისთვის. როგორც ჩანს, ყველაზე ეფექტური შედეგის თვალსაზრისით ექიმისგან მიღებული ინფორმაცია გახლდათ.

საერთაშორისო ლიტერატურას თუ გადავხედავთ და სხვადასხვა ავტორთა მიერ ჩატარებულ კვლევებს გავეცნობით დავინახავთ, რომ ადამიანები ყველაზე მეტად ექიმებს ენდობიან და მათ რჩევებს ითვალისწინებენ; ამიტომ მნიშვნელოვანია ოჯახის ან/და პირადი ექიმები აქტიურად იყვნენ ჩართულნი მოსახლეობის ინფორმირებაში იმის შესახებ, თუ ონკოლოგიური დაავადებების პროგნოზისათვის რა მნიშვნელობა აქვს დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენას. ამისათვის, ინტენსიურად უნდა ხდებოდეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში სამედიცინო პერსონალს შორის ინფორმაციის გავრცელება განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში საქართველოს თითოეული მოქალაქისათვის ხელმისაწვდომია პირველადი ჯანდაცვა და არცერთი მათგანისთვის ოჯახის/პირად ექიმთან ვიზიტი პრობლემას აღარ წარმოადგენს.

გარდა ამისა, საჭიროა დამატებითი კვლევების ჩატარება იმის დასადგენად თუ, რატომ არის ნაკლებად ეფექტური რეკლამებით გავრცელებული ინფორმაცია მოსახლეობისათვის. მხოლოდ ამის შემდეგ გახდება შესაძლებელი მოსახლეობამდე ინფორმაციის ეფექტური სახით მიწოდების გზებისა და მეთოდების შემუშავება.

კვლევაში მონაწილე ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა პროფილაქტიკური გამოკვლევების დიდი მნიშვნელობის შესახებ და დასძინა, რომ მის ახლობელს აუცილებლად ურჩევდა დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარებას. მიუხედავად ამისა, ამ კუთხით ქვეყანაში მაინც საკმაოდ დაბალია მოსახლეობის კულტურა, რაც ჩვენი კვლევითაც დადასტურდა. ამიტომ, გადავწყვიტეთ გამოგვევლინა, ის ძირითადი ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლის მოსახლეობას ჩაიტარონ ონკოლოგიური დაავადების სკრინინგი.

როგორც ცნობილია, საზოგადოებაში ფართოდ არის გავრცელებული სტერეოტიპული დამოკიდებულება იმის შესახებ, რომ ონკოლოგიური დაავადებები განუკურნებელი და ფაქტიურად, სასიკვდილო განაჩენია. ჩვენს კვლევაშიც, ადრეული დიაგნოსტიკის არ ჩატარების ძირითად ფაქტორად, რესპოდენტთა მიერ სწორედ საზოგადოების საკითხისადმი დამახინჯებული დამოკიდებულება დასახელდა - არაინფორმირებულობა, დიაგნოზის მოლოდინის შიში („სასიკვდილო განაჩენი“), პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარების საჭიროების ეჭვქვეშ („მაინც არაფერი მეშველება“) დაყენება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის ინფორმაციის მიწოდება, ცნობიერების ამაღლება და არასწორი, სტერეოტიპული დამოკიდებულების შესუსტება, რისთვისაც ერთ-ერთ ყველაზე

ეფექტურ გზას სხვადასხვა სახის საინფორმაციო კამპანიების, საინფორმაციო ბუკლეტების დარიგება, თუ საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარება წარმოადგენს.

მართალია, რესპოდენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ სკრინინგ-ცენტრისა და ზოგადად პროგრამის მომსახურება დადებითად შეაფასა, მაგრამ ცენტრისა და პროგრამის ეფექტური მომსახურება შესაფასებლად ეს საკმარისი არ არის. ამისათვის საჭიროა დამატებით იქნას შესწავლილი იმ ფაქტორების არსებობა, რომლებიც ადამიანებს ხელს უშლის ონკოლოგიური დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკაში; ამ კუთხით მნიშვნელოვანია ეროვნული სკრინინგ-პროგრამის პროცედურული საკითხების, ტერიტორიული ხელმისაწვდომობისა და სხვა ფაქტორების ანალიზი და მათი გავლენის შესწავლა მოსახლეობის ქცევაზე.

დასკვნები და რეკომენდაციები

- მოსახლეობაში მაღალია სკრინინგ ცენტრის მომსახურებით კმაყოფილების მაჩვენებელი;
- ინფორმაციის გავრცელება ყველაზე ხშირად სხვადასხვა სარეკლამო კამპანიებისა და ნაცნობ/მეგობრების საშუალებით ხდება;
- ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მნიშვნელობის შესახებ ზუსტ ინფორმაციას ყველაზე ხშირად პირადი ექიმისგან იღებდნენ;
- სკრინინგ ცენტრს პროფილაქტიკის მიზნით ყველაზე ხშირად პირადი ექიმისგან ინფორმირებული პაციენტები აკითხავდნენ;
- ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობაში ჯერ კიდევ არსებული სტერეოტიპული წარმოდგენები ხელს უშლის დაავადების ადრეულ, უსიმპტომო სტადიაზე გამოვლენას და მოსახლეობის სკრინინგ პროგრამაში ჩართვის მაღალ მაჩვენებელს;
- კვლევის შედეგების საფუძველზე, მნიშვნელოვანია შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინება:
 - ოჯახის ექიმების გადამზადება, დატრენინგება და ცნობიერების ამაღლება იმისათვის, რომ აქტიურად გაავრცელონ ინფორმაცია პაციენტებს შორის ონკოლოგიური დაავადების სკრინინგის მნიშვნელობის შესახებ;
 - პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ინტენსიურად რიგდებოდეს საინფორმაციო ბუკლეტები, ბროშურები, ფუნქციონირებდეს საინფორმაციო დაფა;
 - დაიგეგმოს და განხორციელდეს აქტიური კამპანიები ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ მოსახლეობაში გავრცელებული არასწორი შეხედულებების წინააღმდეგ;
 - სასურველია მსგავსი კვლევების ჩატარება უფრო მართო პოპულაციაში, რათა უკეთ გავეცნოთ ამ მიმართულებით არსებულ პრობლემებს;
 - დამატებით შესწავლას საჭიროებს სარეკლამო საშუალებებით ინფორმაციის მოსახლეობისთვის ეფექტურად მიწოდების სკიოტი და ამასთან დაკავშირებული ბარიერები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების გავრცელება საქართველოში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015 წლის მონაცემები, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი
2. Austoker J, Bankhead C, Forbes LJ, Atkins L, Martin F, Robb K, Wardle J, Ramirez AJ. (2009). Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. Br J Cancer. Dec 3;101 Suppl 2:S31-9.
3. Benjamin O. Anderson MD, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB, Hutchinson F. (2003). Early Detection of Breast Cancer in Countries with Limited Resources.
4. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. Lancet Oncol 13: 790-801.

5. Buist DS, Porter PL, Lehman C, et al. (2004). Factors contributing to mammography failure in women aged 40–49 years. *J Natl Cancer Inst.*
6. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. (2005). MSc Screening for Breast Cancer *JAMA.*
7. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, et al, (2009). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD: National Cancer Institute;
8. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 3;137(5 Part 1):347-60.
9. Jemal A, Center MM, Carol DeSantis, et al. (2010). *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*
10. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. (2011). *Global cancer statistics.*
11. Khan N, Afaq F, Mukhtar H. (2010). *LIFESTYLE AS RISK FACTOR FOR CANCER: EVIDENCE FROM HUMAN STUDIES.*
12. IARC (2002). *Breast cancer screening, IARC handbooks for cancer prevention, International Agency for Research on Cancer.*
13. IARC (2008). *World cancer report 2008.* Lyon, International Agency for Research on Cancer.
14. McTiernan A, Ulrich C, Slate S, Potter J. (1998). *Physical activity and cancer etiology: associations and mechanisms. Cancer Causes Control*
15. National Cancer Institute (2009). *Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Stat Fact Sheets: Breast Cancer.* Bethesda, MD: National Cancer Institute.
16. Nutbeam D. (2006). *Department of Public Health and Community Medicine, A27, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century University of Sydney, NSW, Australia*
17. [Ott JJ](#), [Ulrich A](#), [Miller AB](#). (2009). *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organisation, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Canada.*
18. Parkin DM, Almonte M, Bruni L, Clifford G, Curado MP, Pineros M. (2008). *Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the latin america and Caribbean region. Vaccine.*
19. Radimer KL, Ballard-Barbash R, Miller JS, et al. (2004). *Weight change and the risk of late-onset breast cancer in the original Framingham cohort. Nutr Cancer*
20. Roa BB, Boyd AA, Volcik K, Richards CS. Ashkenazi (1996). *Jewish population frequencies for common mutations in BRCA1 and BRCA2. Nat Genet.*
21. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, et al. (2005). *Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. Lancet Oncol.* May;6(5):271-8.
22. Vainio H, Bianchini F. (2002). *Weight Control and Physical Activity, vol. 6.* Lyon, France: International Agency for Research Cancer Press.
23. WHO. (2010). *Cancer - Screening and early detection*
24. WHO. (2008). *World Cancer Report 2008, IARC*
25. WHO. (2013). *World Cancer day 2013.*
26. *World Health Organization (2013) comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women.*



რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებები ეთნიკურ უმცირესობებში

Health characteristics of women of reproductive age in ethnic minorities

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.03

თამარ გიორგაძე^{1a}, სოფიო ხაჯომია^{1b}

Tamar Giorgadze^{1a}, Sofia Khazhomia^{1b}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს სოციალური დეტერმინანტები: ეკონომიკური მდგომარეობა, რელიგია, განათლება, დასაქმება, საცხოვრებელი პირობები. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებსა და გოგონებს კი ექმნებათ დამატებითი გამოწვევები, კულტურული თავისებურებების, რელიგიის, ენობრივი ბარიერის, ეთნიკური იდენტობის, ამ იდენტობით გამოწვეული სტიგმისა თუ სხვა მრავალი მიზეზის გამო. ჩვენი კვლევის მიზანია საქართველოში მცხოვრები მცირე ეთნიკური ჯგუფების, სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლა, მათ ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების განსაზღვრა და ძირითადი საკვანძო საკითხების გამოკვლევა. **მეთოდოლოგია:** გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის მეთოდი. ჩატარებული ინტერვიუ ჩატარდა სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობით მჭიდროდ დასახლებული რეგიონებში (სამცხე-ჯავახეთი და ქვემო ქართლი) დასაქმებულ ექიმებთან (გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი/თერაპევტი). დამუშავდა სტატისტიკური ინფორმაცია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან და სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალების მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტს არ წარმოადგენს, ამიტომ ხშირია ექიმთან დაგვიანებული მიმართვები, დაავადებების გამწვავებული ფორმები. ენობრივი და კულტურული ბარიერები ხშირად ნეგატიურად მოქმედებს დაავადების გამოსავალზე. ადგილი აქვს სიმპტომების, დიაგნოზის ექიმისთვის დამალვას, რაც ზოგჯერ იდენტობასთანაც არის დაკავშირებული. გვხვდება ქალის სხეულებრივი ავტონომიის უგულვებლყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში სხვა პირთა ჩარევა. დაბალია ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო აცრაზე ინტერესი. სქესობრივი ცხოვრების დაწყების და შვილოსნობის ასაკი უმეტესად დაბალია. ვხვდებით არასრულწლოვანთა ქორწინებას, ორსულობას რაც საფრთხეს უქმნის მათი და ასევე ნაყოფის ჯანმრთელობას. მაღალია მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი. მაღალია შობადობა და ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი, რადგან კულტურულად წახალისებულია მრავალშვილიანი ოჯახების არსებობა. გვხვდება ნათესაური ქორწინებები, რომელიც ზრდის შთამომავლობაში რეცესიული გენეტიკური აშლილობების მემკვიდრეობით გადაცემის პროვოცირების რისკს. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნა და ინფორმირებულობა დაბალია, კონდომის

^a l_siboshvili@cu.edu.ge ORCID ID: https://orcid.org/0009-0003-3789-2954
^b skhazhomia@cu.edu.ge ORCID ID: https://orcid.org/0009-0003-3789-2954

მიმართ არსებობს სოციალური ტაბუ და კონსერვატიული დამოკიდებულება. მაღალია ხელოვნური აბორტების რიცხვი, მათ შორის ხშირია სელექციური აბორტები. მაღალია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება, ხოლო ამ დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობა დაბალია. **დასკვნა:** რიგი სოციალურ-კულტურული ფაქტორები, უპირატესად კი, გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ზიანს აყენებს ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. არსებობს გარემოებები, რომლებიც საერთოა საქართველოში მცხოვრები ზოგადი მოსახლეობისთვის, თუმცა, გარკვეული გამოცდილებები უნიკალურია, რაც სამიზნე ჯგუფის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დასაცავად განსხვავებული მიდგომების გამოყენების აუცილებლობაზე მიგვანიშნებს.

საკვანძო სიტყვები: ეთნიკური უმცირესობები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, აბორტი, სტიგმა, მკვდრადშობადობა, შობადობა.

ციტირება: თამარ გიორგაძე, სოფიო ხაჯომია. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებები ეთნიკურ უმცირესობებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: The health of women of reproductive age is influenced by social determinants, including economic status, religion, education, employment, and living conditions. Ethnic minority women and girls face additional challenges due to cultural differences, religion, language barriers, ethnic identity, and the stigma associated with their identity. The purpose of our research is to study the characteristics of sexual and reproductive health of women and girls from small ethnic groups, the Armenian and Azerbaijani populations living in Georgia, to determine the factors affecting their health, and to outline the main key issues. **Methodology:** qualitative research methods were used. An in-depth interview was conducted with doctors (gynecologists, family doctors, and therapists) employed in densely populated regions with Armenian and Azerbaijani populations (Samtskhe-Javakheti and Kvemo Kartli). Statistical information from the National Center for Disease Control and the National Statistical Service was processed. **Results and discussion:** the study showed that women in both ethnic groups do not prioritize their own health, so delayed referrals to doctors and aggravated forms of the disease are frequent. Language and cultural barriers often negatively affect the outcome of the disease. There is hiding of symptoms and diagnosis from the doctor, which is sometimes related to identity. There is neglect of women's bodily autonomy and interference by other people in the decision-making process. Interest in the human papillomavirus vaccine is low. The age of initiation of sexual life and childbearing is mostly low. We encounter marriages of minors and pregnancy, which endangers their health as well as the health of the fetus. The stillbirth rate is high. Birth rates and natural increase rates are high because large families are culturally encouraged. Consanguineous marriages occur, which increases the risk of provoking the inheritance of recessive genetic disorders in the offspring. Knowledge and awareness about modern methods of contraception are low; there is a social taboo and a conservative attitude towards condoms. The number of artificial abortions is high, including the selective abortions. The prevalence of sexually transmitted diseases is high, and awareness about these diseases is low. **Conclusion:** A number of socio-cultural factors, mainly gender norms, and stigma related to sexuality, harm women's sexual and reproductive health. While some circumstances are common to the general population living in Georgia, other experiences are unique, indicating the necessity for distinct approaches to protect the sexual and reproductive health of the target group.

Keywords: Oncological diseases, breast cancer, cancer screening.

Citation: Tamar Giorgadze, Sofia Khazhomia. Health characteristics of women of reproductive age in ethnic minorities. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

ადამიანს აქვს უფლება ყოველგვარი ზეწოლისა და დისკრიმინაციის გარეშე მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილებები თავისი რეპროდუქციული არჩევანისა და ქცევის შესახებ. მისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საჭირო ინფორმაცია და თანამედროვე სამედიცინო სერვისები გადაწყვეტილების მისაღებად და განსახორციელებლად (World health organization, 2021).

ქალთა ჯანმრთელობაზე ეფექტიანი ზრუნვა გულისხმობს მათ სპეციფიკურ საჭიროებებთან, რეპროდუქციულ და სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების გათვალისწინებას, მათ სექსუალურ განათლებას, ჯანსაღი სქესობრივი ცხოვრების, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებისა და სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე ინფორმირებულობის დონის გაზრდას.

ყოველ დღე დაახლოებით 800 ქალი იღუპება მთელ მსოფლიოში ორსულობასთან ან მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებებით, რომლებიც უმეტესად შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული ან განკურნებული. დედების სიკვდილის აბსოლუტური უმრავლესობა - დაახლოებით 99% - ხდება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში და სიკვდილის რისკი ყველაზე მაღალია 15 წლამდე მოზარდი გოგონებისთვის“. (World health organization, 2021)

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ერთერთ მნიშვნელოვან როლს, განათლება და ინფორმირებულობა თამაშობს. 2022 წელს საქართველოში ჩატარებულმა ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების კვლევამ აჩვენა, რომ „ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლება სუსტად არის წარმოდგენილი საქართველოს ზოგადი განათლების სისტემაში“. (UNFPA, 2022). კვლევის მიხედვით, სკოლა ვერ აწვდის ბავშვებსა და ახალგაზრდებს მნიშვნელოვან ინფორმაციას მათი სექსუალური იდენტობის, გენდერული ნიშნით ძალადობის, ჯანსაღი ურთიერთობებისა და მსგავსი სხვა საკითხების შესახებ. აღნიშნულ თემაზე საზოგადოებაში არსებული განსაკუთრებული სტიგმის გამო, პოლიტიკის შემუშავებაზე პასუხისმგებელი პირები ხშირად თავს არიდებენ ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლებაზე საუბრებს, რაც დამატებით ბარიერს ქმნის თემის ადვოკატირებისა და მხარდაჭერის კუთხით. (UNFPA, 2022).

საქართველოში ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ოდითგანვე დიდ გავლენას ახდენდა კულტურული, ისტორიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები. ქვეყანაში ქალის სექსუალობა და რეპროდუქციული პრაქტიკა ხშირად სოციალურ-კულტურული ფაქტორებით არის ნაკარნახევი. ეს საკითხი კი გაცილებით მწვავედ დგას ეთნიკური უმცირესობებით კომპაქტურად დასახლებულ რეგიონებში და განპირობებულია მათი კულტურული თავისებურებებით, რელიგიით, წეს-ჩვეულებებითა თუ სოციალურ-ეკონომიკური ყოფით.

სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით ამჟამად საქართველოს მოსახლეობა 3,713,804 ადამიანს შეადგენს. ქვეყანაში მცხოვრები ეთნიკური უმცირესობებიდან ჭარბობს აზერბაიჯანელი 233,024 (6,27 %) და სომეხი 168,102 (4,5%) მოსახლეობა. სომეხი მოსახლეობის დიდი ნაწილი (81,089) ცხოვრობს სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში, ხოლო აზერბაიჯანელი მოსახლეობის ასევე დიდი წილი (177,032) ცხოვრობს ქვემო ქართლის რეგიონში. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

ეთნიკურ უმცირესობათა თემებს აქვთ უნიკალური კულტურული შეხედულებები, წეს-ჩვეულებები, ტრადიციები. ისინი ხშირად ხვდებიან განსხვავებულ სოციალურ-ეკონომიკურ გამოწვევებს, რაც აისახება მათ ქცევაზე ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების მიმართ. აღნიშნული კი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე.

სტიგმა და ადამიანის სექსუალობის შესახებ დაბალი განათლების დონე გაცილებით მწვავედ იგრძნობა საქართველოში მცხოვრებ ეთნიკურ უმცირესობებში. კულტურული, იდენტობასთან დაკავშირებული თავისებურებების გარდა ადამიანის სექსუალობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ განათლების დონის მატებას ხელს უშლის ენობრივი ბარიერი. იმის გათვალისწინებით, რომ ქვეყანის ზოგად საგანმანათლებლო

სისტემაში, არსებულ სახელმწიფო ენაზეც კი საკითხთან დაკავშირებული ინფორმაცია მწირია, ეს მცირე ინფორმაციაც კი შესაძლოა ვერ აღწევდეს ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებსა და გოგონებამდე. მითუმეტეს, როდესაც ისინი ამ მხრივ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფებს მიეკუთვნებიან.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის გენდერის დეპარტამენტის მიერ 2019 წელს ჩატარებულმა კვლევამ ნათლად აჩვენა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით ქვეყანაში არსებული გამოწვევები და გამოავლინა ცალკეული მოწყვლადი პოპულაციები. სწორედ ამ მოწყვლად პოპულაციებს მიეკუთვნებიან ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალები. (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2019)

გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობისათვის“ ფარგლებში „დემოკრატიისა და მმართველობის ცენტრის“ მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) და საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატთან თანამშრომლობით ჩატარებული კვლევაში „ადრეული/ზავშვობის ასაკში ქორწინების საზიანო პრაქტიკა საქართველოში“ კვითხულობთ : „პოლიციელთა ნაწილის განმარტებით, ქორწინების იძულებისა თუ ქორწინების იძულების მიზნით თავისუფლების უკანონო აღკვეთის შემთხვევები ძირითადად გავრცელებულია ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ ტერიტორიაზე“. „სოციალური მუშაკები მიუთითებენ, რომ უფრო ხშირად ადრეულ ასაკში ქორწინების შემთხვევები ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობით დასახლებულ ტერიტორიებზე ხდება, სადაც ადრეულ ასაკში ოჯახის შექმნა ტრადიციანა“

პრობლემად სახელდება ფსიქოლოგების დეფიციტი და ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელ გოგონებთან კომუნიკაციის საკითხი. ფსიქოლოგებმა უმეტესად არ იციან აზერბაიჯანული ან სომხური ენა, რაც არასრულწლოვანთან კომუნიკაციას უფრო ართულებს (დემოკრატიისა და მმართველობის ცენტრი, 2022).

ორგანიზაცია WeResearch ფრიდრიხ ებერტის ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით 2021 წელს მომზადდა კვლევა „ორმაგი დაუცველობა და უსაფრთხოება, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალთა შემთხვევის შესწავლა საქართველოში“. კვლევამ გამოავლინა, რომ „უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხები განსაკუთრებით პრობლემურია ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის, რადგან ისინი საკუთარი გენდერისა (გენდერული ნიშნით ძალადობა, პატრიარქალური სტერეოტიპები) და არა-დომინანტურ ეთნიკურ ჯგუფთან მიკუთვნებულობის გამო (რესურსებსა და განათლებაზე შეზღუდული წვდომა, ენობრივი ბარიერი, კულტურული სტერეოტიპები) ორმაგად მოწყვლადები არიან. ორმაგი მოწყვლადობა კი ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალების საზოგადოებიდან გარიყვის, არასათანადოდ მოპყრობისა და დისკრიმინაციის რისკებს ზრდის.“

კვლევაში ასევე კვითხულობთ: „თბილისში მცხოვრებმა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა (ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალი) არასრულწლოვანი გოგონების ძალდატანებით ქორწინებაზე, როგორც უსაფრთხოების საკითხზე, ისაუბრა. მან აღნიშნა, რომ ქალებისა და გოგონების უფლებები ხშირად ირღვევა, როცა ძალდატანებით ქორწინდებიან ან როდესაც სწავლის ან მუშაობის უფლება არ აქვთ“ (WeResearch, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი , 2021)

სხვადასხვა კვლევებსა და მონაცემებზე დაყრდნობით ნათლად იკვეთება, რომ სექსუალური განათლების დეფიციტი, კულტურულ თავისებურებებთან დაკავშირებული და ხალხის მიერ ნაწილობრივ გამართლებული საზიანო პრაქტიკა, როგორცაა: ქორწინება დაბალ ასაკში, ოჯახის შექმნის მიზნით ქალთა თავისუფლების უკანონო აღკვეთა და სექსუალური ძალადობა, უფრო ხშირად ჯერ კიდევ გვხვდება აზერბაიჯანელ და სომეხ უმცირესობებში. ამ საკითხებზე მუშაობას სახელმწიფო ინსტიტუციების მხრიდან მნიშვნელოვნად ამწვავებს თანდართული ენობრივი ბარიერი, ამ უმცირესობებით მჭიდროდ დასახლებულ ორივე რეგიონში.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გაეროს ერთობლივი პროგრამის, „გენდერული თანასწორობისათვის“ ფარგლებში 2022 წელს მომზადებული კვლევა „საქართველოში

არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით არსებული მდგომარეობის შეფასება, ასახულებს, რომ რიგი სოციალურ-კულტურული ფაქტორები, უპირატესად კი, გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ხშირად იწვევს ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დარღვევას. „საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა კულტურულად ნაკლებად მისაღებია“. „დედობა ქალის უპირველეს პასუხისმგებლობად არის მიჩნეული“. „არსებობს სექსუალობასთან დაკავშირებული ტაბუ“. „გვხვდება ქალის სხეულებრივი ავტონომიის უგულვებელყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პარტნიორის და ოჯახის უფროსი თაობის წევრების ჩარევის ხშირი პრაქტიკა, ქალის სექსუალობის კონტროლი“. „ხშირია ინფორმაციის ნაკლებობა, რომელიც არაიშვიათად ენობრივი ბარიერის გამო გვხვდება“. (UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი, 2022)

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ 2019 წლის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ეროვნულ შეფასებაში მონიტორინგით დადგინდა, რომ დედათა ჯანმრთელობის სერვისების აღსრულების ერთერთი მთავარი გამოწვევაა კონფიდენციალობის დაცვა.

ორივე რეგიონში მწვავედ ვაწყდებით პაციენტის ავტონომიის დარღვევის პრაქტიკას, იქნება ეს სამედიცინო მომსახურების პროცესზე დასწრება თუ პაციენტის გადაწყვეტილებაზე გავლენის მოხდენა, ჩარევა.

ზემოთ აღნიშნული დარღვევები და პრობლემები, რომლებიც ეთნიკური უმცირესობების, აზერბაიჯანელი და სომეხი ქალებისა და გოგონების სოციალურ ყოფას უკავშირდება, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ეს ფაქტები ნათლად წარმოაჩენს საკითხის აქტუალობას და კვლევის აუცილებლობას.

ჩვენი კვლევის მიზანია რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლა, აზერბაიჯანელი და სომეხი მოსახლეობით კომპაქტურად დასახლებულ რეგიონებში, ქვემო ქართლსა და სამცხე-ჯავახეთში. საქართველოში მცხოვრები მცირე ეთნიკური ჯგუფების, სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლა, მათ ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების განსაზღვრა და ძირითადი საკვანძო საკითხების გამოკვეთა.

ძალიან მნიშვნელოვანია კულტურული გავლენის გაგება. კვლევა ცდილობს შეისწავლოს კულტურული თავისებურებები, პრაქტიკა და ნორმები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ეთნიკურ უმცირესობათა თემებში ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებსა და გადაწყვეტილებებზე, რადგან ხშირად მათ სპეციფიურ ქცევას/გადაწყვეტილებას შეუძლია დიდი გავლენა მოახდინოს მათ ჯანმრთელობაზე, დაავადების გამოსავალზე. კვლევის მიზანია ასევე სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და მისი გამოყენების ბარიერების, ხელისშემშლელი ფაქტორების იდენტიფიცირება.

ეთნიკურ უმცირესობებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების შესწავლით, ჩვენ შეგვიძლია უკეთ გავიგოთ ამ პოპულაციების სპეციფიკური საჭიროებები. ამ ცოდნას კი შეუძლია კულტურულად შესაბამისი ინტერვენციების, პოლიტიკისა და პროგრამების ინფორმირება, რომლებიც ხელს უწყობენ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების გავრცელებასა და მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას.

მეთოდოლოგია

კვლევაში გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის მეთოდი. საკვლევ პოპულაციად შეირჩა დომინანტი ეთნიკური უმცირესობებით, სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობით ყველაზე მჭიდროდ დასახლებული რეგიონები: სამცხე-ჯავახეთი (ეთნიკურად სომეხი მოსახლეობა) და ქვემო ქართლი (ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობა). კვლევა ჩატარდა

სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის ორ - ახალქალაქისა და ახალციხის მუნიციპალიტეტებში და ქვემო ქართლის ერთ მუნიციპალიტეტში - მარნეულის მუნიციპალიტეტში.

კვლევის რესპოდენტებად განისაზღვრნენ ექიმები (გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი/თერაპევტი), ადგილობრივი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლები.

გამოკითხული იქნა, მარნეულის მუნიციპალიტეტში ხუთი ექიმი: სამი გინეკოლოგი და ორი ოჯახის ექიმი. ახალქალაქისა და ახალციხის მუნიციპალიტეტებში: ორი გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი, ადგილობრივი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენელი, ეპიდემიოლოგი.

კვლევის ინსტრუმენტად განისაზღვრა ჩაღრმავებული ინტერვიუ. თითოეული ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ და ადგილობრივად, წინასწარ შერჩეული ღია კითხვების საფუძველზე.

გამოთხოვილი და დამუშავებული იქნა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან და სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან საკითხთან დაკავშირებული სტატისტიკური ინფორმაცია როგორცაა: მოსახლეობის რიცხოვნობა თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით, დაბადება, ბუნებრივი მატება, ბავშვთა და დედათა სიკვდილობა, მკვრადშობადობა, დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას, რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა, ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა სქესის მიხედვით, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით ავადობა.

კვლევა გამოკვეთს სოციალურ-ეკონომიკურ და კულტურული მახასიათებლებს, რომლებიც ქალებისა და გოგონების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას, გამოავლენს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის ბარიერებს და ამ ბარიერების გამომწვევ მიზეზებს.

კვლევა ითვალისწინებდა, ინფორმაციის შეგროვებას და გაანალიზებას შემდეგ საკითხებზე:

- როგორია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების გამოყენება, დროულობა/სიხშირე;
- როგორ ხასიათდება სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისა და ოჯახის დაგეგმვის ტენდენციები;
- როგორია შობადობის და ორსულობის მახასიათებლები;
- დამოკიდებულება კონტრაცეფციის მიმართ, მისი გამოყენება და თანამედროვე მეთოდებზე ინფორმირებულობის დონე;
- როგორია ხელოვნური აბორტის მიმართ დამოკიდებულება და მისი გამოყენების სიხშირე;
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების დონე, მათზე ინფორმირებულობა და რისკის აღქმა.

კვლევის შეზღუდვები

კვლევას ასევე ჰქონდა შეზღუდვები. ინტერვიუები ორივე რეგიონის ცენტრ ქალაქებში ჩატარდა. მნიშვნელოვნად შესამჩნევია, რომ სოფლებში ეთნიკური იდენტობა, წეს-ჩვეულებები და ტრადიციები კიდევ უფრო მეტად შენარჩუნებულია ვიდრე ქალაქებში, რითაც სავარაუდოა, რომ თავისებურებები და გამოწვევები სოფლებში უფრო მეტი და მკვეთრად საგრძნობია.

შეზღუდული ბიუჯეტისა და დროის გათვალისწინებით კვლევის ტიპად შეირჩა თვისობრივი კვლევა, ხოლო რესპოდენტებად დარგის სპეციალისტები, ამიტომ მოწოდებული მონაცემები შესაძლოა უფრო მეტად ასახავდეს უკეთესი სოციალური ყოფის მქონე ქალების მდგომარეობას, ანუ მათ ვინც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართეს და ყურადღების მიღმა ტოვებდეს საკუთარი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური შესაძლებლობების გამო იზოლირებულ ადამიანებს. ამის მიუხედავად, მაქსიმალური ძალისხმევა ჩაიდო, რომ კვლევისთვის საინტერესო ინფორმაცია მაქსიმალურად მოწყვლად ჯგუფებზე მიგვეღო. თუმცა, ამ მხრივ მაინც შეიძლება, რომ შედეგების განზოგადება კვლევის შეზღუდვად ჩაითვალოს.

ტერიტორიული თვალსაზრისით კი აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად მოსახლეობის უმრავლესობა ძირითადად ცენტრ ქალაქებს მიმართავს, ამიტომ გამოკითხული ექიმების პაციენტებად, როგორც ქალაქის ასევე სოფლის მოსახლეობა მოიაზრება. გეოგრაფიული თვალსაზრისით შეგვიძლია მიღებული ინფორმაცია თავისუფლად განვაზოგადოთ.

კვლევის შეზღუდვად ასევე შეიძლება ჩაითვალოს ისიც, რომ სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობის ნაწილი, ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი მდგომარეობის დადგომისას, სამკურნალოდ/მომსახურების მისაღებად რუსეთს, სომხეთს მიმართავს. თუმცა გამოკითხვით დგინდება, რომ ეს არ არის ის რაოდენობა, რაც კვლევის შედეგებზე გავლენას მოახდენს.

გარდა ამისა, საყურადღებოა, რომ კვლევის მასშტაბებიდან გამომდინარე წინამდებარე კვლევაში მოცემული ინფორმაცია ჯანდაცვის სისტემის ყოვლისმომცველი ანალიზის და სრული სტატისტიკური ინფორმაციის შეფასების საშუალებას არ იძლევა. თუმცა კვლევის შეზღუდვების გაანალიზების, საკვლევი პოპულაციისა და გამოყენებული მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით შეგვიძლია მივიჩნიოთ, რომ ჩატარებული კვლევა კარგად შეისწავლის აზერბაიჯანელი და სომეხი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების ჯანმრთელობის თავისებურებებს, მათ სპეციფიკურ გამოწვევებსა და საჭიროებებს. მიღებული შედეგები შეგვიძლია მივიჩნიოთ ვალიდურად და ჩამოვყალიბოთ რეკომენდაციები, კვლევის შედეგად გამოვლენილი მნიშვნელოვანი პრობლემური საკითხების გადასაჭრელად.

კვლევის შედეგები

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა

სამედიცინო სერვისების გამოყენება/დროულობა, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალების მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე, მათ შორის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტს არ წარმოადგენს. ისინი სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ ჯანმრთელობის პრობლემის დადგომის შემთხვევაში და უმეტესად, როდესაც ეს პრობლემა უკვე მწვავეა. ძირითადად სარგებლობენ მხოლოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შეთავაზებული უფასო სამედიცინო სერვისებით.

მარნეულის რაიონი „ხშირად მოდიან პაციენტები უკვე მკვეთრად გამოხატული ჩივილებით ეს შეიძლება იყოს გამონადენი საშოდან, ტკივილი ან სხვა სიმპტომები“.

ახალციხის რაიონი „პროფილაქტიკის მიზნით იშვიათად მოდიან პაციენტები, ან დაორსულება უნდათ ან ჩივილები აქვთ“.

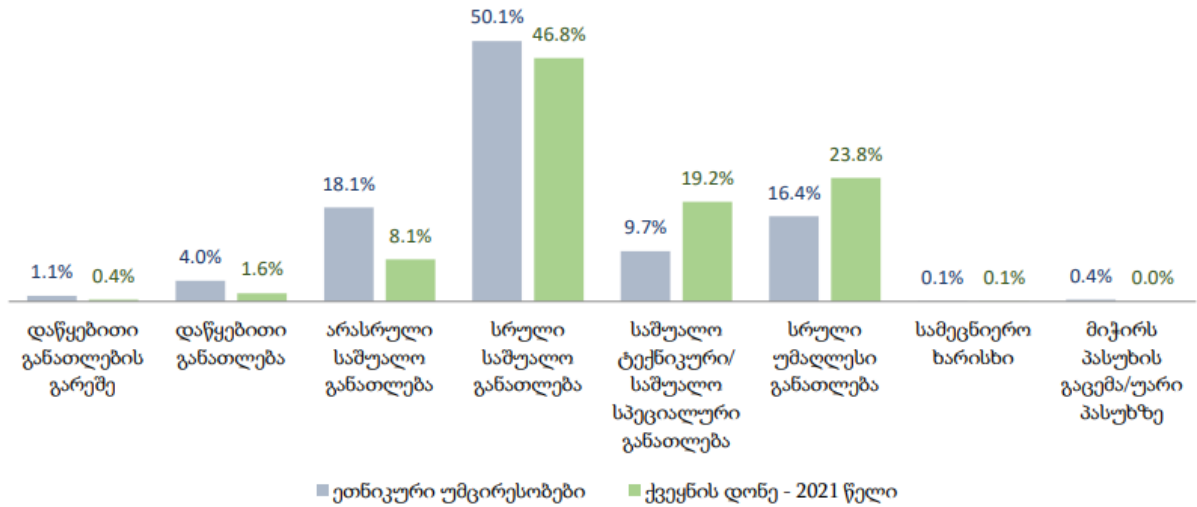
ქალების უმეტესობა იშვიათად მიმართავს პროფილაქტიკურ ან გეგმიურ გამოკვლევებს. ყველაზე ხშირად კი სამედიცინო, მათ შორის გინეკოლოგიურ სერვისებს არაგეგმიურად მიმართავენ ახალგაზრდა ახალდაოჯახებული ქალები, რომლებსაც სურთ ორსულობის დადგომა ან უკვე არიან ორსულად.

ქალების უმეტესობას აქვს საშუალო განათლება და ისინი ძირითადად დაკავებულნი არიან საოჯახო საქმეებით, ოჯახის წევრებზე, შვილებსა და მეუღლეზე ზრუნვით. ტენდენციურად იმატებს უმაღლესი განათლების მქონე ქალთა რიცხვი, მაგრამ ეს ჯერ კიდევ ვერ ცვლის საერთო სურათს.

ახალციხის რაიონი „აქ სკოლის დამთავრებისთანავე თხოვდებიან“,

მარნეულის რაიონი „სკოლის დამთავრების შემდეგ მალევე თხოვდებიან და ბავშვებს აჩენენ“

გრაფიკი 1: ზრდასრული მოსახლეობის განაწილება განათლების მიღწეული დონის მიხედვით



წყარო: სოციალური სამართლიანობის ცენტრი, 2022)

განსაკუთრებით მარნეულის მუნიციპალიტეტში ქალთა უმრავლესობა ჩართულია საოჯახო სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობაში, ამის პარალელულად და მძიმე შრომის მიუხედავად მათთვის ნაკლებ პრიორიტეტულია საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. მარნეულის რაიონში გამოკითხული ორივე ოჯახის ექიმი აღნიშნავდა, რომ ასაკით დაახლოებით 30-35 წელს ზემოთ ქალების უმრავლესობას აწუხებს საშარდე გზების ინფექციები და რადიკულოპათიები.

მარნეულის რაიონი „ქალების უმრავლესობას აქვს საშარდე გზების ინფექციები და ბაქტერიები შარდში, ხერხემლის პრობლემები ბევრს აწუხებს“

ორივე რეგიონში ქალის უმთავრეს ფუნქციად და პასუხისმგებლობად შვილოსნობა მიიჩნევა, ამიტომ ჯანმრთელობის მიმართ ქცევა იცვლება და უფრო პრიორიტეტული ხდება ორსულობის დროს. ნაყოფის კეთილდღეობის მიზნით ისინი უფრო აქტიურად მოიხმარენ ორსულობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებულ სამედიცინო სერვისებს და ჩართული არიან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო ანტენატალურ პროგრამაში. ქალების რეგულარული ვიზიტები შვილოსნობის პერიოდში ოჯახის წევრებისა და ზოგადად საზოგადოების მხრიდანაც არის წახალისებული, რადგან როგორც უკვე აღინიშნა ამ რეგიონებში ქალის უმთავრეს ფუნქციად ბავშვის გაჩენა ითვლება.

გინეკოლოგთა ინფორმაციით ორივე რეგიონში ასევე ვაწყდებით გამონაკლისებს, როდესაც ქალები ორსულობის გვიან ვადაზე აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებას.

„ხშირად იყო შემთხვევები როცა პაციენტი მთელი ორსულობის განმავლობაში არ იყო აღრიცხვაზე და უკვე სამშობიაროდ მომართავდა დაწესებულებას, ტენდენციურად მსგავსი შემთხვევები მცირდება მაგრამ ზოგჯერ მაინც გვხვდება“

გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან

ეს ძირითადად ხდებოდა მეორე და შემდგომი ორსულობების დროს. ამ დროს ქალები ასე ვთქვათ უკვე საკუთარ გამოცდილებას ენდობიან, მიზეზი კი ამ დროსაც საკუთარი ჯანმრთელობისთვის ნაკლები პრიორიტეტის მინიჭება და განათლების დონის, ინფორმირებულობის ნაკლებობაა.

ხელისშემშლელი ფაქტორები და კულტურული თავისებურებები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას

რეგიონებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება იკვეთება სამედიცინო მომსახურების მიღების დროს ქალთა თავისუფალ ქცევასა და ექიმის მიმართ გახსნილობაში. განსაკუთრებით თუ საქმე ეხება ინტიმურ საკითხებს ან რეპროდუქციულ ფუნქციას.

აზერბაიჯანელი თემის ქალებს არ უჭირთ ექიმისთვის კითხვის დასმა თუ სექსუალურ საკითხებთან დაკავშირებით საკუთარი პრობლემის აღწერა. ისინი არ ერიდებიან სექსუალურ თემებზე ექიმთან ღიად საუბარს, გამოხატავენ ინტერესს სექსუალური საკითხების მიმართ და არ მალავენ საკუთარ პრობლემას, მაშინაც კი, როდესაც კონსულტაციას ოჯახის წევრები ესწრებიან.

იგივეს ვერ ვიტყვით ეთნიკურად სომეხ ქალებზე. მათ უჭირთ ინტიმურ საკითხებზე სპეციალისტებთან ღიად საუბარი. ისინი სირცხვილის გამო ხშირად მალავენ ჯანმრთელობის რომელიმე პრობლემას, დაავადებას, სიმპტომებს.

ეთნიკურად სომეხ მოსახლეობაში და შესაბამისად ქალებშიც განსაკუთრებით აღსანიშნავია „ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელების“ (ე.წ. „სომხური დაავადება“) დამალვა. ის გენეტიკური, მემკვიდრეობითი დაავადებაა, რომელიც პერიოდული შეტევებით მუცელში, გულმკერდსა და სახსრებში ტკივილით მიმდინარე ანთების განმეორებითი ეპიზოდებით ხასიათდება. ექიმთა გადმოცემით, უმრავლესობა ცდილობს ამ დაავადების არსებობის ან სიმპტომების დამალვას. როგორც იხსნება ეს დაავადება მათ იდენტობას უსვამს ხაზს, რაც მათთვის არასასიამოვნოა. ამიტომ ხშირად ცდილობენ მის სახლის პირობებში მკურნალობას.

ეთნიკურად სომეხ ქალებში მეტად შესამჩნევია ექიმისთვის ან საზოგადოებაში ჯანმრთელობის იმ ნებისმიერი მდგომარეობის დამალვა, რის გამოც შესაძლოა ქალი არაჯანმრთელად მიიჩნიონ და მის გათხოვებას ხელი შეუშალოს. როგორც უკვე ავღნიშნეთ, ოჯახის შექმნა და შვილის გაჩენა ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალის ძირითად ფუნქციამოვალეობად მიიჩნევა, ამიტომ ცდილობენ მასთან დაკავშირებული და ასევე სხვა ჯანმრთელობის პრობლემა დამალონ.

აზერბაიჯანელი ქალების შემთხვევაში რელიგიურ-კულტურული ფაქტორებიდან საინტერესოა რამაზანი, მუსლიმების მარხვა, რომელიც ერთი თვე გრძელდება. ამ თვეში განთიადიდან მზის ჩასვლამდე ყველა მუსლიმი მარხულობს. ამ დროს ისინი ყველანაირ საჭმელზე, სასმელსა და სქესობრივ კავშირზე უარს ამბობენ. ავადმყოფებისათვის მარხვა სავალდებულო არაა, თუმცა, თუ მარხვას არ შეასრულებენ გაცდენილი დღეები შემდეგში უნდა აანაზღაურონ. ასევე არ მარხულობენ მენსტრუაციის და ორსულობის შემდგომი სისხლდენის პერიოდში მყოფი მანდილოსნები, ორსული და ჩვილბავშვიანი ქალები, თუ რატემა უნდა ეს მათი, ან მათი ნაყოფის ჯანმრთელობაზე უარყოფითად იმოქმედებს. (მიქელაძე, 2016)

თუმცა ექიმების გადმოცემით მარხვას ხშირად იცავენ ქალები, რომლებსაც შესაძლოა ჯანმრთელობის რაიმე მდგომარეობა ან პრობლემა ჰქონდეთ, მაგრამ ფიზიკურად ამის გაკეთება მათთვის შესაძლებელია. მარხვის პერიოდში კი ისინი უარს ამბობენ ასევე დანიშნული მედიკამენტების მიღებაზეც.

ორივე რეგიონში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე პირველ შვილოსნობას ეხება, სამედიცინო კონსულტაციას ხშირად ესწრებიან ოჯახის სხვა დაინტერესებული წარმომადგენლები. ეს შესაძლებელია იყოს როგორც დედამთილი, მამამთილი ასევე სხვა პრიორიტეტული პირი ოჯახში. ქალს, ამ შემთხვევაში პაციენტს უწევს სხვისი თანდასწრებით საკუთარ ჯანმრთელობის პრობლემებზე საუბარი.

„კონსულტაციას შეიძლება დაესწროს მამამთილი დედამთილი და მეუღლე, მაგალითად ერთ პაციენტთან მამამთილი მპასუხობდა, როდის ქონდა ამ პაციენტს ბოლოს ციკლი და სქესობრივი კავშირი მეუღლესთან“.

გინეკოლოგი მარნეულის რაიონიდან

*„კონსულტაციებს ხშირად ესწრება დედამთილი, ოჯახის სხვა დაინტერესებული პირი“
ოჯახის ექიმი, ახალქალაქის რაიონი*

ეს მნიშვნელოვანი ხელისშემშლელი ფაქტორია სამედიცინო მომსახურების მიღებისას და აფერხებს კომუნიკაციის პროცესს, შესაძლოა ასევე დიაგნოზისა და გამოსავალზეც აისახოს.

ორივე პოპულაციაში ხშირად გვხვდება ქალის სხეულბრივი ავტონომიის უზულებელყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პარტნიორის და ოჯახის უფროსი თაობის წევრების ჩარევა. ძირითადად ეს ხდება რეპროდუქციულ თემებთან დაკავშირებით, როგორცაა: აბორტი, ორსულობის დაგეგმვა. ეს არის ირიბი ძალადობის ფორმა, რა დროსაც ოჯახში არსებული იერარქიის გამო, ქალებს საკუთარი აზრის გამოხატვა და საკუთარ ჯანმრთელობაზე გადაწყვეტილების მიღება არ შეუძლიათ.

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე თემში მნიშვნელოვანი პრობლემა ენობრივი ბარიერი. განსაკუთრებით კი რაიონული ცენტრების სოფლებში. სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე ექიმებმა აუცილებელია იცოდნენ რუსული, იდეალურ შემთხვევაში აზერბაიჯანული ან სომხური ენა. ხშირად პაციენტ ქალებს სჭირდებათ თარჯიმანის დასწრება სამედიცინო კონსულტაციისას, ეს შეიძლება მათ სურვილს სრულიად ეწინააღმდეგებოდეს და არღვევდეს მათი პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობისა და ხელშეუხებლობის უფლებას.

“აქ რუსული მაინც თუ არ იცი ვერ იმუშავებ, ზოგმა რუსულიც არ იცის მხოლოდ სომხური“

ოჯახის ექიმი, ახალქალაქის რაიონი

„ზოგჯერ არის, რომ პაციენტს თარჯიმანად ვინმე მოყვება, რადგან ზოგმა რუსულიც არ იცის, მართო ქართულით ვერ იმუშავებ“

ოჯახის ექიმი, მარნეულის რაიონი

ენობრივი ბარიერი მნიშვნელოვანი ხელისშემშლელი ფაქტორია, როგორც მოსახლეობის, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვის. კვლევაში მონაწილე სამივე ქალაქში გვხვდება სამედიცინო პერსონალი, რომელსაც ქართულად საუბარი გაჭირვებით ან საერთოდ არ შეუძლია. ეს ხელისშემშლელია მათი უწყვეტი სამედიცინო განათლების გაგრძელებისთვის, ექიმთა გადამზადების თუ ტრენინგ კურსების ჩატარებისთვის. სიახლის დანერგვის, ინფორმაციის გავრცელების დროს, აუცილებელია სპეციალური ენობრივი მიდგომა სახელმწიფო ინსტიტუციების მხრიდან.

სკრინინგებში მონაწილეობა

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალები საშუალო აქტივობით მონაწილეობენ სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებულ უფასო სარძევე ჯირკვლის და საშილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ პროგრამებში. ძირითადად სკრინინგში მონაწილეობენ ის ქალები, რომლებიც იმყოფებოდნენ ექიმთან კონსულტაციაზე და მისგან მიიღეს შეთავაზება.

ამის პარალელურად ორივე რეგიონში საკმაოდ დაბალია ადამიანის პაპილომა ვირუსის (აპვ) საწინააღმდეგო აცრაზე ინტერესი, რომელიც უკვე ვაქცინაციის ეროვნულ კალენდარშია შეთავაზებული. ვაქცინაცია ხდება 13 – 18 წლის გოგონების ასაკობრივ ჯგუფებში უფასოდ. ვინაიდან ახალი ვაქცინის მიმართ ნდობა დაბალია, მშობლები ხშირ შემთხვევაში უარს ამბობენ გოგონებისთვის აცრის გაკეთებაზე. ფასიანი აპვ აცრის თავისი სურვილით გაკეთება ფაქტიურად არ ხდება.

ვაქცინის შესახებ ჩატარებულ საინფორმაციო კამპანიას საკმაოდ დაბალი ეფექტი აქვს და ტენდენციურად გამოყენების დონის მატება არ შეინიშნება.

„იგივე რაოდენობა გაკეთდა რაც წინა წელს, აქედან ზოგი განმეორებითი იყო, აქედან გამომდინარე მატება არ ჩანს“

ოჯახის ექიმი, ახალქალაქის რაიონი

მარნეულის რაიონში გამოკითხული ექიმებიც ასაბუთებენ, რომ ახალ ვაქცინაზე მოთხოვნა საკმაოდ დაბალია და ტენდენციურად ზრდა არ შეინიშნება.

სქესობრივი ცხოვრების მახასიათებლები, ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკა

სქესობრივი ცხოვრების დაწყების, ქორწინების საშუალო ასაკი

სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ორივე რეგიონში ხშირ შემთხვევაში თანხვედრამია ოჯახის შექმნასთან. ასევე ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალთა საშუალო ასაკი ოჯახის შექმნის დროს უმეტესად დაბალია და ხშირად ვხვდებით არასრულწლოვანთა ქორწინებას, ორსულობას. ოჯახის შექმნისა და სექსუალური ცხოვრების დაწყების ასაკზე გავლენას ახდენს კულტურული ნორმები, საზოგადოებრივი ღირებულებები.

როგორც აზერბაიჯანელ, ასევე სომეხ მოსახლეობაში არსებობს ტრადიციული ოჯახური ღირებულებები და მოლოდინები ქორწინებისა და ოჯახის შექმნის ირგვლივ. სოციალური ცვლილებები, გაზრდილი განათლების დონე და ეკონომიკური ფაქტორები ბოლო წლებში გავლენას ახდენდა ამ პრაქტიკაზე, თუმცა დაბალ ასაკში ქორწინება და შვილოსნობა ქალებისა და გოგონებისთვის ისევ ხშირი პრაქტიკაა და სოციალურ ნორმად აღიქმება.

სამივე ქალაქის გამოკითხული გინეკოლოგები აღნიშნავენ, რომ პაციენტების დიდი უმრავლესობა მალავს ქორწინებამდე სქესობრივი ცხოვრების დაწყებას და ქალიშვილობა ორივე კულტურაში მნიშვნელოვან მორალურ ფასეულობას წარმოადგენს.

„გვყავდა პაციენტი ახალდაოჯახებული გოგონა, რომელიც მოგვიყვანა ოჯახმა, აღინიშნებოდა ვაგინიზმი და ვერ მოხდა საქალწულე აპკის დარღვევა. მათი სურვილით აპკის დარღვევა მოხდა ხელოვნურად. რის შემდეგაც პაციენტის დედამთილი უარს აცხადებდა მის სახლში წაყვანაზე, რადგან მას უნდოდა რძალი, რომლის საქალწულე აპკი მხოლოდ მისი ქმრის მიერ ტრადიციული სექსის შედეგად იქნა დარღვეული“

გინეკოლოგი, ახალქალაქის რაიონი

„ძირითადად მალავენ თუ ქორწინებამდე ჰქონდათ სექსუალური კავშირი. ბევრი პაციენტი გამოთქვამს ინტერესს საქალწულე აპკის აღდგენის ოპერაციაზე“.

გინეკოლოგი, მარნეულის რაიონი

ორსულობის დაგეგმვა საკმაოდ იშვიათია ორივე ეთნიკურ ჯგუფში. გამოკითხული გინეკოლოგების გადმოცემით ექიმთან ძირითადად მაშინ მიდიან, როდესაც წყვილი გეგმავს შვილის გაჩენას და ეს ფაქტი ბუნებრივად არ დგება. რაიმე პრობლემის წინაშე დგებიან და საჭიროა ექიმის ჩარევა. ქალის ორსულობისათვის მომზადება საკმაოდ იშვიათია.

კვლევამ აჩვენა, რომ ორივე რეგიონში ჯერ კიდევ ხშირია ნათესაური ქორწინებები, რაც წლების წინ სოციალურ ნორმად აღიქმებოდა. მისი რიცხვი წლებთან ერთად მცირდება, მაგრამ ორივე რეგიონში ჯერ კიდევ ხშირად გვხვდება.

„სომხებში საკმაოდ შესამჩნევია ხშირი მონათესავე ქორწინებების შედეგი, ჩემი აზრით ამან გამოიწვია ადგილობრივ სომეხ მოსახლეობაში გენეტიკური დაავადებების პროვოცირება, აღსანიშნავია თალასემია, ჰემოფილია. განსაკუთრებით იმ სოფლების ხალხს, როგორცაა უდე, ვალე, არალი, სადაც ძალიან ხშირი იყო ნათესაური ქორწინებები, გარეგნული ნიშნითაც გამორჩევი, მათში ხშირია თანდაყოლილი დეფექტები, გარეგნული სიმახინჯეები“

ახალციხის რეგიონის ოჯახის ექიმი

„აზერბაიჯანელ ხალხში ჯერ კიდევ ხშირია ნათესაური ქორწინებები, განსაკუთრებით სოფლებში. მათთვის ეს არ აღიქმება ცუდად და სოციალური ნორმაა“.

მარნეულის რაიონის გინეკოლოგი

ნათესაურ ქორწინებაზე ორივე ეთნიკურ ჯგუფში გავლენას ახდენს კულტურული, სოციალური და ისტორიული ფაქტორები. ტრადიციული კულტურული ნორმები და ღირებულებები, მათ შორის ოჯახის პატივისა და წარმომავლობის, იდენტობის შენარჩუნების სურვილი.

ნათესაური ქორწინების პრაქტიკა შემოთავაზებს იწვევს ჯანმრთელობის პოტენციური რისკების თვალსაზრისით. ნათესაური გაერთიანებები ზრდის შთამომავლობაში რეცესიული გენეტიკური აშლილობების მემკვიდრეობით გადაცემის და პროვოცირების ალბათობას, რადგან ისინი უფრო მეტად იზიარებენ საერთო წინაპრების მავნე გენეტიკურ თვისებებს. ამან

შეიძლება გამოიწვიოს პოპულაციაში გარკვეული გენეტიკური დარღვევებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაზრდილი რისკი.

კვლევის მიხედვით ორივე რეგიონში ნათესაური ქორწინებების კლების ტენდენცია შეინიშნება, თუმცა ის ჯერ კიდევ ხშირია და სამედიცინო-სოციალური თვალსაზრისით სახიფათო მოვლენას წარმოადგენს.

კონტრაცეპტივების თანამედროვე მეთოდების გამოყენების პრაქტიკა

კონტრაცეპტივები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საქმეში, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების თუ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებისგან თავის დაცვის დროს. კვლევამ აჩვენა რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნა და ინფორმირებულობა დაბალია ორივე ეთნიკური ჯგუფის ქალებში.

ორივე რეგიონში კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებიდან, როგორცაა ორალური კონტრაცეპტივები, პრეზერვატივი, საშვილოსნოსშიდა ხელსაწყოები (IUD), იმპლანტები და საინექციო საშუალებები, საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეფცია ანუ სპირალი, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და მისაღები მეთოდია.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე ზოგადად კონტრაცეპტივების მოხმარების დონე დაბალია როგორც აზერბაიჯანელ ასე სომეხ ქალებსა და გოგონებში და ამის პარალელურად საკმაოდ მაღალია ხელოვნური აბორტის რიცხვი, რომელსაც შემდგომ განვიხილავთ.

არსებობს თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდების მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულებები. აღსანიშნავია, რომ ორივე რეგიონში კონტრაცეპტივებიდან ყველაზე ნაკლებად ხდება კონდომის გამოყენება.

კონკრეტულად პრეზერვატივის მიმართ ჯერ კიდევ არსებობს სოციალური ტაბუ და სტიგმა. რაც აფერხებს მის გამოყენებას, ინფორმირებულობას მისი გამოყენების დადებით მხარეებზე და მის აღქმას, როგორც ერთერთი უსაფრთხო და საიმედო თავდაცვის საშუალება.

ორივე რეგიონში ამ მხრივ ასევე მნიშვნელოვანია ქალისა და მამაკაცის ურთიერთობის დინამიკა და გენდერული როლები, რამაც შეიძლება გავლენა იქონიოს კონდომის გამოყენებაზე. ზოგიერთ შემთხვევაში, კონტრაცეფციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება შეიძლება დარჩეს მამრობითი სქესის პარტნიორის ხელში და პრეზერვატივის გამოყენება შეიძლება აღიქმებოდეს, როგორც მამაკაცის უფლებამოსილების ან პასუხისმგებლობის საგანი.

სამედიცინო სოციალური თვალსაზრისით მსგავსი დამოკიდებულება კონდომის მიმართ და მისი დაბალი მოხმარება საკმაოდ ყურადსაღები მოვლენაა, რადგან ის არა მხოლოდ არასასურველი ორსულობისგან, ასევე სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავის დაცვის საშუალებაა.

შობადობის და ორსულობის მახასიათებლები

დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას, შობადობის კოეფიციენტი

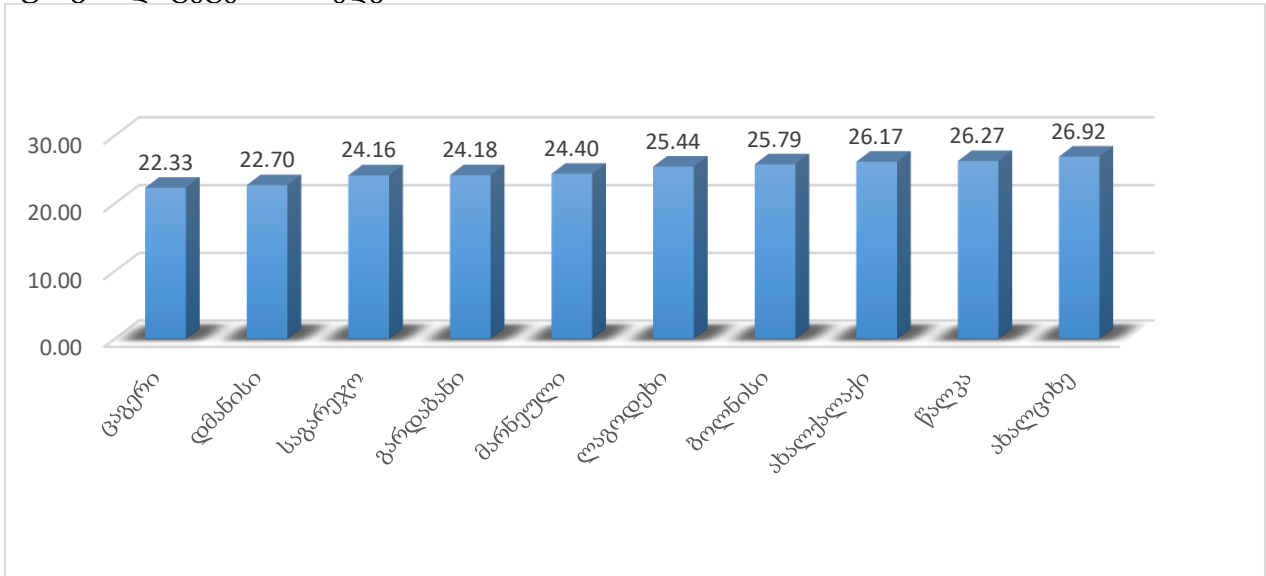
კვლევა აჩვენებს, რომ ორივე რეგიონის წარმომადგენელი ქალების და გოგონების ქორწინების ასაკი საკმაოდ დაბალია. ასევე, რადგან ორივე თემში ქორწინება უმეტეს წილად შვილოსნობასთან ასოცირდება, მნიშვნელოვანია დედის საშუალო ასაკი პირველი ორსულობის დროს.

გამოკითხული გინეკოლოგები ორივე რეგიონში აღნიშნავენ, რომ პირველი ორსულობის ასაკი ხშირად საკმაოდ დაბალია, დაახლოებით 17 დან 20 წლამდე და ასევე ჰყავთ ხოლმე არასრულწლოვანი ორსული პაციენტები.

დაავადებათა კონტროლის მიერ მოწოდებული სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მარნეულის რაიონში დედის საშუალო ასაკი ბავშვის დაბადებისას 24 წელია, ხოლო ახალქალაქსა და ახალციხეში 26 წელი და ეს მონაცემი გულისხმობს არა მხოლოდ პირველ, არამედ ყველა ორსულობას. მაშინ, როდესაც მთლიანად ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი 28,7 წლამდე გაიზარდა და ტენდენციურად მუდმივად იმატებს. კვლევაში მონაწილე რაიონები

სტატისტიკურად ყველაზე დაბალი ასაკის მქონე მუნიციპალიტეტების შორის არიან. (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2022)

გრაფიკი 2: 2022 წელს დაფიქსირებული დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას მუნიციპალიტეტების მიხედვით.



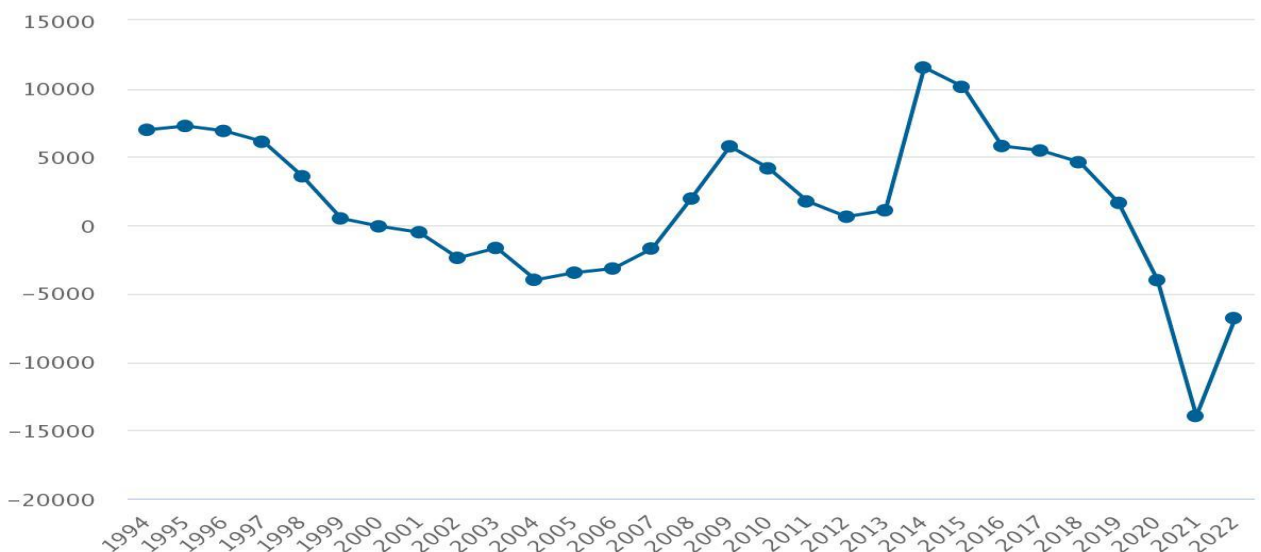
წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022

აღსანიშნავია ისიც, რომ დმანისში, გარდაბანსა და ბოლნისში, რომლებიც მოწინავე ადგილებს იკავებენ, ჭარბობს ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობა.

ყოველივე ზემოთაღნიშნულზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვთქვათ რომ, რეგიონებში ქალთა და გოგონათა ორსულობის ასაკი ხშირად დაბალია და ეს ორივე ეთნიკური ჯგუფისთვის დამახასიათებელია. ამ ფონზე კი ორივე რეგიონში მაღალია შობადობა და ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი. ეს ორივე მაჩვენებლებელი საქართველოს სხვა რეგიონებთან შედარებით მკვეთრად მაღალია. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022).

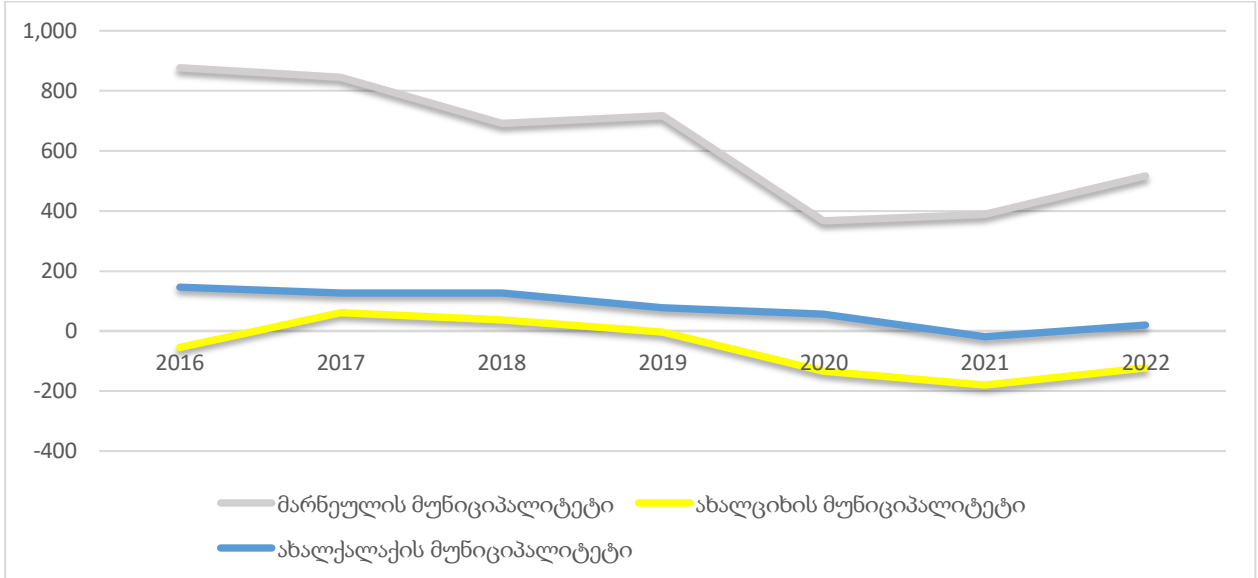
ბოლო წლების განმავლობაში ქვეყანაში ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი უარყოფითია და ტენდენციურად იკლებს, რაც იმას ნიშნავს, რომ გარდაცვლილთა რაოდენობა ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობას აჭარბებს.

გრაფიკი 3: ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი საქართველოში
ბუნებრივი მატება



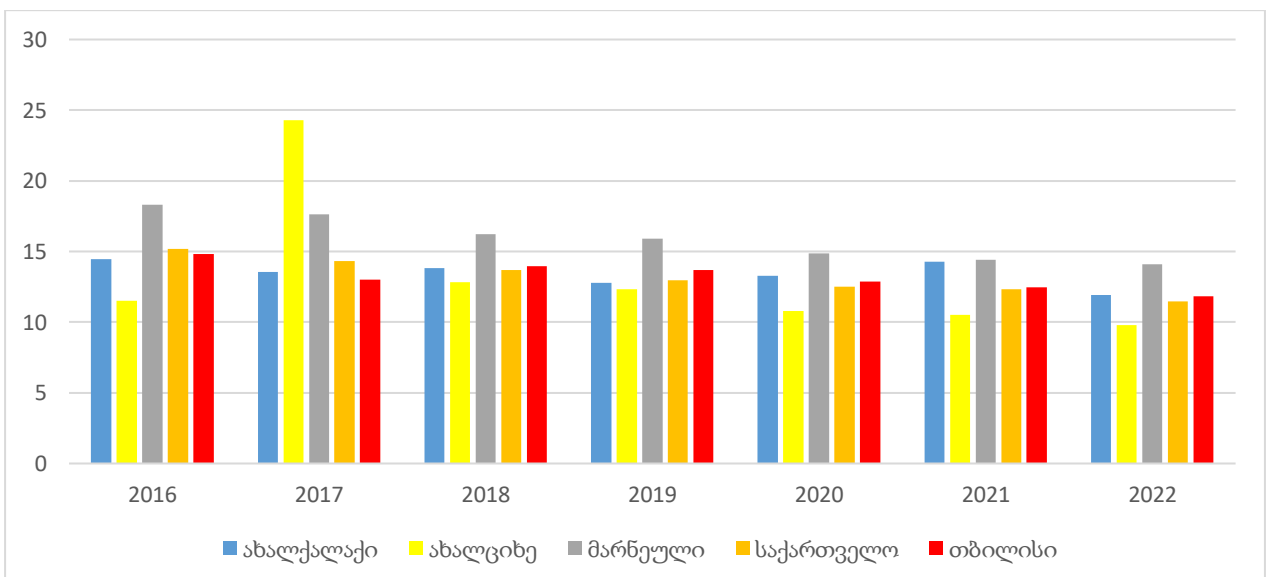
მარნეულში ახალქალაქსა და ახალციხეში ეს მაჩვენებელი ძირითად შემთხვევაში დადებითია. განსაკუთრებით კი აღსანიშნავია მარნეულის მუნიციპალიტეტი, სადაც ხშირად ვხვდებით მკვეთრი მატების შემთხვევებსაც. ახალქალაქი და ახალციხე არ გამოირჩევა მარნეულის მუნიციპალიტეტის მსგავსი რაოდენობებით, მაგრამ მთლიანი ქვეყნის და სხვა რეგიონების ფონზე დადებითი განსხვავება საკმაოდ თვალში საცემია.

გრაფიკი 4: ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით



შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი სამივე ქალაქში მაღალია და ზოგადი კლების მიუხედავად ახალქალაქი და მარნეული თითქმის მუდმივად უსწრებს მთლიანი ქვეყნის ან თბილისის მაჩვენებელს

გრაფიკი 5: შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი (ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა მოსახლეობის 1 000 კაცზე)



შობადობაზე გავლენა აქვს კულტურული, სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორების ერთობლიობას. კვლევა აჩვენებს, რომ ორივე რეგიონში კულტურულად წახალისებულია მრავალშვილიანი ოჯახების არსებობა, რაც ხელს უწყობს უფრო მაღალ შობადობას.

გამოკითხვით იკვეთება ტრადიციული გენდერული როლები, რაც პრიორიტეტს ქალების, როგორც დედებისა და მომვლელების როლს ანიჭებს.

ანტენატალური და პერინატალური სერვისების გამოყენება

კვლევამ აჩვენა, რომ სხვა სამედიცინო სერვისებისგან განსხვავებით, აქტიურად გამოიყენება ანტენატალური და პერინატალური ჯანმრთელობის სერვისები. რაც, ერთი მხრივ, დედობასთან დაკავშირებული სოციალურ-კულტურული წახალისებით და მეორე მხრივ, ამ სერვისების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფინანსების შედეგია. ძირითადი ხელისშემშლელი ფაქტორები შეიძლება იყოს ენობრივი ბარიერები, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.

მიუხედავად იმისა, რომ ორივე პოპულაციაში ამ სერვისების გამოყენების შესახებ კონკრეტული მონაცემები არაა ხელმისაწვდომი, ხოლო ექიმთა გამოკითხვა გვამცნებს ქალებისა და გოგონების იმ ნაწილზე ინფორმაციას, რომლებიც სერვისებს მოიხმარენ, ზოგიერთი ზოგადი დაკვირვება მაინც შეიძლება გაკეთდეს.

კვლევის მიხედვით ორივე რეგიონის ქალები ორსულობის დადგომის შემთხვევაში, ძირითადად მოიხმარენ სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებულ უფასო ანტენატალურ და პერინატალურ სამედიცინო სერვისებს.

უმეტესად აქტიურობა პირველი შვილოსნობის დროს აღინიშნება და დარღვევა, ჩამორჩენა ან დაგვიანება მეორე ან შემდეგ ორსულობას შეიძლება უკავშირდებოდეს

გვხვდება დაგვიანებული მიმართვიანობაც, რაც როგორც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებს ზრდის, ასევე ორსულებს სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის შესაძლებლობას უზღუდავს (ორსულის პირველი ვიზიტი აუცილებელია შედგეს ორსულობის 13 კვირამდე) ან გამონაკლის შემთხვევებში ორსული მთლიანი ანტენატალური მეთვალყურეობის გამოტოვებით მშობიარობს.

ანტენატალური და პერინატალური მოვლის მნიშვნელობის შესახებ ინფორმირებულობა ნაკლებია. ადრეული და რეგულარული პრენატალური მოვლის სარგებლობის შესახებ შეზღუდული ცოდნა, ისევე როგორც ორსულობის დროს პოტენციური რისკების შესახებ დაბალი განათლება, გავლენას ახდენს ორსულთა სამედიცინო სერვისების გამოყენების დროულობასა და სიხშირეზე.

მკვდრადშობადობა, ჩვილ ბავშვთა და დედათა მოკვდაობის კოეფიციენტი

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის თავისებურებების კვლევისას საინტერესოა საკვლევ პოპულაციაში მკვდრადშობადობა, დედათა და ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტები.

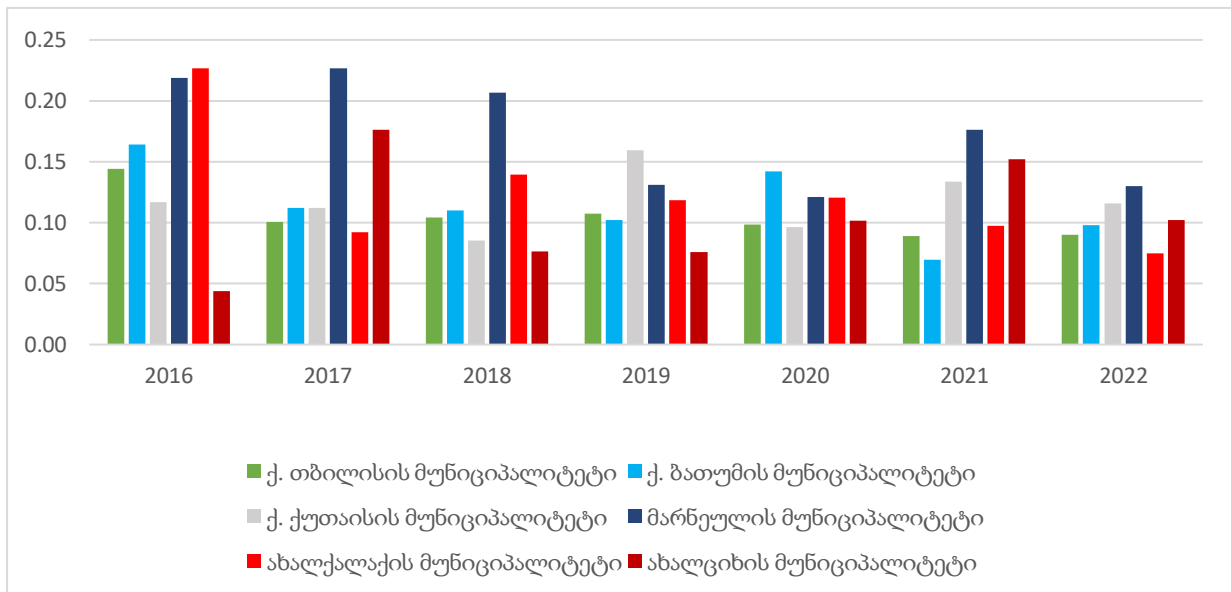
ჯანმოს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით მკვდრადშობადობა განიმარტება, როგორც ნაყოფის სიკვდილი დედის ორგანიზმიდან სრულ გამოსვლამდე ან გამოყოფამდე, ორსულობის ვადის მიუხედავად.

ნეონატალური სიკვდილი განისაზღვრება, როგორც ახალშობილის გარდაცვალება ნეონატალურ პერიოდში (0-27 დღე) ორსულობის 22 ან მეტი კვირის ვადაზე.

ორივე რეგიონის ექიმთა გადმოცემით დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა დაბალია. განვიხილოთ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები. თუ ავიღებთ საკვლევ სამივე ქალაქის მკვდრადშობადობის მაჩვენებელს და შევადარებთ საქართველოს სხვა დიდი ქალაქების, როგორცაა თბილისი ბათუმი და ქუთაისის მონაცემებს, ჩანს რომ მარნეულში ეს მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

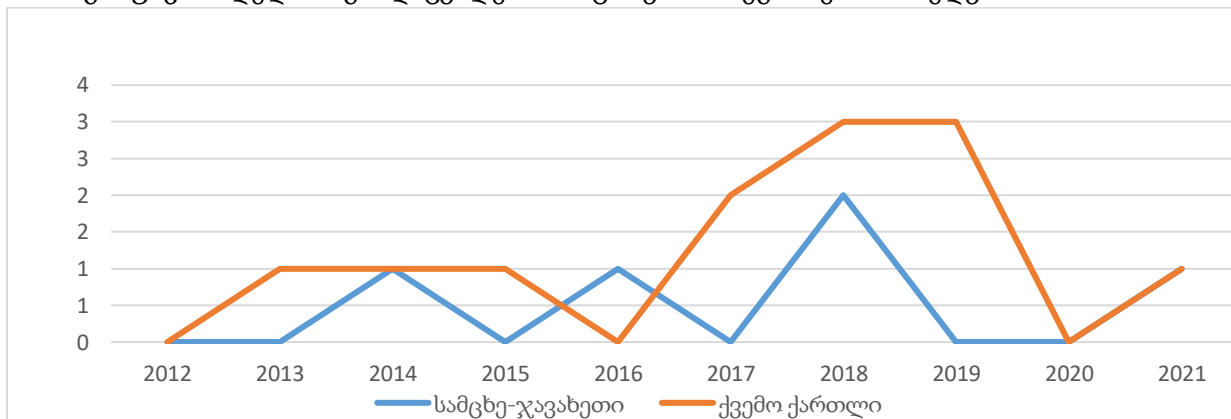
ქალაქების მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით საინტერესოა მკვდრადშობადობის კოეფიციენტის გამოთვლა 1000 კაცზე. მიღებული შედეგი ნათლად აჩვენებს, რომ ბოლო წლებში მარნეულის მუნიციპალიტეტში ეს კოეფიციენტი საკმაოდ მაღალია. ახალქალაქის და ახალციხის შემთხვევაში კოეფიციენტი მცირედ ნაკლებია, მაგრამ ასევე მნიშვნელოვანი. შესაბამისად სამივე ქალაქში ეს მაჩვენებელი არც თუ ისე დაბალია.

გრაფიკი 6: მკვდრადშობილთა რიცხოვნობა მოსახლეობის 1 000 კაცზე



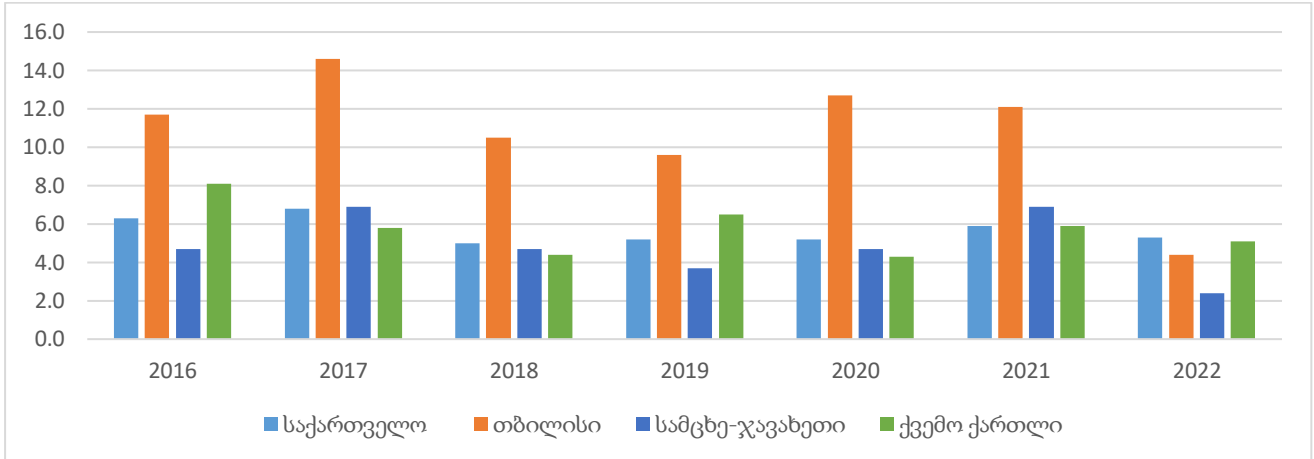
დედათა გარდაცვალება მთლიანად ორივე რეგიონში, სამცხე-ჯავახეთსა და ქვემო ქართლში დაბალია, წლების განმავლობაში ხშირად საერთოდ არ გვხვდება ან მხოლოდ ორჯერ მიაღწია მაქსიმალურ ნიშნულს. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

გრაფიკი 7: დედათა გარდაცვალების რიცხოვნობა რეგიონების მიხედვით



ასევე ორივე რეგიონში სამცხე-ჯავახეთსა და ქვემო ქართლში დაბალია ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი, რაც მაჩვენებლის ქალაქების დონეზე შესწავლის აუცილებლობას აღარ გვაძლევს.

გრაფიკი 8: ნეონატალური მოკვდაობის კოეფიციენტი (1 000 ცოცხლად დაბადებულზე)



საინტერესოა ის, რომ ორივე პოპულაცია მკვდრადშობადობის მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება, ხოლო ამის პარალელურად დედათა გარდაცვალების მაჩვენებელი და ნეონატალური სიკვდილიანობა მაღალი არ არის.

გამოკითხული ექიმების დასაბუთებით, ორივე რეგიონში პროვაიდერები სთავაზობენ ხარისხიან პერინატალურ და ანტენატალურ სერვისს, რაც აისახება სტატისტიკაზე. მკვდრადშობადობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ორივე რეგიონში არსებულ მრავალ პრობლემასთან, როგორცაა: ორსულობის დაბალი ასაკი, ორსულობის დროს პრენატალური მკვლელობის გამოტოვება, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყოვლისმომცველი განათლების ნაკლებობა, რომელიც მოიცავს სწავლებას კონტრაცეფციის მეთოდების, უსაფრთხო სექსის და ადრეულ ორსულობასთან დაკავშირებულ პოტენციურ რისკებზე.

აბორტის მიმართ დამოკიდებულება და გამოყენების სიხშირე

კვლევა აჩვენებს რომ, ორივე პოპულაციაში მაღალია აბორტების რიცხვი. არსებობს რამდენიმე ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს აბორტების მაღალ მაჩვენებელს, მათ შორის: კონტრაცეფციის ხელმისაწვდომ და საიმედო მეთოდებზე შეზღუდული წვდომა სხვადასხვა მიზეზის გამო მაგალითად: კონსერვატიული დამოკიდებულება კონდომის მიმართ, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს არასასურველ ორსულობას, ამიტომ იზრდება მოთხოვნა აბორტზე, როგორც ორსულობის შეწყვეტის საშუალებაზე.

არასაკმარისი სექსუალური განათლება: არასაკმარისი სექსუალური განათლება და კონტრაცეფციის, ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ამომწურავი ინფორმაციის ნაკლებობა იწვევს დაუგეგმავი ორსულობის უფრო მაღალ რისკს.

სოციალური და კულტურული ფაქტორები, როგორცაა სოციალური სტიგმა ქორწინებამდელ სექსთან დაკავშირებით. იმის ფონზე, რომ კონტრაცეპტივების გამოყენებაც დაბალია, ქორწინებამდელი სექსის დროს არასასურველი ორსულობა აბორტის ერთერთი მიზეზია.

„აქ აბორტი ძალიან ხშირია“.

გინეკოლოგი, ახალქალაქის რაიონი

„სქესი აინტერესებს იმ კატეგორიას რომლისთვისაც განმეორებითი ორსულობაა და მოდის უკვე დაახლოებით 11 კვირის ვადაზე რომ გაიგოს სქესი და იღებს გადაწყვეტილებას დადგეს აღრიცხვაზე თუ აბორტი გაიკეთოს“

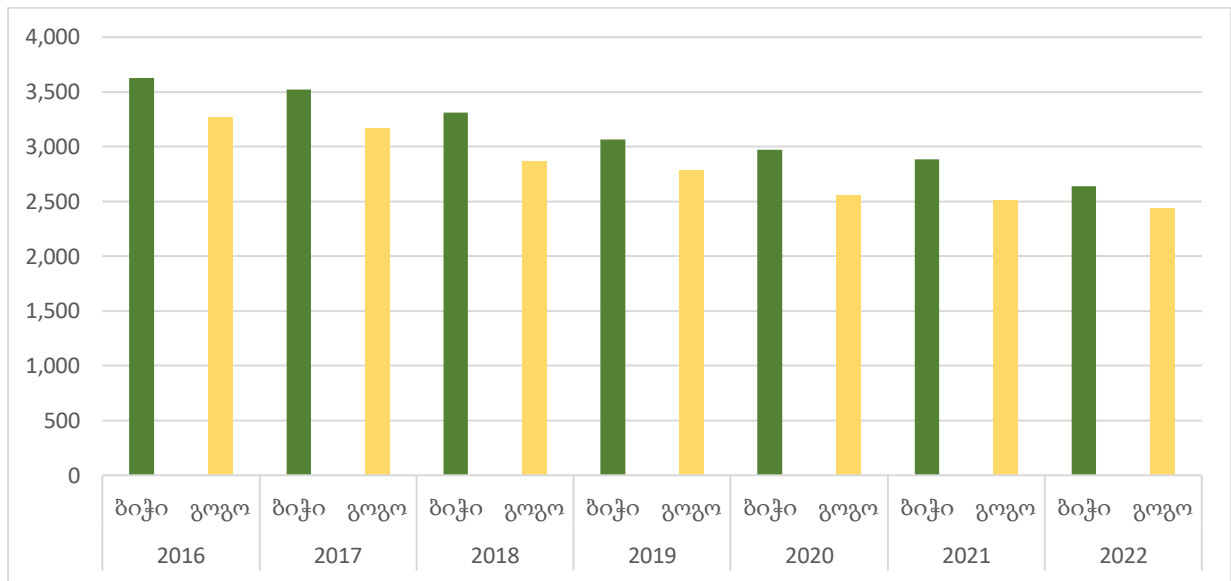
გინეკოლოგი, მარნეულის რაიონი

აღსანიშნავია რომ ორივე პოპულაციაში ხშირია სელექციური აბორტები ანუ სქესის შერჩევითი აბორტები, რაც გულისხმობს ორსულობის შეწყვეტის არჩევას ნაყოფის სქესის მიხედვით. საზოგადოების მხრიდან უპირატესობა ენიჭება პირველი ორსულობისას ვაჟი

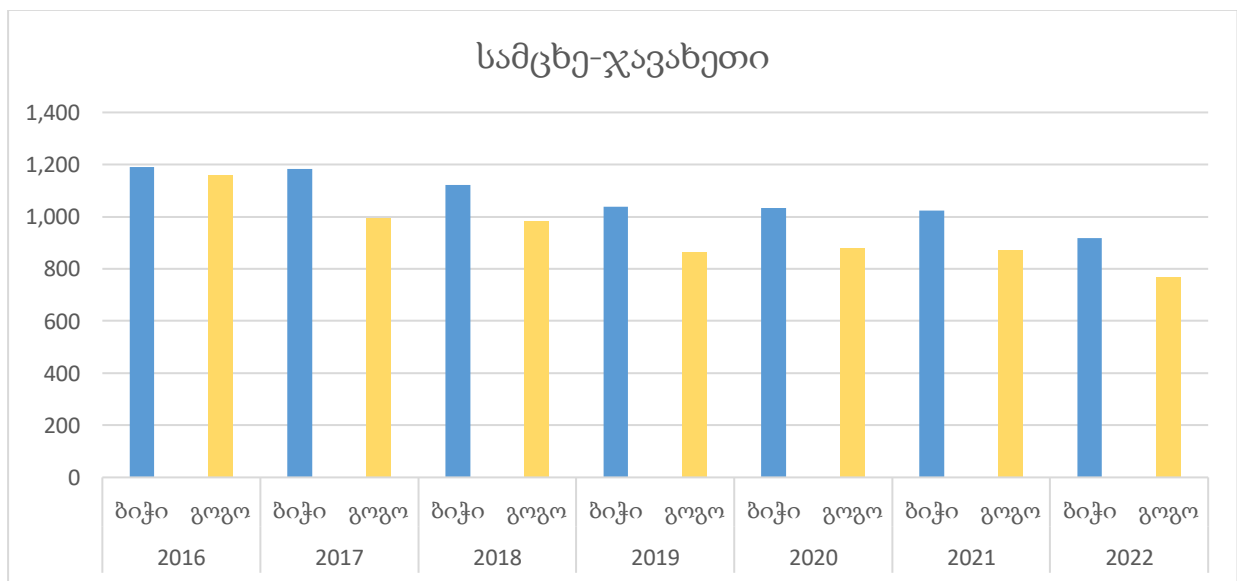
შვილის ყოლას, ხოლო მეორე და მესამე ორსულობისას იმ სქესს, რომელიც ოჯახს ჯერ არ ჰყავს. ამიტომ ხშირია ორსულობის შერჩევითი შეწყვეტის გადაწყვეტილებები.

შესაძლოა სელექციური აბორტების შედეგად იყოს გამოწვეული, რომ სამცხე-ჯავახეთსა და ქვემო ქართლის რეგიონში ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობაში სქესის მიხედვით მუდმივად განსხვავებაა. წლების განმავლობაში ბიჭი ახალშობილების რაოდენობა მუდმივად ჭარბობს გოგონების რაოდენობას. რადგან, სტატისტიკური ინფორმაციის მიხედვით ორივე რეგიონში ჭარბობს ეთნიკურად სომეხი და აზერბაიჯანელი მოსახლეობა, შეგვიძლია განსხვავება ორივე პოპულაციაში გავრცელებულ სელექციურ აბორტებსაც დავუკავშიროთ. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2022)

გრაფიკი 9: ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა ქვემო ქართლის რეგიონში სქესის მიხედვით



გრაფიკი 10: ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში სქესის მიხედვით



ექიმები ორივე რეგიონში აღნიშნავენ თვითნებური, არასამედიცინო დაწესებულებაში გაკეთებული აბორტის შემთხვევებს.

„ხდება ისიც, რომ სახლში თვითნებურად იღებენ მედიკამენტებს ორსულობის შესაწყვეტად, რომელიც ვინმემ ასწავლა ან თავად მოიძია, გვყავს ხოლმე შემდეგ გართულებით შემოსული პაციენტები, რომელსაც მაგალითად შეიძლება ჰქონდეს სისხლდენა“

გინეკოლოგი, მარნეულის რაიონი

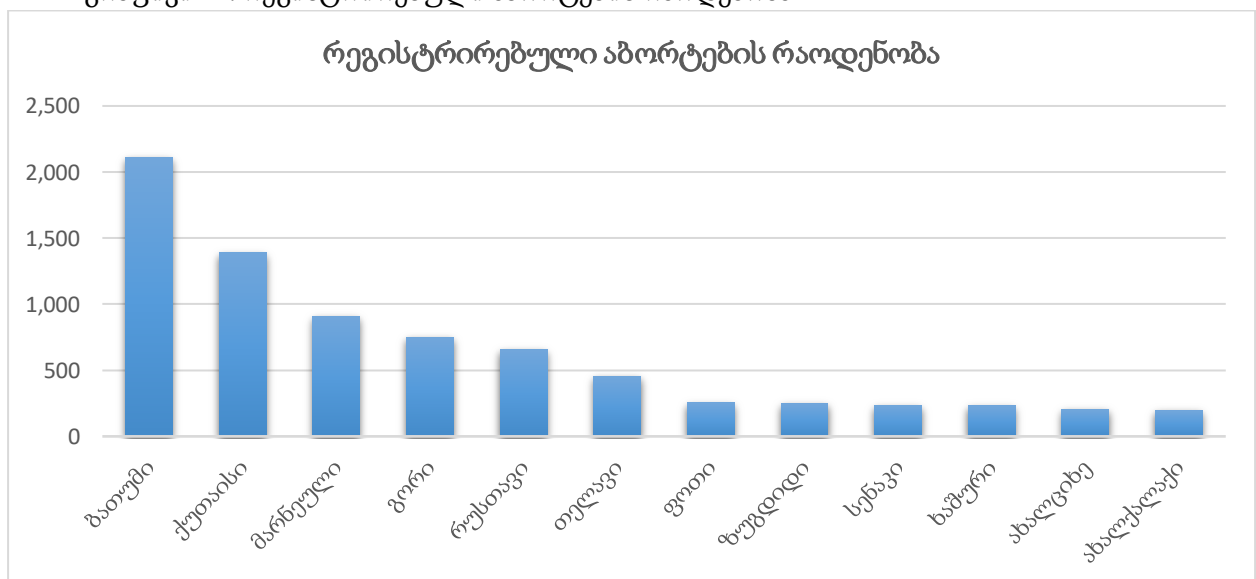
„სახლის პირობებში ან არასამედიცინო დაწესებულებაში აბორტებსაც შეიძლება მიმართონ, რატომაუნდა ეს ზოგჯერ იწვევს გართულებებს“

გინეკოლოგი, ახალქალაქის რაიონი

თვითნებური ან სახიფათო აბორტები მნიშვნელოვან რისკებს უქმნიან ქალთა სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. როდესაც აბორტი კეთდება არასათანადო ან დაუცველ პირობებში, საჭირო სამედიცინო ზედამხედველობის გარეშე ან არაკვალიფიციური პირების მიერ, ამან შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული გართულებები და სიცოცხლის დაკარგვაც კი. დიდია არასრული აბორტის, სისხლდენის, ინფიცირებისა თუ რეპროდუქციული ორგანოების დაზიანების რისკი. თვითნებური აბორტის ჩატარებამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური და ემოციური დისტრესი ქალებისა და გოგონებისათვის.

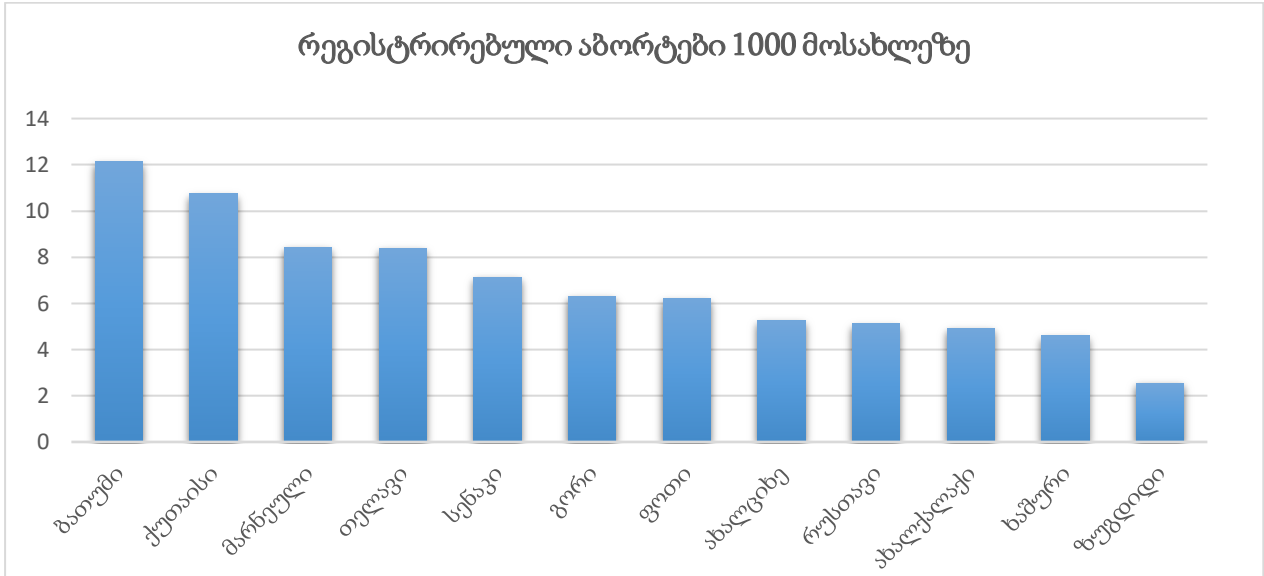
როგორც გამოკითხვით დგინდება სამივე ქალაქში ხშირია აბორტები. ამ მხრივ საინტერესოა რეგისტრირებული აბორტების რიცხვი. ცხრილში მოცემულია 2022 წელს რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა. შედარებისთვის ცხრილში მოცემულია მხოლოდ კვლევაში მონაწილე ქალაქების ტოლი ან მეტი რაოდენობის მქონე რეგიონები. ახალციხესა და ახალქალაქთან შედარებით მარნეული ამ შემთხვევაშიც მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა და მესამე ადგილს იკავებს. (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2022)

გრაფიკი 11: რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა



მეტი თვალსაჩინოებისათვის და მუნიციპალიტეტების განსხვავებული მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით საინტერესოა რეგისტრირებული აბორტის კოეფიციენტი 1000 მოსახლეზე. შემთხვევაში მარნეული ისევ მესამე ადგილზეა ხოლო ახალციხე და ახალქალაქი მაჩვენებლით უფრო წინ ინაცვლებენ.

გრაფიკი 12: რეგისტრირებული აბორტები 1000 მოსახლეზე



არსებობს ვარაუდი, რომ ორივე საკვლევ პოპულაციაში აბორტების რიცხვი რეგისტრირებულ რაოდენობას წინ უსწრებს, რადგან სამივე ქალაქის გინეკოლოგები აღნიშნავენ ქალებსა და გოგონებში აბორტის თვითნებურ, შინ ან არასამედიცინო გარემოში ჩატარების შემთხვევებს.

საერთო ჯამში როგორც გამოკითხვით ისე სტატისტიკით დგინდება, რომ აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებსა და გოგონებში ხშირია აბორტის მოხმარება. ის მეტად პოპულარული საშუალებაა არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად და შესაძლოა კონტრაცეპტივების, მაგალითად კონდომის გამოყენებაზე მისაღები აღმოჩნდეს საზოგადოების ზოგიერთ ჯგუფში.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება, ინფორმირებულობა და რისკის აღქმა

ორივე რეგიონის მეან/გინეკოლოგების განმარტებით ქალებსა და გოგონებში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება საკმაოდ მაღალია.

„ხშირად გვხვდება ქლამიდია, გონორეა, ტოქსოპლაზმა, ზოგჯერ სიფილისიც, გვაქვს ხოლმე ასევე ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) ვისურის შემთხვევები“

გინეკოლოგი, მარნეულის მუნიციპალიტეტი

„სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებიდან ხშირად არის ქლამიდია, გონორეა, ჰერპესი ვირუსი ასევე ტრიქომონიაზი.“

გინეკოლოგი, ახალქალაქის მუნიციპალიტეტი

მნიშვნელოვანია, რომ სამივე ქალაქის ექიმი აღნიშნავს ქალებისა და გოგონების დაგვიანებულ ვიზიტებს დაავადებების არსებობის შემთხვევაში, რომ ისინი სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ ჩივილების არსებობისას, დაავადებების მკვეთრად გამოხატული ფორმებით, ტკივილით, წვისა და ქავილის შეგრძნებით, გამონადენით საშოდან და ა. შ.

„ნაკლებად იცავენ ჰიგიენას, სამწუხაროდ ამ მხრივ არ აქვთ გათავისებულებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობაზე ზრუნვა“

გინეკოლოგი, ახალქალაქის მუნიციპალიტეტი

კარგი ჰიგიენური პრაქტიკა კი ხელს უწყობს ინფექციების გავრცელების პრევენციას და ამცირებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) რისკს.

ორივე პოპულაციაში საკმაოდ ცუდი მდგომარეობაა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობასა და ქალთა მხრიდან რისკის შეფასების საკითხებში. როგორც აზერბაიჯანელ ისე სომეხ ქალებსა და გოგონებში ამ მხრივ განათლების

დონე საკმაოდ დაბალია. ცოდნის ნაკლებობა ეხება დაავადების გადაცემის გზებს, პროფილაქტიკურ ქცევას, რისკის და დაავადებებისგან გამოწვეული შესაძლო ზიანის გააზრებას. ამის ფონზე ხშირია დაგვიანებული ან არასრული მკურნალობა. დაგვიანებულმა დიაგნოზმა და მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციების პროგრესირება, გართულებების რისკის გაზრდა და ინფექციის სხვებზე გადაცემის მაღალი ალბათობა.

„მყავდა პაციენტი, რომელსაც ორსულობის დროს ანალიზებში დაუდასტურდა აივ ინფექცია, პასუხი მაშინვე ვაცნობე, მისი პასუხი იყო ძალიან უდარდელი, რომ ეს უკვე იცოდა. ისე დადგა აღრიცხვაზე და გაიარა კონსულტაცია, რომ არ ჩათვალა ამის თქმა საჭიროდ“

გინეკოლოგი, მარნეულის მუნიციპალიტეტი

„არის ხოლმე შემთხვევები, როცა პაციენტები მაღავენ დაავადების ქონას ან სიმპტომს, თითქოს ეს სამარცხვინოა“

გინეკოლოგი, ახალციხის მუნიციპალიტეტი

ამ მხრივ სტიგმის არსებობა და სოციალური დისკრიმინაცია უფრო მეტად ეთნიკურად სომეხ ქალთა შორის აღინიშნება.

ამის პარალელურად, როგორც ზემოთ აღინიშნა ორივე საკვლევ პოპულაციაში დაბალი პოპულარობით სარგებლობს, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავის დაცვის და პრევენციის ერთერთი კარგი საშუალება კონდომი.

სექსუალური და რეპროდუქციული განათლების დაბალი დონე, სგგი-ის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა მნიშვნელოვნად აისახება ქალთა და გოგონათა ქცევასა და გადაწყვეტილებებზე, რაც შესაბამისად გავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ავადობაზე, დაავადების მიმდინარეობასა თუ გამოსავალზე.

დისკუსია, დასკვნა

კვლევაში მოპოვებული ინფორმაცია კიდევ ერთხელ ადასტურებს საქართველოში მცხოვრებ ეთნიკურ უმცირესობებში, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით არსებული გამოწვევების სიმძიმეს. იკვეთება მრავალი სოციალური და კულტურული ფაქტორი, რომლებიც აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალთა პოპულაციაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიღების პროცესში სპეციფიკურ საჭიროებებსა და განსაკუთრებულ ბარიერებს წარმოქმნის. ფაქტორები, რომლებიც უარყოფითად აისახება ქალთა, როგორც რეპროდუქციულ ისე ზოგად ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

კვლევა აჩვენებს, რომ ორივე ეთნიკურ ჯგუფში ქალთა მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტს არ წარმოადგენს. ხშირია, როგორც სამედიცინო სერვისების დაგვიანებული გამოყენება, ასევე დაავადებებისგან თავის დაცვის, პროფილაქტიკური ქცევის უგულვებელყოფა. დაგვიანებული ან არასრული მკურნალობა, იწვევს მათში დაავადებების გამწვავებას, ავადობის ზრდას რაც შემდგომში ნათლად აისახება ჯანმრთელობის შედეგებზე.

ენობრივი და კულტურული ბარიერები მნიშვნელოვნად მოქმედებენ ქალთათვის სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობაზე და ხარისხზე. ადგილი აქვს სიმპტომების, დიაგნოზის ექიმისთვის დამალვას, ეს ხშირად უკავშირდება იდენტობას (მაგ. „სომხური დაავადება“) და აფერხებს მკურნალობის პროცესს, ზრდის ჯანმრთელობის რისკს. ენობრივი ბარიერი ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურების მიღების პროცესს, აისახება მის ხარისხზე, უარყოფითად მოქმედებს განათლებისა და პრევენციული ინფორმაციის მიწოდების გზებზე. შედეგად ვიღებთ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან საკითხებზე, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, სგგი-ს პრევენციისა და სხვა შესაბამის თემებზე ცნობიერების გაზრდის შეფერხებას. ნაკლები ინფორმირებულობა ხელს უწყობს ამ დაავადებების სწრაფ გავრცელებას, ასევე ხშირად აზიანებს ინდივიდების ჯანმრთელობას მკურნალობის არარსებობის გამო.

გვხვდება კულტურულ ნორმად აღიარებული სხვადასხვა საზიანო პრაქტიკები როგორცაა ქალის ავტონომიის დარღვევა, ადრეული ქორწინება და ამ მიზნით თავისუფლების უკანონო აღკვეთა. ქორწინების მიზნით სექსუალური და რეპროდუქციული ძალადობა.

კულტურულ ნორმად ჩამოყალიბებული სქესობრივი ცხოვრების დაწყების და შვილოსნობის დაბალი ასაკი საფრთხეს უქმნის როგორც ქალთა, ასევე ნაყოფის ჯანმრთელობას. ამასთან კავშირშია სამივე ქალაქში მაღალი მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ათას მოსახლეზე. მაღალია შობადობა და ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი, რაც წახალისებულა საზოგადოების მხრიდან.

საკმაოდ მნიშვნელოვანია, რომ ორივე პოპულაციაში დღემდე გვხვდება ნათესაური ქორწინებები, რომელმაც გამოიწვია შთამომავლობაში რეცესიული გენეტიკური აშლილობების მემკვიდრეობით გადაცემის პროვოცირება.

მნიშვნელოვანად დაბალია კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნა და ინფორმირებულობა. კონდომის მიმართ კი არსებობს სოციალური ტაბუ და კონსერვატიული დამოკიდებულება. ამის ფონზე ორივე საკვლევ პოპულაციაში მაღალია ხელოვნური აბორტების რიცხვი და მათ შორის ხშირია სელექციური აბორტები. აბორტების მაღალი მაჩვენებლის ფონზე გვაქვს მისი არასამედიცინო გარემოში ჩატარების შემთხვევებიც, რამაც ხშირად ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება გამოიწვია და საფრთხე შეუქმნა მათ სიცოცხლეს. მაღალია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება, ხოლო დაბალია ქალთა მხრიდან ამ დაავადებების პრევენციაზე ინფორმირებულობა, რისკის შეფასება და აღქმა. აქედან გამომდინარე სქესობრივ, რეპროდუქციულ ცხოვრებასთან დაკავშირებული სოციალური სტიგმა მნიშვნელოვან ტვირთად აწევა და საფრთხეს უქმნის ორივე პოპულაციაში ქალთა ჯანმრთელობას.

მიღებული შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია დავასაბუთოთ, რომ რიგი სოციალურ-კულტურული ფაქტორები უპირატესად კი, გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, იდენტობასთან დაკავშირებული თავისებურებები, ხშირად ზიანს აყენებს ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. სოციალურ-კულტურული ფაქტორების გავლენა ასევე აისახება ქვეყანაში რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებზე.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების მიხედვით სასურველია, როგორც ჯანდაცვის სექტორის დაგეგმვასა და დაფინანსებაში ცვლილებების შეტანა, ქვეყნის სამართალდამცავი ორგანოების კომპლექსური მუშაობის გაძლიერება, ასევე ზოგადსაგანმანათლებლო სისტემების ცვლილებები.

მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ავადობის შემცირების კუთხით და სპეციფიკური ფაქტორების გათვალისწინებით მოხდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების განხორციელება, რომლის მიზანიც განათლების დონის გაზრდაა. აუცილებელია სამიზნე ჯგუფებისათვის საპროფილაქტიკო ღონისძიებების, ზოგადსამედიცინო ინფორმაციის მიწოდება მათთვის სასურველ ენაზე. ეს შესაძლოა მოიცავდეს სამედიცინო დაწესებულებებში სომხურ და აზერბაიჯანულ ენაზე შექმნილ საინფორმაციო ფლაერებსა და ბუკლეტებს.

სასურველია კვლევაში მონაწილე რეგიონულ ცენტრებში პაციენტებისათვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებებში პროფესიონალი თარჯიმნის დანიშვნა.

ჯანმრთელობის პროგრამებში საჭიროა აქტიური საინფორმაციო კამპანიის წარმოება, რომლის უმთავრესი მიზანია ავადობის სტიგმატიზაციის მინიმუმამდე დაყვანა, რითაც შესაძლებელია სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვების გაუმჯობესება, რადგან ხშირია დიაგნოზის, სიმპტომების დამალვის და ამის გამო სამედიცინო სერვისების არ განხორციელების შემთხვევები. ასევე აუცილებელია დაბალ ასაკში ქორწინების, შვილოსნობის, ნათესაური ქორწინებების შედეგად შესაძლო ზიანის და რისკის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გაზრდაზე მუშაობა.

სასურველია ქვეყნის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის სერვისების გააქტიურება, თანამედროვე კონტრაცეფციის საშუალებების სამიზნე ჯგუფებისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტით დაფინანსება.

ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარება და ხელი შეუწყოს სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებას. აუცილებელია ექიმთა განათლება მიზნობრივ ჯგუფებთან კომუნიკაციის პრინციპების, სამედიცინო ეთიკისა და სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესში სოციალური ასპექტების გათვალისწინების მნიშვნელობის შესახებ.

აუცილებელია ნებისმიერი ცვლილებისა თუ სიახლის რეგიონში არაქართულენოვანი სამედიცინო პერსონალისათვის მათთვის გასაგებ ენაზე თარგმნა და მიწოდება, იქნება ეს განახლებული/ახლად შემუშავებული გაიდლაინები თუ პროტოკოლები.

მნიშვნელოვანია სახელმწიფო სამართალდამცავი ორგანოების მხრიდან აღნიშნულ რეგიონებში სოციალურ ნორმად მიღებული ქალთა სხეულებრივი ავტონომიის დარღვევის და რეპროდუქციული ძალადობის სამართლებრივ ჩარჩოებში განხილვა. ძალიან მნიშვნელოვანია ადრეული ქორწინების, ქორწინების მიზნით სექსუალური ძალადობის წინააღმდეგ არსებული კანონის ეფექტიანად აღსრულების კონტროლი და რეაგირებაზე პასუხისმგებელი სამართალდამცავი პირების ტრენინგი, გადამზადება.

საკვლევ ეთნიკურ ჯგუფებში არსებულ ჯანდაცვის გამოწვევებზე მუშაობის გამარტივების მიზნით სასურველია, სტატისტიკური ინფორმაციის სისტემატური შეგროვების ზოგიერთ მოდულში, ეთნიკური იდენტობის განმსაზღვრელი პუნქტის დამატება, რათა კიდევ უფრო კარგად შევძლოთ საჭიროებებისა და პრობლემების წარმოჩენა. ამასთანავე აუცილებელია ამის სწორი ფორმით დანერგვა, რათა არ მოხდეს იდენტობასთან დაკავშირებული სტიგმის კიდევ უფრო გაძლიერება.

აუცილებელია ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში ადამიანის სექსუალობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ყოვლისმომცველი განათლების მიწოდების დანერგვა, ხოლო ამ პროცესში ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რეგიონებში ენობრივი ბარიერის გათვალისწინება.

ეთნიკურ უმცირესობებთან გამომწვევების შესამცირებლად აუცილებელია სახელმწიფოს ჩართულობა და ძალადობისა და დისკრიმინაციის ნებისმიერი ფორმის სახელმწიფო პროგრამების მუშაობის გზით, მულტისექტორული მიდგომით აღკვეთა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2022). 2022 წელს დაფიქსირებული დედის საშუალო ასაკი დაბადებისას დაწესებულებების მუნიციპალიტეტების მიხედვით.
2. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2022). 2022 წელს რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა.
3. დემოკრატიისა და მმართველობის ცენტრი. (2022). ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების საზიანო პრაქტიკა საქართველოში. გვ 36-41 https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bavshvobis_asakshi_korcineba_angarishi_saboloo_versia.pdf
4. მიქელაძე, ა. (2016). მარხვა, რამაზანი. <https://www.muslimgeorgia.com/rezo-aziz-mikeladze/%e1%83%9b%e1%83%90%e1%83%a0%e1%83%ae%e1%83%95%e1%83%90-3/>
5. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (11,10,2017). საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3825285?publication=0>
6. საქართველოს სახალხო დამცველი. (2019). სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები, ეროვნული შეფასება. <https://ombudsman.ge/res/docs/2019072913513745197.pdf>

7. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2014). მოსახლეობის განაწილება რეგიონებისა და ეროვნებების/ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით. Retrieved from მოსახლეობის 2014 წლის საყოველთაო აღწერის შედეგები: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/739/demografiuli-da-sotsialuri-makhasiateblebi>
8. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). დედათა გარდაცვალების რიცხოვნობა რეგიონების მიხედვით. მოსახლეობა და დემოგრაფია: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/320/gardatsvaleba>
9. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია. ბუნებრივი მატება რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/321/bunebriwi-mateba>
10. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია. ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>
11. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია. მკვდრადშობილთა რიცხოვნობა რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>
12. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). მოსახლეობა და დემოგრაფია, მოსახლეობის რიცხოვნობა რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>
13. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2022). ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა რეგიონების და სქესის მიხედვით. Retrieved from მოსახლეობა და დემოგრაფია: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/319/dabadeba>
14. სოციალური სამართლიანობის ცენტრი. (2022). ეთნიკური უმცირესობების სოციალური და ეკონომიკური ექსკლუზია. გვ.8 <https://socialjustice.org.ge/ka/products/etnikuri-umtsiresobebis-sotsialuri-da-ekonomikuri-ekskluzia>
15. UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი. (2022). ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების მიმოხილვა საქართველოში. გვ.7 Retrieved from გაეროს მოსახლეობის ფონდი: https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sexuality_education._pages.pdf
16. UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი. (2022). საქართველოში არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით არსებული მდგომარეობის შეფასება. გვ 5-6 Retrieved from <https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2022042614550415532.pdf>
17. WeResearch, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი . (2021). ორმაგი დაუცველობა და უსაფრთხოება, ეთნიკურად აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალთა შემთხვევის შესწავლა საქართველოში. გვ.2 Retrieved from <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/georgien/18830.pdf>
18. World health organization. (2021). HRP annual report 2021. Retrieved from Sexual and Reproductive Health and Research: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051003>
19. World health organization. (2021). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Retrieved from World health organization: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh))



სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინება/განქორწინების მიმართ

Students' attitude toward marriage/divorce

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.04

მონიკა კვარაცხელია^{1a}

Monika Kvaratskhelia^{1a}

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

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

აბსტრაქტი

შესავალი: განქორწინების მაჩვენებელი მთელს მსოფლიოში იზრდება, შესაბამისად მნიშვნელოვანია ვიკვლიოთ, თუ როგორ მოქმედებს მშობლების განქორწინება ახალგაზრდების დამოკიდებულებების ჩამოყალიბებაზე ქორწინება/განქორწინების მიმართ. მშობლები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ახალგაზრდების ცხოვრებაში. მოზარდები აკვირდებიან მშობლების ქცევას და ამ დაკვირვების საფუძველზე სწავლობენ, თუ როგორი უნდა იყოს ქორწინება და ოჯახური ცხოვრება. კვლევის მიზანია ქორწინებისა და განქორწინების მიმართ სტუდენტების დამოკიდებულებების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი, მიზნობრივი შერჩევა თოვლის გუნდის მეშვეობით. 18-23 წლამდე 16 სტუდენტთან ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები. **კვლევის შედეგები:** რესპონდენტისთვის ქორწინება მნიშვნელოვანია და პოზიტიურად უყურებენ ქორწინების ინსტიტუტს. სტუდენტისთვის განქორწინება არ წარმოადგენს ტრაგედიას და მისაღებია, თუმცა გამონაკლის ჯგუფს წარმოადგენენ კაცები განუქორწინებელი ოჯახებიდან, რომლებისთვისაც მიუღებელია განქორწინება. **დასკვნა:** სტუდენტები გარკვეულწილად იმეორებენ მშობლების ქმედებებს და სრულიად არ ასახავენ მათ ქცევას და დამოკიდებულებებს, რაც შესაძლოა გამოწვეულია მოდერნიზაციის გავლენით და გენდერული იდეოლოგიის ცვლილებით.

საკვანძო სიტყვები: განქორწინება, ქორწინება, სტუდენტები.

ციტირება: მონიკა კვარაცხელია. სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინება / განქორწინების მიმართ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: Divorce rates around the world are increasing over time. Therefore, it is important to study how parental divorce affects young people's attitudes toward marriage/divorce. Parents play a crucial role in the lives of young people. Adults observe the behaviour of their parents and from their observation they learn what marriage and family life should be like. Research Aim studying students' attitudes towards marriage and divorce. **Methods:** The qualitative research method was used, purposive sampling with the help of the snowball. In-depth interviews were conducted with a total of 16 respondents, students aged 18-23. **Result:** Marriage is important, and they view the institution of marriage positively. Divorce for students is not a tragedy and is acceptable, although the exception group is demonstrated with men whose parents aren't divorced and divorce is unacceptable for them.

^a mokvaratskhelia@cu.edu.ge

ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-6322-5062

Conclusion: Students to some extent repeat the actions of their parents and don't completely reflect their behaviour and attitudes, which may be caused by the influence of modernization and changes in gender ideology.

Keywords: divorce, marriage, students.

Citation: Monika Kvaratskhelia. Students' attitude toward marriage/divorce. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

ტერმინი ქორწინება სხვადასხვა ადამიანების მიერ განსხვავებულად განისაზღვრება, თუმცა საყოველთაოდ აღიარებული ცნების საფუძველზე ქორწინება ეს არის კანონიერად აღიარებული კავშირი ორ ადამიანს შორის, რომელიც ემყარება სექსუალურ ურთიერთობას და გულისხმობს კავშირის მუდმივობას. ქორწინების საფუძველზე იქმნება ოჯახი, რომელიც სოციალიზაციის პროცესში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი აგენტია. ოჯახი წარმოადგენს საზოგადოების ფუნდამენტს, რომელიც წარმოავიდეგება, როგორც ეკონომიკური, სოციალური და ემოციური სტაბილურობის საფუძველი (Jayson, 2012).

ისტორიულ ჭრილში თუ გადავხედავთ, ოჯახის შექმნას კონკრეტული მიზნები განაპირობებდა. კოულმენის (Coleman, 2004) მიხედვით, ქორწინება ძირითადად სამი მიზნით ჩამოყალიბდა, კერძოდ, მამაკაცის სექსუალური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, ბავშვების და ქალების ეკონომიკური მოთხოვნილებების უზრუნველსაყოფად. უფრო მეტიც, თითოეულმა პარტნიორმა იცოდა, თუ რა როლური მოლოდინები უნდა გაემართლებინათ. მამაკაცებმა იცოდნენ, რომ მათგან მოელოდნენ ყოფილიყვნენ ძლიერი, ჩუმი, კომპეტენტური, უემოციო, პრობლემის გადამჭრელი და ოჯახის მფარველები. ქალებმა კი იცოდნენ, რომ უნდა ყოფილიყვნენ კარგი მზარეულები, კომპეტენტური დიასახლისები, მკერავები, ეკლესიის ხშირი „სტუმრები“ და შვილების აღმზრდელები. ზოგიერთ ამ ქორწინებაში მოლოდინი იყო, რომ მამაკაცის სექსუალური მოთხოვნილებები უფრო მნიშვნელოვანი იყო, ვიდრე ქალების იმის გამო, რომ ქალებს არ უნდა ჰქონოდათ სექსუალური სურვილი. ეს როლური მოლოდინები დროის ცვლილებასთან ერთად მოდიფიცირდა, რადგან ქალები ქორწინდებიან ფსიქოლოგიური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, როგორცაა მეგობრობა, ემოციური მხარდაჭერა, ინტიმური და რომანტიული ურთიერთობა, რომელშიც მათ შეუძლიათ გაიზიარონ თავიანთი ცხოვრების ყველა ასპექტი და მიაღწიონ ბედნიერებას (Ramsay, 1990). ამ უკანასკნელთან შეთანხმებით, ამატო (Amato, 1998) აცხადებს, რომ ქორწინების, როგორც პირადი ბედნიერების წყაროს მოლოდინი, როგორც ჩანს, გაიზარდა. უმეტეს კულტურაში, განსაკუთრებით ამერიკულ კულტურაში, ქორწინების მიზანია პიროვნული საჭიროებების პატივისცემა, როგორცაა თავისუფლება, ინდივიდუალიზმი, ავტონომია და ბედნიერება. სწორედ პიროვნულმა საჭიროებებმა, ინდივიდუალიზმმა, თავისუფლებამ, ავტონომიამ და პირადი ბედნიერებისკენ სწრაფვამ, თორნტონის (Thornton, 1992) თქმით, ხელი შეუწყო განქორწინების ზრდას. ეს განპირობებულია იმით, რომ ინდივიდუალიზმი ძირს უთხრის ოჯახურ ვალდებულებას. გავრცელებული დამოკიდებულებაა, რომ თუ ქორწინება არ აკმაყოფილებს ინდივიდუალურ საჭიროებებს, მაშინ არ არსებობს მიზეზი, რომ წყვილი დარჩეს დაქორწინებული (Amato, 1998).

განქორწინება თანამედროვე საზოგადოების ისეთი განუყოფელი ნაწილია, რომ უკვე აღარ არის გამონაკლისი იყო განქორწინებული. შესაბამისად, განქორწინების რიცხვის ზრდამ კიდევ უფრო რთული გახადა ტერმინი ქორწინების განსაზღვრის შესაძლებლობა (William, 2016). ქორწინების უმრავლესობა სრულდება განქორწინებით და შესაბამისად განქორწინება რჩება მნიშვნელოვან ფაქტორად, რომელიც იწვევს ახალგაზრდებში დეპრესიას, ნეგატიურ დამოკიდებულებას ოჯახის ინსტიტუტის მიმართ. მაგალითად, ამერიკაში ჩატარებული კვლევის თანახმად, პირველადი ქორწინების 41% სრულდება განქორწინებით (Divorce Statistic, 2022). განქორწინების მაჩვენებელი მთელ მსოფლიოში არის 4,08 ყოველ 1000 დაქორწინებულ

ადამიანზე 2022 წლის მაისის მონაცემებით. განქორწინების მაჩვენებელი დღევანდელ საზოგადოებაში იზრდება და არის სტრესის მთავარი წყარო ადამიანის ცხოვრებაში. ის ასევე გავლენას ახდენს ადამიანების ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე (Solicitors, 2022).

ლიტერატურულ წყაროებში საუბარია იმაზე, რომ ახალგაზრდები, რომლებმაც განიცადეს მშობლების განქორწინება, აქვთ ნეგატიური დამოკიდებულება ქორწინების ინსტიტუტის მიმართ და პოზიტიური დამოკიდებულება განქორწინების ფენომენის მიმართ, იმ ახალგაზრდებთან შედარებით, რომლებსაც არ განუცდიათ მშობლების განქორწინება (Moats, 2004; Roper, 2016). ამავდროულად, მათ უფრო მეტად აღენიშნებათ დეპრესია და ბრაზი, რაც გამოწვეულია იმ ფაქტით, რომ განქორწინების შედეგად მშობლები ვერ ანაწილებენ სათანადო ყურადღებას თავიანთ შვილებზე განქორწინების სტრესის საფუძველზე. შესაბამისად, მშობლების განქორწინება და კონფლიქტი არის ძლიერი ინდიკატორი, რომელიც აყალიბებს ახალგაზრდათა დამოკიდებულებას ქორწინებისა და განქორწინების მიმართ. მაგალითად, კვლევები აჩვენებს, რომ ახალგაზრდებს განქორწინებული ოჯახებიდან აქვთ ნეგატიურ დამოკიდებულება ქორწინების ინსტიტუტის მიმართ, იმ ახალგაზრდებთან შედარებით, ვისი მშობლებიც არ ყოფილან განქორწინებულნი (Moats, 2004).

საინტერესოა, რომ ზოგიერთი კვლევის თანახმად, ქალებისა და კაცების დამოკიდებულება ქორწინებისა და განქორწინებისადმი განსხვავებულია (Servaty, 2020; Goslin, 2014). როგორც აღმოჩნდა, ახალგაზრდა ქალები, რომლებმაც განიცადეს მშობლების განქორწინება, უფრო პოზიტიურად აღიქვამენ განქორწინებას და მეტად არიან ქორწინების ინსტიტუტისადმი ნეგატიურად განწყობილნი, ვიდრე კაცები (Whitton, 2009). მიუხედავად იმისა, რომ კვლევათა ნაწილი ცხადჰყოფს, რომ ქალები ნაკლებად ოპტიმისტურები არიან ქორწინების ინსტიტუტის მიმართ, ვიდრე მამაკაცები, სხვა კვლევის შედეგების თანახმად, სქესი არ განაპირობებს ქორწინებისა და განქორწინების მიმართ ახალგაზრდათა დამოკიდებულებას. მაგალითად, ამბერ კოქსისა და სიერა ბრანჩის მიერ ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ სქესი არ განსაზღვრავს ამ ინსტიტუტებისადმი დამოკიდებულებას და მათ შორის არ არის მნიშვნელოვანი განსხვავება (Branch-Harris & Cox, 2015).

ქართული საზოგადოებისთვის, როგორც კოლექტივისტური და მასკულინური კულტურის მახასიათებლების მატარებლისთვის, ქორწინების ინსტიტუტი არის მნიშვნელოვანი. ქორწინება საქართველოში განსაზღვრული იყო ქრისტიანული მოძღვრებით და სხვა ქვეყნების მსგავსად, ქორწინების მიზანი იყო ქალისა და კაცის კავშირი შთამომავლობისა და ოჯახის შესაქმნელად (გოგოლიშვილი, 2019). აქვე საგულისხმოა, რომ საქართველოში განქორწინების მაჩვენებელი იზრდება და 2022 წელს 32.3%-ითაა გაზრდილი, 2020 წელთან შედარებით (საქსტატი, 2022).

სხვადასხვა გამოცდილების მქონე სტუდენტების ქორწინება-განქორწინების მიმართ დამოკიდებულების კვლევა არის საინტერესო საკვლევი საკითხი სოციალური მეცნიერების სფეროში. მნიშვნელოვანია ვიკვლიოთ, თუ როგორ მოქმედებს მშობლის განქორწინების გამოცდილება ახალგაზრდების დამოკიდებულებაზე და განქორწინებისა და ქორწინების აღქმაზე, ვინაიდან სტუდენტები წარმოადგენენ იმ ქვეჯგუფებს, რომლებიც ფართო მასშტაბით მოსახლეობას გადასცემენ არსებულ კულტურულ ტენდენციებს და მათი დამოკიდებულებები ხდება მომავალი თაობის შეხედულებების ფორმირების ერთ-ერთი საფუძველი.

კვლევის მიზანია ქორწინებისა და განქორწინების მიმართ სტუდენტების დამოკიდებულებების შესწავლა.

კვლევის ამოცანებია:

1. განსხვავდება თუ არა ქორწინება/განქორწინების მიმართ სტუდენტების დამოკიდებულება თავიანთი გამოცდილებებიდან გამომდინარე?
2. განსხვავდება თუ არა სქესის მიხედვით სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინება/განქორწინების მიმართ?
3. რას მიიჩნევენ ქორწინებისა და განქორწინების მოტივებად სტუდენტები?

თეორიული ჩარჩო

დაკვირვება, მიბაძვა და მოდელირება ერთი ადამიანიდან მეორეზე განისაზღვრება, როგორც სოციალური დასწავლის თეორია (Bandura, 1969). ოჯახი არის საწყისი წერტილი, სადაც ინდივიდები სწავლობენ ურთიერთობის ისეთი ასპექტების მნიშვნელობას, როგორცაა სიყვარული, პატიოსნება, პატივისცემა და კომუნიკაცია. ამ ასპექტების სწავლა დამოკიდებულია გარემოზე, რომელშიც ინდივიდი იზრდება, შესაბამისად მშობლების გავლენა მათი შვილების ქორწინებისადმი დამოკიდებულებაზე ძალზე მნიშვნელოვანია. ახალგაზრდები თავიანთ მშობლებზე დაკვირვებით იყალიბებენ რწმენას, თუ როგორი უნდა იყოს ოჯახი და ქორწინება (Telzer, 2018). სოციალური დასწავლის თეორიაზე დაყრდნობით, ბავშვები იმეორებენ თავიანთი ოჯახის წევრების დამოკიდებულებებსა და მოქმედებებს (Leff et al., 2009). ბავშვები მშობლების დამოკიდებულებებს იღებენ უშუალოდ დამოკიდებულებების კომუნიკაციიდან და ასევე ირიბად მასზე დაკვირვებით. მოზარდები აკვირდებიან მშობლების ქცევას და სწავლობენ, როგორი უნდა იყოს ქორწინება და ოჯახური ცხოვრება მშობლების ოჯახურ ურთიერთობებზე ბავშვობიდანვე დაკვირვებით (Ehrenberg, 2016). კვლევა ცხადყოფს, რომ როდესაც ინდივიდი პირადად მონაწილეობს მშობლების განქორწინებაში, ინდივიდის ეგო ძლიერ გავლენას მოახდენს ქორწინებასთან დაკავშირებით პირად შეხედულებებზე. ახალგაზრდებმა შეიძლება ასევე გაიგონ, რომ განშორება საუკეთესო გზაა ქორწინების დასასრულებლად. გოსლინისა და ბანდურას მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, სოციალური დასწავლის თეორია პროგნოზირებს, რომ ინდივიდები ასახვენ მშობლების ქცევას, ისინი აკვირდებიან მშობლებს და იმეორებენ იმ ქცევებს, რასაც თავიანთი მშობლები. მშობლებზე დაკვირვებით ისინი ივითარებენ დამოკიდებულებებს (Bandura, 1969). შურტსი და მაიერსი ამტკიცებდნენ, რომ ამან შეიძლება გავლენა მოახდინოს ახალგაზრდების დამოკიდებულებაზე და აღქმაზე ქორწინება/განქორწინების მიმართ (Shurts, 2012).

ლიტერატურის მიმოხილვა

ქორწინება და განქორწინება

აზიის ქვეყნებში განქორწინების მაჩვენებელი მოდერნიზაციის გამო იზრდება. გუდის და ჯონსის მიხედვით, სანამ მოდერნიზაციისა და ინდუსტრიალიზაციის პროცესი მოხდებოდა, ისეთ ქვეყნებს, როგორცაა ინდონეზია, იაპონია, მალაიზია და ტაივანი, ქონდათ განქორწინების ზომიერად მაღალი მაჩვენებელი. თუმცა, თანამედროვე საზოგადოებაში განათლების, ურბანიზაციის პროცესის, შეცვლილი კანონებისა და სოციალური ნორმების და ქორწინების როლის შესახებ ახალი აღქმის გამო, ეს ქვეყნები ამალდნენ დასავლეთის ქვეყნების დონეზე (Jones & Dommaraju, 2011). ქალთა ეკონომიკური და სოციალური მახასიათებელი შეიცვალა მას შემდეგ, რაც მოდერნიზაცია დაიწყო მთელ მსოფლიოში. ტრადიციული ოჯახისა და ღირებულებების ნგრევა, შემცირებული სტიგმა, კანონების ლიბერალიზაცია დაკავშირებულია ქორწინების დაშლასთან. თანამედროვე ეპოქაში ოჯახური სტაბილურობის დაქვეითება მჭიდრო კავშირშია ინდუსტრიალიზაციის, ურბანიზაციისა და ინდივიდუალური თავისუფლების მზარდ პროცესებთან.

მოდერნიზაციის შედეგად მიღებული სოციალური ცვლილებები აისახა, როგორც დასავლეთზე, ასევე აღმოსავლეთზეც. აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებისთვის განქორწინების მაჩვენებელი ყველა ქვეყანაში 1980-იანი წლებიდან იზრდება. მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე წელიწადში იყო დროებითი კლება, ზოგადი ნიმუშის მიხედვით განქორწინების მაჩვენებელმა პიკს მიაღწია 2000 წლის დასაწყისში და იკლებს ან იგივე რჩება შემდეგში. ამავე კვლევამ ასევე დაადგინა, რომ სამხრეთ კორეას, ტაივანსა და ჰონგ კონგს ახლა ყველაზე მაღალი განქორწინების მაჩვენებელი აქვთ ამ რეგიონში. ტაივანის, კორეისა და იაპონიის გამოკითხვის შედეგები აჩვენებს, რომ ბევრი ქალი არ მიიჩნევს აუცილებლობად დაქორწინებას ბავშვების ყოლისთვის. ეს ადასტურებს, რომ ამ ქვეყნებში ქალებში ქორწინებისადმი ტრადიციული დამოკიდებულებიდან მნიშვნელოვანი გადახრებია. გარდა ამისა, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში, როგორცაა მალაიზია, ინდონეზია, სინგაპური, სამხრეთ ტაილანდი და სამხრეთ

ფილიპინები, განქორწინების მაჩვენებელი ტრადიციულად მაღალი იყო და მკვეთრად იკლებს მე-20 საუკუნის შუა წლებში, რადგან რეგიონი გადის მოდერნიზაციის პროცესს. თუმცა, ეს ტენდენცია შეიცვალა და განქორწინების მაჩვენებელი კიდევ ერთხელ იზრდება (Jones & Dommaraju, 2011).

ამდენად, შეიცვალა ქორწინებისადმი მოლოდინები, რადგანაც, შესაბამისი გადაწყვეტილების წინაპირობად, გასულ წლებთან შედარებით, ხშირად პარტნიორების ემოციური, ფიზიკური და ფინანსური მზადყოფნაა მოაზრებული. შესაბამისად, განსხვავებულია ქორწინების ინსტიტუტის აღქმაც. მაგალითად 1800-იანი წლების შუა ხანებში ქორწინების მიზანი იყო სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური. თუმცა, ინდუსტრიული რევოლუციის შემდეგ, ქორწინების მიზნები შეიცვალა სიყვარულით და პიროვნული მიზნების დაკმაყოფილებით (Manap et al., 2013).

შესაბამისად ქორწინების მიზნები და მოტივები დროთა განმავლობაში ვითარდება. ქორწინების ბუნება დამოკიდებულია სოციალურ და კულტურულ ფაქტორებზე, რომლებიც ჩართულია საზოგადოების ღირებულებებისა და ნორმების ჩამოყალიბებაში (Amani, 2011). გასული საუკუნის ერთ-ერთი მთავარი განვითარება არის ქორწინების შეცვლა ტრადიციული ინსტიტუტიდან, მეგობრულ ქორწინებაზე, სადაც ხაზგასმულია ინდივიდუალური არჩევანი და პიროვნული ზრდა.

UNICEF-ის მიერ საქართველოში ჩატარებული კვლევის შედეგების თანახმად, ქორწინების მიზეზს რამდენიმე ფაქტორი წარმოადგენს. ქორწინების გამომწვევი ფაქტორებია: ნორმები, რომლებიც ახალგაზრდებს უზღუდავს შესაძლებლობას თავისუფლად შეხვდნენ მეგობარ გოგოს/ბიჭს; მეორე ფაქტორი დაკავშირებულია ქორწინებამდე სქესობრივი კავშირის ტაბუდადებულ თემასთან; მესამე, ეკონომიკური პრობლემები - რაც გულისხმობს იმას, რომ ქორწინება ოჯახებისთვის ყველაზე მისაღები ფორმაა ფინანსური სიდუხჭირისგან თავის ასარიდებლად. (სტურუა, 2017). ზემოხსენებულ ფაქტორებთან ერთად, მკვლევრები გამოყოფენ ქორწინების რამდენიმე მოტივს. კერძოდ, რელიგიური მოტივი, ბიოლოგიური მოტივი და სოციალურ-ფსიქოლოგიური მოტივი.

რელიგია ქორწინების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია, რადგან ის აძლევს მითითებებს ახალგაზრდა წყვილებს სამართლებრივი ურთიერთობის დასამყარებლად. მაგალითად, ქრისტიანმა წყვილებმა, რომლებმაც მიაღწიეს გარკვეულ კრიტერიუმებს, როგორცაა ფიზიკური, ინტელექტუალური, ემოციური და სულიერი სიმწიფე, უნდა დაგეგმონ ქორწინება ისე, რომ დაეხმარონ და დაიცვან ერთმანეთი რელიგიური სასჯელებისგან. ქრისტიანებმა უნდა შეასრულონ გარკვეული რელიგიური მოვალეობები ან შეასრულონ თავიანთი განსაკუთრებული როლი, როგორც ქმარმა, სიძემ და მამამ ან საპირისპირო სქესის წარმომადგენელმა. ქრისტიანულ რელიგიაში ქორწინება განიხილება, როგორც ღვთისადმი ერთგულება. ქორწინების სარგებელი მხოლოდ სიცოცხლის განმავლობაში არ არსებობს, არამედ ვრცელდება შემდგომ ცხოვრებაშიც კი. ქრისტიანებისთვის რელიგიურობა ხდება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი მათი ცხოვრების პარტნიორის არჩევისას (Manap et al., 2013).

ბიოლოგიური მოტივები ქორწინების მეორე მოტივია. მამაკაცები და ქალები ქორწინდებიან, რათა შეასრულონ ადამიანური ბუნებით განსაზღვრული როლები. კერძოდ, იყვნენ წყვილებში, შექმნან ოჯახი და გააჩინონ შვილები, რათა მემკვიდრეობა გაგრძელდეს. სექსუალური ლტოლვა ადამიანის ბუნებაა და ქორწინება განიხილება, როგორც სექსუალური ლტოლვის შესრულების ერთადერთი გზა, რომელიც ასევე ემსახურება ადამიანის კეთილდღეობისა და ღირსების შენარჩუნებას (Manap et al., 2013).

მესამე, ქორწინებაში წყვილებს შორის ურთიერთსიყვარული, მეგობრობა და ბედნიერება მომდინარეობს სოციალურ-ფსიქოლოგიური მოტივებიდან. სიყვარული ქორწინების კიდევ ერთი მოტივატორია. სწორედ ამ გრძნობის გამო, მარტოხელა ახალგაზრდები გამოხატავენ თავიანთ განზრახვას თავიანთი სიყვარულის მიმართ, ქორწინდებიან და იღებენ ერთად ცხოვრების გადაწყვეტილებას (Manap et al., 2013).

ქორწინების გზით წყვილებს შეუძლიათ „დაამტკიცონ და აჩვენონ თავიანთი სიყვარული“ იურიდიული ურთიერთობით. სიყვარულის გარდა, ქორწინების კიდევ ერთი მიზანი მეგობრობა ხდება. მარტოობა ხშირად დაკავშირებულია სტრესთან და დეპრესიასთან. ამ დროს ადამიანი გრძნობს შიშს და მარტოობისგან თავის არიდების სურვილი უჩნდება. ეს შიში განსაკუთრებით მძაფრდება ხანდაზმულ ასაკში. ქორწინების შემდეგ, წყვილს შეუძლია თავისუფლად დაგეგმოს მრავალი აქტივობა ერთად, როგორცაა შვებულება, დასვენება სოციალური სტიმლისა და ცრურწმენების შესახებ ფიქრის გარეშე. ქორწინება ასევე განიხილება, როგორც პლატფორმა ბედნიერების, ჰარმონიული ცხოვრებისა და კურთხევის მისაღებად. მარტოხელა ახალგაზრდების მიზანია არა უბრალოდ ქორწინება, არამედ ბედნიერი ოჯახის შექმნა და ბედნიერი ცხოვრება (Manap et al., 2013)

გარდა რელიგიისა, ბიოლოგიური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური მოტივებისა, როგორც მეთ ლოუსთან აღინიშნა, ქორწინების ერთ-ერთი მოტივი შეიძლება უკავშირდებოდეს კულტურულ ფაქტორებსაც (Lowe, 2019). კულტურულ ფაქტორებში მოიაზრება ის, რომ ქორწინება არის ნორმა და ის წარმოადგენს აუცილებლობას სოციალური სასურველობის ეფექტის მისაღწევად. ქორწინება ნორმაა საქართველოში, თუმცა, გლობალიზაციის, მოდერნიზაციის, ურბანიზაციის და სხვადასხვა კულტურის გავლენის შედეგად ეს ნორმა იცვლება. ცუიას მიხედვით (Tsuya, 2004), ახალგაზრდა თაობის ადამიანების ქორწინების აღქმა შეიძლება განსხვავებული იყოს უფროს თაობასთან შედარებით სწორედ გლობალიზაციის, მოდერნიზაციისა და ურბანიზაციის პროცესის გამო. მეტიც, წარსულში არა უბრალოდ ქორწინება, არამედ ე.წ. შეთანხმებული ქორწინება ნორმა იყო სხვადასხვა ქვეყანაში, მაგრამ დღეს შეთანხმებული ქორწინება რომანტიკულმა ურთიერთობამ შეცვალა (Tsuya, 2004).

გლობალური კულტურა მოიაზრებს კულტურულ ელემენტებს, რომლებიც ცვლის ადამიანური თემების ცხოვრების თავდაპირველ წესს. გლობალიზაციას შეუძლია უარყოფითი და არასასურველი გავლენა მოახდინოს ბევრ საკითხზე. მაგალითად, სოციოკულტურული ინსტიტუტების ცვალებადი ნიმუშები, როგორცაა რელიგია, ენა და ოჯახი გლობალური კულტურის გავლენის გამო შეიძლება მოდიფიცირდეს. მაგალითისთვის, საუბარია იმაზე, რომ გლობალიზაციამ დაარღვია ოჯახური ურთიერთობები და ღირებულებები. ჰარუნის (Harun, 2009) თანახმად, მალაიზიის საზოგადოება დღეს იშლება სწრაფი სოციალური ცვლილებებისა და დასავლური კულტურის გავლენის გამო, რომელიც ვრცელდება მედიაში. ინდუსტრიალიზაციამ და ურბანიზაციამ მალაიზიური ოჯახის მნიშვნელოვანი ცვლილებები და გარდამავალი სახეობები წარმოქმნა. ეკონომიკური პროგრესის ძლიერმა ბუნებამ და ძირითად განვითარებაში უზარმაზარმა ცვლილებებმა გავლენა მოახდინა სტრუქტურაზე, ზომაზე, სისტემაზე, ღირებულებებსა და ოჯახურ ურთიერთობებზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ ოჯახზე და ოჯახურ ჰარმონიაზე. მალაიზიაში ცხოვრების სტილის პრაქტიკა მკვეთრად შეიცვალა და განსხვავებულად განვითარდა სოციალიზაციის ახალი პროცესების გამო (Harun, 2009). შედეგად, ოჯახური კავშირები ნაკლებად ინტიმურია მდიდრული ცხოვრების სტილისა და კეთილდღეობის გამო. ეს დაკავშირებულია იმ პირებთან, რომლებიც ეძებენ პროფესიულ და კარიერულ სარგებელს და ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ ოჯახურ ცხოვრებას. მსოფლიო წესრიგის ცვალებადმა კონტექსტმა შექმნა ოჯახური ცხოვრების მრავალფეროვნება მთელ მსოფლიოში. გლობალიზაციის ეპოქას აქვს შედეგები და ზემოქმედება ადამიანის ცხოვრების ყველა ასპექტზე. წყვილები დღეს უფრო ღია გარემოში არიან და ვარაუდობენ, რომ ოჯახის ინსტიტუტი ხდება მყიფე სოციალურ-ეკონომიკური ცვლილებების შედეგად, როგორცაა ქალების დიდი რაოდენობით ყოფნა სამუშაო ძალაში. ამდენად, შეიცვალა ქორწინებისადმი მოლოდინები, რადგანაც, შესაბამისი გადაწყვეტილების წინაპირობად, გასულ წლებთან შედარებით, ხშირად პარტნიორების ემოციური, ფიზიკური და ფინანსური მზადყოფნა მოაზრებული. შესაბამისად, განსხვავებულია ქორწინების ინსტიტუტის აღქმაც.

ქორწინების მიმართ დამოკიდებულება

ახალგაზრდების დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ შეიძლება დაკავშირებული იყოს რამდენიმე ფაქტორთან, მაგალითად, მშობლების კონფლიქტთან, ოჯახის სტრუქტურასთან და სქესთან (Lin, 2014). ზემოთხსენებულ ფაქტორებთან ერთად, ლიტერატურულ წყაროებში საუბარია ასევე სხვა ფაქტორებზე. მაგალითად შურტსმა და მაიერსმა განაცხადეს, რომ ახალგაზრდების დამოკიდებულებები ვითარდება სხვადასხვა გამოცდილების საფუძველზე, როგორცაა მედიისგან მიღებული შეტყობინებები, რელიგიური ღირებულებები, ოჯახი და მეგობრები. ბავშვებს უყალიბდებათ ტრავმა და პრობლემები, როდესაც მათი მშობლები განქორწინდებიან (გოსლინი, 2014). ქორწინების ნეგატიურმა აღქმამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს ბავშვების დამოკიდებულებაზე ქორწინების მიმართ და მათ შეიძლება ჰქონდეთ უკმაყოფილება მშობლებთან (Alqashan, 2010). ამატო (Amato, 1998) ამტკიცებდა, რომ ახალგაზრდები უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი პრობლემური, კონფლიქტური, არასტაბილური ურთიერთობებისკენ, მშობლების განქორწინების გამო. ერთ-ერთი კვლევის შედეგების თანახმად, რომლის მიზანსაც წარმოადგენდა ახალგაზრდების დამოკიდებულებების კვლევა ქორწინება/განქორწინების მიმართ, ცხადჰყო, რომ ახალგაზრდები, რომელთა მშობლებიც იყვნენ განქორწინებულნი ქონდათ პოზიტიური დამოკიდებულება განქორწინების მიმართ და ნეგატიური დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ, ხოლო ის ახალგაზრდები რომელთა მშობლებიც არ იყვნენ განქორწინებულნი, მათ უარყოფითი დამოკიდებულება ქონდათ განქორწინების მიმართ და პოზიტიური დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ, შესაბამისად მშობლების განქორწინების გამოცდილებამ გამოიწვია განქორწინებისადმი პოზიტიური დამოკიდებულება (Cahaya et al., 2020).

ერთ-ერთი კვლევის შედეგი ცხადჰყოფს, რომ ახალგაზრდები განქორწინებული ოჯახებიდან ძირითადად თვლიდნენ, რომ არ არსებობდა მუდმივი ურთიერთობები (Cui, 2011). ერთ-ერთმა კვლევამ ასევე დაადგინა, რომ მშობლების განქორწინება ცუდად მოქმედებს ოჯახურ ვალდებულებაზე და მათი შვილების ნდობაზე (Rhoades, 2009). განქორწინებული ოჯახების ბავშვებმა შეიძლება განიცადონ უფრო მეტად ინტერნალიზებული და ექსტერნალიზებული ქცევები მშობელთა მუდმივი კონფლიქტისა და უთანხმოების გამო, ვიდრე განუქორწინებელი ოჯახების შვილებმა. ერთ-ერთი კვლევის შედეგების თანახმად, ბავშვები, რომლებიც რჩებიან განქორწინებულ ოჯახებში, უფრო მეტ ნეგატიურ დამოკიდებულებას განიცდიან ქორწინების მიმართ, მათ მიაჩნიათ, რომ განქორწინება არის ერთადერთი გზა, რათა დასრულდეს ცუდი ქორწინება განუქორწინებელი ოჯახების შვილებთან შედარებით (Coninck, 2021). თუმცა სხვა კვლევები ცხადჰყოფს, რომ განსხვავება ამ ორ ჯგუფს შორის არ არის და ორივე ჯგუფის შემთხვევაში განქორწინებისა და ქორწინების ინსტიტუტის მიმართ არის მსგავსი დამოკიდებულება. მაგალითად ჰარისის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებმა ცხადჰყო, რომ განსხვავება ამ ორ ჯგუფს შორის არ არის (Branch-Harris, 2015). მსგავსი კვლევის შედეგები მიიღო ლაკიამ, რომლის თანახმადაც ორივე ჯგუფი პოზიტიურად უყურებს ქორწინების ფენომენს, ხოლო განქორწინებას მიიჩნევს როგორც გამოსავალს (Bethell, 2010).

რებეკა ბივონას მიერ ჩატარებულმა სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ ახალგაზრდებს, განსაკუთრებით ქალებს, შეიძლება არ ჰქონდეთ ნდობა მომავალ ქორწინებაში და ქორწინებას პოტენციურად დროებით თვლიან იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც განუქორწინებელი ოჯახებიდან არიან, იმის გამო, რომ მათი მშობლები განქორწინდნენ (Bivona-Guttadauro, 2013). ამრიგად, მშობლის განქორწინებამ შესაძლოა ახალგაზრდებს გაუჩუროს არასაიმედო განცდა თავიანთი ურთიერთობების ფარგლებში და ჰქონდეს უფრო უარყოფითი დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ.

განქორწინებულ ოჯახებში გაზრდილ ადამიანებს არ შეუძლიათ დაიჯერონ, რომ ქორწინება მუდმივია. ამდენად, ისინი ნაკლებად იცავენ უწყვეტი ქორწინების დაპირებას. ისინი არც კი ფიქრობენ დადებითად საკუთარ თავზე, როგორც მშობლებზე. ბევრ მათგანი შიშობს, რომ მომავალში არ ექნებათ ბედნიერი ქორწინების შანსი. ახალგაზრდები, რომლებიც

გაიზარდნენ განქორწინებულ მშობლებთან ერთად, აქვთ უფრო დაბალი კმაყოფილება რომანტიკულ ურთიერთობაში და მათ უმეტესად აქვთ რწმენა, რომ მათი ურთიერთობა დასრულდება (Cui, 2010). ახალგაზრდებს შორის დაბალ ნდობას ხშირად იწვევს მშობლების განქორწინება და ეს ასევე გავლენას ახდენს მოზარდების რომანტიკულ ურთიერთობაზე. ახალგაზრდებმა იციან, რომ ქორწინება შეიძლება არაგრძელვადიანი იყოს მათი განცალკევებული და განქორწინებული მშობლების გამოცდილებით. მშობელთა განქორწინებამ შეიძლება ასევე გავლენა მოახდინოს ახალგაზრდების ბედნიერი და ხანგრძლივი ქორწინების აღქმის უნარზე. განქორწინებული მშობლების ბავშვები დადებითად არ უყურებენ ქორწინებას და ისინი ნაკლებად ოპტიმისტები არიან ხანგრძლივი და ჯანსაღი ქორწინების მიმართ. ამავდროულად, ისინი ასევე ნაკლებ ვალდებულებას უყენებენ პირად ურთიერთობებს და ნაკლებად არიან დარწმუნებულნი საკუთარ შესაძლებლობებში, შეინარჩუნონ ბედნიერი ქორწინება პარტნიორთან (Rhoades, 2009).

ქორწინებისადმი ასეთმა დამოკიდებულებამ შეიძლება გამოიწვიოს რომანტიკული ურთიერთობებისადმი ერთგულების შემცირება და ურთიერთობის ხარისხის დაქვეითება. ახალგაზრდები განქორწინებული ოჯახებიდან თვლიან, რომ მათი მომავალი ურთიერთობა წარუმატებელი იქნება, რადგან თვლიან, რომ წყვილებს არ აქვთ უნარი გადაჭრან ოჯახური პრობლემები, ისინი ასევე წუხან, რომ გაიმეორებენ მშობლების შეცდომებს. განქორწინებული ოჯახების შვილები შეიძლება დაქორწინდნენ პარტნიორზე, რომლებსაც აქვთ მშობლების განქორწინების იმავე გამოცდილება და მათი ქორწინება შეიძლება განქორწინებით დასრულდეს (Collardeau, 2016).

ჰუანგი და ლინ-ი განმარტავენ (Lin, 2014), რომ ხელუხლებელი ოჯახი არის ოჯახი, რომელთა მშობლები დაქორწინებულები არიან და ერთად ცხოვრობენ. ბევრი მკვლევარი ამტკიცებს, რომ არსებობს კავშირი ქორწინებისადმი დამოკიდებულებებსა და მათ ოჯახურ სტრუქტურას შორის. განქორწინებული ოჯახის შვილების დამოკიდებულებები განსხვავებულია განუქორწინებელი ოჯახის შვილების დამოკიდებულებებისგან. მარიონმა და ფანიმ დაადგინეს, რომ განუქორწინებელი ოჯახებიდან მოზარდებს აქვთ ქორწინებისადმი უფრო დადებითი დამოკიდებულების ტენდენცია, ვიდრე განქორწინებული ოჯახებიდან (Collardeau, 2016). ახალგაზრდა ქალებს ასევე აქვთ სიყვარულის და მზრუნველობის ლტოლვა, თუნდაც განქორწინებული ოჯახებიდან, მაგრამ მათ ასევე ეშინიათ, რომ თავიანთი მშობლების გამოცდილებას გაიზიარებენ. ოჯახური წარმომავლობის გამო ისინი უფრო მეტად ავლენენ შფოთვისა და დაწყევტილების მიღებისას. ერთ-ერთ კვლევაში 310 ტრადიციული კოლეჯის ასაკის სტუდენტი გამოიკვლიეს კავკასიელებიდან, აფროამერიკელებიდან, აზიელი ამერიკელებიდან, ესპანურიდან, ლათინოელებიდან, მკვიდრი ჰავაიელებიდან, ამერიკელი ინდიელებიდან, რათა გაეზომათ მათი სავარაუდო დონე მომავალი ქორწინების მიმართ. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ განქორწინებული ოჯახიდან მყოფ პირებს აქვთ ოჯახური ვალდებულების დაბალი დონე და ასევე უფრო მაღალია განქორწინების მომხრეები იმ სტუდენტებთან შედარებით, რომელთა მშობლებიც არ არიან განქორწინებულნი (Cui, 2011).

ალქაშანი და ალკანდარიც იმავე შედეგს იღებენ ქუვეითის ბაკალავრიატის სტუდენტების დამოკიდებულებების კვლევისას. ინდივიდები განქორწინებული ოჯახიდან უფრო მეტად განქორწინდებიან, ვიდრე ის პირები, რომელთა მშობლები არ განქორწინებულან. გარდა ამისა, კვლევამ დაასკვნა, რომ ქორწინებისადმი შიშისმომგვრელი და ნაკლებად ოპტიმისტურად განწყობილი ახალგაზრდები შეიძლება აღმოჩნდნენ განქორწინებული ოჯახებიდან და ეს უარყოფითი გამოცდილება გამოიწვევს ნეგატიურ დამოკიდებულებას და შიშს ქორწინების მიმართ და წარუმატებელ ურთიერთობას (Alqashan, 2010).

ოჯახის სტრუქტურა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომელიც განაპირობებს ახალგაზრდების დამოკიდებულებას ქორწინება/განქორწინების მიმართ. მშობლების განქორწინებამ შესაძლოა ახალგაზრდებს ჩამოუყალიბოს შეხედულება, რომ ქორწინება არ არის მუდმივი მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახს აერთიანებს შვილები, პასუხისმგებლობა და სიყვარული. ახალგაზრდები, რომლებიც ხედავენ კონფლიქტში მყოფ მშობლებს, შესაძლოა იფიქრონ, რომ განქორწინება საუკეთესო გზაა ამ კონფლიქტის გადასაჭრელად. შესაბამისად

მათ უჩნდებათ უფრო მეტად პოზიტიური დამოკიდებულება განქორწინების მიმართ ვიდრე იმ ახალგაზრდებს, რომელთა მშობლებიც არ ყოფილან განქორწინებულნი, ვინაიდან ახალგაზრდები, რომლებსაც არ აქვთ მსგავსი გამოცდილება თავიანთი მშობლების მაგალითზე უჩნდებათ რწმენა, რომ ქორწინება არის მუდმივი და წმინდა, რის შედეგადაც მათ შესაძლოა უფრო მეტად ჰქონდეთ პოზიტიური დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ და ნეგატიური დამოკიდებულება განქორწინების მიმართ. ახალგაზრდებს, თავიანთი მშობლების ქმედებებზე და ცხოვრების სტილზე დაკვირვების შედეგად უყალიბდებად დამოკიდებულება, ვინაიდან ოჯახის წევრები წარმოადგენენ როლურ მოდელებს, რომელთა ქმედებების მიბაძვასაც ახდენენ შვილები.

ჰუანგის-ისა და ლინის-ის მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, კოლეჯის ასაკის სტუდენტებს შორის ქორწინებისადმი დამოკიდებულება სერიოზულ სოციალურ პრობლემად იქცა. ახალგაზრდებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ქორწინებისადმი მათი დამოკიდებულების მნიშვნელობის გაგება, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს შობადობის შემცირება, ქორწინების გადადება და განქორწინების მაჩვენებლების ზრდა. მშობლის ურთიერთობა მნიშვნელოვანი საკვანძო ფაქტორია, რომელიც ძალიან გავლენიანია ახალგაზრდების ქორწინებისადმი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში (Lin, 2014).

სოდერმანის, სოფიას, კიმისა და კოენის-ის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მშობლების განქორწინება და მშობლების კონფლიქტი უარყოფით გავლენას ახდენს ახალგაზრდების ქორწინებაზე და განქორწინებაზე (Sodermans, 2015). განქორწინებული ოჯახის ბავშვებს აქვთ ქორწინების შიში, რადგან მათ ეშინათ მშობლების გზის გამეორების (Lin, 2014). მათ აღარ სურთ ქორწინება და განქორწინება ნელ-ნელა მათთვის ჩვეულებრივი ხდება.

სქესი და დამოკიდებულება ქორწინება/განქორწინების მიმართ

ისტორიულად, ბავშვების აღზრდა და ფინანსური უსაფრთხოება განიხილებოდა ქორწინების მთავარ მიზეზად (Wright, 2010). მკვლევარები თვლიდნენ, რომ ინდივიდები ავითარებენ თავიანთ დამოკიდებულებებს სხვადასხვა გამოცდილების საფუძველზე, მათ შორის ოჯახის, მედიის, რელიგიური ღირებულებებისა და თანატოლებისგან მიღებული გზავნილების ჩათვლით (Myers, 2012). ნებისმიერი სხვა სოციალური ფენომენის მსგავსად, ქორწინებას აქვს ნორმები, რომლებიც განსხვავებულია დროის სხვადასხვა მონაკვეთში და ერთი თემიდან მეორეში აქვს ცვალებადი ხასიათი. თუმცა, როგორც გენდერული როლები განვითარდა, შეიცვალა ტრადიციული ქორწინების მნიშვნელობაც, რომელშიც მამაკაცი, როგორც მარჩენალი და ქალი, როგორც საოჯახო საქმეების შემსრულებელი და ბავშვების აღმზრდელი განიხილებოდა. უმეტეს საზოგადოებებში ქორწინებისადმი დამოკიდებულება შეიცვალა თაობათა განსხვავებების, ასევე ისეთი სოციალურ-ეკონომიკურ მახასიათებლების გამო, როგორიცაა განათლება, დასაქმება და ქალაქური წარმოშობა. ოჯახის ფორმირების დრამატულმა ცვლილებებმა, ქორწინების დაგვიანებამ და ქორწინების მაჩვენებლის სწრაფმა ვარდნამ გამოიწვია სამეცნიერო კვლევებში და საჯარო დისკუსიებში ქორწინებისადმი დამოკიდებულების, ქორწინების თავიდან აცილებისა და წარმატებული ქორწინების ფაქტორების კვლევა.

სქესი არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც გასათვალისწინებელია მშობლების განქორწინებაზე ახალგაზრდების რეაქციების განხილვისას (Pickens, 2009). კაცები, ისევე როგორც ის ახალგაზრდები, რომელთა დედებიც არ ქორწინდებიან, უფრო უარყოფით დამოკიდებულებას ავლენენ მშობლების განქორწინების შემდეგ, ვიდრე ქალები. ამრიგად, ვაჟებისთვის მნიშვნელოვანია, შეინარჩუნონ მშობელი-შვილის მჭიდრო კავშირი მამასთან, რათა დაეხმარონ განქორწინების დაძლევაში და არა სოციალური, ემოციური და ფსიქოლოგიური აშლილობის განვითარებაში. როდესაც დედა არ ქორწინდება განქორწინების შემდეგ, ვაჟები და ქალიშვილები უფრო მეტად განიცდიან განქორწინების შემდეგ სოციალურ, ემოციურ, ფსიქოლოგიურ და აკადემიურ პრობლემებს, ასევე დაბალი თვითშეფასების და თავდაჯერებულობის, ცუდი ქულების და ქცევის ინტერნალიზებას, როგორიცაა სიბრაზე, დეპრესია და შფოთვითი აშლილობები (Moats, 2004).

თუმცა სხვა მეცნიერებმა, გომმა, ოიშიმ, დარლინგტონმა და დინერმა ვერ იპოვეს მნიშვნელოვანი განსხვავება ქალებისა და მამაკაცების დამოკიდებულებებში (Gohm, 1998). ასევე ჯენიფერ ლე ბრუკის კვლევის შედეგების თანახმად სქეს შორის განსხვავება არ არის ქორწინება/განქორწინების მიმართ დამოკიდებულებებში, არამედ ქალებიც და მამაკაცებიც, რომელთა მშობლებიც განქორწინდნენ აქვთ უარყოფითი დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ იმ ქალებსა და მამაკაცებთან შედარებით, რომელთა მშობლებიც არ ყოფილან განქორწინებულნი. მსგავსი შედეგები მიიღეს ინდონეზიაში ჩატარებული კვლევის შედეგად, რომლის თანახმადაც ქორწინება/განქორწინების მიმართ დამოკიდებულებებში არ იყო განსხვავება სქესის მიხედვით (Cahaya et al., 2020).

ზემოთხსენებულიდან გამომდინარე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ არსებობს ლიტერატურულ წყაროებში აზრთა სხვადასხვაობა სქესსა და ქორწინება/განქორწინების მიმართ დამოკიდებულებებს შორის. გენდერული იდეოლოგიის ცვლილება შესაძლოა დაკავშირებულია იმ ფაქტორთან, რომ სქესის მიხედვით არ აღინიშნება განსხვავება ქორწინება/განქორწინების მიმართ. ფემინისტური მოძრაობების გააქტიურებამ გარკვეულწილად ხელი შეუწყო ქალებისა და მამაკაცების ტრადიციული დამოკიდებულების ცვლილებას, რომელშიც მოიზარებოდა, რომ ოჯახის შექმნა და შვილების ყოლა იყო აუცილებელი, ხოლო განქორწინება იყო ამ ინსტიტუტის ჩამომლის საფუძველი.

ქორწინება და განქორწინება საქართველოში

საქართველოში, ოჯახის შექმნა იყო ერთ-ერთი უმთავრესი დანიშნულება, როგორც ქალებისთვის, ასევე მამაკაცებისთვის, რომელშიც აუცილებლად იგულისხმებოდა საეკლესიო ქორწინება, რომელიც იურიდიულად უნდა ყოფილიყო აღიარებული. მაგალითად, სოციოლოგიური კვლევის შედეგად, რომელიც 2014 წელს ჩატარდა, დადგინდა, რომ დამოკიდებულ რესპონდენტთა უმრავლესობისთვის, კერძოდ, ქალების 71%-ისა და მამაკაცების 68%-ისთვის აუცილებელია საეკლესიო ქორწინება, რომელიც იურიდიულად უნდა იყოს აღიარებული სახელმწიფოს მიერ. (დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტი, 2014).

გირტ ჰოფსტედეს და გერტ იან ჰოფსტედეს კულტურულ განზომილებებს, თუ გავითვალისწინებთ, საქართველო წარმოადგენს კოლექტივისტურ და მასკულინურ საზოგადოებას, რაც გულისხმობს იმას, რომ ქართული საზოგადოებაში როლები არის არათანაბრად გადანაწილებული, ოჯახის უფროსად მოიაზრება მამაკაცი და მნიშვნელოვანია ქალებმაც და მამაკაცებმაც შეინარჩუნონ ოჯახის „სახე“, რაც იმას გულისხმობს, რომ ქალებმაც და მამაკაცებმაც მასკულინური და კოლექტივისტური კულტურისთვის დამახასიათებელი როლური მოლოდინები უნდა დააკმაყოფილონ (ჰოფსტედე, 2011). ქართული საზოგადოებისთვის, როგორც მასკულინური, კოლექტივისტური და ამავდროულად მართლმადიდებლური კულტურისთვის, როგორც ზემოთ ვახსენეთ, ოჯახის უფროსად მოიაზრებოდა მამაკაცი, რომელიც უზრუნველყოფდა ოჯახს მატერიალური თვალსაზრისით, თუმცა მეოცე საუკუნის მეორე ნახევრიდან, როგორც საზღვარგარეთ, ამავდროულად საქართველოშიც შეიცვალა როლური მოლოდინები და ძალაუფლებათა გადანაწილება. ოჯახის მარჩენალის სტატუსის ცვლილებამ ხელი შეუწყო მამაკაცების, როგორც ლიდერების, დომინანტების და ქალების, როგორც მათზე დაქვემდებარებულების სტატუსების მოდიფიცირებას. ქალების როლი გაიზარდა როგორც ოჯახში, ასევე სოციალურ და პოლიტიკურ ველშიც. ქალები გახდნენ უფრო დამოუკიდებელი ეკონომიკურად, რამაც შესაძლებლობა მისცა მათ არ ყოფილიყვნენ მამაკაცებზე დამოკიდებულნი მატერიალური თვალსაზრისით. საზოგადოების დამოკიდებულებაც, თუ ვინ უნდა იყოს ოჯახის მარჩენალი, დროის ცვლილებასთან ერთად იცვლება. ამ დამოკიდებულების ცვლილებას ადასტურებს ერთ-ერთი კვლევა. კავკასიის ბარომეტრის მიერ 2019 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგების თანახმად, თუ ვინ უნდა იყოს მთავარი ოჯახის მარჩენალი საქართველოში, რესპონდენტების 43%-მა (n=1556) უპასუხა, რომ არის ქალი, მაშინ როდესაც 2010 წელს რესპონდენტების 83%-მა (n=5043) უპასუხა, რომ კაცები უნდა იყვნენ ოჯახის მარჩენალები. (Center, 2010, 2019)

მიუხედავად იმისა, რომ ქართული საზოგადოებისთვის ქორწინების ინსტიტუტი და ოჯახი მნიშვნელოვანია, სოციალურმა ცვლილებებმა გამოიწვია განქორწინების რიცხვის ზრდა და ამავდროულად განქორწინებისადმი დამოკიდებულებების ცვლილებაც. მაგალითად, 2017 წელს ჩატარებული კვლევის თანახმად, ქალების (22%, n=305) განაცხადა, რომ განქორწინება დაუშვებელია, ხოლო მამაკაცების (32%, n=215) განაცხადა იმავე, მაშინ როდესაც 2011 წელს ჩატარებული კვლევის თანახმად, მამაკაცების (n=1225) და ქალების (n=1615) უმეტესობისთვის (47%, n=2837) განქორწინება თანაბრად გაუმართლებელი იყო (Center, 2011-2017)

ქართულ კულტურაში განქორწინებულები იყვნენ სტიგმატიზირებულნი, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყო ღირებულებებით და ნორმებით, რომელიც ტრადიციის საფუძველს წარმოადგენდა. ქართული ტრადიციისთვის განქორწინება მორალურად და სოციალურად გაუმართლებელი იყო. დევიანტად აღიქმებოდნენ განქორწინებულები და ასეთ ადამიანებს უარყოფით იარაღს აწერდნენ, რაც ინდივიდის განმსაზღვრელი მახასიათებელი იყო. ნეგატიურ ჭრილში განიხილებოდა განქორწინება, ვინაიდან მიიჩნეოდა, რომ ის არღვევს ოჯახის ინსტიტუტს, რომელიც ოდითგანვე წმინდა იყო ქართული საზოგადოებისთვის. შესაბამისად, განქორწინება არქმული იყო, როგორც საფრთხის შემქმნელი იმ ძირითადი ღირებულებებისთვის, რომელიც ქართულ კულტურაში ცალკეული ინდივიდებისა და მთლიანად საზოგადოების კეთილდღეობის განმსაზღვრელად მიიჩნევა.

დროის სვლასთან ერთად საქართველოში, განწყობების ცვლილების კვალდაკვალ, განქორწინებების რიცხვიც იზრდება. მაგალითად, 2001 წლისთვის განქორწინების რაოდენობა საქართველოში შეადგენდა 1987-ს, თუმცა 2011 წლისთვის ეს მაჩვენებელი გაიზარდა 2.94-ჯერ, ხოლო 2016 წლისთვის 4.8-ჯერ. განქორწინების მაჩვენებლის ზრდა არ შემცირებულა და 2019 წლისთვის განოქორწინების მაჩვენებელი იყო 5.6-ჯერ გაიზარდა. 2020 წელთან შედარებით განქორწინების მაჩვენებელი 2021 წლისთვის 1.4-ჯერ გაიზარდა (მენაბდიშვილი, 2021).

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი. კვლევის მონაწილედ შეირჩა 18-23 წლამდე სტუდენტი განქორწინებული ოჯახიდან და სტუდენტი განუქორწინებელი ოჯახიდან. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 16-მა რესპონდენტმა, რომლებთანაც ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები. ინტერვიუს ხანგრძლივობამ შეადგინა 40-45 წუთი. რესპონდენტები, რომლებმაც მიიღეს კვლევაში მონაწილეობა განაწილდნენ შემდეგი ჯგუფების მიხედვით:

1. 4 ქალი რესპონდენტი-განუქორწინებელი ოჯახიდან
2. 5 კაცი რესპონდენტი-განუქორწინებელი ოჯახიდან
3. 4 ქალი რესპონდენტი- განქორწინებული ოჯახიდან
4. 3 კაცი რესპონდენტი - განქორწინებული ოჯახიდან

მონაცემთა ანალიზის დროს გამოიყო მნიშვნელოვანი თემები:

- ქორწინების მნიშვნელობის განსხვავება სქესის მიხედვით
- განქორწინების მიმართ მიმდებლობა სქესის მიხედვით
- ქორწინება/განქორწინების მიმართ ასოციაცია
- ქორწინების მოტივების განსხვავება გამოცდილებების მიხედვით
- განქორწინების მოტივების განსხვავება გამოცდილებების მიხედვით
- რელიგიისა და კულტურის როლი
- შიში ქორწინების მიმართ

რესპონდენტები შეირჩა მიზნობრივი შერჩევის ტექნიკის გამოყენებით. აღნიშნული ტექნიკა გამოიყენება შესაბამისი ცოდნის მქონე ან დაინტერესებული ფენომენის გამოცდილების მქონე პირების ან ინდივიდების ჯგუფების იდენტიფიცირებისთვის და შესარჩევად.

სხვადასხვა გამოცდილების მქონე სტუდენტებთან ინტერვიუს ჩასატარებლად გამოყენებულ იქნა თოვლის გუნდის შერჩევის მეთოდი, რაც გულისხმობს იმას, რომ კვლევის პროცესში რესპონდენტებს დავუკავშირდი ნაცნობობის პრინციპით, ერთ რესპონდენტთან

ინტერვიუს ჩატარების შემდგომ მან დამაკვირბა იმ რესპონდენტთან, რომლებიც იყვნენ ჩემი კვლევის სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი. ეს მეთოდი იქნა გამოყენებული, რადგან ჩემი პოტენციური მონაწილეები, რომლებიც არიან სტუდენტები განქორწინებული/განუქორწინებელი ოჯახებიდან რთულად საპოვნია იყო.

კვლევის დაწყებამდე რესპონდენტებმა, ვინც სურვილი განაცხადეს მონაწილეობაზე, ხელი მოაწერეს ინფორმირებულ თანხმობას. ხმის ჩასაწერად გამოყენებულ იქნა ელექტრონული მოწყობილობა და მონაწილეთა მიერ მოწოდებულ ინფორმაცია შენახულ იქნა აუდიოჩანაწერის საშუალებით. პირველი ინტერვიუს დასრულების შემდეგ, მოსმენილ იქნა ჩანაწერი. ინტერვიუების ტრანსკრიპტის დასრულების შემდეგ ჩატარდა კოდირების პროცესი დეტალური ანალიზის ჩასატარებლად. თითოეული მონაცემის თემების იდენტიფიცირების შემდეგ გაკეთდა ინტერპრეტაცია დასკვნის სახით.

კვლევის შეზღუდვა

არსებული კვლევა საკმაოდ სენსიტიურია, რომელიც მოითხოვდა რესპონდენტებისგან თავიანთი პირადი ცხოვრების, ოჯახური მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მოწოდებას, განსაკუთრებით რთული იყო იმ რესპონდენტებისგან ინტერვიუს აღება, რომლებიც იყვნენ განქორწინებული ოჯახის შვილები, ვინაიდან არ სურდათ ამ თემაზე საუბარი, აქედან გამომდინარე, ამ სამიზნე ჯგუფთან ინტერვიუები შეწყდა. შესაძლოა მეტი რესპონდენტის შემთხვევაში გვექონოდა განსხვავებული სახის ინფორმაცია და შედეგები. თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევების კომბინირება და სტუდენტების დამოკიდებულებების კვლევა ქორწინება/განქორწინების მიმართ თავიანთი გამოცდილებებიდან გამომდინარე გაამდიდრებდა არსებულ კვლევას. რაოდენობრივი კუთხით, განქორწინებული მშობლების შვილების მოსაზრებების კვლევამ შესაძლოა ახალი მიგნებები გამოკვეთოს და ამავდროულად რაოდენობრივი კვლევის ჩატარება, მკვლევრებს მისცემს შესაძლებლობას დაადგინონ კორელაცია სტუდენტების გამოცდილებასა და ქორწინება/განქორწინების მიმართ დამოკიდებულებას შორის, ასევე შესაძლებლობას მისცემს რაოდენობრივი კვლევა განაზოგადონ არსებული შედეგები და იკვლიონ დამატებითი ფაქტორები.

კვლევის შედეგები

ქორწინების მნიშვნელობის განსხვავება სქესის მიხედვით

კვლევის შედეგების თანახმად, იმ რესპონდენტებისთვის, რომლებიც არიან განუქორწინებელი მშობლების შვილები, ყველასთვის მნიშვნელოვანია ქორწინება განურჩევლად სქესისა და პოზიტიური კუთხით უყურებენ ქორწინების ინსტიტუტს. სტუდენტებისთვის ქორწინების ინსტიტუტი არის წმინდა, რომლის მეშვეობითაც ორ ინდივიდს შორის ურთიერთობა უფრო ღრმავდება და ახალ ეტაპზე გადადის ურთიერთობა, რომელიც ბავშვის განვითარებისთვის აუცილებელია:

“როგორც ყველა ბავშვისთვის და ადამიანისთვის, ძალიან მნიშვნელოვანია ჩემთვისაც. (რესპონდენტი 1 ქალი)”

„ჩემთვის ძალიან მნიშვნელოვანია და მგონია, რომ როცა ოჯახს ქმნი, ადამიანს ყველაფერი უნდა გქონდეს განსაზღვრული და უნდა თვლიდე, რომ ძალიანს წორ ნაბიჯს დგამ (რესპონდენტი 2 ქალი)”

„ჩემთვის ოჯახი არის ურთიერთობის უფრო გაღრმავება. ჩემთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ქორწინება, რადგან მგონია რომ ქორწინებით ურთიერთობა უფრო ღრმავდება. (რესპონდენტი 3 ქალი)”

„ქორწინება უმნიშვნელოვანესია ჩემთვის, რადგან ქმნი ოჯახს და შენს საყვარელ ადამიანთან ხარ მთელი შენი ცხოვრება (რესპონდენტი ქალი 16)”

„ჩემი აზრით, ოჯახი არის უპირველესი, ყველაზე წმინდა, რაც კი ნებისმიერ ადამიანს გააჩნია იმიტომ რომ, ოჯახი არის შეუცვლელი და სწორედ ამიტომ ძალიან სათუთად უნდა მოვეპყრათ. ჩემთვის ძალიან დიდ როლს თამაშობს ქორწინების ინსტიტუტი. (რესპონდენტი 4 კაცი)”

მიუხედავად იმისა, რომ ქალებისთვისაც და კაცებისთვისაც ქორწინების ინსტიტუტი ძალიან მნიშვნელოვანია, ერთ-ერთი საინტერესო საკითხი არის განსხვავება ქალებისა და კაცების მოსაზრებებს შორის, თუ რა განაპირობებს ქორწინების მნიშვნელობას მათთვის. ქალები განუქორწინებელი ოჯახებიდან მიიჩნევენ, რომ ქორწინება მათთვის მნიშვნელოვანია, რადგან ხელს უწყობს ურთიერთობის გაღრმავებას, ცხოვრების ახალ ეტაპზე გადასვლას, თუმცა მამაკაცებისთვის ქორწინების მნიშვნელობა მდგომარეობს იმაში, რომ ქართული ტრადიციების, რელიგიის თანახმად, მამაკაცისთვის მნიშვნელოვანია ყავდეს ოჯახი, შვილები და გააგრძელოს თავისი გვარი. შესაძლოა ეს ყოველივე განპირობებული იმით, რომ საქართველოში ქორწინების მიზანი იყო ქალისა და კაცის კავშირი შთამომავლობისა და ოჯახის შესაქმნელად (გოგოლიშვილი, 2019). ქართულ, მასკულინურ საზოგადოებაში სწორედ არსებობს დამოკიდებულება, რომ მამაკაცისთვის მნიშვნელოვანია ყავდეს ოჯახი, შვილები და გვარის გამგრძელებელი და სწორედ ეს წარმოადგენს ნორმას. მიუხედავად იმისა, რომ დროის სვლასთან ერთად ეს სტერეოტიპები მცირდება, კაცებში გარკვეულწილად მაინც არსებობს ეს დამოკიდებულება, რომელიც შესაძლოა უფროსი თაობისგან, მშობლებისგან იყოს დასწავლილი:

„ძალიან მნიშვნელოვანია. ქართული ტრადიციებიდან გამომდინარე, ასევე უფრო ოფიციალურ სახეს აძლევს ურთიერთობას.(რესპონდენტი 7 კაცი)“

„ქორწინება არის ცხოვრების განუყოფელი ნაწილი ჩემი აზრით, აუცილებლობას წარმოადგენს, ტრადიციიდან და რელიგიიდანაც გამომდინარე, ცხოვრების რაღაც ეტაპზე მგონია რო ყველა ოჯახდება ან ზოგი ვერ ოჯახდება არ გამოსდით მაგრამ ამის დიდი სურვილი აქვთ.(რესპონდენტი 9 კაცი)“

„ძალიან მნიშვნელოვანია, მითუმეტეს მამაკაცისთვის, ცხოვრებაში ყველას სჭირდება მეორე ნახევარი. ოჯახის შექმნა მინდა შვილებისთვის, მომავლისთვის, გვარი გაავარძელო.(რესპონდენტი 11 კაცი)“

რაც შეეხება განქორწინებული მშობლების შვილებს, მათთვისაც ქორწინება მნიშვნელოვანია განურჩევლად სქესისა. ქორწინების მნიშვნელობა მდგომარეობს მათთვის იმაში, რომ თავიანთი მშობლებისგან გამომდინარე ოჯახური ერთიანობა, სტაბილურობის შეგრძნება აკლდათ და მათ აქვთ სურვილი, რომ მომავალში ქონდეთ ეს სტაბილური ქორწინება. რესპონდენტებს სჯერათ, რომ ქორწინება არის სამუდამო, თუმცა არსებობს მათი აზრით ქორწინება, რომელიც სამუდამოდ არ გრძელდება და ამის ნათელი მაგალითი მათთვის არიან მშობლები, თუმცა მიიჩნევენ, რომ ქორწინების სამუდამოობის საფუძველი არის ურთიერთგაგება, პატივისცემა და სიყვარული. ქალებისთვის და კაცებისთვის ქორწინების მნიშვნელობას განუქორწინებელი ოჯახის შვილების მსგავსად განაპირობებს სხვადასხვა ფაქტორი. მამაკაცებისთვის მნიშვნელოვანია, რადგან ამას მათი რელიგია და ტრადიცია კარნახობს, ხოლო ქალებისთვის ქორწინება არის მნიშვნელოვანი, რადგან ურთიერთობის გაღრმავებას უწყობს ხელს და ამავდროულად ის დანაკლისი, რაც მშობლებისგან ქონდათ, სურთ თავიანთ ქორწინებაში დააკომპენსირონ. ერთ-ერთი საინტერესო მიგნება კვლევის იყო ის, რომ ქალი რესპონდენტები განქორწინებული ოჯახებიდან თვლიან, რომ თავიანთმა გამოცდილებამ მიუხედავად დიდი სტრესისა მოიტანა გამოცდილებაც, რაც მდგომარეობს იმაში, რომ პარტნიორის ძებნისას და დაოჯახებაზე ფიქრისას ისინი არიან უფრო ფრთხილნი, ყურადღებიანები და იციან, თუ რა ღირებულებებს მიაქციონ ყურადღება, რომ მსგავსი გამოცდილება არ მიიღონ, რაც მათმა დედებმა განიცადეს:

„ვფიქრობ რომ განქორწინებული შვილი უფრო ბევრად ძლიერი იქნება ქორწინების კუჯახით, ვიდრე ის ვინც არ არის ანოქორწინებულების ოჯახიდან. რადგან ბევრ დეტალს და შეცდომას აკვირდები და არ გინდა, რომ მსგავსი შეცდომა დაუშვა რაც დედაშენმა დაუშვა.(რესპონდენტი 13 ქალი)“

„ჩემთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, მნიშვნელოვანია სწორედ იმიტომ რომ სწორედ ეს სტაბილურობა მეტვითონ მაკლდა და ჩემი მშობლებისთვის ეს მნიშვნელოვანი არ იყო, ზუსტად მაგიტომ ყოველთვის ძან მოწინავე არის ჩემთვის, ქორწინების ინსტიტუტში ჩემთვის მნიშვნელოვანია სტაბილურობა.კი მჯერა, არსებობს სეთი ქორწინება,რომელიც არის სამუდამო

და ჩემთვის ზუსტადესეთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს, რადგან ქორწინება ჩემთვის აუცილებლად უნდა იყოს სამუდამოლ.(რესპონდენტი 6 ქალი)“

„მგონია რომ ქორწინება ბედნიერების სხვა საფეხურია, მგონია ცხოვრება ეტაპებად დაყოფილია და ერთი კონკრეტული ეტაპია ქორწინება, თავიდან სწავლობ ცხოვრებას და მგონია ძალიან საინტერესოა.(რესპონდენტი 10 ქალი)“

„მნიშვნელოვანია, რაც მე ვიცი ჩემი გამოცდილებიდან და ირგვლივ მყოფიდან, როდესაც ბავშვს ორივე მშობელი ყავს უფრო ჯანსაღად ვითარდება, ასე რომ მნიშვნელოვანია.(რესპონდენტი 12 კაცი)“

განქორწინების მიმართ მიმდებლობა სქესის მიხედვით

ყველა გამოკითხული რესპონდენტი ქალის აზრით, განქორწინება არ წარმოადგენს ტრაგედიას და როდესაც წყვილი ვერ ეწყობა ერთმანეთს უმჯობესია განქორწინდნენ, ვინაიდან ამან უფრო დიდი ზიანი შეიძლება მიაყენოს წყვილს და შვილებს, ვიდრე განქორწინებამ. მათი აზრით რასაკვირველია უმჯობესია, რომ წყვილი ეცადოს ურთიერთობის გამოსწორებას, რადგან განქორწინების შემდგომ ქალსაც და კაცსაც რთული პერიოდის გავლა უწევს, სტრესულია მეორენახევართან განშორება და ამავდროულად ისინი სათანადო ყურადღებას ვერ აქცევენ შვილებს, რომლებისთვისაც ასევე ტრაგედიას წარმოადგენს მშობლების განქორწინება.

„როდესაც უკვე ხვდები და იმ ეტაპზე ხარ, რომ ველარ უგებ ადამიანს უნდა დაასრულო ურთიერთობა, მგონია მიზანშეწონილია განქორწინება თუ ხვდები, რომ ამ ადამიანთან აზრი აღარ აქვს არაფერს.(რესპონდენტი 2 ქალი)“

„არ მგონია, რომ რაიმე ტრაგედიაა, მართალია ქართველები ვფიქრობთ, რომ განქორწინებით ცხოვრება სრულდება მაგრამ სულაც არ არის ესე, რადგან ქორწინებამდე შეიძლება ჩვენს მეორე ნახევარს არ ვიცნობდეთ ისე, როგორც ქორწინების შემდეგ, თანაცხოვრების შედეგად უფრო სხვანაირად იცნობ ადამიანს(რესპონდენტი 3 ქალი)“

ყველა გამოკითხული რესპონდენტი კაცი ფიქრობს, რომ ყოვლად დაუშვებელია განქორწინება, ვინაიდან ის ცუდ ზეგავლენას ახდენს შვილებზე და შესაძლოა დიდი ზიანი მიაყენოს მათ.

„რა თქმა უნდა, უპირობოდ განქორწინება ცუდია.განქორწინება ჩემთვის უარყოფითი სიტყვაა, იმიტომ რომ ამ დროს ოჯახი იშლება ორ ნაწილად და კიდევ ათასი ნიუანსია მანდ.რა თქმა უნდა, პირველ რიგში შვილებზე, შემდეგ მათ მშობლებზეც.(რესპონდენტი 4 კაცი)“

„ნუ როცა შვილი ყავთ რთულია და არ ვამართლებ როცა შვილი ყავთ. მე ვუყუარებ როგორც ტრაგედიას, რადგან ბავშვზე ახდენს გავლენას და თვითონ ორივე პიროვნებაზე, შეიძლება შვილებს ტრამვა გაუჩინოს.(რესპონდენტი 7 კაცი)“

„განქორწინება არის ცუდი, მაგრამ არა დაუშვებელია. ცუდია იმიტომ რომ თუ წყვილს ყავს შვილები, მათზე აუცილებლად ცუდად იმოქმედებს, არ მოქმედებს მშ'ბლების განქორწინება კარგად შვილებზე, განქორწინება ნისნავს უბრალოდ დაშლას და ის მეორე ადამიანი შენს ცხოვრებაში მაინც არსებობს, კომუნკაცია მაინც გიწევს და თავს მაინც გაგხსენებს.(რესპონდენტი 9 კაცი)“

განქორწინებული ოჯახის შვილები, როგორც ქალები, ასევე კაცები განქორწინებას არ უყურებენ, როგორც ტრაგედიას, არამედ თვლიან, რომ განქორწინება ხშირ შემთხვევაში არის აუცილებელი და მათთვის არის დასაშვები, ვინაიდან თვლიან, რომ განქორწინებამდე სანამ მიდის წყვილი გადიან ხანგრძლივ პროცესს და ეს არ არის უცაბედად მიღებული გადაწყვეტილება, არამედ დიდი ხნის ფიქრის შედეგი. რესპონდენტთა აზრით განქორწინება დღეს მაინც გარკვეულწილად მიუღებელია ქართული საზოგადოებისთვის და ხშირად წყვილი ერთმანეთს არ შორდება, ვინაიდან მათ აქვთ შიში, თუ რას იტყვის საზოგადოება მათზე და არ სურთ თავიანთ მშობლებს გაუცრუონ იმედები.

„თუ ორ ადამიანს ერთად ცხოვრება აღარ მოსწონს და თვლიან რომ ორივე მხარე და თვლიან რომ ერთად ცხოვრება რთულია, ვფიქრობ რომ უნდა განქორწინდნენ, ეს ასევე

მნიშვნელოვანია შილებისთვისაც, მნიშვნელოვანია მალე იქნეს მღებული გადაწყვეტილება, რომ მენტალობა არ დაზიანდეს შვილების.(რესპონდენტი 13 ქალი)“

„გააჩნია განქორწინების ქეისს, მაგრამ ვთვლი განქორწინება ზოგ ურთიერთობას, ი აუცილებელია და კარგი გადაწყვეტილებაა და თუ სურთ განქორწინება უკან არუნდა დაიხიოს ადამიანმა და სხვების ზეგავლენის გამო არ უნდა იყოს უბედურ ქორწინებაში.(რესპონდენტი 10 კაცი)“

„განქორწინება არ არის უცაბედი რამე, არამედ მას დიდი ბეჭერაუნდი აქვს, არცერთ ადამიანს არუნდა საყვარელი ადამიანი გააქროს ცხოვრებიდან, მითუმეტეს შვილები ყავთ, მაგრამ თუ ერთად ყოფნა „სვილებს უფრო ვნებს, წყვილი აუცილებლად უნდა დაშორდეს.(რესპონდენტი 14 კაცი“

„მე ვფიქრობ, განქორწინება აუცილებლად უნდა დადგეს თუ წყვილი ვერ მიაღწევს ჰარმონიას და ვერ გაიგებს, იმიტომ რომ ჯობია განქორწინდნენ თუ ხვდებიან რომ ერთმანეთისთვის არარიან შექმნილნი ვიდრე იყო ქორწინებაში და იყო უბედური.(რესპონდენტი 8 ქალი)“

განქორწინებული ოჯახის შვილების დამოკიდებულებები განსხვავებულია განუქორწინებელი ოჯახის შვილების დამოკიდებულებებისგან. მარიონმა და ფანიმ დაადგინეს, რომ განუქორწინებელი ოჯახებიდან მოზარდებს აქვთ ქორწინებისადმი უფრო დადებითი დამოკიდებულების ტენდენცია, ვიდრე განქორწინებული ოჯახებიდან (Fanie Collardeau, 2016). ჩემ მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები განსხვავდება გარკვეულწილად არებული კვლევის შედეგებისგან. განქორწინებული და განუქორწინებელი ოჯახის შვილების მოსაზრებები ქორწინების მიმართ არის მსგავსი, ქორწინებას უყურებენ პოზიტიური კუთხით. რაც შეეხება განქორწინებას, სხვადასხვა გამოცდილების მქონე რესპონდენტების დამოკიდებულება განსხვავებულია. განუქორწინებელი მშობლები შვილების, კონკრეტულად მამაკაცებისთვის ყოვლად დაუშვებელია განქორწინება, ხოლო განქორწინებული მშობლების შვილებისთვის არ წარმოადგენს ეს ფაქტორი ტრაგედიას, არამედ როდესაც წყვილი ფიქრობს, რომ სურთ განქორწინება უმჯობესია განქორწინდნენ. მსგავსი დამოკიდებულება აქვთ იმ ქალებსაც, რომლებიც არიან განუქორწინებელი ოჯახის შვილები.

ქორწინება/განქორწინების მიმართ ასოციაცია

კვლევის შედეგების თანახმად, რესპონდენტები როდესაც ქორწინება/განქორწინება ტერმინს წარმოიდგენენ, სხვადასხვა სიტყვებთან უჩნდებათ ასოციაციები. სტუდენტები, რომელთა მშობლებიც არ არიან განქორწინებულები მსგავსი ასოციაციები ქონდათ განურჩევლად სქესისა. ქორწინების მიმართ მათი ასოციაცია იყო პოზიტიური, რაც შესაძლოა გამოწვეულია მათი მშობლების, როგორც როლურ მოდელებზე დაკვირვების შედეგი. მათ შესაძლოა ჩამოუყალიბდათ დამოკიდებულება და რწმენა იმის საფუძველზე, რასაც მათ მშობლებზე დაკვირვების შედეგად ხედავდნენ (იხ.ცხრილი 1):

„ქორწინება ჩემთვის დადებით და პოზიტიურ სიტყვებთან ასოცირდება, როგორცაა სიყვარული, ერთგულება და ურთიერთპატივისცემა (რესპონდენტი 2-ქალი)“

„ერთგულება, ურთიერთგაგება და რწმენა, რომ საუბრით ყველაფერი შესაძლებელია(რესპონდენტი 3-ქალი)“

„ჩემი აზრები პოზიტიური სიტყვებისკენ მიდის, როდესაც განქორწინება მესმის, სიყვარული, ერთგულება, მარადიულობა(რესპონდენტი 9-კაცი)“

„ყველაფერ კარგთან ასოცირდება ჩემთვის, ოჯახის შექმნასთან, სიყვარულთან, ურთიერთგაგებასთან(რესპონდენტი 11-კაცი)“

რაც შეეხება განქორწინების მიმართ სტუდენტების ნეგატიურ დამოკიდებულებას, შესაძლოა განპირობებულია იმით, რომ მათი მშობლები ვინაიდან იმყოფებიან ქორწინებაში და ქორწინების ინსტიტუტი წარმოუდგენიათ, როგორც წმინდა, რომელიც სიყვარულთან და ერთგულებასთან არის ასოცირებული, განქორწინება წარმოუდგენიათ, როგორც ოჯახის დაშლის საფუძველი, რომელიც ანგრევს მათ რწმენას, რომ ქორწინება არის მუდმივი. აქ საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ქალი რესპონდენტები, რომლებიც დამოკიდებულებებზე

საუბრობდნენ, რომ განქორწინება მათთვის მისაღებია, ასოციაციებზე საუბრისას ნეგატიურ სიტყვებს წასრმოიდგენენ, რაც შესაძლოა გამოწვეულია იმ ფაქტორით, რომ მათი მშობლები არ არიან განქორწინებულნი, განქორწინება მათთვის მაინც ასოცირდება ნეგატიურ ტერმინებთან, ვინაიდან ის ასოცირდება ოჯახის განცალკევებასთან, დიდი დროის გატარებას რომელიმე ერთ მშობელთან ან სრულიად ერთ მშობელთან ურთიერთობის გაწყვეტას(იხ.ცხრილი 3):

„განქორწინება ტერმინი ჩემთან ასოცირდება ყველაფერ ცუდთან, ოჯახის დანგრევასთან, სიყვარულის გაქრობასთან, უპატივცემულობასთან. შეიძლება უპატივცემულობა არ იყოს მაგრამ, როგორც კი განქორწინებაზე ვფიქრობ ეგ მახსენდება(რესპონდენტი 4-კაცი).“

„რაც პირველი მახსენდება განქორწინებაზე არის იმედგაცრუება, კონფლიქტები და სხვადასხვა ხალხის ჩარევა(რესპონდენტი 5-კაცი)“

„მარტოობა, თავისუფლება და შიში. თავისუფლება რაღაც მხრივ პასუხისმგებლობასთანაა დაკავშირებული და როდესაც მარტო ხარ მხოლოდ შენს თავზე ხარ პასუხისმგებელი(რესპონდენტი 6-ქალი)“

„ტრამვა, მარტოობა და სევდა მახსენდება განქორწინებაზე და ჩემთვის სწორედ ამ სამ სიტყვასთან ასოცირდება(რესპონდენტი 1-ქალი)“

სტუდენტები განქორწინებული ოჯახებიდან ქორწინება/განქორწინების მიმართ ასოციაციებს ამბივალენტური დამოკიდებულებით გამოხატავენ. მიუხედავად იმისა, რომ ერთგულებასთან, ბედნიერებასთან და ჰარმონიასთან ასოცირდება ქორწინება, ამავდროულად პრობლემებთან და უხერხულობასთან ასოცირდება. რესპონდენტების აზრით, ქორწინების საწყისი პერიოდი არის ჰარმონიაში და ბედნიერებაში ცხოვრება, ვინაიდან ცხოვრების ახალ ეტაპზე, როდესაც არიან ინდივიდები, მათთვის ეს ყველაფერი სიახლეს წარმოადგენს, არიან აჟიტირებულნი და ბოლოს ხვდებიან, რომ ეს ყველაფერი არ არის სამუდამო (იხ.ცხრილი 2). სტუდენტების ამბივალენტური დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ შესაძლოა განპირობებულია მშობლების გამოცდილებიდან გამომდინარე და სხვებზე დაკვირვების საფუძველზე. მათი პოზიტიური დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ შესაძლოა გამოწვეული იყოს იმ ფაქტით, რომ თავიანთი მშობლები ერთ დროს დაქორწინებულები იყვნენ ან თუნდაც სხვა როლურ მოდელებზე დაკვირვებით, თუნდაც მეგობრები, ახლობლები ან ოჯახის წევრები და მათზე დაკვირვებით უჩნდებათ პოზიტიური დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ, თუმცა ამავდროულად ნეგატიურად უყურებენ ქორწინებას, ვინაიდან მშობლების გამოცდილების საფუძველზე, ოჯახურ კონფლიქტებზე დაკვირვებით უყალიბდებათ ნეგატიური დამოკიდებულება, რომ ქორწინება არის პრობლემური, რომელიც იწვევს ორ ადამიანს შორის კონფლიქტს. რაც შეეხება განქორწინების მიმართ ასოციაციას, განუქორწინებელი ოჯახის შვილებისგან განსხვავებით, მათი დამოკიდებულება ნაკლებად მწვავეა და თავისუფლებასთანაც კი ასოცირდება სტუდენტებისთვის, რაც შესაძლოა გამოწვეულია იმ ფაქტორით, რომ განქორწინების შედეგად ისინი თვლიან, რომ ინდივიდი მხოლოდ საკუთარ თავზეა პასუხისმგებელი და არ აქვს ის პირადი შეზღუდვები, რაც ქორწინების დროს შესაძლოა ქონდეთ (იხ.ცხრილი 4). ერთ-ერთი რესპონდენტი თავისუფლების ასოციაციას განქორწინებასთან მიმართებაში ხსნის შემდეგნაირად:

„ჩემთვის განქორწინება ასოცირდება თავისუფლებასთან, ვინაიდან ქორწინებაში, როდესაც იმყოფები გიწევს იყო პასუხისმგებელი არამხოლოდ საკუთარ თავზე, არამედ მეორე ნახევარზეც, მარტო ვერ იღებ გადაწყვეტილებებს და დამოუკიდებლად, გაუფრთხილებლად ვერ გადიხარ ვერსად, შესაბამისად განქორწინება გარკვეულწილად საკუთარ თავში მოიაზრებს თავისუფლებასაც(რესპონდენტი 8)“

რაც შეეხება ისეთ ასოციაციებს, როგორცაა შიში, მარტოობა, გაურკვეველობა და დაბნეულობა. ხშირია შემთხვევები, როდესაც უწევთ შვილებს ერთი მშობლის არჩევა და მასთან თანაცხოვრება, რაც იწვევს გაურკვეველობას, ასევე შიშს იმის, რომ მეორე მშობელიც მიატოვებს მათ და დაბნეულები არიან. მშობლები განქორწინების შემდგომ დიდ ყურადღებას ვერ უთმობენ შვილებს განქორწინების შედეგად მიღებული ტრამვის გამო, რის შედეგადაც ახალგაზრდები განიცდიან მარტოობას. შედეგად განქორწინებული ოჯახის შვილებს პირადი

გრძნობების ასოციაცია უფრო უზნდებათ განქორწინების მიმართ, ვიდრე განუქორწინებელი ოჯახის შვილებს.

ცხრილი I. ქორწინების მიმართ ასოციაცია (განუქორწინებელი ოჯახის სტუდენტები)

რესპონდენტი 1-ქალი რესპონდენტი 2-ქალი რესპონდენტი 3-ქალი რესპონდენტი 4-კაცი რესპონდენტი 5-კაცი რესპონდენტი 7-კაცი რესპონდენტი 9-კაცი რესპონდენტი 11-კაცი რესპონდენტი 16-ქალი	სიყვარული, ბედნიერება
	ერთგულება, ნდობა
	ურთიერთპატივისცემა
	ერთიანობა, ურთიერთგაგება
	თანაცხოვრება, ოჯახის შექმნა

ცხრილი II. ქორწინების მიმართ ასოციაცია (განქორწინებული ოჯახის სტუდენტები)

რესპონდენტი 6-ქალი რესპონდენტი 8-ქალი რესპონდენტი 10-ქალი რესპონდენტი 12-კაცი რესპონდენტი 13-ქალი რესპონდენტი 14-კაცი რესპონდენტი 15-კაცი	უხერხულობა, კომპრომისი
	გარანტია, ერთგულება
	სიყვარული, ბედნიერება, ჰარმონია,
	სილამაზე, სილაღე
	პრობლემები

ცხრილი III. განქორწინების მიმართ ასოციაცია (განუქორწინებელი ოჯახის სტუდენტები)

რესპონდენტი 1-ქალი რესპონდენტი 2-ქალი რესპონდენტი 3-ქალი რესპონდენტი 4-კაცი რესპონდენტი 5-კაცი რესპონდენტი 7-კაცი რესპონდენტი 9-კაცი რესპონდენტი 11-კაცი რესპონდენტი 16-ქალი	მარტობა, იმედგაცრუება, სევდა
	ტრავმა, ღალატი, ტრაგედია, უბედურება
	დანგრეული ოჯახი
	სიყვარულის გაქრობა, უპატივცემულობა
	კონფლიქტი, მესამე პირის ჩარევა

ცხრილი IV. განქორწინების მიმართ ასოციაცია (განქორწინებული ოჯახის სტუდენტები)

რესპონდენტი 6-ქალი რესპონდენტი 8-ქალი რესპონდენტი 10-ქალი რესპონდენტი 12-კაცი რესპონდენტი 13-ქალი რესპონდენტი 14-კაცი რესპონდენტი 15-კაცი	თავისუფლება
	მარტობა, შიში
	უსიამოვნების განცდა, პრობლემა
	ღალატი, ჩხუბი
	გაურკვევლობა, დაბნეულობა

ქორწინების მოტივების განსხვავება გამოვდილებების მიხედვით

რესპონდენტები ქორწინებისა და განქორწინების რამოდენიმე მოტივს/მიზეზს ასახელებენ. ქალი რესპონდენტები, რომლებიც არიან განუქორწინებელი ოჯახის შვილები, ქორწინების მოტივად და მიზეზად ასახელებენ სიყვარულს, ოჯახის შექმნას, ურთიერთობის გაღრმავებას და ერთიანობას, ხოლო კაცები საუბრობენ, რომ ქორწინების მიზანი და მოტივია ოჯახის შექმნა, გვარის გაგრძელება, გამრავლება და მარტოობისგან თავის დაღწევა.

„ქორწინების მიზანი პირველ რიგში არის ოჯახის შექმნა, ერთიანობა შენს მეორე ნახევართან სამუდამოდ (რესპონდენტი 1 ქალი)“

„ქორწინების მიზანი არის ჩემი აზრით ურთიერთობის გაღრმავების და დამოუკიდებლობის დაწყების ახალი გზა საყვარელ ადამიანთან ერთად. (რესპონდენტი 3 ქალი)“

„ქორწინების მიზანი, პირველ რიგში არის თანაცხოვრება, გამრავლება, და უფრო ახლოს ყოფნა ერთმანეთთან. (რესპონდენტი 4 კაცი)“

„ქორწინების მიზანი არის შთამომავლობა და შენი გვარის გაგრძელება, ნაყოფის დატოვება, სიყვარულის. (რესპონდენტი 7 კაცი)“

ქალი რესპონდენტები განქორწინებული ოჯახიდან საუბრობენ, რომ ქორწინების მოტივი და მიზანი არის იმ ადამიანთან ცხოვრება, რომელსაც დაეყრდნობიან და ენდობიან და ადასტურებენ ამით, რომ დარჩენილი ცხოვრებას გატარებენ ერთ ინდივიდთან. რაც შეეხება კაცებს, ისინი საუბრობენ, რომ მთავარი მოტივი და მიზანია, რომ ჰქონდეს ინდივიდს სრულფასოვანი, წარმატებული პირადი ცხოვრება და უფრო ღრმა დონეზე გადაიყვანოს ურთიერთობა.

„ქორწინების მიზანია ადამიანი რომელიც გიყვარს გახდეს შენი ცხოვრების მეგობარი (რესპონდენტი 10 ქალი)“

„ურთიერთობის გამყარება და უფრო ღრმა დონეზე გადაყვანა, უფრო ორმალურია (რესპონდენტი 12 კაცი)“

„ქორწინების მიზანი არის რო გქონდეს სრულფასოვანი ცხოვრება, იყო სავსე და არა ნახევარი, ამავდროულად წარმატებული პირადი ცხოვრება და ა.შ (რესპონდენტი 13 ქალი)“

ქორწინების მოტივები და მიზეზები რესპონდენტთა სამი ჯგუფისთვის შესაძლოა ითქვას, რომ არის მსგავსი, ვინაიდან ისინი ასახელებენ სიყვარულს, ერთიანობას, საყვარელ ადამიანთან მთელი ცხოვრების გატარებას, თუმცა განსხვავებული შეხედულება აქვთ კაცებს განუქორწინებელი ოჯახებიდან. მათთვის ქორწინების მიზანს წარმოადგენს ოჯახის შექმნა, გვარის გაგრძელება, გამრავლება და მარტოობისგან თავის დაღწევა.

განქორწინების მოტივების განსხვავება გამოვდილებების მიხედვით

განქორწინებას, ქალი რესპონდენტები განუქორწინებელი ოჯახებიდან საუბრობენ, რომ მთავარი მოტივი და მიზანია გაუგებრობა, განსხვავებული შეხედულებები, ღალატი, ხოლო კაცები საუბრობენ, რომ მთავარი მოტივი და მიზანია წყვილს შორის ვერ გაგება, სიყვარულის გაქრობა, ღალატი და ადრეული ქორწინება, მისწრაფებების და დამოკიდებულებების ცვლილება და მესამე პირის ჩარევა. სწორედ კლარკსი და ვილიამსი (Ramsay, 1990) თავიანთ კვლევაში საუბრობდნენ, რომ დღეს ქორწინებებიან ფსიქოლოგიური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, როგორცაა მეგობრობა, ემოციური მხარდაჭერა, ინტიმური და რომანტიკული ურთიერთობა, რომელშიც მათ შეუძლიათ გაიზიარონ თავიანთი ცხოვრების ყველა ასპექტი და მიაღწიონ ბედნიერებას. განქორწინებული ოჯახის შვილები, როგორც ქალები ასევე კაცებიც ასახელებენ სამ უმთავრესს მიზეზს, ღალატი, ეკონომიკური მდგომარეობა და ძალადობა. განქორწინებული ოჯახის შვილებმა, ყველამ დაასახელა, რომ ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი არის ეკონომიკური მდგომარეობა.

„მატერიალური პრობლემა არის ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემა და ძალადობა, ღალატი (რესპონდენტი 13 ქალი)“

„ძალადობა, რომლის მსხვერპლებიც ქალები არიან სამწუხაროდ და ეკონომიკური მდგომარეობა. ქალები არჩენენ ძირითად შემთხვევაში ოჯახს და კაცები კი არ ეხმარებიან,

არამედ ძალადობენ მათზე და შესაბამისად განქორწინებამდეც მიდის მდგომარეობა. და დავამატებდი ღალატსაც“ (რესპონდენტი 10 ქალი)“

„ღალატი პირველ რიგში, ძალადობა, გამოყენება, მატერიალური მდგომარეობა (რესპონდენტი 12 კაცი)“

„ჩემი აზრით არის ძალადობა ქალების მიმართ, ღალატი და მატერიალური მდგომარეობა (რესპონდენტი 14 კაცი)“

„პირველ რიგში ძალადობა, ღალატი და შემდგომ დავასახელებ მატერიალურ მდგომარეობას, რაშიც ვგულისხმობ იმას, რომ ზოგჯერ ერთ ინდივიდს უწევს მთლიანად ოჯახის რჩენა და რასაც ვაკვირდები ბოლო წლები ქალები არჩენენ ძირითადად ოჯახს (რესპონდენტი 15 კაცი)“

სამი მნიშვნელოვანი მიზეზი, რომელიც დასახელდა განქორწინებული ოჯახის შვილების მიერ განქორწინების საფუძველად, ძალადობა, მატერიალური მდგომარეობა და ღალატი შესაძლოა თავიანთი გამოცდილების შედეგად არსებულ მიზეზებს წარმოადგენდეს. ამავდროულად საინტერესო ფაქტია ის, რომ რესპონდენტების პასუხი ხაზს უსვამს ძალადობის მსხერპლ ინდივიდებს, რომლებსაც წარმოადგენენ ქალები და ხაზს უსვამს საქართველოში არსებულ მდგომარეობას. ის ფაქტი, რომ განქორწინების მიზეზია მატერიალური მდგომარეობა, მასში იგულისხმება რესპონდენტების პასუხით, რომ ძირითადად ქალები არიან ოჯახის მარჩენალები, ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ საქართველოში არსებული ტრადიციული ღირებულებები, რომელიც ოჯახის მარჩენალ ინდივიდად კაცს მოიაზრებდა ნელ-ნელა ირღვევა და ქალი წარმოადგენს იმ ინდივიდს, რომელსაც ოჯახის მარჩენალის სტატუსი მიწერება. სწორედ ამ როლური მოლოდინების მოდიფიცირებას დროის სვლასთან ერთად ასახავს კვკასიის ბარომეტრის 2019 წლის კვლევის შედეგები (Center, 2019).

რელიგიის და კულტურის როლი

ქორწინებაზე და განქორწინებაზე საუბრისას გამოიყო ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორცაა რელიგია და კულტურა. ყველა რესპონდენტი საუბრობს, რომ რელიგია და კულტურა ქართული საზოგადოებისთვის ასრულებს უმნიშვნელოვანეს როლს. განქორწინებელი ოჯახის შვილები და ქალები განუქორწინებელი ოჯახებიდან საუბრობენ, რომ ხშირ შემთხვევაში კულტურის და რელიგიის გამო წყვილი უარს ამბობს განქორწინებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ ქორწინებაში უფრო უბედურები არიან. ეს ყოველივე მათი აზრით განპირობებულია რელიგიით, რომელიც უკიდურესი შემთხვევის დროს კრძალავს განქორწინებას და ასევე მათ საზოგადოების აზრის ემინიანთ, განსაკუთრებით კი ეს ეხებათ ქალებს. ხოლო ქორწინების შემთხვევაში, მათი აზრით ქართულ კულტურაში ასაკიც კი დაწესებულია, თუ როდის უნდა დაოჯახდეს ინდივიდი და ამის გამო ბევრი ახალგაზრდა შეცდომასაც უშვებს. მათი აზრით, მნიშვნელოვანია, თუ რას ფიქრობს თვითონ ინდივიდი და არ უნდა მოექცეს სხვათა ზეგავლენის ქვეშ.

„ჩემი აზრით ზოგიერთი ადამიანი განიცდის დიდ წნეხს რელიგიიდან და კულტურიდან, განსაკუთრებით კი ქალები განიცდიან ამ წნეხს, განქორწინების დროს ქალებს უფრო ცუდი თვალთ უყურებენ, ვიდრე მამაკაცებს (რესპონდენტი 15-კაცი)“

„ჩემს ირგვლივ უამრავი რელიგიური და ტრადიციული ადამიანია, რომლებისთვისაც მაგალითად მიუღებელია ქორწინებამდე სექსუალური კავშირი პარტნიორთან და არაერთხელ მომისმენია, როდესაც უთქვამთ, თუ ოჯახი დაინგრა, ესეიგი ცოლმა კარგად ვერ მიხედა ქმარსო (რესპონდენტი 10-ქალი)“

რესპონდენტი 7, 9 და რესპონდენტი 5, კაცები განუქორწინებელი ოჯახიდან საუბრობენ, რომ რელიგია და კულტურა დიდ როლს თამაშობს, როგორც თავიანთ ცხოვრებაში, ასევე სხვა ადამიანების ცხოვრებაშიც, მათთვის მიუღებელია მაგალითად წყვილის ქორწინებამდე თანაცხოვრება, ვინაიდან მათი მშობლებისთვის და მათთვისაც მიუღებელია.

„ყველას თავისი აზრი და დამოკიდებულება აქვს, მაგრამ ჩემთვის მიუღებელია (რესპონდენტი 5-კაცი)“

„თუ თანაცხოვრებამდე მივა ჩემი და ჩემი მეორე ნახევრის ურთიერთობა, მაშინ ავდგები და ცოლად მოვიყვან (რესპონდენტი 7-კაცი)“

„ჩემთვის პირადად მიუღებელია ქორწინებამდე წყვილის თანაცხოვრება, ზოგი ადამიანისთვის ეს არ წარმოადგენს პრობლემას, მაგრამ ჩემთვის წარმოადგენს (რესპონდენტი 9-კაცი)“

ქართული საზოგადოებისთვის, როგორც კოლექტივისტური და მასკულინური კულტურის მახასიათებლების მატარებლისთვის, ქორწინების ინსტიტუტი არის მნიშვნელოვანი. ქორწინება საქართველოში განსაზღვრული იყო ქრისტიანული მოძღვრებით და სხვა ქვეყნების მსგავსად, ქორწინების მიზანი იყო ქალისა და კაცის კავშირი შთამომავლობისა და ოჯახის შესაქმნელად (გოგოლიშვილი, 2019). რესპონდენტების განსხვავებული შეხედულებები შესაძლოა მრავალი ფაქტორით იყოს განპირობებული. მაგალითად განქორწინებული მშობლების შვილების შეხედულება, რომ მათთვის განქორწინება არ არის ტრაგედია და თანაცხოვრება მისაღებია, შესაძლოა განპირობებულია იმით, რომ მათი მშობლები განქორწინებულები არიან, შესაბამისად მათზე დაკვირვების საფუძველზე მისაღებია განქორწინება, ვინაიდან თანაცხოვრების პერიოდში წყვილი ერთმანეთს უკეთ იცნობს, რომლის პერიოდშიც შესაძლოა გამოავლინონ ისეთი თვისებები, რაც შემდგომში მათთვის მიუღებელი იქნება და მსგავსს გამოცდილებას არ მიიღებენ, რაც მათმა მშობლებმა განიცადეს, ხოლო განუქორწინებელი ოჯახის შვილებისთვის, კონკრეტულად მამაკაცებისთვის, რომლებისთვისაც მიუღებელია თანაცხოვრება და განქორწინება, ასევე შესაძლოა ოჯახიდან არის დასწავლილი. რაც შეეხება ქალებს, რომლებიც განუქორწინებელი ოჯახებიდან არიან და მსგავსი დამოკიდებულება აქვთ, როგორც რესპონდენტებს განქორწინებული ოჯახიდან, შესაძლოა განპირობებულია ფემინისტური შეხედულებების გავრცელებით, რომელიც მეტ თავისუფლებას, დამოუკიდებლობას და არჩევანის შესაძლებლობას ანიჭებს ქალებს.

შიში ქორწინების მიმართ

მიუხედავად იმისა, რომ განქორწინებული მშობლების შვილები, ქალი რესპონდენტები პოზიტიურად უყურებდნენ ქორწინების ფენომენს და მათთვის მნიშვნელოვანია ქორწინების ინსტიტუტი, ამავედროულად მათ აქვთ შიში ქორწინების, ვინაიდან არ უნდათ თავიანთი დედების მსგავსად დარჩნენ მიტოვებულნი, იმედგაცრუებულნი და არ განიცადონ ის, რაც მათმა დედებმა განიცადეს. ამავედროულად, მათ მამაკაცებთან მიმართებაში აქვთ დაბალი თვითშეფასება, არ არიან თავდაჯერებულები და არ ენდობიან მათ. ერთ-ერთი საინტერესო საკითხი იყო ის, რომ ქალი რესპონდენტები განქორწინებული ოჯახებიდან მიიჩნევდნენ, რომ გარკვეულწილად თავიანთი მშობლების განქორწინებამ დიდი პლიუსი შემატა მათ ცხოვრებას იმ კუთხით, რომ არიან ბევრად დაკვირვებულები ურთიერთობებში, აქცევენ ყურადღებას ისეთ დეტალებს, რასაც მათი თქმით არ გაითვალისწინებდნენ ისეთი ინდივიდები, რომელთა მშობლებიც არ არიან განქორწინებულნი.

„რამდენადაც ირონიული არ უნდა იყოს, ჩემი მშობლების განქორწინებამ ერთი მნიშვნელოვანი გაკვეთილი მასწავლა, ისეთ დეტალებს ვაკვირდები კაცებში და ისეთ საკითხებს ვაქცევ ყურადღებას, რასაც მაგალითად არ მივაქცევდი, რომ არ დაშორებულიყვნენ ჩემი მშობლები (რესპონდენტი 6 ქალი)“

„დედაჩემის გამოცდილების საფუძველზე ნამდვილად ვიცი კაცში რას უნდა მივაქციო ყურადღება, რომ მეც მსგავსი გამოცდილება არ მივიღო და მგონია, რომ ეს კარგიც არის, ზოგი ჭირი მარგებელიაო, ხომ გაგიგიათ, ზუსტად ეგ არის (რესპონდენტი 8 ქალი)“

რაც შეეხება მამაკაცებს განქორწინებული ოჯახებიდან, მათთვისაც რთულია ქორწინებაზე ფიქრი მიუხედავად იმისა, რომ პოზიტიურად უყურებენ ქორწინებას და მნიშვნელოვანია. მათ ეშინიათ პასუხისმგებლობის აღების, ვინაიდან ეს მოითხოვს ფინანსურ უზრუნველყოფასაც და ამჟამად ქორწინებაზე ფიქრი უსიამოვნოა მათთვის, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს მრავალი ფაქტორით, თუნდაც იმით, რომ არ არიან სრულიად დამოუკიდებელნი და არ აქვთ შემოსავალი, რაც უზრუნველყოფს საკუთარ თავს სრულიად და

შემდეგ ოჯახსაც, ასევე მშობლების განქორწინების გამოცდილებიდან გამომდინარეც შესაძლოა იყოს გამოწვეული. კაცები განქორწინებული ოჯახიდან საუბრობენ, რომ ენდობიან ქალებს და აქვთ მაღალი თვითშეფასება, როგორც ამას თვითონ საუბრობენ.

განუქორწინებელი ოჯახის შვილებს, ქალებსაც და კაცებსაც არ აქვთ ქორწინების მიმართ შიში, თუმცა ჯერ არ სურთ დაოჯახება. ისინი არიან თავდაჯერებულები და ენდობიან პარტნიორებს, ვინაიდან მათი აზრით ნდობის გარეშე ურთიერთობის წინსვლა შეუძლებელია.

ერთ-ერთ კვლევის შედეგების თანახმად, ახალგაზრდები, რომლებიც გაიზარდნენ განქორწინებულ მშობლებთან ერთად, აქვთ უფრო დაბალი კმაყოფილება რომანტიკულ ურთიერთობაში (Cui, 2010). ახალგაზრდებს შორის დაბალ ნდობას ხშირად იწვევს მშობლების განქორწინება და ეს ასევე გავლენას ახდენს მოზარდების რომანტიკულ ურთიერთობაზე. ახალგაზრდებმა იციან, რომ ქორწინება შეიძლება არაგრძელვადიანი იყოს მათი განცალკევებული და განქორწინებული მშობლების გამოცდილებით. რებეკა ბივონას მიერ ჩატარებულმა სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ ახალგაზრდებს, განსაკუთრებით ქალებს, შეიძლება არ ჰქონდეთ ნდობა მომავალ ქორწინებაში და ქორწინებას პოტენციურად დროებით თვლიან იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც განუქორწინებელი ოჯახებიდან არიან, იმის გამო, რომ მათი მშობლები განქორწინდნენ (Bivona-Guttadauro, 2013). ამრიგად, მშობლის განქორწინებამ შესაძლოა ახალგაზრდებს გაუჩინოს არასაიმედო განცდა თავიანთი ურთიერთობების ფარგლებში და ჰქონდეს უფრო უარყოფითი დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ. არსებული კვლევის შედეგები დაემთხვა ჩემს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებსაც.

დასკვნა

სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ არის პოზიტიური და მათთვის მნიშვნელოვანია, მათ აქვთ სურვილი, რომ ერთ დღეს დაქორწინდნენ, თუმცა კაცები განუქორწინებელი ოჯახებიდან უფრო მეტად მიისწრაფიან დაოჯახებისკენ, ვიდრე ქალები განუქორწინებელი ოჯახებიდან. სტუდენტებს აქვთ განქორწინების მიმართ მიმღებლობა, როგორც განუქორწინებელი ოჯახის შვილებს, ასევე განქორწინებული ოჯახის შვილებსაც, თუმცა გამონაკლისს ჯგუფს წარმოადგენს კაცები განუქორწინებელი ოჯახებიდან, რომლებისთვისაც მიუღებელია განქორწინება.

განქორწინების მიმართ სტუდენტების დამოკიდებულება გამოცდილებებიდან გამომდინარე განსხვავებულია. განუქორწინებელი ოჯახის შვილების, ქალი რესპონდენტებისთვის ტრაგედიას არ წარმოადგენს განქორწინება და მისაღებია მათთვის, მსგავსი მოსაზრებები აქვთ განქორწინებული მშობლების შვილებსაც, ქალებსაც და კაცებსაც, ხოლო განქორწინებას ნეგატიურად უყურებენ და სრულიად მიუღებელია კაცებისთვის, რომელთა მშობლებიც არ არიან განქორწინებულნი.

განქორწინების მოტივებს შორის ყველაზე ხშირად დასახელებულ მიზეზს წარმოადგენს მატერიალური მდგომარეობა, ღალატი და უთანხმოება. რაც შეეხება ქორწინების მოტივებს, კაცები განუქორწინებელი ოჯახებიდან თვლიან, რომ ქორწინების მიზანია ოჯახის შექმნა და გვარის გაგრძელება, ხოლო განუქორწინებელი ოჯახის შვილები, კაცები მიიჩნევენ, რომ ქორწინების მოტივს წარმოადგენს სრულფასოვანი და წარმატებული მომავლის შექმნა. რაც შეეხება ქალებს, განუქორწინებელი ოჯახიდან, ასახელებენ, რომ ქორწინების მიზანია საყვარელ ადამიანთან მთელი ცხოვრების გატარება, ხოლო ქალები განუქორწინებელი ოჯახებიდან საუბრობენ, რომ ქორწინების მიზანია სიყვარული, ოჯახის შექმნა, ურთიერთობის გაღრმავება და ერთიანობა.

როგორც სოციალური დასწავლის თეორია პროგნოზირებს, ინდივიდები ასახავენ მათი მშობლების ქცევას, ქმედებებს და დამოკიდებულებებს. არსებული კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ განუქორწინებელი მშობლების შვილების, ქალების და კაცების შეხედულებები ქორწინებასთან მიმართებაში არის პოზიტიური, რომელიც შესაძლოა გამოწვეულია იმით, რომ მათი მშობლები იმყოფებიან ქორწინებაში, თუმცა განქორწინებასთან მიმართებაში ეს დამოკიდებულება არის განსხვავებული, ვინაიდან ქალებისთვის მისაღებია განქორწინება, ხოლო მამაკაცებისთვის არის მიუღებელი. რაც შეეხება განქორწინებული

მშობლების შვილებს, როგორც ქალებს, ასევე კაცებს აქვთ მიმდებლობა განქორწინების მიმართ, რაც შესაძლოა გამომდინარეობდეს მშობლების გამოცდილებიდან გამომდინარე, თუმცა ქორწინების მიმართ აქვთ პოზიტიური დამოკიდებულება, მიუხედავად იმისა, რომ მათი მშობლები არიან განქორწინებულნი. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სტუდენტები გარკვეულწილად იმეორებენ მშობლების ქმედებებს და სრულიად არ ასახავენ მათ ქცევას და დამოკიდებულებებს, რაც შესაძლოა გამოწვეული მოდერნიზაციის გავლენით და გენდერული იდეოლოგიის ცვლილებით.

1. განსხვავდება თუ არა ქორწინება/განქორწინების მიმართ სტუდენტების დამოკიდებულება თავიანთი გამოცდილებიდან გამომდინარე?

სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინება/განქორწინების მიმართ თავიანთი გამოცდილებიდან გამომდინარე არის როგორც მსგავსი, ამავდროულად განსხვავებულიც. განუქორწინებელი ოჯახის შვილები პოზიტიურად უყურებენ ქორწინების ინსტიტუტს და მათთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, რომელიც ასოცირდება დადებით სიტყვებთან, როგორცაა ბედნიერება, სიყვარული და ურთიერთგაგება, ასევე პოზიტიური დამოკიდებულება აქვთ ქორწინების მიმართ განქორწინებული ოჯახის შვილებსაც და მათთვისაც მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მათ სურთ ქონდეთ ბედნიერი ქორწინება მათი მშობლებისგან განსხვავებით. განქორწინების მიმართ დამოკიდებულებას რაც შეეხება, გამოკითხული რესპონდენტების ნაწილი ნეგატიურად უყურებს განქორწინებას, კონკრეტულად განუქორწინებელი მშობლების შვილები, კაცები და მათთვის დაუშვებელია, ხოლო რესპონდენტებისთვის, რომლებიც განქორწინებული ოჯახიდან არიან, მათი დამოკიდებულება არ არის ნეგატიური და არ წარმოადგენს ტრაგედიას განქორწინება, არამედ ხშირ შემთხვევაში მათი აზრით უმჯობესია წყვილი დაშორდეს კიდევაც ერთმანეთს და მსგავსი შეხედულება აქვთ ქალებსაც, რომლებიც არიან განუქორწინებელი ოჯახის შვილები.

2. განსხვავდება თუ არა სქესის მიხედვით სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინება/განქორწინების მიმართ?

სქესის მიხედვით სტუდენტების დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ არ განსხვავდება. ქორწინების ინსტიტუტი ქალებისთვისაც და კაცებისთვისაც პოზიტიურია მიუხედავად თავიანთი გამოცდილებიდან გამომდინარე, რაც შეეხება განქორწინების მიმართ დამოკიდებულებას, ქალები განუქორწინებელი და განქორწინებული ოჯახებიდან და მამაკაცები განქორწინებული ოჯახებიდან მსგავსი დამოკიდებულებით ხასიათდებიან განქორწინების ფენომენის მიმართ და ტრაგედიას არ წარმოადგენს მათთვის და მისაღებია, ხოლო მამაკაცები განუქორწინებელი ოჯახებიდან ტრაგედიად მიიჩნევენ განქორწინებას და დაუშვებელია მათთვის.

3. რას მიიჩნევენ ქორწინებისა და განქორწინების მოტივებად სტუდენტები?

ქალი რესპონდენტები განქორწინებული ოჯახებიდან საუბრობენ, რომ ქორწინების მოტივი და მიზანი არის იმ ადამიანთან ცხოვრება, რომელსაც დაეყრდნობიან და ენდობიან და ადასტურებენ ამით, რომ დარჩენილ ცხოვრებას გატარებენ ერთ ინდივიდთან. რაც შეეხება კაცებს, ისინი საუბრობენ, რომ მთავარი მოტივი და მიზანია, რომ ჰქონდეს ინდივიდს სრულფასოვანი, წარმატებული პირადი ცხოვრება და უფრო ღრმა დონეზე გადაიყვანოს ურთიერთობა.

რესპონდენტები ქორწინებისა და განქორწინების რამოდენიმე მოტივს/მიზეზს ასახელებენ. ქალი რესპონდენტები, რომლებიც არიან განუქორწინებელი ოჯახის შვილები, ქორწინების მოტივად და მიზეზად ასახელებენ სიყვარულს, ოჯახის შექმნას, ურთიერთობის გაღრმავებას და ერთიანობას, ხოლო კაცები საუბრობენ, რომ ქორწინების მიზანი და მოტივია ოჯახის შექმნა, გვარის გაგრძელება, გამრავლება და მარტოობისგან თავის დაღწევა.

რაც შეეხება განქორწინებას, ქალი რესპონდენტები განუქორწინებელი ოჯახებიდან საუბრობენ, რომ მთავარი მოტივი და მიზანია გაუგებრობა, განსხვავებული შეხედულებები,

ღალატი, ხოლო კაცები საუბრობენ, რომ არის ინდივიდებს შორის ვერ გაგება, სიყვარულის გაქრობა, ღალატი და ადრეული ქორწინება, მისწრაფებების და დამოკიდებულებების ცვლილება და მესამე პირის ჩარევა. ხოლო განქორწინებული ოჯახის შვილები, როგორც ქალები ასევე კაცებიც ასახელებენ სამ უმთავრესს მიზეზს, ღალატი, ეკონომიკური მდგომარეობა და ძალადობა. განქორწინებული ოჯახის შვილებმა, ყველამ დაასახელა, რომ ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი არის ეკონომიკური მდგომარეობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გოგოლიშვილი, ო. (2019). ქართული საოჯახო სამართლის ისტორია. ბათუმი.
2. დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტი (2014). დემოგრაფიის და სოციოლოგიის პრობლემები. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
3. მენაბდიშვილი, ნ. (2021). განქორწინება საქართველოს ახალგაზრდებში (XXI საუკუნე) . ეკონომიკა-XXI.
4. საქსტატი. (2022). განქორწინება. თბილისი: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი.
5. სტურუა, ლ. შ. (2017). ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინებისა და ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების/კვეთის საზიანო პრაქტიკები საქართველოში. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
6. ჰოფსტედე, გ. ფ. (2011). კულტურები და ორგანიზაციები. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
7. Amani, D. B. (2011). The study of Marriage Motivation between engaged (male and female). Family Counseling and Psychotherapy, 358-372.
8. Bandura, D. A. (1969). Social-Learning Theory Of Identificatory Processes. Handbook Of Socialization Theory and Research.
9. Amato, P., Booth, A., Wolchik, C. T. (2019). The consequences of divorce for attitudes toward divorce and gender roles. Journal of Family Issues, 306–322.
10. Sodermans, S. V. (2015). The influence of family type and parental conflict on adolescent's attitudes towards marriage and divorce: the role of family integration. Research Gate.
11. Bethell, L. K. (2010). THE IMPACT OF PARENTAL DIVORCE ON COLLEGE STUDENT'S PERCEPTION OF CURRENT AND MARITAL RELATIONSHIPS. semantic scholar.
12. Bivona-Guttadauro, R. E. (2013). The Intergenerational Transmission of Attitudes on Divorce and Marriage.
13. Cahaya BF, Suparman MY, Chandika J. (2020). Differences Between Attitudes Towards Marriage Among Young Adults With Divorced and Non-Divorced Parents. Advances in Social Science, Education and Humanities Research, volume 478; 632-635.
14. Carol L. Gohm, S. O. (1998). Culture, Parental Conflict, Parental Marital Status, and the Subjective Well-Being of Young Adults . JSTOR, 319-334.
15. Center, C. R. (2010, 2019). Who should normally be the breadwinner? Tbilisi, Georgia.
16. Center, C. R. (2011-2017). Justified or not-Getting Divorce. Tbilisi, Georgia.
17. Branch-Harris, C., Cox, A. (2015). The Effects of Parental Divorce on Young Adults Attitudes towards Divorce. Southern Illinois: Honors Theses University Honors Program.
18. Coleman, P. E. (2004). Christian Attitudes to Marriage: From Ancient Times to the Third Millennium. London: Hymns Ancient & Modern Ltd.
19. Cui, M. F. (2010). The effect of parental divorce on young adults' romantic relationship dissolution: What makes a difference? APA PsycInfo, 410–426.
20. Coninck, S. V. (2021). Attitudes of young adults toward marriage and divorce, 2002–2018. Journal of Divorce & Remarriage , 62(1):66–82.
21. Divorce Statistic:over 115 studies, facts and rates for 2022. (n.d.). Wilkinson and Finkbeiner.

22. Ehrenberg, F. C. (2016). Parental Divorce and Attitudes and Feelings toward Marriage and Divorce in Emerging Adulthood: New Insights from a Multiway-Frequency Analysis. ResearchGate .
23. Telzer, J. (2018). Social Influence on Positive Youth Development:A Development Neuroscience Perspective. United States: University of North Carolina.
24. Collardeau, M. E. (2016). Parental Divorce and Attitudes and Feelings toward Marriage and Divorce in Emerging Adulthood: New Insights from a Multiway-Frequency Analysis. Journal of European Psychology Students.
25. Goslin, O. (2014). Gender Differences in Attitudes Towards Marriage Among Young Adults. Department of Social Science.
26. Harun, R. (2009). In Pursuit of National Interest: Change and Continuity in Malaysia's Foreign Policy Towards the Middle East. Jurnal Antarabangsa Kajian Asia Barat International Journal of West Asian Studies, 23-38.
27. Alqashan, H. A. (2010). Attitudes of Kuwaiti Young Adults toward Marriage and Divorce. Advances in Social Work .
28. Jayson, S. (2012). Marriage and Family. Canada: Introduction to Sociology 2CN candian edition.
29. Lin, Y.-C. H.-H. (2014). Attitudes of Taiwanese College Students toward Marriage: A Comparative Study of Different Family Types and Gender. Journal of Comparative Family Studies, 425-438.
30. Servaty, K. W. (2020). The Relationship between Gender and Attitudes towards Marriage. Journal of Student Research.
31. Manap, K. H. (2013). THE PURPOSE OF MARRIAGE AMONG SINGLE MALAYSIAN YOUTH. Procedia - Social and Behavioral Sciences.
32. Manap, J., Kassim, A.C., Hoesni S., Nen, S., Idris, F., Ghazali, F. (2013). The Purpose of Marriage among Single Malaysian Youth, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 82; 112-116,
33. Lowe, M. J. (2019). Social and cultural factors perpetuating early marriage in rural Gambia: an exploratory mixed methods study. Pub Med.
34. Cui, F. D. (2011). The effect of parental divorce on young adults' romantic relationship dissolution: What makes a difference? Research Gate, 410 - 426.
35. Moats, M. M. (2004). THE EFFECTS OF PARENTAL MARRIAGE, DIVORCE AND CONFLICT ON COLLEGE STUDENTS' ATTITUDES TOWARD MARRIAGE AND DIIVORCE. Miami.
36. Myers, W. M. (2012). Relationships Among Young Adults' Marital Messages Received, Marital Attitudes, and Relationship Self-Effifficacy. Adultspan Journal.
37. Amato, P. P. (1998). Parental divorce and attitudes toward marriage and family life. Journal of Marriage and Family.
38. Pickens, C. G. (2009). Self-Blame and Self-Esteem in College-Aged Children from Divorced Families. Journal of Divorce & Remarriage.
39. Jones, G., & Dommaraju, P. (2011). Divorce in Asia. Asian Journal of Social Science, 39(6), 721-723.
40. Ramsay, E. C. (1990). THE IMPORTANCE OF FAMILY AND NETWORK OF OTHER RELATIONSHIPS IN CHILDREN'S SUCCESS IN SCHOOL. JSTOR-International Journal of Sociology of the Family , 237-254.
41. Rhoades, G. K. (2009). The pre-engagement cohabitation effect: A replication and extension of previous findings. Journal of Family Psychology, 107-111.
42. Roper, S. W. (2016). The Intergenerational Effects of Parental Divorce on Young Adult Relationships. University of Nevada.
43. Solicitors, J. (2022, may 25). Divorce Rates Around The World.
44. Leff, S.S., Tulleners, C., Posner, C.J. (2009). Chapter 40 - AGGRESSION, VIOLENCE, AND DELINQUENCY, Editor(s): William B. Carey, Allen C. Crocker, William L. Coleman, Ellen Roy

- Elias, Heidi M. Feldman, *Developmental-Behavioral Pediatrics (Fourth Edition)*, W.B. Saunders; 389-396,
45. Thornton, A. (1992). The Relationship between Cohabitation and Divorce: Selectivity or Causal Influence? <https://www.jstor.org/stable/2061823>.
 46. Tsuya, N. O. (2004). *Marriage, Work, and Family Life in Comparative Perspective: Japan, South Korea, and the United States*. University of Hawai'i Press .
 47. Shurts, J. E. (2012). Relationships Among Young Adults' Marital Messages Received, Marital Attitudes, and Relationship Self-Efficacy. *Adultspan Journal* .
 48. Whitton, S. W. (2009). Effects of Parental Divorce on Marital Commitment and Confidence. National Library of Medicine.
 49. William, L. (2016). *Intruduction to Sociology: Marriage and Family*.
 50. Wright, K. C. (2010). Marriage Today: Exploring the Incongruence Between Americans' Beliefs and Practices. *Journal of Comparative Family Studies*, 329-345.
 51. Yaacob, S. N. (2016). Being Caught in the Middle of Inter-Parental Conflict: Relationship between Inter-Parental Conflict and Attitudes towards Marriage among Male and Female Adolescents from Divorced Families. *Asian Social Science*, 57-64.



სამედიცინო პერსონალის მოტივაციური და დემოტივაციური ფაქტორები

Motivational and demotivating factors of medical personnel

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.05>

ნინო ისაკაძე^{1a}, სოფიო ხაჯომია^{1b}

Nino Isakadze^{1a}, Sofia Khazhomia^{1b}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: სამედიცინო დაწესებულებებში საქმიანობის ეფექტურად სრულყოფისთვის საჭიროა მოტივირებული, შედეგზე ორიენტირებული, პასუხისმგებლიანი ადამიანური რესურსები. ამისათვის, ორგანიზაციებს უნდა ჰქონდეთ, ეფექტური სამოტივაციო და დემოტივაციური ფაქტორების აღმოფხვრის მექანიზმები. თანამედროვე მენეჯმენტში პერსონალის მოტივაცია საშუალებას გვაძლევს ოპტიმალურად გამოვიყენოთ შრომითი რესურსი. კვლევის მიზანია საქართველოში სამედიცინო პერსონალის მოტივაციისა და დემოტივაციის ფაქტორების განსაზღვრა. **მეთოდი:** გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი და თვისობრივი მეთოდები. რაოდენობრივი კვლევის საშუალებით გამოკითხულ იქნა 146 სამედიცინო პერსონალი. თვისობრივი კვლევის მეთოდით ჩატარდა 6 ექსპერტის სიღრმისეული ინტერვიუ. **შედეგები, დისკუსია:** თანამშრომლებისა და მენეჯმენტის დამოკიდებულებებს შორის კორელაცია დაბალია, მენეჯმენტი არ ფლობს სრულ და ფასეულ ინფორმაციას თანამშრომელთა ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, არსებულ დემოტივატორ ფაქტორებსა და სასურველ მოტივატორ ფაქტორებზე. მიუხედავად ექსპერტების სრული და ყოვლისმომცველი უკუკავშირისა, თანამშრომლებს ბევრად მეტი საჭიროება და პრობლემა აქვთ სამუშაო სივრცეში, ვიდრე მენეჯმენტი აღიქვამს. სამედიცინო ორგანიზაციებში არსებული სამოტივაციო მექანიზმების დიდი წილი მატერიალურ მოტივატორ ფაქტორებს უჭირავს, რის ფონზეც არამატერიალური მოტივატორი, რაც ნამდვილად ღირებულია თანამშრომელთა შრომითი ეფექტურობისთვის, არ არის წინა პლანზე წამოწეული. **დასკვნა:** რეკომენდირებულია სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთა მოტივაციის სისტემის შექმნა, მოტივაციის მასტიმულირებელი ფაქტორების გამოვლენა და მათი გამოყენება, არაპირდაპირი მოტივაციის სისტემის გაძლიერება.

საკვანძო სიტყვები: მოტივაცია, დემოტივაცია, სამოტივაციო სქემები, დემოტივაციის პრევენცია.

ციტირება: ნინო ისაკაძე, სოფიო ხაჯომია. სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დამოკიდებულებაზე მოქმედი მოტივაციური და დემოტივაციური ფაქტორები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

^a n_isakadze@cu.edu.ge ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-3212-796X>

^b skhazhomia@cu.edu.ge ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-4366-3482>

Abstract

Introduction: A motivated, result-oriented and responsible human resources is needed to effectively perform activities and functions in medical institutions. For this, organizations should have effective motivational and demotivating factors elimination mechanisms. In modern management, staff motivation allows us to optimally use labor resources. The purpose of the study is to determine the motivation and demotivation factors of medical staff in Georgia. **Method:** There were used quantitative and qualitative methods in the research. 146 medical personnel were interviewed through quantitative research. In-depth interviews of 6 experts were conducted using the qualitative research method. **Results, Discussion:** The correlation between employees' and management's attitudes is low, management doesn't have complete and valuable information on individual needs of employees, existing demotivating factors and desired motivating factors. Despite full and comprehensive feedback from experts, employees have far more needs and problems in the workplace than management realizes. A large part of the motivational mechanisms in medical organizations contain material motivating factors, against the background of which the intangible motivator, which is really valuable for the work efficiency of employees, is not brought to the fore. **Conclusion:** It is recommended to create a motivational system for employees of a medical institution, identify motivational stimulating factors and use them, strengthen the indirect motivational system.

Keywords: motivation, demotivation, effective motivation schemes, prevention of demotivation

Citation: Nino Isakadze, Sofia Khazhomia. Motivational and demotivational factors of medical personnel. *Health Policy, Economics and Sociology*, 2023; 7 (2).

შესავალი

სამედიცინო დაწესებულებების, ისევე როგორც ნებისმიერი ორგანიზაციის საქმიანობის განხორციელების მთავარი ბერკეტი ის ადამიანური რესურსია, რომელიც ორგანიზაციული მიზნების სრულყოფისკენ მიისწრაფის. საქმიანობის ეფექტიანად და პროდუქტიულად განხორციელებისთვის კი, საჭიროა - მოტივირებული, შედეგზე ორიენტირებული, პასუხისმგებლობით სავსე და შრომისმოყვარე პერსონალი. ჩამოთვლილი უნარები მაქსიმალურად სრულყოფილი იქნება თუ ორგანიზაციას ექნება ეფექტური მოტივაციის, დემოტივაციის ფაქტორების პრევენციის და აღმოფხვრის მექანიზმები.

მოტივაციის მიზანია არსებული შრომითი რესურსის მაქსიმალურად ეფექტური გამოყენება. მოტივაცია შეგვიძლია განვიხილოთ, როგორც უწყვეტი პროცესი, რომელიც გავლენას ახდენს ინდივიდუალურად ან კოლექტიურად, ადამიანებზე და ადამიანთა ჯგუფებზე და მიზნად ისახავს ორგანიზაციული მიზნების მიღწევას დასაქმებულთა საჭიროებების დაკმაყოფილების გზით (გურგენაშვილი, 2021).

თანამედროვე მენეჯმენტში პერსონალის მოტივაცია საშუალებას გვაძლევს ოპტიმალურად გამოვიყენოთ შრომითი რესურსი და მოვახდინოთ საკადრო პოტენციალის მობილიზება (გურგენაშვილი, 2021). ამ თემის ირგვლივ ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ ყველაზე მეტად გავრცელებული მოტივაციური ფაქტორებია: სამუშაოს სიყვარული, კარგი ანაზღაურება, სწორი კომუნიკაცია, კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობები, სამუშაოს სტაბილურობა, პროფესიული განვითარებისა და წინსვლის შესაძლებლობა, მატერიალური და არამატერიალური წახალისებები, ორგანიზაციის ჯანსაღი კულტურა, ორგანიზაციული სტრატეგიების დასახვაში მონაწილეობა და პასუხისმგებლობის გაზრდა, სამუშაო გრაფიკის მოქნილობა, ორგანიზაციული მხარდაჭერა, რელევანტური გარემო (ინფრასტრუქტურა, ეზოს გამწვანება, პარკინგი, რესურსებზე ხელმისაწვდომობა და ა.შ), პაციენტთა კეთილგანწყობა და მადლიერება, სამუშაოს პრესტიჟი და სხვა.

ორგანიზაციებში პროდუქტიულობის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზი უმეტეს შემთხვევაში კომპანიაში არსებული სამოტივაციო სქემების არარელევანტურობაა (სიჭინავა, 2019). მენეჯერები აიგნორებენ თანამშრომლებთან ინდივიდუალურ მიდგომას, აქვთ

არაეფექტური კომუნიკაცია, უსამართლო დამოკიდებულება თანამშრომელთა მიმართ; დაქვემდებარებულები განიცდიან ავტონომიის, დაფასების, სამართლიანობის დეფიციტს. ყველაზე გავრცელებული დემოტივატორი ფაქტორებია: თანამშრომელთა „ პროფესიული გადაწყვეა“, რთული სამუშაო გრაფიკი, არაანაზღაურებადი ზეგანაკვეთური სამუშაო, თანამშრომელთა სუბიექტური ფავორიტიზმი, სამუშაოს აღწერის შეუსაბამობა რეალურ შესრულებასთან, პირადი უსაფრთხოების პრობლემები და სხვა. დემოტივაცია გადამდებია. ერთ დემოტივირებულ თანამშრომელსაც კი, რომელიც გამუდმებით ჩივის სამუშაოზე ან სხვა არასასურველ ფაქტორებზე, შეუძლია მოახდინოს სხვების დემოტივირებაც. ყველა ორგანიზაციაში არსებობს დემოტივაციის პოტენციური საფრთხე (გურგენაშვილი, 2021). ასე, რომ მნიშვნელოვანია პირველ რიგში მათი იდენტიფიცირება, შემდგომ აღიარება და გადაჭრის გზების მოძიება.

მოტივატორი ფაქტორები იყოფა ორ ნაწილად: მატერიალური და არამატერიალური. მატერიალური მოტივატორი ფაქტორების რიცხვს მიეკუთვნება:

- პრემიები და დანამატები;
- ხელფასის გაზრდა;
- დაზღვევა და სოციალური შეღავათები;
- წარმოებული სერვისის პროცენტული წილი;
- ზეგანაკვეთური სამუშაოს ანაზღაურება; უქმე დღეებში მუშაობის ანაზღაურება ზეგანაკვეთური პრინციპით.
- ორგანიზაციული მომსახურების სპექტრზე ფასდაკლებები და შეღავათები;
- საჯარიმო სისტემა;
- მივლინება;
- თანამშრომელთათვის მნიშვნელოვანი თარიღების აღნიშვნა;
- პროფესიული შეჯიბრებების დროს პრიზების გათამაშება;
- პრაქტიკული ტრენინგები;
- ორგანიზაციის მიერ კულტურული ღონისძიებების ბილეთების შესყიდვა და თანამშრომლებზე განაწილება;
- კლინიკის მიერ შეძენილი ვაუჩერების თანამშრომლებზე განაწილება (კურორტზე დასასვენებელი ვაუჩერები, მოვლის პროცედურები და სხვა);

არამატერიალური მოტივატორი ფაქტორებია:

- მიღწეული წარმატების აღნიშვნა და საჯარო აღიარება, მადლობის გამოცხადება;
- კარიერული ზრდის მაღალი შანსები;
- კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობები;
- აღიარება და დაფასება;
- მენეჯერების მხრიდან დაქვემდებარებულთათვის ავტონომიის მინიჭება, ნდობის გამოცხადება და მნიშვნელობის შეგრძნების, სარგებლიანობის გაზრდა;

საჯარიმო სისტემის შემოღება თანამშრომელთა მოტივაციის ერთ-ერთი გზაა, რაც გულისმობს დაჯარიმების თავიდან აცილების მექანიზმს და სრული ხელფასის მიღებას. ამ შემთხვევაში მენეჯერის ხედვა და მთავარი ამოცანაა თავიდან აიცილოს ისეთი ქმედებები, რამაც შესაძლოა ზიანი მიაყენოს კლინიკას. თანამშრომელი კიდევ უფრო დიდი პასუხისმგებლობით მოეკიდება თავის საქმეს, როცა ეცოდინება, რომ დაჯარიმდება, იმ შემთხვევაში, თუ მისი მოვალეობა მთელი პასუხისმგებლობითა და ძალისხმევით არ განხორციელდება. დასჯის სისტემა ეფექტურია იმ შემთხვევებში, როცა თანამშრომელთა დასჯა არ წარმოადგენს შურისძიების მოქმედებას და იგი გამოყენებულ უნდა იქნას, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მოტივაცია მჭიდროდაა დაკავშირებული ხელფასის სრულად მიღებასთან და უფრო მეტიც დანამატის, პრემიის მიღების შესაძლებლობასთან. ლიდერის/მენეჯერის უპირობო მოქმედება უნდა იყოს ოქროს შუალედის პოვნა, თანამშრომლების მიერ მიღწეული წარმატებისთვის სამართლიანად აღიარებასა და უპასუხისმგებლოდ შესრულებულ სამუშაოზე, შესაბამისი სადამსჯელო მართვითი მექანიზმების განხორციელებას შორის.

ქართულ რეალობაში ძირითადი სამოტივაციო საშუალება მატერიალურ მხარეს მოიცავს და შემოიფარგლება ფულადი პრემიით, არაპირდაპირი მოტივატორი ფაქტორები კი უგულვებელყოფილია. სამედიცინო სექტორში დასაქმებული კადრების მოტივაციისა და სტიმულირების პრობლემების კვლევას ჩვენი ქვეყნის ეკონომიკისთვის და ჯანდაცვისთვის, კერძოდ სამედიცინო დაწესებულებებისა და ორგანიზაციების ეფექტური განვითარების უზრუნველყოფისათვის, დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა ენიჭება.

კვლევის მიზანია საქართველოში სამედიცინო პერსონალის მოტივაციისა და დემოტივაციის ფაქტორების განსაზღვრა, მოტივაციის სისტემების გამოყენების პრობლემების იდენტიფიცირება, დემოტივაციის ძირითადი მიზეზების განსაზღვრა და შესაბამისი პრაქტიკული ხასიათის რეკომენდაციების შემუშავება.

ლიტერატურული მიმოხილვა

ყველა დაწესებულება/ორგანიზაცია მიისწრაფვის წარმატებისა და მუდმივი განვითარებისკენ. ამ მიზნების მისაღწევად საჭიროა რესურსების ეფექტურად მართვა და ორგანიზაციაზე ადაპტირებული სტრატეგიების შემუშავება. თანამშრომლები არიან ის მთავარი აქტივი, რომელიც წამყვანი ფაქტორია სირთულეების გადალახვისა და მიზნების მიღწევაში (სიჭინავა, 2019). ორგანიზაციები, რომლებიც ფოკუსირდებიან და ზრუნავენ თავიანთ თანამშრომლებზე, აყალიბებენ ძლიერ და პოზიტიურ ურთიერთობას მათთან, შთააგონებენ სამუშაოს ეფექტურად შესრულებას, დიდი წარმატებით გამოირჩევიან.

თუმცა, თანამშრომელთა გადინების პრობლემა კვლავ აქტუალური პრობლემაა. ვინაიდან, თანამშრომლების გავლენა კომპანიის წარმატებაზე უდიდესია, მენეჯმენტი ცდილობს შეინარჩუნონ ისინი მათი მოტივირებისა და ჯანსაღი სამუშაო გარემოს შექმნის გზით. კვლევები აჩვენებს, რომ მოტივირებული თანამშრომლები: უკეთ ასრულებენ სამუშაოს; არიან ინოვაციურები, რადგან ისინი ეძებენ ყოველთვის საუკეთესო გამოსავალს სასურველი მიზნის მისაღწევად; ისინი არიან უფრო მიზანზე ორიენტირებულები და თვითდისციპლინირებულები; მათ შეუძლიათ სამუშაო შეასრულონ ხარისხიანად მაქსიმალური ძალისხმევით, რასაც თავის მხრივ ორგანიზაცია მიჰყავს კარგ შედეგებამდე. კვლევები ასევე აჩვენებს, რომ მოტივირებული თანამშრომლის განწყობა სამუშაოს მიმართ უფრო პოზიტიურია, ადვილად იღებს ცვლილებებს და ავლენს მეტ კრეატიულობას. ეს ზრდის ორგანიზაციის ეფექტურობასა და პროდუქტიულობას (სიჭინავა, 2019).

ადამიანური რესურსები ჯანდაცვის სისტემის შენატანის ყველაზე მნიშვნელოვანი კატეგორიაა. ადამიანური რესურსების მართვის სისტემები სერიოზული პრობლემების წინაშე დგას განვითარებად ქვეყნებში (Daneshkohan et al., 2015). კვლევების მიხედვით, ადამიანურ რესურსებში არასაკმარისმა ინვესტიციებმა შეიძლება გამოიწვიოს ჯანდაცვის სისტემების არასრულფასოვნება (Burgt et al. 2018). ამჟამინდელი გამოწვევების გათვალისწინებით, როგორცაა ცუდი სამუშაო პირობები, პირადი უსაფრთხოების პრობლემები და არაადეკვატური აღჭურვილობა, სამუშაო მოტივაციამ შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს განვითარებად ქვეყნებში ადამიანური რესურსების პროდუქტიულობის ასამაღლებლად (Lea et al., 2021). მთავარი საკითხი ამ მხრივ არის მოტივატორი და დემოტივატორი ფაქტორების იდენტიფიცირება.

მოტივაცია არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს თანამშრომლის ქცევაზე და შესრულებაზე. მოტივაცია აღწერილია, როგორც „ბიძგი“, რაც ინდივიდებს ეხმარება მოქმედებისთვის, იგულისხმება ინდივიდების მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები, რაც მათი მიზანზე ორიენტირებული ქცევის ნაწილია. სამუშაო კონტექსტში, მოტივაცია შეიძლება განისაზღვროს, როგორც „ინდივიდის სურვილის ხარისხი, გამოიყენოს და შეინარჩუნოს ძალისხმევა ორგანიზაციული მიზნების მისაღწევად“. მოტივაცია არის ფსიქოლოგიური პროცესი, რომელიც გამოწვეულია ინდივიდებსა და მათ სამუშაო გარემოს შორის ურთიერთქმედების შედეგად. მოტივაცია ითვალისწინებს ინდივიდის ძალისხმევას ინტენსივობას, მიმართულებას მკაფიოობას და გამძლეობას მიზნის მისაღწევად

(Szabo et al., 2020). არსებობს მოტივაციაზე მოქმედი სამი ფაქტორი: ინდივიდუალური დონე, ორგანიზაციული დონე და მრავლისმომცველი სოციალური დონე (Franco et al., 2002).

თვითგამორკვევის თეორიის მიხედვით, გამოყოფენ მოტივაციის შემდეგ ტიპებს, ფოკუსირებულია ხარისხზე, დინამიურობასა და უწყვეტობაზე. **კონტროლირებადი მოტივაცია** აიძულებს ადამიანს შეასრულოს თავისი სამსახურეობრივი მოვალეობები გარკვეული ჯილდოს მისაღებად ან დასჯის თავიდან ასაცილებლად; **ავტონომიური მოტივაცია** გულისხმობს, რომ ადამიანი ასრულებს თავის სამუშაოს პირადი ინტერესებიდან გამომდინარე. **ხარისხზე ორიენტირებული მოტივაცია** დაკავშირებულია მეტი სწავლის, განათლების, აკადემიური მოსწრების, კომპეტენციის სურვილთან და შესაძლებლობასთან.

პერსონალის მოტივაციისა და სტიმულირების პრობლემა საკმაოდ ფართოდ განიხილება მართვის თეორიის კლასიკოსების, თანამედროვე მენეჯმენტის ფუძემდებლების ნაშრომებში. კერძოდ, ა. მასლოუს, დ. მაკ-გრეგორის, ფ. ტეილორის, ფ. ჰერცბერგის, ჯ. ადამსის და სხვათა ნაშრომებში.

მაკკლელანდის თეორიის მიხედვით, სამოტივაციო სქემა ახდენს თანამშრომელთა კლასიფიცირებას სამ ჯგუფად:

1) თანამშრომლები, რომლებსაც აქვთ სხვა ადამიანებზე გავლენის ქონისა და კონტროლის მოთხოვნილება. ასეთი ტიპის ადამიანებს სურთ სხვების მართვა.

2) თანამშრომლები, რომლებსაც აქვთ წარმატების მოთხოვნილება. ასეთი კატეგორიის ადამიანებს მოსწონთ დამოუკიდებლად მუშაობა და მათ მოტივაციას განსაზღვრავს ყოველი ახალი დავალების წინა დავალებაზე უკეთ შესრულება.

3) თანამშრომლები, რომლებსაც აქვთ კონკრეტულ ორგანიზაციულ პროცესში ჩართვის მოთხოვნილება. აღნიშნული ტიპის კადრების მთავარი მოტივატორი ფაქტორები გადის პატივისცემასა და აღიარებაზე. ისინი უპირატესობას ანიჭებენ სპეციფიკურად ორგანიზებულ ჯგუფებში მუშაობას.

სტიმულაციის პროცესის თეორიის მიხედვით, ადამიანისთვის მნიშვნელოვანია სიამოვნების მიღწევა, ტკივილის განცდის გარეშე. ლიდერის მოვალეობაა თანამშრომელთა მოტივაცია და წახალისება, სადამსჯელო მექანიზმების გამოყენების გარეშე.

ადამსის თეორიის მიხედვით, ნებისმიერი ადამიანის ნაშრომს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი უკუკავშირი - ჯილდო. დაქვემდებარებულის ღვაწლის არასრულფასოვნად აღიარების შემთხვევაში, გაიზრდება მისი დემოტივაცია. ეს კი გამოიწვევს, ნაკლები ძალისხმევით, არასრულად შესრულებულ სამუშაოს და შეცდომებს მოვალეობების განხორციელებისას. ადამსის თეორია გვიმტკიცებს, რომ პერსონალის მიერ, სათანადოდ შესრულებული სამუშაო, ავტომატურად ითხოვს სამათლიან ჯილდოსა და აღიარებას.

ფრედერიკ ჰერცბერგის ორფაქტორიანი თეორიის თანახმად, ფაქტორების ორი ჯგუფი, კერძოდ მოტივაცია და ჰიგიენა, გავლენას ახდენს თანამშრომლების დამოკიდებულებაზე სამუშაოს მიმართ და მათი შესრულების დონეზე. მოტივაციის ფაქტორები არის შინაგანი ფაქტორები, რომლებიც ძირითადად დაკავშირებულია სამუშაოს ბუნებასთან, რაც ზრდის თანამშრომლების სამუშაო კმაყოფილებას. ჰიგიენური ფაქტორები არის გარეგანი ფაქტორები, მაგალითად, დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და რესურსების ხელმისაწვდომობა, ორგანიზაციული მხარდაჭერა, მათ შორის ზედამხედველობა, ტრენინგისა და განვითარების შესაძლებლობები და პროფესიული წინვლა (დაწინაურება). ჰერცბერგმა განაცხადა, რომ ჰიგიენური ფაქტორების სრული მიწოდება არ გამოიწვევს თანამშრომლების სამუშაო კმაყოფილებას. თანამშრომლების მუშაობის ან პროდუქტიულობის გაზრდის მიზნით, მოტივაციის ფაქტორები უნდა იქნას გათვალისწინებული.

სამედიცინო პერსონალისთვის მოტივაცია ძალიან მნიშვნელოვანია და გავლენას ახდენს მუშაობის ხარისხზე და ეფექტურობაზე, ხოლო დაბალი მოტივაცია უარყოფითად მოქმედებს მათ პროდუქტიულობაზე. ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება, მომსახურების ხარისხი, ეფექტურობა და თანასწორობა დაკავშირებულია სამედიცინო პერსონალის სურვილებთან, მოახდინონ რესურსების მობილიზაცია თავიანთი ამოცანების შესასრულებლად.

სამედიცინო დაწესებულებების და ზოგადად ჯანდაცვითი ორგანიზაციების ყველაზე მნიშვნელოვანი ამოცანაა საქმიანობის ეფექტურობის მუდმივი და უწყვეტი ზრდა, რასაც კვალიფიციური და პროფესიონალი კადრები უზრუნველყოფს. მომსახურების ხარისხი და თანამშრომელთა მოტივაცია ერთმანეთის პირდაპირ პროპორციული მცნებებია. თანამშრომელთა მოტივაცია კი სათანადოდ მომზადებული და გამოცდილი მენეჯერების პასუხისმგებლობაა. თანამშრომელთა პროგრესი სამუშაო ძალის მაქსიმალურ გამოყენებაზეა დაფუძნებული. მენეჯერებს თანამშრომელთა მოტივაციაზე ზემოქმედი ფაქტორების ცოდნა საშუალებას აძლევთ შეიმუშავონ ისეთი წამახალისებელი პროგრამები თუ აქტივობები, რომელიც გავლენას მოახდენს დაქვემდებარებულთა პოტენციალზე, რომ შეასრულონ თავიანთი საქმიანობა მთელი პასუხისმგებლობით და ხარისხიანად. მენეჯმენტის მხრიდან შემუშავებული მოტივატორი ფაქტორების არსი აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს როგორც ორგანიზაციულ, ასევე პერსონალის პირად ინტერესებს. ჯანდაცვის პროფესიონალების საქმიანობისთვის, ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხისთვის, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისთვის, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია კვალიფიციური ადამიანური რესურსი.

მოტივაცია მჭიდრო კავშირშია შრომით კმაყოფილებასთან, რაც გრძელვადიან პერიოდში ინარჩუნებს კადრებს არსებულ პოზიციებზე. ჯანდაცვის მუშაკების შენარჩუნება კი ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის ხარჯებს. დღევანდელ რეალობაში ბევრი ქვეყანა განიცდის კვალიფიციური ჯანდაცვის მუშაკების დეფიციტს, განსაკუთრებით ექიმებისა და ექთნების.

ჯანდაცვის სისტემის შეუფერხებელ მუშაობას უზრუნველყოფს ჯანდაცვის მუშაკების კმაყოფილება და მოტივაცია. ცუდად მოტივირებულ და დემოტივირებულ ჯანდაცვის მუშაკებს შეუძლიათ უარყოფითი გავლენა მოახდინონ ჯანდაცვის სისტემაზე. ცნობილია, რომ არამოტივირებული ჯანდაცვის მუშაკები ტოვებენ სამუშაოს, ტოვებენ სოფლებს და რაიონებს და სამუშაოდ დიდ ქალაქებში, ან სხვა ქვეყნებში - მიგრაციაში გადადიან უფრო მიმზიდველი და დამაკმაყოფილებელი სამუშაო პირობების მოსაძებნად, ასევე იცვლიან პროფესიას.

მოტივაციის სტრატეგიამ უნდა უზრუნველყოს კარიერის განვითარების შესაძლებლობები, ადეკვატური ანაზღაურების გაცემა, სწორი მონიტორინგი და პოზიტიური სამუშაო გარემო. ჯანდაცვის მუშაკების მოტივაციის ერთ-ერთი საფუძველია იმის ცოდნა, რომ მათ აქვთ კარიერული ზრდის შესაძლებლობა, აღიარების პოტენციალი. სამუშაო კმაყოფილების განმაპირობებელი ფაქტორია პროფესიული ზრდის შესაძლებლობება, იქნება ეს ორგანიზაციული იერარქიის მაღალ საფეხურზე გადანაცვლება თუ ახალი პრაქტიკული უნარების განვითარების შესაძლებლობა.

დაბალი რესურსების მქონე ქვეყნებში ხელფასების გაზრდა შეიძლება არარეალური იყოს. სოფლად ჯანდაცვის მუშაკების მოტივაციის გასაზრდელად ეფექტური მეთოდია სახელმწიფოს მიერ ინფრასტრუქტურის კეთილმოწყობა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა (Tino & Magawa, 2013). უფრო უსაფრთხო და ადეკვატური სამუშაო პირობების უზრუნველყოფა ზრდის ჯანდაცვის მუშაკების პროდუქტიულობას და მომსახურების ხარისხს. ჯანდაცვის მუშაკთა ერთ-ერთი მოტივატორი ფაქტორია სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ მათი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაზღვევის უზრუნველყოფა. (Jaskiewicz et al., 2014).

ინდოეთში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ჯანდაცვის მუშაკებმა კარგი შემოსავალი დაასახელეს, როგორც იდეალური სამუშაოს მესამე ყველაზე ნაკლებად მნიშვნელოვანი მახასიათებელი (Peters et al., 2010). თუმცა, პაკისტანელმა ექიმებმა და მალის ჯანდაცვის მუშაკებმა დაასახელეს ხელფასი და კარგი ანაზღაურება, როგორც პირველი და მეორე მნიშვნელოვანი მოტივაციის ფაქტორი (Malik et al., 2014; Dieleman et al., 2006). პაკისტანში ჩატარებული კვლევის შედეგებმა ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ფინანსური წახალისება მნიშვნელოვანია, მაგრამ საკმარისი არ არის ჯანდაცვის მუშაკების მუშაობის გასაუმჯობესებლად (Malik et al., 2014). ტანზანიაში ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, პირველი დემოტივატორი ფაქტორია უსამართლო მოპყრობა; კერძოდ, უსამართლობის ფაქტებმა, ისეთ საკითხებში, როგორიცაა დაწინაურება, ხელფასის მოცულობა

და ტრენინგზე ხელმისაწვდომობა და გაუმჯობესება, უარყოფითი გავლენა მოახდინა ჯანდაცვის მუშაკების სამუშაო მოტივაციაზე (Songstad et al., 2011).

კვლევები ადასტურებენ, რომ თანამშრომლების მიერ სამართლიანობის აღქმა ისეთ სფეროებში, როგორცაა ხელფასი და კომპენსაცია, პერსონალის, როგორც შრომითი რესურსის ყოველდღიური გამოყენება და შენატანების აღიარება, ძლიერ გავლენას ახდენს მათ შესრულებასა და შენარჩუნებაზე (Dieleman et al., 2006). უსამართლობის გრძნობამ შეიძლება შეამციროს მუშაობის მოტივაცია. მალის ჯანდაცვის მუშაკებს ასევე სჯეროდათ, რომ მენეჯერების გადაწყვეტილებები ტრენინგსა და შესრულების შეფასებაში არ იყო გამჭვირვალე (Dieleman et al., 2006). სამსახურში აღქმული უსამართლობა უარყოფითად მოქმედებს თანამშრომლების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე.

კვლევები აჩვენებენ, რომ ცუდი მენეჯმენტი დემოტივატორი ფაქტორია; ბევრი ჯანდაცვის მუშაკი დემოტივირებულია ადამიანური რესურსების მართვის ცუდი პრაქტიკის გამო (Mathauer & Imhoff, 2006). ირანში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ერთ-ერთი დემოტივატორი ფაქტორია, აღიარებისა და დაფასების ნაკლებობა და სამუშაოს შესრულების სუბიექტური შეფასება (Najafi et al., 2011). გაურკვეველი ან არასამართლიანი შესრულების შეფასების სისტემები არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს უსამართლობის განცდას და სამუშაო სტრესს. ირანელ ექთნებში მოტივაციის ბარიერების შესწავლამ გამოავლინა სამუშაოს მკაფიო აღწერილობის ნაკლებობა, როგორც სამუშაო მოტივაციის ბარიერი (Najafi et al., 2011). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიშის მიხედვით, ეფექტიანი მენეჯმენტი, სამუშაოს მკაფიო აღწერილობა და გამომხმარებელთა შესრულებაზე, არის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური ინსტრუმენტი ჯანდაცვის მუშაკების მოტივაციის გასაუმჯობესებლად (WHO, 2006).

მეთოდოლოგია

გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი და თვისობრივი მეთოდები. კვლევა ჩატარდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე რამდენიმე წამყვანი კლინიკის თანამშრომლების მონაწილეობით. რაოდენობრივი კვლევის საშუალებით გამოკითხულ იქნა 146 სამედიცინო პერსონალი. მათ შორის, თბილისში მდებარე კლინიკებიდან: ავერსის კლინიკა, ჩაფიძის გულის ცენტრი, ევექსის კლინიკები, ჩაჩავას კლინიკა, ჯერარსი, ენმედიცი, მედიქლაბი, ამერიკული ჰოსპიტალი, კავკასიის მედიცინის ცენტრი, თოდუას კლინიკა, მარნეკორი (მარნეული), ხონელიძის კლინიკა (ქუთაისი), წყალტუბოს რაიონული საავადმყოფო.

მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტი იყო წინასწარ შემუშავებული კითხვარი. კვლევის კითხვარი დაყოფილია ორ ძირითად ნაწილად. პირველი ნაწილი შედგება დემოგრაფიული მონაცემებისგან, როგორცაა ასაკი, სქესი, განათლება და სამუშაო პოზიცია, ხოლო მეორე ნაწილი - მოტივატორი და დემოტივატორი ფაქტორების განსაზღვრა, შედგება დამოუკიდებელი და დამოკიდებული ცვლადებისგან, რომლებიც შეფასდნენ 5-ბალიანი ლიკერტის სკალის გამოყენებით.

თვისობრივი კვლევის მეთოდით ჩატარდა 6 ექსპერტის სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს ქირურგიის ეროვნული ცენტრის, ჩაფიძის გულის ცენტრის, ავერსის, ევექსის, მარნეულის კარდიოლოგიური კლინიკის, ენმედიცისა და ჩაჩავას კლინიკის მენეჯერებმა. თითოეული ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა პირისპირ წინასწარ შერჩეული ღია კითხვების საფუძველზე.

კვლევის შედეგები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 146-მა რესპოდენტმა. რესპოდენტთა უმრავლესობა (86.3%; n=126) მდებარეობითი სქესის წარმომადგენელი იყო. რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (67.1%; n=98) შეადგენდა 20-29 ასაკობრივ კატეგორიას. კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა 95.9% (n=142) იყო ქალაქში მაცხოვრებელი. რესპოდენტთა უმრავლესობას (92.3%; n=134) ჰქონდა უმაღლესი განათლება.

კვლევაში მონაწილეობდა: რეგისტრატორი (27%; n=40), ექთანი/ექთნის ასისტენტი (16.4%; n=24), ექიმი (16.4%; n=24), დაბალი რგოლის მენეჯერი (6.8%; n=10), საშუალო რგოლის მენეჯერი (21.9%; n=32), უმაღლესი რგოლის მენეჯერი (5.5%; n=8), ადმინისტრატორი (1.4%; n=2), ეპიდემიოლოგი (1.4%; n=2). კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილის სამუშაო გამოცდილება შეადგენდა 1-5 წელს (52.1%; n=76).

ცხრილი 1: კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები

სქესი	
მამრობითი	20 (13.7%)
მდედრობითი	126 (86.3%)
ასაკი	
20-29	98 (67.1%)
30-39	30 (20.5%)
40-49	14 (9.6%)
50-59	4 (2.7%)
საცხოვრებელი ადგილი	
ქალაქი	142 (95.9%)
სოფელი	4 (4.1%)
ოჯახური მდგომარეობა	
დაოჯახებული	76 (52.1%)
დასაოჯახებელი	68 (46.6%)
განქორწინებული	2 (1.3%)
განათლება	
უმაღლესი	134 (92.3%)
საშუალო პროფესიული	12 (7.7%)
სამუშაო პოზიციები	
რეგისტრატორი	40 (27%)
ექთანი/ექთნის ასისტენტი	24 (16.4%)
ექიმი	24 (16.4%)
დაბალი რგოლის მენეჯერი	10 (6.8%)
საშუალო რგოლის მენეჯერი	32 (21.9%)
უმაღლესი რგოლის მენეჯერი	8 (5.5%)
ადმინისტრატორი	2 (1.4%)
ეპიდემიოლოგი	2 (1.4%)
ლაბორანტი	2 (1.4%)
უმცროსი სპეციალისტი	2 (1.4%)
სამუშაო გამოცდილება	
<1 წელი	18 (12.3%)
1-5 წელი	76 (52.1%)
5-10 წელი	36 (24.7%)
10> წელი	16 (11%)

რესპოდენტებმა უმრავლესობამ უმთავრეს მოტივატორ ფაქტორებად დაასახელეს: მაღალი ანაზღაურება (58.3%), საინტერესო საქმიანობა (48.6%) და კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობები (43.1%), ხოლო უმთავრეს დემოტივატორ ფაქტორებად დასახელდა: უსამართლობა და დაუფასებლობა (69.9%), დაბალი ანაზღაურება (68.5%), არაჯანსაღი ურთიერთობები (52.1%) და არაპროფესიონალი და არაკომპეტენტური მენეჯმენტი (49.3%).

ორგანიზაციაში არსებული სამოტივაციო მექანიზმებიდან რესპოდენტებმა გამოყვეს: მატერიალურ წახალისება (40.8%), დაწინაურება (40.8%), დაფასება (35.2%). დემოტივატორი ფაქტორების აღმოფხვრის ძირითადი მექანიზმებიდან რესპოდენტებმა გამოყვეს:

ექსკურსიები/Team Building (40.6%), მატერიალური წახალისება (39.1%), ორგანიზაციული მხარდაჭერა (31.9%).

კითხვაზე, თუ „რა მისცემდათ დაქვემდებარებულებს მეტ სტიმულს სამუშაოს უკეთ შესასრულებლად“, რესპოდენტთა უმრავლესობამ მიუთითეს: კარიერული ზრდა (74%), ხელფასის გაზრდა (74%), კომფორტული სამუშაო ატმოსფერო (68.5%), პრემია (49.3%). სამუშაოს შენარჩუნების პრიორიტეტ ფაქტორებად რესპოდენტებმა მიუთითეს: ანაზღაურება და სამუშაო კმაყოფილება (66.7%), საინტერესო საქმე (48.6%), კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობები (44.4%).

ცხრილი 2: მოტივაციური და დემოტივაციური ფაქტორები

ფაქტორები	
მოტივაციური ფაქტორები	
კარიერული ზრდის შესაძლებლობა	61.1%
მაღალი ანაზღაურება	58.3%
საინტერესო საქმიანობა	48.6%
კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობები	43.1%
სამართლიანობა და დაფასება	33.3%
რელევანტური გარემო	23.6%
მენეჯერებთან სწორი კომუნიკაცია	23.6%
ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი	2.8%
დემოტივაციური ფაქტორები	
უსამართლობა და დაუფასებლობა	69.9%
დაბალი ანაზღაურება	68.5%
არაჯანსაღი ურთიერთობები	52.1%
არაპროფესიონალი და არაკომპეტენტური მენეჯმენტი	49.3%
არაანაზღაურებადი ზეგანაკვეთი	38.4%
თანამშრომელთა სუბიექტური ფავორიტიზმი	31.5%
არაეფექტური კომუნიკაცია	26%
არაეფექტური მონიტორინგი	12.3%
ავტონომიის ნაკლებობა	11%
ორგანიზაციაში არსებული სამოტივაციო მექანიზმები	
მატერიალური წახალისება	40.8%
დაწინაურება	40.8%
დაფასება/როლის საჯაროდ აღიარება	35.2%
ავტონომია და პატივისცემა	31%
მადლობის სიგელი	29.2%
სტრატეგიულ გადაწყვეტილებებში მონაწილეობის მიღება	21.1%
არც ერთი	7.4%
დემოტივაციური ფაქტორების აღმოფხვრის მექანიზმები	
ექსკურსიები/Team Building	40.6%
მატერიალური წახალისება	39.1%
ორგანიზაციული მხარდაჭერა	31.9%
ანაზღაურებაზე ერთჯერადი დანამატი	29%
არამატერიალური წახალისება	29%
არც ერთი	8.4%
რა მისცემდათ დაქვემდებარებულებს მეტ სტიმულს სამუშაოს უკეთ შესასრულებლად?	
კარიერული ზრდა	74%
ხელფასის გაზრდა	74%
კომფორტული სამუშაო ატმოსფერო	68.5%
პრემია	49.3%
ხელმძღვანელების მიერ თქვენი წარმატების საჯაროდ აღიარება	32.9%
სამოტივაციო შეხვედრები	23.3%

მადლობის სიგელი	13.7%
ხელმძღვანელობის მხრიდან მნიშვნელოვანი თარიღების აღნიშვნა	9.6%
კორპორატიული ღონისძიებები	9.6%
ორგანიზაციის მხრიდან ცოდნის და კომპეტენციის ამაღლებაზე ზრუნვა	1.4%
რა არის თქვენი სამუშაოს შენარჩუნების პრიორიტეტი ფაქტორები?	
ანაზღაურება და სამუშაო კმაყოფილება	66.7%
საინტერესო საქმე	48.6%
კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობები	44.4%
კარგი გარემო (ინფრასტრუქტურა, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.)	30.6%
სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობა	30.6%
კარგი ორგანიზაციული კულტურა	23.6%
ადიარება და დაფასება	19.4%
სამუშაოს პრესტიჟი	19.4%
სხვა	2.8%

კითხვაზე „როგორ მოტივატორ ფაქტორებს იყენებს ორგანიზაციის მენეჯმენტი“, რესპოდენტთა უმეტესმა ნაწილმა 47.2%-მა (n=68) დაასახელა ორივე, როგორც მატერიალური, ასევე არამატერიალური მოტივატორი ფაქტორები, ხოლო 29.2%-მა (n=44) - არც ერთი.

კითხვაზე „რამდენად ეფექტურია კლინიკაში არსებული ორგანიზაციული კულტურა და ინტერპერსონალური ურთიერთობები“, რესპოდენტთა უმეტესმა ნაწილმა 60.3% (n=88) შეაფასა საშუალოდ, ხოლო კარგად - 17.8% (n=26). კითხვაზე „როგორ შეფასებდით მენეჯმენტის მხარდაჭერას“, რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (54.2%; n=79) აფასებს საშუალოდ, 25% (n=37) ფიქრობს, რომ არის კარგი. კადრთა გადინების პრობლემის მხრივ რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (n=100; 68.5%) აფასებს საშუალოდ.

ცხრილი 3: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები

როგორ მოტივატორ ფაქტორებს იყენებს ორგანიზაციის მენეჯმენტი?	
მატერიალური	20 (13.9%)
არამატერიალური	14 (9.7%)
ორივე ერთად	68 (47.2%)
არც ერთი	44 (29.2%)
რამდენად ეფექტურია კლინიკაში არსებული ორგანიზაციული კულტურა და ინტერპერსონალური ურთიერთობები?	
ძალიან კარგი	14 (9.6%)
კარგი	26 (17.8%)
საშუალო	88 (60.3%)
ცუდი	14 (9.6%)
ძალიან ცუდი	4 (2.7%)
როგორ შეფასებდით მენეჯმენტის მხარდაჭერას?	
კარგი	37 (25%)
საშუალო	79 (54.2%)
ცუდი	30 (20.8%)
კადრთა გადინების პრობლემის ინტენსივობა	
საშუალო	100 (68.5%)
ძალიან ცუდი	28 (19.2%)
კადრთა გადინების პრობლემა არ აქვთ	18 (12.3%)

თვისობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მენეჯერების ჩაღრმავებული ინტერვიუ. კვლევაში მონაწილე მენეჯერებმა კლინიკაში მოქმედ სამოტივაციო მექანიზმებად დაასახელეს შემდეგ ფაქტორები: თანამშრომელთა შექება და შესრულებული სამუშაოს დაფასება, თანამშრომლებთან კონსულტაციები და ჩართულობის განცდის მინიჭება, მუშაობისთვის საჭირო პირობების შექმნა, პირად საკითხებში ხელშეწყობა და მხარდაჭერა, ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები და სამუშაო უსაფრთხოება, წახალისება, დაწინაურება, პრემიები, ჯილდოები, ოჯახის წევრების სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა, კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით საზღვარგარეთ ხანმოკლე მივლინებები, სწავლაში ხელშეწყობა და სწავლის ღირებულების გადახდა, ჯანმრთელობის დაზღვევა, ჯგუფური აქტივობები, თანამშრომლებზე მორგებული გრაფიკი, სიმბოლური საჩუქრები პროფესიულ დღეებში, სიტყვიერი შექება და მაღლობის წერილები, სოციალურ ქსელში მათი წარმოჩენა (სიუჟეტები, სტატები).

კითხვაზე - ჰქონდათ თუ არა ეფექტური კომუნიკაცია დაქვემდებარებულ პერსონალთან, მენეჯერებმა აღნიშნეს, რომ ყოველდღიურად აქვთ პერსონალთან ხანმოკლე შეხვედრები (ე.წ. „ხუთწუთიანი დილის კონფერენციები“), ან თემატური თათბირები, ასევე შეხვედრები არაფორმალურ გარემოში (ექსკურსია, ქალაქგარეთ პიკნიკის მოწყობა, სპორტული შეჯიბრის ჩატარება). მენეჯერებმა აღნიშნეს, რომ ხშირ შემთხვევაში კომუნიკაცია აქვთ განყოფილების ხელმძღვანელებთან, უფროს ექთნებთან, რეგისტრატორებთან, რადგან თითოეული განყოფილების მენეჯერი დამაკავშირებელი რგოლია, თავის დაქვემდებარებულებთან.

თანამშრომელთა ინდივიდუალურ საჭიროებებზე ინფორმაციის მისაღებად მენეჯერები პერიოდულად ატარებენ თანამშრომელთა გამოკითხვას, ასევე, საჭიროებისამებრ, აწყობენ შეხვედრას სხვადასხვა განყოფილების თანამშრომლებთან, სადაც არა მხოლოდ სამსახურთან დაკავშირებულ საქმეს განიხილავენ, არამედ პირად საჭიროებებსა და პრობლემებსაც. თანამშრომლებს აქვთ შესაძლებლობა მეილით დაუკავშირდნენ ხელმძღვანელებს, რომლებსაც საკმაოდ ოპერატიული უკუკავშირი აქვთ.

მენეჯერებმა მთავარ მოტივაციურ ფაქტორებად გამოყვეს: სტაბილურობის განცდა, კარგი დამოკიდებულება ტოპ მენეჯმენტთან, საინტერესო სამუშაო, განვითარების შესაძლებლობა, მაღალი ხელფასი, ხელფასის დროულად გაცემა, პატივისცემა, მენეჯმენტის მხრიდან მხარდაჭერა, მაღლიერება, ბიულეტენისა და ხელფასიანი შვებულების გაცემის წესის დარეგულირება.

თანამშრომელთა დემოტივაციის ფაქტორებიდან მენეჯერებმა დააფიქსირეს შემდეგი: სამედიცინო მომსახურების თავისებურებები/ სტანდარტები, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, პროტოკოლები ჩარჩოში აქცევს თანამშრომლებს, რაც იწვევს ავტონომიისა და მრავალფეროვნების ნაკლებობას, არაჯანსაღი ინტერპერსონალური ურთიერთობები, მუშაობაში ხელის შეშლა, ანაზღაურების დაგვიანება, სტრესული სამუშაო გარემო, ფუნქცია-მოვალეობების არასწორად გადანაწილება, არასაკმარისი ანაზღაურება, დაუმსახურებელი სიტყვიერი შენიშვნები, დაუფასებლობის განცდა და არასტაბილურობის შეგრძნება, არასამართლიანობის განცდა.

მენეჯერებმა დემოტივატორი ფაქტორების აღმოფხვრის საშუალებებად დაასახელეს: ხშირი შეხვედრები თანამშრომლებთან, ფუნქციური კონფლიქტების განმუხტვა, სწორი და დროული კომუნიკაცია, კომფორტული სათანამშრომლო პირობების შექმნა, ფინანსური წახალისება.

რაც შეეხება მოკლევადიან და გრძელვადიან სამოტივაციო მექანიზმებს, მენეჯერებმა აღნიშნეს, რომ გააჩნიათ ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმა, სადაც მოცემულია მოკლევადიანი და გრძელვადიანი პროგრამები და პროექტები. გრძელვადიან პროექტებად დასახელდა პროფესიული განვითარების ღონისძიებები, მკურნალობის ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა, ახალი აპარატურის შექმნა, რაც მათ პროფესიულ განვითარებას და ახალი სერვისების გაშვებით შემოსავლის ზრდას უწყობს ხელს. მენეჯერებმა მოკლევადიან გეგმაში დაასახელეს მატერიალური და არამატერიალური ჯილდოები, კარიერული წინსვლა

და ფულადი ჯილდოები, მსოფლიოს წამყვან ცენტრებში სტაჟირების შესაძლებლობა, წარმატებული თანამშრომლებისთვის ყოველწლიური მოგზაურობების დაგეგმვა.

კვლევაში კითხვაზე თუ როგორ მუშაობს რისკის მენეჯმენტი თანამშრომელთა გადინებისა და დემოტივატორი ფაქტორების აღმოსაფხვრელად, ერთ-ერთი ექსპერტი გვპასუხობს, რომ კლინიკის სხვადასხვა სამსახური გუნდურად არის ჩართული ამ პროცესში, ადგენენ კვარტალურ ანალიზს, ასევე მიმართავენ SWOT ანალიზს, რათა მაქსიმალურად შემცირდეს გადინების მაჩვენებელი. მენეჯერებმა აღნიშნეს, რომ მაქსიმალურად ცდილობენ გამოცდილი და კვალიფიციური კადრების შენარჩუნებას, კომფორტული სამუშაო გარემოს შექმნითა და სათანადო ანაზღაურებით.

მენეჯმენტის მხრიდან უპირატესობა ენიჭება შემდეგ მოტივატორ ფაქტორებს: შექება, საჯაროდ მადლობის გამოცხადება, ჯილდო, პრემია, დაწინაურება. დემოტივატორი ფაქტორებიდან მენეჯერებმა დაასახელეს: მონიტორინგის მოუქნელი სისტემა, კონფლიქტი, ანაზღაურების დაგვიანება, არასაკმარისი ანაზღაურება, არასამართლიანი შენიშვნები.

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ ერთი მხრივ, თანამშრომელთა დემოტივატორი ფაქტორია დაბალი ანაზღაურება, თუმცა მათი მოტივაციის მასტიმულირებელი ერთადერთი ფაქტორი ხელფასის გაზრდა ვერ იქნება, რადგან მოტივაციის ერთ-ერთი წინაპირობაა პერსონალის საჭიროებებისა და მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, ასევე ისეთი არამატერიალური წამახალისებელი აქტივობები, როგორცაა სამართლიანობა/დაფასება, ავტონომია, ჩართულობის განცდა, საინტერესო საქმიანობა, მადლიერება/კმაყოფილება. თუმცა, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ერთ-ერთი ყველაზე დიდი მატერიალური მოტივატორი ფაქტორი მაღალი ხელფასია.

ასევე, საყურადღებოა მენეჯერების აზრი თანამშრომელთა მოტივატორი ფაქტორების შესახებ, სადაც ისინი აღნიშნავენ ანაზღაურების დროულად გაცემას. ეს საკითხი გარკვეულწილად ბუნდოვანია, რადგან თანამშრომლის უფლებაა - მიიღოს გაწეული შრომის კუთვნილი საზღაური დაგვიანების გარეშე. ხელფასის გაცემის გადაცილება იწვევს თანამშრომელთა დემოტივაციას. თანამშრომელთა დემოტივაციის მიზეზებიდან ასევე დასახელდა მონიტორინგი, არასაკმარისი ანაზღაურება, სიტყვიერი შენიშვნა/შეურაცხყოფა. დემოტივატორი ფაქტორების აღმოფხვრის გზებიდან დასახელდა ხშირი შეხვედრები თანამშრომლებთან, სწორი კომუნიკაცია, კომფორტული სათანამშრომლო პირობების შექმნა და ზოგადად კარგი ორგანიზაციული კულტურა, რაც მენეჯმენტის ფუნქციური ვალდებულებაა. რაც შეეხება ფინანსურ წახალისებას, ერთმნიშვნელოვნად მატერიალურ ხასიათს ატარებს.

თანამშრომელთათვის ძირითად მოტივატორ ფაქტორებს წარმოადგენს: მაღალი და მოვალეობის შესაბამისი ანაზღაურება, საინტერესო საქმიანობა, ინტერპერსონალური ურთიერთობები, კარიერული ზრდის შესაძლებლობა და მენეჯმენტთან სწორი კომუნიკაცია. დემოტივატორ ფაქტორებად დასახელდა: დაბალი ანაზღაურება, უსამართლობა და დაუფასებლობა, არაჯანსაღი ურთიერთობები, არაანაზღაურებადი ზეგანაკვეთური სამუშაო, არაეფექტური კომუნიკაცია, არაკომპეტენტური მენეჯმენტი და თანამშრომელთა სუბიექტური ფავორიტიზმი.

გამოკითხული რესპოდენტებიდან, მხოლოდ 9.6% (n=14) ასახელებს, რომ ორგანიზაციის მენეჯმენტი იყენებს არამატერიალურ წამახალისებელ მექანიზმს, ხოლო უმეტესობა ასახელებს მატერიალურ სამოტივაციო ხერხებს, რაც მოკლევადიან ხასიათს ატარებს. რესპოდენტთაგან 30% (n=44) საერთოდ უარყოფს მენეჯმენტის მხრიდან რაიმე სახის წამახალისებელი აქტივობის არსებობას. გამოკითხულთა უმრავლესობა მათ სამუშაო სივრცეში არსებულ ორგანიზაციულ კულტურას, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს და მენეჯმენტის მხრიდან მხარდაჭერას საშუალოდ აფასებს. ორგანიზაციაში არსებული მოტივაციური ფაქტორებიდან დასახელდა: მადლობის სიგელი, დაწინაურება. დემოტივატორი ფაქტორების აღმოფხვრის მექანიზმებიდან გამოიყო: ანაზღაურებაზე ერთჯერადი დანამატი და ექსკურსიები, ხოლო გამოკითხულ რესპოდენტთა დაახლოებით 10% - საერთოდ უარყოფს მსგავსი მექანიზმების არსებობას.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სამედიცინო პერსონალს მეტ სტიმულს მისცემდა: კარიერული ზრდის შესაძლებლობა, კომფორტული სამუშაო ატმოსფერო, ხელმძღვანელების მხრიდან წარმატების საჯაროდ აღიარება, ხელფასის გაზრდა და პრემია. რეპოდენტების მიერ დაფიქსირებული პასუხების მიხედვით, მათი სამუშაო პოზიციის შენარჩუნების პრიორიტეტი ფაქტორებია: სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, საინტერესო საქმიანობა, ხელფასი და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.

მენეჯერები თავიანთ კლინიკებში მოქმედ მოტივატორ ფაქტორებად ასახელებენ: თანამშრომელთა შექებას და მათი წარმატების საჯაროდ აღიარებას; თანამშრომლებთან სწორ კომუნიკაციას, მუშაობისთვის საჭირო პირობების შექმნას, დაწინაურებას, პრემიებსა და სხვადასხვა მატერიალურ წამახალისებელ ფაქტორებს. დემოტივატორ ფაქტორებად ასახელებენ: სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებს, პროტოკოლების დაცვას, ანაზღაურების დაგვიანებას, არასამართლიანობის განცდას.

გამოკითხულმა ექსპერტებმა დემოტივატორი ფაქტორების პრევენციისთვის უმეტესად მატერიალური ფაქტორები დაასახელეს, ძალიან მცირე იყო არამატერიალურ წახალისებაზე უკუკავშირი. თუმცა, აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რომ ერთჯერადი პრემია და ხელფასის გაზრდა მოკლევადიანი მოტივატორი ფაქტორებია, განსხვავებით, კარიერული წინსვლის შესაძლებლობისა, დაფასების, ავტონომიისა და სამართლიანობის განცდისგან, რომლებიც თანამშრომლებთან შრომით ეფექტურობას გრძელვადიან პერსპექტივაში უზრუნველყოფს.

ამგვარად, თანამშრომლებისა და მენეჯმენტის დამოკიდებულებებს შორის კორელაცია დაბალია, მენეჯმენტი არ ფლობს სრულ და ფასეულ ინფორმაციას თანამშრომელთა ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, არსებულ დემოტივატორ ფაქტორებსა და სასურველ მოტივატორ ფაქტორებზე. მიუხედავად ექსპერტების სრული და ყოვლისმომცველი უკუკავშირისა, ნათელია, რომ თანამშრომლებს ბევრად მეტი საჭიროება და პრობლემა აქვთ სამუშაო სივრცეში, ვიდრე მენეჯმენტი აღიქვამს. სამედიცინო ორგანიზაციებში არსებული სამოტივაციო მექანიზმების დიდი წილი მატერიალურ მოტივატორ ფაქტორებს უჭირავთ, რის ფონზეც არამატერიალური მოტივატორი, რაც ნამდვილად ღირებულია თანამშრომელთა შრომითი ეფექტურობისთვის, არ არის წინა პლანზე წამოწეული.

დასკვნა

კვლევით დადგინდა დაბალი კორელაცია - მენეჯერებსა და დაქვემდებარებულების ხედვას შორის მოტივატორ და დემოტივატორ ფაქტორებთან დაკავშირებით. ერთიანი, სრულყოფილი ორგანიზაციის ფუნქციონირების უმთავრესი მექანიზმი კარგი ორგანიზაციული კულტურა, ინტერპერსონალური ურთიერთობები და სწორი კომუნიკაციაა. ორგანიზაცია მოიაზრება როგორც ერთი ორგანიზმი, სადაც თითოეული შემადგენელი ნაწილი თუ ქვედანაყოფი საციცოცხლოდ მნიშვნელოვან ფუნქციას ასრულებს. სამედიცინო დაწესებულებისთვის უმნიშვნელოვანესია თანამშრომელთა კმაყოფილება, სამუშაო პირობების და რესურსების უზრუნველყოფა, რელევანტური ანაზღაურება, ანაზღაურების დროულად გაცემა, მათი შრომის დაფასება და პატივისცემა, საჭიროებისამებრ მათი ღვაწლის საჯაროდ აღიარება და პროფესიულ განვითარებაზე ზრუნვა. თანამედროვე მენეჯმენტში მიღებული პრაქტიკაა გაძლიერდეს არაპირდაპირი მოტივატორი ფაქტორები, ამ მხრივ კი საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მენეჯმენტი ცვლილებებს საჭიროებს.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე რეკომენდირებულია:

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთა მოტივაციის სისტემის შექმნა;
- მოტივაციის სისტემის რეგულარული ანალიზი: მოტივატორი და დემოტივატორი ფაქტორების შესწავლა, ანალიზი და რეაგირება;
- მოტივაციის მასტიმულირებელი ფაქტორების გამოვლენა და მათი გამოყენება თანამშრომელთა მოტივაციისთვის;

- თანამშრომელთა დემოტივაციაზე სწრაფი, ადეკვატური და ეფექტური რეაგირება;
- კომუნიკაცია და დადებითი უკუკავშირის სისტემის შემუშავება, განხორციელება;
- არაპირდაპირი მოტივაციის სისტემის გამდიდრება.

გამოყენებული ლიტერატურა

- გურგენაშვილი, გ. (2021). მოტივაციის სისტემების გამოყენება საერთაშორისო ბიზნესში. გორის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი.
<https://openscience.ge/bitstream/1/2776/1/Giorgi%20Gurgenashvili%20Samagistro.pdf?cv=1> წანახია 04.05.2023
- სიჭინავა, ა. (2019). თანამშრომელთა სამოტივაციო სქემების განვითარება საქართველოს საჯარო სტრუქტურებში. საქართველოს საჯარო სამსახურის ბიურო.
- Burgt, S., Kusrkar, R., Croiset, G., Peerdeman, S. (2018). Exploring the situational motivation of medical specialists: a qualitative study. *International Journal Of Medical Education*. 26; 9:57-63.
- Daneshkohan, A., Zarei, E., Mansouri, T., Maajani, Kh., Ghasemi, M., Rezaeian, M. (2015). Factors affecting job motivation among health workers: A study from Iran- *Global Journal of Health Science*, 7(3):153-160.
- Dieleman, M., Toonen, J., Touré, H. et al. (2006). The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. *Hum Resour Health* 4, 2.
- Franco, L.M., Bennett, S., Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 54(8):1255-66.
- Jaskiewicz, W., Deussom, R., Wurts, L., & Mgomella, G.S. (2014). Rapid retention survey toolkit: Designing evidence-based incentives for health workers. Revised.
- Lea, D., Aquinoa, P., Jalagat, R., Trucc, N., Sid, Le., Mye, Le. (2021). Factors affecting employees' motivation - *Management Science Letters*, 11(4):1063-1442.
- Malik, M., Wan, D., Dar, L., Akbar, A., & Naseem, M. A. (2014). The Role Of Work Life Balance In Job Satisfaction And Job Benefit. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 30(6), 1627-1638.
- Mathauer, I. and Imhoff, I. (2006). Health Worker Motivation in Africa: The Role of Non-Financial Incentives and Human Resource Management Tools. *Human Resources for Health*, 4, 24.
- Najafi, S., Noruzy, A., Azar, H., Nazari-Shirkouhi, S., Dalvand, R. (2011). Investigating the relationship between organizational justice, psychological empowerment, job satisfaction, organizational commitment and organizational citizenship behavior: An empirical model. *African Journal of Business Management*. 5. 5241-5248.
- Peters, M.L., Flink, I.K., Boersma, K., Linton, S.J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *The Journal of Positive Psychology*, 5:3, 204-211.
- Songstad, N.G., Rekdal, O.B., Massay, D.A. et al. (2011). Perceived unfairness in working conditions: The case of public health services in Tanzania. *BMC Health Serv Res*, 11, 34.
- Szabo, S., Mihalčová, B., Lukáč, J., Gallo, P., Čabinová, V., Vajdová, I. (2020). Demotivation of Medical Staff in the Selected Health Facility in Slovakia. *Economics and Management*, 23(2): 83-95.
- Tino, M., Magawa, R. (2013). Retaining doctors in rural Zambia: A policy issue.
- World Health Organization. (2006). The world health report : 2006 : working together for health. World Health Organization.



საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-
ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ

Financial access of pensioners to emergency onco-hematological services after the
implementation of the DRG model

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.06>

მარიამ ვარდუკაძე^{1a}, თენგიზ ვერულავა^{1a}

Mariam Vardukadze^{1a}, Tengiz Verulava^{2b}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ნებისმიერი სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. 2022 წელს საქართველოში ამოქმედდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელი გეგმიური და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურებებისთვის, რომლის მთავარი ამოცანაა ჯანდაცვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. DRG მოდელის დანერგვის მიუხედავად, ონკო-ჰემატოლოგიურ პაციენტებს, მათ შორის საპენსიო ასაკის პირებს, უხდებათ გარკვეული საფასურის გადახდა ისეთი სერვისებში, რომლებსაც აქამდე სრულიად უფასოდ იღებდნენ. ნაშრომის მიზანია DRG მეთოდის დანერგვის შემდეგ გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასება. მეთოდოლოგია: გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის მეთოდები. კვლევის შედეგები: კვლევამ აჩვენა, რომ საპენსიო ასაკის პაციენტების უმრავლესობას (78%) სტაციონარის დატოვების შემდეგ მოუხდა 235 ლარის გადახდა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტების უმრავლესობა (64%) არ არის ფინანსურად დამოუკიდებელი. შესაბამისად, რესპონდენტების უმრავლესობას (79%) შეექმნა ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო. რესპონდენტების უმრავლესობის (80%) აზრით DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ მათ მიერ მიღებული ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა შემცირდა. დასკვნა: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის დანერგვის შემდეგ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდის ზემო ზღვარი საპენსიო ასაკის პირებისათვის საკმაოდ დიდ თანხას წარმოადგენს, რაც ამცირებს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. მიზანშეწონილია აღნიშნულ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდების გადახედვა.

საკვანძო სიტყვები: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსება, ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურება, პენსიონერები, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.

^a mariamivardukadze7777@gmail.com

^b tverulava@cu.edu.ge

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-5939-5576>

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

ციტირება: მარიამ ვარდუკაძე. თენგიზ ვერულავა. საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: the most important task of the healthcare system of any state is to increase financial access to medical services for the population. In 2022, a diagnosis-related groups (DRG) financing model for planned and emergency inpatient services was launched in Georgia, the main task of which is to improve access to medical services and the quality of services. Despite the implementation of the DRG model, hematological oncology patients, including those of retirement age, have to pay a certain fee for services that were previously provided free of charge. The aim of the paper is to assess the financial access of pensioners to urgent onco-hematological services after the introduction of the DRG method. **Methodology:** Quantitative and qualitative research methods were used. **Results:** The study showed that the majority of patients of retirement age (78%) had to pay 235 GEL after leaving the hospital. However, it should be taken into account that the majority of patients (64%) are not financially independent. Consequently, the majority of respondents (79%) faced financial difficulties due to payment for urgent oncology-hematological services. According to the majority of respondents (80%), after the introduction of the DRG model, the financial availability of the onco-hematological inpatient services they received decreased. **Discussion, recommendations:** after the introduction of the model of groups struggling with the diagnosis, the upper limit of co-payment for onco-hematological services is a rather large amount for people of retirement age, which reduces financial availability. It is advisable to review the co-payments imposed on these services.

Keywords: diagnosis-related groups (DRG) financing model, emergency onco-hematological services, pensioners, access to medical services.

Citation: Mariam Vardukadze, Tengiz Verulava. Financial access of pensioners to emergency onco-hematological services after the implementation of the DRG model. *Health Policy, Economics and Sociology*, 2023; 7 (2).

შესავალი

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა უარყოფითად აისახება ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2020). სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსურად თანაბრად ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (ვერულავა, 2023; Verulava, 2021). აღნიშნულის მიღწევის ერთ-ერთ მექანიზმს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების მოდელი, რომელიც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაშია დანერგილი (Gulliford et al., 2014).

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების მოდელი შეიქმნა 1983 წელს შეერთებულ შტატებში იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ (Hervis, 1993). თავდაპირველად მეთოდი გამოყენებულ იქნა მედიკარის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საავადმყოფოების მომსახურების გადახდის ძირითად მექანიზმად. შემდგომ წლებში DRG მეთოდზე დაფუძნებული გადახდის სისტემები თანდათანობით დაინერგა სხვადასხვა ქვეყანაში: აშშ (1983), შვედეთი (1985), ფინეთი (1987), პორტუგალია (1989), კანადა (1990), დიდი ბრიტანეთი (1992), ავსტრალია (1993), იტალია (1995), გერმანიაში (1995), საფრანგეთში (1997), ნიდერლანდები (2003), იაპონია (2003), ესტონეთი (2004), ხორვატია (2009), ჩინეთი (2011), ლატვია (2014). ევროპის ბევრ ქვეყანაში მსგავსი დიაგნოზებით დაჯგუფების დაფინანსების მეთოდი გამოიყენება საავადმყოფოს გლობალური ბიუჯეტის გათვლისათვის (Mathauer & Wittenbecher, 2013).

ცხრილი 1. DRG დაფინანსების მოდელის დანერგვის წელი და მიზნები სხვადასხვა ქვეყანაში

DRG დაფინანსების მოდელის დანერგვის წელი და მიზნები		
ქვეყანა	DRG-ის დანერგვის წელი	DRG-ის დანერგვის მიზანი
ავსტრია	1997	ბიუჯეტის განაწილება: დაფინანსების მაქსიმალური რაოდენობა, რომელიც გამოყოფილია თითოეული ხარჯების ტიპისთვის.
ინგლისი	1992	პაციენტების კლასიფიკაცია
ესტონეთი	2003	გადასახადი
ფინეთი	1995	საავადმყოფოს საქმიანობის აღწერა, ბენჩმარკინგი: ორგანიზაციის საქმიანობა, რომლის ფარგლებშიც ხდება კონკურენტების საქმიანობაზე დაკვირვება და მისი შესწავლა, მათი საუკეთესო გამოცდილებებისა და პრაქტიკების ათვისებისა და დანერგვის მიზნით.
საფრანგეთი	1991	საავადმყოფოს საქმიანობის აღწერა
გერმანია	2003	გადასახადი
ირლანდია	1992	ბიუჯეტის განაწილება
ნიდერლანდები	2005	გადასახადი
პოლონეთი	2008	გადასახადი
პორტუგალია	1984	საავადმყოფოს შედეგების გაზომვა
ესპანეთი	1996	გადასახადი
შვედეთი	1995	გადასახადი

DRG დაფინანსების მოდელი სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებული მოდიფიკაციებით დაინერგა. ამ განსხვავებების მიზეზი განპირობებულია, ერთი მხრივ, DRG-ის განხორციელების სხვადასხვა პროცესებით და მეორე მხრივ, იმით, რომ დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების დანერგვა და ადაპტირება განხორციელდა შესაბამისი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების საჭიროებებიდან გამომდინარე (Busse et al., 2006; Schreyögg et al., 2006). 1990-იანი წლებიდან მოყოლებული, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (Diagnosis-Related Groups – DRG) დაფინანსების მოდელი თანდათან გახდა საავადმყოფოების დაფინანსების ძირითადი მექანიზმი (Langenbrunner et al., 2009).

1995 წელს საქართველოში დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმის შედეგად სამედიცინო ორგანიზაციების სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მოდელის შემოღება, რომელიც ითვალისწინებდა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების პრინციპებს, ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის ეკონომიკის სფეროში აღიარებულ უახლოეს მიღწევებს (ჯორბენაძე & ვერულავა, 2021). დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანდა ერთ ნოზოლოგიურ ჯგუფში. სახელმწიფომ დაადგინა თითოეული ჯგუფის აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა. თითოეული დაავადებების (დიაგნოზით მსგავსი) ფაქტური ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მეთოდში გათვალისწინებული იყო ქვეყნის გეოგრაფიული დაყოფა (ქალაქი, რაიონი), სამედიცინო დაწესებულების დონე (ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, რეგიონული, ქალაქის და რაიონული საავადმყოფოები). სამწუხაროდ, შემდგომ პერიოდში სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები ამოღებულ იქნა.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები ითვალისწინებს ისეთ მახასიათებლებს, როგორებიცაა: პაციენტის ასაკი, სქესი, შემთხვევის სიმძიმე, თანმხლები დაავადება და ჩატარებული პროცედურები (Cylus & Irwin, 2010). გადახდის აღნიშნული მეთოდი ძირითადად გამოიყენება სტაციონარული დახმარების ანაზღაურებების განსასაზღვრად (Scheller-Kreinsen et al., 2009).

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეებია: სამედიცინო სერვისების გამჭვირვალობის ზრდა, საავადმყოფოებისთვის სტიმულისა და მოტივაციის გაზრდა მათ ხელთ არსებული რესურსების ეფექტური გამოყენებისთვის, ხარჯების პროგნოზირებადობა და პაციენტთა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება (ჯორბენაძე & ვერულავა, 2021).

სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი შესაბამის ანაზღაურებას მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად იღებს, რადგან მათ პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია არ აქვთ. პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივება საავადმყოფოსთვის ეკონომიკურად წამგებიანია, რადგან ზედმეტ დღეებს სახელმწიფო არ ანაზღაურებს, შესაბამისად კლინიკის ინტერესებში არ შედის პაციენტის სტაციონარში დადგენილზე მეტი ხნით დაყოვნება. DRG დაფინანსების მეთოდის უარყოფითი მხარეა პაციენტების საავადმყოფოდან დროზე ადრე გაწერის ფინანსური წახალისება, რაც შესაძლოა ნეგატიურად აისახოს გაწეული მომსახურების ადეკვატურობასა და ხარისხზე (Busato & Below, 2010). გაზრდილი გამჭვირვალობისა და რესურსების ეფექტური გამოყენების ერთობლიობა ხელს უწყობს პაციენტებზე ზრუნვისა და გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

DRG სისტემა დაავადებების კატეგორიზაციით მათი ანალიზის საშუალებას იძლევა. მაგალითად, კლინიკის მენეჯერებს შესაძლებლობა აქვთ შეადარონ პაციენტის დაყოვნების ხანგრძლივობა, ხარჯები და გაწეული მომსახურების ხარისხი სხვადასხვა საავადმყოფოებში ან მათივე კლინიკის სხვადასხვა განყოფილებაში. გარდა ამისა, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდით კლინიკებს შესაძლებლობა აქვთ ზუსტად შეაფასონ პაციენტის მკურნალობის ხარჯები გაზომვადი სიდიდეების მეშვეობით. შესაბამისად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი ხელს უწყობს შესრულებული სამუშაოს შედარებას, ბენჩმარკინგის პროცესს და გამჭვირვალობის გაზრდას (Fetter et al., 1980).

ევროკომისიის დაფინანსებით ჩატარდა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა 2009-2011 წლებში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის ეროვნული სისტემების ანალიზს. კვლევაში მონაწილეობას იღებდა ევროპის 12 ქვეყანა, რომლებიც იყენებდნენ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოს გადახდის მოდელს (Lavis et. all., 2005). საფრანგეთში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებულ გადახდის სისტემას, უპირატესობებთან ერთად, რომელიც საავადმყოფოების მომსახურების ეფექტურობისა და გამჭვირვალობაში გაძლიერებაში გამოიხატება, თან ახლავს გარკვეული რისკები და პრობლემები, რაც ვლინდება სერვისების მოცულობისა და პაციენტებზე ზრუნვის შესაბამისობის კონტროლში (Or, 2014).

ავსტრიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდზე დაფუძნებული საავადმყოფოების დაფინანსების შემოღებამ 1997-2012 წლების პერიოდში 14%-ით შეამცირა საავადმყოფოებში პაციენტების დაყოვნების ხანგრძლივობა (Theurl & Winner, 2007). გერმანიაში დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვის მთავარი მიზანი იყო საავადმყოფოების ისტორიული ბიუჯეტებით დაფინანსების ჩანაცვლება, რომელიც გაზრდიდა საავადმყოფოების მომსახურების ეფექტურობას, გამჭვირვალობასა და ხარისხს (Vogl, 2012; Furstenberg et. all., 2010).

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი საქართველოში 2022 წლის პირველი ნოემბრიდან ამოქმედდა, რომლის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულ ყველა კლინიკაში, ერთსა და იმავე მომსახურებას აქვს ერთი ტარიფი. სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, პაციენტს დამატებითი ხარჯების გაწევა აღარ მოუწევს და იხდის

მხოლოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს (0-დან 30%-მდე).

ჯანდაცვის სამინისტრომ 2023 წლის 25 აპრილს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის მიმდინარეობასთან დაკავშირებით გარკვეული ცვლილებები შეიტანა სამედიცინო მომსახურებისთვის გადასახდელი თანხის ოდენობაში. ცვლილების შეტანის მიზეზი გახდა ზოგიერთ სამედიცინო მომსახურებაზე თანაგადახდის მოცულობის გაზრდილი რაოდენობა და ურგენტულ შემთხვევებზე დამატებითი გასადახადის დაწესება. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტისათვის დაწესებულ თანაგადახდის წილზე ზედა ზღვარი დაწესდა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მოდელის ფარგლებში პაციენტებს მოეხსნათ სხვა დამატებითი გადასახადი, ანუ თანაგადახდის ზედა ზღვარზე მეტის გადახდა პაციენტს არ მოუწევს. საპენსიო ასაკის ადამიანებისთვის თანაგადახდის წილი დაწესდა – 10% – მაგრამ არაუმეტეს 500 ლარისა. მაგალითად, თუ მომსახურების სრული ღირებულების 10 % აღემატება 500 ლარს, პაციენტი იხდის მხოლოდ 500 ლარს, დარჩენილ თანხას კი სრულად აფინანსებს სახელმწიფო. 0-5 წლის ბავშვებისთვის, შშმ ბავშვებისთვის, მკვეთრად გამოხატული შშმ პირებისა და სტუდენტებისთვის – 20% – არაუმეტეს 1000 ლარისა; მაგალითად, თუ მომსახურების სრული ღირებულების 20 % აღემატება 1000 ლარს, პაციენტი იხდის მხოლოდ 1000 ლარს, დარჩენილ თანხას კი სრულად აფინანსებს სახელმწიფო. საბაზისო პაკეტის მოსარგებლეებისთვის – 30% – არაუმეტეს 1500 ლარისა. მაგალითად, თუ მომსახურების სრული ღირებულების 30 % აღემატება 1500 ლარს, პაციენტი იხდის მხოლოდ 1500 ლარს, დარჩენილ თანხას კი სრულად აფინანსებს სახელმწიფო.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდეგ გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ პაციენტებს მომსახურებაში, რომელიც აქამდე სრულიად უფასო იყო, გარკვეული თანხის გადახდა უხდებოდა. საყურადღებოა, რომ ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებები ხშირია საპენსიო ასაკის პირებში. გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური საპენსიო ასაკის პაციენტებისათვის თანაგადახდის წილი 445-235 ლარს შეადგენს. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ საქართველო განვითარებადი ქვეყანაა და საპენსიო პირთა სახელმწიფო პენსია 295-365 ლარია.

კვლევის მიზანია დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის შემოღების შემდგომ, გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე საპენსიო ასაკის პირთა ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესწავლა.

კვლევის მეთოდოლოგია

გამოყენებულ იქნა თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, შეირჩა ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკის ქიმიოთერაპიისა და ონკო-ჰემატოლოგიის დეპარტამენტი, რომელიც ონკო-ჰემატოლოგიის მიმართულებით ერთ-ერთი წამყვანი საავადმყოფოა საქართველოში.

რაოდენობრივი მეთოდის ფარგლებში ჩატარდა ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკის ონკო-ჰემატოლოგიური საპენსიო ასაკის პაციენტების გამოკითხვა, რომლებიც ურგენტული შემთხვევებით განთავსდნენ ქიმიოთერაპიისა და ონკო-ჰემატოლოგიის დეპარტამენტში. პაციენტების შერჩევა განხორციელდა მარტივი შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით. საპენსიო ასაკის პირების გამოკითხვა მოხდა მათი სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ. მონაცემების მოპოვება მოხდა ეთიკური ნომრების დაცვის გზით, რაც გულისხმობს კვლევის ფორმატის წინასწარ შეთანხმებას პირადად პაციენტთან და შესაბამისი განყოფილების მენეჯერთან.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სტაციონალური ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების მენეჯერების ჩაღრმავებული ინტერვიუ. მნიშვნელოვნების საკითხების ჩანიშნვის პარალელურად, რესპონდენტებთან შეთანხმებით, ჩაიწერა მიმდინარე ინტერვიუ, რის შემდეგაც მოხდა დეტალური ტრანსკრიპტის გაკეთება, რათა შესაძლებელი გამხდარიყო მიღებული ინფორმაციის სიღრმისეული ანალიზის გაკეთება.

კვლევის შეზღუდვები

წინამდებარე კვლევის ძირითადი შეზღუდვა არის მასშტაბი, რადგან ჩვენი კვლევის ფარგლებში არსებული მწირი რესურსების გამოყენებით არ არის შესაძლებელი ქვეყნის მასშტაბით მცხოვრები ყველა საპენსიო ასაკის ადამიანის გამოკითხვა, რომლებსაც გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურების მიღება სჭირდებათ. აღნიშნული შეზღუდვა ამცირებს კვლევის რეპრეზენტაციულობასა და მიღებული შედეგების განზოგადების შესაძლებლობას. თუმცა, კვლევა მოგვცემს ინფორმაციას საპენსიო ასაკის ადამიანების ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესახებ.

კიდევ ერთი შეზღუდვა უკავშირდება ლიტერატურის სიმცირეს, როგორც ადგილობრივ, ასევე საერთაშორისო დონეზე, რადგან ძალიან მცირეა კვლევები ონკო-ჰემატოლოგიური ურგენტული მომსახურების დაფინანსებაზე, რაც აფერხებს მიღებული შედეგების სხვა ქვეყნის გამოცდილებებთან შედარების პროცესს.

კვლევის შედეგები

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სტაციონალური ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების მენეჯერების ჩარმავებული ინტერვიუ.

კვლევამ აჩვენა, რომ საპენსიო ასაკის პირების მიერ ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურებით სარგებლობის შემთხვევები საკმაოდ ხშირია. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ ქვეყნის მასშტაბით რამდენიმე კლინიკა უზრუნველყოფს აღნიშნულ სერვისებს, კონკრეტულ კლინიკაში მიმართვიანობის რაოდენობა თვის განმავლობაში საშუალოდ 20-25 საპენსიო ასაკის პაციენტს უტოლდება.

სტაციონარში საპენსიო ასაკის პირის მოხვედრის სიხშირე დამოკიდებულია დიაგნოზზე, რადგან სხვადასხვა ტიპის ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე განსხვავებულია. რკინადეფიციტური და B12 დეფიციტური ანემიის მქონე საპენსიო ასაკის პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია შესაძლოა წლის განმავლობაში 2-3 ჯერ გახდეს საჭირო, ჰემოლიზური ანემიის დიაგნოზის მქონე პაციენტები წელიწადში დაახლოებით 3-4 ჯერ ხვდებიან სტაციონარულ დაწესებულებაში, ხოლო სიმსივნური ანემიების შემთხვევაში, სტაციონარში განთავსების აუცილებლობა შესაძლოა თვეში ერთხელაც კი გახდეს საჭირო, განსაკუთრებით თუ პაციენტი პალიატიურია ან ვერ/არ იტარებს შესაბამის მკურნალობას.

სხვადასხვა საავადმყოფოების ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებების დატვირთვის მაჩვენებელი განსხვავებულია. ზოგიერთი კლინიკის მენეჯერის აზრით, მათი განყოფილების დატვირთვა შემცირდა, რაც დაკავშირებულია თანხის გადაუხდელობის ფინანსურ პრობლემებთან. ზოგი კლინიკის მენეჯერის აზრით, ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების ურგენტული სამედიცინო შემთხვევებით დატვირთვა დაფინანსების ახალი მოდელის დანერგვის შემდეგ პრაქტიკულად უცვლელი დარჩა, თუმცა არის ცალკეული შემთხვევები, სადაც საპენსიო ასაკის პირები უარს ამბობენ სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე ფინანსური პრობლემები გამო.

კლინიკების მენეჯერებმა აღნიშნეს, რომ სტაციონარში მოხვედრილი საპენსიო ასაკის პაციენტების უმეტესობა ხშირად გამოთქვამს უკმაყოფილებას, რაც დაკავშირებულია DRG მეთოდის დანერგვის შემდეგ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე თანაგადახდის (235-დან 445 ლარამდე) შემოღებასთან, რომელიც მათი პენსიის თითქმის 75%-ია.

მენეჯერების მტკიცებით, მიუხედავად თანაგადახდისა, პაციენტების მხრიდან მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევები თითქმის არ ფიქსირდება, რაც განპირობებულია ორი ძირითადი მიზეზით. პირველი უკავშირდება სტაციონარში შესული საპენსიო ასაკის პირის ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობას, რის გამოც პაციენტს არ შეუძლია მკურნალობაზე უარის თქმა. მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორია ოჯახის წევრების მხარდაჭერა, რადგან ფინანსური პრობლემების მიუხედავად, პაციენტის ახლობლები მაინც ცდილობენ თანხების მოძიებას, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემსუბუქების მიზნით, რათა ფინანსური სირთულეები არ გახდეს მკურნალობაზე უარის თქმისა და მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი. მიუხედავად ამისა, არის გარკვეული შემთხვევები, როცა გადაუდებელ

განყოფილებაში შესულ პაციენტს ფინანსების არქონის გამო უწევს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე უარის თქმა.

საპენსიო ასაკის პაციენტებში არც თუ ისე ხშირია სამედიცინო მომსახურების მიღების შემდეგ საავადმყოფოს ხელწერილის საფუძველზე დატოვების შემთხვევები, რადგან ხშირ შემთხვევაში, საპენსიო ასაკის პირების მკურნალობა ოჯახის წევრების მხარდაჭერით ფინანსდება. თუმცა არის გარკვეული შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს უწევთ ხელწერილის საფუძველზე კლინიკის დატოვება.

კლინიკების მენეჯერების აზრით, საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ურგენტულ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე დაფინანსების ახალი DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ შემცირდა, რაც გამოწვეულია მანამდე უფასო მომსახურებებზე თანაგადახდის წილის შემოღებით, რომელიც საპენსიო ასაკის პირების ერთადერთი შემოსავლის წყაროს, ასაკობრივი პენსიის ძირითად ნაწილს შეადგენს.

დაფინანსების DRG მეთოდის დანერგვის შემდგომ კლინიკებისა და ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებების დატვირთვა მინიმალურად შეიცვალა, უმეტეს შემთხვევაში დარჩა იგივე, რაც განპირობებულია საპენსიო ასაკის პირების ოჯახის წევრებზე ფინანსურად დამოკიდებულებით, თუმცა შეინიშნება შემცირებაც, რაც თანაგადახდის წილის შემოღებამ და ფინანსურმა სირთულეებმა გამოიწვია. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა აზრით, ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული შემთხვევების დაახლოებით 30% გადახარჯვით სრულდება. შესაბამისად, DRG მეთოდის შემოღება ფინანსურად ნაკლებად სარგებლიანი აღმოჩნდა ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებებისთვის.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოკითხვაში 117 პაციენტი მონაწილეობდა, რომელთა უმრავლესობა მდებრობითი სქესის წარმომადგენელია (n=62; 53%). რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი 76-80 წლის პაციენტებია (n=39; 33.3%). რესპოდენტების უმრავლესობას ონკოლოგიური ან ჰემატოლოგიური დიაგნოზი 1-2 წელია დაესვა (n=34; 29%). რესპოდენტების უმრავლესობამ (n=48; 41%) წლის განმავლობაში გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურებით 2-ჯერ ისარგებლა. რესპოდენტების უმრავლესობა (n=92; 79%) თვლის, რომ დაფინანსების ახალი DRG მოდელის შემოღების შემდეგ მათი ხელმისაწვდომობა ურგენტულ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე შემცირდა, ხოლო 21%-ის (n=25) აზრით, მდგომარეობა ამ კუთხით მათთვის არ შეცვლილა. გამოკითხული საპენსიო ასაკის პაციენტების უმრავლესობა (n=88; 75%) არ არის ფინანსურად დამოკიდებული, მხოლოდ რესპოდენტების 25% თვლის, რომ აქვთ საკუთარი თავის ფინანსურად უზრუნველყოფის შესაძლებლობა.

ონკო-ჰემატოლოგიურ სტაციონარში შემოსულ პაციენტებს კონკრეტული დიაგნოზიდან გამომდინარე, უწევთ განსხვავებული რაოდენობის თანხის გადახდა. ანემიური კოდების შემთხვევაში საპენსიო ასაკის პაციენტებს უწევთ სრული ღირებულების 10%-ის გადახდა, რაც დაახლოებით 235 ლარს შეადგენს, ხოლო კოაგულაციური კოდების შემთხვევაში, გაწეული მომსახურების 10% შეადგენს 445 ლარს. მომდევნო შეკითხვა მიზნად ისახავდა გამოკითხული საპენსიო ასაკის პაციენტების კონკრეტული დიაგნოზებისა და მიღებულ მომსახურებაში გადახდილი საფასურის რაოდენობის იდენტიფიცირებას. რესპოდენტების უმრავლესობას (n=84; 72%) სტაციონარის დატოვების შემდეგ მოუხდა 235 ლარის გადახდა, ხოლო პაციენტების მხოლოდ 28%-ის (n=33) მიერ მიღებული მომსახურება შეადგენდა 445 ლარს, რაც გამომდინარეობს კოაგულაციური დაავადებების შემთხვევების დაბალი სიხშირიდან.

გაწეულ მომსახურებაში ფინანსური სირთულეებით გამოწვეული თანხის გადაუხდელობის შემთხვევაში, პაციენტს აქვს უფლება გამოიყენოს კლინიკასთან იურიდიული ხელშეკრულების დადების შესაძლებლობა, რომელიც მას აკისრებს საფასურის წინასწარ დადგენილ ვადებში გადახდის ვალდებულებას. რესპოდენტების უმრავლესობას (n=88; 75%) არ ჰქონია სტაციონარის ხელწერილით დატოვების საჭიროება, ხოლო 25%-მა ფინანსური პრობლემების გამო, გამოიყენა სტაციონარის ხელწერილით დატოვების უფლება. რესპოდენტების უმრავლესობას (n=92; 79%) შეეძინა ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო. რესპოდენტების

უმრავლესობის (n=94; 81%) აზრით, DRG დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდგომ ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა შემცირდა.

ცხრილი 1: ონკო-ჰემატოლოგიური პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N=117	%
სქესი		
ქალი	62	53%
კაცი	55	47%
ასაკი		
60-65	31	26.5
66-75	35	29.9
76-80	39	33.3
81-ზე მეტი	12	10.3
ონკოლოგიური ან ჰემატოლოგიური დიაგნოზის დადგენიდან გასული დრო		
1 წელზე ნაკლები	30	25.6
1-2 წელი	34	29.1
2 -3 წელი	33	28.2
3 წელზე მეტი	20	17.1
წლის განმავლობაში გადაუდებელი ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურებით სარგებლობა		
1-ჯერ	34	29.1
2-ჯერ	48	41
2-ზე მეტჯერ	35	35
გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა		
შემცირდა	92	78.6
არ შეცვლილა	25	21.4
გაიზარდა	0	0
ფინანსური დამოუკიდებლობა		
არა	88	75
დიახ	29	25
გადახდილი თანაგადახდის წილი		
235 ლარი	84	72
445 ლარი	33	28
სტაციონარის დატოვება ხელწერილის საფუძველზე		
არა	88	75
დიახ	29	25
ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო		
დიახ	92	79
არა	25	21
ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური მომსახურების მიღებით კმაყოფილება		
დიახ	19	16
არა	94	81
მიჭირს პასუხის გაცემა	4	3

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ ურგენტული სტაციონარული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილების დატვირთვა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვის შემდეგ შემცირდა. აღნიშნულის ძირითად მიზეზად მენეჯერების მიერ დასახელდა ფინანსური სირთულეები და გაწეულ მომსახურებაზე თანხის გადაუხდელობის პრობლემები. ზოგ შემთხვევაში, საპენსიო ასაკის პაციენტები ფინანსური პრობლემების გამო, უარს აცხადებენ სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე. მენეჯერების აზრით, გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საპენსიო ასაკის პირებისთვის არ შეცვლილა. აქვე აღსანიშნავია, რომ არსებული მონაცემებით, რეგისტრირებული სამედიცინო შემთხვევების 30% გადახარჯვით დასრულდა. შესაბამისად, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვა საავადმყოფოების ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებებისთვის ფინანსური კუთხით არც ისე სარგებლიანი აღმოჩნდა.

საპენსიო ასაკის პაციენტების გამოკიხვით, ასევე გამოვლინდა DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ ხელმისაწვდომობით უკმაყოფილება. კლინიკების ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური განყოფილებების მენეჯერების თქმით, საპენსიო ასაკის პაციენტების უმეტესობა ხშირად გამოთქვამს უკმაყოფილებას, რაც სერვისებზე თანაგადახდის შემოღებამ განაპირობა. კერძოდ, საპენსიო ასაკის პაციენტებისთვის თანაგადახდის მინიმალური ოდენობა 234,27 ლარს შეადგენს, რაც ასაკობრივი პენსიის თითქმის 75%-ია.

გამოკითხული მენეჯერების შეფასებით, საპენსიო ასაკის პირები საკმაოდ ხშირად სარგებლობენ ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურებით, თუმცა იმის გათვალისწინებით, რომ აღნიშნული მომსახურების მიღება პაციენტებს რამდენიმე კლინიკაში შეუძლიათ, მიმართვიანობის რაოდენობა თვის განმავლობაში 20-25-ს უტოლდება. ამასთანავე, ფიქსირდება სტაციონარში ერთი და იმავე საპენსიო ასაკის პირების მოხვედრის შემთხვევებიც. თუმცა, კონკრეტული სიტუაციების სიხშირე დასმულ დიაგნოზზეა დამოკიდებული, მაგალითად სიმსივნური ანემიების დროს სტაციონარში განთავსების აუცილებლობა შესაძლოა თვეში ერთხელაც გახდეს საჭირო, განსაკუთრებით, ისეთი პაციენტების შემთხვევებში, რომლებიც ვერ/არ იტარებენ მკურნალობას ან პალიატიურები არიან. რაც შეეხება მკურნალობაზე უარის თქმას, მსგავსი ფაქტები თითქმის არ ფიქსირდება, რაც განპირობებულია პაციენტების ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობით, შესაბამისად, მათ არ შეუძლიათ მკურნალობაზე უარის თქმა ან ოჯახის წევრების ფინანსური მხარდაჭერით. აქედან გამომდინარე, იშვიათია სამედიცინო მომსახურების მიღების შემდეგ ხელწერილის საფუძველზე კლინიკის დატოვების შემთხვევები, რაც ასევე, ახლობლების ფინანსური მხარდაჭერით არის განპირობებული.

ამგვარად, ურგენტული ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში DRG დაფინანსების მოდელი დადებითად არ შეფასდა გამოკითხული მენეჯერების მიერ. მათი განცხადებით, საპენსიო ასაკის პაციენტების ხელმისაწვდომობა ურგენტულ სტაციონარულ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ შემცირდა, რისი ძირითადი მიზეზია ამ სერვისებზე თანაგადახდის წილის შემოღება, რაც საპენსიო ასაკის პირების უმრავლესობისთვის ერთადერთი შემოსავლის წყაროს, ასაკობრივი პენსიის მნიშვნელოვან წილს შეადგენს.

კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტების უმრავლესობას (78%) სტაციონარის დატოვების შემდეგ მოუხდა 235 ლარის გადახდა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტების უმრავლესობა (64%) არ არის ფინანსურად დამოუკიდებელი. შესაბამისად, რესპონდენტების უმრავლესობას (79%) შეექმნა ფინანსური სირთულეები გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაში თანხის გადახდის გამო. რესპონდენტების უმრავლესობის (80%) აზრით DRG მოდელის დანერგვის შემდგომ მათ მიერ მიღებული ონკო-ჰემატოლოგიური სტაციონარული მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა შემცირდა.

რეკომენდაციები

დიგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის დანერგვის შემდეგ ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდის ზემო ზღვარი საპენსიო ასაკის პირებისათვის საკმაოდ დიდ თანხას წარმოადგენს. გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე საპენსიო ასაკის პირებისათვის ხელმისაწვდომობის შემცირების გამო მიზანშეწონილია აღნიშნულ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდების გადახედვა. დიგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელი იძლევა შესაძლებლობას მოერგოს ქვეყნის გამოწვევებსა და მოთხოვნებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა, თ. (2023). ჯანდაცვის პოლიტიკა. კავკასიის უნივერსიტეტი.
2. ვერულავა, თ, ჯორბენაძე რ. (2020). ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია? ეკონომიკა და ბიზნესი, 12 (4).
3. ჯორბენაძე ა., ვერულავა, თ. (2021). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი და 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმები. ეკონომისტი, XVII (4): 31-41
4. ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო (2022). DRG სისტემის დანერგვა საქართველოში. <https://nha.moh.gov.ge/ge/news/mosalodnelicvlilebebiDRGsisstemisdanergvas tandakavshirebit>. (13.06.2023).
5. ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო (2022). დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მიხედვით დაფინანსების მექანიზმი. [https://nha.moh.gov.ge/storage/files/shares/DRG/MOH%206%2022%2000000165%20danartiN1%20\(1\).pdf](https://nha.moh.gov.ge/storage/files/shares/DRG/MOH%206%2022%2000000165%20danartiN1%20(1).pdf). (13.06.2023).
6. Busato, A., & von Below, G. (2010). The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health research policy and systems*, 8(1), 1-6.
7. Busse, R., Schreyögg, J., Smith, P.C. (2006). Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, 9(3):211-13.
8. Cylus, J., & Irwin, R. (2010). The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer*, 12(3), 1-3.
9. Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*, 18(2), i-53.
10. Furstenberg T, Zich K, Nolting H, Laschat M, Klein S, Haussler B. G-DRG impact evaluation. Final report of the first research cycle (2004-2006). IGES Institut, Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus. 2010.
11. Gulliford, M. C., Dregan, A., Moore, M. V., Ashworth, M., Van Staa, T., McCann, G., ... & McDermott, L. (2014). Continued high rates of antibiotic prescribing to adults with respiratory tract infection: survey of 568 UK general practices. *BMJ open*, 4(10), e006245.
12. Hervis, R. M. (1993). Impact of DRGs on the medical profession. *Clinical Laboratory Science: Journal of the American Society for Medical Technology*, 6(3), 183-185.
13. Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. World Bank Publications.
14. Lavis, J., Davies, H., Oxman, A., Denis, J. L., Golden-Biddle, K., & Ferlie, E. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of health services research & policy*, 10(1_suppl), 35-48.
15. Mathauer, I., & Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 746-756A.
16. Or, Z. (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health policy*, 117(2), 146-150.

17. Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis-related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9(3):215–23.
18. Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., & Busse, R. (2009). The ABC of DRGs in Europe Euro Observer. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Winter, 11(4).
19. Theurl, E., & Winner, H. (2007). The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health policy*, 82(3), 375-389.
20. Verulava, T. (2021). Access to Healthcare as a Fundamental Right or Privilege? *Siriraj Med J*, 73(10), 721-726.
21. Vogl, M. (2012). Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany. *Health economics review*, 2(1), 1-12.



რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მართვა და საკანონმდებლო რეგულირება საქართველოში Management and Legislation of Reproductive Health Services in Georgia

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.07

მარიამ გიგილაშვილი¹

Mariam Gigilashvili¹

¹ Doctra ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა, თბილისი, საქართველო

¹ Doctra Healthcare Information System, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, კერძოდ ხელოვნური განაყოფიერების საკანონმდებლო რეგულირებასთან და მართვასთან დაკავშირებული საკითხები ნაკლებად არის შესწავლილი. საქართველოში ძალიან მწირია ამ საკითხთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევები, რომლებიც საშუალებას მოგვცემდა წარმოგვეჩინა ის უახლესი მიგნებები, რაც სხვადასხვა ქვეყნებში საკანონმდებლო და მმართველობით დონეზე იქნა მიღწეული. კვლევის მიზანია, იმ ძირითადი ფაქტორების შესწავლა და გამოვლენა, რომელიც ხელს უშლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაწესებულებების ხელმძღვანელებს სერვისების ეფექტურ მართვაში და მიწოდებაში. კვლევის მეთოდი: კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. რესპოდენტებს წარმოადგენდნენ: ხელოვნური განაყოფიერები კლინიკებისა და დონორ სუროგატთა სააგენტოების ხელმძღვანელები. შედეგები: საქართველოში აღინიშნება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მონიტორინგის, ბიოლოგიური მასალის ერთიანი ბანკის არსებობის, საკანონმდებლო რეგულაციების სიმწირის პრობლემა, სპეციალისტთა ლიცენზირების და კომპეტენციის საკითხებით გამოწვეული სირთულეები. დასკვნა: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების და კლინიკების მართვის გაუმჯობესებისთვის, მნიშვნელოვანია გადაიჭრას ისეთი პრობლემები, როგორებიცაა: დონორ-სუროგატთა ასაკის განსაზღვრა, ბიოლოგიური მასალის შენახვის საკითხები, სელექციური აბორტი, სერვისების ხელმისაწვდომობა რაიონებში მცხოვრები მოსახლეობისთვის. აუცილებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მარეგულირებელი ნორმატიული აქტების გადახედვა, უახლესი კვლევების და უცხოური გადილაინების/პროტოკოლების გათვალისწინებით.

საკვანძო სიტყვები: რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ხელოვნური განაყოფიერება, დონაცია, სუროგაცია, კანონმდებლობა, რეგულაცია.

Abstract

Introduction: Issues related to the legal regulation and management of reproductive health services, in particular artificial insemination, have been little studied. In Georgia, there are very few scientific studies related to this issue, which would allow us to present the latest findings that have been reached at the legislative and administrative level in different countries. The purpose of the study is to study and reveal the main factors that prevent the heads of reproductive health institutions from effectively managing and providing services. Research method: Quantitative research methods were used for the research. Respondents were: heads of artificial insemination clinics and donor surrogate

agencies. **Results:** In Georgia, there is a problem of monitoring of reproductive health services, existence of a single bank of biological material, scarcity of legal regulations, difficulties caused by issues of licensing and competence of specialists. **Conclusion:** for the improvement of management of reproductive health services and clinics, it is important to solve such problems as: determination of the age of donor-surrogates, issues of storage of biological material, selective abortion, availability of services for the population living in the districts. It is necessary to review the regulatory acts of reproductive health services, taking into account the latest research and foreign guidelines/protocols.

Key words: reproductive health, artificial insemination, donation, surrogacy, legislation, regulation.

შესავალი

თანამედროვე ტექნოლოგიურმა მიღწევებმა სულ უფრო აქტიურად შემოაღწია ჩვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში და ჩაერთო ისეთ პროცესებში რომელზეც აქამდე ფიქრიც კი ძნელი იყო. დიჯიტალიზაციის პროცესები აქტიურად დაიწყო სამედიცინო სფეროში და შეცვალა არა მხოლოდ მკურნალობის მეთოდები, არამედ ადამიანების ცხოვრებაც. ტექნოლოგიური მიღწევის ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაგალითია ის სერვისები, რომელსაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრები აწვდის პაციენტებს შესაბამისად იქმნება კანონებიც, რომელიც არეგულირებს ამ სერვისებით სარგებლობის უფლებას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების ისტორია საქართველოში რამდენიმე ათეულ წელს ითვლის (ვერულავა და ხაბეიშვილი, 2015). დროთა განმავლობაში იხვეწებოდა და ვითარდებოდა ტექნოლოგიები და შესაბამისად დადგა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს საკანონმდებლო რეგულირების ხარვეზებისა და ნაკლოვანებების საკითხიც (წულეისკირი და ჯობავა, 2014).

დღეს დაახლოებით ათი მილიონი ადამიანი დაბადებული ინ ვიტრო განაყოფიერების ტექნოლოგიის გამოყენებით (Ferber და სხვ., 2020). ახალი რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენება უკავშირდება ისეთ საკითხებს, როგორცაა ეთიკა, სამართლებრივი ნორმა, რელიგია. მარეგულირებელი კანონები მენეჯერებისათვის სირთულეს წარმოადგეს, იმ კუთხით, რომ 21-ე საუკუნის ბიოეთიკაში რეპროდუქციული ტექნოლოგიების მართვასთან ასოცირებული საკითხები ერთ-ერთი პრობლემატური თემა განსახილველად.

რეპროდუქციული სერვისების მიმართულებით საქართველო ისეთი ქვეყნების კატეგორიას მიეკუთვნება, რომელთაც არ აქვთ კარგად სტრუქტურული კანონმდებლობა. ამაზე კი მიგვითითებს კანონების სიმწირე, ზოგიერთი საკითხი კი სრულიად არაა კანონით რეგულირებული (წულეისკირი და ჯობავა, 2014).

სახელმწიფოს მიერ დადგენილ ჯანდაცვის კანონში, უამრავ მნიშვნელოვან საკითხთან ერთად სათანადოდ არ არის გათვალისწინებული სუროგაციის საკითხები და სწორედ აქედან გამომდინარე, რეპროდუქციული დაწესებულების და სუროგატ/დონორთა სააგენტოების სამუშაო პრაქტიკის უდიდესი ნაწილი არ რეგულირდება (შენგელია და სხვ., 2018, გვ. 16-17). კანონით არ არის განსაზღვრული და დარეგულირებული სიკვდილის შემდეგ მშობლობა (რაც გულისხმობს, გარდაცვლილი ადამიანის ბიოლოგიური მასალის გამოყენებას მეუღლის მიერ, რათა გარდაცვლილი ცოლის/ქმრისგან ყავდეს შვილი. კანონი არ განსაზღვრავს, პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ რამდენი ხანი უნდა შეინახოს კლინიკამ ბიოლოგიური მასალა,

საქართველოში ექსტრაკორპორული განაყოფიერება რეგულირდება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის 143-ე მუხლით, რომელიც არეგულირებს ვინ შეიძლება ჩაითვალოს მშობლად ხელოვნური განაყოფიერების დროს, ამ კანონის მიხედვით დონორს ბავშვის შვილად აღიარების უფლება ეზღუდება (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2022). სუროგაციის შემთხვევაში, ბავშვთა ტრეფიკინგის თავიდან აცილება რეგულირდება 133-ე და 144-ე ბრანებით, (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2016). თუმცა, ეს კანონი ბოლომდე ვერ არეგულირებს ბავშვთა ტრეფიკინგს და ვერც ორგანოებით ვაჭრობას. ორგანიზაციები, რომლებიც ასრულებენ ინვიტრო/ექსტრაკორპორული განაყოფიერების, დონაცია, სუროგაციის პროგრამებს, აქტიურად უნდა იყვნენ ჩართული სრულფასოვანი ინფორმაციის მოპოვებაში,

რაც გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული, რადგან არ არსებობს ამ დოკუმენტაციის სანდოობის მაკონტროლირებელი ბერკეტები. კანონი ბოლომდე ვერ არეგულირებს ბავშვთა ტრეფიკინგს და ვერც ორგანოებით ვაჭრობას. (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2018)

სუროგაცია საქართველოში ლეგალურად 1997 წელს, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის 143-ე მუხლის საფუძველზე გამოცხადდა. 143-ე მუხლის თანახმად, საქართველოში ექსტრაკორპორული განაყოფიერება უშვილობის მკურნალობის მიზნით ნებადართულია და მის წინაპირობებს ცოლის ან ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობა ან საშვილოსნოს არარსებობა წარმოადგენს. ასევე „პაციენტის უფლებების კანონი“ მუხლი 34, განმარტავს თუ როდისაა აკრძალული ხელოვნური განაყოფიერების გამოყენება და სქესის შერჩევის მიზნით რა შემთხვევაშია ნებადართული (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2022).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანია, იმ ძირითადი ფაქტორების შესწავლა და გამოვლენა, რომელიც ხელს უშლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ორგანიზაციების ხელმძღვანელებს სერვისების ეფექტურ მართვაში და მიწოდებაში.

მეთოდოლოგია

კვლევისთვის გამოვიყენეთ კაბინეტური კვლევის, აღწერის, შედარების და ანალიზის მეთოდები. ლიტერატურის სიღრმისეული ანალიზისთვის შეირჩა საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. ასევე, გაეროს მოსახლეობის ფონდის კვლევა, რომელშიც განხილულია ყველა უფლება რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის საკითხებზე. ნაშრომში წარმოდგენილია კვლევები, რომელიც გვამღვებს ფართო სურათს საქართველოში რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების სამართლებრივ რეგულაციაზე.

რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში განხორციელდა კრეპროდუქციული ჯანმრთელობის ორგანიზაციების ხელმძღვანელების გამოკითხვა. კვლევის ინსტრუმენტი მოიცავდა ღია და დახურულ კითხვებს.

კვლევის შედეგები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 50-მა რესპოდენტმა, მათ შორის, 22 რეპროდუქციული კლინიკის ხელმძღვანელი ქვეყნის მასშტაბით და 28 დონორ/სუროგატთა დაწესებულების ხელმძღვანელი.

რესპოდენტთა 42 %-მა აღნიშნა, რომ არ ხდება კლინიკაში შემოსული დონორების გადამოწმება, კერძოდ, წლის განმავლობაში რამდენჯერ იყო დონორი ან არის თუ არა ამ ეტაპზე სხვა კლინიკის დონორი. რესპოდენტთა 22%-მა აღნიშნა, რომ დონორების გადამოწმება ვერ ხდებოდა შესაბამისი ბაზების არარსებობის გამო.

რესპოდენტთა 96% თვლის, რომ სახელმწიფოს მხრიდან აუცილებელია ისეთი ერთიანი ბაზის არსებობა, სადაც იქნება ინფორმაცია დონორ სუროგატთა შესახებ. რესპოდენტთა 82% მა აღნიშნა, რომ სამედიცინო პრაქტიკაში ჰქონიათ სუროგატის მიერ ხელოვნური საშუალებებით ორსულობის შეწყვეტის შემთხვევა. რესპოდენტთა 78 %-მა აღნიშნა, რომ პაციენტებს შვილის სქესის შერჩევის მიზნით მიუმართავთ ინვიტრო პროცედურებისთვის. გამოკითხულთა 72 %-ის მიხედვით, სქესის შერჩევის მიზნით მოუმართავთ PGD (ემბრიონის იმპლანტაციამდელი გენეტიკური დიაგნოზტიკა) -PGS (ემბრიონი წინასაიმპლანტაციო გენეტიკური სკრინინგი) პროცედურებისთვის. რესპოდენტთა 64%-ის აზრით, მასალის შენახვის საკითხები, ვადის გასვლის შემდეგ, რეგულირდება კლინიკის შიდა პროტოკოლებით, ხოლო 24%-ის აზრით, შესაბამისი კონტრაქტით. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ ამ საკითხთან მიმართებით სახელმწიფოს მხრიდან არანაირი რეგულირების მეთოდი არ არსებობს.

კვლევის მონაწილეთა 34 %-მა არნიშნა, რომ დონორს კვერცხუჯრედის ამოღების შემდეგ არ ჰქონია გართულებები. რესპოდენტთა 89.8 % თვლის, რომ აუცილებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირება. რესპოდენტთა 90 % თვლის რომ აუცილებელია მასალის ერთიანი ბანკის არსებობა. რესპოდენტთა 72%-ის აზრით, აუცილებელია რეპროდუქციულ დაწესებულებების მონიტორინგი. კვლევის მონაწილეებმა დაასახელეს რეპროდუქციული კლინიკების მთავარი პრობლემები: კანონების სიმწირე (62%), დონორ/სუროგატთა ერთიანი ბაზის არ არსებობა (46 %), კვალიფიციური კადრების სიმცირე (20%), გაიდლაინების და პროტოკოლებების სიმცირე (18%).

ცხრილი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ორგანიზაციების ხელმძღვანელების გამოკითხვის შედეგები.

კითხვა	N (%)
როგორ ხდება კლინიკაში მოსული დონორების ნასამართლეობის გადამოწმება?	
არ მოწმდება	N=31 (42%)
ვერ ვამოწმებთ რადგან არ არსებობს ერთიანი ბაზა	N=11 (22%)
სპეციალურ შიდა ბაზებში	N=8 (18%)
სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროა თუ არა არსებობდეს რაიმე ერთიანი ბაზა სადაც დონორ სუროგატთა მონაცემები იქნება თავმოყრილი?	
აუცილებელია	N=48 (96%)
არაა საჭირო	N=2 (4%)
გქონიათ თუ არა ისეთი ქეისები, როდესაც სუროგატს შეუწყვიტავს ორსულობა?	
დიახ	N=41 (82%)
არა	N=9 (18%)
სქესის შერჩევის მიზნით მოუმართავთ თუ არა ინვიტრო პროცედურისთვის?	
დიახ	N=39 (78%)
არა	N=11 (22%)
კლინიკას პაციენტისთვის სასურველი სქესის მისაღებად გაგიკეთებიათ ინვიტრო პროცედურა?	
დიახ	N=31 (62%)
არა	N=11 (38%)
სქესის შერჩევის მიზნით მოუმართავთ თუ არა PGD-PGS პროცედურებისთვის?	
დიახ	N=36 (72%)
არა	N=14 (28%)
რა ბერკეტებით აგვარებთ კრიოპრეზერვირებული მასალის შენახვის ვადის გასვლის შემდეგ, მისი შენახვის საკითხებს?	
პროტოკოლით	N=31 (64%)
კონტრაქტით	N=31 (64%)
საკანონმდებლო რეგულირებით	N=12 (24%)

სხვა	N=4 (8%)
რა დროს შეიძლება მოხდეს მასალის განადგურება (თვითნებური) კლინიკის მხრიდან? თუ სხვა განმარტეთ	N=3 (4%)
როდესაც დავალიანება ფიქსირდება წლობით	N=4 (8%)
როდესაც წყვილი არანაირ კონტაქტზე არ გამოდის	N=17 (34%)
კონტრაქტით გათვალისწინებული პირის დაღუპვისას	N=19 (38%)
არ ვფლობ ინფორმაციას	N=10 (20%)
გქონიათ თუ არა ისეთი შემთხვევა, როდესაც დონორს კვერცხუჯრედების ამოღების შემდეგ შექმნია ჯანმრთელობის პრობლემა	
არა	N=17 (34%)
ძალიან ხშირად	N=14 (28%)
ხშირად	N=7 (14%)
იშვიათად	N=8 (16%)
ძალიან იშვიათად	N=4 (8%)
თვლით თუ არა რომ აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირება (განიხილოს საკონომდებლო დონეზე?)	
აუცილებელია	N=45 (90%)
არაა აუცილებელი	N=5 (10%)
ერთიანი მასალის ბანკის არსებობა ქვეყანაში (ბანკი სადაც კლინიკებიდან შეინახება ბიოლოგიური მასალები)	
აუცილებელია	N=43 (86%)
არაა აუცილებელი	N=7 (14%)
როგორ ფიქრობთ, რამდენად მნიშვნელოვანია მონიტორინგის სამსახურის ჩართულობა რეპროდუქციული სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებში?	
ძალიან მნიშვნელოვანია	N=36 (72%)
უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე უმნიშვნელო	N=8 (16%)
არც მნიშვნელოვანია, არც უმნიშვნელო	N=4 (8%)
უფრო უმნიშვნელო, ვიდრე მნიშვნელოვანი	N=0 (0%)
სრულიად უმნიშვნელო	N=2 (4%)
რეპროდუქციული სერვისების მიმწოდებელ სამედიცინო მომსახურების საქმეში ყველაზე დიდ პრობლემად რას მიიჩნევთ?	
დონორთა ბაზის არ არსებობა	N=8 (16%)
კანონების სიმწირე	N=28 (60%)
კვალიფიციური კადრების სიმწირე	N=3 (6%)
გაიდლაინების და პროტოკოლების სიმწირე	N=4 (5%)
ყველა ჩამოთვლილი	N=7 (13%)

დისკუსია

არსებული ლიტერატურის საფუძველზე და განხილული ქვეყნების მაგალითზე შესაძლებელია ითქვას, რომ კანონები ზედაპირულია და საჭიროებს გადახედვას. სხვადასხვა ქვეყნების ანალიზი ადასტურებს სახელმწიფოს მხრიდან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ორგანიზაციების ლიცენზირების აუცილებლობას. მნიშვნელოვანია კანონი განსაზღვრავდეს თუ ვის აქვს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ჩატარების უფლება, როგორ სტანდარტებს უნდა აკმაყოფილებდეს ასეთი ტიპის სამედიცინო დაწესებულება.

მიუხედავად იმისა რომ ინ ვიტრო განაყოფიერების ტექნოლოგია, სამედიცინო პრაქტიკაში არც თუ ისე ახალია, დღემდე არსებობს ქვეყნები, სადაც ეს საკითხი არც კი განიხილება, ან ნაწილობრივია ნებადართული, მაგალითად, კამბოჯაში სუროგაცია აკრძალულია, გარდა იმ შემთხვევისა თუ წვილი უნაყოფოა. მსოფლიო მასშტაბით ძალიან მწირია ინ ქვეყნების რაოდენობა, სადაც კანონი სრულყოფილად არეგულირებს ისეთ საკითხებს როგორცაა: ინ ვიტრო განაყოფიერების სერვისების მიწოდება, დონაცია, დონორ-სუროგატა ასაკი, ასევე ვინ შეიძლება იყოს სუროგატი.

რუსეთის ინ ვიტრო განაყოფიერების ბაზარი 2014–2018 წლებში გაიზარდა 87%-ით, რაც განპირობებული იყო პროცედურების რაოდენობის ზრდით და ახალი კლინიკების გახსნით. აღნიშნული ზრდის ახალი მარკეტინგული პროგრამების შემუშავების საჭიროებას, განსაკუთრებით ხანდაზმული პაციენტებისთვის, ვინაიდან კანონმდებლობით არ იზღუდება პროცედურების ჩატარება ასაკის მიხედვით (Rusanova, 2020; გვ. 12-14).

გერმანიაში კანონმდებლობით აკრძალულია კვერცხუჯრედის დონაცია, ასევე, გინეკოლოგებისა და რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრების მიერ კვერცხუჯრედის დონაციისთვის მოსამზადებელი ნაბიჯების გადადგმა. 2011 წლიდან გერმანიაში ნებადართულია წინასწარი იმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზი (PGD) - თუმცა მხოლოდ ოჯახში სერიოზული მემკვიდრეობითი დაავადების შემთხვევაში ან მკვდრადშობადობის ან აბორტის თავიდან ასაცილებლად. ცალკეულ შემთხვევებში PGD-ის განხორციელებას სპეციალიზებული ეთიკის კომიტეტები წყვეტენ (Westermann და სხვ., 2019).

საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს, განსაკუთრებით ინ ვიტრო განაყოფიერების ტექნოლოგიის გამოყენების საკითხები არ რეგულირდება სათანადო დონეზე. კანონების სიმცირე ერთ-ერთი და მთავარი ხელშემშლელი ფაქტორია პრაქტიკული მუშაობის პროცესში. საჭიროა და მეტად მნიშვნელოვანია, რეგულირდებოდეს დონორების ასაკი, დონაციის ჯერადობა, ასევე სუროგაციის საკითხები - სუროგატის ასაკი, რადგან კლინიკებს საკუთარი პასუხისმგებლობით უწევთ ამ და სხვა რისკთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღება.

სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს დონორებისა და სუროგატების ერთიანი ბაზის არარსებობა, რის გამოც ერთსა და იმავე დონორს შეუძლია დონაციის პროგრამაში ჩაერთოს რამდენიმე დაწესებულებაში (Verulava და Pirtskhalava, 2022). აღნიშნულის გამო, ვერ კონტროლდება თუ რამდენჯერ იყო პაციენტი დონორი ან სუროგატი, ასევე, ვერ მოწმდება პარალელურად იტარებს თუ არა მსგავსი სახის პროცედურებს სხვა რომელიმე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრში. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ სუროგატ-დონორთა სააგენტოებს აქვს საკუთარი დაწესებულების შიდა ბაზები, რომლებითაც ხელმძღვანელობენ და ეს ერთ-ერთი წინ გადადგმული ნაბიჯია რისკების პრევენციისთვის.

რესპოდენტთა დიდი ნაწილის აზრით, აუცილებელია ბიოლოგიური მასალის (გენეტიკური ფონდის) შენახვის ერთიანი ბანკის არსებობა (ბანკი სადაც კლინიკებიდან შეინახება ბიოლოგიური მასალები). არ არსებობს მარეგულირებელი ნორმატიული აქტი, რომელიც წესრიგს დაამყარებდა ბიოლოგიური მასალის (დარჩენილი, გამოუყენებელი ემბრიონების, კვერცხუჯრედების, სპერმის) შენახვის საქმეში. დაიცავდა ამ უძვირფასეს გენეტიკურ მასალას, ცოცხალ უჯრედებს, არაკეთილსინდისიერი გამოყენებისაგან, ან ნებადაურთველ (უკანონო) სამეცნიერო კვლევებში შესაძლო გამოყენებისაგან. მაგალითად, თუ პაციენტებს კლინიკაში აქვთ შენახული მასალა და აღარ სურთ მეტი შვილის ყოლა, მათი სურვილისამებრ შესაძლებელი იქნება მასალის ბანკში მათი ბიოლოგიური მასალის გადატანა და

შემდეგ სხვა ფინანსურად შეჭირვებულ წყვილებს უსასყიდლოდ შეეძლება მასალის გამოყენება. ასევე, როდესაც კლინიკის კონტრაქტით გათვალისწინებული ვადა ამოიწურება, შესაძლებელია სახელმწიფომ თავის კუთნილებაში მყოფ მასალის ბანკში გადაიტანოს ეს ბიოლოგიური მასალა.

კვლევის საფუძველზე გამოვლინდა რომ დონაცია-სუროგაციას საქართველოში ხშირად მომართავენ უცხოელი პაციენტები. ამას აქვს როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარე, დადებითი იმ მხრივ რომ ეს არის სამედიცინო ტურიზმი, რომელიც წყვილს (რომლის ქვეყანაშიც არაა ნებადართული სუროგაცია) საშუალებას აძლევს იყოლოს შვილი და ამით ქვეყანაში შემოსავლებიც იზრდება. მეორეს მხრივ, ეს შეიძლება ერთ-ერთი რისკფაქტორი აღმოჩნეს ორგანოთა ვაჭრობის და ბავშვთა ტრეფიკინგის. ამ მხრივ, არ არსებობს მარეგულირებელი ნორმატიული აქტი, რომელიც მოაწესრიგებდა უცხოეთის მოქალაქეების მიერ დონაცია-სუროგაციის პროგრამებში მონაწილეობას.

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ კლინიკებს ხშირად აქვთ ისეთი ტიპის შემთხვევები, როდესაც დონორები, მომზადების პროცესში ფეხმძიმებიან, ეს სწორედ ბაზის არარსებობასთანაა კავშირში, რადგან ვერ მოწმდება დონორი. ასევე ხშირად აქვთ ისეთი შემთხვევები, როდესაც სუროგატი შუა პროცესში აჩერებს ფეხმძიმობას. აღნიშნული შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური ფაქტორიდან გამომდინარე, ან ნაწილი თანხის მიღების შემდეგ ნაყოფის თავიდან მოშორების მცდელობით. ზოგიერთ კლინიკაში პაციენტები მედიკამენტებს მათ დაწესებულებაში იღებენ, მათი მეთვალყურეობის ქვეშ, რაც დადებითი პრაპტიკაა. სახელმწიფო კანონმდებლობით არ არის განსაზღვრული პასუხისმგებლობის ზომები მომზადების პროცესში დონორის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების დარღვევის გამო (მაგალითად სქესობრივი ურთიერთობებისაგან თავის შეკავების ვალდებულების დარღვევა მომზადების პერიოდში, ან დაფეხმძიმება მომზადების პროცესში).

არ რეგულირდება კანონმდებლობით სქესის განსაზღვრის მიზნით ემბრიონის წინასწარი გენეტიკური გამოკვლევა (ზოგიერთ შემთხვევაში გენეტიკური დიაგნოსტიკის საფუძველზე თუ გამოვლინდა, რომ ემბრიონი მდებარეობითი სქესისაა ბიომასალის მფლობელი უარს ამბობს ემბრიონზე. ასეთ ვითარებაში რჩება ათეულობით ემბრიონი, რომლის შენახვის, განადგურების ან სამეცნიერო მიზნებით გამოყენების საკითხი ასევე არ რეგულირდება კანონმდებლობით). სქესის შერჩევის მიზნით იმ ვიტრო განაყოფიერების პროცედურების მიმართვიანობამ აჩვენა მაღალი შედეგები. ამ მხრივ, საყურადღებოა, რომ კვლევის მიხედვით, პაციენტები კლინიკებს ხშირად მიმართავენ გენეტიკური კვლევისთვის.

გასათვალისწინებელია, რომ კანონმდებლობით არ არის განსაზღვრული ვის შეუძლია ისარგებლოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიებით, რამდენჯერ შეიძლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიების გამოყენება ერთ წყვილთან, ერთ უშვილო წყვილს რამდენი სუროგატის აყვანა შეუძლია ერთდროულად.

დასკვნა

კვლევამ გამოვლინა, რომ კლინიკები მეტ წილად საკუთარი ძალებით ცდილობენ ისეთის აკითხების დარეგულირებას, რომელიც კანონით არ არის განსაზღვრული. მნიშვნელოვანია კლინიკების მონიტორინგის განხორციელება, საჭირო მოთხოვნილებების გამოსავლენად. ასევე აუცილებელია სხვა ქვეყნის მაგალითებზე დაყრდნობით გაიდლაინების, პროტოკოლების შედგენა, რომელიც უფრო ეფექტურს გახდის სერვისების ხარისხიანად მიწოდებას და ხემლისაწვდომობას. მნიშვნელოვანია, სახელმწიფო რეგულაციების დანერგვა, რომელიც აღკვეთს უკანონო ქმედებებს. პროვაიდერები, რომლებიც აწვდიან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებს, მნიშვნელოვანია ზრუნავდნენ თანამშრომლების განათლებასა და ტრენინგზე.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა, თ., ხაბეიშვილი, მ. (2015). უშვილობის მკურნალობა საქართველოში - ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა.
2. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (2016). საქართველოს იუსტიციის მინისტრისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის ერთობლივი ბრძანება. მუხლი 5, №133–№144. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3245541?publication=0>
3. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (2022). საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, კონსოლიდირებული ვერსია. მუხლი 10. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=12>
4. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (2022). საქართველოს კანონი ჯანრთელობის დაცვის შესახებ. პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/. მუხლი 143. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=47>
5. საქართველოს სახალხო დამცველი. (2018). ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის კრილში. ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება, თბილისი.
6. შენგელია, ლ., ჯალაღანია, ლ., დეკანოსიძე, თ. (2018). სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება. სახალხო დამცველის აპარატი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი საქართველოს ოფისი.
7. წულეისკირი ნ., ჯობავა მ. (2014). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკანონმდებლო მიმოხილვა. ასოციაცია „ჰერა XXI“.
8. Westermann S, Steinicke H, Mengel J, Diekmann L. (2019). Reproductive medicine in Germany – towards an updated legal framework. National Academy of Sciences Leopoldina.
9. Rusanova NE. (2020). Assisted reproductive technologies in Russia: medical breakthroughs and social problems. Institute of Socio-Economic Studies of Population at Russian Academy of Sciences, Moscow.
10. Farber S, Marks NJ, Mackie V. (2020). IVF and Assisted Reproduction: A Global History by Palgrave.
11. Verulava T, Pirskhalava M. Fertility Awareness and Knowledge among Infertile Women in Georgia: A Cross-sectional Study. Int J Infertil Fetal Med 2022;13(2):72–77



საქართველოს თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკა არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების კუთხით - შედარება ევროპულ მიდგომებთან

Georgia’s Tobacco Control Policy Regarding Novel Flavored Tobacco Products – A Comparison to Benchmarks from the European Context

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.08

თამარ აბულაძე^{1,2a}, ლელა სტურუა^{2,3b}, გიორგი ბახტურიძე^{1,4c}, კარლა ჯ.ბერგი^{5,6,7d}

Tamar Abuladze^{1a} Lela Sturua^{1c} George Bakhturidze^{1,4c} Carla J. Berg^{5,6,7d}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი;

² დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;

³პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემია

⁴საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლა, ჯორჯიის სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

ატლანტა, აშშ

⁵ მილკენის ინსტიტუტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა;

⁶ჯორჯ ვაშინგტონის კიბოს ცენტრი;

⁷ჯორჯ ვაშინგტონის უნივერსიტეტი, ვაშინგტონი, აშშ.

¹ School of Health Sciences, University of Georgia;

² National Center for Disease Control and Public Health;

³Petre Shotadze Tbilisi Medical Academy

⁴School of Public Health, Georgia State University. Atlanta, USA.

⁵Milken Institute School of Public Health;

⁶GW Cancer Center;

⁷The George Washington University, Washington, DC, USA.

აბსტრაქტი

შესავალი: თამბაქოს ახალი პროდუქტების, როგორცაა გასახურებელი თამბაქო (HTP) და ელექტრონული სიგარეტი (მოხსენიებული, როგორც ნიკოტინის ელექტრონული მიწოდების სისტემები (ENDS) და უნიკოტინო ელექტრონული მიწოდების სისტემები

^a tamari.abuladze@ug.edu.ge

ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-4951-137X

^b lela.sturua@ncdc.ge

ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-8242-1145

^c geo.bakhturidze@ug.edu.ge

ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-5578-5189

^d carlaberg@email.gwu.edu

ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-8931-1961

(ENNDS)) პოპულარობა ახალგაზრდებს შორის სულ უფრო იზრდება მსოფლიოში. აღნიშნულის გამომწვევი მნიშვნელოვანი ფაქტორი თამბაქოს მარკეტინგია, მათ შორის არომატიზატორების გამოყენების გზით, რაც გავლენას ახდენს ადამიანთა, და განსაკუთრებით, ახალგაზრდების აღქმაზე. ბოლო პერიოდში თამბაქოს კონტროლის გაძლიერებისთვის საქართველოში გაწეული ძალისხმევის შედეგად, განსაკუთრებით 2017 წლის წლის შემდეგ, როდესაც საქართველოს პარლამენტმა მიიღო „ახალი თაობის“ თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა, ცალკეული თამბაქოს ნაწარმის (მაგალითად სიგარეტის) მოხმარების მაჩვენებელი შემცირდა. თუმცა, 2019 წლის კვლევებიდან ჩანს, რომ მზარდია თამბაქოს ახალი ნაწარმების გამოყენების ტენდენცია ახალგაზრდებში. საქართველოს ბაზარზე თამბაქოს ახალი ნაწარმების წილმა ზრდა მეტწილად 2019 წლიდან დაიწყო, რის გამოც, ამ პერიოდის შემდეგ თამბაქოს მოხმარების მაჩვენებელი საქართველოს ახალგაზრდებში სავარაუდოდ კვლავ გაიზარდა. წინამდებარე სტატიით წარმოდგენილი კვლევის მიზანია გამოიკვლიოს/გაანალიზოს საქართველოს პასუხი ახალგაზრდებში მოწვევის მზარდი მაჩვენებლის მიმართ და გამოავლინოს თამბაქოს ახალი პროდუქტების კონტროლის პოლიტიკის ხარვეზები და გამოწვევები საქართველოში, ევროპულ მიდგომებზე დაყრდნობით. **მეთოდოლოგია:** კვლევის ფარგლებში გამოყენებულია დოკუმენტური და აღწერითი სამართლებრივი კვლევის, შედარებითი ანალიზის, და ასევე, პოლიტიკის კვლევის მეთოდები. პოლიტიკის დოკუმენტები მოიძებნა ინტერნეტის საძიებო სისტემებში, ოფიციალურ საკანონმდებლო და სამთავრობო ვებგვერდებზე. მოიძიებული დოკუმენტები მოიცავს კანონებს, კანონქვემდებარე აქტებს, სამთავრობო დოკუმენტებს, მათ შორის, სახელმწიფო სტრატეგიებს და სამუშაო გეგმებს, სტატისტიკურ ინფორმაციებს, ოფიციალურ განცხადებებს და შეხვედრის ოქმებს. თამბაქოს კონტროლის არსებული გამოწვევების და საერთაშორისო მიდგომებთან მისი შესაბამისობის გამოსავლენად, შედარებითი ანალიზის საფუძველზე საქართველოს პოლიტიკის მახასიათებლები შედარებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციითა და ევროკავშირის კანონმდებლობით დადგენილ თამბაქოს ახალი პროდუქტების კონტროლის ძირითად ზომებთან (მაგ.: თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის კონტროლი, რეკლამის, სპონსორობის და პოპულარიზაციის აკრძალვა, თამბაქოს ინდუსტრიის ჩაურევლობა თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკაში, და სხვა). **კვლევის შედეგები:** ახალგაზრდებში თამბაქოს მოხმარების პრევენციისკენ მიმართული ეფექტური პოლიტიკის იმ მახასიათებლების ანალიზის გათვალისწინებით, რომლებიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და ევროკავშირის მიერაა დადგენილი, საქართველოს თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა შეიცავს ბევრ ხარვეზს და ახალგაზრდების მიერ ამ პროდუქტების გამოყენების პრევენციის პოლიტიკა სუსტია. ქართული კანონმდებლობა არომატიზატორების გამოყენების გზით თამბაქოს ნაწარმის მარკეტინგის აკრძალვას არ ითვალისწინებს. მოქმედი რეგულირება თამბაქოს არც ერთ პროდუქტში არ ზღუდავს არომატიზატორების/დანამატების გამოყენებას. დადგენილია მხოლოდ სიგარეტებიდან გამოფრქვეული ნივთიერებების ზღვრული ოდენობები და ნიკოტინის მაქსიმალური ოდენობა ნიკოტინის შემცველი ელექტრონული სიგარეტის სითხეებისთვის, თუმცა ამ მოთხოვნებთან შესაბამისობა არასოდეს შემოწმებულა. არ არსებობს ადგილობრივი ლაბორატორია, რომელიც შეამოწმებს თამბაქოს რომელიმე ნაწარმის შემადგენლობას. არც უცხო ქვეყნის

ლაბორატორიაში გაგზავნილა ოდესმე თამბაქოს რომელიმე ნაწარმის ნიმუშები. თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკის დიდი გამოწვევაა უნიკონო ელექტრონული სიგარეტები, რომელიც არ განიხილება თამბაქოს ნაწარმად და მათზე არ ვრცელდება თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის მოთხოვნები. ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკის საკითხებში თამბაქოს ინდუსტრიის ჩარევის საგანგაშოდ მაღალი ინდექსის გათვალისწინებით, სავარაუდოა, რომ თამბაქოს ახალ პროდუქტზე კონტროლის პოლიტიკის დანერგვას დიდი წინააღმდეგობა შეხვდება, მით უფრო იმის გათვალისწინებით, რომ ბოლო წლებში ჩატარებულა კვლევა ახალგაზრდების მიერ თამბაქო ახალი ნაწარმის მოხმარების მაჩვენებლის გამოსავლენად. **დასკვნა:** ეს კვლევა წარმოადგენს პირველ შეფასებას საქართველოში იმის შესახებ, თუ როგორ რეაგირებს ქვეყანა თამბაქოს ახალი პროდუქტების (ელექტრონული სიგარეტი, გასახურებელი თამბაქო) მზარდ პოპულარობაზე. საკითხის ანალიზმა აჩვენა, რომ საქართველოს თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკა ძირითადად მორგებულია თამბაქოს ტრადიციულ პროდუქტებზე, ხოლო ახალი პროდუქტები, ცალკეული რეგულაციების ფარგლებს მიღმაა. თამბაქოს ინდუსტრიამ კარგად ისარგებლა პოლიტიკის ხარვეზებით და საქართველო ბოლო წლებში თამბაქოს ახალი ნაწარმის ინდუსტრიისთვის გახდა ხელსაყრელი ბაზარი. კვლევის ფარგლებში გამოვლენილი დასკვნები კარგი ინსტრუმენტია გადაწყვეტილების მიმღებებისთვის - შექმნან არომპატივიზებული თამბაქოს ახალი ნაწარმის ეფექტური რეგულირება და აღსრულების მექანიზმი საქართველოში, რადგან არსებული რეგულირების ხარვეზები სავარაუდოდ გამოიწვევს თამბაქოს მოხმარების მაჩვენებლის ზრდას, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში

საკვანძო სიტყვები: *თამბაქოს ახალი ნაწარმი, არომპატივიზატორები, თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკა*

ციტირება: თამარ აბულაძე, ლელა სტურუა, გიორგი ბახტურიძე, კარლა ჯ.ბერგი, არომპატივიზებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების კონტროლის პოლიტიკის გამოწვევები საქართველოში ევროპული კონტექსტის გათვალისწინებით - დოკუმენტური კვლევა და შედარებითი ანალიზი. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: The use of novel tobacco products, such as heated tobacco products (HTPs) and electronic cigarettes (referred to as an electronic nicotine delivery systems (ENDS), and electronic non-nicotine delivery systems (ENNDS)), is increasing among the youth globally. Among the key factors contributing to increased use is tobacco marketing, including advertising emphasizing flavored products, which influences perceptions, especially among youth. In Georgia, recent efforts have strengthened tobacco control, with the "new generation" tobacco control legislation adopted in 2017. Consequently, the trend of individual tobacco product (for example cigarettes) consumption has decreased. However, 2019 researches shows that the trend of using novel tobacco products among young people is increasing. The share of novel tobacco products in the market of Georgia started to grow largely in 2019. Perhaps relatedly, youth continue to show high rates of tobacco consumption in Georgia. The primary aim of this study is to investigate/analyze Georgia's responses to addressing tobacco use in youth and identify gaps and challenges of Georgian policy

regarding the regulation of novel tobacco products through comparisons with European policy approaches. **Methods:** This study identified policy documents specifying legislation (e.g., laws and bylaws, government documents, including state strategies and working plans, official announcements, and minutes from official meetings), through Internet search engines, official legislative web pages, and Ministry websites. Comparative analysis was used to identify challenges in the tobacco control policy of Georgia and assess its alignment with international standards. We compared the features of the Georgian policy with key measures for regulating novel tobacco products outlined in the World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and European Union (EU) legislation (e.g. Regulating tobacco product content and disclosure; Packaging and labelling of tobacco products; Tobacco advertising, promotion and sponsorship, tobacco industry interference in tobacco control policy, etc.). **Results:** Considering the analysis of effective policy characteristics for preventing tobacco use among young people, as outlined by the WHO and the EU, it is evident that Georgia's tobacco control legislation has significant gaps. Youth prevention policies addressing these products are relatively weak. The current legislation does not include restrictions on marketing of novel tobacco products emphasizing flavors, nor does it include restrictions or limitations on using flavorings/additives in any type of tobacco. Only the concentration of emitted substances in cigarettes and amount of nicotine in e-cigarette liquid is limited. However, compliance with these requirements has never been assessed; There is no local laboratory that tests any kind of tobacco product and no samples have ever been sent to any laboratory abroad. ENNDS represent a particular policy challenge, as they are not considered as tobacco products, and no tobacco control legislative requirements apply to them. Tobacco industry interference with Georgia's tobacco legislation has also been documented to be high; Thus, it is likely that introduction of the control policies on novel product will be met with great resistance, especially since no research has yet been conducted recent years to reveal rates of novel tobacco products use by youth. **Conclusions:** This study provides the first assessment regarding how Georgia has responded to the growing popularity of novel tobacco products, such as e-cigarettes and HTPs, indicating that its tobacco control legislation has mainly addressed traditional tobacco products but largely neglected these novel products. The tobacco industry has taken advantage of the policy loopholes, and Georgia has become a favorable market for the novel tobacco product industry in recent years. Current findings provide evidence for decision-makers to inform the development of effective regulation and enforcement mechanism of flavored novel tobacco products, as gaps in the current regulations will likely will lead to increased use, particularly among youth.

Keywords: Novel tobacco products, flavorings, tobacco control policy.

Citation: Tamar Abuladze Lela Sturua, George Bakhturidze, Carla J. Berg. Challenges of the Novel Flavored Tobacco Products Control Policy in Georgia Considering the European Context – Documentary Research and a Comparative Analysis. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (3).

შესავალი

არაერთი სამეცნიერო და სამართლებრივი მტკიცებულებების გათვალისწინებით, მსოფლიო საზოგადოებამ აღიარა, რომ თამბაქოს ეპიდემია არის ერთ-ერთი ყველაზე დიდი საფრთხე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის. თამბაქოს მოხმარება გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული დაავადებების, 20-ზე მეტი სხვადასხვა ტიპის ან ქვეტიპის კიბოს, და სხვა მრავალი დაავადების ძირითადი რისკ ფაქტორია (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), 2023). მსოფლიოში ყოველწლიურად 8 მილიონზე მეტი ადამიანი იღუპება თამბაქოს მოხმარებით, რომელთა შორის დაახლოებით 1,2 მილიონი ადამიანი მეორადი კვამლის ზემოქმედების მსხვერპლია (WHO, 2022). თამბაქოს მოხმარების მაღალი დონე არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი გამოწვევა საქართველოშიც. მოსახლეობის 28,2% მწვეველია (49,5% მამაკაცი და 8,4% ქალი) (საქართველოს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), 2020) და ქვეყანაში ყოველწლიურად 11 400 ადამიანი იღუპება თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადებებით (NCDC, 2018).

თამბაქოსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის უმეტესობა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ფიქსირდება, რადგან სწორედ ეს ქვეყნები არიან ხშირად თამბაქოს ინდუსტრიის ინტენსიური ჩარევისა და მარკეტინგის სამიზნე (WHO, 2023). თამბაქოს ინდუსტრია მზარდი და მუდმივად განვითარებადი ინდუსტრიაა, რომელიც მსოფლიოში დაგროვილი მეცნიერული მტკიცებულებების და საზოგადოების ცნობიერების დონის ზრდის კვალდაკვალ, მოდიფიცირებას უკეთებს თამბაქოს ტრადიციულ (როგორცაა ფილტრიანი და უფილტრო სიგარეტი) ნაწარმებს და ქმნის კონკრეტულ პირთა წრეზე მორგებულ პროდუქტს, წარმოაჩენს მას „ნაკლებად მავნე“ ან თამბაქოზე თავის დანებების საშუალებად და ამ გზით ფებს იკიდებს ბავშვებსა და ახალგაზრდა მოხმარებლებში (Brandt A. M. 2012).

ევროკავშირის (EU) თამბაქოს ნაწარმის დირექტივის (TPD) (2014/40/EU) მიხედვით, „თამბაქოს ახალი ნაწარმი“ განიმარტება, როგორც *„თამბაქოს ნაწარმი, რომელიც არ განეკუთვნება არცერთ შემდეგ კატეგორიას: სიგარეტი, შესახვევი თუთუნის, საჩიბუხე თამბაქო, ჩილიმის თამბაქო, სიგარა, სიგარილა, დასაღეჭი თამბაქო, შესასუნთქი თამბაქო ან საწუნნი თამბაქო და ბაზარზე განთავსებულია 2014 წლის 19 მაისის შემდეგ“* (TPD, მუხლი 2.14). თამბაქოს ახალი ნაწარმის მაგალითებია ელექტრონული სიგარეტი და გასახურებელი თამბაქო (HTP), რომელთა პოპულარობა სულ უფრო იზრდება როგორც მსოფლიოში, ასევე საქართველოში.

ელექტრონული სიგარეტი, რომელიც ჩვეულებრივ მოიხსენიება როგორც ნიკოტინის მიწოდების ელექტრონულ სისტემა (ENDS) ან/და უნიკოტინო ელექტრონული მიწოდების სისტემა (ENNDS), არის მოწყობილობა, რომელიც ათბობს სითხეს მოხმარებლის შესასუნთქად განკუთვნილი აეროზოლის შესაქმნელად. (European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), 2019). ელექტრონული სიგარეტი შეიძლება იყოს მოცემული ერთჯერადი ან მრავალჯერადი გამოყენების რეზერვუარის და კაფსულის მეშვეობით, ან დასამუხტი ერთჯერადი მოხმარების კარტრიჯებით. ეს პროდუქტი შეიძლება შეიცავდეს ან არ შეიცავდეს ნიკოტინს. ელექტრონული სიგარეტის სითხის ძირითადი შემადგენელი კომპონენტებია პროპილენგლიკოლი, გლიცერინით ან მის გარეშე. იგი ასევე, როგორც წესი, შეიცავს არომატიზატორებს(ENSP, 2019).

არომატიზატორების შემცველია გასახურებელი თამბაქოც. ბოლო წლებში, თამბაქოს ინდუსტრიის გავლენით გასახურებელი თამბაქოს პროდუქტებისადმი ინტერესი ჩამოყალიბდა იმ წარმოდგენით, რომ ისინი შემცირებული ზიანის მქონე პროდუქტებია ან/და ესაა პროდუქტები, რომლებსაც შეუძლიათ დაეხმარონ ადამიანებს თავი დაანებონ ტრადიციული თამბაქოს (როგორცაა სიგარეტი) მოწვევას (forbes.ge, 09.10.2023), თუმცა, გასახურებელი თამბაქო, ისევე როგორც ყველა სხვა სახის თამბაქოს პროდუქტი, არსებითად ტოქსიკურია და შეიცავს კანცეროგენებს (WHO, 2022).

გასულ წლებში საქართველომ ჩაატარა რამდენიმე წარმომადგენლობითი კვლევა თამბაქოს მოხმარების თაობაზე (არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევა STEPS 2010 და 2016; ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკის მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევა (ESPAD) 2015 და 2019; Tobacco National Survey 2019; ტაქსებში მოწვევის აკრძალვის მხარდაჭერის კვლევა 2020). ESPAD 2019-ის მიხედვით, 15-16 წლის მოსწავლეების 33%-ს ერთხელ მაინც გამოუყენებია ელექტრონული სიგარეტი (ბიჭების 43%, გოგონების 25%), რაც მნიშვნელოვნად გაზრდილია 2015 წელთან შედარებით. 2015 წელს 15-16 წლის მოსწავლეების წილი ვინც სიცოცხლეში ერთხელ მაინც ეწეოდა ელექტრო სიგარეტს, იყო 13% (16% ბიჭებში, 13% გოგონებში) (ESPAD Georgia 2015). რაც შეეხება HTP-ებს, ამ პროდუქტის გაყიდვა საქართველოს ბაზარზე ოფიციალურად დაიწყო 2020 წელს (კომპანია ფილიპ მორისის ოფიციალური განცხადება, Forbes.ge, 24.07.2020), თუმცა 2019 წელს ჩატარებული კვლევა, რომელიც პირველად მოიცავდა კითხვებს ამ პროდუქტის გამოყენების შესახებ, აჩვენებს, რომ გასახურებელი თამბაქოს პროდუქტების შესახებ არა მხოლოდ იცოდნენ ახალგაზრდებმა, არამედ, იგი ხელმისაწვდომიც იყო გამოსაყენებლად მათთვის ჯერ კიდევ 2019 წელს. 2019 წლის კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ საქართველოში 15-16 წლის მოსწავლეების დაახლოებით 8%-ს ოდესმე უცდია HTP-ები, ხოლო 3%-მა აღნიშნა HTP-ის გამოყენება ბოლო 30 დღის განმავლობაში, 2019 წელს (ESPAD Georgia, 2019).

რა მიზეზები შეიძლება იდგას ამ მაჩვენებლების უკან? თამბაქოს მოხმარების დაწყება სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული - არსებობს სოციალური ფაქტორი, ოჯახის წევრების და მეგობრების გავლენა და სხვა (Centers for Disease Control and Prevention (US), 2012.). თუმცა მათგან ყველაზე ძლიერი ფაქტორი მარკეტინგია, რომელიც თამბაქოს ახალი პროდუქტების შემთხვევაში ხშირად არომატიზატორების საშუალებით მიიღწევა. არომატიზატორების გამოყენება თამბაქოს ნაწარმებში თამბაქოს ინდუსტრიის ცნობილი სტრატეგიაა, რომლის მიზანია გაზარდოს მისი პროდუქციის მიმზიდველობა ახალგაზრდებისთვის და არამწვევლებისთვის, შეამციროს თამბაქოს ნაწარმის მოწვევის სიმძაფრე, ასევე შექმნას მცდარი შთაბეჭდილება, რომ თითქოს ეს პროდუქტები არის ნაკლებად მავნე (Krishnan-Sarin, S, 2019).

მიუხედავად იმ ძალისხმევისა, რაც თამბაქოს კონტროლის გაძლიერებისთვის იქნა გაწეული საქართველოში, განსაკუთრებით 2017 წლის შემდეგ, როდესაც საქართველოს პარლამენტმა მიიღო „ახალი თაობის“ თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა (კანონპროექტი N07-3/592/8, parliament.ge), თამბაქოს კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონი და მისი ქვემდებარე ნორმატიული აქტები კვლავ შეიცავს გარკვეულ პრობლემურ საკითხებს, განსაკუთრებით თამბაქოს ახალი ნაწარმების კონტროლის კუთხით, რაც

სავარაუდოდ განაპირობებს თამბაქოს მოხმარების და მეორადი კვამლის ზემოქმედების მაღალ მაჩვენებელს მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

მიუხედავად იმისა, რომ არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმი ფართოდ არის ხელმისაწვდომი საქართველოს ბაზარზე და სავაჭრო ობიექტებში, ასევე, იმის მიუხედავად, რომ შეინიშნება ახალგაზრდებში ამ ნაწარმების მოხმარების ზრდის ტენდენცია, საქართველოში 2019 წლის შემდეგ არ ჩატარებულა რაიმე კვლევა, ან კვლევები, რომლებიც აჩვენებდა ზემოხსენებულ გავლენას ან გამოავლენდა ამ საკითხებთან დაკავშირებული პოლიტიკის გამოწვევებს საქართველოში. აღნიშნული მონაცემების ნაკლებობა მნიშვნელოვანი გამოწვევაა გადაწყვეტილების მიმღებებისთვის, რადგან ამის გარეშე ისინი არ ჩქარობენ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებას და არსებული პოლიტიკის გაძლიერებას თამბაქოს ახალი პროდუქტების კონტროლის მხრივ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის (WHO FCTC) ხელმოწერითა და რატიფიცირებით, 183-მა ქვეყანამ (2023 წლის დეკემბრის მდგომარეობით) აღიარა ფართომასშტაბიანი საერთაშორისო თანამშრომლობის განვითარების და ყველა ქვეყნის მონაწილეობის საჭიროება საერთაშორისო დონეზე თამბაქოს ეპიდემიის წინააღმდეგ ეფექტური და ყოვლისმომცველი რეაგირების ზომების გატარებისთვის (fctc.who.int). კონვენცია მოიცავს თამბაქოს კონტროლის სხვადასხვა ღონისძიებებს, რომელიც საქართველოს მიერ ტრადიციულ თამბაქოსთან მიმართებით თითქმის სრულად არის განხორციელებული (WHO, 2023 Global Progress Report), მაგრამ რამდენად არის ეს ზომები თამბაქოს ახალი ნაწარმების მზარდი პოპულარობის საპასუხოდ გამოსადეგი, საკვლევი საკითხია.

კვლევის მიზანი და საკვლევი კითხვები

ნაშრომის მიზანია საქართველოში მოქმედი არომატიზირებული თამბაქოს ახალი პროდუქტების კონტროლის პოლიტიკის პრობლემის და მისი აქტუალობის წარმოჩენა ახალგაზრდებში თამბაქოს მოხმარების პრევენციის მხრივ. ასევე, არსებული გამოწვევების გამოვლენა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და ევროკავშირის მიდგომებზე ფოკუსირებით, რათა ნაშრომი გამოსადეგი იყოს არა მხოლოდ დაინტერესებული პირებისთვის, არამედ პოლიტიკის შემქმნელებისთვისაც, რათა დაგეგმონ და განახორციელონ თამბაქოს ახალ ნაწარმებთან დაკავშირებული პოლიტიკა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის და საქართველოსა და ევროკავშირის შორის დადებული ასოცირების შეთანხმების საფუძველზე, ევროკავშირის რეგულირების შესაბამისად.

მეთოდოლოგია

წინამდებარე ნაშრომი დოკუმენტური და აღწერითი სამართლებრივი კვლევის საფუძველზე მიმოიხილავს არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების კონტროლის არსებულ პოლიტიკას საქართველოში, ასევე, შედარებითი ანალიზის და პოლიტიკის კვლევის მეთოდოლოგიის საშუალებით ადარებს მას ევროპულ მიდგომებთან და აიდენტიფიცირებს მთავარ გამოწვევებს, რაც არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების კონტროლის და შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით არსებობს ქვეყანაში.

კერძოდ, ნაშრომი მიმოიხილავს ჯანმრთელობის მსოფლიო როგანიზაციის, ევროკავშირის და საქართველოს მიდგომებს. ანალიზებს სახელმწიფო სტრუქტურებიდან მიღებულ ოფიციალურ ინფორმაციებს და საქართველოს თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობას, რათა გამოიკვეთოს, რამდენად მნიშვნელოვანი წილი უჭირავს საქართველოს ბაზარზე თამბაქოს ახალ პროდუქტებს, რა სამართლებრივ ჩარჩოში ექცევა არომატიზებული თამბაქოს ახალი პროდუქტები და რამდენად შესაბამისია იგი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის და ევროკავშირის თამბაქოს პროდუქტების დირექტივებით განსაზღვრულ ქვემოთ მოცემულ ზომებთან (იხ. ცხრილი 1).

ლიტერატურის მიმოხილვა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკა თამბაქოს ახალი ნაწარმების კონტროლის კუთხით

თამბაქოს კონტროლის საკითხებთან მიმართებით, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სამოქმედო ერთ-ერთი მთავარი ჩარჩო დოკუმენტი თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციაა (WHO, FCTC), რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეის ორმოცდამეთექვსმეტე სხდომის მიერ, 2003 წელს იქნა მიღებული (fctc.who.int/) და საქართველოსთვის მისი დებულებები სავალდებულოა შესასრულებლად 2006 წლიდან (matsne.gov.ge, 05.06.2006).

ჩარჩო კონვენცია, აღიარებს რა თამბაქოს მავნე ზეგავლენას და გლობალურ პრობლემად მიიჩნევს მსოფლიოში მიმდინარე თამბაქოს ეპიდემიას, განმარტავს, რომ თამბაქოს ნაწარმი არის პროდუქცია, რომლის ნედლეულად მთლიანად ან ნაწილობრივ გამოყენებულია თამბაქოს ფოთლები, და რომელიც დამზადებულია მოწვევის, დაღეჭვის, წუწვნის ან შესუნთქვის მიზნით (WHO FCTC, მუხლი 1(f)). აღნიშნულიდან გამომდინარე, პირველი დავა, რაც წარმოიშვება ხოლმე თამბაქოს ინდუსტრიას, ჩარჩო კონვენციის წევრი სახელმწიფოების წარმომადგენლებსა და დარგის ექსპერტებს შორის, არის ის, თუ რამდენად ექცევა თამბაქოს ახალი, არომატიზირებული პროდუქტები ჩარჩო კონვენციის რეგულირების სფეროში.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, თამბაქოს ახალი პროდუქტები ზოგიერთ შემთხვევაში საერთოდ არ შეიცავენ ნიკოტინს ან თამბაქოს ფოთლებს. გამომდინარე აქედან, ჩარჩო კონვენციის ნორმის სიტყვა-სიტყვითი განმარტების საფუძველზე, ეს პროდუქტები ტრადიციული გაგებით „თამბაქოს ნაწარმებში“ არ შედის. ამის მიზეზი სავარაუდოდ არის დროის სხვაობა კონვენციის მიღებასა და თამბაქოს ახალი პროდუქტების ბაზარზე გამოჩენას შორის, თუმცა დღესდღეობით ამ კითხვაზე პასუხი გაცემულია კონვენციის მხარეთა კონფერენციის გადაწყვეტილებების და რეკომენდაციების საშუალებით. 2014 წლის 13–18 ოქტომბერს, მოსკოვში გამართულ მხარეთა კონფერენციის მეექვსე სესიაზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ FCTC/COP6(9) გადაწყვეტილებით მოუწოდა მხარეებს, ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი დონის გათვალისწინებით, აკრძალონ ან დაარეგულირონ ნიკოტინიანი ან უნიკოტინო ელექტრონული სიგარეტები, როგორც თამბაქოს პროდუქტები, სამკურნალო პროდუქტები, სამომხმარებლო, ან სხვა კატეგორიის პროდუქტები. რაც შეეხება გასახურებელ თამბაქოს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2018 წლის მაისის თვის საინფორმაციო ფურცელში განმარტა,

რომ „გასახურებელი თამბაქო ქმნის ნიკოტინის და სხვა ქიმიკატების შემცველ აეროზოლებს, რომლებსაც მოხმარებლები პირით ისუნთქავენ. ეს პროდუქტი შეიცავს ნარკოტიულ ნივთიერებას - ნიკოტინს (რომელსაც შეიცავს თამბაქო), და იწვევს დამოკიდებულებას. ისინი ასევე შეიცავს არათამბაქოს დანამატებს და ხშირად არომატიზირებულია. გასახურებელი თამბაქოს მოხმარება გავს ტრადიციული სიგარეტის მოწევის ქცევას.“ ამის გათვალისწინებით, ჩარჩო კონვენციის მხარეთა კონფერენციის მე-8 სესიაზე, FCTC/COP8(22) 2018 წლის 6 ოქტომბრის გადაწყვეტილების პრეამბულაში, ჩარჩო კონვენციის მხარეებმა აღიარეს, რომ „გახურებელი თამბაქოს ნაწარმი არის თამბაქოს ნაწარმი და, შესაბამისად, ექცევა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის რეგულირების სფეროში“.

ჩარჩო კონვენციის რეგულირების სფერო მოიცავს ისეთ ზომებს, როგორცაა თამბაქოზე გადასახადების დადგენა, მეორადი კვამლის ზემოქმედებისგან საზოგადოების დაცვა, თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის რეგულირება, მის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და გამჟღავნება, თამბაქოს ნაწარმის შეფუთვა და მარკირება, თამბაქოს რეკლამირების, პოპულარიზაციის და სპონსორობის აკრძალვა, და სხვა (WHO FCTC).

არომატიზებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების რეგულირება თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის რეგულირების და ამ შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის გამჟღავნების ზომებიდან გამომდინარეობს. ასევე, გარკვეულწილად, იგი გამომდინარეობს თამბაქოს ნაწარმის რეკლამისა და პოპულარიზაციის აკრძალვის ნორმიდან. ზემოაღნიშნული ნორმების განხორციელების სახელმძღვანელოში მითითებულია, რომ „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით, არ არსებობს გამართლება ისეთი ინგრედიენტების გამოყენების ნებართვისთვის, როგორცაა არომატიზატორები, რომლებიც ხელს უწყობენ თამბაქოს ნაწარმის მიმზიდველობას“ (WHO, 2017). თამბაქოს ნაწარმი ჩვეულებრივ მზადდება მიმზიდველი არომატებით, რათა წახალისონ ამ პროდუქტების გამოყენება. გამომდინარე აღნიშნულიდან, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ჩარჩო კონვენციის წევრი ქვეყნებისთვის ხაზს უსვამს, რომ მათ „უნდა დაარეგულირონ, აკრძალონ ან შეზღუდონ ის ინგრედიენტები, რომლებიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას თამბაქოს ნაწარმის გემოს გასაუმჯობესებლად. ინგრედიენტები, რომლებიც შეუცვლელია თამბაქოს ნაწარმის წარმოებისთვის და არ არის დაკავშირებული მიმზიდველობასთან, უნდა ექვემდებარებოდეს რეგულირებას ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად“ (WHO, 2017).

გარდა ამისა, თამბაქოს ნაწარმში არომატიზატორების გამოყენება ექცევა თამბაქოს რეკლამისა და პოპულარიზაციის განმარტების ქვეშ, რადგან აღნიშნული ჩარჩო კონვენციის გაგებით ნიშნავს ნებისმიერი სახის კომერციული ინფორმაციის ან რეკომენდაციის მიწოდებას ან ღონისძიების გატარებას, რომლის მიზანია ან რომელსაც შედეგად მოჰყვება, ან სავარაუდოა, რომ შედეგად მოჰყვებს თამბაქოს ნაწარმის ან მისი მოხმარების ხელშეწყობა პირდაპირი ან არაპირდაპირი გზით (WHO FCTC, მუხლი 1(c)). ამგვარად, ჩარჩო კონვენციის გაგებით, არომატიზატორები რეკლამირების და პოპულარიზაციის ფორმაა, ქვეყნები კი, ამავე კონვენციის საფუძველზე, ვალდებული არიან აკრძალონ თამბაქოს რეკლამირებისა და სპონსორობის ყველა ფორმა, რომელიც უზრუნველყოფს თამბაქოს ნაწარმის პოპულარიზაციას ყალბი, შეცდომაში შემყვანი ან არასწორი წარმოდგენის შემქმნელი ინფორმაციის გავრცელების გზით თამბაქოს ნაწარმის

თვისებების, ზემოქმედების ან გამოფრქვეული ნივთიერებების შესახებ WHO FCTC, მუხლი 13.4.(a)). არომატიზატორების გამოყენება არასწორ წარმოდგენას უქმნის მომხმარებელს. ისეთ „თითქოს ჯანმრთელ“ ინგრედიენტებზე ხაზგასმით, როგორცაა მენტოლი, ვანილი, სხვადასხვა ხილი, შოკოლადი და ა.შ. თამბაქოს ინდუსტრია ირიბად მიანიშნებს მომხმარებელს ამ პროდუქტის ნაკლებ მავნებლობაზე, სთავაზობს გაუმჯობესებულ გემოს, და იზიდავს განსაკუთრებით ახალგაზრდა მომხმარებლებს, რომლებიც ამ პროდუქტში ნიკოტინის შემცველობის გამო, ხდებიან თამბაქოზე დამოკიდებულები (STOP a global tobacco industry watchdog, 2022).

ამ და სხვა მიზეზების გამო, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მხარეებს არ ზღუდავს გაატარონ ზომები, რომლებიც არ არის განსაზღვრული ჩარჩო კონვენციასა და მის ოქმებში. კონვენციაში განმარტებულია, რომ აღნიშნული დოკუმენტების არც ერთი პუნქტი არ შეუძლის ხელს რომელიმე მხარეს დაადგინოს უფრო მკაცრი მოთხოვნები იმ შემთხვევაში, თუ ისინი შეესაბამება ამ დოკუმენტებით და საერთაშორისო სამართლით გათვალისწინებულ დებულებებს (WHO FCTC, მუხლი 2.1).

არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმის რეგულირება ევროკავშირში

ევროკავშირის თამბაქოს პროდუქტების დირექტივა (TPD) 2014/40/EU, განსაზღვრავს თუ რას ნიშნავს „არომატიზატორი“ და „დამახასიათებელი არომატი“, და კრძალავს დამახასიათებელი არომატის მქონე სიგარეტის, შესახვევი თუთუნის (მუხლი 7.1). და 2022 წლიდან, უკვე გასახურებელი თამბაქოს ევროკავშირის ბაზარზე განთავსებას (DIRECTIVE (EU) 2022/2100, 29.06.2022). ასევე, ის კრძალავს სპეციფიკური დანამატების შემცველი თამბაქოს ნაწარმის ბაზარზე განთავსებას (მუხლი 7.6). აგრეთვე, იმ ნაწარმების განთავსებას, „რომელთა რომელიმე კომპონენტი, როგორცაა: ფილტრი, ქალაღი, შეფუთვა, კაფსულა ან ნებისმიერი სხვა ტექნიკური კომპონენტი, შეიცავს არომატიზატორებს, რომლებიც ცვლის თამბაქოს ნაწარმის სუნს ან გემოს ან კვამლის ინტენსივობას“ (მუხლი 7.7). ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ დირექტივა არ აწესებს შეზღუდვას არომატიზირებული ელექტრონული სიგარეტის გაყიდვაზე, იგი ადგენს, შემდეგ: *„წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ ნიკოტინის შემცველ სითხეში გამოყენებული იქნას მხოლოდ ინგრედიენტები, რომლებიც არ წარმოადგენენ ადამიანის ჯანმრთელობისთვის საფრთხეს გახურებულ ან გაუხურებელ ფორმაში“* (მუხლი 20.3.e). ასევე, ის მოუწოდებს მხარეებს, სამეცნიერო მტკიცებულებების საფუძველზე, *„აკრძალონ ბაზარზე ისეთი თამბაქოს ნაწარმის განთავსება, რომელიც შეიცავს დანამატებს ისეთი რაოდენობით, რომელიც მნიშვნელოვნად ან გაზომვად დონეზე ზრდის თამბაქოს ნაწარმის ტოქსიკურ ან შეჩვევის გამომწვევ ზემოქმედებას ან მის კანცეროგენულ, მუტაგენურ ან რეპროდუქციული ტოქსიკურობის მახასიათებლებს“* (მუხლი 7.9). დირექტივაში აღნიშნულია, რომ ეს დირექტივა არ ახდენს ელექტრონული სიგარეტის ან ელექტრონული სიგარეტის რეზერვუარების ყველა ასპექტის ჰარმონიზებას. *„არომატებთან დაკავშირებული წესების მიღებაზე პასუხისმგებლობა უნარჩუნდებათ წევრ სახელმწიფოებს. შეიძლება წევრი სახელმწიფოებისთვის მიზანშეწონილი იყოს არომატიზირებული თამბაქოს ნაწარმის ბაზარზე განთავსების დაშვების საკითხებზე მსჯელობა. ამ პროცესში, მათ უნდა გაითვალისწინონ ამ ნაწარმის შესაძლო მიმზიდველობა ახალგაზრდებისა და არამწვევლებისთვის. ასეთი არომატიზირებული ნაწარმის*

ნებისმიერი აკრძალვა უნდა დასაბუთდეს და აღნიშნულთან დაკავშირებით წარდგენილ უნდა იქნეს შეტყობინება ევროპარლამენტისა და საბჭოს დირექტივის 98/34/EC შესაბამისად“ (პრეამბულის 47-ე მუხლი).

ამრიგად, დაშვებული იქნება თუ არა არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმი ქვეყანაში, წყდება ევროკავშირის ცალკეული წევრი ქვეყნის მიერ. ევროპის ქვეყნების უმეტესობა სრულად არ კრძალავს არომატიზირებულ თამბაქოს ახალ პროდუქტებს, რადგან მსოფლიოში ჯერ კიდევ არ არის საკმარისი სამეცნიერო მტკიცებულება ამგვარი ზომების მისაღებად. ასევე, ჯერ კიდევ ძლიერია თამბაქოს ინდუსტრიის ლობისტების გავლენა. თუმცა, ევროკავშირის ქვეყნებმა დირექტივის მიხედვით, აკრძალეს არომატიზირებული ტრადიციული თამბაქოს ნაწარმის, როგორცაა სიგარეტი, შესახვევი თუთუნი და ასევე, თამბაქოს ახალი ნაწარმის - გასახურებელი თამბაქოს ბაზარზე განთავსება. ცალკეულმა ქვეყანამ არომატიზატორების გამოყენება აკრძალა ელექტრონულ სიგარეტებშიც.

მაგალითად, 2023 წლის 1-ელი ივლისიდან ნიდერლანდების ბაზარზე აკრძალა არომატიზირებული ელექტრონული სიგარეტის განთავსება და ეს აკრძალვა მათ შორის მოიცავს წინასწარ შევსებული რეზერვუარების მქონე ელექტრო სიგარეტებსა და ერთჯერად ელექტრონულ სიგარეტებს. რაც შეეხება ევროპის სხვა ქვეყნებს, დიდმა ბრიტანეთმა 2020 წელს აკრძალა ელექტრონული სიგარეტის ბაზარზე განთავსება, რომელიც შეიცავს შემდეგ ინგრედიენტებს: საღებავები, კოფეინი და ტაურინი (gov.uk ,2022). რაც შეეხება გასახურებელი თამბაქოს ნაწარმებს, ევროკავშირის აღმასრულებელი მხარის ბოლო მოხსენებამ აჩვენა არომატიზირებული თამბაქოს ნაწარმის გაყიდვების მოცულობის 10%-იანი ზრდა 2018-2020 წლებში ევროკავშირის ხუთზე მეტ ქვეყანაში. მთლიანობაში, ევროკავშირში ამ პროდუქტებმა 2020 წელს გადააჭარბა თამბაქოს ნაწარმის მთლიანი გაყიდვების 2.5%-ს, სწორედ ამიტომ, 2022 წლის ივნისში, ევროკომისიამ მიიღო გადაწყვეტილება, აკრძალულიყო არომატიზირებული გასახურებელი თამბაქოს გაყიდვა ევროკავშირის ბაზარზე (DIRECTIVE (EU) 2022/2100, 19.06.2022). კომისიის თქმით, აკრძალვა ფარავს მხოლოდ გასახურებელ თამბაქოს, და გავლენას არ მოახდენს ელექტრონულ სიგარეტებზე ან სხვა, „ორთქლის“ პროდუქტებზე, რომლებიც შეიცავენ მხოლოდ ნიკოტინს და გამოიმუშავენ ორთქლს.

არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმების რეგულირება საქართველოში

მიუხედავად 2006 წელს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის რატიფიცირებისა, საქართველომ მხოლოდ 2018 წლიდან დაიწყო კონვენციით გათვალისწინებული ზომების განხორციელება საკონმდებლო დონეზე (კანონპროექტი N07-3/592/8, parliament.ge). ამ დროიდან ამოქმედებული იქნა თამბაქოს კონტროლის „ახალი თაობის“ კანონმდებლობა, რომელმაც დაადგინა დახურულ შენობა-ნაგებობებში და საზოგადოებრივ ტრანსპორტში მოწევის აკრძალვა, თამბაქოს ნაწარმის რეკლამის, პოპულარიზაციის და სპონსორობის აკრძალვა, თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენის წესი და სხვა („თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონი. Matsne.gov.ge. 29.12.2010.).

ახალმა, „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონმა თამბაქოს ნაწარმი განმარტა იმგვარად, რომ იგი მოიცავს როგორც გასახურებელ თამბაქოს, ასევე ელექტრონულ სიგარეტს, თუმცა თამბაქოს ნაწარმად მიჩნევისთვის მნიშვნელოვანი

კომპონენტია ნიკოტინის არსებობა, რის გამოც, უნიკოტინო ელექტრონული სიგარეტები საქართველოს თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის სფეროში ვერ ექცევა.

გასახურებელი თამბაქო საქართველოს ბაზარზე ლეგალურად 2020 წლის ივლისიდან გამოჩნდა და მისი იმპორტის რაოდენობას მზარდი ტენდენცია აქვს. თუ 2020 წელს იმპორტირებული გასახურებელი თამბაქოს რაოდენობა 4 509 500,0 იყო, 2021 წელს ეს ციფრი 16 093 500,0-მდე გაიზარდა, ხოლო 2022 წელს შეადგენდა 13 762 156,0-ს (საქართველოს შემოსავლების სამსახური, 2023). მზარდი ტენდენცია შეინიშნება მრავალჯერადი გამოყენების ელექტრონულ სიგარეტებზეც. ამ პროდუქტის იმპორტის რაოდენობა 2020 წელს შეადგენდა 54 978,4-ს, შემდეგ წელს 2 379 270,4-ს, ხოლო 2022 წელს 12 054 145,9 იყო (შემოსავლების სამსახური, 2023).

პროდუქტის მზარდი ტენდენცია მიანიშნებს, რომ საქართველოს ბაზარი ამ პროდუქტებისთვის მიმზიდველია. რა შეიძლება იყოს ამის მიზეზი? ნაშრომის შემდეგი ნაწილი ცხრილი 1-ის საშუალებით აღწერს თამბაქოს ახალ ნაწარმებთან მიმართებით არსებულ პოლიტიკას სამი მიმართულებით, როგორცაა გასახურებელი თამბაქოს, ნიკოტინის შემცველი ელექტრონული სიგარეტის და უნიკოტინო ელექტრონული სიგარეტის კონტროლის ღონისძიებები.

ცხრილი 1: ქართული პოლიტიკის თავისებურებების შედარება თამბაქოს კონტროლის მსოფლიო ორგანიზაციის ჩარჩო კონვენციაში და ევროკავშირის კანონმდებლობაში ასახული, თამბაქოს ახალი პროდუქტების მარეგულირებელ ძირითად ზომებთან

ზომა/ღონისძიება	გასახურებელი თამბაქო (HTP)	ნიკოტინის მიწოდების ელექტრონულ სისტემა (ENDS)	უნიკოტინო ელექტრონული მიწოდების სისტემა (ENNS)	დამატებითი შენიშვნა საქართველოში არსებული პოლიტიკის სტატუსთან დაკავშირებით
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციით გათვალისწინებული ზომები				
მუხლი 6 და 7 მოთხოვნის შემცირება სატარიფო და არასატარიფო ზომები თამბაქოზე მოთხოვნის შესამცირებლად	✓	✓	✓	მიუხედავად არსებული სატარიფო ზომებისა, აქციზური განაკვეთი ამ პროდუქტებისთვის კვლავ რჩება თამბაქოს ტრადიციულ ნაწარმებთან შედარებით საგრძნობლად დაბალი.
მუხლი 8 პასიური მწველობა თითოეული მოქალაქის დაცვა	✓	✓	X	იმის გამო, რომ უნიკოტინო ელექტრონული სიგარეტი არ ექცევა თამბაქოს პროდუქტების განმარტების

<p>თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედებისგან სამუშაო ადგილებზე, დახურულ საზ. შენობებსა და საზ. ტრანსპორტში</p>				<p>ქვეშ, მისი მოხმარების ამკრძალავ ნორმას თამბაქოს კონტროლის ქართული კანონმდებლობა არ მოიცავს.</p>
<p>მუხლი 9 და 10 პროდუქტების შემცველობის რეგულირება თამბაქოს პროდუქტების შემადგენლობის შესახებ ანგარიშგება და ზღვრულად დასაშვები ნორმები</p>	✓	✓	X	<p>თამბაქოს ნაწარმის მწარმოებლები და იმპორტიორები ვალდებული არიან წარმოადგინონ ინფორმაცია მ/შ თამბაქოს ახალი ნაწარმების შემადგენლობის შესახებ დაავადებათა კონტროლის ცენტრში პროდუქტის ბაზარზე განთავსებამდე არაუგვიანეს 3 თვისა, თუმცა აღნიშნული ინფორმაცია ლაბორატორიის არარსებობის გამო ვერ მოწმდება. ამასთან, ვერ დგინდება პროდუქტის ბაზარზე განთავსების მომენტი, შესაბამისად, ვადის გადაცილებით ინფორმაციის წარმოდგენის, ან მისი სრულად წარმოუდგენლობის შემთხვევაში პირთა სანქცირება ვერ ხდება.</p>
<p>მუხლი 11 თამბაქოს პროდუქტის შეფუთვა და მარკირება სამედიცინო გაფრთხილებები, შეცდომაში შემყვანი</p>	✓	✓	X	<p>გასახურებელი თამბაქოც და ელექტრონული სიგარეტიც, ტრადიციული სიგარეტებისგან განსხვავებით, შეფუთვის სტანდარტებიდან გამონაკლისებით სარგებლობს. გასახურებელი თამბაქოს შეფუთვაზე</p>

წარწერების აკრძალვა				სავალდებულოა მხოლოდ ტექსტობრივი სამედიცინო გაფრთხილების დატანა, ხოლო ელექტრონული სიგარეტისთვის სავალდებულოა მხოლოდ საინფორმაციო ფურცლის მოთავსება პროდუქტის კოლოფში. აღნიშნული ვალდებულებებისგან სრულად თავისუფალია უნიკოტინო ელექტრონული სიგარეტის მწარმოებელი/იმპორტიორი.
მუხლი 13 თამბაქოს რეკლამირება, პოპულარიზაცია და სპონსორობა რეკლამის სრულყოფილი აკრძალვა, გარდა კონსტიტუციით დადგენილი საგამონაკლისო შემთხვევებისა	✓	✓	X	რეკლამისა და პოპულარიზაციის ფორმად არ განიხილება არომატების გამოყენება ან მათზე მითითება ახალი პროდუქტების შეფუთვაზე.
მუხლი 16 არასრულწლოვანთა დაცვა არასრულწლოვნებზე მიყიდვის აკრძალვისთვის საჭირო ქმედებები	✓	✓	X	
ევროკავშირის თამბაქოს კონტროლის დირექტივებით გათვალისწინებული დამატებითი ზომები				
ტერმინების - „არომატიზატორი“ და „დამახასიათებელი არომატი“ განმარტება	X	X	X	
დამახასიათებელი არომატის მქონე	X	X	X	ქართული კანონმდებლობა არა თუ თამბაქოს ახალ

პროდუქტების აკრძალვა ბაზარზე			პროდუქტებისთვის, არამედ, ტრადიციული სიგარეტებისთვისაც არ ადგენს არომატიზატორების გამოყენების შეზღუდვას
------------------------------	--	--	--

* ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენცია (25.05.2003)

* ევროპარლამენტისა და საბჭოს დირექტივა 2014/40/EU (03.04.2014)

* ევროკომისიის 2022/2100 დირექტივა (29.06.2022)

შედეგები, დისკუსია

საქართველოს თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა შეიცავს ბევრ ხარვეზს თამბაქოს ახალი ნაწარმის რეგულირების კუთხით და ახალგაზრდების მიერ ამ პროდუქტების გამოყენების პრევენციის პოლიტიკა შედარებით სუსტია. მიუხედავად იმისა, რომ 2017 წლიდან 2021 წლამდე მკაცრი პოლიტიკის შედეგად ტრადიციული სიგარეტის მოხმარების ტენდენცია შემცირდა, საკანონმდებლო სივრცე არ აღმოჩნდა მზად ახალი თამბაქოს ნაწარმის გასაკონტროლებლად და სავარაუდოა, რომ გასახურებელი თამბაქოს, ასევე, უნიკოტინო და ნიკოტინის შემცველი ელექტრონული სიგარეტის მოხმარების მაჩვენებელი კვლავ გაიზრდება.

არც არომატიზირებული ტრადიციული თამბაქოს ნაწარმი (*როგორცაა მაგალითად ფილტრიანი და უფილტრო სიგარეტი*) და არც არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმი არ არის სათანადოდ რეგულირებული საქართველოს კანონმდებლობით. თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის თანახმად, არ არის აკრძალული თამბაქოს ნაწარმებში რაიმე სახის არომატიზატორებისა და დანამატების გამოყენება. ასევე, დადგენილი არ არის თამბაქოს ნაწარმში გამოყენებული დანამატების ზღვრული ოდენობები. კანონმდებლობა მხოლოდ აწესებს ფილტრიან და უფილტრო სიგარეტებში შემავალი ნიკოტინისა, კუპრისა და მხუთავი აირის კონცენტრაციის და ასევე, ელექტრონული სიგარეტის სითხეში ნიკოტინის კონცენტრაციის ლიმიტს. მიუხედავად ამ მოთხოვნებისა, აღსრულების მექანიზმი შეიცავს ბევრ ხარვეზს და არასოდეს მომხდარა იმის გადამოწმება, თუ რამდენად აკმაყოფილებს ამ მოთხოვნებს თამბაქოს ნაწარმის მწარმოებლები ან/და იმპორტიორები. ერთადერთი რეგულაცია, რომელიც დაკავშირებულია თამბაქოს ნაწარმში გამოყენებული ინგრედიენტების, არომატების და დანამატების კონტროლთან, არის ის, რომ „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, თამბაქოს მწარმოებელი/იმპორტიორი ვალდებულია მის მიერ წარმოებული/იმპორტირებული ნაწარმის შემადგენლობის შესახებ ინფორმაცია წარუდგინოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს (NCDC) თამბაქოს ნაწარმის ბაზარზე განთავსებამდე მინიმუმ 3 თვით ადრე (თამბაქოს კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონი. მუხლი 4.3. matsne.gov.ge. 29.12.2010). როგორც წესი, ეს ინფორმაცია უნდა შეიცავდეს მონაცემებს თამბაქოს ნაწარმში გამოყენებულ არომატიზატორებსა და დანამატებზე, მაგრამ, ხშირ შემთხვევაში, ინფორმაცია არასრულია ინფორმაციის მიწოდების მექანიზმის ხარვეზის გამო, ან

არასწორია, რისი შემოწმებაც ქვეყანაში შესაბამისი ლაბორატორიის არარსებობის და სხვა ქვეყანაში ნიმუშების გაგზავნისთვის საჭირო რესურსების არქონის გამო შეუძლებელია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჩარჩო კონვენციის განხორციელების სახელმძღვანელო წევრ სახელმწიფოებს ანიჭებს უფლებას, თამბაქოს ნაწარმის ეფექტური რეგულირების დანერგვისთვის დააკისრონ ხარჯები თავად თამბაქოს ინდუსტრიას (WHO, ჩარჩო კონვენციის მე-10 მუხლის განხორციელების სახელმძღვანელო), თუმცა გაანალიზებული პოლიტიკის დოკუმენტებიდან არ ჩანს აღნიშნულთან დაკავშირებული ინიციატივა არც წარსულში და არც ამჟამინდელი სტრატეგიისა თუ სამოქმედო დოკუმენტებში იკვეთება მისი სამომავლოდ განხორციელების საკითხი. გარდა ამისა, შეუძლებელია იმის კონტროლიც, წარადგინა თუ არა ინფორმაცია თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის შესახებ ყველა თამბაქოს მწარმოებელმა და იმპორტიორმა, ვინაიდან პროდუქტის ბაზარზე განთავსების მომენტი ვერ დგინდება.

გარდა ამისა, პოლიტიკის მთავარი გამოწვევა არის უნიკოტინო ელექტრონული მიწოდების სისტემები (ე.წ. ელექტრონული სიგარეტი ნიკოტინის გარეშე). საქართველოში ეს არ ითვლება თამბაქოს ნაწარმად და მათზე არ ვრცელდება არც შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენის ვალდებულება და არც თამბაქოს კონტროლის სხვა საკანონმდებლო მოთხოვნები (თამბაქოს კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონი. მუხლი 3.“ა“ matsne.gov.ge. 29.12.2010). საქართველოს თამბაქოს კონტროლის 2021-2023 წლების სახელმწიფო სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა ამ საკითხებს პოლიტიკურ დღის წესრიგში არ აყენებს (matsne.gov.ge) და მომავალი წლების სამოქმედო გეგმა ჯერ არ არის დამტკიცებული. ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლთან დაკავშირებული პოლიტიკის დაგეგმვის, მომზადებისა და განხორციელების პროცესში თამბაქოს ინდუსტრიის ჩარევის ინდექსის საგანგაშოდ მაღალი მაჩვენებლის გათვალისწინებით (*2023 წლის მონაცემებით, თამბაქოს ინდუსტრიის ჩარევის გლობალური ინდექსის მაჩვენებელი საქართველოსთვის არის 83, რაც შეფასებულ ქვეყნებს შორის ქვეყანას ბოლოდან მეხუთე ადგილზე აყენებს*) (globaltobaccoindex.org). სავარაუდოა, რომ არომატიზებული ახალი პროდუქტების კონტროლის პოლიტიკის დანერგვას დიდი წინააღმდეგობა შეხვდება, განსაკუთრებით იმის გამო, რომ ჯერ არ ჩატარებულა კვლევა ახალი პროდუქტების გამოყენების საგანგაშო მაღალი მაჩვენებლების დასადასტურებლად ახალგაზრდებში.

დასკვნა, რეკომენდაციები

წინამდებარე მიმოხლვამ აჩვენა, რომ საქართველოს მთავრობამ მიიღო ზომები თამბაქოს მოხმარების მაღალი მაჩვენებლის საპასუხოდ ბოლო წლებში, მაგრამ ის ძირითადად მიმართული იყო თამბაქოს ტრადიციულ პროდუქტებზე, ხოლო ახალი პროდუქტები, რომლებიც ძირითადად 2019-2020 წლიდან დამკვიდრდა ქართულ ბაზარზე, დარჩა მის ფარგლებს გარეთ. თამბაქოს ინდუსტრიამ კარგად ისარგებლა პოლიტიკის ხარვეზებით და საქართველო გახდა ხელსაყრელი ბაზარი თამბაქოს ახალი ნაწარმების ინდუსტრიისთვის ბოლო წლებში. ქვეყანას რეალურად არ აქვს პოლიტიკა თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის და თამბაქოს ახალი ნაწარმის არომატების საშუალებით მარკეტინგის გასაკონტროლებლად. თამბაქოს ტრადიციული ნაწარმების შემადგენლობის კონტროლის კუთხითაც კი, არსებობს მნიშვნელოვანი პრობლემები აღსრულების ნაწილში.

წინამდებარე მიმოხილვა წარმოადგენს პირველ შეფასებას საქართველოში იმის შესახებ, თუ როგორ რეაგირებს ქვეყანა თამბაქოს ახალი პროდუქტების (ელექტრონული სიგარეტი, გასახურებელი თამბაქო) მზარდ პოპულარობაზე. მიმოხილვაში გამოვლენილი დასკვნები კარგი ინსტრუმენტია გადაწყვეტილების მიმღებებისთვის - შექმნან არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმის ეფექტური რეგულირება და მისი აღსრულების მექანიზმი საქართველოში. ამისათვის, რეკომენდაციის სახით, შეიძლება შვიდი შემდეგი მნიშვნელოვანი საკითხის გათვალისწინება:

1. თამბაქოს კონტროლის საკანონმდებლო ჩარჩოს ქვეშ უნდა მოექცეს უნიკოტინო ელექტრონული სიგარეტები და ყველა სხვა, ახალი, მცენარეული მოსაწევი საშუალება, რომელიც მისი მოხმარების წესით და ვიზუალურად არის თამბაქოს რომელიმე ნაწარმის იდენტური და ჩვეულებრივ იწარმოება თამბაქოს ინდუსტრიის მიერ;
2. დარეგულირებული უნდა იქნას თამბაქოს ნაწარმში არომატიზატორების და დანამატების გამოყენების საკითხი და არჩეული უნდა იქნას ორი გზიდან ერთი - ან საერთოდ აირძალოს არომატიზირებული თამბაქოს ახალი ნაწარმის ბაზარზე განთავსება, ან შეიზღუდოს არომატიზატორები მისი ჯანმრთელობაზე მავნე ზეგავლენის ხარისხის გათვალისწინებით;
3. მოიძებნოს რესურსი ადგილობრივ დონეზე თამბაქოს ნაწარმების ლაბორატორიული შემოწმებისთვის ან რეგიონული თანამშრომლობის საფუძველზე, ამავე მიზნით მოხდეს თანამშრომლობა უცხო ქვეყნის აკრედიტებულ ლაბორატორიებთან (შესაძლებელია განხილული იქნას რეგიონული ლაბორატორიის შექმნაც, რეგიონში არსებული ქვეყნების თანამშრომლობით);
4. აღსრულების პროცესის ხელშესაწყობად, გაძლიერდეს თანამშრომლობა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და ფინანსთა სამინისტროებს ან მათ დაქვემდებარებაში არსებულ საჯარო სამართლის პირებს (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი და შემოსავლების სამსახური) შორის, რათა შესაძლებელი გახდეს თამბაქოს პროდუქტის ბაზარზე განთავსების მომენტის დადგენა და უზრუნველყოფილი იქნას თამბაქოს ინდუსტრიის მხრიდან თამბაქოს ნაწარმის შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენის წესის შესრულების მონიტორინგი.
5. თამბაქოს ნაწარმის შეფუთვისა და ეტიკეტირების წესები სრულად გავრცელდეს თამბაქოს ახალ პროდუქტებზეც, გამონაკლისის გარეშე;
6. გათანაბრდეს საგადასახადო და სატარიფო ზომები თამბაქოს ყველა სახის ნაწარმებზე;
7. დროულად იქნას მიღებული ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის 5.3 მუხლის განმახორციელებელი ნორმატიული აქტი, რომელიც ზღუდავს თამბაქოს ინდუსტრიის ჩარევას თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო პოლიტიკის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში;

გამოყენებული ლიტერატურა

- „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონი. (2010). <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1160150?publication=10> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგია 2021-2025. <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/5192453?publication=0> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- თამბაქოს კონტროლის სამოქმედო გეგმა 2021-2023. <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/5192453?publication=0> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- კანონპროექტი „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე, N07-3/592/8, <https://info.parliament.ge/#law-drafting/12109> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-20/ნ. (01.05.2021). www.matsne.gov.ge (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- საქართველოს მთავრობის N150 დადგენილება საქართველოში სარეალიზაციოდ განკუთვნილი ფილტრიანი და უფილტრო სიგარეტებისგან გამოფრქვეული ნივთიერებების ზღვრულად დასაშვები ნორმების, მათი გაზომვის და რეგულირების წესების შესახებ. (06.03.2020). www.matsne.gov.ge (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- საინვესტიციო შემთხვევა, UNDP, NCDC. 2018;
- ტაქსებში მოწვევის აკრძალვის საზოგადოებრივი მხარდაჭერის კვლევა, NCDC. 2020;
- Brandt A. M. (2012). Inventing conflicts of interest: a history of tobacco industry tactics. American journal of public health, 102(1), 63–71. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300292> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control Sixth session Moscow, Russian Federation. (13–18.10.2014). Electronic nicotine delivery systems Report by WHO. <https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC COP6 10Rev1-en.pdf> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control Eighth session Geneva, Switzerland. (1–6.10.2018). Decision FCTC/COP8(22) Novel and emerging tobacco products. [https://fctc.who.int/publications/m/item/fctc-cop8\(22\)-novel-and-emerging-tobacco-products](https://fctc.who.int/publications/m/item/fctc-cop8(22)-novel-and-emerging-tobacco-products) (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council (03.04.2014) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOL_2014_127_R_0001 (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).

- Directive 2022/2100 of the European Commission. (29.06.2022). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32022L2100> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- European Network for Smoking Prevention. (2019). Emerging and Novel products factsheet. <https://ensp.network/wp-content/uploads/2019/08/Emerging-and-Novel-products-factsheet-2019.pdf> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- ESPAD Georgia. (2019). http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf Forbs.ge (24.07.2020) (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Euronews. (29/06/2022) EU proposes ban on sale of flavored heated tobacco products. <https://www.euronews.com/my-europe/2022/06/29/vaping-eu-proposes-ban-on-sale-of-flavoured-heated-tobacco-products>; (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- European Commission (15.6.2022) REPORT FROM THE COMMISSION on the establishment of a substantial change of circumstances for heated tobacco products in line with Directive 2014/40/EU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52022DC0279&qid=1655456179686> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Forbs.ge (09.10.2023) ინვესტიცია უკვამლო მომავლისთვის. <https://forbes.ge/philip-morris-georgia-launches-iqos-in-georgia/> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- GOV.UK (02.11.2022) E-cigarettes: regulations for consumer products <https://www.gov.uk/guidance/e-cigarettes-regulations-for-consumer-products> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Krishnan-Sarin, S., O'Malley, S. S., Green, B. G., & Jordt, S. E. (2019). The science of flavour in tobacco products. World Health Organization technical report series, 1015, 125–142.
- Netherland Food and Consumer Product Safety Authority. (უთარილო) Regulation of the State Secretary for Health, Welfare and Sport of 22 November 2022, reference 3456548-1038502-WJZ, amending the Tobacco and smoking products regulation to regulate flavors for e-cigarettes. <https://www.nvwa.nl/onderwerpen/vapes-en-e-sigaretten/verbod-op-vapes-met-een-smaakje> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General.. Chapter 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99236/> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- Philip Morris Georgia Launches IQOS in Georgia <https://forbes.ge/philip-morris-georgia-launches-iqos-in-georgia/> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).

- STOP a global tobacco industry watchdog, 2022, Flavors (Including Menthol) in Tobacco Products. <https://exposetobacco.org/resource/menthol-flavors/> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- The Global Tobacco Industry Interference Index report, 2023, <https://globaltobaccoindex.org/report-summary> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- UN TobaccoControl, WHO, FCTC. (უთარილო). European Union: Ban on flavoured tobacco product. <https://untobaccocontrol.org/impldb/european-union-ban-on-flavoured-tobacco-products/> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- World Health Organization. (2023). Tobacco Overview. https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) (2005). <https://fctc.who.int/who-fctc/overview> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- World Health Organization. (31.07.2023). Key facts on tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- World Health Organization. (2017) Partial guidelines Framework Convention on Tobacco Control Regulation of the contents of tobacco products and regulation of tobacco product disclosures for implementation articles 9 and 10. <file:///C:/Users/User/Downloads/partial-guidelines-for-implementation-article-9-10-en.pdf> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- World Health Organization, 2023 GLOBAL PROGRESS REPORT, 22.10.2023 <https://fctc.who.int/publications/m/item/2023-global-progress-report> (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).
- WHO. 2011. Guidelines for implementation Article 5.3, Article 8, Articles 9, and 10 Article 11, Article 12, Article 13, Article 14 of FCTC. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75218/9789241501316_eng.pdf (წვდომის თარიღი 2023 წლის 27 ოქტომბერი).



ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები

Functions and Goals of the Health Care System

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.09>

თენგიზ ვერულავა^{1a}

Tengiz Verulava ^{1a}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ თავის ნაშრომში “მსოფლიო ჯანმრთელობის მოხსენება 2000” წარმოადგინა ჯანდაცვის სისტემების მთავარი ფუნქციები და მიზნები. ამ მოხსენების მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს წარმოადგენს: სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, ჯანდაცვის დაფინანსება, შემოსავლების შეგროვება, მობილიზაცია, შემოსავლების გაერთიანება (აკუმულირება, რისკის და რესურსების გაერთიანება), რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა), რესურსების ფორმირება, სტრატეგიული მართვა. ჯანდაცვის სისტემის მიზნებს წარმოადგენენ: მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, სოციალური და ფინანსური რისკის დაცვა, დაფინანსების სამართლიანობა - ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება, ჯანდაცვის სისტემის “გულისხმიერების” გაუმჯობესება.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის დაფინანსება, სერვისების შესყიდვა, რესურსების ფორმირება, ფინანსური რისკის დაცვა, დაფინანსების სამართლიანობა.

ციტირება: თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის სისტემის მიზნები და ფუნქციები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

World Health Organization in its work "World Health Report 2000" presented the main functions and goals of health systems. According to this report, the functions of the healthcare system are: provision of medical services, financing of healthcare, collection of revenues, mobilization, pooling of revenues (accumulation, pooling of risk and resources), distribution of resources (procurement of services), formation of resources, strategic management. The goals of the health care system are: improvement of the health condition of the population, protection of social and financial risk, fairness of financing - equal distribution of financial burden, improvement of the "responsiveness" of the health care system.

Keywords: healthcare financing, procurement of services, resource formation, financial risk protection, financing equity.

Citation: Tengiz Verulava. Functions and Goals of the Health Care System. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

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

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ თავის ნაშრომში “მსოფლიო ჯანმრთელობის მოხსენება 2000” წარმოადგინა ჯანდაცვის სისტემების მთავარი ფუნქციები და მიზნები (WHO, (2000). ამ მოხსენების მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს წარმოადგენს:

- სამედიცინო მომსახურების მიწოდება;
- ჯანდაცვის დაფინანსება;
- შემოსავლების შეგროვება, მობილიზაცია;
- შემოსავლების გაერთიანება (აკუმულირება, რისკის და რესურსების გაერთიანება);
- რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა);
- რესურსების ფორმირება;
- სტრატეგიული მართვა.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდება

ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ფუნქცია არის სამედიცინო მომსახურების (სერვისები) მიწოდება. იგი იყოფა ორ დიდ კატეგორიად:

- ჯანდაცვის პერსონალური სერვისები, რომლებიც მიეწოდება ინდივიდებს;
- ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სერვისები, რომლებიც მიეწოდება მთელ მოსახლეობას ან გარკვეულ ჯგუფებს (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ჯანსაღი ცხოვრების წესი).

სამედიცინო მომსახურების კატეგორიებად დაყოფის მთავარ განმსაზღვრელ მომენტს წარმოადგენს თუ ვის მიეწოდება სერვისი, ინდივიდუალურ პაციენტს თუ მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს. ჯანდაცვის პერსონალური (ინდივიდუალური) სერვისები მოიცავს როგორც სამკურნალო ასევე პროფილაქტიკურ სამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სერვისები მთელი მოსახლეობისათვის ან მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისთვისაა განკუთვნილი. ჯანდაცვის საზოგადოებრივ სერვისებს განეკუთვნებიან: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსპექტირება (სანიტარიული ზედამხედველობა), თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებები...

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგიერთი სერვისები არის როგორც პერსონალური (მაგ., თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა ან დიეტის კორექცია), ასევე მთელ მოსახლეობაზე გათვლილი (მაგ., სიგარეტის ბილბორდებზე გამაფრთხილებელი შეტყობინებები). იგივე შეიძლება ითქვას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთ სერვისებზე, როგორცაა იმუნოზაცია და ტუბერკულოზის მკურნალობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ასევე მოიცავს ზოგიერთ ღონისძიებებს, რომლებსაც ახორციელებს არა ჯანდაცვის სამინისტრო, არამედ სხვა სამთავრობო ორგანიზაციები. ამის მაგალითია ხელისუფლების პოლიტიკა ალკოჰოლის და თამბაქოს შეძენაზე გადასახადის დაწესებაზე (თუმცა, საკამათოა, თუ რა არის ამ გადასახადების ძირითადი მიზანი - ჯანმრთელობის გაუმჯობესება თუ საბიუჯეტო შემოსავლების ზრდა).

მნიშვნელოვანია, თუ როგორ ხდება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზება და როგორ გავაუმჯობესოთ მიწოდებული სერვისების ხარისხი. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაცნობიერებას, მის გასაუმჯობესებლად გარკვეული სახის ცვლილებების განხორციელებას. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია შემდეგი ასპექტების გათვალისწინება:

(ა) სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების ავტონომიის ხარისხი. იგი გულისხმობს, თუ რამდენად აქვს სამედიცინო დაწესებულებას პერსონალის დაქირავება/გათავისუფლების უფლება, რამდენად დამოუკიდებლად შეუძლია განსაზღვროს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების დონე, რამდენად თავისუფალია კერძო და სახელმწიფო შემოსავლების გამოყენებაში და რამდენად აქვს ბიუჯეტის პოზიციებს (მუხლებს) შორის გადანაწილების თავისუფლება და ა.შ.;

(ბ) სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების ანგარიშგება, პასუხისმგებლობა. სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების ანგარიშგების მექანიზმები მრავალგვარია (იერარქიული კონტროლი, ხელშეკრულებები);

(გ) **უნდა იყოს თუ არა მიწოდება კონკურენტული?** რამდენად არის პროვაიდერების კონკურენცია მათი შემოსავლების მიხედვით (დაფინანსების როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო წყაროები);

(დ) **როგორია შემსყიდველსა (დამფინანსებელი) და მყიდველს შორის ურთიერთობა?** აღნიშნულ მხარეებს შორის ურთიერთობა ინტეგრირებულია თუ ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელი, ანუ ორგანიზაციულად რამდენად დამოუკიდებელია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები მათი დამფინანსებლებისაგან (შემსყიდველი სააგენტოები), ან ინტეგრირებულია როგორც ერთი მთლიანი (როგორც მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების უმრავლესობა);

(ე) **კერძო და სახელმწიფო.** როგორია როგორც სახელმწიფო ასევე კერძო პროვაიდერების განვითარების მასშტაბი, და როგორაა უფრო მიზანშეწონილი?

დაფინანსება

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქცია არის დაფინანსება. მისი მიზანია დაფინანსების უზრუნველყოფა, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისათვის სწორი ფინანსური სტიმულების დადგენა, ყველასათვის ეფექტური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პერსონალური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილს არ შეუძლია გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების ღირებულება, ან მისი მიღება განაპირობებს გაღარიბებას. ჯანდაცვის დაფინანსების მიზანია შეამციროს ან აღმოფხვრას ასეთი მდგომარეობა, ხელი შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას აქვს სამი ფუნქცია: შემოსავლების მობილიზება და შეგროვება; შემოსავლების გაერთიანება და აკუმულაცია; მომსახურების შეყიდვა.

დაფინანსების წყაროების შეგროვება (შემოსავლების მობილიზაცია) – წარმოადგენს პროცესს რომლის მეშვეობით ჯანდაცვის სისტემა იღებს ფინანსურ სახსრებს ორგანიზაციებიდან, ინდივიდებიდან, შინამეურნეობებიდან და დონორებიდან. შენატანების შეგროვება ხორციელდება როგორც სავალდებულო (ზოგადი გადასახადები და სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები) ასევე ნებაყოფლობითი (ნებაყოფლობითი კერძო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები და ჯიბიდან გადახდა) გზით, აგრეთვე სესხისა და გრანტების სახით.

შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება) წარმოადგენს შეგროვებული შემოსავლების გაერთიანების და მართვის პროცესს, ავადმყოფობასთან დაკავშირებული კატასტროფული ხარჯებისგან პაციენტების დასაცავად მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადანაწილების საშუალებით.

ფინანსური სახსრების მიმწოდებლებზე განაწილება (სერვისების შესყიდვა) გულისხმობს გაერთიანებული შემოსავლების სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე განაწილებას მათგან სერვისების შესყიდვის მიზნით. მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება მთელი მოსახლეობის ან მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისათვის.

რესურსების შექმნა

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქცია არის რესურსების შექმნა (მობილიზება, ინვესტირება). იგი დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემაში შენატანების შექმნასთან. ჯანდაცვის სექტორში ინვესტიციებზე გადაწყვეტილებების მიღებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის სისტემის გრძელვადიანი სტრატეგიისათვის, რადგან ერთხელ გაკეთებული არჩევანის შედეგები შემდეგ რთულია შეცვალო. ეს გადაწყვეტილებები გავლენას ახდენენ მომავალში სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და დანახარჯებზე.

ჯანდაცვის სექტორში რესურსების შექმნა მოიცავს:

• **ადამიანური რესურსები:** გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ყველა სახის პერსონალს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ინვესტიციები ჯანდაცვის ახალი პროფესიონალების მომზადებაში, ასევე, არსებული პერსონალის უწყვეტი განათლება;

• **ფიზიკური კაპიტალი**, ინფრასტრუქტურა: სავაადმყოფოების, ამბულატორია-პოლიკლინიკების, სამედიცინო აპარატურის რაოდენობა და განაწილება და ა.შ., ასევე მნიშვნელოვანია ნაგებობებისა და მოწყობილობა-დანადგარების ტექნიკური მომსახურება და შენახვა;

• **მობარების საგნები, ხარჯვადი მასალები, სამედიცინო მასალები, მედიკამენტები**: იგი მნიშვნელოვანია ფიზიკური და ადამიანური რესურსების ინვესტიციების პროდუქტიულობისათვის.

რესურსების შექმნის თვალსაზრისით ჯანდაცვის სისტემის საინვესტიციო პოლიტიკის საკვანძო საკითხებია:

1. ბალანსი - სწორი პროპორცია თითოეული კატეგორიის შეგნით და კატეგორიებს შორის. სწორი ბალანსის მიღება რთულია, მაგრამ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ამ მხრივ არსებობს რამდენიმე ასპექტი:

ა) სწორი პროპორცია თითოეული კატეგორიის შიგნით - ერთი კატეგორიის ფარგლებში, როგორცაა ადამიანური რესურსები, აუცილებელია, რომ პროფესიონალთა სათანადო დონემ და რაოდენობამ გაიაროს მომზადება (სწორი პროპორცია). სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა სიჭარბე უარყოფითად ზემოქმედებს ჯანდაცვის სისტემაზე. ამ მხრივ, გასათვალისწინებელია ექიმების და ექთნების განაწილების სწორი თანაფარდობა.

ბ) სწორი პროპორცია კატეგორიებს შორის - საჭიროა სხვადასხვა კატეგორიების სწორი თანაფარდობა (გამოცდილი პერსონალის, სხვადასხვა სახის სამედიცინო აპარატურის, ფიზიკური ობიექტების და მასალების ბალანსი). თუ ბალანსი არ არის სწორი. მაგ. პერსონალის და აღჭურვილობის არსებობის, მაგრამ მასალების (მაგ., რენტგენის ფირი, ლაბორატორიული მასალები) არარსებობის შემთხვევაში ინვესტიციებს ექნება დაბალი პროდუქტიულობა. აღნიშული მიგვიითთებს სწორი დაგეგმვის მნიშვნელობაზე.

2. ტექნოლოგიურ ცვლილებებთან ადაპტაცია (მისადაგება) - ტექნოლოგიური შეფასება. უახლოეს მიღწევებს ფარმაციის, მოწყობილობა-დანადგარების, სამედიცინო აპარატურის სფეროში აქვთ უდიდესი პოტენციალი. ჯანდაცვის სისტემებს უნდა შეეძლოს ასეთ ცვლილებებთან ადაპტირება, მაგრამ დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში ზოგიერთი ახალი ტექნოლოგიების ინვესტირება შეზღუდულია. ჯანმრთელობის პოლიტიკის ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქციაა ნებისმიერი ახალი ტექნოლოგიების (მათ შორის მედიკამენტების) დანახარჯებისა და ეფექტურობის შეფასების უზრუნველყოფა, რაც განიხილება როგორც გადაწყვეტილების მიღების საფუძველი.

3. ინფორმაციის წარმოება - რუტინულად განახლებადი ინვენტარიზაცია, რესურსების ნაკადების მონიტორინგი. ჯანდაცვის სისტემაში გადაწყვეტილებების მისაღებად აუცილებელია დარგში არსებული რესურსების (ადამიანური რესურსები, მოწყობილობა-დანადგარები) შესახებ საინფორმაციო მონაცემთა ბაზის წარმოება, რომელიც რეგულარულად განახლდება (მაგ., ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების პერიოდული გამოქვეყნება).

4. დაგეგმვა და კოორდინაცია - პერიოდული ხარჯები და სხვა საკითხები, დაკავშირებული ფიზიკურ და ადამიანური კაპიტალის შესაძლო ინვესტიციებთან. მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემაში ახალი რესურსების შექმნაში ჩართული სხვადასხვა სამთავრობო და არასამთავრობო უწყებების კოორდინაცია. მაგალითად, ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების სისტემის მართვაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება ჯანდაცვის სამინისტროს, მაგრამ ჯანდაცვის ახალი პროფესიონალების წარმოებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება განათლების სამინისტროს. აუცილებელია, რომ ეს ორი სამინისტრო ახდენდნენ თავიანთი პოლიტიკის კოორდინაციას, რათა ჯანდაცვის პროფესიონალების მიწოდება შეესაბამებოდეს სისტემის მოთხოვნას.

ზედამხედველობა

ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა "ზედამხედველობა", მართვა, რომელიც შედარებით ახალი ტერმინია და დაინერგა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2000 წლის მოხსენების მეშვეობით და ნიშნავს „საგულდაგულო და პასუხისმგებელ მართვას“

მოსახლეობის კეთილდღეობისათვის. ზედამხედველობის ფუნქცია ყველაზე მეტად არის დაკავშირებული სახელმწიფოს მიერ პოლიტიკის განმსაზღვრელ როლთან.

ზედამხედველობა მოიცავს შემდეგ ფუნქციებს:

- მოსახლეობის ინტერესების დაცვა, მთავრობის პასუხისმგებლობა;
- ჯანმრთელობის პოლიტიკის ფორმულირება;
- ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული მართვა;
- ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციების უზრუნველყოფა;
- ზეგავლენის გაძლიერება/გაფართოვება;
- ჯანმრთელობაზე გარე ფაქტორების ზეგავლენასთან დაკავშირებული პოლიტიკა;
- ინტერსექტორული თანამშრომლობა;
- ცოდნის დაგროვება და გამოყენება;
- ღონისძიებათა შესრულების მონიტორინგი და შეფასება აქტიური უკუკავშირით.

1) **მართვა** გულისხმობს მთავრობის პასუხისმგებლობას, მოვალეობას განახორციელოს განსაზღვრული ამოცანები.

2) **ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმულირება** ხელს უწყობს სისტემის განვითარებას შესაბამისი მიმართულებით. ჯანდაცვის პოლიტიკა უნდა იყოს ყოვლისმომცველი, კომპლექსური და მოიცავდეს როგორც საჯარო, ასევე კერძო სექტორს. სახელმწიფო ახდენს თავისი ძალისხმევით კონცენტრირებას სათანადო მიმართულებების შესაქმნელად და მისი განვითარების მონიტორინგს. იგი მიმართულია არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის ფარგლებში არამედ მის გარეთაც. ამ დროს აქცენტი კეთდება პოლიტიკის განსაზღვრაზე, სისტემის შექმნაზე, მის რეგულირებასა და სათანადო სტიმულების უზრუნველყოფაზე.

3) **ჯანმრთელობაზე გარე ფაქტორების ზეგავლენასთან დაკავშირებული პოლიტიკა, ინტერსექტორული თანამშრომლობა** - ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებს გარეთ არსებული ფაქტორები. მაგალითად, ეკონომიკური და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენა ჯანმრთელობაზე (მაგალითად, მასმედიის ხელმისაწვდომობა, კორუფცია, სოციალური სოლიდარობა, საბანკო სისტემა, და ა.შ.). ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ზეგავლენის მოახდინოს ამ ფაქტორებზე, რომლებიც არსებობენ ჯანდაცვის სისტემის საზღვრებს გარეთ. როგორც წესი, აღნიშნული ფუნქცია გულისხმობს ჯანდაცვის სამინისტროს საქმიანობას სხვა სახელმწიფო სტრუქტურებთან (მაგ. ფინანსთა სამინისტრო, სოფლის მეურნეობის სამინისტრო, ადგილობრივი მთავრობები). მისი მიზანია ჯანდაცვის საკითხებში მათი ჩართულობის წახალისება.

4) **ცოდნის დაგროვება და გამოყენება, ღონისძიებათა შესრულების მონიტორინგი და შეფასება აქტიური უკუკავშირით** - მნიშვნელოვანია ცოდნის დაგროვება და გამოყენება (ინფორმაცია და გაცნობიერება). იგი გულისხმობს, რომ ჯანდაცვის სექტორში არსებული პრობლემების გამოსავლენად და პოლიტიკის განხორციელების გასაანალიზებლად აუცილებელია მონიტორინგის სისტემის არსებობა. ამ მხრივ, ზოგიერთი საქმიანობა შეიძლება დელეგირებულ იქნას ჯანდაცვის სამინისტროს ფარგლებს გარეთ, მაგალითად, კვლევით ინსტიტუტებში, არასამთავრობო ორგანიზაციებში, ან უნივერსიტეტებში. გადაწყვეტილებები დამოკიდებულია ქვეყნის კონკრეტულ გარემოებებზე.

ჯანდაცვის მართვის პოლიტიკის მთავარი საკითხებია: ლიდერობა, მართვა და კოორდინაცია; ყოვლისმომცველი, კომპლექსური ხედვა; ფრაგმენტაციისათვის თავის არიდება; ეფექტური მართვა; სარწმუნო და სასარგებლო საინფორმაციო სისტემები.

მართვის პოლიტიკის მნიშვნელოვანი საკითხია ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა ფუნქციების ეფექტიანი კოორდინაციის უზრუნველყოფა, ისეთი გარემოს შექმნა, რომელშიც სისტემის სხვადასხვა სფეროები იმუშავებენ ერთად, რათა ხელი შეუწყონ სექტორში საერთო მიზნების მიღწევას. იგი გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკურ ლიდერობას (ხედვის განსაზღვრა, კონსენსუსის მიღწევა, სექტორში სტრატეგიული გეგმების შემუშავება).

ყოვლისმომცველი, კომპლექსური პოლიტიკის უზრუნველყოფა, რომელიც ეხმიანება ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს, სტრატეგიული მართვას და ლიდერობას, სხვა სექტორებზე

გავლენას, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ჯანმრთელობაზე. მნიშვნელოვანია, რომ პოლიტიკა მოიცავს არა მხოლოდ ჯანდაცვის სახელმწიფო, არამედ კერძო სექტორსაც.

სახელმწიფო პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სექტორის მართვაზე. ეფექტური მართვა გულისხმობს ჯანდაცვის სექტორის "კარგ მმართველობას", კერძოდ, პოლიტიკის, პერსონალის და დაწესებულებების სტაბილურობას; პერსონალსა და მოსახლეობას შორის გამჭვირვალე და ეფექტური კომუნიკაციის შენარჩუნებას; სამართლებრივი პროცესების მიმართ პატივისცემის შენარჩუნებას; ეფექტიანობაზე და ზედმეტი ბიუროკრატიისაგან თავისუფალი პოლიტიკის განხორციელებაზე აქცენტირებას; ისეთი გარემოს შექმნას, რომელიც ხელს უწყობს ინოვაციების და პოზიტიური ცვლილებების განხორციელებას. და ბოლოს, ეფექტური მართვა მოითხოვს საიმედო და სასარგებლო საინფორმაციო სისტემას.

ჯანდაცვის სისტემის მიზნები

ჯანდაცვის სისტემის მიზნებს წარმოადგენენ:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება;
- სოციალური და ფინანსური რისკის დაცვა (და დაფინანსების სამართლიანობა - ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება);
- ჯანდაცვის სისტემის "გულისხმიერების" გაუმჯობესება;

ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გულისხმობს შესაძლებლობის ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას ადამიანის სიცოცხლის პერიოდში. იმისდა მიუხედავად, რომ სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებული ჯანდაცვის სისტემებია, მათი უმეტესობა იზიარებს გარკვეულ ძირითად მიდგომას: უპირველესად, კარგ ჯანმრთელობას ადამიანებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს; და მეორე, გარკვეული ჯანდაცვის სერვისები აუცილებელია სიცოცხლის შესანარჩუნებლად.

ფინანსური რისკისაგან დაცვა გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურებამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის გაღარიბება. მოსახლეობა დაცული უნდა იყოს ჯანდაცვის დანახარჯებით გამოწვეული ფინანსური რისკებისაგან. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა უნდა იყოს ისეთი, რომ საჭირო სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელმა ხარჯებმა არ განაპირობონ ინდივიდების ან მათი ოჯახების გაღატაკება. ჯანდაცვის სისტემამ ადამიანი არ უნდა დააყენოს ჯანმრთელობასა და ფინანსურ მდგომარეობას შორის არჩევანის წინაშე.

ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული სისტემების უმთავრესი მიზანია რისკებისგან დაცვა. ჯანმრთელობის დაზღვევის ყველაზე ადრეული სისტემები, როგორცაა დაავადებათა ფონდები გერმანიაში, შეიქმნა მუშების გაღატაკების რისკის შესამცირებლად დაავადების, შეზღუდული შესაძლებლობის და უმუშევრობის გამო. ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემები უზრუნველყოფენ რისკებისგან დაცვას ძვირადღირებული ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების მიწოდებით. ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახური სათავეს იღებს 1911 წლის სიღარიბის კანონიდან. ბევრივეს ანგარიში, რომელმაც საფუძველი დაუდო ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს, რეკომენდაციას უწევდა სოციალური დაზღვევის სქემის შემუშავებას, რათა უზრუნველყო „საარსებო მინიმუმი, რომელიც საჭიროა ყველა ნორმალურ შემთხვევებში“.

ხელმისაწვდომობა განიხილება როგორც ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკის მიზანი. მომსახურების ხელმისაწვდომობა განისაზღვრება მომხმარებლის შესაძლებლობით, შეიძინოს იგი ზედმეტი ფინანსური ტვირთის გარეშე. ჯანდაცვა ხასიათდება სამედიცინო ხარჯების მაღალი გაურკვევლობით, შესაბამისად ხელმისაწვდომობა განისაზღვრება ჯანდაცვის სისტემის სადაზღვევო ფუნქციის მასშტაბით. აქედან გამომდინარე, „ხელმისაწვდომობის“ მიზანი უფრო სწორი იქნება განვსაზღვროთ, როგორც მოქალაქეთათვის ფინანსური რისკის ადეკვატური დაცვის მიღწევა (ვარდუჰაძე, ვერულავა, 2023; ვერულავა & ჯორბენაძე, 2020).

ჯანდაცვის სისტემის მიზანია აგრეთვე **ფინანსური შენატანების სამართლიანობა**. ფინანსური შენატანების სამართლიანობა ზომავს შინამეურნეობების ჯანმრთელობისთვის დახარჯული ხარჯების წილს. ჯანმრთელობის სამართლიანობა გულისხმობს სამართლიანობის თვალსაზრისით ინდივიდებს, სოციალურ ჯგუფებს, რეგიონებს შორის

განსხვავებების შემცირებას. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ტვირთი (ყველა წყაროდან, მაგ., გადასახადები, ჯიბიდან გადახდები) სამართლიანად უნდა იყოს გადანაწილებული. სხვადასხვა ქვეყნებს განსხვავებული დამოკიდებულება აქვთ „სამართლიანობასთან“, მაგრამ როგორც მინიმუმ, იგი ნიშნავს, რომ საერთო შემოსავალთან მიმართებით ღარიბის მიერ გადახდილი თანხა არ უნდა აღემატებოდეს მდიდრის მიერ გადახდილ თანხას.

ამგვარად, დაფინანსების სამართლიანობის უზრუნველყოფა მჭიდროდაა დაკავშირებული სოლიდარობასთან. სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები, სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები) უფრო სამართლიან ხასიათს ატარებენ, ნაბაყოფლობითი გადასახადები (ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა) სამართლიანობის შედარებით დაბალი დონით ხასიათდება, ხოლო ჯიბიდან გადახდები წარმოადგენენ ყველაზე უფრო არასამართლიან ფორმას.

ჯანდაცვის სისტემის „გულისხმიერების“ გაუმჯობესება (ჯანდაცვის სისტემისა და პიროვნების ურთიერთქმედება). გულისხმიერება არის საზომი, თუ როგორ რეაგირებს სისტემა ინდივიდების საყოველთაოდ ლეგიტიმურ მოლოდინებზე. ამ მხრივ გამოყოფენ ორ კატეგორიას: პიროვნების პატივისცემა (სუბიექტურია და ძირითადად პაციენტის მიერ განიხილება) და პაციენტზე ორიენტაცია (ობიექტურია და დაკავშირებულია იმაზე, თუ როგორ აკმაყოფილებს სისტემა პაციენტებისა და მათი ოჯახების, როგორც მომხმარებლების მოთხოვნებს). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯანდაცვის სისტემების გულისხმიერების გასაგებად და შესაფასებლად ყველაზე ფართოდ გამოყენებული ჩარჩო შემოგვთავაზა, რომელიც მოიცავს ამ ორი კატეგორიის შვიდ ელემენტს:

პიროვნების პატივისცემა

- პიროვნების ღირსების პატივისცემა (დაუშვებელია პაციენტების სტიგმა, დამცირება);
- კონფიდენციალურობა (ადამიანის ჯანმრთელობის პერსონალურ ინფორმაციაზე წვდომის უფლება);
- ავტონომიურობა (საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში დამოუკიდებელი მონაწილეობა, სამედიცინო მომსახურების თავისუფალი არჩევანის უფლება)

პაციენტზე ორიენტაცია

- სწრაფი რეაგირება ჯანმრთელობის საჭიროებებზე (გადაუდებელ შემთხვევებში, სხვა შემთხვევებში მისაღები მოცდის დრო),
- ბაზისური პირობების ადექვატური ხარისხი (სუფთა საავადმყოფო, კარგი საკვები, სივრცე და ა.შ),
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევანის თავისუფლება
- სოციალური მხარდაჭერის ქსელებზე წვდომა (მკურნალობის პერიოდში ოჯახთან და სხვა მნახველებთან შეხვედრის შესაძლებლობა).

ავტონომია მომდინარეობს ბერძნული სიტყვებიდან *autos* (თვითონ) და *nomos* (კანონი). ის გულისხმობს „ნების თავისუფლებას“. ექიმებმა პატივი უნდა სცენ და ვალდებულნი არიან ხელი შეუწყონ კომპეტენტური პაციენტების თავისუფალ არჩევანს. ამ კონტექსტში, კომპეტენტია გულისხმობს, რომ საღი გონების ზრდასრული ადამიანი უნდა ფლობდეს კოგნიტურ შესაძლებლობებს, რომ განახორციელოს გაცნობიერებული და გააზრებული არჩევანი, რომელიც შეესაბამება ღირებულებებს. ავტონომია გულისხმობს სამედიცინო ინფორმაციის მიღების უფლებას, პაციენტების უფლებას გააკეთონ ინფორმირებული არჩევანი და სამედიცინო მკურნალობაზე უარის უფლებას. პროვაიდერებმა პატივი უნდა სცენ პაციენტების შეხედულებებს იმის შესახებ, თუ რა არის მიზანშეწონილი.

დიდი ავტონომიის შემთხვევაში შეიძლება ადამიანებმა აღიარონ ინდივიდუალური სარგებელი და არ დააფასონ კოლექტიური ან მოსახლეობის სარგებელი. მაგალითად, იმუნოზაციის მიმართებით, ინდივიდუალური თავისუფლება, აირჩიოს, იყოს თუ არა ვაქცინირებული, ეწინააღმდეგება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანს - მაღალი მოცვის

უზრუნველყოფა ეპიდემიების თავიდან ასაცილებლად. შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობა მოიცავდეს მიზნებს შორის გარკვეულ კომპრომისს.

გულისხმიერი ჯანდაცვის სისტემა არის ის, რომელიც:

- სწრაფად და ადვილად ხელმისაწვდომია;
- არ აცდევინებს;
- ჰყავს მეგობრული და პატივისმცემელი პერსონალი;
- უზრუნველყოფს კვლევების და მკურნალობის დროს პაციენტის პრივატულობას;
- არის გამჭვირვალე და გასაგები, პროვაიდერები პაციენტს აძლევენ საკმარის დროს შეკითხვებისათვის და გასაგებად უხსნიან ყველაფერს.

თავისთავად ცხადია, რომ საზოგადოების კმაყოფილება არის დემოკრატიული საზოგადოებების პოლიტიკური ლიდერების მიზანი. მთავრობები სულ უფრო მეტად აცნობიერებენ იმ ფაქტს, რომ ჯანდაცვის სისტემის სტაბილურობა საზოგადოების ადეკვატური კმაყოფილების გარეშე არ იქნება უზრუნველყოფილი. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებით საზოგადოების უკმაყოფილება ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისთვის პოლიტიკურ ზეწოლას. საზოგადოების კმაყოფილება მთავრობებს ეხმარება განსაზღვროს მიზნები, რომლებზეც ორიენტირებულია ჯანდაცვის რეფორმა (ვერულავა, 2023).

გამოყენებული ლიტერატურა

- აზიკური თ., ვერულავა თ. (2022). მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების პოლიტიკა: რეკომენდაციები საქართველოსათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 6.
- ვერულავა თ. (2023). ჯანდაცვის პოლიტიკა. კავკასიის უნივერსიტეტი.
- ვარდუკაძე მ, ვერულავა თ. (2023). საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 7 (2): 16:32
- ვერულავა თ, ჯორბენაძე რ. (2020). ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია? ეკონომიკა და ბიზნესი. 12 (4).
- WHO. (2000). Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.



ფარმაკოზედამხედველობის მნიშვნელობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და მისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში

The importance of Phamacovigilance in Public Helath System and its role in public health programs

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.10

ნინო სილაგაძე^{1a} ნინო განუგრავა^{1a},

Nino Silagadze^{1a}, Nino Ganugrava^{1b}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

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

აბსტრაქტი

ფარმაკოზედამხედველობის (ცნობილი ასევე როგორც წამლის უსაფრთხოება) როლი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვაში საყოველთაოდ არის აღიარებული. ფარმაკოზედამხედველობა არის ინსტრუმენტი, რომლითაც ვზრუნავთ პაციენტის უსაფრთხოებაზე. არავის სურს ზიანი მიაყენოს პაციენტს, მაგრამ ნებისმიერ წამალს შეუძლია ამის გამოწვევა. ეფექტური ფარმაკოზედამხედველობის სისტემის დანერგვა აუცილებელია ყველა ქვეყანაში მედიკამენტების რაციონალური და უსაფრთხო გამოყენებისთვის, ასევე ის ხელს შეუწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ეფექტურობას და მოსახლეობის ნდობის ამაღლებას მათი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართ. მსოფლიოში, მიუხედავად ფარმაკოზედამხედველობის მიმართულებით მიღწეული პროგრესისა, წამლის გვერდითი რეაქციები კვლავაც ტვირთად აწევს საზოგადოებრივ ჯანდაცვას. ფარმაკოეკონომიკური კვლევები, წამლის გვერდითი რეაქციების ხარჯების შესახებ, აჩვენებს რომ სახელმწიფოები მნიშვნელოვან თანხას ხარჯავენ ჯანდაცვის ბიუჯეტიდან წამლის გვერდითი რეაქციებთან დაკავშირებული ხარჯების დასაფარად. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სიტემაში კარგად ინტეგრირებული ფარმაკოზედამხედველობის სისტემა წამლის გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკების აღმოჩენით და ადექვატური მართვის სტრატეგიით დაზოგავს ხარჯებს, რაც ხელს შეუწყობს მედიკამენტის რისკის და სარგებლის უკეთ შეფასებას, პაციენტების ინფორმირებას და საბოლოო ჯამში დაეხმარება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამას მიზნის მიღწევაში. ის არის ასევე ერთგვარი დაზღვევა თავიდან ავირიდოთ ფალსიფიცირებული, არაეფექტური და არასტანდარტული მედიკამენტების გამოყენება და შევამციროთ რესურსების არარაციონალურად გამოყენება.

საკვანძო სიტყვები: ფარმაკოზედამხედველობა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, მედიკამენტების რაციონალური გამოყენება

ციტირება: ნინო სილაგაძე, ნინო განუგრავა. ფარმაკოზედამხედველობის მნიშვნელობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

^b nino.silagadze@roche.com

^a ninoganugrava@yahoo.com

ORCID ID: https://orcid.org/0009-0003-5181-424X

Abstract

The role of Pharmacovigilance (also known as drug safety) in public health is widely recognized. Pharmacovigilance is a tool that takes care of patient safety. No one wants to harm a patient, but any medication can cause it. The implementation of a pharmacovigilance system in the country is essential for the rational and safe use of medicines, also for supporting public health programs, as well as it builds public confidence in their country's health policies. Despite the progress that has been made in pharmacovigilance, the burden on public health of adverse reactions to medicines remains significant. Pharmacoeconomic studies on the costs of ADRs suggest that governments pay considerable amounts from their health budgets towards covering the costs associated with them. A well-integrated pharmacovigilance system in the public health system will save costs by identifying drug use risks and adequate management strategies to help better assess the risks and benefits of medication, inform patients, educate, and ultimately help the health care program achieve its goal. It is also a kind of insurance to avoid the use of falsified, ineffective and non-standard medicines and to reduce the irrational use of resources.

Keywords: Pharmacovigilance, public health, rational use of medicines.

Citation: Nino Silagadze. Nino Ganugrava. The importance of Phamacovigilance in Public health sustem. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

ფარმაკოზედამხედველობის მნიშვნელობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და მისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში

ფარმაკოზედამხედველობა მნიშვნელოვნად განვითარდა ბოლო წლების განმავლობაში და მისი როლი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვაში საყოველთაოდ არის აღიარებული. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განმარტებით, ფარმაკოზედამხედველობა, ასევე ცნობილი როგორც წამლის უსაფრთხოება, არის მეცნიერება დაკავშირებული წამლის გვერდითი მოვლენების შეგროვებასთან, გამოვლენასთან, შეფასებასთან, მონიტორინგსა და პრევენციასთან (World Health Organization, 2015).

ფარმაკოზედამხედველობის შესწავლის საგანია: მცენარეული სამკურნალო საშუალებები, ტრადიციული და კომპლემენტარული სამკურნალო საშუალებები, სისხლის პრეპარატები, ბიოლოგიური პრეპარატები, სამედიცინო მოწყობილობები, ვაქცინები. ამ კუთხით, მეცნიერებისთვის აქტუალურია შემდეგი საკითხები: უხარისხო მედიკამენტები, წამლის შეცდომით არასწორად გამოყენება, წამლის ეფექტურობის შესახებ მონაცემების ნაკლებობა, მედიკამენტის გამოყენება არარეგისტრირებული ჩვენებით, რომელზედაც არ არის ხელმისაწვდომი საკმარისი სამეცნიერო მონაცემები, მწვავე და ქრონიკული მოწამვლის შემთხვევები, მედიკამენტებთან დაკავშირებული სიკვდილობის შეფასება, მედიკამენტის არასწორად გამოყენება და წამალზე მავნე დამოკიდებულება, მედიკამენტის არასასურველი ურთიერთქმედება ქიმიურ ნივთიერებებთან, საკვებთან და სხვა მედიკამენტებთან.

ფარმაკოზედამხედველობის მიზანია პაციენტის მოვლის და უსაფრთხოების გაუმჯობესება დაკავშირებული მედიკამენტების გამოყენებასთან და ყველა სამედიცინო და პარასამედიცინო ჩარევასთან, მედიკამენტის გამოყენებასთან დაკავშირებული უსაფრთხოების გაუმჯობესება, მათი უსაფრთხო, რაციონალური და უფრო ეფექტური გამოყენების წახალისება და საზოგადოებასთან ეფექტური კომუნიკაციის გზით ფარმაკოზედამხედველობის შესახებ ცნობიერების ამაღლების და განათლების ხელშეწყობა.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია გვერდით რეაქციას განმარტავს როგორც არასასურველ და საზიანო რეაქციას, რომელიც ვლინდება წამლის სამკურნალო ან პროფილაქტიკური დოზით გამოყენებისას. გლობალურად, გვერდითი რეაქციების მაღალმა გავრცელებამ გაზარდა ავადობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი როგორც ჰოსპიტალურ ისე არაჰოსპიტალურ სექტორში. მსოფლიოში პაციენტის დაზარალების ერთ-ერთ მთავარ მიზეზად სწორედაც რომ წამლის გვერდითი რეაქცია სახელდება. მთელ რიგ ქვეყნებში წამლის

გვერდითი რეაქცია ითვლება ავადობის და სიკვდილიანობის ერთ-ერთ წამყვან გამომწვევად (World Health Organization, 2002).

პაციენტისთვის ზიანის მიყენების თავიდან ასაცილებლად ან შესამცირებლად გადამწვევტი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის გაუმჯობესებას და წამლის უსაფრთხოების შეფასებასა და მონიტორინგს. ამის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია ქვეყანაში დაინერგოს ეფექტური ფარმაცოზედამხედველობის სისტემა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა არის საზოგადოების ღონისძიებათა ერთობლიობა დაავადებათა პრევენციის, სიცოცხლის გახანგრძლივების, ფიზიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საქმიანობა იცვლება ტექნოლოგიისა და სოციალური ღირებულებების ცვლილებების საპასუხოდ, თუმცა მიზანი უცვლელი რჩება: ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, სხვადასხვა დაავადებებისა და ნადრევის სიკვდილის პრევენცია და შემცირება მოსახლეობაში. წამლის უსაფრთხოების სისტემის ინტეგრაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებში შეიძლება გადამწყვეტიც კი იყოს პროგრამის წარმატებისთვის. ფარმაცოზედამხედველობა უნდა იყოს განუყოფელი ნაწილი ყველა იმ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის, რომელიც იყენებს მედიკამენტებს, ჯანდაცვის რესურსების ოპტიმიზაციისთვის და პოტენციური ტრაგედიების თავიდან ასაცილებლად (World Health Organization, 2006).

ფაქტია, რომ მედიკამენტის მიერ გამოწვეული სიკვდილობასა თუ ავადობაზე გაწეული ხარჯები აჭარბებს წამლის შექმნის პროცესზე გაწეულ ხარჯებს. რეგისტრირებული წამლების საშუალოდ 10% ამოღებულია ბაზრიდან სერიოზული გვედითი მოვლენის გამო. ფარმაცევტული კომპანიები ხარჯავენ დიდ თანხას (დაახლოებით მილიარდ დოლარს) ახალი მოლეკულის შესაქმნელად და ამას შეიძლება მრავალი წელი დასჭირდეს. მიუხედავად იმისა, რომ მნიშველოვნად ბევრი ინფორმაცია გროვდება წალის ეფექტურობასთან დაკავშირებით მისი შექმნის პროცესში, სრული უსაფრთხოების პროფილის დადგენა მაინც შეუძლებელია პრე-მარკეტინგული კვლევების დროს (Food and Drug Administration, 2005).

ფარმაცოზედამხედველობის სისტემები უმეტეს ქვეყნებში შემუშავდა ტალიდომიდის ტრაგედიის შემდეგ, როდესაც ათასობით ბავშვი დაიბადა თანდაყოლილი დეფექტით, ფოკომელით, კიდურების მალფორმაციით (1960-იანი წლები). სადღეისოდ ამ ბავშვების ნახევარზე მეტი დაიღუპა, ვინც გადარჩა, არის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი. მიზეზი ფეხმძიმობის პირველ ტრიმესტრში მიღებული ტალიდომიდი იყო, რომელიც ბაზარზე იყიდებოდა როგორც უსაფრთხო დამამშვიდებელი და საძილე საშუალება. ტალიდომიდის ტრაგედიამ მრავალი კითხვა წამოჭრა წამლის უსაფრთხოებაზე. დღის წესრიგში დადგა ისეთი სისტემის შემუშავება რომელიც უზრუნველყოფდა წამლის უსაფრთხო გამოყენების მონიტორინგს ყველა ქვეყანაში (Kim & Scialli, 2011).

უახლესი ისტორიიდან ამერიკაში ვიოქსის გამოყენებას უკავშირდება 140000 გულის შეტევის შემთხვევა, მათგან 60000 ლეტალურად დასრულდა (Krumholz & Hines, 2007). ვიოქსის შემთხვევამ დიდი როლი ითამაშა რეფორმების გატარებაში რეგულაციების დონეზე ამერიკის სურსათისა და მედიკამენტების ადმინისტრაციაში. პრეპარატის კლინიკურ კვლევები ვერ უზრუნველყოფს წამლის სრული უსაფრთხოების პროფილის დადგენას და შესაბამისად წამლის პოსტმარკეტინგული მონიტორინგი კრიტიკულად მნიშვნელოვანია იმ გვერდითი მოვლენების აღმოსაჩენად, რომელთა იდენტიფიცირებაც ვერ ხერხდება პრეპარატინგული კვლევის დროს (Naranjo et al., 1982; Berlin et al., 2008).

ფარმაცოზედამხედველობა არის ინსტრუმენტი, რომლითაც ვზრუნავთ პაციენტის უსაფრთხოებაზე. მისი მიზანია წამლის რაციონალური გამოყენება დაავადების პრევენციისთვის და სამკურნალოდ. არავის სურს ზიანი მიაყენოს პაციენტს, მაგრამ ნებისმიერ წამალს შეუძლია ამის გამოწვევა. ძლიერი ფარმაცოზედამხედველობის სისტემა დროულად აღმოაჩენს რისკებს და ამით ამცირებს ან თავიდან იცილებს პაციენტისთვის ზიანის მიყენებას. ეს კი საბოლოოდ დაეხმარება თითოეულ პაციენტს ოპტიმალური თერაპიის მიღებაში და ხელს შეუწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ეფექტურობას. რამდენიმე პაციენტის მნიშვნელოვან დაზარალებას შეუძლია დააზიანოს პროგრამის საანდობა და

წარმატება. ფარმაცოზედამხედველობას ასევე შეუძლია წარმოადგინოს მონაცემები ისეთი პრობლემების შესახებ, როგორცაა ფალსიფიცირებული წამალი, დაბალი ხარისხის პრეპარატები, წამლისა და საკვების ურთიერთქმედება, მედიკამენტის არასწორად გამოყენება და სხვა (World Health Organization, 2006).

ფარმაცოზედამხედველობა მოიცავს და უზრუნველყოფს გვერდითი რეაქციების გამოვლენის, მონაცემთა შეგროვების, დამუშავებისა და ანალიზის საკითხების შესწავლას. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ეს ქმედებები იძლევა მანამდე არასაეჭვო გვერდითი რეაქციების იდენტიფიცირების საშუალებას, ასევე მათი გავლენისა თუ შედეგის იდენტიფიცირებას ორსულ ქალებში, ისევე როგორც ძალიან ახალგაზრდა ან ხანდაზმულ ადამიანებში, რაც, ახალი მედიკამენტებისთვის შეიძლება არ იყოს ცნობილი. შეგროვებული ინფორმაცია ასევე იძლევა საშუალებას პრობლემის ეფექტური გადაჭრისთვის. ეს მოიცავს შესაბამის კომუნიკაციას და რისკის მინიმიზაციას. განვითარებულ ქვეყნებში არასასურველ რეაქციებზე გაწეული ხარჯი ძალიან მაღალია და არ არის ბოლომდე შესწავლილი. ბევრ დაბალი და საშუალო განვითარებად ქვეყანაში არსებული დაავადებებისა და არასრულფასოვანი კვების ფონზე, ეს ხარჯი შეიძლება იყოს კიდევ უფრო მაღალი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნებისმიერ პროგრამაში, კარგად ინტეგრირებულმა ფარმაცოზედამხედველობის სისტემამ საბოლოოდ უნდა დაზოგოს ზემოაღნიშნული ხარჯები ამ რისკების ადრეული იდენტიფიკაციისა და მართვის გზით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებში კარგად ინტეგრირებული ფარმაცოზედამხედველობის სისტემა ყველაზე მეტად იმ ქვეყნებს სჭირდებათ, რომლებსაც არ გააჩნიათ ქვეყანაში ეფექტური ფარმაცოზედამხედველობის განსახორციელებლად საჭირო საშუალებები, ექსპერტიზა და რესურსები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ფარმაცოზედამხედველობის განვითარება უნდა განიხილებოდეს, როგორც მნიშვნელოვანი შესაძლებლობა ადგილობრივი ჯანდაცვის სამსახურში ეროვნული ფარმაცოზედამხედველობის სისტემის განვითარებისთვის და როგორც სავალდებულო ინვესტიცია ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სიტემის განვითარებისთვის მომავალში.

მედიკამენტების გამოყენება ბევრი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამისთვის მნიშვნელოვანი ასპექტია, რომლებიც შექმნილია სამიზნე პოპულაციის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. მათი ღირებულება განვითარებულ ქვეყნებისა და ზოგიერთ განვითარებადი ქვეყნის ჯანდაცვის ბიუჯეტში მერყეობს 6%-დან 45%-მდე, მაგრამ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის უზარმაზარი განსხვავებებია. მედიკამენტები მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ დაავადების მკურნალობის და პრევენციისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების მხარდასაჭერად, არამედ იმიტომაც, რომ საზოგადოების ნდობა მათი ქვეყნების ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართ განუყოფლად არის დაკავშირებული მათ ნდობასთან უსაფრთხო და ეფექტური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის მიმართ.

ყველა მედიკამენტს გააჩნია გარკვეული ზიანის რისკი და მნიშვნელოვანია წამლის უსაფრთხოების მონიტორინგი, რათა გვერდითი ეფექტები წამლის რისკის შეფასების დროს. გარდა ამისა, განსაკუთრებით ახალი წამლებისთვის, მნიშვნელოვანია მოულოდნელი გვერდითი რეაქციების და მათი რისკ-ფაქტორების ადრეული იდენტიფიცირება, რათა მედიკამენტების გამოყენება მოხდეს შესაბამისი ინფორმაციის საფუძველზე მინიმალური ზიანის მიყენებით. ეს არის ფარმაცოზედამხედველობის როლი. ფარმაცოზედამხედველობის დროს შეგროვებული ინფორმაცია ასევე გვეხმარება ყველაზე შესაფერისი მედიკამენტის არჩევაში სამომავლოდ.

ეფექტური და უსაფრთხო მედიკამენტები მნიშვნელოვანია როგორც დაავადებების სამკურნალოდ და პრევენციისთვის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების მხარდასაჭერად, ასევე ის განაპირობებს მოსახლეობის ნდობას მათი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართ. მიუხედავად ფარმაცოზედამხედველობის მიმართულებით მიღწეული პროგრესისა, წამლის გვერდითი რეაქციები კვლავაც ტვირთად აწევს საზოგადოებრივ

ჯანდაცვას. ფარმაკოეკონომიკური კვლევები, წამლის გვერდითი მოვლენების ხარჯების შესახებ, აჩვენებს რომ სახელმწიფოები მნიშვნელოვან თანხას ხარჯავენ ჯანდაცვის ბიუჯეტიდან წამლის გვერდითი რეაქციებთან დაკავშირებული ხარჯების დასაფარად.

მაგალითისთვის, შეერთებული შტატების საავადმყოფოების 39 პერსპექტიული კვლევის მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ წამლის გვერდითი რეაქციები სიკვდილის გამომწვევ მიზეზებს შორის ექვსიდან მეოთხე ადგილზეა (Lazarou et al., 1998). ინგლისში ჩატარებული უახლესი კვლევის მიხედვით, 16 წელზე უფროსი ასაკის ჰოსპიტალიზირებულმა პაციენტებმა წამლის გვერდითი რეაქციებით შეიძლება ნებისმიერ დროს დაიკავონ შვიდი 800 საწოლიანი საავადმყოფო (Pirmohamed et al., 2004). ასევე არსებობს ხარჯები, რომლებიც დაკავშირებულია წამლის გვერდითი რეაქციებთან პირველადი ჯანდაცვის სფეროში, მაგრამ მათი შეფასება უფრო რთულია. პირდაპირ ხარჯებს ემატება არაპირდაპირი ხარჯები, რომლებიც დაკავშირებულია არასასურველ რეაქციებთან, როგორცაა პროდუქტიულობის დაკარგვა. ამჟამად არსებობს საკმარისი მტკიცებულება იმის დასადასტურებლად, რომ ადეკვატური სტრატეგიების უზრუნველყოფა არასასურველი რეაქციების გამოვლენისა და თავიდან აცილების მიზნით არის რესურსების ხარჯთეფექტური ვალდებულება.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სიტემაში კარგად ინტეგრირებული ფარმაკოზედამხედველობის სისტემა წამლის გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკების აღმოჩენით და ადეკვატური მართვის სტრატეგიით დაზოგავს ხარჯებს, რაც ხელს შეუწყობს მედიკამენტის რისკის და სარგებლის უკეთ შეფასებას, პაციენტების ინფორმირებას და საბოლოო ჯამში დაეხმარება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამას მიზნის მიღწევაში. ის არის ასევე ერთგვარი დაზღვევა თავიდან ავირიდოთ ფალსიფიცირებული, არაეფექტური და არასტანდარტული მედიკამენტების გამოყენება და შევამციროთ რესურსების არარაციონალურად გამოყენება. მოსაზრება იმის შესახებ რომ ფარმაკოზედამხედველობა არის ფუფუნება და ხელმისაწვდომია მხოლოდ განვითარებული ქვეყნებისთვის უნდა შეიცვალოს იმის გაცნობიერებით რომ ფარმაკოზედამხედველობის სისტემის დანერგვა აუცილებელია ყველა ქვეყანაში მედიკამენტების რაციონალური და უსაფრთხო გამოყენებისთვის (World Health Organization, 2006).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Berlin JA, Glasser SC, Ellenberg SS. (2008). Adverse Event Detection in Drug Development: Recommendations and Obligations Beyond Phase 3. *Am J Public Health* 98: 1366-1371.
2. Food and Drug Administration. (2005). Guidance for Industry, Premarketing Risk Assessment.
3. Kim JH, Scialli AR (2011). Thalidomide: the tragedy of birth defects and the effective treatment of disease. *Toxicol Sci* 122: 1-6.
4. Krumholz HM, Hines HH (2007). What have we learnt from Vioxx?. *BMJ* 334: 120-123.
5. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM (1982). Difficulties in assessing adverse drug reactions in clinical trials. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 6: 651-657.
6. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalised patients: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of the American Medical Association*, 279:1200-1205.
7. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park BK, Breckenridge AM. (2006). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 329 (7456):15-9. doi: 10.1136/bmj.329.7456.15.
8. World Health Organization. The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance, an essential tool.
9. World Health Organization. (2015). Fast facts on Pharmacovigilance.
10. World Health Organization. (2002). The Importance of Pharmacovigilance-Safety Monitoring of Medicinal Products.



არტთერაპიები - სამყაროს გაფართოების შესაძლებლობა

Art Therapies - An Opportunity for Expanding One's World

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.11>

ნათია ფანჯიკიძე^{1a}

Natia Panjikidze¹

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

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

აბსტრაქტი

შესავალი: ბუნების ძალების მიმხრობას, ხილულ და უხილავ სამყაროსთან ურთიერთობას და ქაოსსა და შიშთან ხელოვნების გზით გამკლავებას ჯერ კიდევ პრიმიტიული ადამიანები ცდილობდნენ. ხელოვნების შესახებ თეორიების ჩამოყალიბებაც უძველესი დროიდან, ანტიკური ხანიდან დაიწყო. განვითარების მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს ფსიქიკური აშლილობების შესახებ წარმოდგენებსაც, თუმცა, ფსიქიატრიამ, როგორც სამედიცინო დარგმა და ფსიქოთერაპიამ, როგორც მკურნალობის მეთოდმა, 19-ე საუკუნიდან აიდგა ფეხი. არტთერაპია, როგორც ფსიქოთერაპიის მეთოდი, კიდევ უფრო ახალგაზრდაა და ორი დისციპლინის შეჯვარებით მიღებულ ჰიბრიდს წარმოადგენს. მიუხედავად არსებობის მოკლე ისტორიისა, არტთერაპიის მრავალი თეორია ჩამოყალიბდა, მათ შორის ფენომენოლოგიური მიდგომა, რომლითაც ექსპრესიული არტთერაპიის სკოლა ხელმძღვანელობს. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა სხვა ფსიქოთერაპიული მიდგომისგან განსხვავებით, რომლებსაც მხოლოდ მეტაფიზიკური სხეული - მეტყველება აქვთ ინსტრუმენტად, არტთერაპიას უხვი მტკიცებულებები მოეპოვება ნამუშევრების სახით, მკურნალობის შედეგების აღწერისას მას მაინც რთული ამოცანა უდგას წინ. არტთერაპიის, როგორც მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მეცნიერების ჩამოყალიბების სირთულე მდგომარეობს არა მხოლოდ მის, როგორც ჰიბრიდის რთულ ბუნებაში, არამედ სამეცნიერო და პრაქტიკული საქმიანობის ერთ კონცეფციაში მოქცევის ამოცანაში. მრავალგვარია არა მხოლოდ ის თეორიები, რომელთა მიხედვითაც წარმართება პრაქტიკული სამუშაო, არამედ მრავალფეროვანია ნამუშევრების ინტერპრეტაციის შესახებ თეორიებიც. მკურნალობის შედეგების იმგვარად აღწერა, რომ მეცნიერებისთვის საკმარისი ვალიდურობა შეიძინოს, მით უფრო რთული ამოცანაა, რომ არტთერაპია მიზნად ისახავს არა სტანდარტიზაციას, არამედ ინდივიდუალურობას. მეორე მხრივ, მიუხედავად აღწერილი სირთულეებისა, ხელოვნებაზე დაფუძნებული კვლევის მეთოდმა გააჩინა ნატიფი კვლევის შესაძლებლობა, რაც ნიუანსებში წვდომის ფართო დიაპაზონს იძლევა და ეხმარება მეცნიერს, მიუახლოვდეს და აღწეროს „აღუწერელიც“.

საკვანძო სიტყვები: ექსპრესიული არტთერაპია, დეცენტრირება, პოეზისი, ესთეტიკური ანალიზი, ფენომენოლოგია

ციტირება: ნათია ფანჯიკიძე. არტთერაპიები - სამყაროს გაფართოების შესაძლებლობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

^a natiapanji@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-0843-9734>

Abstract

Throughout history, humans have sought to align themselves with the forces of nature and explore their connection to both the visible and invisible realms. Even in primitive times, individuals endeavored to grapple with chaos and fear through the medium of art. The development of theories concerning art commenced in antiquity, tracing its origins back to ancient times. The development of concepts regarding mental disorders has a centuries-old history, although the formalization of psychiatry as a medical field and psychotherapy as a treatment method gained momentum in the 19th century. Art therapy, as a psychotherapeutic approach, is relatively more recent and represents a synthesis of two distinct disciplines. Despite its relatively brief history, art therapy has given rise to numerous theories, among them the phenomenological approach that serves as a foundation for expressive art therapy. Unlike other psychotherapeutic methods, which rely primarily on verbal communication, art therapy possesses a wealth of tangible evidence in the form of artistic creations. Nonetheless, it encounters a formidable challenge when attempting to articulate treatment outcomes. The challenge of establishing art therapy as a scientifically validated discipline stems not solely from its intricate nature as a hybrid field, but also from the endeavor to harmonize scientific rigor with practical application. Not only does the field encompass a multitude of theories guiding the practical aspects of therapy, but it also encompasses numerous theories concerning the interpretation of artistic creations. Describing treatment outcomes in a manner that satisfies scientific standards presents a greater challenge, as art therapy prioritizes individualization over standardization. Conversely, despite the aforementioned complexities, the methodology of art-based research has unlocked the potential for nuanced exploration, providing a broad spectrum of insights and aiding researchers in approaching and elucidating the 'indescribable'.

Keywords: Expressive Art Therapy, Decentering, Poetry, Aesthetic Analysis, Phenomenology

Citation: Natia Panjikidze. Art Therapies - An Opportunity for Expanding One's World. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

არტთერაპია, სანამ ხელოვნების და მედიცინის გზაჯვარედინი გახდებოდა, ხელოვნების და „შეშლილობის“ შესახებ ცვალებად მოსაზრებებს და დამოკიდებულებებს თვალუწვდენლად შორი წარსული ჰქონდა.

არტთერაპიების შესახებ დღეს უკვე ზღვა ლიტერატურა არსებობს. ახლაც, სანამ ამ ტექსტზე ვმუშაობ, არტთერაპევტთა მოქმედების პარალელურად იწერება ახალი მიგნებების შესახებ განსაკუთრებით საინტერესო სტატიები და წიგნები, რომლებიც სხვადასხვა თეორიას კიდევ უფრო მეტად ავითარებს, ან რომელიმეს უარყოფს და საკუთარს დამკვიდრებას ცდილობს. არტთერაპევტთა მოქმედება კი დღეს მთელ მსოფლიოში ინტენსიურია, რადგან უკვე აღარსად დარჩა თავმოყვარე კლინიკა, მათ შორის არა მხოლოდ და მაინცდამაინც ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებები, სადაც არტთერაპევტები არ მუშაობენ.

გასაკვირია, როგორ მოხდა, რომ არტთერაპია უფრო ახალი თერაპიული დისციპლინაა, ვიდრე სხვა ფსიქოთერაპიული მიდგომები? რატომ „დააგვიანდა“ მას? მითუმეტეს, რომ ძველი ხალხები „შეშლილობას“ რიტუალებით მკურნალობდნენ და ტრავმებსა და შიშებსაც დიდი ხნის მანძილზე, სწორედ რიტუალებით უმკლავდებოდნენ. სულს დაპატრონებული დემონების განდევნის რიტუალი ჩამოჰგავდა ყველა იმ რიტუალს, რომელსაც პრიმიტიული ხალხები კარგი მოსავალის მიღების თუ ამინდის ცვლილებისთვის იყენებდნენ, რაც შემდეგ საფუძვლად დაედო ყველა სახის ხელოვნების განვითარებას.

ადამიანი ოდითგანვე ანიჭებს ნივთებს საკრალურ მნიშვნელობას, ამზადებს და ატარებს თილისმებს, წყალობას ევედრება ღვთის რეპრეზენტაციის სახით ქვაში ნაკვეთ, თუ ფერწერულ გამოსახულებებს, ყველა ბედნიერ და ყველა უბედურ მოვლენას აფორმებს მუსიკით, ქანდაკებით, გირლანდებით, სიმბოლოებით, ნახატებით, ფოტოებით, ხომ თითქოს ადვილი უნდა ყოფილიყო, თავიდანვე ექვავთ ფსიქოთერაპევტებს, რომ უპირველესი „წამალი“ ხელოვნებაშია საძიებელი?

თავისთავად, ბუნებრივად, ძალდაუტანებლად, ხელოვნება შეჭრილია ყველგან და ყველაფერში, რაც იმას ნიშნავს, რომ იგი არა ერთერთი, არამედ ადამიანთა დამაკავშირებელი ძირითადი სამეტყველო ენა და ფუნქციაა.

ხელოვნების თეორიებიდან არტთერაპიამდე

ხელოვნების შესახებ მეცნიერული მოსაზრებები ჯერ კიდევ ანტიკურ ხანაში გაჩნდა. პლატონის „ღვთაებრივი სიმშაგე“, არისტოტელეს „პოეტიკა“ ესთეტიკური აღზრდის შესახებ თეორიებია, რომლებიც არტთერაპევტთა დღევანდელი თეორიების დასაყრდენია.

არისტოტელეს მიხედვით ხელოვნება არის ტანჯვის, ტკივილის, შიშის ესთეტიზაცია, მათი ღირებულებითი აზროვნების ჭრილში მოქცევა და ამავდროულად ხელოვნება სიამოვნების წყაროა. ხელოვნება შიშისა და ტანჯვის სიამოვნების განცდად გარდაქმნას ახერხებს. არისტოტელესთანვე გვხვდება ტერმინი კათარსისი. მოგვიანებით, ტერმინმა კათარსისმა ესთეტიკის ტერიტორიიდან ბრეიერისა და ფროიდის თერაპიულ პრაქტიკაში გადაინაცვლა. ასევე არისტოტელეს ამბივალენტურ აფექტთა თეორიები იქცა ფროიდისა და ვიგოტსკის ხელოვნების თეორიების ფუნდამენტად.

მიბაძვის, მიმესისის ფენომენის განმარტება პირველად პლატონთან გვხვდება. მისი თეორიის მიხედვით, მატერიალური სამყარო იდეათა სამყაროს მიბაძვაა, ხელოვნება კი მატერიალური სამყაროს მიბაძვა, ამდენად, ხელოვნება ორმაგად მიმბაძველი გამოდის და კიდევ უფრო სცდება ჭეშმარიტებას.

ამავე პერიოდში, ანტიკურ საბერძნეთში ფსიქიკური დაავადებების მიმართაც არსებობდა მოსაზრებები - დაავადებათა მკურნალ ღმერთად ასკლეპიოსი ითვლებოდა. ასკლეპიოსის და შემდეგ საერთოდ მკურნალობის სიმბოლო იყო გველი, რომელსაც ძველი ბერძნები წმინდა ცხოველად თვლიდნენ. მკურნალობა სპეციალური რიტუალებით ტარდებოდა ასკლეპიოსის ტაძრებში. პარალელურად ჩნდება მედიკამენტური თერაპიაც: აპოლონიოს როდოსელის „არგონავტიკაში“ კოლხი მედეას შესახებ ვკითხულობთ: „ქალღმერთმა ჰეკატემ შესანიშნავად ასწავლა ჯადოსნური წამლების შემზადება იმ ბალახთაგან, რომელთაც მიწა და ანკარა წყალი ზრდის, ამ სასწაულებრივი წამლებით გრძნეული ასული ადვილად აწყნარებს შმაგი ცეცხლის ალს, აჩერებს ხმაურით მორაკრაკე მდინარეებს და გზას უხლართავს ვარსკვლავებსა და წმინდა მთვარეს“ (როდოსელი, 1970; გვ. 236).

ჰიპოკრატემ სხეულზე დაკვირვებით აღწერა დაავადებები: მელანქოლია, მანია, ეპილეფსია, ისტერია, მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი და სხვა. მანვე გამოყო პიროვნული ტემპერამენტის ტიპები - მელანქოლიკი, სანგვინიკი, ფლეგმატიკი, ქოლერიკი.

ჰიპოკრატეს ტიპები, მოგვიანებით, შუა საუკუნეების იტალიაში ხელოვნების ტერიტორიაზე აღმოჩნდნენ - ე.წ. Commedia dell'arte-ს მუდმივ პერსონაჟებად გადაიქცნენ. ამგვარად, არა პირველყოფილ რიტუალურ დონეზე, არამედ ცნობიერად დაახლოვდა ფსიქოლოგია და ხელოვნება, თუმცა კაცობრიობის ისტორიაში პროგრესი რეგრესთან მონაცვლეობდა - შუა საუკუნეების ევროპაში ფსიქიკურ აშლილობებს, როგორც „ემშაკის ხრიკებს“, ეკლესია ებრძოდა. ინკვიზიცია ავი სულებით შეპყრობილებს სჯიდა.

XVII საუკუნეში, განმანათლებლობის ეპოქაში გაჩნდა ფრანც ჰალსის მოსაზრებები თავის ტვინში 27 „ორგანოს“ არსებობის შესახებ. ამ სწავლებას „ფრენოლოგია“ ეწოდა. ამ პერიოდში, ხელოვნება, ლიტერატურა, მხატვრობა ინტერესდება ფსიქიკური აშლილობებით, მაგრამ გვევლინება როგორც დამკვირვებელი, ამსახველი. თუმცა ხელოვნება, რომელიც თავისთავად იყო დაკვირვების ობიექტი, თავადაც ვერ გადაურჩა „დიაგნოსტიკას“: 19-ე საუკუნეში გაჩნდა ე.წ. „ფსიქიატრიული თეორია“ - ხელოვნების, როგორც „სიგიჟის“ აღქმა, რომლის ავტორიც

ჩვენარე ლომბროზო გახლდათ. ლომბროზო ხელოვნების სტიმულს ავადმყოფურ ჰალუცინაციებსა და ჰალუცინაციებთან დაკავშირებულ აქტიურ ფანტაზიას მიაწერდა. (ლომბროზო, 1891)

ხელოვნების თეორიების საფუძვლების შესწავლისას, გარდაუვალია ბუნებაზე დაკვირვება: განაყოფიერების პერიოდში ხელოვნებას ცხოველებიც მიმართავენ, მაგალითად, მდედრის მოსაპოვებლად მამრი ჟირაფების კისრებით ბრძოლა უბრალო ჩხუბი არ არის. ისინი ცდილობენ, მათი შერკინება ესთეტიკურიც იყოს.

ხელოვნებას განსაკუთრებით ხშირად მიმართავენ ფრინველები - ცეკვავენ და მღერიან, ზოგიერთი სახეობა მდედრისთვის საჩვენებლად ლამაზ ნაგებობებსაც ქმნის, რომლებიც ბუდეს წააგავს, მაგრამ საცხოვრებელი დანიშნულება არა აქვს. ფრინველების ხელოვნებაც ყოველთვის სიყვარულს, განაყოფიერების პერიოდს უკავშირდება. ამგვარად, გამოდის, რომ ცოცხალ ბუნებაში ხელოვნების საფუძველი სიყვარულის და აგრესიის ნარევია, შემტევი ენერჯიაა, რომელიც სიცოცხლისთვის და მისი გაგრძელებისთვის ბრძოლას ახლავს თან.

ხელოვნების ფენომენის, როგორც სექსუალური აღტყინების და გამრავლებისკენ მიდრეკილი ქცევის ფორმის სახით განხილვის საფუძველს ბევრი მეცნიერის მოსაზრება იძლევა. ფროიდიანელი ოტო რანკის მიხედვით, ხელოვნებას ბიოლოგიური საფუძველი აქვს. ხელოვნების ნაწარმოების, კონკრეტულად კი ტრაგედიის ხილვისას, ტკივილნარევი სიამოვნების განცდას იგი სექსობრივ აქტსა და ორგაზმთან აკავშირებს, ვიზუალურ ხელოვნებას კი თვალთვლების ინსტინქტს, ვუაიერიზმს მიაწერს. (რანკი, 1914)

რანკის თეორიასთან ახლოსაა ლ. ვიგოტსკის კათარსისის თეორიაც, რომელიც მხატვრული ნაწარმოებისგან მოგვრილი პოლარული განცდების, სიამოვნებისა და უსიამოვნების ერთდროულად აღძვრას ნეტარ ტანჯვას უწოდებს. კათარსისის კი საპირისპირო განცდებს მიაწერს, რომლებიც ერთდროულად როცა განიცდებიან, ერთმანეთს განმუხტავენ. ვიგოტსკისავე მოსაზრებაა, რომ ხელოვნების ფენომენი არის ფორმით შინაარსის უარყოფა. (ვიგოტსკი, 1974)

საპირისპირო განცდების მიერ ერთმანეთის განმუხტვის მაგალითად გამოდგება ფროიდის თეორიაც, რომელიც კომედიის ხელოვნებას ორსახა იანუსს ადარებს. იუმორს აზრი ორი საპირისპირო მიმართულებით მიჰყავს და ამ შემთხვევაშიც ორმაგი, ამბივალენტური განცდა ჩნდება. დამკვიდრებული ნორმისა და ნორმის დარღვევის ერთდროული აქტისგან დგება კათარსისი - სიცილით განმუხტვა. (ფროიდი, 1905)

იუნგის მიხედვით ხელოვნების გზით კათარსისი თავზარდაცემის და სიხარულის შეჯახებით განიცდება, რომ ეს ტრაგედია სხვას დაემართა და არა ჩვენ. (იუნგი, 2017)

ფაუნაზე დაყრდნობით, ხელოვნება, როგორც წესი, მამრობითი სქესისგან მომდინარეობს. რანკისა და ვიგოტსკის თეორიების მიხედვით, რომლებიც კათარსისის სექსუალურ განმუხტვას ადარებენ, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ფაუნაში მდედრი არსებების უმეტესობა სექსობრივი აქტისგან სიამოვნებას და ორგაზმს ვერ განიცდის, შესაძლოა, ამას მივაწეროთ მდედრების ხელოვნებაში ჩაურთველობა. თუმცა ფაუნაზე დაკვირვების მიხედვით, კითხვის დასმა მაინც მოგვიწევს - ხელოვნება ბიოლოგიურად „მამრობითი თვისებაა“ თუ ორგაზმის განმცდელთა უპირატესობა?

ადამიანების შემთხვევაში, ხელოვნება, უძველესი დროიდან, ქალების ფუნქციაც (ქსოვა, კერვა, ქარგვა, სიმღერა და სხვა) ისევე იყო, როგორც კაცების. ქალთა სოციალური როლის გაფართოების კვალდაკვალ, ხელოვნების ნებისმიერ დარგში ადამიანებში შემოქმედებითი თვისებები თანაბარი შესაძლებლობებით გამოვლინდა. გარდა ვარაუდისა, რომ სხეულებრივად ორგაზმის განცდა, აქტიური სექსუალურობა ასაზრდოებს შემოქმედებითობას, დამატებით, კვლავ იუნგის თეორია შეიძლება გამოგვადგეს, რომ ადამიანებში ქალური და მამაკაცური საწყისი ერთდროულად არსებობს.

თუკი კვლავ გავყვებით აზრს, რომ ბუნების ენაზე ხელოვნება სიყვარულის ძახილია, ის ერთმნიშვნელოვნად გამრღვევი ძალაა, შესაბამისად ნაბიჯი სიცოცხლისკენ. შეგვიძლია თუ არა, ვივარაუდოთ, რომ ადამიანს, რომელიც სხვა ცოცხალი არსებებისგან განსხვავებით სეზონის მიუხედავად, უწყვეტად სექსუალური არსებაა, „სულ ემღერება“ და მუდმივად უწევს

აგრესიის მართვა? შეიძლება, რომ უწყვეტი სექსუალურობა მივიჩნიოთ ფანტაზიისა და შემოქმედებითობის მთავარ წყაროდ? კვლავ ბუნებაზე დაყრდნობით, მოგვიწევს აღვნიშნოთ, რომ შიმპანზეები, ბონობოები და ზოგიერთი სხვა სახეობის მაიმუნი ან ძუძუმწოვარი (მაგალითად, დელფინი) ადამიანის მსგავსად სეზონის მიუხედავად სექსუალური არსებაა, ამ სახეობების მდებარეობითი სქესის წარმომადგენლებიც ტკბებიან სექსით და ცოცხალ სახეობათა იმ იშვიათ რიცხვსაც მიეკუთვნებიან, ვინც სექსს მხოლოდ განაყოფიერებისთვის არ მიმართავს, არამედ სიამოვნებისთვის. ზრდის თუ არა ეს მათში კრეატიულობას? პასუხია - არა. მეცნიერების დაგეგმვით და „ხელმძღვანელობით“ მაიმუნები, სპილოები ფერწერულ ტილოებსაც კი ქმნიან, მაგრამ მათ იგივეს გაკეთება არ შეუძლიათ თავისთავად. შემოქმედებითობა და ფანტაზია მხოლოდ ადამიანის თვისებაა. აქედან გამომდინარე, სექსუალური ენერგია, შემოქმედების ერთადერთ მთავარ სტიმულად ვერ განიხილება, თუმცა მისი, როგორც ერთერთი მთავარი სტიმულის წილი, აშკარაა, რომ დიდია.

თუკი ფროიდისა და იუნგის მიერ ლიბიდოზური ენერგიის განხილვას შორის განსხვავებაში უპირატესობას იუნგის მხარეს გადავიტანთ, როცა იგი ფიქრობს, რომ ლიბიდოზური ენერგია მხოლოდ სექსუალური არ არის და ის მთლიანად სასიცოცხლო ენერგიაა, ამ შემთხვევაში, მეტი რამ შეიძლება დადგეს თავის ადგილზე.

სიმბოლურ აზროვნებას თუ გავყვებით, ქმნილება, ხელოვნების ნაწარმოები „ნაყოფის“, მეტაფორაა. მეტყველებაშიც არაერთ კულტურაში ეძახიან თავიანთ კარგად შესრულებულ საქმეს მეტაფორულად „შვილს“, „შრომის ნაყოფს“. „ნაყოფის“ (განხორციელების) გარეშე ხელოვნება არ არსებობს. თუკი ლიბიდო სიცოცხლის ენერგიაა, მაშინ ხელოვნების დემონსტრირება, რომელიც სხვა ცოცხალ სახეობებში განაყოფიერების პერიოდს ემთხვევა, არა მხოლოდ სექსუალობის, როგორც სიამოვნებისა და განმუხტვის, არამედ სიცოცხლისთვის, გადარჩენისთვის (შთამომავლობისთვის) ბრძოლის ესთეტიკურ ფორმად უნდა ჩავთვალოთ, რასაც სიცოცხლის არა მხოლოდ კათარსისისშემდგომი განახლებითი განცდა, არამედ ფიზიკური გაგრძელებაც (პასუხი, შედეგი) უნდა მოჰყვეს.

თუკი ხელოვნება სიცოცხლის სურვილს უკავშირდება, შესაბამისად, ადამიანების მიერ გლოვის ხელოვნებით გამკლავება, გალობა, რიტუალი, საფლავების ხელოვნების ნიმუშებად ქცევა (პირამიდების, ყორღანების და სხვა), სადაც ყოფით ნივთებსაც თან ატანდნენ მიცვალებულს, „სხვაგან“ სიცოცხლის ზეიმად უნდა მოვიაზროთ და არა სიკვდილისთვის ძეგლის აგებად.

ფროიდიანელი 3. მარკუზე თვლის, რომ ცივილიზაციის საფუძველი მისთვის ინტინქტების, ლიბიდოს შეწირვაა. მარკუზეს მიხედვით სექსუალობის და აგრესიის დათრგუნვა აყალიბებს კულტურას, ხოლო ხელოვნება თავისუფლების სამყაროა, რადგან ხელოვნება არის თამაშის მსგავსი გამათავისუფლებელი ფენომენი. ადამიანი მხოლოდ თამაშით გადაიქცევა ბიოლოგიური არსებიდან სულიერ არსებად. ამგვარად ახერხებს ხელოვნება ანტაგონისტური ძალების დაძლევას და სიამოვნების სხვა გზით მიღებას. ხელოვნება მარკუზეს აზრით ბიოლოგიურ ძალთა მიმართ პროტესტია. (მარკუზე, 1955)

თუკი მარკუზეს მოსაზრებას საყურადღებოდ მივიჩნევთ, რომ ხელოვნება ბიოლოგიური წესის დათრგუნვის იარაღია, გამოდის, რომ ხელოვნება, მართალია, სათავეს სიყვარულისა და სიცოცხლის ენერგიიდან იღებს, მაგრამ ის სექსუალობისა და აგრესიის ესთეტიკურ ფორმაში ტრანსფორმაციის და „არაბიოლოგიური გამრავლების“, სამყაროს სხვა, სიმბოლური გზით პერობის სურვილია.

ხელოვნების ფენომენის აღწერაში ახალი ტერმინების გაჩენა, როგორცაა, სუბლიმაცია, ჩანაცვლება და სხვა, ფსიქოანალიზს მიეკუთვნება. ფროიდის აზრით, შემოქმედებას ორი მთავარი ძალა - სიცოცხლე და სიკვდილი, ეროსი და თანატოსი მართავს. ფსიქოანალიზში შემოქმედება ერთგვარად სიზმრისა და ფსიქიკური აშლილობის შუალედურ მდგომარეობად არის წარმოდგენილი. სუბლიმაცია, ქიმიური ტერმინი, რომელიც მყარი ნივთიერების აირად გარდაქმნას, აქროლვას ნიშნავს, ფროიდმა ფსიქოლოგიური აქროლვის მეტაფორად გამოიყენა და ამით აღნიშნა ფსიქიკური დამაბულობის, ენერგიის გარდაქმნა ღირებულებითი აზროვნების ძალად, რომელსაც ეფუძნება ხელოვნება და კულტურა.

ფსიქოანალიზის მიერ ტრაგედიის აღქმა არისტოტელეს მოსაზრებას ეყრდნობა, რომ ტრაგედია მაშინ ახდენს განსაკუთრებულ ძვრას ჩვენში, როდესაც ის ვითარდება მაგალითად, დედასა და შვილს, ძმებს შორის და არა შემთხვევით ადამიანებს, ან უცხო მტრებს შორის. ტაბუირებულ ტერიტორიებზე გადასვლა და მათი ასახვა შემოქმედების მთავარი არსია. გმირის დაბადების იდეა ფროიდთან მამის ფიგურასთან დაპირისპირებით ჩნდება. ხელოვნების მასაზრდოებელი მთავარი ძალა, მისი თეორიის მიხედვით, ოიდიპოსის კომპლექსია.

რანკის აზრით სიმბოლო არაცნობიერს და ნაწილობრივ ცნობიერს უკავშირდება და მისი მნიშვნელობა მრავალაზროვანია, პოლისემანტიკა ახასიათებს. ხელოვნება აზრის ეკონომიაა, რომელიც რეალობის აღქმასთან შედარებით ნაკლებ ენერგიას მოითხოვს და რეალობის აბსტრაქტიზების საშუალებას იძლევა. (რანკი, 1914)

კ. იუნგის თეორია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ტალღის დასაწყისია არა მხოლოდ არტთერაპიაში, არამედ მთლიანად 20-ე საუკუნის ხელოვნებაში. იუნგი თვლის, რომ ადამიანის ფსიქიკა არ ამოიწურება მხოლოდ მისი პიროვნული არაცნობიერით და მასში უნივერსალური, კოლექტიური არაცნობიერიც არსებობს. კოლექტიური არაცნობიერი მთელი კაცობრიობის ისტორიული, ფსიქიკური გამოცდილებაა, რომლის ტრანსმისიაც საუკუნეების განმავლობაში თაობიდან თაობაში მიმდინარეობს. არაცნობიერის ძველი გამოცდილებები კვლავწარმოებას ექვემდებარება, რითაც უზრუნველყოფს თაობათა შორის კავშირის შენარჩუნებას. (იუნგი, 2017)

ხელოვნების თეორიებს შორის ყველაზე მნიშვნელოვან თეორიათა გარბენით ჩამოთვლასაც ვერ დაიტევს ჩვენი ფორმატი, ამიტომ გამოვტოვებ უამრავ საინტერესო თეორიას და გამოვარჩევ კანდინსკის, რომელსაც ეკუთვნის ტერმინი „შინაგანი აუცილებლობა“.

კანდინსკი თვლის, რომ ბავშვების თვისება, რომლებიც მძაფრ შთაბეჭდილებას იღებენ ყოველივე ახლისა და უჩვეულოს აღმოჩენისას, ზრდასრულობაში ქრება. უკვე ნაცნობი და გასაგები სამყარო საკმარისად აღარ აღაფრთოვანებს ადამიანს. განვითარებული ადამიანი ნაცნობი მოვლენის და საგნების თვისებების გაფართოებით ახერხებს ხელახალ აღფრთოვანებას. ხელოვნების ძალა სწორედ იმაშია, რომ ის უკვე ნაცნობ მოტივებში შესვლით და მასში ახლის აღმოჩენით ემსახურება ფსიქიკური ვიბრაციის გაძლიერებას. (კანდინსკი, 2011)

კანდინსკის მიგნებული ეს ორი ფენომენი, ვფიქრობ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მისი თეორიის ინტერპრეტაციას რომ შევეცადო, არტთერაპიის ძალა, რომელსაც ტრანსფორმაციამდე მივყავართ, „სამყაროს გაფართოების“ შესაძლებლობაა, რომელშიც თვალსაწიერის გაფართოებიდან შეგრძნებების გაფართოებამდე პოტენციალს ვგულისხმობ. ტერმინი „შინაგანი აუცილებლობა“ კი საუკეთესოდ გამოხატავს ფენომენს, რომელიც არტთერაპიულ გარემოში თერაპევტიც ჩნდება, არა მხოლოდ პაციენტში, რომელიც თავდაპირველად, მოქმედების დაწყებამდე, შესაძლოა ასე ინტენსიურად ვერც გრძნობდეს გამოუთქმელის გამოთქმის აუცილებლობას. თერაპევტი ახალი იმპულსის ჩასახვაში მონაწილის დამაბულობას განიცდის და მასაც კათარსისის მსგავსი განცდა ეუფლება, როცა თერაპიას შედეგი მოაქვს. თერაპევტი „ცეცხლის გაჩაღების“ რიტუალშია ჩაბმული.

ხელოვნების შესახებ ზოგიერთი თეორიის ამ სწრაფ გადახედვაში, მივუახლოვდით ნანატრ მომენტს, როცა 1900 წელს ევროპაში არტთერაპიის პრაქტიკული გამოყენება დაიწყო. ტერმინი არტთერაპია, ცოტა მოგვიანებით 1940 წელს გაჩნდა, რომლის ავტორობა მიეწერება ბრიტანელ თერაპევტს, ადრიან ჰილს. ჰილი მხატვრული შემოქმედების სამკურნალო თვისებას ფსიქიკის ჯანსაღ თემაზე გადართვას მიაწერდა.

არტთერაპია, როგორც სამკურნალო დისციპლინა, თანდათან იკრებდა ენერგიას და გზა და გზა უკვე არტთერაპიის მრავალი თეორია გაჩნდა, რომელთაგანაც მხოლოდ რამდენიმე მოსაზრებას აღვნიშნავ, რომ გადავიდე ექსპრესიული არტთერაპიების თეორიებზე, რომელ სკოლასაც თავად მივეკუთვნები:

მარგარეტ ნაუმბურგი, რომელიც არტთერაპიას არაცნობიერთან დამაკავშირებელ ხიდად თვლიდა, დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდა თერაპიულ ატმოსფეროს, კერძოდ თერაპევტისა და პაციენტის განსაკუთრებულ, ნდობით სავსე დამოკიდებულებას. (ნაუმბურგი, 1987)

ედიტ კრამერის აზრით, თავად პროცესს აქვს ძალა გაგვიყვანოს სასურველ შედეგამდე, მისი აზრით, ხატვას თავად აქვს ფსიქიკური ტრანსფორმაციის თვისება, მიუხედავად პაციენტისა და თერაპევტის რაიმე განსაკუთრებული ურთიერთობისა. (კრამერი, 2000)

კრამერის ეს მოსაზრება, ერთი მხრივ, ახლოსაა ჩემს რწმენასთან: მიუხედავად თერაპევტის ფიგურისა, პირველ რიგში, თავად თერაპიული მიდგომის უნდა გვწამდეს, მასში თავისთავად უნდა იდოს განკურნების პოტენციალი, როგორც გამოწერილ მედიკამენტში, მიუხედავად იმისა, რამდენად „კარგმა ექიმმა“ გამოწერა რეცეპტი. ამავდროულად, მონაწილეობა პროცესში უკვე ნიშნავს სიცოცხლის კანონში ჩაბმას. მეორე მხრივ, პიროვნებებზე, მათ პროფესიონალიზმზე ბევრია დამოკიდებული და მითუმეტეს ისეთ პროფესიაში, როგორიც ფსიქოლოგიაა.

ქრისტინე მეხლერ-შიონახი აღწერს არტთერაპიაში ორი წინააღმდეგობრივი ძალის დაჯახებას: „ამბივალენტურობა სწორედ ისაა, რომ ხელოვნება და თერაპია, მიუხედავად ყველანაირი დაახლოებისა, პრინციპში ურთიერთსაწინააღმდეგო ძალებზე მიუთითებენ: ხელოვნება ამბოხისა და თავდახსნის, გათავისუფლების, საზღვართან შეხებისა და საზღვრის გადალახვის ძალაზე, ხოლო თერაპია - შენარჩუნების, დაცვის, ინტეგრირებისა და რეინტეგრირების ძალაზე, იმ ადამიანთა ძალებზე, რომლებიც განსხვავებული სოციალური თუ დაავადების გამომწვევი მიზეზებიდან გამომდინარე კრიზისში, ან საზოგადოების მიღმა აღმოჩნდნენ. არტთერაპია როგორც ამ ანტაგონისტური ძალების გაერთიანება, ბუნებრივია, აშკარა დამაბულობის ველში იმყოფება. სწორედ აქედან გამომდინარეობს ზოგიერთი თავისებურება, ასევე სირთულე და წინააღმდეგობაც, რომლებიც ახასიათებს არტთერაპიულ პრაქტიკას და თეორიას“ (მეხლერ-შიონახი, 2018; გვ.34)

ხელოვნების მთავარი პოტენციალი მის მიერ კათარსისის გამოწვევის ძალაა. კათარსისს, განმუხტვას, რადგან სწორედ საპირისპირო გრძნობების დაჯახება იწვევს, ანტაგონისტურ ძალთა შეჯახება, რომელსაც ქ. მეხლერ-შიონახი არტთერაპიის სირთულედ აღწერს, ჩემი აზრით, პირიქით, კიდევ უფრო მყარად ასაბუთებს არტთერაპიის, როგორც თერაპიული მიდგომის აუცილებელ გამარჯვებას, რომელიც მოცემულია მის შიდა პოტენციალშივე.

ექსპრესიული არტთერაპია - ღმერთი სილამაზეა

ექსპრესიული არტთერაპია, როგორც არტთერაპიის ახლებური მიდგომა, 1970 წელს, მასაჩუსეტსში, ლესლის კოლეჯის სამაგისტრო სკოლაში, კემბრიჯში, პაოლო კნილმა და შონ მაკნიფმა დაარსეს.

თერაპიის ეს მიდგომა ცენტრში აყენებს ადამიანის შემოქმედებითობას. ექსპრესიული არტთერაპიის ამოსავალი წერტილია ის, რომ ადამიანი თავისი არსითაა შემოქმედი. მას შეუძლია ზემოქმედება გარე სამყაროზე და საკუთარ თავზეც, ცვლილების, მუდმივი განახლების და ახლის შექმნის უნარით. პოიესისი, რომლის მაძიებელიცაა ექსპრესიული არტთერაპია, გულისხმობს არა მხოლოდ რაღაცის შექმნას, არამედ სილამაზის სახით შექმნას. ადამიანი არის ჰომო ესთეტიკუსი. სილამაზე ის ერთერთი მთავარი მიზეზია, რისკენაც მუდამ მივისწრაფვით და რის კვლავ სანახავად და შესაგრძობადაც სიცოცხლე ღირებულად შეგვიძლია მივიჩნიოთ.

ბუნება, პოიესისის უმაღლესი გამოვლინება, ყოველ წამს გვთავაზობს თავის თვითწარმოებით სასწაულებს, როგორც ილუზიონისტი, რომელსაც ჩვენი გაცემა განუზრახავს. ის გვეთამაშება და გვიწვევს მიმესისში, აესთესისს, დეგეასისსა და პოიესისში. ადამიანი პლანეტის ერთადერთი არსებაა, რომელიც მისი ნაწილიცაა და ამავდროულად დამკვირვებელიც, რომელსაც თავისი სინამდვილის შესაბამისი, სხვადასხვა გამოცდილებების მუდმივად განახლებადი ფორმით „თხრობა“ შეუძლია. ს.კ. ლევინის ხედვით, როცა ჩაიხშობა შემოქმედებითობა, დადუმდება პოიესისი, შეჩერდება შინაგანი მოძრაობა, მაშინ ვხდებით ჩვენ „მკვდრები“ სამყაროსთვის და იწყება ტანჯვა.

ექსპრესიულ არტთერაპიაში თერაპევტის როლი განისაზღვრება, როგორც შემოქმედებითობის წამხალისებლის. ამავდროულად, თერაპევტი თავს არ ახვევს თავის იდეას, წესს პაციენტს, არამედ საშუალებას აძლევს, ყოველმა ადამიანმა საკუთარი თავი გამოავლინოს

თერაპევტის ჭარბი ზემოქმედების გარეშე. თერაპევტის მხრიდან ჩარევა ძალიან ფაქიზია და ის მხოლოდ და მხოლოდ ურჩევს პაციენტს ფორმებსა და საშუალებებს, როგორც მედიკამენტებს, რომლებიც კონკრეტულ შემთხვევაში შეიძლება დაინიშნოს ან პირიქით, არ იყოს რეკომენდირებული სავარაუდო გვერდითი ეფექტების გამო. მაგალითად აუტიზმთან მუშაობისას სითხეების გამოყენება შეუსაბამოდ ჩაითვლება, რადგან მათ შეუძლიათ გათხევადების შფოთვის სტიმულირება, რომელიც დაკავშირებულია ამ პათოლოგიასთან; შეუსაბამო იქნებოდა დრამის გამოყენება შიზოფრენიულ ან მოსაზღვრე აშლილობების მქონე პაციენტებთან, რადგან ეს ასტიმულირებს დეპერსონალიზაციას; მეორეს მხრივ, მათთვის კარგი იქნებოდა ხატვის შეთავაზება, რადგან ფსიქოზური დიაგნოზებისას ხატვა ემოციების და ფანტაზიის გამოსავლენად საუკეთესო საშუალებაა.

ექსპრესიული არტთერაპია ჰუსერლის ფენომენოლოგიურ საფუძველს ეყრდნობა და ავითარებს თავის თეორიაში. ფენომენოლოგიური დამოკიდებულება პაციენტისა და თერაპევტის ურთიერთობაში და ნამუშევრის ინტერპრეტაციისას გულისხმობს ესთეტიკურ ანალიზს და ადამიანის ინდივიდუალური გამოცდილების, მისი მიმართების, განზრახვის (ჰუსერლის ტერმინით ინტენციონალობის) აღიარებას. ექსპრესიული არტთერაპიის სკოლის ფენომენოლოგიური მიდგომა პრაქტიკაში ჰაიდეგერის მოსაზრებებს ეყრდნობა და გულისხმობს ყოფიერებაში ჩართულობას, იმ ცოდნას, იმ გამოცდილებას რასაც ჰაიდეგერი არქმევს "ცოდნა არის ყოფიერების ფორმა". (ჰაიდეგერი, 2019)

თუკი თავს ვარიდებთ ყოველგვარ კლასიფიკაციას, მეტ მნიშვნელობას ვანიჭებთ ფორმას, ზედაპირს და ჭარბად არ ვეძიებთ მის შინაარსს, როგორი შეიძლება იყოს ესთეტიკური ანალიზი? როგორ შეიძლება აღწეროთ ნამუშევრები? პაოლო კნილის პასუხი ასეთია: „მხატვრული პროდუქტი შეიძლება შეფასდეს სხვადასხვა გზით: „ის შეიძლება ჩაითვალოს „გზაში მყოფად“. მისი მიყოლა შესაძლებელია იმ კონკრეტული გზით, რომ ის უნიკალურია თავისი ხასიათით და აქვს ცნობადი სტილი. შეიცავს სიურპრიზებს, რომლებიც მიეკუთვნება ნაწარმოების სენსორულ ლოგიკას“ (კნილი, 2017)

როგორც პოიესისის განმარტებისას ს. კ. ლევინი ამბობს, სილამაზე არის ფორმის გონივრული გამოვლინება, რომლის აღქმა მხოლოდ გრძნობითაა შესაძლებელი. შესაბამისად „ხელოვნების ნაწარმოები“ თავად დემონსტრირებს საკუთარ თავს. - თავად გამოსახულებაშია არსი. ლევინი (2020) სილამაზის სუნთქვისშემკვრელ გამოცდილებას აკისრებს მკურნალ თვისებას, რაც მოგვაგონებს ფ. დოსტოევსკის ცნობილ ფრაზას რომანიდან „იდიოტი“ - „სილამაზე იხსნის მსოფლიოს“. მართალია, ამ ფრაზის მიღმა დოსტოევსკი ქრისტეს გულისხმობს, როგორც ერთადერთ სრულყოფილად მშვენიერ სახეს, მაგრამ დოსტოევსკის სიტყვების პარაფრაზირება ასეთი შეიძლება იყოს - „ღმერთი სილამაზეა“.

თუ ფენომენოლოგიური მიდგომა უბრალოდ პროცესის თანხლებას, შემოთავაზებულის აღქმას, ინდივიდუალური ინტერპრეტაციის მიღებასა და ესთეტიკურ უკუკავშირს ისახავს მიზნად და არ ეძებს უფრო ღრმა, „გამოგონილ შინაარსებს“, რა არის მისი დაპირება პაციენტისთვის, რით შეგვიძლია დაუუსაბუთოთ მას, რამდენად სასარგებლოა ამ თერაპიაში მისი ჩართულობა. თავად ჰაიდეგერი ამბობს, რომ ფენომენოლოგია არ გამოდგება იმგვარი კვლევებისა და დადასტურებებისთვის, რომელიც ადგენს, რამდენად სარგებლიანი შეიძლება იყოს მარლის აბაზანები, ან ველოსიპედით სეირნობა, მაგრამ რატემაუნდა, ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ მას არანაირი პრაქტიკული ღირებულება არ გააჩნია. ფენომენოლოგიური თვალსაზრისით, თავად ნაწარმოების შექმნის აქტშია თავისთავად საკმარისია ცოდნა, რომელიც შეიძლება გვეკუთვნოდეს და პატივისცემით უნდა მოვეპყრათ მას.

პროცესის საილუსტრაციოდ მინდა მოვიტანო ჩემი პრაქტიკიდან ერთერთი ჩემთვის ყველაზე ესთეტიკური დიალოგი, რომელიც ნამუშევრის პრეზენტაციისას გაიმართა. პაციენტმა, რომელმაც ზღვა და ზღვაში წითელი ტივტივა დახატა, ვერ შეძლო სიტყვიერად აღწერა ნახატი. იმისათვის, რომ გაეცოცხლებინა, აემეტყველებინა თავისი სურათი, სიმბოლური დიალოგით ვეცადე მის პროვოცირებას. მე მას მივმართე, როგორც ტივტივას:

- ალბათ საიმედოდ ხარ დამაგრებული, შტორმი ვერ მოგგლეჯს.
- კი.

- ესეიგი მშვიდად ხარ, - დავაზუსტე.
- არა, არ მომწონს დაბმული რომ ვარ და მარტოდმარტო, - მითხრა.
- ყოველთვის მარტო? ადამიანები არ ისვენებენ, არ ჩამოგეყრდნობიან ხოლმე? - ვკითხე.
- კი, ცოტა ხნით და ისევ მიდიან.
- ამის შემდეგ მე მას მივმართე, როგორც ზღვას:
- მოგწონს ეს ლამაზი, წითელი ტივტივა? „ზღვამ“ მიპასუხა - არა! მინდა მოვგლიჯო...
- მასზე ადამიანები ისვენებენ ხოლმე - ვთქვი მე.
- არ მჭირდება მონიშვნა, მინდა იცოდეს ყველამ, რომ ამის იქითაც სანდო ვარ.

მისი ყოველი სიტყვა პოეტურია. მისი მთავარი სათქმელი თავისთავად იმდენად ღრმად და ფაქიზი, მიღმიერი შინაარსების დამატებით „ტივრთს“ არ საჭიროებს. ვინიკოტის (2005) პარაფრაზირებას რომ შევეცადო, ყველა დამალულს სურს ნაპოვნი იყოს, დამალობანას აზრი ისაა, რომ დამალული იპოვო, არ დარჩეს ის ბნელ კუთხეში მიმალულ ბავშვად, რომელსაც არავინ ეძებს, მაგრამ მეორე მხრივ, დამალობანა არ გულისხმობს „ყველაფრის პოვნას“. ამ დიალოგში სწორედ „დამალული სათქმელი“ გვაპოვინა ნამუშევარმა და მართალია, შეგვიპატიჟა ტივტივათი მონიშნულზე უფრო ღრმა წყალში, მაგრამ ჩვენი „ცურვა“ ამით დასრულდა.

დორის ტიტცე ნაშრომში „ხელოვნების პოტენცია“ წერს: „ყოველ გემტალტში ბუდობს შეტყობინების სურვილი. ის დამოუკიდებელი პროდუქტია, რომელიც საკუთარი ცხოვრებით ცხოვრობს, საკუთარი გამოსხივების ძალითა და ამბიციებით მოქმედებს თერაპევტსა და პაციენტს შორის არსებული ურთიერთობის ველში.“ (ტიტცე, 20018; გვ.29)

ერთი მხრივ, ნიშანი, რომელიც პაციენტმა მოგვცა, უნდა დავინახოთ, მეორე მხრივ კი ადამიანები არ უნდა შევაწუხოთ, როცა იმალებიან, რადგან დამალვის ადგილი ინტროვერსიის ადგილია და როგორც იუნგი ამბობს, დაბადება მთლიანად ინტროვერსიული გამოცდილებაა. უნდა დაველოდოთ „ნაყოფს“, ჩამოყალიბდეს თავის დაცულ ტერიტორიაზე და დაკვამყოფილდეთ იმით, რამდენზეც შეგვაჭყიტეს თავიანთი ფიქრის სიღრმეში. ვიყო მოსმენილი, ვიყო გაგებულნი, არ ნიშნავს ვიყო გაჩხრეკილი.

"საიდუმლო ადგილი არის ადგილი, სადაც ბავშვი შორდება სხვებს. ლანგეველდი სენსიტიურად აღწერს, თუ როგორია ბავშვისთვის მშვიდად ჯდომა ამ ადგილას, სადაც ზრდასრული ყურადღებას არ აქცევს. ეს განსაკუთრებული სივრცის გამოცდილება არ მოიცავს ბავშვის ისეთ აქტივობებს, როგორცაა დამალვა და ძებნა, სხვების თვალთვალი, რაიმე აკრძალულის კეთება ან სათამაშოებით თამაში, არამედ ჩვენ ვხედავთ, რომ ბავშვი იქ ზის და შესაძლოა ოცნებებში ჩაფლული სივრცეს მიმტერებია. რა ხდება აქ? როგორც ლანგეველდი აღწერს, ეს კოსმოსური გამოცდილებაა, როგორც ზრდის ადგილი.“ (ვან მანენი, 2007; გვ.12)

ზრდასრულობაში „დამალვის ადგილი“ უპირველესად ფსიქიკური ფენომენია - უსაფრთხო ტერიტორიის შემოსაზღვრა, სადაც საკუთარ ფიქრებთან დაახლოება შესაძლებელია.

ეს თემა თერაპიის პროცესში ერთერთი საკვანძოა, რადგან პრაქტიკაში უპირველესად ამ დისტანციისა და მიახლოებების მიმართ ინტუიციის გამომუშავება არის მნიშვნელოვანი. ეს პროცესი შეგვიძლია გეკვას შევადაროთ, როგორ გამოიცეკვებ ადამიანს და შემდეგ როგორ დაიცავ მანძილს ნაბიჯებს შორის, რომ არც ფეხზე დააბიჯო, არც მკლავი ატკინო, არც ინტიმურ სივრცეში შეიჭრა და არც იმდენად შორს იყო, რომ კონტაქტი გაწყდეს. შესაძლოა, ამ დისტანციის აღსაწერად გამოდგეს შოპენჰაუერის ცნობილი „ზღარბის დილემა“ - მიახლოება სასიცოცხლო სიბნელის მოპოვების ნაცვლად ტრავმის, ჩხვლეტის მიზეზი რომ არ გახდეს.

პაოლო კნილი აყალიბებს ფსიქოლოგიურ თეორიებს, რომლებიც უშუალოდ პრაქტიკიდანაა ამოზრდილი და თერაპიის პროცესსა და შედეგზე ორიენტირებული და ამითაა შეუფასებელი, რადგან ზოგჯერ თეორიები, რომლებიც არსში ღრმა წვდომით გვხიბლავს, ბუნდოვანია, როგორ შეიძლება იქცეს ქმედით ინსტრუმენტად. კნილის მიდგომა კი სრულყოფილად შეიძლება გამოიყენო პრაქტიკაში.

კნილის კრისტალიზაციის თეორია ეფუძნება ფენომენოლოგიურ წინაპირობას, რომ ექპრესიულ არტთერაპიაში მნიშვნელობა ექსკლუზიურად ესთეტიკური მასალისაგან

წარმოიშვება, რომელიც აკავშირებს თერაპევტსა და პაციენტს. მშვენიერება, როგორც კავშირი ადამიანებს შორის, ბიძგს აძლევს წარმოსახვას და პოიესისს.

1990 წელს კნილმა მეცნიერულ დისკურსში შემოიტანა ცნება „გამოუთქმელი მესამე“, რითაც აღწერა მომენტი, როდესაც რაღაც ახალი, გაუთვალისწინებელი, მოულოდნელი ჩნდება თერაპიული შეხვედრების შედეგად. „მესამე“ იდეალური მონაწილეა მხარეთა „შესარიგებლად“, როგორც ხიდი ცნობიერსა და არაცნობიერს, ამავდროულად საკუთარ თავსა და სხვებს შორის. ყოველი შენი შემოქმედება შენ ხარ და არ ხარ ამავდროულად. „მესამეს“ თავისი დამოუკიდებელი ცხოვრება აქვს. ჯერ შენ ქმნი მას, შემდეგ ის გქმნის შენ და ამგვარად იბადება, ფართოვდება ახალი ფორმები, მოტივები შენს შიგნით და შემდეგ გარესამყაროსთან ურთიერთობაში. ახალშობილ მესამეს თავისი ავტონომიურობა გააჩნია და ჭარბ ცნობისმოყვარეობას, ან მის „მშობელთან“ ჭარბ გაზავებას უხეშობად აღიქვამს. ის, რასაც იგი თავის თავში იტევს, საკმარისია მისი ღირსეულად დაფასებისთვის. მესამეს გაჩენა ნიშნავს იმ გადაკვეთის წერტილს, რომელსაც ფაქიზად უნდა მოვეკიდოთ. ექსპრესიული არტთერაპიის ფენომენოლოგიური მიდგომა არ ითვალისწინებს „გამოცნობანას“:

„ჩვენ ყოველთვის ზედაპირზე ვრჩებით უკუკავშირის მიცემისას, კონკრეტულად ვამბობთ იმას, რასაც დავაკვირდით და არ ვანაწევრებთ მას, ან არ ვაკეთებთ ინტერპრეტაციებს იმის შესახებ, თუ რა შეიძლება იყოს მის უკან. ჩვენ ვგულისხმობთ, რომ ვისგანაც მოემართება, მან ზუსტად იცის რაზე ვსაუბრობთ. (კნილი, 2017; გვ. 211)

გარდა იმისა, რომ რაც მოცემულ „ნიშანს“ მიღმა „დაგვიმაღეს“, იმის იქით საზღვრის გადაკვეთა „აკრძალულია“, ამავდროულად, თუ ზედმეტად გამოვიძიებთ, უხერხულობაც შეიძლება განვაცდევინოთ ადამიანს, თავის შესაძლებლობაში დავაეჭვოთ, თითქოს ის საკუთარივე შექმნილის არსში თავად ვერ ერკვეოდეს. შემოქმედება, როგორც სიზმარი ქვეცნობიერი პროცესიდან სიმბოლოების სახით გამოცანებად გვევლინება. შესაძლოა, გამოკითხვისას დიდი სურვილი ჰქონდეს პაციენტს, მეტი ილაპარაკოს საკუთარ ნამუშევარზე, მაგრამ გულწრფელად არ ჰქონდეს წვდომა იმაზე მეტ შინაარსზე, ვიდრე თერაპიის პროცესში შეეძლო მოეხელთებინა.

კნილის „მესამეს“ ცნებას უყოყმანოდ გამოუჩნდნენ მიმდევრები, რადგან პრაქტიკაში თუ თეორიაში ის მართლაც უნაკლო ინსტრუმენტი: „რესურსებზე, ქმედებაზე, განცდასა და ურთიერთობაზე ორიენტირება, როგორც შემოქმედებითი თერაპიების ყველა ფორმის მრავალგზის დოკუმენტირებული „უპირატესობები“ შესაბამის შემოქმედებით მედიუმში - როგორც „მესამეში“ - იძენს მკაფიო გამოხატულებას.“ (მეხლერ-შიონახი, 2018; გვ. 62)

თერაპიულ ურთიერთობაში „მესამე“ გარკვეულწილად პაციენტისა და თერაპევტის საერთო „შვილია“, მაგრამ არც ეს ანიჭებს რომელიმე „მშობელს“ და მითუმეტეს თერაპევტს, არც უფლებას და არც შესაძლებლობას, ბოლომდე დაისაკუთროს და ამოხსნას „შვილის“ საიდუმლო.

პაოლო კნილმა განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიანიჭა და განავითარა ჯგუფური თერაპიები. ჯგუფურ თერაპიას ის „საზოგადოების ხელოვნებას“ უწოდებდა. ჯგუფურ თერაპიებში, რომელთაც მრავალი ბენეფიტი მოაქვთ, ერთერთია სალუტოგენეზის, იგივე თანმიმდევრულობის განცდის ჩამოყალიბება. ტერმინი სალუტოგენეზი დაამკვიდრა აარონ ანტონოვსკიმ. მისი გზა პათოგენეზიდან სალუტოგენეზამდე განაპირობა გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ ადამიანებთან მუშაობისას გაჩენილმა მისმა ინტერესმა, თუ რა ფსიქო-სოციალური ფაქტორები უშლის ხელს, ან პირიქით, განაპირობებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. (მიტელმარკი, ბაუერი; 2016)

კნილის მეთოდისა, დაფუძნებული მოქმედების განმეორებით და განვითარებად პატერნებზე, სალუტოგენეზის გაძლიერებას ემსახურება. თანმიმდევრულობის თვისება გარემო პირობების მიმართ თვითრწმენის ამაღლებას განაპირობებს. ადამიანი უმწეოდ თავს არ გრძნობს, როცა აქვს უნარი გათვალისწინოს თავისი მოქმედებები, როგორც მის გამოცდილებაში მყოფი სქემები. კნილს სწამდა, რომ თამაშისა და ხელოვნების გზა აძლიერებს თანმიმდევრულობის და გამძლეობის უნარს. ფსიქიკური დაავადების დროს ჩვენი ფიზიკური თუ ემოციური რეგრესი თავს უმწეოდ გვაგრძნობინებს. ამ დროს ბავშვობის გამოცდილებასთან

ზრდასრული სტრატეგიებით დაბრუნება საუკეთესო გზაა, თავიდან დავისწავლოთ ყოველი გარე გამოწვევის მიმართ ბუნებრივი პასუხები, რასაც ბავშვობაში თამაში, როგორც ზრდასრული ცხოვრების რეპეტიცია გვიყალიბებს. ჩვენ თამაშით შეგვიძლია მოვამთავროთ შინაარსები, რომლებიც ჩვენში ცირკულირებენ და ქაოსს იწვევენ.

„გასული საუკუნის ბოლოს ჭარბობდა სისტემებზე ორიენტირებული მიდგომა, რომელიც შეიცვალა რესურსებზე და გადაწყვეტაზე ორიენტირებული მეთოდით. ეს მიდგომა ხელს უწყობს როგორც რესურსების გააქტიურებას, ასევე მდგრადობის ასპექტებს. ამიტომ მათ გააძლიერეს სისტემის დაძლევის მექანიზმები, რომლებიც აუცილებელია მისი შესასრულებლად“. (კნილი, 2017)

კნილი თვლის, რომ თამაშის მახასიათებლები ახლოსაა პრობლემურ კონფლიქტურ პოზიციებთან, რომელთაც აქვთ გადაწყვეტილების პროგნოზირებადი სტრატეგია. თუმცა, კონფლიქტების ირგვლივ რთული სიტუაციების კომპლექსური მახასიათებლები მოითხოვს ინოვაციურ სტრატეგიებს, ვიდრე „თამაშის მოგებას“. თამაში ცხოვრებისთვის მზადებაა და ის სინამდვილის მარტივი ასახვაა, რომელიც გაძლევს თავისუფლებას, მაგრამ მასაც აქვს წესები და არა მხოლოდ წესები, როგორც კნილი ამბობს, არტთერაპიის ტერიტორია ალტერნატიული სამყაროა, მაგრამ ის მაინც რეალობის ნაწილია, თავისი ჩარჩოთი და შეზღუდვებით:

„ხელოვნება ქმნის წარმოსახვით სივრცეს, რომელიც განსხვავდება ყოველდღიური რეალობისგან - სიტუაციური შეზღუდვებისა და ხისტი რუტინისგან - სამყაროს ჩვეული გამოცდილებისგან. თუმცა, შემოქმედება მაინც იგივე სამყაროს ნაწილია; ჩვენ განსხვავებას ვსაზღვრავთ ტერმინით - სამყაროს ალტერნატიული გამოცდილება. მიუხედავად იმისა, რომ ამ გამოცდილებას ასევე აქვს შეზღუდვები (დაწესებული მხატვრული ჩარჩოებით, მასალის შეზღუდვით და ხელოვნების დისციპლინის სტრუქტურებით), ეს გამოწვევები მოქმედებს როგორც ღიობები, რათა გაზარდოს თამაშის დიაპაზონი ჩვეულებრივის მიღმა, თუნდაც „ფანტაზიის მიღმა“. (კნილი, 2017).

არტთერაპიის ადგილის ორი პირობა - შეუზღუდავი ფანტაზია და შეზღუდული რესურსები, დამატებითი პოტენციალია, რადგან „უსაშველო სიტუაციაში“ სწორედ რომ მწირი რესურსი გვაქვს, რომელზე დაყრდნობითაც უნდა დავაღწიოთ თავი პრობლემას. პრობლემის გადაჭრისას მთავარია ფორმირდეს იდეა და შემდეგ ყველაფერშია შესაძლებელი მთელი სამყაროს აღმოჩენა, ძალიან შეზღუდულ რესურსებშიც კი. ნებისმიერ მასალას შეუძლია ის ფორმა მიიღოს, რომელიც ფსიქიკამ დააპროექტა, ნებისმიერი თამაშის დატევა შეიძლება მცირე სივრცეშიც და ბოლოს და ბოლოს, მოთამაშე გონება ცხოვრების გამოწვევებსაც ცოცხალი ინტერესით მიიღებს. როგორც ვინიკოტი ამბობს: “თამაშში და მხოლოდ თამაშში შეუძლია ინდივიდუალურ ბავშვს ან ზრდასრულს იყოს შემოქმედებითი და გამოიყენოს მთელი შესაძლებლობა. მხოლოდ შემოქმედებითობაში აღმოაჩენს ინდივიდი საკუთარ თავს. ჩვენ ნამდვილად ღარიბები ვყოფილვართ, თუ მხოლოდ საღი ჭკუაა ჩვენი დასაყრდენი.” (ვინიკოტი, 1989; გვ.54)

თამაშის თერაპიის შესახებ მსჯელობისას, უნდა აღინიშნოს რიტუალის როლიც, რომელსაც ექსპრესიული არტთერაპია მნიშვნელოვნად მიიჩნევს. რიტუალით ადამიანი კავშირს აბამს გარე და შინაგან საფრთხეებთან გამკლავების პირველყოფილი ხალხების გამოცდილებებთან, საიდანაც დაიბადა ხელოვნება.

რიტუალი არა მხოლოდ ჯანსაღად ფუნქციური საზოგადოებების და ინდივიდების ცხოვრების ყოველდღიურობაა, მის გამძაფრებულ ფორმას შეგვიძლია დავაკვირდეთ OCD პაციენტებს შორის, როგორც ინსტინქტურად მიგნებულ თვითმკურნალობის ხერხს.

პაოლო კნილის მოდალობის კონცეფცია, ექსპრესიული არტთერაპიის სპეციფიკური ფენომენოლოგიური კონცეფციაა. კნილის აღწერილი ხუთი მოდალობა არის - გამოსახულება, ხმა, მოქმედება, სიტყვა და მოძრაობა. მოდალობა წარმოსახვის სენსორული ასპექტებია, მეორენაირად - იმ განზომილების მოდალობებია, რომელშიც წარმოსახვა ვითარდება. მოდალობები სენსორული შესაძლებლობებია, რომლითაც შეგვიძლია განიცადო ხელოვნება და თანაც არა ერთი, არამედ რამდენიმე მოდალობით ერთდროულად; მაგალითად ნახატი მოისმინო ხმით, რომელსაც ფუნჯი გამოსცემს, მუსიკა დაინახო მუსიკოსების ჟესტებით და

მოდრაობებით და ა.შ. ვერცერთი ხელოვნება ვერ იარსებებს პირველადი ან დომინანტური მოდალობის გარეშე. კნილი ამით ხაზს უსვამს ეგზისტენციალურ და მხატვრულ მოვლენასთან ნებისმიერი კონტაქტის ფენომენოლოგიურ განზომილებას.

ჟაკ სტიტელმანი, რომელმაც კნილის მოდალობებს ორი - გემო და სუნი დაუმატა, ამბობს, რომ მხატვრული ნაწარმოების შექმნას სჭირდება შინაგანი სამყარო (მოდალობა), რომელიც სენსორული გამოცდილებებით ყალიბდება და მასალა (მედილობა) - გარეგანი ძალა, რის საშუალებითაც ავითარებს ადამიანი შემოქმედებას. მოდალობა ფენომენოლოგიური ცოდნაა. პაციენტი მოდალობების გაერთიანებით მიიწევს წინ თავისი განზრახვის შესასრულებლად და ეს მიზანმიმართულება შეგვიძლია განვიხილოთ იმად, რასაც ჰუსერლი გულისხმობს თავის ფენომენოლოგიური თეორიის ტერმინში - ინტენციალობა.

სტიტელმანი მიიჩნევს, რომ სუნსა და გემოს დიდი პოტენციალი აქვთ თერაპიაში. იგი გულისხმობს, მაგალითად, ზეთის საღებავის ან სხვა მასალების სუნს, რომლითაც შეგვიძლია აღიქვა ნახატი. როგორც სტიტელმანი აღნიშნავს, ყველა მოდალობას აქვს თავისი განსაკუთრებული ლექსიკა და გრამატიკა. (სტიტელმანი, 2012)

სტიტელმანი ექსპრესიული არტთერაპიის თეორიის ერთგვარ წინააღმდეგობასაც აღნიშნავს - პაოლო კნილს თავისი ფენომენოლოგიური თეორიით თითქოს სურდა ფსიქოლოგიისთვის ერთგვარად, კლანჭებიდან გამოეტაცა ხელოვნება და იმის მიღმა აღარ განეხილა ის ფსიქოლოგიური გამოცდილებები, რაც პაციენტს შემოქმედებით მოქმედებამდე ჰქონდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ზოგჯერ კნილი თავადვე ბევრად მეტ მნიშვნელობას ანიჭებდა ქორეოგრაფიას თუ სხვა მხატვრულ აქტივობებს, ვიდრე თავად მონაწილეები. (სტიტელმანი, 2012)

ჩემი აზრით, ამგვარი წინააღმდეგობა, გარდაუვალია, როცა პრაქტიკოსი არტთერაპევტის პოზიციიდან მეცნიერებაში გიწევს გადანაცვლება. სანამ ჩამოაყალიბებ თეორიას, რომ ზედმეტად არ იკვლიო ნამუშევარი, მანამდე ზედმეტად უნდა იკვლიო თერაპიის პროცესი თუ ნამუშევარი, რომ მიხვდე, რატომ არ უნდა იკვლიო ის ზედმეტად. ფიქსირებული ამქვეყნად არაფერია, ყველაფერი დენადი და მოძრავია, თუმცა ფსიქიკური დიაგნოზების შემთხვევაში, სანამ პოიესისი დინებას დაიწყებს, არსებობს ფიქსირებული მდგომარეობები, როგორც ერთ წერტილში მყარად გაჭედვა და თუ ამ გაჭედვის ადგილს საერთოდ არ გავიცნობთ, მისი დამკვრის იარაღის შერჩევა შეიძლება ვერ შევძლოთ. ამავდროულად, თამაშებში თუ რიტუალებში მოცემული განმეორებითობები, ნიშნს გვამღევეს, რომ მიუხედავად გარეგნულად ცვალებადი მოვლენებისა, ისინი არსობრივად ამ წამს არ დაბადებულან. ახალი ფორმები, რომელთა დასწავლასაც განმეორებით ვცდილობთ, თავისი არსით უკვე არიან წარსული გამოცდილების განმეორებითი მოქმედების ახალი ფორმით ჩამნაცვლებლები.

პაოლი კნილი აღნიშნავს, რომ მის მიერ დანერგილ ფენომენოლოგიურ მიდგომაში არც მასალა და თავად ნაწარმოების მაღალმხატვრული ღირებულება არ არის გადამწყვეტი. აქ მთავარი როლი ადამიანების შეხვედრას, გამოთქმის პროცესს ენიჭება და ყოველი შექმნილი ფორმა ფსიქოლოგიურ გამოცდილებას გამოხატავს. აქ პაოლო ერთგვარად ეწინააღმდეგება პოიესისის, როგორც განცდათა და გამოცდილებათა ესთეტიკური ფორმირების მნიშვნელობის თავისივე იდეას და მეტად აღიარებს ექსპრესიულ არტთერაპიაში ფსიქოლოგიის ნაწილს, ვიდრე ესთეტიკისას.

ფენომენოლოგიურ მიდგომაზე დაყრდნობით, პროცესის ძალას ვირწმუნებთ, მაგრამ რას ეფუძნება თავად პროცესი უფრო მეტად? თერაპიას თუ ხელოვნებას - რომელია წამალი და რომელი წყლიანი ჭიქა, რომელშიც წამალი გავხსენით?

მიუხედავად იმისა, რომ ექსპრესიული არტთერაპიის ღმერთი სილამაზეა, რათქმუნდა, ექსპრესიული არტთერაპია ხელოვნების გაკვეთილი არ არის.

ექსპრესიული არტთერაპია პროცესში სწორედ რომ ზედმიწევნით ითვალისწინებს დაავადებების კატეგორიებს, არა მხოლოდ ფსიქიკურ დაავადებებს, არამედ სომატურსაც. შეიარაღება კი, რომელსაც ხელოვნების ტერიტორიიდან მოიპოვებს, შეუფასებელია ისეთი ცვლილებების განხორციელებისთვის, როგორსაც სხვა თერაპიული მიდგომები ვერ მისწვდება. მაგალითად, მუტიზმის, პირის, როგორც სამეტყველო აპარატის გამოყენებაზე პაციენტის

მხრიდან უარის თქმისას, რა შეიძლება იყოს უფრო მშვენიერი მიგნება, ვიდრე სასულე ინსტრუმენტის შეთავაზება, რომ ამგვარად დაარღვიოს პაციენტმა დუმილი და გამოსცეს ბგერა, როგორც შეტყობინება, რომელიც შეგვიძლია მოვისმინოთ მისგან. სმენადაქვეითებულ ადამიანს დავანახოთ მუსიკა, უსინათლოს გავაგონოთ ნახატი და ა.შ.

მძიმე ფსიქიკური მდგომარეობების მქონე პირთათვის არცერთ სხვა თერაპიულ მიდგომას არ შეუძლია აგრძნობინოს ადამიანს თავი ფუნქციურად იმაზე მეტად, ვიდრე ექსპრესიულ არტთერაპიას, რომელიც არის გრძნობებისთვის მიცემული ხმა, გამოხატოს საკუთარი თავი და ტრანსფორმირდეს საკუთარივე თავზე დაყრდნობით. ყველაფერი, რასაც ვქმნით - გვქმნის. ქართულად პროდუქტიულობის განმსაზღვრელი სიტყვა პირდაპირ თარგმანში არის „ნაყოფიერება“, რაც ნიშნავს რაიმეს მიღწევას, რაიმესთვის სრულყოფილი ფორმის მიცემას.

ერთი შეხედვით, მოჩანს, თითქოს ფენომენოლოგიური მიდგომა ერთგვარად ურისკოა, რომელიც სამეცნიერო შეცდომისგან თერაპევტს მაქსიმალურად იცავს. რაც არ გითქვამს, იმაზე ვერავინ მოგედავება. თუმცა რაც არ გითქვამს, რის აღწერაც ვერ მოახერხე, მეცნიერებად ვერ ჩაითვლება. მეორე მხრივ, ის, რაც ექსპრესიული არტთერაპიის მთავარი ღირსებაა, შეუზღუდაობა, წარმოსახვითი სამყაროს ფარგლებში უსაზღვრო მოგზაურობა, მეცნიერებად ქცევისას სირთულეს ქმნის, რადგან მოსახელთებელი, ფიქსირებული კონსტრუქციის დანაკლისია. არტთერაპია არ არის მიდრეკილი სტანდარტიზაციისკენ, ის მიდრეკილია ინდივიდუალობისკენ. მაშინ როგორ აღვწერთ ასეულ ათასობით ინდივიდუალობის წარმატებული შემთხვევა ისე, რომ თითოეულ შემთხვევაზე ცალკე წიგნი არ დაიწეროს?

ამაზე ჩემი პასუხია, რომ შვიდი ნოტისგან იქმნება მილიონობით მელოდია, მაგრამ ნოტი შვიდია და განსაზღვრული, როგორც კნილის მოდალობები. შესაძლოა ნოტები გარდაიქმნებოდეს და განიცდებოდეს სხვადასხვაგვარ მელოდიებად, მაგრამ სიმღერა სიყვარულზეა, სიკვდილზე, სევდაზე, ტკივილზე. ამდენად, უცნობი წამი, რომელიც მოიხელთე, რომელიც გადმოიცა ნამუშევარში, სინამდვილეში თავისთავად გულისხმობს საფუძველში ნაცნობს. ამ ნაცნობ ნოტებს, რომელიც გრძნობების სახით არსებობს ჩვენში, სხეულებრივად განვიცდით და სხეულის ენაზეც შეგვიძლია წავიკითხოთ პასუხები, რაც ფენომენოლოგიური მიდგომის დაკვირვების ერთერთი საგანია და მიუხედავად ფორმათა მრავალფეროვნებისა, საფუძველში მაინც არსებობს მათემატიკური სიზუსტის მიგნების პოტენციალი.

ფილოსოფია დიდხანს საერთოდ არ თვლიდა სხეულს ყურადღების ღირსად, რამდენადაც ის ქვენა გრძნობების გამოხატულებად ითვლებოდა. დღეს კი თანამედროვე ხელოვნებაში სხეულის ისეთ ობიექტებსაც კი იყენებენ, როგორცაა შარდი, ნერწყვი, თმა, რაც გაცეხას იწვევს, რადგან თითქოს ესთეტიკა თავიდანვე ჩაფიქრებული იყო სხეულისაგან გამიჯნული სინატიფის სახით. ალექსანდერ ბაუმგარტენი, გრძნობათა მეცნიერების *scientia cognitionis sensitivae* ფუძემდებელიც კი, სხეულებრივ უმაღლეს გრძნობებს მხედველობას და სმენას მიაწერდა, რადგან თვლიდა, რომ ეს ორი წარმოსახვის სფეროს განეკუთვნება. კანტის მსგავსად, მისთვისაც, გრძნობათა აღქმა უპირველეს ყოვლისა გონებრივ ოპერაციებთან იყო ასოცირებული (ჩაპლინი, 2005). სხეულისადმი ამგვარი დამოკიდებულება აიხსნება იმით, რომ სილამაზის აღქმა თუ სიამოვნების განცდა, მის გონისმიერ ასახვაზეა დამოკიდებული. სხეულებრივ სიამოვნებას სხვა ცოცხალი არსებებიც განიცდიან, მაგრამ ესთეტიკით გამოწვეული სიამოვნება, სილამაზით მოგვრილი აღფრთოვანება აღმატებული განცდაა, რომელიც მხოლოდ ადამიანს ახასიათებს.

ბოლო პერიოდში ხელოვნების, გრძნობების და სხეულის ურთიერთობის მიმართ ევოლუციურმა ფსიქოლოგიამ და კოგნიტურმა მეცნიერებებმა დამოკიდებულება შეცვალეს. ახლა მეცნიერები ფიქრობენ, რომ არსებობს ამ ფენომენების ბიოლოგიური საფუძველი და ხელოვნება, როგორც პრაქტიკა და გამოცდილება ადამიანის ბუნების აპარატურიდან მომდინარეობს. ამ მოსაზრებებს ფილოსოფოსები და ხელოვნებათმცოდნეები თავიდან უხალისოდ მიჰყვებიან.

ჩაპლინი მიიჩნევს, რომ ხელოვნება არ არის მხოლოდ ადამიანური მოთხოვნილების სიმპტომი, არამედ ის არის ჩვენი გამოცდილების და სამყაროს გაგების ხორცშესხმული, სიმბოლური არტიკულაცია. პირველი ჩარლზ დარვინი იყო, რომელმაც გაამახვილა ყურადღება, რომ ნებისმიერი რასის და კულტურის ადამიანი იღებს სიამოვნებას ცეკვით, მუსიკით, მსახიობობით, ხატვით, ტატუებით და სხვა დეკორაციებით. სხეული ხელჩაკიდებული მიჰყვებოდა ხელოვნების განვითარებას. სხეულის სილამაზის ჩვენება მოსწონთ ცხოველებსაც, იმისათვის რომ მიიზიდონ პარტნიორი. ადამიანები არა მხოლოდ ყველაფერს აკეთებენ, რომ მოსაწონი გახდნენ პარტნიორისთვის, არამედ პეიზაჟების სილამაზეც, ტბები და მდინარეებიც უპირველესად გადარჩენის, უკეთესი პირობების გამო შეარჩიეს, როგორც „მშვენიერი ტერიტორიები“.

მეორე მიდგომა, ე.წ. ბიოპოეტიკა ყურადღებას ამახვილებს ხელოვნების თემების არჩევანზე: ხელოვნება კონკრეტულ, ადამიანის სასიცოცხლო მოტივებს და თემებს ასახავს - დაბადება და სიკვდილი, გარდაცვალების რიტუალები, ქორწინება და სხვა. მესამე მიდგომა ხელოვნების წარმოების პროცესზე დაკვირვებას ეფუძნება და ასკვნის, რომ ხელოვნება ითვალისწინებს შემეცნებით და ფიზიკურ აღმზრდელობით საკითხებს, როგორც ცხოველები სწავლობენ თამაშ-თამაშით ნადირობას და ბრძოლას. ხელოვნების კეთებაში გამომუშავებული უნარები, იქნება ეს ხელების მოხერხებულობა, თუ შემეცნებითი მოწესრიგება, პრობლემების გადაჭრა, უფრო „სერიოზული“ გადარჩენის ქცევების გამომუშავებას უნდა ემსახურებოდეს. ჩაპლინს მაგალითად მოჰყავს, სასწავლო დაწესებულებების მიერ პროგრამაში მუსიკის ჩართვის ამგვარი დასაბუთება, რომ მუსიკა ბავშვში მათემატიკურ უნარებს ავითარებს.

დარვინის მოსაზრებებს არ უარყოფს, თუმცა ბოლომდე არ იზიარებს დისანაიაკე, რომელიც ფიქრობს, რომ გადარჩენის უნარების განვითარებას სპორტული თამაშები და ნაგებობების აშენებაც ეყოფოდა. თავის წიგნში Homo Aestheticus ის ამტკიცებს, რომ ხელოვნებას მაინც აქვს ერთი თვისება, რომელიც გამორჩეულია - ყველა ხელოვნება გულისხმობს რაღაც განსაკუთრებულის შექმნას, რომელიც აღმატებულია და ვერაფერი ჩაანაცვლებს და სწორედ ეს თვისება გამოარჩევს ადამიანს სხვა ცოცხალი არსებებისგან. ადამიანები იმისთვის ქმნიან სილამაზეს, რომ თავიანთი სამყარო ჩვეულებრივზე აღმატებული გახადონ. ხოლო გადარჩენისკენ მიმართული მესიჯი, რომელიც აქვს ხელოვნებას ასევე აღმატებულია - თუ არ მოეპყრობით რწმენას, იდეალებს ყურადღებით, ეს თქვენს გრძელვადიან, საბოლოო დაღუპვას გამოიწვევს.

დისანაიაკე დარწმუნებულია, რომ ხელოვნებას კიდევ უფრო დიდი როლი აქვს სახეობის გადარჩენაში - მაგალითად, ცერემონიები, ცეკვა და სიმღერა, აყალიბებს ჯგუფურ ღირებულებებს და ხელს უწყობს თანამშრომლობას, თანმიმდევრულობას და თავდაჯერებულობას, რაც ზრდის ჯგუფის გადარჩენის შანსებს. ხელოვნებას არა მხოლოდ წვლილი შეაქვს საერთო კუთვნილების განცდაში და საზოგადოების მშენებლობის მნიშვნელოვან ამოცანაში, არამედ ეს მხოლოდ ხელოვნებას შეუძლია.

ლანგერის თეორია ევოლუციურ ბიოლოგიურ პერსპექტივას ეფუძნება. ლანგერი მიიჩნევს, რომ ხელოვნება სხეულებრივი საქმეა. ესთეტიკური ცნობიერება დაკავშირებულია სხეულის სენსორულ აპარატთან - ის განვითარდა ცხოველური გრძნობა-სტიმული-ინსტინქტიდან. ლანგერი თვლის, რომ ინსტინქტური რეაქციიდან აღქმის რეაქციაზე გადასვლა ნიშნის და სიმბოლოს გაჩენის პარალელურად მოხდა. მისი განმარტებით, ნიშნები, ბუნებრივი თუ ხელოვნური, არის მიზეზობრივი ქსელის ნაწილი, რომელშიც ერთი სურათი, მოვლენა ან შესტი იწვევს მეორეს, ასოციაციის ან კონვენციის საშუალებით. ბუნებრივი ნიშნები, როგორცაა ნაიარეები, რომელიც წარსული ჭრილობისგანაა დარჩენილი, კვამლი, რომელიც მიაწინებს ანთებულ ცეცხლზე, ან ღრუბლები, რომლებიც მიაწინებენ მოსალოდნელ წვიმაზე - შემდგარი ფაქტისკენ მიემართება. ხელოვნური ნიშნები - ზარები, ისრები, სასტვენები, ადამიანის მიერ შექმნილი სიგნალებია, რომლებიც მიუთითებენ ბრძანებებზე, გაფრთხილებებზე ან მოვლენებზე. ნიშნები პირობითი რეფლექსის გამოწვევისთვისაა და როგორც წესი, მიზნად ისახავს მოქმედებას. სიმბოლოები, პირიქით, არ საჭიროებს პასუხს ან მოქმედებას. სიმბოლოები წარმოადგენენ საგნების კონცეფციებს. ნიშნებისა და სიგნალებისგან

განსხვავებით, სიმბოლოები თვითმიზანია. როგორც ლანგერი ამბობს, „სიმბოლოები პირდაპირ ნიშნავს ცნებებს და არა საგნებს“.

მიუხედავად იმისა, რომ სიმბოლოს ამგვარი გაგება თითქოს ეწინააღმდეგება ბიოლოგიურ გაგებას, ა.დ. ჩაპლინი აღნიშნავს, რომ მოგვიანებით ლანგერი უკვე ცდილობდა აეხსნა სიმბოლოები, როგორც გონების ევოლუციის პროდუქტი და მის ფესვებს ეძებდა სხეულებრივი გრძნობის გამოცდილებაში. ლანგერის საბოლოო დასკვნით, ნებისმიერი სიმბოლოს ტენდენციის ყველაზე ადრეული გამოვლინება არის უბრალო გრძნობა. გრძნობადი ფენომენები ერწყმის ასოციაციებს, იქნება ეს სიტყვიერი სახელი მის ობიექტთან თუ ვიზუალური გამოხატულება ან ჟესტი. მან შეიმუშავა თეორია, რომ "პროექცია" არის ადამიანური სხეულის სენსორული ცნობიერების "ობიექტიზაცია" გარე ობიექტებზე და ეს, თავის მხრივ, არის "სიმბოლიზაციის" პროტოტიპი: გონებრივი აქტი - პროექტირება. ადამიანები სხეულებრივ გრძნობებს აყალიბებენ იმ ფორმებზე, რომლებსაც ისინი ხვდებიან სამყაროში, რაც შემდეგ იღებს გრძნობების „ობიექტური სურათის“ სახეს. კინესთეტიკური, თერმული, ტაქტუალური, ყველა ხორციელი გრძნობა „იხილება“ იმ ფორმებში, რომლებიც ჩვენს თვალს ხვდება და ასეთ ფორმებს სივრცითი ერთეულების მნიშვნელობას ანიჭებს. ლანგერის მიხედვით, ფიზიკური გამოცდილება შეიძლება გადაეცეს ჩვენს არაფიზიკურს - ხასიათს, განწყობას. ამგვარად ხდება ფიზიკური, გონებრივი და ემოციური, ანუ სხეულისა და ცნობიერების გაერთიანება.

მერლო-პონტიმ განავითარა „სხეულის სუბიექტის“ სამყაროსთან კონტაქტის ახალი გაგება, "აქმის" ცნება. როგორც მან 1945 წელს განმარტა აქმის ფენომენოლოგიაში, აქმა არ არის პოზიციის მიზანმიმართულად დაკავება ან კონკრეტულ აქტში ჩართვა, არამედ ჰოლისტიკური და ინტეგრირებული პრერეფლექტორული გამოცდილებაა. ეს არის ფონი, საიდანაც ყველა აქტი გამოირჩევა და მისგან გამომდინარეობს. მერლო-პონტი თავის თეორიას გემპლატის პრინციპით, ფანტომური კიდურის ფენომენით (ამპუტირებული კიდური პაციენტს ეფხანება, სტკივა, ან განიცდის მის არსებობას. ნ.ფ.) ასაბუთებდა. მერლო-პონტის აზრით, სხეული მაშინაა სრულად ჩვენთან, სანამ გვექნება მის შესახებ წარმოსახვა. აქ დავამატებდი საპირისპირო გამოცდილებასაც, როცა დეპრესიით დაავადებულებს, კოტარდის ბოდვითი სიმპტომებისას ხშირად პირიქით, ეჩვენებათ, რომ ორგანოები აკლიათ, აღარა აქვთ ფილტვები, გული და სხვა, ან საერთოდაც, სხეულს განიცდიან, როგორც გარდაცვლილს. მერლო-პონტის მიზანია აჩვენოს, რომ აქმის ეს „შეცდომები“ არ არის აქმის ანომალიები, არამედ აქმისა და ცნობიერების ჩვეულებრივი მუშაობის გზების გამჟღავნებაა. აქმა არასოდეს არის სტატიკური საქმე, არამედ აქტიური, სხეულებრივი ჩართულობა სამყაროსთან, რომელშიც ჩვენ ვცხოვრობთ. მერლო-პონტისთვის, გონების და ფიზიკურის ეს ერთიანობა ასახულია ხელოვნების ნაწარმოებში. ფენომენოლოგია კი ხელოვნების განმსაზღვრელია, რადგან აღმქმელზეა დამოკიდებული, როგორ აღიბეჭდავს ის, მაგალითად, ერთსა და იმავე ფერს. აქმაც და გამოხატვაც, თავის საფუძველში სხეულებრივი საკითხია. აქედან გამომდინარე ის თვლის, რომ არანაირი იდუმალება არ არსებობს ნახატებში, გარდა იმისა, რაც გამოსახულია.

ჩაპლინი განიხილავს ფულერის მოსაზრებებსაც, რომელმაც გაიზიარა დარვინის შეხედულება, რომ როგორც ცხოველებს, ასევე ადამიანებს აქვთ მშვენიერის თანდაყოლილი და ინსტინქტური გრძნობა და რომ ცხოველებში ეს მნიშვნელოვან როლს თამაშობს შეყვარებულობაში. თუმცა, დარვინისგან და უფრო ლანგერისგან განსხვავებით, მან ხაზგასმით აღნიშნა, რომ მიუხედავად ცხოველებში ამის გარკვეული რუდიმენტული ვერსიებისა ან პროტოფორმებისა, ადამიანებში ამ ესთეტიკურმა პასუხებმა სიმბოლოური ტრანსფორმაციის განსაკუთრებული პროცესი განიცადეს. მაგალითად, გარკვეულმა მოძრაობებმა და პატერნებმა დაკარგა პრაქტიკული ფუნქცია და გადაიზარდა ექსპრესიულ, რიტუალურ ან ცერემონიულ აქტივობებში, რომლებიც მხოლოდ მიაწინებებს მათ თავდაპირველ ფუნქციებზე. რაც შეეხება სტილს, ის მერლო-პონტისთვის არის სამყაროში დასახლების საშუალება.

ჩაპლინი ეთანხმება მერლო-პონტის, რომ შეიძლება ის მართალი იყოს, რომ ხელოვნება პარალელურად უკავშირდება ფენომენოლოგიას და განასახიერებს და აღწევს სამყაროსთან

პირდაპირ და პრიმიტიულ კონტაქტს და როგორც ბიოლოგიურ, ისე ფენომენოლოგიურ თეორიებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანონ ხელოვნების ხორცმესხმული ბუნების უკეთ გაგებაში, მაგრამ ჩაპლინის აზრით, ეს მაინც არ არის საბოლოო გასაღები, რადგან ხელოვნება სიმბოლური პრაქტიკაა; სიმბოლური პრაქტიკა ყოველთვის იწვევს ჰერმენევტიკურ პასუხს. გარდა ამისა, ნახატების დახატვა და სკულპტურების შექმნა სიმბოლური ტრანსფორმაციის კონკრეტულად ესთეტიკური რეჟიმებია; ისინი ემოციურად განცდილი სამყაროს არტიკულაციებია და ემსახურება მეტაფორულ ინტერპრეტაციას და გაგებას.

პაოლო კნილის მიერ შემოტანილი, ექსპრესიული არტთერაპიის ინტერმოდალური გაგება მდგომარეობს იმაში, რომ ყველა ხელოვნება დაკავშირებულია სხეულთან და გრძნობებთან. ექსპრესიული არტთერაპიის ცენტრალური ნაწილი ვინიკოტის (1989) მოსაზრებებს ეფუძნება და მიიჩნევს, რომ წარმოსახვისა და ფანტაზიის უნარი ტრავმული გამოცდილებების გამო როცა ჩიხში შედის, გამოსავალი „თამაშის სივრცეშია“, რომელიც გარდამავალი სივრცის როლს ასრულებს. ალდგენის მექანიზმი ბავშვის თვისებაშია, ტირილის შემდეგ კვლავ ჩაებას თამაშში.

აქ ისევ დავამატებ, როგორ ყალიბდება პაციენტებში თვითგანკურნების ინსტინქტურად მიგნებული მოქმედებები, როგორც OCD შემთხვევაში რიტუალი - ადამიანები ბევრ რამეს აგნებენ ინსტინქტურად, როდესაც უჭირთ, მაგრამ ხშირად ის, რაც სწორად აღმოაჩინეს, სწორი ფორმით არ არის აღმოჩენილი და გამოყენებული - მაგალითად, გეიმბლინგი, აზარტულ თამაშზე დამოკიდებულება ყოველთვის გვევლინება დეპრესიის, ან რომელიმე სხვა ფსიქიკური დაავადების თვითმკურნალობად, მაგრამ თამაშში სწორად არ არის არჩეული, ამიტომ მეორად დიაგნოზს ვიღებთ. ნარკოდამოკიდებულებისას - სწორი გზა - ვიპოვოთ წამალი, რომელიც თავს უკეთ გვაგრძობინებს, „წამლის“ არასწორი არჩევანის გამო მეორე დიაგნოზთან მიგვიყვანს; სწორედ „დანიშნულების“ განსაზღვრის პასუხისმგებლობა ეკისრება არტთერაპიას, რომელიც აკვირდება ადამიანის ბუნებრივ მისწრაფებას, „იპოვოს წამალი“.

პაოლო კნილის მიერ შემოტანილი ტერმინი, რომელიც ერთერთი მთავარი სამოქმედო იარაღია ექსპრესიული არტთერაპიის პრაქტიკაში, არის დეცენტრირება. „საზოგადოების ხელოვნების პარტიტურა უნდა იყოს საზოგადოების გადაყვანა სამყაროს ალტერნატიულ გამოცდილებაში და მოგვიანებით რთული ცხოვრების რეალობაში დაბრუნება. ალტერნატიულ გამოცდილებაში ყოველი „შესვლა-გამოსვლა“ დეცენტრირების ასპექტებია.“ (კნილი, 2005)

ცენტრირება იწვევს ხისტ, მსჯელობას და აზროვნებას, პრობლემურ თემაში გაჭედვას, ხოლო დეცენტრირებით ვაღწევთ თავს კონფლიქტებს და ვხედავთ მოულოდნელ გამოსავალს, ჩიხური სიტუაციების განმუხტვის გზას. დეცენტრირება არის გასაკვირი, არაპროგნოზირებადი, მოულოდნელობის გახსნისკენ მიმავალი მხატვრული გამოცდილება წარმოსახვის ლოგიკის ფარგლებში. დეცენტრირებას ახლავს განმუხტვის ეფექტი, რომელიც შეიძლება შევადაროთ, თუნდაც მოგზაურობას, დარდის ადგილის დატოვებას და გასვლას, შორიდან დანახვას საკუთარი საფიქრალის, რომელიც შორი კადრიდან უფრო სრული კონტურებით აღიქმება.

სტიტელმანი ერთმანეთს ადარებს პაოლო კნილის ორ სხვადასხვა ფოტოს, რომლებზეც კნილი სხვადასხვანაირად გამოყურება და წერს ფრაზას, რომელიც ჩემი აზრით არის ექსპრესიული არტთერაპიის ერთერთი ყველაზე მთავარი პოტენციალი: „თუ რეალობა მრავალმხრივია, მაშინ თითოეულ ადამიანს აქვს თავისუფლება და პასუხისმგებლობა, გააკეთოს არჩევანი, განსაზღვროს თავისი ბედი და ფორმა მისცეს პირად ჭეშმარიტებას. ფოტოგრაფია, ისევე როგორც ხელოვნების სხვა ფორმა, ეჭვქვეშ აყენებს საგნების მიღებულ წესრიგს. ჯერ წონასწორობიდან გაგდებთ. თქვენ იღებთ კითხვებს, რომლებსაც ის სვამს და შემდეგ თხზავთ პასუხებს. თქვენ მთელ თქვენს არსებას აყენებთ კითხვებთან ბრძოლის პროცესში.“ (სტიტელმანი, 2012; გვ.17)

ფორმის ცვალებადობა, მომენტის დენადობა, რაც ახასიათებს ცხოვრებას და მის მრავლობით ილუზიას, შეგვიძლია შევადაროთ სიზმარს. საკუთარი თავის ნახვა სიზმრადყოფნისას არასდროს იწვევს გაკვირვებას, მიუხედავად იმისა, როგორ უჩვეულოდაც არ უნდა გამოვიყურებოდეთ მასში, ან მოულოდნელად ვიცვლიდეთ ფორმას. სიზმრისგან

განსხვავებით, ხელოვნება ჩვენს ხელში იბადება და ფორმის არჩევანის და სხვადასვა ფორმის მოხელთების საშუალებას სიფხიზლეში გვაძლევს.

გზამკვლევი სიმბოლოების სამყაროში

*“რაც ნაჩვენებია, გამოუთქმელია“
ლუდვიგ ვიტგენშტაინი*

თეორიები თავდაპირველად გარშემო უტრიალებდა თავად ხელოვნებას, როგორც ფენომენს. ასევე, მასში ხედავდნენ პოტენციალსაც, რომელსაც წამლის თვისება უნდა ჰქონოდა. მას შემდეგ კი, როცა „წამალი“ კლინიკურ სივრცეში შევიდა, მკვლევარები აკვირდებიან პაციენტისა და თერაპევტის ურთიერთობას, შექმნილ ნაწარმოებს და პაციენტში მომხდარ ცვლილებებს. თანდათან მეტად აქტიურად დადგა საკითხი, აღიწეროს „წამლის“ თვისებები და გაჩნდა შეკითხვა - როგორ?

პარადოქსია, მაგრამ როცა პრაქტიკით ვარ დაკავებული, ბევრად უკეთ „მესმის“ პროცესის და ნამუშევრების, რომელიც ჩემს წინ იქმნება, ვიდრე როცა მეცნიერებას შევუჭიდე და ყველაფრის, რაც გამოვცადე, გამოთქმა განვიზრახე. პაციენტებთან მუშაობის პროცესში ყოველთვის ადვილად ვგრძნობდი, უფრო მნიშვნელოვანს, ვიდრე სიტყვების ჩარჩო მომცემდა გამოთქმის საშუალებას, ვგრძნობდი თერაპიის პროცესში შემდეგი ჩემი „პასუხი“, შეთავაზება რა უნდა ყოფილიყო. მეცნიერებას სჭირდება ალგორითმი, მაშინაც, თუ ის არტზე დაფუძნებული კვლევის ფარგლებში მეტ მოქნილობას და თავისუფლებას გვანიჭებს. ალგორითმი კი რთული მოსახელთებელია, რადგან საქმე ჰიბრიდთან გვაქვს.

„არტთერაპია უამრავ განსხვავებულ ჩარჩოში მოქცევის საშუალებას იძლევა“ (რუბინი 1991, გვ. 329) ეს ენობრივი სურათი ზედმიწევნით ზუსტად აღწერს შეკითხვის არსს, რომელიც არტთერაპიული თეორიის ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით დაისმის, იმის გამო, რომ არტთერაპიის ბევრი რეფერენტული ჩარჩო აქვს. ის ორი დისციპლინის „შეერთების“ შედეგად შექმნილ დისციპლინას წარმოადგენს. ორივე მეცნიერება, რომელთაც ის ეყრდნობა, თავადვე წარმოადგენს განსხვავებული კონცეფციების წარმოდგენელ სიუხვეს, მუდმივად მზარდ და განვრცობად თეორიულ ფონებს და ინტერდისციპლინურად მართულ დისკურსებს“ (მეხლერ-შიონახი, 2018; გვ. 57) .

ფსიქოლოგიისგან დამოუკიდებლად, თავად ხელოვნება სულაც არ იძლევა იმედს, რომ უკონტროლო ძალად არ გადაიქცევა, არც ხელოვანისთვის და არც მიმღებისთვის. ხელოვნების, როგორც „წამლის“ გამოყენებას „დანიშნულება“ სჭირდება, რადგან პროფესიული ხელოვნება პასუხს არ აგებს იმ ზეგავლენაზე, რასაც ადამიანზე ახდენს და ზოგჯერ, მოულოდნელად, პირიქითაც კი, დაზიანება შეუძლია, არტთერაპიის პროცესს კი პაციენტის ფსიქიკურ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებლობაც ეკისრება.

ხელოვნებით ჩვენ მუდმივად ვართ გარემოცულნი. შესაძლოა, სულ არ დავეძებდეთ გალერეებს, მაგრამ რესტორნის კედელზე დაგვხვდეს რომელიმე გენიალური ნამუშევრის პრინტი. ქალაქებიც მოფენილია ქანდაკებებით და მუსიკაც ყველგან გაისმის, ქუჩაშიც, ფილმშიც, საკონცერტო დარბაზშიც და შუქნიშანთან შეჩერებული ავტომობილებიდანაც. ხელოვნება სულ ჩვენთანაა, მაგრამ ჩვენ მაინც ვხდებით ავად, ხოლო ხელოვანებს სრულებით არ ეხებათ ჩვენი ბედი რა მიმართულებას მიიღებს. გოეთეს „ახალგაზრდა ვერთერის ვნებანი“-ს გამოცემისთანავე გერმანელ ახალგაზრდებს სუიციდის ტალღამ გადაუარა. წიგნის აკრძალვაზეც კი მიდგა საქმე. საინტერესო ისაა, რომ ეპოქაში და ენობრივ ქსოვილში გაუცხოებული იგივე წიგნი სულაც აღარ იწვევს ისეთივე ტექტონიკურ ძვრას ადამიანებში, როგორც თავის თანამედროვე მკითხველში მოახდინა. ჯერომ სელინჯერის შესანიშნავი წიგნი „დამჭერი ჭვავის ყანაში“ ინსპირაცია აღმოჩნდა ლენონისა და კენედის მკვლელებისთვის. ბევრი სხვა მაგალითის მოყვანა შეიძლება, როგორ აღძრავს ხელოვნება შთაბეჭდილების მიმღებში ხან საკუთარი თავის და ხან სხვისი, ან თავად ხელოვნების ნიმუშის, სილამაზის განადგურების სურვილს, ვანდალურ აქტებს.

ცალ-ცალკე ორივე დისციპლინას, რომლის ჰიბრიდთანაც გვაქვს საქმე, საზომი ინსტრუმენტების ფუნდამენტი საკმარისი აქვთ. თავად ჰიბრიდთან ურთიერთობისას ჩნდება სირთულეები, რაზე დაყრდნობით მეტად უნდა შეიქმნას შედეგების გაზომვის ინსტრუმენტი, რომელსაც ვალიდურობა ექნება. მაგალითად, შიზოფრენიით დაავადებულს, რომელიც ფრაქციებად გამოსახავს ნახატს, არ ითვალისწინებს სივრცით პერსპექტივას და ხშირ შემთხვევაში ფორმას ვერ ასრულებს, თუ სამგანზომილებიან ნამუშევარს გამოვაძერწინებთ, შეიძლება ეს ჩაითვალოს ფუნქციურობის გაუმჯობესების დასტურად, თუ სიმპტომთა გაზომვის სხვა ინსტრუმენტის ანალიზს უნდა დავაფუძნოთ შედეგების აღწერა.

3. კვხელე (2018) სტატიაში „არტთერაპია და კვლევა - ერთმანეთთან ისე, როგორც ძალი და კატა“, მთავარ მნიშვნელობას ანიჭებს იმას, რომ პრაქტიკოს არტთერაპევტებს საკუთარი შინაგანი ხმა ესმოდათ და ხმამაღლა გამოხატავდნენ დაეჭვებას მათთვის ყველაზე დიდი ავტორიტეტების წინაშე კი. კვხელეს აზრით, მხოლოდ ასე შეიძლება მეცნიერულმა თეორიებმა შეიძინოს სიმტკიცე და ვალიდურობა და ამ აზრის დასამოწმებლად ბოულბის (1982) ციტატა მოჰყავს: „ჩვენ ყველანი იმ ტენდენციით ვხელმძღვანელობთ, რომ საკუთარი ნებით ვექცევით რომელიმე თეორიის წარმატებული გამოყენების შთაბეჭდილების ქვეშ. უპირველეს ყოვლისა, პრაქტიკოსებს ემუქრებათ საფრთხე, რომ ისინი უფრო მეტად მიენდობიან რომელიმე თეორიას, ვიდრე ამის საშუალებას ფაქტები იძლევა.“

მუდმივად განახლებად თეორიებში, თუ როგორ განვიხილოთ არტთერაპიის პროცესში დაბადებული ნაწარმოები, არჩევანის გაკეთება რთულია, რადგან თეორიული ნაგებობა ჯერ კიდევ შენების პროცესშია. თუმცა დღეს, ის „აგურები“, რომელსაც, როგორც ქრისტინე მეხლერ-შიონახი ნაგებობის საშენ მასალად მოიხსენიებს, შეიძლება ითქვას, რომ საკმაოდ დაგროვდა. ვიგოტსკის „დუმილის თეორია“ ის ერთერთი მთავარი ასპექტია, რომელიც ყველაზე მოუხელთებელია სამეცნიერო აღწერისათვის. ვიგოტსკის აზრით - სამყაროს იდეა მარადიულ საიდუმლოს წარმოადგენს და ამდენად ჩვენ შეგვიძლია არა ყველაფრის ახსნა, არამედ განცდა. სამყაროს საიდუმლოს, გამოუთქმელობას ის ადარებს ტრაგედიის გამოუთქმელობას, რომელთა ცნებებზე სრულყოფილად ფორმულირება შეუძლებელია, ის მხოლოდ შეგვიძლია იგრძნო. ვიგოტსკი ნაწარმოების „დუმილში“ ხედავს მის სისავსეს.

მხატვრული ნაწარმოების ამ „მეტყველი დუმილის“ თეორია გვხვდება დორის ტიტცესა და ჰანს ბელტინგთანაც - „ნახატში მყოფობა და არმყოფობა ურღვევადაა ერთმანეთზე გადაჯაჭვული, რაც მას გამოცანად აქცევს. თავის მედიუმში ნახატი მყოფია (სხვაგვარად მას ვერ დავინახავდით) და ამავდროულად პირდაპირ მიემართება იმ არმყოფობას, რომლის სურათ-ხატსაც წარმოადგენს თავადვე.“ (ბელტინგი, 2001)

ბელტინგის მოსაზრება ამგვარად განიმარტება - სურათ-ხატის მიღმა მყოფი შინაარსი ბევრად ყოვლისმომცველია და მეტ ამბავს გულისხმობს, ვიდრე მთელი ამბავი რომ დაწვრილებით მოგესმინა, ან გენახა. დღეს უკრაინაში მიმდინარე ომის სურათები, რომელთაც ყოველდღე ვაძევენთ თვალს, ამის ბევრ მაგალითს იძლევა. სურათი, რომლის ავტორიც ამ „დუმილს“ გრძნობს, აზრის და ენერჯის ეკონომიით მეტ ცოდნას გვაძლევს მოვლენების შესახებ და მეტ გრძნობას გვიჩენს, ვიდრე ვრცელი რეპორტაჟები. ამ ტექსტში ილუსტრაციების ჩართვა, რომელიც საქმეს გააიოლებდა, განზრახული არ მაქვს. ტექსტის ამ მონაკვეთის წერისას თვალწინ ერთი ფოტოსურათი მიდგას, რომელიც ვნახე ინტერნეტში. ვეცდები, აღვწერო: ფოტო უკრაინის ტყეშია გადაღებული. ხეების რიგებს შორის ახალგათხრილი პირდაღებული საფლავებია. უამრავი ცარიელი საფლავი, რომლებიც ომში ახლად დაღუპულ უკრაინელ მეომრებს ელოდებიან. თითოეულ საფლავში ჯვარი დევს. ამდენი ჯვრის შეკვრისთვის მონახეს დრო და ძალა. ეს ზრუნვაა. სიყვარულია. ფოტო, რომელიც აღვწერე, ყველა კულტურის ადამიანისთვის არის გასაგები. გასაგები, ნიშნავს საგრძნობს. იმისათვის, რომ ტრაგედიის მთელი სიმძიმე იგრძნო, არ არის აუცილებელი, ჩანდეს სისხლი, გვამები, ისმოდეს ბომბების ხმა. შეიძლება გაიგო სრული ამბავი და ნაკლები იგრძნო, ვიდრე სურათით, რომელშიც ჩანს ისიც, რაც არ ჩანს: „ნახატი ყოველთვის შეიცავს ნახატში არმყოფი სხვა სურათ-ხატსაც. რაც უფრო ძლიერად მოწმობს ნახატი რაღაცის არმყოფობას, იმდენადვე ძლიერად აქმყოფია თავად.“ (ტიტცე, 2018; გვ.25)

ეს მოგვაგონებს ზევით აღწერილ ფანტომური კიდურის და სხეულის მთლიანობის შესახებ წარმოდგენას, როცა იმასაც ვხედავთ და ვგრძნობთ, რაც სურათში არ არის, ამიტომ არის ასე რთული, აღვწეროთ მეცნიერებაში არტეთრაპიის მიღწევები ისე, რომ კვლევა მხატვრულ ნაწარმოებს არ დაემსგავსოს, რადგან ამოცანა ხშირად ასე დგას - ის უნდა აღვწეროთ, რაც ფიზიკურად ჩანს და ისიც უნდა აღვწეროთ, რაც არ ჩანს. რაც ჩანს, ხშირად ნაკლებს ამტკიცებს, ვიდრე ის, რაც არ ჩანს, მაგრამ რაც არ ჩანს, მისი მტკიცება რთულია. ძველი ქართული ზღაპრების გენიალური დასაწყისის - „იყო და არა იყო რა“-ს მსგავსად - ვცდილობთ მოვყვეთ, რომ - რაც იყო, არ ყოფილა და რაც არ ყოფილა, იყო.

არტეთრაპიაში, მისი თითქმის საუკუნის ისტორიის მანძილზე დამკვიდრდა ნამუშევრების წაკითხვის ფსიქოანალიტიკური, ფორმალისტური, სტრუქტურული და სხვა თეორიები. კვლავ რომ დავუბრუნდეთ ფენომენოლოგიურ მიმართულებას, მისი მიზანი სუბიექტური გამოცდილების შესწავლაა. ტერმინი - ინტენციონალობა, რომელიც დაამკვიდრა ჰუსერლიმ, არის ძველი სქოლასტური ტერმინი, რომელიც თავის დროზე გულისხმობდა ცნობიერების მიმართებას საგანზე. ამ ტერმინმა შეაღწია ანალიტიკურ ლიტერატურაში, როგორც ადამიანის განზრახვის აღწერამ, განახორციელოს ესა თუ ის ენობრივი მოქმედება. თავად ფენომენოლოგიის შინაარსი და მიზნები სხვადასხვანაირად იყო აღქმული ფილოსოფიის ისტორიაში. ჰუსერლი ფენომენოლოგიას მიიჩნევდა "ტრანსცენდენტალურ ყოფიერებაში" ან "უნივერსალურ ონტოლოგიაში" შეღწევის გზად. ჰუსერლი ფაქტს იაზრებდა, როგორც დროში და სივრცეში მიმდინარე ემპირიულ მოცემულობას, რადგან რაც არ ხდება, ის არც განისაზღვრება. ფაქტის გასაანალიზებლად, მას აუცილებელ პირობად მიაჩნდა რომ ნაგულისხმები ყოფილიყო უცვლელობის ნიშანი, როგორც ცვალებადობის პირობა, რასაც იგი ეძახდა არსს. ჰუსერლი ცნობიერებას განსაზღვრავს მისი იდეით: ადამიანად ყოფნა პირველი საფეხურია, მაღალი საფეხური ადამიანად ყოფნის იდეაა, ამის შემდგომი კი ადამიანად ყოფნის იდეის შემცენება.

არტეთრაპიისას შექმნილი ნამუშევრის აღწერისას, რომელი თეორიული მიდგომითაც არ უნდა ვიხელმძღვანელოთ, მაქსიმალურ სიზუსტეს და ობიექტურობას უზრუნველყოფს არა რომელიმე თეორიული სისტემის ბრმად გამოყენება, არამედ პაციენტის სუბიექტური გამოცდილებისა და მის ირგვლივ შექმნილი ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეგრძნება. სტიტელმანი ფენომენოლოგიური მიდგომის ნაკლად თვლის იმას, რომ ფსიქოლოგიური ჩაღრმავების გარეშე შესაძლოა შეუძნეველი დაგვრჩეს ხელოვნების არაცოცხალი აქტი, მაგალითად, როცა ნაწარმოების შექმნა თავდაცვითი ხრიკია პაციენტისათვის და არა ცოცხალ პროცესში ჩაბმა. სტიტელმანის დაშვება, სხვადასხვა თეორიებს შორის „პარტნიორობის“ შესაძლებლობის შესახებ, სრულ თანხმობას იწვევს ჩემში, რადგან ამგვარი ღიაობა შემეცნების საზღვრების გაფართოებას ემსახურება. სხვადასხვა ხედვის შეერთებას აქვს პოტენციალი, მეტი ახალი ცოდნა და გამოცდილება გააჩინოს.

დასკვნა

ხელოვნება არის ფენომენი, რომელსაც პირადი ცოვრებისული გამოცდილებების შემდეგ ადამიანის გრძნობებთან და აზრების ფორმირებასთან ყველაზე ძლიერი წვდომა აქვს.

ფსიქიკური დაავადება უკავშირდება ფუნქციურობის მოშლას და სტრესის გადაუტანლობას. არტეთრაპია, როგორც ორი დისციპლინის სინთეზი, ხელოვნებისა და ფსიქოთერაპიული გამოცდილებების გაერთიანებით ფლობს ორმაგ ძალას, დაეხმაროს პაციენტს ფუნქციურობის აღდგენასა და ტრავმის ტრანსფორმაციაში. შემოქმედებითობის ძალით ადამიანი ეუფლება გარესამყაროს და მას გარდაქმნის, გადაადნობს ახალ ფორმაში, ან განიხილავს ახალი ფორმით და მნიშვნელობით. შემოქმედებითობა ჩიხიდან გამოსავლის მონახვის უნარს, ფუნქციას აძლიერებს.

ფუნქციურობის უმაღლესი განმსაზღვრელი ნაყოფიერებაა. არტეთრაპიის როლი არის ადამიანის შემოქმედებით უნართან კავშირის აღდგენა და ბიძგის მიცემა, დარწმუნება, რომ ნაყოფი, რომელიც შეიქმნება, „ჯანმრთელი“ და ღირებულია. ხელოვნება, სიმბოლოური ენა, ისევე, როგორც სიზმარი, ცენზურას უგულვებელყოფს. ფანტაზმების, სიმბოლოების ენა

საკოველთაოა, შესაბამისად, ხელოვნება ადამიანებს შორის უდანაკარგო კომუნიკაციის, გადაკვეთის წერტილია.

ხელოვნების გზით მიღწეული კათარსისით ადამიანი, ერთდროულად უნდა განიმუხტოს და დაიმუხტოს. ამავდროულად, შეეგუოს წამის წარმავლობას (თეატრი, ჰეფენინგი, ქვიშის თერაპია), დროის „ხელიდან დაუნანებლად გაშვებას“, შინაგანი ამბის მომთავრებას და მისგან დისტანცირებას. მეორე მხრივ, ამბისგან შეინახოს „სამახსოვრო“, ან თავადვე გარესამყაროში დატოვოს პერმანენტული კვალი, რომელიც მას მისცემს დამაგრების, ან მუდმივობის განცდას.

ესთეტიკური პროდუქტის შექმნას მნიშვნელობა აქვს თვითშეფასების ზრდისთვის: მაგალითად, შესაძლოა არ მიგაჩნდეს თავი ლამაზად, მაგრამ დარწმუნდე, რომ სილამაზის შექმნა შეგიძლია და რადგან რაც შექმენი, გარკვეულწილად შენ ხარ, ლამაზი ხარ. შენს მიერ ხორცშესხმული ხელოვნება შენი სხეულის გაგრძელებაა.

სხეულისა და ხელოვნების მკვლევართა აზრით, ხელოვნება რამდენიმე ტიპის, გადარჩენისთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი სხეულებრივი მოქმედების განვითარებით დაიბადა. სიმბოლური და ესთეტიკური აზროვნება ადამიანის ცნობიერებამ მოგვიანებით, ევოლუციის კვალდაკვალ შეიძინა.

ფსიქოანალიზის მიხედვით, ხელოვნება იმპულსებს იღებს სიცოცხლისა და სიკვდილის, ეროსისა და თანატოსის დაპირისპირებიდან, ან თუნდაც ტანდემიდან. შესაბამისად, არტთერაპია მთავარ, სიკვდილ-სიცოცხლის საკითხებს ყველა სხვა მიდგომაზე ხელშესახებად უახლოვდება. ფენომენოლოგიური მიდგომა მარად ცვლად ფორმებსა და ესთეტიკურ აქტს მიიჩნევს ტრანსფორმაციის ძალად, ესთეტიკის განცდას კი ადამიანის ადამიანად ყოფნის მთავარ ფუნქციად. არტთერაპიას აქვს პოტენციალი მუდმივად განახლებად ფორმებს მიღმა შემდოს ფუნდამენტის კორექცია ინტერპრეტაციის უნარის გაძლიერებით.

ფენომენოლოგიური მიდგომა თანხმობაშია კანდინსკის ხელოვნების თეორიასთან, რომელიც ეფუძნება ძველი შთაბეჭდილებისთვის ახალი მნიშვნელობის მინიჭებას: იმისათვის, რომ განვაახლოთ საკუთარი თავი და აღვიდგინოთ სიცოცხლის სიხარული, დავიბრუნოთ მის მიმართ ცნობისმოყვარეობა, უკვე განცდილს ვუბრუნდებით და მის მნიშვნელობას ვაფართოვებთ. მეორენაირად რომ ვთქვათ, არტთერაპია ძველის ახლებურად განცდას ემსახურება. რეფორმა, განახლება მუდმივად უნდა გრძელდებოდეს; როგორც ვიგოტსკი ამბობს: „ახალი ხელოვნების გარეშე, ახალი ადამიანი ვერ იარსებებს“.

არტთერაპიის პრაქტიკა პაციენტებთან მიღწეული შედეგების მხრივ ჯერჯერობით აღემატება მიღწეული შედეგების მეცნიერებაში სათანადო ასახვას. შედეგების მეცნიერულ სიზუსტეზე დაფუძნების და გაზომვის მიდგომები კვლავ ჩამოყალიბების პროცესშია. მაკნიფისა და კნილის მიღწევამ, სამეცნიერო ასპარეზზე დაშვებულიყო არტზე დაფუძნებული კვლევის მეთოდი, დამატებითი შესაძლებლობები გააჩინა ახალ აღმოჩენებთან მიახლოებისთვის.

შეუძლებელია, ერთ დღეს გავიღვიძოთ და ყველაფერი ვიცოდეთ, რა იქნება პაციენტისთვის საუკეთესო. პროცესი მუდმივი და დაუსრულებელია, ცვალებადი ფორმის, დენადი და ხშირად მოუხელთებელი. ამდენად, აზრის ერთხელ და სამუდამოდ ფიქსირებაც ცხადია, შეუძლებელია. ჩვენ უნდა გვქონდეს დასაყრდენი ფუნდამენტი, თუ როგორ მივუდგეთ მასალას, მაგრამ არასდროს არ უნდა დავკეტოთ არხი სხვადასხვა გამოცდილების მიმართ. არტთერაპია რადგან ჯერ კიდევ პროცესზე დაკვირვებით აგროვებს ნიუანსურ გამოცდილებებს, თერაპევტისა და მეცნიერის როლები ერთმანეთისგან ვერ იმიჯნება.

თერაპიის პროცესში, მიმაჩნია, რომ ფენომენოლოგიური მიდგომა პაციენტთან ურთიერთობის ყველა სხვა მიდგომაზე სრულყოფილად დახვეწილი, დელიკატური ფორმაა, რომელიც პრაქტიკულად გამორიცხავს გრძნობების დაზიანების რისკს. სამეცნიერო დაკვირვებისთვის კი, ვფიქრობ, ზოგჯერ რამდენიმე თეორიის შეერთება არსში წვდომის მეტ პოტენციალს ფლობს, მითუმეტეს, რომ თეორიათა უმეტესობა გარკვეულწილად ერთმანეთში გარდამავალ მოსაზრებებს შეიცავს.

დაავადებების სიმპტომები, რომლებიც აერთიანებს სხეულბრივ გამოცდილებებს, აკვიატებულ აზრებს, რიტუალებს, ბოლოვით წარმოდგენებს და სხვა, თავადვე გვკარნახობს განკურნების სტრატეგიას, რომელიც არტერაპიაში ჯანსაღი ფორმით უნდა ტრანსფორმირდეს. ამისათვის, ჩვენ ყურადღებით უნდა ვუსმინოთ ბრძენ სიმპტომებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. არისტოტელე. (1979). პოეტიკა. თბილისი, განათლება.
2. კეხელე, ზ. (2018). არტერაპია და კვლევა - ერთმანეთთან ისე, როგორც ძალი და კატა. არტერაპია ფსიქიკური დარღვევების დროს. თბილისი. არტანუჯი.
3. იუნგი, კ.გ. (2017). მეტამორფოზის სიმბოლოები. თბილისი, დიოგენე.
4. მეხლერ-შიონახი, ქ. (2018). სცენური არტერაპია. არტერაპია ფსიქიკური დარღვევების დროს. თბილისი, არტანუჯი.
5. მეხლერ-შიონახი, ქ. (2018). არტერაპიული თეორიის შექმნის შესახებ; არტერაპია ფსიქიკური დარღვევების დროს. თბილისი, არტანუჯი.
6. ტიტცე, დ. (2018). ხელოვნების პოტენცია; არტერაპია ფსიქიკური დარღვევების დროს. თბილისი, არტანუჯი.
7. ჰაიდეგერი, მ. (2019). ყოფიერება და დრო. თბილისი, Carpe diem.
8. Chaplin, A.D. (2005). Art and Embodiment: Biological and Phenomenological Contributions to Understanding Beauty and the Aesthetic. Toronto, Contemporary Aesthetics.
9. Freud, S. (1905). Jokes and Their Relation to the Unconscious. www.sigmundfreud.net/jokes-and-their-relation-to-the-unconscious.jsp.
10. Kandinsky, V. (2011). On the Spiritual in Art; Digitized by the Internet Archive in 2011 with funding from Solomon R. Guggenheim Museum Library and Archives.
11. Knill, P.J. (2017). Community Art: Communal Art-Making to Build a Sense of Coherence. New Developments in Expressive Arts Therapies, The Play of Poiesis. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
12. Knill, P.J. (2005). Communal Art-making and Conflict Transformation. http://www.thecreateinstitute.org/uploads/9/4/7/4/9474350/paolos_article_from_art_in_action.pdf
13. Kramer, E. (2000). Art as Therapy; London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
14. Levine, S.K. Philosophical Foundations of Expressive Arts Therapy: Towards a Therapeutic Aesthetics. Bulletin of Psychology and the Art.
15. Levine, S.K. (2020). Ecopoiesis: Towards a poietic ecology. https://en.ecopoiesis.ru/articles/article_post/ecopoiesis-towards-a-poietic-ecology
16. Levine, S.K. (2009). Trauma, Tragedy, Therapy; London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
17. Lindqvist, G. (2003). Vygotsky's Theory of Creativity. Creativity Research Journal. University of Karlstad.
18. Lombroso, C. (1891). The Man of Genius. <https://www.gutenberg.org/files/50539/50539-h/50539-h.htm>
19. Marcuse, H. (1995). Eros and Civilization: A Philosophical Inquiry into Freud. Kiev, Port Royal.
20. Moustakas, C. (1994). Phenomenological Research Methods, Sage Publications, Thousand Oaks California. http://psyking.net/HTMLobj-3856/Moustakas.Phenomenological_Theory.pdf
21. Mittelmark, M.B. Georg, F. Bauer, G.F. (2016). The Meanings of Salutogenesis.
22. Naumburg, M. (1987). Dynamically oriented art Therapy: Its Principles and Practice. Chicago, Magnolia Street Publishers.

23. Rank, O. (1914). *The Myth of the Birth of the Hero, A psychological interpretation of mythology*. New York, The Journal of Nervous and Mental Disease Publishing Company
24. Stielmann, J. (2012). *Modality: A Phenomenological Concept For Expressive Art Therapies*. Genève, Suisse; L'ATELIER – 24
25. van Manen, M. (2007). *Phenomenology of Practice*. University of Alberta; 1(1):11–30.
26. Vygotsky, L. (1974). *The Psychology of Art*. The MIT Press.
27. Winnicott, D.W. (1989). *Playing and Reality*. London, Routledge.



ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასება საქართველოში

Assessment of Public Awareness of Oncological Diseases in Georgia

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.12>

ქეთევან გაჩეჩილაძე^{1ა}, ნინო განუგრავა^{1ბ}

Ketevan Gachechiladze^{1a}, Nino Ganugrava^{1b}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

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

აბსტრაქტი

ონკოლოგიური დაავადებები თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური პრობლემაა. ავთვისებიანი სიმსივნეები წარმოადგენს სიკვდილობის მეორე მიზეზს მთელს მსოფლიოში. კიბოთი სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებელი დიდწილად დაკავშირებულია ავთვისებიანი სიმსივნეების მოგვიანებით სტადიაზე გამოვლენასთან. სიმსივნის გვიან სტადიაზე გამოვლენა შეიძლება უკავშირდებოდეს მათ შესახებ მოსახლეობის დაბალ ინფორმირებულობას. ნაკლები განათლება იწვევს ექიმთან დაგვიანებულ მიმართვას, რაც თავის მხრივ, იწვევს დაგვიანებულ დიაგნოსტიკას. საქართველოში ონკოლოგიური დაავადების ახალი შემთხვევების 50-70% დაავადების გვიან სტადიაზე ვლინდება და 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი უფრო დაბალია, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. ონკოლოგიური დაავადებების სიმპტომების, საყურადღები ნიშნებისა და არსებული სკრინინგული კვლევების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასება საშუალებას იძლევა დაიგეგმოს და დაინერგოს ეფექტური პრევენციული და ადრეულ გამოვლენაზე მიმართული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები. საქართველოში არ არსებობს მონაცემები სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შესახებ. მნიშვნელოვანია ქვეყნის მასშტაბით ამ მიმართულებით მოხდეს მონაცემების შეგროვება და მათი შეფასება. აღნიშნული ცოდნა საშუალებას მოგვცემს, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით, დაინერგოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეფექტური პროგრამები, რათა ეროვნულ დონეზე მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით შემცირდეს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა.

საკვანძო სიტყვები: ონკოლოგიური დაავადებები, ინფორმირებულობა, ჯანდაცვა.

ციტირება: ქეთევან გაჩეჩილაძე, ნინო განუგრავა. ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასების მნიშვნელობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

^aketevan.gachechiladze@ug.edu.ge
0003-6733-3467

^bnino.ganugrava@roche.com
424X

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6733-3467>

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-5181-424X>

Cancer is one of the most urgent problems of Health Care system worldwide. It is the second leading cause of death worldwide. High mortality rate is mostly related to late-stage detection. Detection at late stage of disease can be related to low cancer awareness among the population. Insufficient knowledge leads to delayed referral to medical facilities, which ultimately leads to delayed diagnosis. In Georgia 50-60% of new cancer cases appear at the late stage and 5-year survival rate is lower than in developed countries. Assessment of public awareness of cancer symptoms, warning signs and available screening programs is giving possibility to plan and implement Public Health programs focusing on effective prevention and early detection of cancer. In Georgia, there are no data about public awareness of oncological diseases. It is important to collect and evaluate data in this direction. This will give us the possibility to develop effective Public Health programs, based on international best practices, to reduce mortality caused by cancer through multisectoral cooperation at the national level.

Keywords: cancer, awareness, health care.

Citation: Ketevan Gachechiladze, Nino Ganugrava. Importance of Assessment of Public Awareness of Oncological Diseases. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

„კიბო განაჩენი არ არის“ - ეს ფრაზა ხშირად გვესმის სხვადასხვა მედიიდან, რაც უდავოდ დამაიმედებელია. მართლაც, ბოლო წლების განმავლობაში, მედიცინაში კიბოს დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მხრივ მნიშვნელოვანი ინოვაციური მიდგომები დაინერგა. თუმცა სტატისტიკა კვლავაც უმძიმესია. კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს მონაცემებით მსოფლიოში წლის განმავლობაში კიბოს 19.3 მილიონი ახალი შემთხვევა რეგისტრირდება (Global Cancer Statistics, 2020). კიბო წარმოადგენს სიკვდილობის მეორე მიზეზს მთელს მსოფლიოში, რაც ნიშნავს, რომ ყოველწლიურად ონკოლოგიური დაავადებებით გარდაცვლილთა რიცხვი თითქმის 10 მილიონს აღწევს, ანუ 6-დან 1 სიკვდილის შემთხვევა კიბოთია გამოწვეული. კიბოს ახალი შემთხვევების მიხედვით 2020 წლის მონაცემებით ყველაზე გავრცელებულია ძუძუს, ფილტვის, მსხვილი ნაწლავის, პროსტატის და კუჭის კიბო. რაც შეეხება სიკვდილობას, 2020 წლისთვის ყველაზე ხშირი მიზეზი კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის მხრივ იყო: ფილტვის, მსხვილი ნაწლავის, ღვიძლის, კუჭის და მკერდის კიბო (Ferlay et al., 2020).

ონკოლოგიური ავადმყოფის გადარჩენაზე გავლენას ახდენს დიაგნოზის დასმისას სიმსივნის სტადია. ძუძუს კიბოს მქონე პაციენტის 5 წლიანი გადარჩენა შესაძლებელია 100%-ით კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენისას. გვიან სტადიაზე აღმოჩენიას პაციენტის გადარჩენა 30%-მდე კლებულობს (Niksic et al., 2016). მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენისას 90%-ით შესაძლებელია 5 წლიანი გადარჩენა, გვიან სტადიაზე კი - 10%-ით. რაც შეეხება ფილტვის კიბოს შემთხვევას, ადრეული და გვიანი სტადიების დროს ეს მაჩვენებელი შესაბამისად 60% და 10%-ია (Walters et al., 2013).

აღსანიშნავია, რომ კიბოს მქონე პაციენტთა გადარჩენადობა იზრდება მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში (Arnold et al., 2019), თუმცა ამ მხრივ მნიშვნელოვანი განსხვავებაა საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, საქართველოში ყოველწლიურად 10000-ზე მეტი ონკოლოგიური დაავადების ახალი შემთხვევა ვლინდება, რომელთაგან 50-70%-ში დაავადების გვიან III-IV სტადიაზე გამოვლინდება. საქართველოში, კიბოს პოპულაციურ რეგისტრზე დაყრდნობით, 5-წლიანი გადარჩენადობის მაჩვენებელი უფრო დაბალია, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეების მიხედვით საქართველო იმეორებს მსოფლიოს მონაცემებს, თუმცა განსხვავებულია სტატისტიკა სიკვდილობის მხრივ - პირველ ადგილზეა ფილტვის, მეორეზე - ძუძუს და მესამეზე - მსხვილი ნაწლავის კიბო (NCDC, 2017).

ნაშრომის მიზანია სიმსივნური დაავადებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის და მის გასაუმჯობესებლად მიმართული სტრატეგიების საუკეთესო პრაქტიკის მიმოხილვა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე.

სიმსივნური დაავადებების ტვირთის შემცირების საშუალებები

ონკოლოგიური დაავადებების 30-50%-ის პრევენცია შესაძლებელია რისკ ფაქტორების შემცირებით და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრევენციული სტრატეგიების დანერგვით. კიბოს ტვირთის შემცირება ასევე შესაძლებელია დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკით და დროული მკურნალობით.

კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა მცირდება, როდესაც ხდება ახალი შემთხვევების ადრეული გამოვლენა და შესაბამისი მკურნალობა. ადრეული გამოვლენა მოიცავს ადრეულ დიაგნოსტიკას და სკრინინგს. ადრეული დიაგნოსტიკა გულისხმობს სიმპტომური პათოლოგიის ადრეულ სტადიაზე აღმოჩენას, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის მკურნალობაზე პასუხის ალბათობას. შესაბამისად, მცირდება სიკვდილობა, და ასევე, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, მცირდება მკურნალობის დანახარჯები. დაავადების დროული აღმოჩენით და მკურნალობის დროულად დაწყებით ასევე შესაძლებელია კიბოს მქონე პაციენტების ცხოვრების გაუმჯობესება.

რაც შეეხება სკრინინგს, მისი მიზანია კიბოს წინა მდგომარეობების და კიბოს ადრეული სტადიების გამოვლენა, სანამ სიმპტომები განვითარდება. ამ შემთხვევაში მკურნალობა შესაძლებელია განკურნების მაღალი ალბათობით. სკრინინგული კვლევები მთელს მსოფლიოში ტარდება 3 ტიპის - მსხვილი ნაწლავის, საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს მიმართულებით.

სკრინინგული კვლევების სარგებელი აშკარაა. მაგალითად, მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი წარმოადგენს კოლორექტული კიბოს რისკის შემცირების დადასტურებულ ფაქტორს (Andersen et al., 2022).

ევროპასა და აშშ-ში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ სკრინინგის შედეგად მსხვილი ნაწლავის კიბოს ახალი შემთხვევების შედარებითი რისკის 18% -ით და ამ სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილობა 28% -ით შემცირდა (Elmunzer et al., 2012). ჩეხეთში ნაციონალური სკრინინგ პროგრამა 2000 წელს დაიწყო, რომლის მეშვეობით 2006-2010 წლებში მსხვილი ნაწლავის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა 20%-ით შემცირდა წინა წლებთან შედარებით (Zavoral et al., 2014)

ზემოთაღნიშნული სარგებლის გარდა, სკრინინგს მნიშვნელოვანი ფინანსური სარგებელიც აქვს. რადგან ადრეულ სტადიაზე გამოვლენილი სიმსივნისგან სრულიად განკურნება შეიძლება მაღალი პროცენტებით, მნიშვნელოვნად მცირდება ქრონიკული დაავადებისათვის ჩვეული ფინანსური ხარჯები (Birtwistle, 2014).

უახლესი, 2023 წლის ივლისის მონაცემებით, ბოლო 10 წლის განმავლობაში მსოფლიოს 47 ქვეყანაში (აფრიკის გარდა) კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა შესწავლილი ქვეყნების უმეტესობაში ყველა ძირითადი ტიპის კიბოსთან მიმართებაში შემცირდა. გამონაკლისს წარმოადგენს ფილტვის კიბო - ქალებში, და ღვიძლის კიბო - მამაკაცებში, სადაც უმეტესობა ქვეყნებში მათი ზრდა დაფიქსირდა. სიხშირე შემცირდა ან დასტაბილურდა ყველა ქვეყანაში ფილტვის კიბოს მხრივ - მამაკაცებში და კუჭის კიბოს მხრივ - ორივე სქესის ადამიანებში. ეს ადასტურებს კიბოს ტვირთის შემდგომი შემცირების ან შეჩერებისთვის რესურსებზე მორგებულ და კიბოს პრევენციასა და კონტროლზე მიმართული პროგრამების იმპლემენტაციის მნიშვნელობას მსოფლიოს ყველა ნაწილში (Sedeta et al., 2023).

კიბოთი სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებელი უმეტესად უკავშირდება ავთვისებიანი სიმსივნეების მოგვიანებით სტადიაზე გამოვლენას და არასრულფასოვან მკურნალობას (Hanna et al., 2020)

ონკოლოგიურ დაავადებათა გვიან სტადიაზე გამოვლენა შეიძლება უკავშირდებოდეს მათ შესახებ მოსახლეობის დაბალ ინფორმირებულობას (Sahu et al., 2020). ნაკლები განათლება

იწვევს ექიმთან დაგვიანებულ მიმართვას, რაც იწვევს დაგვიანებულ დიაგნოსტიკას (Maringe, 2013; Niksic et al., 2016)

სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონე, რაც გულისხმობს კიბოს რისკ-ფაქტორების, ნიშნების, სიმპტომების, და სკრინინგის მეთოდების შესახებ ცოდნას, მნიშვნელოვნად განსხვავებულია რეგიონებსა და პოპულაციებს შორის. ზოგადად, ინფორმირებულობის დონე უფრო მაღალია უფრო გავრცელებულ კიბოს ტიპთან მიმართებაში, როგორცაა ძუძუს, მსხვილი ნაწლავის და ფილტვის კიბო, უფრო იშვიათ კიბოს ტიპებთან შედარებით.

სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის განმაპირობებელი ფაქტორები და ბარიერები

კიბოს შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობაზე სხვადასხვა ფაქტორი ახდენს გავლენას. გამოვლენილია, რომ განათლების დონე (Andersen et al., 2022), სოცო-ეკონომიკური სტატუსი, ასაკი, სქესი, ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა ასოცირებულია ინფორმირებულობის დონის განსხვავებასთან. კვლევები ცხადყოფს მედიის, სოციალური ქსელების და ჯანდაცვის პროვაიდერების როლს სიმსივნესთან დაკავშირებული ინფორმაციის გავრცელების და ინფორმირებულობის ჩამოყალიბებაში.

ბევრი ბარიერიც არსებობს, რაც ხელს უშლის კიბოს შესახებ ცნობიერების ამაღლებას. ეს ბარიერები მოიცავს კიბოს რისკ-ფაქტორების და პრევენციული სერვისების ცოდნის ნაკლებობას, მცდარ წარმოდგენებს, ცრურწმენებს, შიშს, სტიგმას, და ენობრივ ბარიერებს (Petersen et al., 2022). ჯანდაცვის სერვისებისადმი დაბალი ხელმისაწვდომობა, ფინანსური შეზღუდვები, სამედიცინო განათლების დაბალი დონე ასევე მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სიმსივნური დაავადებების ცნობიერების დონეს (Rakibul et al., 2017). ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა, სოცო-ეკონომიკური სტატუსი, კულტურული და რელიგიური განსხვავებებიც თავის როლს თამაშობს ამ პრობლემაში (Mofoluwake et al., 2019). ეს ბარიერები ხელს უშლის დროულ დიაგნოსტიკას, სკრინინგულ პროგრამებში მონაწილეობას, და მკურნალობის დროულად დაწყების ჩვევების ქცევების ჩამოყალიბებას (Chidyaonga-Maseko et al., 2015)

უმთავრეს ბარიერს კიბოს შიში წარმოადგენს. ადამიანებს ყველა დაავადებაზე მეტად კიბოს დიაგნოზის შიში აქვთ. სწორედ ამიტომ, ადამიანთა გარკვეული ნაწილი თავს იკავებს სკრინინგის პროგრამებში მონაწილეობისაგან (Vrinten et al., 2017). თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ადამიანის სურვილზე, იცოდეს მეტი კიბოს შესახებ, გავლენას ახდენს ასაკი და განათლების დონე (Laxmi & Khan, 2013).

სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის შეფასების ინსტრუმენტი

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ძალზედ მნიშვნელოვანია სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრა. 2009 წელს ორგანიზაციამ Cancer Research UK შეიმუშავა სტანდარტიზებული შესაფასებელი ინსტრუმენტი - CAM (Cancer Awareness Measure), რომელიც შეაფასებდა კიბოს სავარაუდო ნიშნების, რისკ-ფაქტორების, კიბოს გავრცელების, სკრინინგ პროგრამების არსებობის ცოდნას და დახმარების ძიებისადმი დამოკიდებულების დონეს მოსახლეობაში და მოახდინა მისი ვალიდაცია.

CAM-ის საბოლოო ვერსია მოიცავს ისეთ პუნქტებს, რომელიც შეეხება კიბოს საეჭვო სიმპტომებს, დახმარების ძიებას, ბარიერებს, რაც აბრკოლებს ადამიანს, გაიაროს ექიმთან კონსულტაცია, კიბოს რისკ-ფაქტორებს, კიბოსა და ასაკს შორის დამოკიდებულებას, ყველაზე ხშირად გამოვლენილ სიმსივნეებს და არსებული სკრინინგის პროგრამების (ძუძუს, სასვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს) შესახებ ცოდნას. CAM მთელს მსოფლიოში მიჩნეულია სანდო და ვალიდურ ინსტრუმენტად სიმსივნური დაავადებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის შესაფასებლად. იგი ხელმისაწვდომია მკვლევარებისთვის, უფასოა და არ საჭიროებს ნებართვას (Stubbings et al., 2009).

სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონე განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში

სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ცნობიერების დონე მრავალ ქვეყანაშია შეფასებულია. იგი განსხვავდება განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის.

აშშ-ში 1425 ადამიანის მონაწილეობით ჩატარებულ კვლევაში შეაფასეს სოციო-დემოგრაფიული ფაქტორების და კიბოს 11 სიმპტომის შესახებ ცოდნის დონეს შორის ასოციაცია. სოციო-ეკონომიკურ სტატუსად განისაზღვრა განათლება, სოციო-დემოგრაფიულ ფაქტორებს შორის შეფასდა სქესი, ასაკი, ოჯახური სტატუსი და რასა. მონაწილეებმა ამოიცნეს 11-დან 8.43 სიმპტომი. აღმოჩნდა, რომ განათლების დაბალი დონე წარმოადგენდა სიმპტომების არასაკმარისი ცოდნის პრედიქტორს. ამ კვლევის დასკვნა, რომ დაბალი სოციო-ეკონომიკური დონის მქონე ადამიანებს აქვთ კიბოს სიმპტომების არასაკმარისი ცოდნა, ეხმიანება სხვა განვითარებული ქვეყნების მონაცემებს (Sarma et al., 2020).

ირლანდიაში კიბოს შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე შეაფასეს 48 კითხვიანი ონლაინ კითხვარის მეშვეობით. გამოკითხულთა 81% შემფოთებას გამოხატავდა კიბოს განვითარების რისკის შესახებ, თუმცა 20%-ს სჯეროდა, რომ კიბოს განვითარების თავიდან აცილება შეუძლებელია, თუ არსებობს ოჯახური ანამნეზი, 27% ფიქრობდა, რომ სიმსივნეების 50%-ზე მეტი მემკვიდრულია, და 54% ფიქრობდა რომ სიმსივნეების 10-20%-ია მემკვიდრული; 20%-მა არ იცოდა რომ ასაკთან ერთად კიბოს რისკი იზრდება. გამოკითხულთა შორის 5 ყველაზე ხშირად დასახელებული რისკ-ფაქტორი იყო: მწვევლობა (87%), დიეტა (76%), გენეტიკა (47%), ალკოჰოლი (42%) და სიმსუქნე (33%). გამოკითხულთა მხოლოდ 32%-მა იცოდა სიმსუქნის, როგორც რისკ-ფაქტორის შესახებ. 29% და 48% ფიქრობდა, რომ ძუძუს კიბოს განვითარების რისკი იზრდება, მოჭერილი ბიუსტჰალტერის ტარებით და მკერდზე მიღებული ტრავმის შედეგად. ამასთან, 85% და 86% ფიქრობდა რომ სტრესი და მობილური ტელეფონები „მნიშვნელოვნად“ ზრდის კიბოს განვითარების რისკს. 35% ფიქრობდა რომ „დეტოქს“ დიეტებმა შეიძლება კიბოს რისკი შეამცირონ, და 61%-ს სჯეროდა, რომ ორგანული საკვები ამცირებს კიბოს განვითარების რისკს. უმეტესობამ იცოდა, რომ დღეში 3 წუთიანმა ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება შეამციროს კიბოს რისკი. დასკვნის სახით, პოპულაციის მნიშვნელოვანი ნაწილი არასწორად იყო ინფორმირებული კიბოს რისკის შესახებ. მონაწილეთა უმეტესობამ იცოდა კლასიკური რისკ-ფაქტორების შესახებ (მაგ. თამბაქო, დიეტა); თუმცა, ბევრი ზედმეტ მნიშვნელობას ანიჭებდა გენეტიკას, გარემო პირობებს და სტრესს, და პირიქით, აკნინებდა ასაკს, სიმსუქნეს და მზის სხივების გავლენას. 7-დან 1 მონაწილეს სჯეროდა, რომ ასაკთან ერთად კიბოს რისკი არ იცვლება. (Ryan et al., 2015)

ავსტრალიის დასავლეთ ნაწილში მცხოვრებ მოსახლეობას ჩაუტარეს სატელეფონო გამოკითხვა კიბოს 11 დადასტურებული რისკ-ფაქტორისა და 7 პროტექტორული ფაქტორის შესახებ. უმეტესობა რესპონდენტმა სწორად ამოიცნო ისეთი რისკ-ფაქტორები, როგორცაა გარუჯვა (94%), აზბესტი (92%), პესტიციდების გამოყენება (92%), ჭარბი წონა და სიმსუქნე (86%) და ასევე, ფიზიკური აქტივობის პროტექტორული ეფექტი (82%). გამოკითხულთა ნახევარს (52%) არასწორად სჯეროდა, რომ წითელი ღვინო ამცირებს ან არ აქვს გავლენა კიბოს რისკზე. 5-დან 1 რესპონდენტს (19%) არასწორად მიაჩნდა, რომ მზისგან დამცავი საშუალებების გამოყენება ზრდის კიბოს რისკს. გამოკითხულთა მხოლოდ 18%-მა იცოდა ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაქცინაციის პროტექტორული ეფექტის შესახებ, ამავდროულად, 17% ფიქრობდა, რომ იგი ზრდის კიბოს რისკს. თუმცა გამოკითხულთა უმეტესობამ იცოდა გარკვეული დადასტურებული რისკ-ფაქტორების და პროტექტორული ფაქტორების შესახებ, საკმაოდ დიდ ნაწილს ჰქონდა არასწორი შეხედულება კიბოს რისკსა და წითელი ღვინის, მზისგან დამცავების და HPV ვაქცინაციის დამკვიდრებულებას შორის. მკვლევარების დასკვნა იყო, რომ საზოგადოების განათლება მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორებთან დაკავშირებით მიმართული უნდა იყოს პრევენციული ფაქტორების, როგორცაა HPV ვაქცინაცია და მზისგან დამცავების უსაფრთხოების შესახებ და ყველანაირი ალკოჰოლის, მათ შორის წითელი ღვინით გამოწვეული მომატებული რისკის შესახებ ცნობიერების ამაღლებისკენ. (Lizama et al., 2020)

პოლონეთის უმაღლესი სკოლის სტუდენტებში ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სტუდენტების უმეტესობის (67,5%) აზრით გენეტიკური წინასწარგანწყობა წარმოადგენს ყველაზე მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს. მხოლოდ მეოთხედმა აღნიშნა კავშირი კიბოსა და ასაკს შორის. სტუდენტების 41% იყვნენ მწვევლები და მათი უმეტესობა (80,6%) თვლიდა, რომ შეეძლოთ კიბოს რისკის განვითარების მოდიფიცირება. თითქმის ყველა რესპონდენტი თვლიდა, რომ ადრე აღმოჩენილი კიბო განკურნებადია. დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ უმაღლესი სკოლის სტუდენტებმა საკმარისად არ იციან კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ. ასევე, არ იციან, რომ არსებობს კავშირი ასაკსა და კიბოს განვითარების რისკს შორის. კიბოს პრევენციის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ახალგაზრდების განათლება, განსაკუთრებული ფოკუსით ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციაზე (Rucinska et al., 2021)

პოლონეთის აღმოსავლეთ ნაწილის მაცხოვრებლებში შეაფასეს კუჭ-ნაწლავის სიმსივნეების რისკ-ფაქტორების, პირველადი პრევენციის და ადრეული დიაგნოსტიკების შესახებ ცოდნის დონე. კვლევამ გამოავლინა ცოდნის დაბალი დონე, განსაკუთრებით სოფლის მოსახლეობაში. ასევე აღმოჩნდა, რომ ოჯახის ექიმებს და მედიას აქვთ წამყვანი როლი კიბოს პირველადი პრევენციის წახალისებაში (Berbecka et al., 2020).

საუდის არაბეთის ქალაქ ტაბუკში ჩატარებული კვლევის ფარგლებში შეფასდა სიმსივნური დაავადების რისკ-ფაქტორების და სიმპტომების შესახებ ინფორმირებულობა და მისი კავშირი სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებთან. გამოკითხვამ ცხადყო შემდეგი: განათლება და კიბოს ოჯახური ანამნეზი სარწმუნო კავშირშია კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის დონესთან. ფაქტორები, რომლებიც კავშირშია კიბოს სიმპტომების ცნობადობასთან მოიცავს სქესს, ეროვნებას და სკრინინგ ტესტების რეგულარულად ჩატარებას. გამოკითხულთა ნახევარზე მეტში ინფორმირებულობის დონე შეფასდა როგორც დაბალი კიბოს რისკ-ფაქტორებთან (58,7%) და სიმპტომებთან (66,2%) მიმართებაში. მწვევლობა და მემკვიდრეობა დასახელებული იყო, როგორც ყველაზე იდენტიფიცირებული რისკ-ფაქტორი, ასევე, აუხსნელი ტკივილი და წონის კლება იდენტიფიცირებული იყო გამოკითხულთა უმეტესობის მიერ. ინტერნეტი დასახელდა ინფორმაციის პირველად წყაროდ სიმპტომებთან და რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში. (Algamdi et al., 2021).

თურქეთის ქალაქ ტრაბზონში 40 წელს გადაცილებულ ადამიანებში შეაფასეს კიბოს სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების შესახებ ცნობიერების დონე. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 33%-ს ჰქონა ოჯახური ანამნეზი პირველი რიგის ნათესავებში, ამავედროულად 28,5%-ს აღნიშნა კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა პირველი რიგის ნათესავებში. გამოკითხულებმა აღნიშნეს, რომ კიბო იყო სიკვდილობის მხრივ პირველი მიზეზი ყველა დაავადებას შორის და კიბოს პირველ 3 მიზეზად დასახელეს თამბაქო (95,7%), მობილური ტელეფონი (90,4%) და ალკოჰოლი (90,2%). გამოკითხულთა 62,4%-მა არ იცოდა კიბოს სიმპტომები, და 86,4% და 76,4%-ს ეგონა რომ „სევდა და სტრესი იწვევს კიბოს“ და „კიბო მემკვიდრეობით გადაეცემა“. ანუ კვლევამ აჩვენა, რომ მოზრდილი ადამიანებს აქვთ არასწორი და არასრული ცოდნა კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ, რაც ბუნებივია, ართულებს მათში კიბოს პრევენციის ჩვევების ჩამოყალიბებას (Karadeniz et al., 2020)

ლაზას სექტორში შეისწავლეს სიმსივნური დაავადებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე 5 გუბერნიის სახელმწიფო საავადმყოფოებში >18 წ ასაკის ვიზიტორებში და იგივე ლოკაციის 10 უმაღლესი სკოლის სტუდენტებში (15-17 წ). გამოკითხულთა 2/3 ფიქრობდა რომ კიბოს რისკი არაა ასაკთან დაკავშირებული. კიბოს ნიშნების/სიმპტომების ცნობადობა იყო ძალიან დაბალი და დაბალი. სიმპტომების/ნიშნების მხრივ ყველაზე ხშირად დასახელებული იყო ე.წ. „ახალწარმონაქმნი“ (77,2%), ხოლო ყველაზე ნაკლებად - „ნაწლავის მოქმედების ცვლილებები“ (23,2%). მხოლოდ 7,5% -ში აღინიშნა რისკ-ფაქტორების ცოდნის კარგი დონე. „მწვევლობა“ იყო ყველაზე ხშირად დასახელებული, ხოლო „დღის განმავლობაში 5 პორციაზე ნაკლები ხილის და ბოსტნეულის ჭამა“ ყველაზე ნაკლებად დასახელებული რისკ-ფაქტორი. მოზრდილებში უფრო მეტად ხდებოდა უმეტესობა რისკ-ფაქტორების და ნიშნების იდენტიფიცირება, ვიდრე მოზარდებში. მკვლევარებმა დაასკვნეს,

რომ საჭიროა კიბოს ნიშნების/სიმპტომების და რისკ-ფაქტორების შესახებ საზოგადოების ცნობიერების დონის გაუმჯობესება, იმისთვის რომ მოხდეს დაავადების დროული დიაგნოსტიკა. მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი კამპანიების ჩატარება სხვადასხვა ჯგუფებზე მორგებული საგანმანათლებლო აქტივობებით, მათ შორის ახალგაზრდებში, რაც გაზრდის მათ ცოდნის დონეს და მოახდენს ამ ცოდნის ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შენარჩუნებას (Elshami et al., 2020)

ინდოეთის ჩრდილო-აღმოსავლეთ რეგიონში შეაფასეს ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომების და სკრინინგული კვლევების ცოდნის დონე. აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ ნახევარმა იცოდა ძუძუს კიბოს შესახებ, და 31%-მა საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ. დაბალი იყო ინფორმირებულობა რისკ-ფაქტორების, სიმპტომების და ნიშნების შესახებ: ძუძუს კიბოს შემთხვევაში 54%, და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევაში - 63%. 34%-მა იცოდა სკრინინგის შესახებ, თუმცა მათ შორის მხოლოდ 6 იყო ნამყოფი კიბოს სკრინინგის თუნდაც ერთ პროცედურაზე. 71%-მა პროცენტმა მიუთითა მედია, როგორც ინფორმაციის ძირითადი წყარო. მკვლევარების დასკვნით, ჩრდილო-აღმოსავლეთ ინდოეთში სიმსივნური დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონე დაბალია (Oswal et al., 2020).

ინდოეთის ჩრდილოეთში სოფლის მოსახლეობაში შეაფასეს კიბოს შესახებ ცნობიერების დონის ასოციაცია სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებთან და ინტერნეტის გამოყენებასთან. მიუხედავად იმისა, რომ მონაწილეთა უმეტესობამ (96.5%) ზოგადად იცოდა კიბოს შესახებ, ძირითადი რისკ-ფაქტორების და საყურადღებო ნიშნები იცოდა მხოლოდ ძალიან ცოტამ. საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს სპეციფიკური რისკ-ფაქტორების შესახებ არ იცოდა უმრავლესობამ (79,9% და 72,2%). სარწმუნო ასოციაცია შეინიშნა ზოგადი რისკ-ფაქტორების და საყურადღებო ნიშნების ცოდნასა, და ასევე სპეციფიკური ასპექტების, რომელიც გულისხმობს ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკ-ფაქტორებს და HPV ვაქცინაციას და რესპონდენტების განათლების დონეს შორის. რისკ-ფაქტორების, საყურადღებო ნიშნების და პრევენციის შესახებ ცოდნის დონე უფრო მაღალი იყო მობილური ტელეფონის მომხმარებლებს შორის, ვინც იყენებდა ინტერნეტს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მისაღებად. არ იყო სარწმუნო ასოციაცია ასაკსა და კიბოს რისკის ფაქტორების ცნობადობას შორის, თუმცა ქალები სარწმუნოდ უფრო გაცნობიერებული აღმოჩნდნენ (Yadav et al., 2022)

ლამპალაში (უგანდა) სტუდენტებში ჩატარებული გამოკითხვის შედეგებით, მონაწილეთა უმეტესობამ (97,8%) იცოდა კიბოს შესახებ, თუმცა უმეტესობამ არ იცოდა პროსტატის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომები, ასევე არ ჰქონდათ ინფორმაცია ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეების შესახებ. მხოლოდ 22%-მა უპასუხა, რომ მემკვიდრეობა თამაშობს როლს კიბოს განვითარებაში. 91,2%-მა იცოდა, რომ კიბოს პრევენცია შესაძლებელია ჯანსაღი ცხოვრების წესით. 72% დაასახელა არაჯანსაღი კვება, როგორც კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორი. 74,8%-მა იცოდა რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცია შესაძლებელია. მკვლევარების დასკვნით, რესპონდენტებს ჰქონდათ სწორი ცოდნა და შეხედულებები კიბოს შესახებ, თუმცა იყო მნიშვნელოვანი ხარვეზები. მათი რეკომენდაციით, აუცილებელია კიბოს შესახებ საგანმანათლებლო კამპანიების ჩართვა საგანმანათლებლო პროცესში (Chemosh & Mpugu, 2022)

კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ საზოგადოების ცნობიერების დონის შესაფასებლად კვლევა ჩატარდა იემენის 4 რეგიონის მოზრდილ მოსახლეობაში. რესპონდენტების უმრავლესობა დაეთანხმა იმას, რომ პასიური მწვევლობა, საკვებში ცოცხალი ხილის და ბოსტნეულის ნაკლებობა, მზის ჭარბი ზემოქმედება, სიმსუქნე, ქალაქებში ჰაერის დაბინძურება, ფიზიკური დატვირთვის ნაკლებობა წარმოადგენს კიბოს რისკ-ფაქტორებს. მონაწილეთა პასუხები მჭიდრო კავშირში იყო მათი განათლების დონესთან, საცხოვრებელ ადგილთან და სქესთან. განათლების უფრო მაღალი დონე, მამრობითი სქესი და ქალაქში ცხოვრება განაპირობებდა უფრო მაღალ ალბათობას კიბოს რისკ-ფაქტორების ცოდნის, ისეთის როგორცაა მწვევლობა და ფიზიკური აქტივობა. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ გავრცელებული კიბოს რისკ-ფაქტორების შესახებ მოცემული საზოგადოების ცოდნის დონე დაბალია.

ბანგლადეშში ჩატარებულმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ ცნობიერების დონე დაბალია, და მნიშვნელოვანია მათი განათლება კიბოს სიმპტომებზე, რისკ-ფაქტორებსა და პრევენციის მეთოდებზე. (Islam et al., 2018)

ადის-აბეჯაში ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ ქალების 2/3-ს არ ჰქონდა ინფორმაცია ძუძუს კიბოს სკრინინგის მეთოდების შესახებ (Abeje et al., 2019). მალაიზიის სოფლის მოსახლეობის ცნობიერების დონე კოლორექტული კიბოს საყურადღებო ნიშნებსა და რისკ-ფაქტორების შესახებ ძალიან დაბალია და ამიტომ, უმნიშვნელოვანესია ინტენსიური საგანმანათლებლო კამპანია ინფორმირებულობის გაზრდისთვის (Su et al., 2019)

თეირანში მოზრდილ მოსახლეობაში ჩატარებული კვლევის შედეგად დადასტურდა, რომ რესპონდენტების მხოლოდ 18,8%-ს ჰქონდა კიბოს რისკ-ფაქტორების და სიმპტომების შესახებ ცოდნის მაღალი დონე, 54,5%-ს საშუალო, ხოლო 26,7%-ს დაბალი დონე. ზოგადად ცოდნის დონე შეფასდა, როგორც დაბალი. ცოდნის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრედიქტორები იყო განათლების დონე, სქესი, და ოჯახურ მდგომარეობა (Feizi et al., 2011).

ლიბანის უდიდეს სამედიცინო ცენტრის პაციენტებში შეაფასეს კოლორექტული კიბოს რისკ-ფაქტორების და საყურადღებო ნიშნების შესახებ ინფორმირებულობის დონე. გამოკითხულთა 83%-მა არ იცოდა რისკ-ფაქტორების, ხოლო 67%-მა საყურადღებო ნიშნების შესახებ, 15%-ს მონაწილეობა ჰქონდა მიღებული მსხვილი ნაწლავის სკრინინგის პროგრამაში, 56%-მა იცოდა სკრინინგის საჭიროების შესახებ, და 43%-ს ჰქონდა სურვილი სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის. ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებდნენ კოლორექტული კიბოს სკრინინგის პროგრამაში მონაწილეობის სურვილზე, იყო რისკ-ფაქტორების შესახებ ცოდნა, რეგულარული სამედიცინო შემოწმება, ოჯახის ექიმის, როგორც კოლორექტული კიბოს შესახებ ცოდნის პირველადი წყაროს არსებობა და კოლორექტული კიბოს დიაგნოზის მქონე ოჯახის წევრის ან მეგობრის ყოლა (Tfaily et al., 2019).

პაკისტანის უნივერსიტეტის მდედრობითი სქესის სტუდენტებში შეაფასეს ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების, სიმპტომების და ნიშნების შესახებ ინფორმირებულობის დონე. მხოლოდ 29,8%-მა დაასახელა პირველი რიგის ნათესავებში ძუძუს კიბოს ანამნეზი რისკ-ფაქტორად. ამასთან ერთად, იარა ძუძუს თავის გარშემო, ძუძუს ზომის მოულოდნელი და სწრაფი ცვლილება მიიჩნეოდა კიბოს ნიშნად და სიმპტომად გამოკითხულთა 25,7% და 31,7%-ში. ასევე, მხოლოდ 20,9%-მა შეძლო სწორად მიეთითებინა ძუძუს კიბოს სკრინინგის დაწყების ასაკი, და 44,4% თვლიდა, რომ მამოგრაფიული კვლევა უნდა დიწყოს 40 წელს ზემოთ. მკვლევარების დასკვნით, პაკისტანის მდედრობითი სქესის სტუდენტების ინფორმირებულობა ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორების, ნიშნების, სიმპტომების და გამოკვლევების შესახებ იყო დაბალი (Hussain et al., 2022)

საქართველოში სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შესაფასებელი სისტემური კვლევა არ ჩატარებულა. ერთადერთი კვლევა, რაც PubMed -ში იძებნება, არის 2022 წლის იანვარში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებში ჩატარებული მცირე მასშტაბის კვლევა, რომლის მიზანი იყო საქართველოს 3 რეგიონის პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებში სკრინინგ პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობის დონის შეფასება მათთვის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამების შესახებ საგანმანათლებლო კურსის ჩატარებამდე და შემდეგ.

კვლევაში ჩართული იყო 127 პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმი. მათგან 55,1%-მა არ იცოდა, რომ ძუძუს კიბოს სკრინინგის ჩატარება შესაძლებელია 2 წელიწადში ერთხელ. მხოლოდ 61,1%-მა მოახერხა მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის სამიზნე ასაკის სწორად მითითება. კვლევამ აჩვენა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებში სკრინინგული კვლევების შესახებ ცოდნის დონე დაბალია, რაც თავისთავად, ხსნის მოსახლეობის დაბალ მიმართვიანობას სკრინინგულ პროგრამებზე, ვინაიდან პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები არიან ის, ვინც უნდა მიმართოს შესაბამისი ასაკის ადამიანები სკრინინგულ პროგრამებზე (Gulbiani et al., 2022).

სიმსივნური დაავადებების შესახებ ცნობიერების დონის ასამაღლებლად მიმართული სტრატეგიები

კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის და ცნობიერების დონის ამაღლებისთვის მნიშვნელოვანია განათლება, ეფექტური ინფორმაციული და კომუნიკაციური სტრატეგიები (Taneja et al., 2021).

ჩარევები, რომელიც მიმართულია კიბოს შესახებ ცნობიერების ამაღლებისკენ, მოიცავს მასმედიის კამპანიებს, საგანმანათლებლო პროგრამებს, ციფრული ტექნოლოგიების გამოყენებას, რამაც იმედის მომცემი შედეგები აჩვენა კიბოს შესახებ ცოდნის დონის გაუმჯობესების და ადრეული აღმოჩენის ქცევების ჩამოყალიბების წახალისების თვალსაზრისით. ასევე ეფექტურადაა მიჩნეული ადაპტირებული მიდგომები, რომელიც მიმართულია სპეციფიკური კულტურული და დემოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით. ამერიკის აზიური და ლათინოამერიკელი ემიგრანტებისთვის მიზანმიმართული სპეციფიკური კულტურული საგანმანათლებლო პროგრამების შედეგად, რომელიც ტარდებოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამშრომლების მიერ ან/და მულტიმედიური ფორმატის გამოყენებით, გაიზარდა სკრინინგში ჩართვის მაჩვენებელი, თუმცა მიუხედავად ბოლო 20 წლის განმავლობაში განხორციელებული დიდი ძალისხმევისა, სკრინინგის მოცვის მჩვენებელი მაინც ეროვნული სამიზნე მაჩვენებლის ქვემოთაა. ციფრული ინსტრუმენტები, კლინიკის გარეთ სკრინინგის ორგანიზება, იმისთვის რომ გაიზარდოს მასში მონაწილეობა, სპეციფიკური ეთნიკური მოთხოვნილებების გათვალისწინებით მიმართული ძალისხმევა მოსალოდნელია, რომ გაზრდის აშშ-ს იმიგრანტ მოსახლეობაში კიბოს სკრინინგის მოცვის მაჩვენებელს (Fang & Ragin, 2020)

საზოგადოებრივი ჩართულობის სტრატეგიების ეფექტურობას ადასტურებს აშშ-ს აფროამერიკულ მოსახლეობისთვის ჩატარებული 4-კვირიანი საგანმანათლებლო პროგრამის შედეგები, რომელიც შეეხებოდა ფილტვის კიბოს და მისი ადრეული აღმოჩენის მეთოდის - დაბალდოზიანი კომპიუტერული ტომოგრაფიის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას. ამ პროგრამის შედეგებმა აჩვენა ფილტვის კიბოს სკრინინგის შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდა, მონაწილეთა 45%-მა გამოთქვა მზაობა სიგარეტისთვის თავის დანებების, სკრინინგისთვის შესაბამისი კონტინგენტის 38%-მა მიმართა სკრინინგს (Williams et al., 2021).

ფაქტია, რომ ქალაქის და სოფლის მოსახლეობას შორის განსხვავებულია ცოდნის დონე საშილოსნოს ყელის კიბოსა და მისი სკრინინგის შესახებ. 6 განვითარებულ ქვეყანაში მიმოიხილეს ამ განსხვავების შესამცირებლად ჩატარებული სოციალურ კოგნიტიურ თეორიაზე დაფუძნებული კულტურულ თავისებურებებზე მორგებული მასალების გამოყენებით საშილოსნოს ყელის სიმსივნის საგანმანათლებლო პროგრამები. ეს პროგრამები მოიცავდა ბაზისურ ინფორმაციას საშილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ, ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, ბარიერებს და მათი გადალახვის სტრატეგიებს, და ლოკალურად ხელმისაწვდომ რესურსებს. ამ საგანმანათლებლო ჩარევებმა გაზარდა საშილოსნოს კიბოს სკრინინგის მოცვა სოფლის პოპულაციაში. თუმცა, ამ კვლევებმა ასევე აჩვენა, რომ საგანმანათლებლო პროგრამების შედეგები არის ხანმოკლე, რაც ცხადყოფს, რომ უმნიშვნელოვანესია, ხანგრძლივ შედეგებზე ორიენტირებული სტრატეგიების შემუშავება სოფლის მოსახლეობის განათლების კუთხით (Zhang et al., 2022)

კიბოს პრევენციული ქცევის ჩამოყალიბება ადამიანებში მნიშვნელოვნად გაზრდის კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას. სოციოეკონომიკური სტატუსი განაპირობებს ჯანმრთელობის დაზღვევაზე, ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას.

ვინაიდან კიბოს დიაგნოზი გამომდინარეობს გენომის, გარემოს და სოციალური ფაქტორების (სოციოეკონომიკური სტატუსი, განათლება, კულტურა, ენა, წიგნიერება) ერთობლიობიდან, ამიტომ კიბოს პრევენციის სტრატეგიებიც, რომელიც გავლენას იქონიებს კიბოს პრევენციის ქცევებსა და კიბოს გამოსავალზე, ამ მიმართულებით უნდა დაიგეგმოს.

კიბოს პრევენციის ეფექტური მიდგომები შესაძლებელია განხორციელდეს საზოგადოების და ჯანდაცვის სისტემის დონეზე საზოგადოების უშუალო ჩართვით. გარდა საზოგადოებისთვის მხოლოდ ინფორმაციის მიწოდების სტრატეგიისა, ისეთი პროგრამები, რომლებიც მოიაზრებს საზოგადოების აქტიურ მონაწილეობას და ჩართულობას, პასუხისმგებლობის აღებას პროგრამის იმპლემენტაციაზე, განვითარებასა და შეფასებაზე, უფრო ხანგრძლივი ეფექტის მომტანი იქნება. ასეთი ტიპის პროგრამები დააკავშირებს ერთმანეთთან ჯანდაცვის მუშაკებს და საზოგადოებას, და საშუალებას მისცემს საზოგადოებას, მთავარ პროგრამები საკუთარ მოთხოვნილებებს. ასეთი კულტურულად (ეთნიკურად) და ლინგვისტურად მორგებული და გამართული კიბოს პრევენციის და სკრინინგის შესახებ ცოდნის მიღების მოდელები გააუმჯობესებს კიბოს გამოსავალს.

კიბოს წარმატებული პრევენციის პირველი საფეხურია განათლება. განათლება თავისთავად წარმოადგენს ჯანმრთელობის დამოუკიდებელ პროტექტორულ ფაქტორს. საგანმანათლებლო აქტივობები, რომელიც მიწოდებულია საზოგადოებისთვის მოსახერხებელ ადგილებში (ეკლესია, საზოგადოებრივი ცენტრები, ან სკოლა) მარტივად აღსაქმელი ფორმით (კულტურალურად და ენობრივად გამართული) განაპირობებს ამ ჩარევის ეფექტურობას. საზოგადოების განათლება, სკრინინგზე წვდომა, სკრინინგზე მიმართვის გაზრდა - ესაა ქმედებების კომბინაცია, რომელიც შეამცირებს კიბოს ადრეული გამოვლენის ხარვეზებს. ტრანსპორტირებისთვის გეოგრაფიული ბარიერის დასაძლევად, ზოგიერთ, მაგალითად, საზღვრისპირა რეგიონებში ტელე- და მობილური ტექნოლოგიების დანერგვა, მნიშვნელოვანი დამხმარე საშუალებად იქცევა. ადამიანების წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე შესაძლებელია სხვადასხვა არხით. მაგალითად, ჯანდაცვის სისტემაში შესაძლებელია კიბოს პრევენციის სტრატეგიების ინტეგრაცია პოპულაციაზე დაფუძნებულ ზოგად ჯანდაცვის სტრატეგიებთან. მაგალითად, გრიპის ვაქცინაციაზე მისულ ადამიანს შესაძლებელია შეახსენონ კიბოს სკრინინგის შესახებ, ან ადგილზე შეათავაზონ სკრინინგული ტესტის ჩატარება. ადამიანის ქცევაზე უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სხვადასხვა ექიმის რეკომენდაციას. პირველადი ჯანდაცვის, ან ნებისმიერი რგოლის ექიმის რჩევას მნიშვნელოვნად შეუძლია განსაზღვროს ადამიანის ქცევა. აქედან გამომდინარე, ექიმების ქცევების შესწავლას და მათზე ზემოქმედებას ასევე აქვს განსაზღვრელი მნიშვნელობა (Lopez et al., 2019).

ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდის მხრივ მნიშვნელოვანი როლი აქვს მედიას. მედიის მიერ ჩატარებული კამპანიები ხაზს უსვამენ კიბოსთან ბრძოლის მნიშვნელობას. ზოგჯერ ეს კამპანიები ზრდის კიბოთი გამოწვეულ შფოთვისას, და მის პრევენციასთან მიმართებით ადამიანი სკეპტიკური ხდება. ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემამ 2022 წელს დაიწყო ახალი მიდგომის დანერგვა - კიბოს მიმართ შიშის დაძლევა, და არა კონკრეტულ სიმპტომებზე ფოკუსირება. მთავარი მიდგომა შემდეგია, როდესაც ფიქრობ, რომ კარგად არ ხარ, ჯობია მიმართო ექიმს, და საჭიროებისამებრ, დაიწყო ადრეული მკურნალობა, რაც ზრდის შედეგის დადებით გამოსავალს (NHS, 2022).

დასკვნა

ავთვისებიანი სიმსივნეები წარმოადგენს სიკვდილობის მეორე მიზეზს მთელს მსოფლიოში. კიბოთი სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებელი დიდწილად დაკავშირებულია ავთვისებიანი სიმსივნეების მოგვიანებით სტადიაზე გამოვლენასთან. სიმსივნის გვიან სტადიაზე გამოვლენა შეიძლება უკავშირდებოდეს მათ შესახებ მოსახლეობის დაბალ ინფორმირებულობას. ონკოლოგიური დაავადებების სიმპტომების, საყურადღებო ნიშნებისა და არსებული სკრინინგული კვლევების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასება საშუალებას იძლევა დაიგეგმოს და დაინერგოს ეფექტური პრევენციული და ადრეულ გამოვლენაზე მიმართული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები. ვინაიდან საქართველოში, როგორც აღვნიშნეთ, არ არსებობს მონაცემები სიმსივნური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შესახებ, უპირველეს ყოვლისა, მნიშვნელოვანია ქვეყნის მასშტაბით მოხდეს მონაცემების შეგროვება და შეფასება. აღნიშნული ცოდნა საშუალებას მოგვცემს, საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით, დაინერგოს

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეფექტური პროგრამები, რათა ეროვნულ დონეზე მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით შემცირდეს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2017). კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2017-2020. <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f4ebcc3c-5b3e-4ffb-8244-258746af6452>
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). კიბოს პოპულაციური რეგისტრის სამი წლის შედეგები, 2015-2017.
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2019). ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის პროგრამა; <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=01b47a1e-6814-4f55-9f18-1b9b7c79efb3>
- Abeje S, Seme A, Tibelt A. (2019). Factors associated with breast cancer screening awareness and practices of women in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Women's Health* 19, 4.
- Algamdi M, Gonzales A, Farah E. (2021). Awareness of Common Cancer Risk Factors and Symptoms in Saudi Arabia: A Community-Based Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 1;22(6):1813-1819.
- World Health Organization. (2020). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva.
- Birtwistle M. (2014). Analysis Saving lives and averting costs? The case for earlier diagnosis just got stronger. *Cancer News.* London.
- Chemos I, Mpugu SK. (2022). Cancer-Related Knowledge and Risk Perception among Secondary School Students in Central Uganda; Makerere University, Kampala, Uganda. *Open Access Library Journal*, Volume 9.
- Fang CY, Ragin CC. (2020). Addressing Disparities in Cancer Screening among U.S. Immigrants: Progress and Opportunities *Cancer Prev Res (Phila)*, 13 (3): 253–260 <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0249>
- Sarma EA, Rendle KA, Kobrin SC. (2020). Cancer symptom awareness in the US: Sociodemographic differences in a population-based survey of adults. *Prev Med.* Mar;132:106005.
- Elmunzer BJ, Hayward RA, Schoenfeld PS, Saini SD, Deshpande A, Waljee AK. (2012). Effect of flexible sigmoidoscopy-based screening on incidence and mortality of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med.* 9(12):e1001352.
- Sedeta E, Sung H, Laversanne M, Bray F, Jemal A. (2023). Recent Mortality Patterns and Time Trends for the Major Cancers in 47 Countries Worldwide. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Jul 5;32(7):894-905.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; (<https://gco.iarc.fr/today>, accessed February 2021)
- Chidyaonga-Maseko F, Chirwa ML, Muula AS. (2015). Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. *Pan Afr Med J.* 21:231.
- Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries

- Gulbiani L, Topuridze M, Todua T, Sarashvili N, Abzianidze T, Kochlamazashvili M, Butsashvili M. (2022). AWARENESS OF CANCER SCREENING AMONG GEORGIAN PRIMARY CARE PHYSICIANS. *Georgian Med News*. 322:53-58.
- Hussain I, et al. (2022). A national survey to assess breast cancer awareness among the female university students of Pakistan *PloSOne*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262030>
- Islam JY, Khatun F, Alam A. et al. (2018). Knowledge of cervical cancer and HPV vaccine in Bangladeshi women: a population based, cross-sectional study. *BMC Women's Health* 18, 15.
- Karadeniz H, Cetinkaya F. (2020). Knowledge levels and attitudes of adult individuals about cancer and its risk factors. *Niger J Clin Pract*. 23(11):1607-1614.
- Yadav K, Hariprasad R, Gupta R, Upadhayay S, Sharma V, Kumari M, Mehrotra R, Kumar S, Gupta S, Singh S. (2022). Cancer awareness & its association with demographic variables & mobile phone usage among the rural population of a district in north India. *Indian J Med Res*. 156(1):94-103.
- Oswal K, Kanodia R, Pradhan A, Nadkar U, Avhad M, Venkataramanan R, Sethuraman L, Caduff C, Purushotham A. (2020). Assessment of Knowledge and Screening in Oral, Breast, and Cervical Cancer in the Population of the Northeast Region of India. *JCO Glob Oncol*. 6:601-609.
- Lizama N et al. (2020). Awareness of cancer risk factors and protective factors among Australian adults. *Health Promot J Austr*. Jan;31(1):77-83.
- Williams LB, Looney SW, Joshua T, McCall A, Tingen MS. (2021). Promoting Community Awareness of Lung Cancer Screening Among Disparate Populations: Results of the cancer-Community Awareness Access Research and Education Project. *Cancer Nurs*. 01;44(2):89-97.
- Maringe C, Walters S, Rachet B, Butler J, Fields T, Finan P, Maxwell R, Nedrebø B, Pählman L, Sjövall A, Spigelman A, Engholm G, Gavin A, Gjerstorff ML, Hatcher J, Johannesen TB, Morris E, McGahan CE, Tracey E, Turner D, Richards MA, Coleman MP. (2013). ICBP Module 1 Working Group. Stage at diagnosis and colorectal cancer survival in six high-income countries: a population-based study of patients diagnosed during 2000-2007. *Acta Oncol*. 52(5):919-32
- Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A, Ferlay J, Andersson TM et al. (2019). Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995-2014 (ICBP SURVMARK-2): a population-based study. *Lancet Oncol*. 20(11):1493-1505.
- Zhang M, Sit JWH, Chan DNS, Akingbade O, Chan CWH. (2022). Educational Interventions to Promote Cervical Cancer Screening among Rural Populations: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 4;19(11):6874.
- Ajayi MP, Amoo EO, Olawande TI, Iruonagbe TC, Adekeye OA. (2019). Awareness of Breast and Cervical Cancer among Women in the Informal Sector in Nigeria. *Open Access Maced J Med Sci*. 7(14):2371-6.
- Tfaily MA. et al., (2019). Awareness of Colorectal Cancer and Attitudes Towards Its Screening Guidelines in Lebanon, *Ann Glob Health*. 85(1):75.
- Berbecka M. et al., (2020). Awareness of gastrointestinal tract malignancies among the population of Lublin province (Eastern Poland) - A cross-sectional study, *Ann Agric Environ Med*. 27(3):469-475. doi: 10.26444/aaem/113469. Epub 2019 Dec 20.
- Taneja N, Chawla B, Awasthi AA, Shrivastav KD, Jaggi VK, Janardhanan R. (2021). Knowledge, Attitude, and Practice on Cervical Cancer and Screening Among Women in India: A Review; *Cancer Control*. 28:10732748211010799. doi: 10.1177/10732748211010799
- NHS Chief launches new campaign to combat the fear of Cancer. 2022 March 1. <https://www.england.nhs.uk/2022/03/nhs-chief-launches-new-campaign-to-combat-the-fear-of-cancer/>
- Niksic M. et al., (2016). Is cancer survival associated with cancer symptom awareness and barriers to seeking medical help in England? An ecological study. *Br J Cancer*.;115(7):876-86. doi: 10.1038/bjc.2016.246. Epub 2016 Aug 18

- Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG. et al., (2022). Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review, *BMC Women's Health* 22:486
- Rucinska M, Sroda R, Wilk O, Saied A, Miloszewski J, Sugajska A, Osowiecka K. (2021). Polish High School Students' Knowledge about Cancer; *Int J Environ Res Public Health*. 18(9):4765. doi: 10.3390/ijerph18094765
- Islam RM, Billah B, Hossain MN, Oldroyd J. (2017). Barriers to Cervical Cancer and Breast Cancer Screening Uptake in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review; *Asian Pac J Cancer Prev*. 18(7):1751-1763. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.7.1751
- Ryan AM, Cushen S, Schellekens H. (2015). Poor awareness of risk factors for cancer in Irish adults: results of a large survey and review of the literature. *Oncologist*. 20(4):372-8.
- Warren Andersen S, Zheng W, Steinwandl M, Murff HJ, Lipworth L, Blot WJ. (2022). Sociocultural Factors, Access to Healthcare, and Lifestyle: Multifactorial Indicators in Association with Colorectal Cancer Risk. *Cancer Prev Res (Phila)*. 1;15(9):595-603.
- Laxmi S. & Khan J. (2013) Does the cancer patient want to know? Results from a study in an Indian tertiary cancer center; *South Asian J Cancer*. 2(2): 57–61.
- Stubbings S et al, Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer, *Br J Cancer*. 2009 Dec 3; 101(Suppl 2): S13–S17. doi: 10.1038/sj.bjc.6605385
- Timothy P Hanna et al; Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>
- Su TT, Goh JY, Tan J. et al. (2013). Level of colorectal cancer awareness: a cross sectional exploratory study among multi-ethnic rural population in Malaysia. *BMC Cancer* 13, 376.
- Walters S, Maringe C, Coleman MP, Peake MD, Butler J. et al., (2013). ICBP Module 1 Working Group. Lung cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK: a population-based study, 2004-2007. *Thorax*. 68(6):551-64.
- Zavoral M, Suchanek S, Majek O, Fric P, Minarikova P, Minarik M, Seifert B, Dusek L. (2014). Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress. *World J Gastroenterol*. 14;20(14):3825-34.



მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობა პალიატიურ მზრუნველობაში
მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველოს რეალობა

Importance of multidisciplinary approach in palliative care, world practice and reality
of Georgia

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.13>

თამრიკო ბულია^{1a}, თინა ბერუჩაშვილი^{1b}, იოსებ აბესაძე^{1,2c}, ფატი ძოჭენიძე^{3d}

Tamriko Bulia^{1a}, Tina Beruchashvili^{1b}, Ioseb Abesadze^{1,2c}, Pati dzotsenidze^{3d}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

³ საქართველოს ეროვნული უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

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

² Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia

³ National University of Georgia, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

კვლევის მიზანია მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობის დადგენა პალიატიურ მზრუნველობაში და საქართველოში ამ მხრივ არსებული გამოწვევების შესწავლა. კვლევამ აჩვენა გეოგრაფიული დისბალანსი პალიატიური ზრუნვის სფეროში, კერძოდ, ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა ქვეყნის 76 მუნიციპალიტეტიდან დაშვებულია მხოლოდ თბილისში და 6 მუნიციპალიტეტში. მულტიდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკაში განსახორციელებლად და პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია: ამბულატორიული პალიატიური ზრუნვის ხელმისაწვდომობისა და დაფინანსების გაზრდა, პალიატიური ზრუნვის თანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება მთელს საქართველოში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გადამზადება პალიატიურ მედიცინაში, პალიატიური ზრუნვის საწოლფონდის გაზრდა და მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა, პალიატიური ზრუნვის ინტეგრაცია ჯანდაცვის სისტემებში.

საკვანძო სიტყვები: პალიატიური ზრუნვა, მულტიდისციპლინური მიდგომა, ჰოსპისური ზრუნვა, ჯანდაცვა.

ციტირება: თამრიკო ბულია, თინა ბერუჩაშვილი, იოსებ აბესაძე, ფატი ძოჭენიძე. მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

^a tamriko.bulia@ug.edu.ge

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6733-3467>

3467

^b t.beruchashvili@ug.edu.ge, ^c Ioseb.abesadze@gmail.com, ^d p.dzotsenidze@seu.edu.ge

The purpose of the study is to determine the importance of a multidisciplinary approach in palliative care and to study the challenges in this regard in Georgia. The study showed a geographical imbalance in the field of palliative care, in particular, the state program of ambulatory palliative care is allowed only in Tbilisi and 6 municipalities out of 76 municipalities of the country. In order to implement multidisciplinary palliative care in practice and improve the quality of life of patients and their family members, it is necessary to: increase access to and financing of ambulatory palliative care, equal geographic distribution of palliative care throughout Georgia, retraining of the primary care link in palliative medicine, increasing the palliative care bed fund and creating multidisciplinary palliative care teams, Integration of palliative care into health care systems.

Keywords: Palliative care, Multidisciplinary approach, Hospice care, Health care.

Citation: Tamriko Bulia, Tina Beruchashvili, Ioseb Abesadze, Pati dzotsenidze. Importance of multidisciplinary approach in palliative care. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ადამიანის ჯანმრთელობაში მოიაზრება როგორც „ფიზიკური, მენტალური და სოციალური მთლიანობის დინამიური მდგომარეობა“ და არა მხოლოდ დაავადების არქონა (WHO, 1948). შესაბამისად, ადამიანის ფიზიკურ პრობლემას მრავალგანზომილებიანი და მრავალასპექტიანი მიდგომა ჭირდება. სწორედ ამის დასტურად, 1977 წელს ჯორჯ ენჯელმა გამოთქვა ვარაუდი, რომ ბიოფსიქოსოციალური ფაქტორები განაპირობებენ დაავადებისადმი მოწყვლადობას, სიმძიმის ხარისხს და ზოგადად დაავადების კურსს და დაასკვნა რომ ბიოსამედიცინო დუალისტური მოდელი არაეფექტურია. ჯორჯ ენჯელი მოგვიწოდებს, რომ „ადამიანი უნდა განიხილებოდეს როგორც ინდივიდი და პიროვნება სოციალურ კონტექსტში სადაც გათვალისწინებულია მისი სოციალური გარემო და პიროვნებათაშორისი ურთიერთობები“ (Engel, 1977). სწორედ მისმა ამ ფილოსოფიამ ჩაუყარა საფუძველი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის წარმოშობას, ეს უკანასკნელი კი საფუძველად დაედო მულტიდისციპლინური მიდგომის განვითარებას მედიცინაში.

პიროვნებაზე ორიენტირებული მოდელი კრიტიკულად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ქრონიკული, პროგრესირებადი, განსაკუთრებით კი უკურნებელი დაავადებების მქონე პაციენტებში, სადაც იზრდება ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საჭიროება, შესაბამისად აუცილებელი ხდება პაციენტისთვის მულტიდისციპლინური მზრუნველობის გაწევა (Beng, 2004). საადის, მოდერიოს და მოსინის თქმით, დაავადებაზე ორიენტირებული ეფექტური ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი უნდა შეიცვალოს პაციენტზე და თვით პიროვნებაზე ორიენტირებულ მიდგომად (Saad et al., 2017). სწორედ ასეთ მიდგომას ემყარება პალიატიური მზრუნველობა და ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობა უფრო ადრე შეიქმნა ვიდრე ვიდრე ჯორჯ ენჯელის ბიოფსიქოსოციალური თეორია, სავარაუდოა, რომ სწორედ მან მისცა ბიძგი ამ მოდელის შექმნა-იმპლემენტაციას.

ტერმინი პალიატიური მზრუნველობა წარმოიშვა ლათინური სიტყვა „Pallium“გან, რაც ნიშნავს ლაზადას/ნიღაბს. ამ დარგის წარმოშობა განაპირობა ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტთა რაოდენობის გაზრდამ, რომლებიც განიცდიან უდიდეს ტანჯვას და კომპლექსურ სამედიცინო-სოციალურ მზრუნველობას საჭიროებენ. (კორძაია და სხვ., 2005).

პალიატიურმა მზრუნველობის მულტიდისციპლინურმა მიდგომამ განსაკუთრებული დატვირთვა შეიძინა XX ბოლოსა და XXI საუკუნის დამდეგს, როდესაც სოციო-ეკონომიკური პირობების მკვეთრი გაუმჯობესების, ტექნოლოგიებისა და მედიცინის განვითარების ფონზე, მასობრივად აღინიშნა მოსახლეობის გლობალური დაბერება, რასაც მოყვა ქრონიკული და მოპროგრესირე დაავადებებისა და ონკოლოგიურ პაციენტთა რაოდენობის ზრდა. 1970 წელს ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ეგიდით ექსპერტთა ჯგუფმა დაიწყო მუშაობა 40ზე მეტ სახელმწიფოში, მათ შორის დიდი ბრიტანეთი, აშშ, კანადა, ცენტრალური ევროპის ქვეყნებსა და ავსტრალიაში, ხოლო 1996 წელს ტერმინი „პალიატიური მზრუნველობა“

ჩართული იქნა Index Medicus ში დაემატა განსაზღვრებებს „ტერმინალური მზრუნველობა“ და „ჰოსპისი“. 1990 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ შემოგვთავაზა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება და ამოცანები, რომლის თანახმადაც: „*პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს მრავალპროფილურ მზრუნველობას ქრონიკული უკურნებელი დაავადებებით დაავადებულ პაციენტებზე და მისი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა სიმპტომთა მოხსნა და კონტროლი, ასევე პაციენტთა ფსიქოლოგიური და სოციალური მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მთავარი მიზანი არის პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება*“ (კორძაია და სხვ., 2005).

2002 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ გააფართოვა მიდგომა პალიატიური მზრუნველობისადმი და ჩამოაყალიბა უფრო ფართო განსაზღვრება, რომლის თანახმადაც პალიატიური მზრუნველობის კონტიგენტს წარმოადგენს ნებისმიერი ქრონიკული უკურნებელი დაავადებით დაავადებული ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტი, ხოლო ამოცანებს წარმოადგენს ტკივილის მართვა, სიმპტომთა კონტროლი და ასევე პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი საჭიროებების დაკმაყოფილება. (კორძაია და სხვ., 2005).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად სადღეისოდ პალიატიური მზრუნველობა „არის მიდგომა, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასებისა და მკურნალობის შედეგად, ტანჯვის პრევენციის და შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს, რომლებსაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო ან სიცოცხლის შემზღვეველ დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები“. (WHO, 2022)

საქართველოს კანონმდებლობაში პალიატიური მზრუნველობის ბოლო განსაზღვრება ფორმულირდება შემდეგნაირად „*პალიატიური მზრუნველობა – მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს*“ (საქართველოს კანონი 2023).

პალიატიური მზრუნველობის ამ ბოლო განსაზღვრების ჰოლისტიური ბუნების მიუხედავად, არსებული კვლევების საფუძველზე საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სერვისები ვერ ითვალისწინებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას და ვერ სთავაზობს პაციენტებს სრულყოფილ სერვისებს (გოგოხია და სხვ, 2021) და ძირითადად მოიაზრებს ფიზიკური სიმპტომების მართვას (Chikhladze et al., 2018).

კვლევის მიზანია მულტიდისციპლინური პალიატიური ზრუნვის დანერგვის ბარიერების შეფასება საქართველოში, მულტიდისციპლინური მიდგომის მნიშვნელობის განსაზღვრა და არსებული საჭიროებების ფონზე მულტიდისციპლინური ზრუნვის გავლენის შესწავლა უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე.

მეთოდოლოგია

არსებული ლიტერატურის მიმოხილვისას მთავარ გზამკვლევად არჩეულ იქნა პალიატიური მზრუნველობის ჰოლისტიური არსი და მისი განხორციელებისათვის საჭირო კრიტერიუმები, ხოლო კონკრეტულად საქართველოსთან მიმართებაში განხილული იქნა არსებული სერვისების შეფასებები. ამისათვის, გამოყენებული იქნა ისეთი სამეცნიერო ელექტრონული პლატფორმები, როგორც არის Pub Med, Science Direct, Google Scholar და ასევე ოფიციალური სახელმწიფო ვებ გვერდები.

პალიატიური მზრუნველობის სფეროში მულტიდისციპლინური სერვისების მნიშვნელობის შეფასება

როგორც დასაწყისში ვახსენეთ, ჯორჯ ენჯელი არაეფექტურად მიიჩნევს მხოლოდ დაავადების ფიზიკურ ასპექტებზე ორიენტირებულ ბიოსამედიცინო მოდელს და საჭიროდ თვლის, რომ ადამიანი უნდა განიხილებოდეს უფრო ფართო სოციალურ და ფსიქოლოგიურ კონტექსტში და გთავაზობს ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს. მსგავსი იდეის ანარეკლს ვხვდებით თანამედროვე ტიპის ჰოსპისის დამფუძნებლის სესილი სანდერსის მიდგომაშიც, რომელმაც 1967 წელს განაცხადა რომ პალიატიური მზრუნველობისა და ჰოსპისის მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების მქონე ადამიანის ტანჯვის შემსუბუქება ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემების ადრეული გამოვლენითა და მართვით, ასევე მისი ოჯახის წევრების სულიერი და სოციალური თანადგომით (Dzingina & Higginson, 2015). სესილი სანდერსისა და მისი კოლეგების დაკვირვებით სიცოცხლის დასასრულ ადამიანის ფასეულობათა სისტემაში დიდ მნიშვნელობას იძენს სულიერი, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები, რასაც ფიზიკურ საჭიროებებთან ერთად ეფექტური ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა სჭირდება, ეს კი მოითხოვს მულტიდისციპლინურ მიდგომას. (Dzingina & Higginson, 2015). გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული კომიტეტი პალიატიურ მზრუნველობას განიხილავს როგორც ჯანმრთელობის უფლების ნაწილს (Economic and Social Council, Committee on Economic, 2000). 2003 წლის ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში „ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის“ ხაზგასმულია, რომ: „პალიატიური, მზრუნველობა წარმოადგენს ჯანდაცვის განუყოფელ ნაწილს, რომელსაც პაციენტისთვის აქვს სასიცოცხლო მნიშვნელობა და ნებისმიერ პაციენტს ყოველგვარი დაგვიანების გარეშე უნდა შეეძლოს მიიღოს აღნიშნული სერვისის საჭიროების შემთხვევაში“. კომიტეტის რეკომენდაციაში ცალსახად ნათქვამია, რომ: „პალიატიური მზრუნველობა აერთიანებს პაციენტზე ზრუნვის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს, კომიტეტი აცნობიერებს რა, რომ პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია შორსწასული დაავადებებით გამოწვეულ ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ საკითხებზე, იგი მოითხოვს მაღალკვალიფიცირებული, ადექვატური რესურსებით აღჭურვილი ინტერდისციპლინურ და მულტიპროფილური გუნდის მონაწილეობას, სადაც ჩართულნი იქნებიან პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი საჭიროებების შესაბამისი კომპეტენციების მქონე ექიმი, ექთანი და ჯანდაცვის სფეროს სხვა მუშაკები“. (გოგობია და სხვ, 2021).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად პაციენტმა უნდა მიიღოს პალიატიური მზრუნველობის სერვისი უკურნებელი დიაგნოზის დადგენისთანავე, თუ ჩატარებული რადიკალური მკურნალობის მიუხედავად დაავადება პროგრესირებს და ან დიაგნოზის დადგენისას უკვე აღენიშნება დაავადების უკურნებელი სტადია. შესაბამისად, პალიატიური მზრუნველობა ფარავდა პაციენტთა 3 ჯგუფს:

- ავთვისებიანი სიმსივნის მე-4 სტადიით დაავადებული პაციენტები;
- შიდსის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტები;
- არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე დაავადებებით დაავადებული

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტები(ღვიძლის, თირკმლის უკმარისობის, გულისა და ფილტვების დეკომპენსაციის სტადიები, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შედეგები, გაფანული სკლეროზი და სხვა) (დ. კორძია და სხვ; 2005).

თუმცა, დღეისათვის ეს მიდგომა შეცვლილია და მიიჩნევა რომ პალიატიური მზრუნველობა ეფექტური და ხარჯეფექტურია დაავადების გამოვლენისთანავე, მიუხედავად დაავადების სტადიურობისა, ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობა იყენებს ჰოლისტურ მიდგომას და ადამიანს ფსიქოსოციალური და სულიერი მხარდაჭერა შეიძლება ბევრად უფრო ადრე დასჭირდეს ვიდრე დაავადების უკვე ტერმინალურ სტადიაში, ამის გათვალისწინებით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, 67-ე ასამბლეაზე წარმოდგენილი იქნა დოკუმენტი „პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ინტეგრირებული ზრუნვის კომპონენტად გაძლიერება მთელი ცხოვრების მანძილზე“, სადაც აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობა ინტეგრირებული იყოს ყველა სამედიცინო რგოლის დონეზე, სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული და ფოკუსირებული ადამიანური რესურსების გაძლიერებისა და გაზრდისკენ

და პალიატიური მზრუნველობის საკითხები უნდა იყოს გათვალისწინებული საბაზისო განათლების კურიკულუმებში. (Dzingina & Higginson, 2015) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო ექსპერტებთან ერთად გააფართოვა იმ დაავადებების და მდგომარეობების ნუსხა რომლებიც საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას. (Knaul et al., 2018)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების თანახმად, სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემა პასუხისმგებელია პალიატიური მზრუნველობის გაწევაზე და მან უნდა უზრუნველყოს შემდეგი კრიტერიუმების დაცვა: (აბესაძე და სხ., 2021)

- პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვის ყველა რგოლის დონეზე ინტეგრაცია როგორც სტრუქტურულად, ასევე დაფინანსებისა და რესურსების თვალსაზრისით;

- სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული ადამიანური რესურსების გასაძლიერებლად და უნდა ხდებოდეს ჯანდაცვის პროფესიონალების უწყვეტი განათლებისა და გადამზადების უზრუნველყოფა, ასევე პალიატიური მზრუნველობა უნდა გათვალისწინებული იქნას საბაზისო განათლების პროგრამაში;

- პალიატიურ მზრუნველობაში მულტიდისციპლინური მიდგომის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია მოხალისეების ჩართვა, რითიც მოხდება მათი სამოქალაქო პასუხისმგებლობის გაზრდა;

- მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რითიც მოხდება ტკივილისა და სხვა სიმპტომების კონტროლი. (აბესაძე და სხვ; 2021).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად პალიატიური მზრუნველობის ორი ძირითადი ორგანიზაციული ფორმა არსებობს, ესენია: პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე და სტაციონარში. სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულებებია ჰოსპისები, ონკოლოგიური დისპანსერები, მულტიპროფილური საავადმყოფოები და სტაციონარის ბაზაზე არსებული პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებები, პაციენტების დიდ ჯგუფს სახლში სურს „უკანასკნელი დღეების“ გატარება, ამიტომ მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი პალიატიური მზრუნველობის მიწოდება ბინაზე ხორციელდებოდეს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ცალსახად უსვამს ხაზს, რომ პაციენტისთვის უნდა იყოს შეთავაზებული ზრუნვის ყველა ფორმა და პაციენტმა უნდა მიიღოს სრულფასოვანი სერვისი, მოვლის ბრიგადაში კი უნდა შედიოდნენ ექიმები, ექთნები, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და სასულიერო პირი. (კორმაია და სხვ., 2005) ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის შესასწავლად და ეფექტური ინტეგრაციისთვის შესაბამისი მოთხოვნების ჩამოსაყალიბებლად ევროპაში 33 საერთაშორისო ექსპერტის მონაწილეობით ჩატარდა კვლევა, რომლებმაც ჩამოაყალიბეს 8 ძირითადი მოთხოვნა: (Payne et al., 2019)

1. პალიატიური მზრუნველობის კოორდინაცია;
2. პაციენტის ადრეული დიაგნოსტიკა და იდენტიფიკაცია;
3. პაციენტზე ფოკუსირებული მიდგომა;
4. უწყვეტი სამედიცინო მომსახურება;
5. მიმწოდებელი რგოლის უწყვეტი განათლება/გადამზადება;
6. ზრუნვის სისტემის დანერგვის სტანდარტული მოდელი და სკრინინგის ინსტრუმენტი;
7. ინფორმაციის გაზიარების მაღალტექნოლოგიური სისტემა;
8. სახელმწიფოს მხარდაჭერა, რეგულაციები და დაფინანსება. (Payne et al., 2019)

ექსპერტები აღნიშნავენ, ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის არის უწყვეტ სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და მხარდაჭერა არა მხოლოდ ზრუნვის დროს, არამედ პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც. (Payne et al., 2019) და ყოველივე ეს წარმოადგენს მატრიცას ბიოფსიქოსოციალური მიდგომისათვის.

კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა სამი ძირითადი დონე, სადაც შესაძლებელია მოხდეს პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია: (Payne et al., 2019)

მაკრო - ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიების შემუშავების გეგმაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა;

მეზო - რეგიონული და ადგილობრივი დაქვემდებარების ჯანდაცვის მომსახურებაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა;

მიკრო - პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების დონეზე მუშაობა, რათა მოხდეს პალიატიური მზრუნველობის კოლაბორაცია სამედიცინო დარგებთან როგორცაა ონკოლოგია, ნევროლოგია, გერიატრია. (Payne et al., 2019)

ექსპერტთა კონსენსუსში ხაზგასმული იყო რომ, ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია დიაგნოზის დადგენისთანავე ადრეული ჩარევა და სიცოცხლის დასასრულის ჩათვლით მოვლა. (Payne et al., 2019)

კვლევის ბოლოს ექსპერტების მიერ ცალსახად ითქვა, რომ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობისათვის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს მულტიდისციპლინური მიდგომა, ასევე დასახელებულ იქნა ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის პრიორიტეტები და ბარიერები. (Payne et al., 2019)

განათლება მიჩნეულ იქნა მთავარ პრიორიტეტად და მოიაზრებოდა არა მხოლოდ ექიმისა და ექთნის, არამედ ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკისთვისაც, განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განათლებაზე; ადვოკატირება და ცნობიერების ამაღლება, ზრუნვის პოლიტიკის შემუშავება, ხარისხიანი მზრუნველობის უზრუნველყოფა, ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება და დაფინანსება ასევე მიჩნეულ იქნა პრიორიტეტებად. ბარიერებიდან გამოვლინდა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ ნაკლები ცნობადობა, ასევე ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ნაკლებად ჩართულობა და ფინანსური რესურსის ნაკლებობა. (Payne et al., 2019), 8გვ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობისთვის აუცილებელია ფოკუსირება პაციენტზე და ამისთვის ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში აუცილებელია გაძლიერდეს პერსონალის განათლების, იურიდიული და ეკონომიკური საკითხების მხარდაჭერა. (den Herder-van der Eerden et al., 2017).

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში პალიატიურ მზრუნველობაში მოხდა ადამიანის უფლებათა სტანდარტების მნიშვნელოვანი გაძლიერება, თუმცა მეტი მუშაობაა საჭირო რადგან მრავლადაა ისეთი პაციენტები რომლებიც მკურნალობენ ბინაზე და ვერ იღებენ მათთვის საჭირო სერვისს, განსაკუთრებით ფსიქოსოციალურ დახმარებას. (Ezer et al., 2018). აღსანიშნავია, რომ პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების 86%, ვერ იღებს აღნიშნულ სერვისს, თემის (საცხოვრებელი გარემოს) დონეზე. პაციენტთა დიდ ნაწილს სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში ურჩევნია საკუთარ ოჯახში ყოფნა, ამიტომ მათ უნდა ქოდნეთ შესაძლებლობა სერვისი მიიღონ ბინაზე. ამისთვის „ძალიან მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია პირველად ჯანდაცვაში როგორც სამედიცინო, ასევე მორალური თვალსაზრისით“ (აბესაძე და სხვ., 2021).

პალიატიური მზრუნველობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთავარ გამოწვევად აქვს მოხსენიებული მინგინასა და ჰიგინსონს თავიანთ სტატიაში, სადაც პროგნოზირებენ რომ პალიატიური მზრუნველობის სერვისზე მოთხოვნა გაიზრდება (Dzingina & Higginson, 2015). სტატიაში მთავარ პრობლემად წარმოჩენილია, რომ ჯერ არ არსებობს საკმარისი ინფორმაცია სერვისების ხარჯეფექტურობის შესახებ, თუმცა არსებობს მტკიცებულება, რომ პალიატიური მზრუნველობა ამცირებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროებას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიო მოსახლეობის 20 მილიონი (6% ბავშვი და 67% > 60წელი) საჭიროებს ყოველწლიურად პალიატიურ მზრუნველობას. ონკოლოგიური პაციენტები შეადგენენ ამ რიცხვის მესამედს. ასევე ხაზგასმულია გაეროს შეფასება რომლის მიხედვითაც 2008 წელს განვითარებულ ქვეყნებში გულის იშემიური დაავადებით ცერებროვასკულარული დაავადებით და ფქოდ გარდაცვალება საერთო მაჩვენებლის 80% იყო; რითიც ავტორები ხაზს უსვამენ პალიატიური მზრუნველობის აქტუალობას ქრონიკული პროგრესირებადი არაონკოლოგიური დაავადების დროს. (Dzingina & Higginson, 2015).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემებისა და მოხუცთა სახლებს დიდი როლი აკისრიათ პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიწოდებაში. ქრონიკული მოპროგრესირე

დაავადებების მქონე პაციენტების ეპიდემიოლოგიური მონაცემების გათვალისწინებით მაღალია მოთხოვნა პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტერვენციისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად მულტიდისციპლინური გუნდის ინტეგრაციისა. ჯანდაცვის ყველა რგოლის დონეზე სათანადო მოვლის უზრუნველსაყოფად, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის სისტემებისა და მოხუცთა სახლების ჩართვა შესაბამის სერვისებში. (Gómez-Batiste et al., 2012).

ერთ-ერთი კვლევა, რომელიც მოიცავდა 5 ქვეყანას (ინგლისი, გერმანია, ნიდერლანდები, იტალია და ნორვეგია), გამოვლინდა კიბოსა და დემენციის მქონე პაციენტებში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების დაბალი ჩართულობა (Iliffe et al., 2016). კვლევებმა აჩვენა, რომ ხშირ შემთხვევაში დროულად არ ხდება პაციენტის საჭიროებების იდენტიფიკაცია, რაც გამოწვეულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განათლებისა და გამოცდილების დეფიციტით (van der Stap et al., 2022).

ზოგადი პრაქტიკოსების ჩართულობას დიდი როლი აქვს დაავადების მიმდინარეობაშიც, ვინაიდან პირველად ჯანდაცვას ევალუა პაციენტისთვის უწყვეტი სამედიცინო მზრუნველობის უზრუნველყოფა, საჭირო მედიკამენტების მიწოდება, მათ შორის მორფინის, ასევე საჭიროების შემთხვევაში მულტიდისციპლინური გუნდის ჩართულობა (ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი). (აბესაძე და სხვ., 2021). „პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციამ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში შეიძლება დაზოგოს თანხა ჯანდაცვის სისტემებისთვის და უზრუნველყოს პაციენტების ოჯახების დაცვა ფინანსური რისკებისგან, ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ მომსახურებებზე დამოკიდებულებების შემცირების გზით“. (აბესაძე და სხვ., 2021).

პროგრესირებადი ქრონიკული დაავადებების რიცხვის ზრდის გამო მეიოს კლინიკის ბაზაზე ჩატარდა მიმოხილვა სადაც აქცენტირებულია, რომ ჯანდაცვის ყველა რგოლს აქვს დიდი მნიშვნელობა, თუმცა ადამიანების დიდ ნაწილს პალიატიურ მზრუნველობას უწევს ბინაზე, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტები. პალიატიური მზრუნველობა მოიაზრებს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების კონტროლს და ფოკუსირებულია ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ამისათვის ახორციელებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას რათა უპასუხოს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების საჭიროებებს. სტატიაში აღწერილია 5 ამერიკული კვლევა, სადაც ამერიკელთა 70% არ იცოდა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ და ხაზგასმულია ცნობიერების დაბალი დონე. პალიატიური სერვისის მიწოდება შედეგა შემდეგი ეტაპებისგან: პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების მქონე პაციენტის გამოვლენა, პროგნოზირება, მოვლის დაგეგმვა, შეფასება, სიმპტომთა მართვა, საჭიროების შემთხვევაში გადამისამართება სტაციონარში და ჰოსპისში. (Buss et al., 2017).

მიმოხილვაში მკაფიოდ არის გამიჯნული ჰოსპისი პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარიდან. ასევე ხაზგასმულია, რომ აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაცია ქრონიკულ უკურნებელი დაავადებების დროს, ასევე მიმოხილულია ონკოლოგიური და არაონკოლოგიურ პაციენტებში ჩატარებული 6 კვლევა, სადაც ნათლად ჩანს რომ ადრეული ჩართვით პალიატიური მზრუნველობის სერვისისა პაციენტებში შემცირდა შფოთვის და დეპრესიის მაჩვენებელი, ასევე გაუმჯობესდა როგორც პაციენტების ასევე მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხი. 6 კვლევიდან 2-ში დაფიქსირდა სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებლის გაზრდა, რაც ახსნილი იყო ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებით. (Buss et al., 2017).

მსგავსი შედეგები აღინიშნა ბრაზილიაში, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექვს დაწესებულებაში ჩატარებული კვლევის პაციენტები, რომლებიც იღებდნენ სოციალურ და ფსიქოლოგიურ დახმარებას, აღნიშნებოდათ ცხოვრების უკეთესი ხარისხი და დაავადების სიმპტომების შემცირება, ასევე დეპრესიის დაბალი მაჩვენებელი. სტატისტიკურად მაღალსარწმუნო იყო კავშირი ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას, დაავადების სიმპტომებსა და დეპრესიას შორის. (Azevedo et al., 2017).

პალიატიურ მზრუნველობაში არსებობს ორი ძირითადი სახის ბარიერები: პირველი დაკავშირებულია სათანადო რესურსების არქონასთან, რაც მიუთითებს პალიატიური

მზრუნველობის სერვისების გაუმჯობესების საჭიროებას და მეორე კი სიმპტომებთან დაკავშირებულ გამოწვევებთან, რაც ჰოლისტური და პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის საჭიროებას უსვამს ხაზს, როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული სერვისის მიწოდებისას (Li et al., 2017).

პაციენტის უფლებები პალიატიურ მზრუნველობაში დაფუძნებულია თანაგრძნობაზე და ადამიანის ღირსების დაცვაზე და მისი მთავარი მიზანი არის პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება როგორც ფიზიკური სიმპტომების კონტოლი, ასევე სულიერი, ფსიქოემოციური და სოციალური მხარდაჭერა პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების (Barros de Luca et al., 2017). სწორედ ამიტომ გაეროს ეკონომიკური სოციალური კულტურული უფლებების დაცვის კომიტეტის მიერ ნათქვამია, რომ სახელმწიფოები ვალდებული არიან რომ პრევენციული, სამკურნალო და პალიატიური სერვისები გახადონ თანაბრად ხელმისაწვდომი ყველა პაციენტისთვის. (Barros de Luca et al., 2017).

პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხი პალიატიურ მზრუნველობაში

არსებობს პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების რამდენიმე მოდელი და მათგან ყველაზე სრულფასოვნად მიჩნეულია მულტიდისციპლინური მიდგომა და მისი ინტეგრაცია არსებული ჯანდაცვის სისტემაში, განსაკუთრებული აქცენტით პირველად ჯანდაცვის და ბინაზე მოვლის რგოლზე, ასევე „ადაპტაცია არსებულ კულტურულ, სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოში“ (აბესაძე და სხვ., 2021).

კვლევები ადასტურებენ, რომ პალიატიური მზრუნველობის მიწოდებისას ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უჭირავს უმნიშვნელოვანესი ადგილი არა მხოლოდ შფოთვის მოსახსნელად, არამედ ტკივილის და სხვა სიმპტომების შესამცირებლად და მომავალში საჭიროა ფსიქოლოგიური მახასიათებლების გაუმჯობესებაზე ფოკუსირება (Evangelista et al., 2016). პაციენტების ჰოლისტურ კეთილდღეობაზე ზრუნვა ისევე მნიშვნელოვანია როგორც დაავადებით გამოწვეულ სიმპტომთა მართვა, ყურადსაღებია, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა ეხმარებოდა პაციენტებს დიაგნოზის გაგების დროს პირველადი შოკის დამძლევაში, იგივეს მოწმობს კონკრეტულად ონკოლოგიური ჯგუფის პაციენტებში აღწერილი ლიტერატურა, ონკოლოგიურ პაციენტებში ონკოთერაპიასთან ერთად პალიატიური მზრუნველობის ადრეულმა დაწყებამ აჩვენა, რომ პაციენტების სტადიის, სქესის, რელიგიური კუთვნილების მიუხედავად გაუმჯობესდა პაციენტების ფსიქიკური მახასიათებლები (Rabow & Knish, 2014). სკოპინგის მიმოხილვაში გაანალიზებული კვლევების შედეგად აღწერილია კიბოს დიაგნოზის მქონე პალიატიურ პაციენტებში არაფარმაკოლოგიური გზებით ტკივილის, ტანჯვის, შფოთვის და დადლილობის შეგრძნების შემცირება როგორც ბინაზე მოვლის, ასევე სტაციონარში და ჰოსპისის პირობებში. (Coelho et al., 2017).

პალიატიური მზრუნველობის ადრეული დაწყება აუმჯობესებს პაციენტების ცხოვრების ხარისხს, რაც გამოიკვეთა ასევე ამერიკელი ავტორების მილაცოსა და ჰანსენის მიმოხილვაში, სადაც გაანალიზდა განსხვავებული დიზაინის 2010 წლიდან 2016 წლამდე ჩატარებული 3 რანდომიზირებული და 2 რეტროსპექტული კვლევა, მონაცემები უსვამდა ხაზს პალიატიური მზრუნველობის ადრეულ ჩართვის ეფექტურობას და მნიშვნელობას ონკოლოგიურ პაციენტებში. რანდომიზირებულმა კვლევებმა გამოავლინა მულტიდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ჩართვის დადებითი გავლენა პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხზე. ასევე შემცირდა შოთვისა და დეპრესიის მაჩვენებელი, ამავე დროს დაფიქსირდა დადებითი გავლენა ტკივილისა და სხვა სიმპტომთა მართვაში. აღნიშნულ მიმოხილვაში აღწერილია 5592 პაციენტის მონაწილეობით ჩატარებული რეტროსპექტული კვლევა, სადაც სიკვდილამდე 91-180 დღით ადრე პაციენტებს ქონდათ კმაყოფილების უმაღლესი მაჩვენებელი, ასევე გარდაცვალების შემდეგ ოჯახის წევრების კმაყოფილების მაღალი ხარისხის მაჩვენებელი, რაც განპირობებული იყო მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ სულიერი და ემოციური მხარდაჭერით. საგულისხმოა ასევე აქცენტი მულტიდისციპლინური გუნდის ადრეული ინტეგრაციით პალიატიურ

მზრუნველობაში ნავარაუდებია მომავალში ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება (Milazzo et al., 2020).

პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების მზრუნველობაში მათი ოჯახის წევრები მნიშვნელოვან როლს წარმოადგენენ. პაციენტების ცხოვრების ხარისხი კორელაციაშია ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხთან, რაც შესწავლილ იქნა კვლევაში სადაც 6 თვეში ერთხელ სიკვდილამდე ფასებდოდა კიბოს მქონე (მსხვილი ნაწლავი, ძუძუ, ფილტვი) პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხი. კვლევის შედეგად ცალსახა იყო რომ პაციენტების ცხოვრების ხარისხი და მათი ტანჯვა პირდაპირ კორელაციაში იყო მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხთან, ამიტომ მნიშვნელოვანია პაციენტების ოჯახის წევრების საჭიროებების რეგულარული შეფასება (Krug et al., 2016).

მსგავსი შედეგები იქნა მიღებული ავსტრალიაში ჩატარებულ კვლევაში, სადაც შესწავლილ იქნა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების მქონე ტერმინალურ პაციენტების ოჯახის წევრებში, რომელთაც 12 თვემდე სიცოცხლის ხანგრძლივობა ჰქონდათ (O'Callaghan et al., 2019). გამოვლინდა, რომ უმეტესობა ისეთივე მნიშვნელოვნად მიიჩნევდა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საჭიროებას, როგორც სიმპტომების კონტროლს. კვლევამ აჩვენა, რომ მძიმე ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა აუმჯობესებს მათი ცხოვრების ხარისხს. კვლევამ აჩვენა, რომ პალიატიური მზრუნველობა შეიქმნა პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. კვლევებმა დაადასტურა პალიატიური ზრუნვის მულტიდისციპლინური მიდგომისას კმაყოფილების უფრო მაღალი მაჩვენებელი, როგორც პაციენტების, ასევე ოჯახის წევრების მხრიდან (Bajwah et al., 2020).

მსგავსი შედეგები გამოვლინდა ჩრდილოეთ ირლანდიაში, სადაც შეფასდა არა მხოლოდ პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები, არამედ ასევე სამედიცინო პერსონალიც, გამოიკვეთა რომ ფსიქომოციური და სოციალური მხარდაჭერა კიბოთი დაავადებულებში მეტი იყო ვიდრე არაონკოლოგიურ პაციენტებში. ამავე კვლევაში გამოიკვეთა მულტიდისციპლინური მიდგომის და პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაციის საჭიროება როგორც ონკოლოგიურ ასევე არაონკოლოგიურ ჯგუფის პაციენტებში. (McIlfatrick, 2006)

პაციენტის ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუარესება გავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კვლევამ აჩვენა რომ არსებობს სტატისტიკურად სარწმუნო კორელაცია შფოთვის, დეპრესიას და ქრონიკულ დადლილობას შორის, რაც საბოლოოდ გავლენას ახდენს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტის ოჯახის წევრების საჭიროებების შეფასება და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა. (Perpiñá-Galvañ et al., 2019).

ნიუ იორკში პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების როგორც ბინაზე ასევე სტაციონარში მომუშავე 131 თანამშრომლის გამოკითხვით (ექიმები, ექთნები, ექთნის თანაშემწეები, სოციალური მუშაკები, კაპელანები, მოხალისეები, ადმინისტრატორები) რომელიც მიზნად ისახავდა სერვისების გაუმჯობესებას პაციენტის სიცოცხლის ბოლომდე მულტიდისციპლინური გუნდის ჩართულობით ხაზი გაუსვა სიცოცხლის ბოლოს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების სირთულეს, მულტიდისციპლინური და თანმიმდევრული მიდგომის აუცილებლობას ზრუნვის პროვაიდერებს შორის, სტრატეგიების ჰარმონიული ინტეგრაციით შესაძლებელია მიღწეულ იქნას სიცოცხლის ბოლომდე უწყვეტი ზრუნვა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. (Sagha Zadeh et al., 2017).

პალიატიური მზრუნველობის ადრეული ინტეგრაცია ქრონიკულ უკუზრუნველ პაციენტებში უნდა იყოს უწყვეტი და მიმართული არა მხოლოდ ფიზიკური სიმპტომებისა და ტკივილის რედუქციისკენ, არამედ ფსიქოსოციალური და ფსიქოლოგიური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. (Buss et al., 2017)

საქართველოში პალიატიური ზრუნვის გამოწვევები

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სერვისის დანერგვა დაიწყო 2000 წლიდან და პრაქტიკული განხორციელება პოვა 2004-2006 წლებში (გოგოხია და სხვ., 2021). საქართველოში გარკვეული სახის გეოგრაფიული დისბალანსია პალიატიური შინმშობლის სფეროში. კერძოდ, ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა ქვეყნის 76 მუნიციპალიტეტიდან ოფიციალურად დაშვებულია მხოლოდ თბილისში და 6 მუნიციპალიტეტში (Kiknadze & Dzotsenidze, 2018). 2021 წელს საქართველოში ფუნქციონირებდა 19 პალიატიური მზრუნველობის დაწესებულება 148 საწოლზე, რომელთაგან 73% მდებარეობდა თბილისში, 27% კი - რეგიონებში (აჭარა, იმერეთი, ქვემო ქართლი), ხოლო ამბულატორიულ სერვისებს ატარებდა 7 ამბულატორია და მათგან ნახევარი იყო დედაქალაქში, ხოლო ნახევარი დასავლეთის რეგიონში (გოგოხია და სხვ., 2021). სერვისის 19 მიმწოდებლიდან მხოლოდ 26% აღნიშნავდა მულტიდისციპლინურ მიდგომას თავიანთ დაწესებულებაში, ხოლო 7 ამბულატორიიდან მხოლოდ ერთს ყავდა სოციალური მუშაკი და 3 ამბულატორიას ფსიქოლოგი (გოგოხია და სხვ., 2021).

საქართველოში აღინიშნება სერვისის მიმწოდებელი რგოლების დაფინანსების სიმწირე, რაც შეუძლებელს ხდის მულტიდისციპლინური ზრუნვის იმპლემენტაციას პრაქტიკაში. მაგალითად, 2020 წელს სამმა დაწესებულებამ შეწყვიტა პალიატიური სერვისის მიწოდება (გოგოხია და სხვ., 2021). ასევე, სახელმწიფო დაფინანსება მოაზრებს მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის დაფინანსებას, რომელშიც არ შედის ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, მომვლელი, რაც აისახება ასევე მომსახურების ხარისხზე. საქართველოს პოპულაციაზე დაახლოებით 300-400 საწოლზეა საჭიროება, მაშინ როდესაც მხოლოდ 148 საწოლია. სტაციონარებში არ არის საკონსულტაციო სამსახური, რის გამოც ყოველდღე პაციენტის გადამისამართება. მცირე სათანადო განათლების სამედიცინო პერსონალის, სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგის რაოდენობა (გოგოხია და სხვ., 2021).

პალიატიური მზრუნველობის შესახებ კანონში ცვლილების მიუხედავად, პრაქტიკაში სრულად ცვლილებების ამოქმედება ვერ მოხერხდა და მზარდი მოთხოვნიდან გამომდინარე აუცილებელია მთელი რიგი ღონისძიებების ჩატარება საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. საქართველოში ჩატარებული ონკოლოგიურ ასევე არაონკოლოგიური პაციენტების შედარებითი ანალიზით აღმოჩნდა რომ, ორივე ჯგუფის პაციენტებში მაღალია ზრუნვის და სულიერი თანადგომის საჭიროება, რაც ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას განაპირობებს (Chikhladze et al., 2018).

პალიატიურ მზრუნველობა თავისი არსით გულისხმობს ასევე, პაციენტების ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასაც, რისი პრაქტიკული გამოცდილების დეფიციტიც არსებობს საქართველოში. პაციენტების ოჯახის წევრების გამოკითხვის შედეგად მიღებული ანალიზით საქართველოს 4 ქალაქში: თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი და თელავი, აღმოჩნდა, რომ მათთვის წინა პლანზე დგას ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაცია. თუმცა, ხშირად არის შეუსაბამობა მათ მოლოდინებსა და მიღებულ შედეგებს შორის, რაც ნეგატიურად აისახება მათი ცხოვრების ხარისხზე (Chikhladze et al., 2016).

დასკვნა

მულტიდისციპლინური პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკაში განსახორციელებლად და შესაბამისად, პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად, აუცილებელია ამბულატორიული პალიატიური ზრუნვის ხელმისაწვდომობისა და დაფინანსების გაზრდა. აუცილებელია პალიატიური ზრუნვის თანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება მთელს საქართველოში. ყველა მუნიციპალიტეტს უნდა ქონდეს ამბულატორიული და ბინაზე მოვლის სერვისი. აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გადამზადება პალიატიურ მედიცინაში. საჭიროა პალიატიური ზრუნვის საწოლფონდის გაზრდა და მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა, რომელშიც უნდა შედიოდეს, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი. პალიატიური ზრუნვის სერვისების

ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად საჭიროა პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია ჯანდაცვის სისტემებში.

გამოყენებული ლიტერატურა

კორძია დ. (2005) პალიატიური მზრუნველობა; გამომცემლობა პოლიგრაფი; ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო.

გოგობია რ, ძოწენიძე ფ, კიკნაძე ნ, მირზიკაშვილი ნ. (2021). პალიატიური მზრუნველობის არსებული სერვისები საქართველოში. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. <https://osgf.ge/paliatiuri-mzrunvelobis-arsebuli-servisebi-saqartveloshi/>

აბესაძე ი, ვახანია უ, კურატაშვილი მ, ოთიაშვილი დ, ძოწენიძე ფ, წულაძე თ, ხუბუა დ, ჯავაშვილი გ. (2021) ინტეგრირებული ზრუნვა; საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა

2023, საქართველოს კანონი. (n.d.). საქართველოს კანონი - [matsne.gov.ge. https://matsne.gov.ge/ka/document/download/4471234/0/ge/pdf](https://matsne.gov.ge/ka/document/download/4471234/0/ge/pdf)

Azevedo, C., Pessalacia, J. D., Mata, L. R., Zoboli, E. L., & Pereira, M. da. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016038003245>

Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F. E., & Higginson, I. J. (2020). The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012780.pub2>

Barros de Luca, G., Zopunyan, V., Burke-Shyne, N., Papikyan, A., & Amiryan, D. (2017b). Palliative care and human rights in patient care: An armenia case study. *Public Health Reviews*, 38(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0062-7>

Buss, M. K., Rock, L. K., & McCarthy, E. P. (2017). Understanding palliative care and hospice. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(2), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.11.007>

Chikhladze, N., Janberidze, E., Velijanashvili, M., Chkhartishvili, N., Jintcharadze, M., Verne, J., & Kordzaia, D. (2016). Mismatch between physicians and family members views on communications about patients with chronic incurable diseases receiving care in critical and Intensive Care Settings in Georgia: A quantitative observational survey. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0135-2>

Chikhladze, N., Tebidze, N., Chabukiani, T., Chabukiani, N., Chkhartishvili, N., Jincharadze, M., & Kordzaia, D. (2018). The attitudes, needs, and requirements at end of life in the Republic of Georgia (comparative analysis of groups of patients with cancer and elders). *Journal of Palliative Care*, 33(4), 252–259. <https://doi.org/10.1177/0825859718779455>

Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: A scoping review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1867–1904. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003204>

den Herder-van der Eerden, M., Ewert, B., Hodiamont, F., Hesse, M., Hasselaar, J., & Radbruch, L. (2017). Towards accessible integrated palliative care. *Journal of Integrated Care*, 25(3), 222–232. <https://doi.org/10.1108/jica-03-2017-0006>

Dzingina, M. D., & Higginson, I. J. (2015). Public health and palliative care in 2015. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.002>

ECOSOC – Economic and Social Council. (2000). *A Concise Encyclopedia of the United Nations*, 110–112. https://doi.org/10.1163/9789004481206_030

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Costa, S. F., Batista, P. S., Batista, J. B., & Oliveira, A. M. (2016). Cuidados Paliativos E espiritualidade: Revisao Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 591–601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>
- Ezer, T., Lohman, D., & de Luca, G. B. (2018). Palliative care and human rights: A decade of evolution in standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.027>
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Espinosa, J., Contel, J. C., & Ledesma, A. (2012). Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 6(3), 371–378. <https://doi.org/10.1097/spc.0b013e328356aaed>
- Iliffe, S., Davies, N., Manthorpe, J., Crome, P., Ahmedzai, S. H., Vernooij-Dassen, M., & Engels, Y. (2016). Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: A realist evaluation. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0144-1>
- Kiknadze, N., & Dzotsenidze, P. (2018). Palliative Care Development in Georgia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)
- Krug, K., Miksch, A., Peters-Klimm, F., Engeser, P., & Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: A prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0082-y>
- The last hours and days of life: A biopsychosocial-spiritual model of care. (n.d.). <https://www.semanticscholar.org/paper/The-last-hours-and-days-of-life%3A-a-model-of-care-Beng/2507a3bdd1590848e06b47a384145cb24550d7fa>
- Li, L., Sloan, D. H., Mehta, A. K., Willis, G., Weaver, M. S., & Berger, A. C. (2017). Life perceptions of patients receiving palliative care and experiencing psycho-social-spiritual healing. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3), 211–219. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.03>
- McIlfratrick, S. (2006). Assessing palliative care needs: Views of patients, informal carers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 77–86. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04062.x>
- Milazzo, S., Hansen, E., Carozza, D., & Case, A. A. (2020). How effective is palliative care in improving patient outcomes? *Current Treatment Options in Oncology*, 21(2). <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0702-x>
- O’Callaghan, C., Seah, D., Clayton, J. M., Welz, M., Kissane, D., Georgousopoulou, E. N., & Michael, N. (2019). Palliative caregivers’ spirituality, views about spiritual care, and associations with spiritual well-being: A mixed methods study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(4), 305–313. <https://doi.org/10.1177/1049909119877351>
- Payne, S., Hughes, S., Wilkinson, J., Hasselaar, J., & Preston, N. (2019). Recommendations on priorities for integrated palliative care: Transparent expert consultation with international leaders for the INSUP-C project. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0418-5>
- Perpiñá-Galvañ, Orts-Beneito, Fernández-Alcántara, García-Sanjuán, García-Caro, & Cabañero-Martínez. (2019). Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care

patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234806>

Rabow, M. W., & Knish, S. J. (2014). Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 23(4), 919–923. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>

Saad, M., de Medeiros, R., & Mosini, A. (2017). Are we ready for a true biopsychosocial–spiritual model? the many meanings of “spiritual.” *Medicines*, 4(4), 79. <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>

Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., & Sadatsafavi, H. (2017). Strategies to improve quality of life at the end of life: Interdisciplinary team perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(3), 411–416. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>

van der Stap, L., de Heij, A. H., van der Heide, A., Reyners, A. K. L., & van der Linden, Y. M. (2022). Barriers and facilitators to multidimensional symptom management in Palliative Care: A FOCUS Group study among patient representatives and clinicians. *Palliative and Supportive Care*, 21(4), 616–627. <https://doi.org/10.1017/s147895152200133x>

world health organization. (1998). Constitution of the world health organization1. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2021). Palliative care. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. 2022. Palliative care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>



საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები

Current approaches and challenges to cervical cancer prevention

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.14>

კობა ქამაშიძე^{1a}

Koba Kamashidze^{1a}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

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

აბსტრაქტი

შესავალი: საშვილოსნოს ყელის კიბო, მზარდი გავრცელების გამო, აღიარებულია მსოფლიოს გლობალურ პრობლემად. ქვეყნები ცდილობენ პრევენციული ღონისძიებების დანერგვას ქალთა სიკვდილობის შესამცირებლად. ნაშრომის მიზანია სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის სტრატეგიების ანალიზი.

მეთოდოლოგია: ჩატარდა ლიტერატურის სისტემური მოძიება სამეცნიერო-რეფერირებადი ჟურნალების მონაცემთა ბაზების გამოყენებით (Science Direct, Google Scholar, DOAJ, PubMed).

შედეგები: კვლევამ გამოავლინა პერსპექტიული მიდგომები საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისა და პრევენციის მიმართ, რამაც შეიძლება კიდევ უფრო გააძლიეროს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის არსებული სტრატეგიისა და ეროვნული ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობა. **დასკვნა:** აუცილებელია სახელმწიფოს მხრიდან მძლავრი საგანმანათლებლო კამპანიების შემუშავება მასმედიის და სოციალური ქსელების გამოყენებით, რაც ხელს შეუწყობს როგორც სკრინინგის მოცვის გაზრდას, ასევე მოზარდებისა და მათი მშობლების ინფორმირებულობას ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინაციის სიკეთეებზე.

საკვანძო სიტყვები: საშვილოსნოს ყელის კიბო, პრევენცია, ადამიანის პაპილომა ვირუსი

ციტირება: კობა ქამაშიძე. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: Cervical cancer is recognized as a global problem due to its increasing prevalence. Countries are trying to introduce preventive measures to reduce the mortality of women. The aim of the paper is to analyze the cervical cancer prevention strategies of the healthcare systems of different countries. **Methodology:** a systematic literature search was conducted using databases of scientific-refereed journals (Science Direct, Google Scholar, DOAJ, PubMed). **Results:** The study identified promising approaches to cervical cancer screening and prevention that could further strengthen the effectiveness of existing WHO strategies and national health systems. **Conclusion:** it is necessary to develop powerful educational campaigns by the state using mass media and social networks, which will help to increase the screening rate, as well as to raise the awareness of adolescents and their parents about the benefits of vaccination against human papilloma virus (HPV).

^a kobba77@gmail.com

2613

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-3434-2613>

Keywords: cervical cancer, prevention, human papilloma virus.

Citation: Koba Kamashidze. Current approaches and challenges to cervical cancer prevention. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები

საშვილოსნოს ყელის კიბო ქალთა სიკვდილობის მეოთხე ადგილზეა მსოფლიოში ონკოლოგიური დაავადებათა შორის. 2020 წელს კიბოს გლობალური ობსერვატორიის (Global Cancer Observatory) შეფასებით 604 000 ქალს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბო, ხოლო 342000 ქალი გარდაიცვალა ამ დაავადებით (Sung et al., 2021). გასული ათწლეულების განმავლობაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე და სიკვდილიანობა შემცირდა მსოფლიოს უმრავლეს რეგიონში. თუმცა, შეინიშნება დიდი გეოგრაფიული ვარიაბელობა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებში. გლობალურად, საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკობრივი სტანდარტიზირებული სიხშირე შეადგენს 13.1 : 100 000 ქალზე და მერყეობს ქვეყნების მიხედვით 2-დან 75-მდე 100 000 ქალზე (Ferlay et al., 2018). საშვილოსნოს ყელის კიბო რჩება ქალთა ყველაზე გავრცელებული კიბო და სიკვდილობის მთავარი მიზეზი სუბ-საჰარის აფრიკაში, სამხრეთ ამერიკასა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში (Ferlay et al., 2018). დაფიქსირდა მზარდი შემთხვევები აფრიკის ბევრ რეგიონში (აღმოსავლეთი, სამხრეთი და შუა აფრიკა). ისეთ მჭიდრო დასახლებულ ქვეყანაში, როგორცაა ინდოეთი, დიაგნოსტირებულია დაახლოებით 100 000 ახალი შემთხვევა და ყოველწლიურად 60 000 ქალი იღუპება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი, რაც შეადგენს მთელ მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი სიკვდილიანობის თითქმის მესამედს (Shankar et al., 2017).

საქართველოში 2021 წელს რეგისტრირებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს 281 ახალი შემთხვევა, რაც ქალებში ყველა რეგისტრირებული ახალი შემთხვევის 6% შეადგენს. ინციდენტობა 100 000 ქალზე არის 14.6; სიკვდილობა კი - 7,6.

არსებობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პირველადი პრევენცია - ვაქცინოპროფილაქტიკა, რომელიც გამოიყენება 2006 წლიდან, რომლის ეფექტურობა ვაქცინაციის სრული კურსის შემდეგ არის 90-99%. ასევე გამოიყენება მეორადი პრევენცია - საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, რომელსაც შეუძლია შეამციროს სიკვდილობა 80%-ით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების მნიშვნელოვანი შემცირება ძირითადად დაფიქსირდა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, აშშ-ში და ევროპის ქვეყნებში (Arbyn et al., 2020). ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების სხვაობა ქვეყნებს შორის და თვით ქვეყნის შიგნით განპირობებულია სკრინინგისა და მკურნალობის არათანაბარი და უთანასწორო ხელმისაწვდომობით (Singh et al., 2012). საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის წარუმატებლობა დაბალი ადამიანის განვითარების ინდექსის ქვეყნებში ძირითადად არაორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკისა და რესურსების, ინფრასტრუქტურისა და საზოგადოების დაბალი ინფორმირებულობის შედეგია (Sankaranarayanan, 2014). ბოლოდროინდელი მონაცემებით ნათლად ჩანს, რომ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ქალების მხოლოდ 44%-ს ჰქონდა ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, ხოლო ქალებს შორის ყველაზე დაბალი სკრინინგის მაჩვენებელი (16.9%) დაფიქსირდა სუბაფრიკის ქვეყნებში (Lemp et al., 2020).

2018 წლის მაისში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მთავარი ყურადღება დაუთმო საშვილოსნოს ყელის კიბოს და აღნიშნა რომ ის მხოლოდ მამინ აღარ ჩაითვლება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემად, როდესაც ყველა ქვეყანა მიადწევს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელს 4 ან ნაკლები წლიურად 100 000 ქალზე (WHO 2020). 2020 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 73-ე ასამბლეაზე მიიღეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემის, ელიმინაციის დაჩქარების გლობალური სტრატეგია, რომელიც რეკომენდაციას უწევს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისა და კონტროლის ყოვლისმომცველ მიდგომას (Canfell et al., 2020).

გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) პასუხისმგებელია საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკაზე და ახორციელებს სხვადასხვა ღონისძიებებს გლობალურ, რეგიონალურ და ქვეყნების დონეზე საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის პოლიტიკისა და პროგრამის მხარდასაჭერად. ამ გამოწვევების გადასაჭრელად, UNFPA-მ 2021 წლის ოქტომბერში შექმნა აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის ალიანსი, რომელიც აერთიანებს 17 ქვეყნისა და ტერიტორიის მთავრობების, სამოქალაქო საზოგადოებების, აკადემიური წრეების, კერძო სექტორებისა და პროფესიული ასოციაციების მრავალსექტორულ გუნდებს, რათა ითანამშრომლონ, გაიზიარონ ცოდნა და განახორციელონ UNFPA-ის რეგიონალური სტრატეგია საშვილოსნოს ყელის კიბოს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემის აღმოსაფხვრელად აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში.

საქართველოს მთავრობამ და საქრთველოს პარტნიორებმა (WHO, UNFPA) მხარი დაუჭირეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს საწინააღმდეგო ვაქცინაციასა და სკრინინგის პროგრამების დანერგვას დაავადების ტვირთის შესამცირებლად და აიღეს ვალდებულება განაგრძონ მუშაობა ამ მიმართულებით ჯანმო-ს საშვილოსნოს ყელის კიბოს აღმოფხვრის სტრატეგიის შესაბამისად. ამ ეტაპზე იკვეთება შემდეგი ვალდებულებები პრევენციის, სკრინინგის, მკურნალობისა და მონაცემთა მართვის სფეროში:

პრევენცია: 2019 წლიდან HPV ვაქცინაცია შეტანილია ვაქცინაციის ეროვნულ პროგრამაში 9-13 წლის გოგონებისთვის, ხოლო 2022 წლის 12 იანვარს საქრთველოს მთავრობამ დაამტკიცა 13-19 წლის გოგონებში ვაქცინაციის ჩატარება შემდეგი სქემით:

- 15 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ორჯერადი ვაქცინაცია მინიმუმ 6 თვის ინტერვალით;
- 15-18 წლის ასაკობრივ ჯგუფში სამჯერადი ვაქცინაცია შემდეგი სქემით: 0-2-6 თვე. პირველ და მეორე დოზას შორის მინიმალური ინტერვალი უნდა იყოს არანაკლებ 1 თვისა, ხოლო მეორე და მესამე დოზას შორის მინიმალური ინტერვალი უნდა იყოს არანაკლებ 3 თვისა.

სკრინინგი: ეროვნული პროგრამის ფარგლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი უფასოა 25-60 წლის ქალებისთვის.

მკურნალობა: შემუშავდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გაიდლაინები. 2023 წლიდან საშვილოსნოს ყელის კიბოს (ასევე სხვა ონკოლოგიური დაავადებები) მკურნალობა უფასოა ნებისმიერი ასაკისა და შემოსავლის მქონე მოქალაქისთვის.

მონაცემები: შეიქმნა კიბოს სკრინინგის ეროვნული რეგისტრი სკრინინგში მონაწილეობის და მონაცემთა მართვის გასაუმჯობესებლად.

სკრინინგის პროგრამა მოქმედებს საქრთველოში, კერძოდ, თბილისში 2008 წლიდან დაიწყო პილოტურად, 2011 წლიდან კი მოიცვა სრულიად საქრთველოს ყველა რეგიონი. საქრთველოში ყველა დიდ ქალაქში და რაიონულ ცენტრებში ხდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, მასში მონაწილეობა 25-60 წლამდე ასაკის ქალებისათვის უფასოა ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ. თუმცა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით სკრინინგის შემდგომი კვლევები დიაგნოზის დასადგენად როგორცაა კოლპოსკოპია, ბიოფსია, პაპილომავირუსის გენოტიპირება უნდა იყოს უფასო ქალების ყველა კატეგორიისათვის. სასურველი შედეგის მისაღწევად საჭიროა პოპულაციის 70% გამოკვლევა, რათა მივიღოთ ნაადრევ სტადიებზე გამოვლენა და სიკვდილობის შემცირება.

სამედიცინო საზოგადოებაში დიდი ხანია მიდის დისკუსია, რომ სკრინინგში მონაწილეობა გახდეს სავალდებულო, რადგან საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევათა უმეტესობა არის გვიან სტადიებზე და ეს აწვება მძიმე ტვირთად ქვეყნის ბიუჯეტს როგორც ეკონომიკურად (ქირურგიული ოპერაციები, სხივური და ქიმიოთერაპია) (ოსიშვილი, 2023; გაჩეჩილაძე და განუგრავა, 2023). ასევე, უმრავლესობა არის ახალგაზრდა შრომისუნარიანი ქალი, რომელიც დაავადების შედეგად ხდება არაშრომისუნარიანი და საჭიროებენ ხშირ შემთხვევაში პალიატიურ მზრუნველობას. საშვილოსნოს ყელის კიბოს

დადასტურების შემთხვევაში საქართველოში შემდგომი მკურნალობა (ქირურგიული, სხივური და ქიმიოთერაპია) არის უფასო.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) რეკომენდაციით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს პირველადი სკრინინგი უნდა იწყებოდეს ტესტირებით პაპილომავირუსის მაღალი რისკის შტამების გამოსავლენად პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, რადგან ის ბევრად ეფექტურია ციტოლოგიურ კვლევასთან შედარებით (ე.წ. პაპ ტესტი). აღსანიშნავია, რომ სკრინინგულ მეთოდს არ აქვს დიდი გავლენა საშვილოსნოს ყელის კიბოს გავრცელებაზე თუ პროცესი არ იქნება ხარისხობრივად კარგად ორგანიზებული. მის მისაღწევად გაეროს მოსახლეობის ფონდმა 2023 წელს შეიმუშავა ორგანიზებული სკრინინგის 8 პრინციპი:

1. ცენტრალური ადმინისტრაციული ქვედანაყოფი პასუხისმგებელია სკრინინგის ყველა პროცესის კოორდინაციაზე, პაციენტების ჩართვა, დაკვირვება, მკურნალობა;
2. მოსახლეობის სამიზნე ჯგუფების მონაცემთა ბაზებზე წვდომა, რადგან სკრინინგში ჩართვა იყოს მაქსიმალური.
3. სკრინინგის ცენტრალიზებული რეესტრი ან ურთიერთდაკავშირებული რეგისტრები სკრინინგში მონაწილეობისათვის, შემდგომი დაკვირვებისათვის და მკურნალობისათვის ანუ მონაწილეთა მონიტორინგისთვის;
4. წვდომა ნაციონალურ ონკოლოგიურ რეგისტრზე ხარისხის უზრუნველსაყოფად და პროგრამების კონტროლის განსახორციელებლად;
5. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სახემდღვანელო პრინციპები, რომელიც ასახავს სკრინინგის სრულ პროცესს და მიწოდებული სერვისის ყველა კომპონენტს;
6. ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა, რომელიც ასახავს სკრინინგის და შემდგომი მონიტორინგის სრულ პროცესს;
7. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფორმირებულობის და საგანმანათლებლო პროგრამების გაზრდა მოსახლეობის ცნობიერების ასამაღლებლად;
8. მექანიზმების შემუშავება სკრინინგში ჩასართავად, განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრებ ან მოშორებულ თემებებიდან.

გაეროს მოსახლეობის ფონდმა გამოაქვეყნა სახელმძღვანელოები - „კომპლექსური პროფილაქტიკა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს კონტროლი - პროგრამული სახელმძღვანელო ქვეყნებისთვის“ და „საშვილოსნოს ყელის ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამების პოტენციალის შეფასება აღმოსავლეთ ევროპასა და შუა აზიაში“, რომლებიც გამოყენებული იყო შემდგომი ღონისძიებების დასაგეგმად.

ევროპაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი დღესდღეობით რეგისტრირდება ფინეთში, სადაც ვლინდება 2,7 საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევა 100 000 ქალზე. აღსანიშნავია, რომ სკრინინგული პროგრამა ფინეთში დაიწყო 1963 წელს და იმ დროისათვის საშვილოსნოს ყელის კიბო ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის სიკვდილიანობით იკავებდა მესამე ადგილს. დღემდე ქვეყანა სარგებლობს ციტოლოგიური მეთოდით „პაპ ტესტით“ და სკრინინგზე მოწვევა ხდება 30 წლიდან და 5 წელიწადში ერთხელ 65 წლამდე (Pankakoski et al., 2019). ქალების 30-35 წლამდე სკრინინგში ჩართულობა არის 75% (Lonnberg et al., 2012). პაპ ტესტებს იკვლევენ მაღალი დონის ციტოლოგები, რომლის უმეტესობას აქვს ციტოლოგიის საერთაშორისო აკადემიის სერთიფიკატი, საექვო შემთხვევებში კი გადამოწმება ხდება ციტოპათოლოგების მიერ. ფინეთში საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, ისევე როგორც შემდგომი დაკვირვება არის უფასო.

თუ ფინეთში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი იწყება 30 წლის ასაკში, საპირისპირო ხდება ამერიკის შეერთებულ შტატებში. პროფილაქტიკური მედიცინის პოლიტიკას აშშ-ში აწარმოებს ე.წ. დავადების პროფილაქტიკის ამერიკის სამუშაო ჯგუფი (USPTF). სკრინინგული კვლევების დაწყება რეკომენდირებული არის 21 წლიდან და ის ტარდება ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ 29 წლამდე, ხოლო ამ პერიოდში არ არის რეკომენდებული პაპილომავირუსზე ტესტირება. 30-დან 65 წლამდე ტარდება პაპ ტესტი და პაპილომავირუსზე ტესტირება, პაპილომავირუსის მაღალი რისკის შტამების გამოვლენისას პაპ ტესტი ტარდება 3 წელიწადში ერთხელ ან ტესტირება პაპილომავირუსზე 5 წელიწადში ერთხელ (USPTF, 2018). ეს

რეკომენდაციები არ ეხება ქალებს, რომლებსაც აქვს საშვილოსნოს ყელის დაზიანება და იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები. საშვილოსნოს ყელის კიბოს გავრცელება აშშ არის 8,1 შემთხვევა 100 000 ქალზე. 2006 წლიდან აშშ დაიწყო გოგონების ვაქცინაცია 14-19 წლიდან და 2011 წლიდან ბიჭების ვაქცინაცია (Burger et al., 2022). დაზღვევის შემთხვევაში ვაქცინაცია ანაზღაურდება დაზღვევით, დაზღვევის უქონლობის შემთხვევაში პირი იხდის თანაგაგახდის სახით. საშვილოსნოს ყელის კიბოს და ძუძუს კიბოს მკურნალობა უფასოა.

თურქეთში საშვილოსნოს ყელის კიბოს გავრცელება შეადგენს 5,9-ს 100 000 ქალზე (Demirtas et al., 2013; Gunes et al., 2023). თურქეთში სკრინინგი ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, გინეკოლოგიურ კლინიკებში და ონკოლოგიური სკრინინგის ცენტრებში. ყველა ქალისთვის სკრინინგი უფასოა 30-65 წლამდე, მიუხედავად სამედიცინო დაზღვევისა და ტარდება 5 წლიანი ინტერვალით. 2020 წელს სკრინინგის მოცულობა შეადგენდა 44%-ს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობა მოსახლეობის ყველა კატეგორიისათვის არის უფასო.

საფრანგეთში, 2020 წლის მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს გავრცელება არის 10 შემთხვევა 100 000 ქალზე. კიბოს ნაციონალური სკრინინგის პროგრამა ამოქმედდა 2018 წელს. ამ დრომდე საფრანგეთში არ არსებობდა სკრინინგის ორგანიზებული პროგრამა და ქალები იტარებდნენ მას გინეკოლოგის რეკომენდაციით. 2010-2012 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის საშუალო მოცვა შეადგენდა 63,3%-ს (Le Bihan-Benjamin et al., 2023). სკრინინგი ტარდება 25-65 წლამდე. 25-29 წლამდე ტარდება პაპ ტესტი, 30 წლის შემდეგ კი ტარდება პაპილომავირუსის გამოვლენა გენოტიპირებით 5 წელიწადში ერთხელ. მკურნალობა და პაციენტზე შემდგომი მეთვალყურეობა, როგორც კლინიკაში ასევე ბინაზე არის უფასო.

გერმანიაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს გავრცელება არის ერთ ერთი ყველაზე მაღალი ევროპაში - 11 შემთხვევა 100 000 ქალზე, ხოლო ინციდენტობა არის 4600 ახალი შემთხვევა წელიწადში. 2020 წლიდან მიღებული იქნა და ამოქმედდა ნაციონალური სკრინინგის ახალი პროგრამა, რომელიც მოიცავს ქალებს 20-64 წლამდე, 5 წელიწადში ერთხელ. 20-34 წლამდე ტარდება ციტოლოგიური კვლევა (პაპ ტესტი). 35 წლის ასაკიდან ტარდება ერთობლივი კო-ტესტირება: პაპტესტი და პაპილომავირუსის გენოტიპირება. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობა, შემდგომი დაკვირვება და პალიატიური მზრუნველობა არის უფასო (Neis et al., 2023).

ჩინეთი გახდა მესამე ქვეყანა, რომელმაც დაიწყო თავისი ორვალენტური ვაქცინის წარმოება და ფართომასშტაბიანი ვაქცინაცია 2021 წელს, ვინაიდან ქვეყანაში ყოველწიურად ფიქსირდება 50 000-ზე მეტი გარდაცვალება საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან. მიუხედავად, იმისა რომ ქვეყანას აქვს მიღებული ნაციონალური სკრინინგული პროგრამა, მოცვის მაჩვენებელი არის საკმაოდ დაბალი 29% (Zhang et al., 2022).

ქვეყნები ცდილობენ შექმნან კიბოსთან ბრძოლის ეფექტური პროგრამები, მათ შორის უმნიშვნელოვანესია ადრეულ ეტაპებზე დაავადებების გამოვლენის მიზნით სკრინინგული პროგრამების დანერგვა. რეგულარული და კარგად ორგანიზებული სკრინინგი არის ეფექტიანი მექანიზმი მოსახლეობის მოცვის უზრუნველსაყოფად (Kyrgiou et al., 2020). ამ მხრივ, აუცილებელია სახელმწიფოს მხრიდან მძლავრი საგანმანათლებლო კამპანიების შემუშავება ტელევიზიების, რადიოს, ასევე სოციალური ქსელების გამოყენებით, რაც ხელს შეუწყობს როგორც სკრინინგის მოცვის გაზრდას, ასევე მოზარდებისა და მათი მშობლების ინფორმირებულობას ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინაციის სიკეთეებზე (HPV Vaccine, 2023).

ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინაცია არის საშვილოსნოს ყელის კიბოს აღმოფხვრის ეფექტიანი მეთოდი. მრავალრიცხოვანმა კვლევამ დაადასტურა მისი უსაფრთხოება, ეფექტურობა და ხარჯ-ეფექტურობა. მოსალოდნელია, რომ ყოვლისმომცველი ვაქცინაციით საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების რაოდენობა შემცირდება. თუმცა, მნიშვნელოვანი ფინანსური მხარდაჭერა სასიცოცხლოდ აუცილებელია მრავალი ბარიერის დასაძლევად. საბედნიეროდ, იმუნიზაციისა და ვაქცინების გლობალური ალიანსი (GAVI) მხარს უჭერს ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინების საპილოტე პროექტებს ბევრ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანაში. 2020 წლისთვის

იმუნიზაციისა და ვაქცინების გლობალური ალიანსის მხარდაჭერით 40-ზე მეტ ქვეყანაში 30 მილიონზე მეტი გოგონა იყო ვაქცინირებული (Rachlin et al., 2022). ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინაცია წარმატებით შეიძლება განხორციელდეს იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამების ფარგლებში. გამამხნეველია, რომ ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ეროვნული პროგრამების მქონე ქვეყნების რაოდენობა თანდათან იზრდება.

გამოყენებული ლიტერატურა

ოსიშვილი მ. (2023). მოსახლეობის ინფორმირებულობა ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული გამოვლენის თაობაზე. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 7(2).

გაჩეჩილაძე ქ, განუგრავა ნ. (2023). ონკოლოგიური დაავადებების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასება საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 7(2).

PAP ტესტზე დაფუძნებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და დიაგნოსტიკა (გაიდლაინი) (2022 წ) <https://moh.gov.ge/ka/guidelines/>

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგისა და პროფილაქტიკის ძირითადი ასპექტები (2022) UNFPA საქართველო. <https://georgia.unfpa.org/ka>

Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e191-e203.

Burger EA, Smith MA, Killen J, Sy S, Simms KT, Canfell K, Kim JJ. (2020). Projected time to elimination of cervical cancer in the USA: a comparative modeling study. *The Lancet. Public health*, 5(4), e213–e222. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30006-2)

Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, Simms KT, Caruana M, ... Hutubessy R. (2020). Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modeling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *Lancet (London, England)*, 395(10224), 591–603.

Demirtas B, Acikgoz I. (2013). Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relationship with Turkish womens' health beliefs. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 14(1), 333–340.

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Soerjomataram I, Bray F. (2018). Global cancer Observatory: cancer today. Lyon, France: international agency for research on cancer.

Gunes AC, Ozgul N, Turkyilmaz M, Kara F, Unlu F, Ayhan A, Gultekin M. (2023). Evaluation of colposcopy after the addition of human papillomavirus testing to the Turkish cervical cancer screening program. *Cancer medicine*, 10.1002/cam4.6740. Advance online publication.

HPV Vaccine. (2023, 16.08). Centers for disease control and prevention. <https://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine-for-hpv.html>

International Agency for Research on Cancer. (2021). IARC handbooks of cancer prevention: cervical cancer screening, Vol. 18. International agency for research on cancer, WHO. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Cervical-Cancer-Screening-2022>

Kyrgiou M, Arbyn M, Bergeron C, Bosch FX, Dillner J, Jit M, Kim J, Poljak M, Nieminen P, Sasieni P, Kesic V, Cuzick J, Gultekin M. (2020). Cervical screening: ESGO-EFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) and the European Federation of Colposcopy (EFC). *British journal of cancer*, 123(4), 510–517.

Le Bihan-Benjamin C, Audiger C, Khati I, de Bels F, Jean Bousquet P, Barré S. (2023). Cervical cancer screening pathways in France in 2015-2021, a nationwide study based on medico-administrative data. *Preventive medicine reports*, 36, 102429.

Lemp JM, De Neve JW, Bussmann H, Chen S, Manne-Goehler J, Theilmann M, ... Geldsetzer P. (2020). Lifetime prevalence of cervical cancer screening in 55 low-and middle-income countries. *Jama*, 324(15), 1532-1542.

Lönnberg S, Anttila A, Luostarinen T, Nieminen P. (2012). Age-specific effectiveness of the Finnish cervical cancer screening programme. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 21(8), 1354–1361.

Neis F, Holleczeck B, Henes M, Juhasz-Böss I, Wallwiener D, Neis KJ. (2023). Proposal for a descriptive and differentiated presentation of the longitudinal impact of the new organized cancer screening guideline and HPV vaccination in Germany. *Archives of gynecology and obstetrics*, 307(4), 1125–1136.

Pankakoski M, Anttila A, Sarkeala T, Heinävaara S. (2019). Effectiveness of cervical cancer screening at age 65 - A register-based cohort study. *PloS one*, 14(3), e0214486.

Rachlin A, Danovaro-Holliday MC, Murphy P, Sodha SV, Wallace AS. (2022). Routine vaccination coverage—worldwide, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71(44), 1396.

Sankaranarayanan, R. (2014). Screening for cancer in low-and middle-income countries. *Annals of global health*, 80(5), 412-417.

Shankar A, Roy S, Rath GK, Kamal VK, Kharade V, Sandeep K. (2017). Carcinoma uterine cervix: Evolving trends and Impact of national cancer control Program in India. *Ind J Soc Prev Rehab Onc*, 1(1), 16-22.

Singh GK, Azuine RE, Siahpush M. (2012). Global inequalities in cervical cancer incidence and mortality are linked to deprivation, low socioeconomic status, and human development. *International Journal of MCH and AIDS*, 1(1), 17.

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249.

World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). One-dose Human Papillomavirus (HPV) vaccine offers solid protection against cervical cancer. *Geneva: World Health Organization*.

U.S. Preventive Services Task Force. Cervical Cancer Screening. 2018. Retrieved from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening>

Zhang M, Zhong Y, Wang L, Bao H, Huang Z, Zhao Z, Zhang X, Li C, Sun KL, Wu J, Zheng X, Wang L. (2022). Cervical Cancer Screening Coverage - China, 2018-2019. *China CDC weekly*, 4(48), 1077–1082.



LGBTQ თემის ჯანმრთელობის დაცვის გამოწვევები

Health Care Challenges for the LGBTQ Community

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2023.07.02.15>

მარიამ გალდავა^{1a}

Mariam Galdava^{1a}

¹ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

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

აბსტრაქტი

მთელ მსოფლიოში ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ქვიარ (LGBTQ) საზოგადოება აწყდება ჯანდაცვის სერვისებზე ხელწვდომის კუთხით გამოწვევებსა და ბარიერებს, კვლევები ადასტურებენ, რომ ლგბტქ ადამიანები ხშირად განიცდიან დაბალ ხარისხიან მომსახურებას ჯანდაცვის სისტემებში, რომლებიც არ აკმაყოფილებს მათ სპეციფიკურ საჭიროებებს. ასევე, გამოვლინდა ისეთი კრიტიკული საკითხები, როგორებიცაა ჰეტეროცენტრული ჯანდაცვის გარემო, ლგბტქ ჯანმრთელობის უთანასწორობის შესახებ პროვაიდერის ცოდნის ნაკლებობა, სტიგმა, დისკრიმინაციის შემთხვევები, სიღარიბე. აღნიშნული ხაზს უსვამს ყოვლისმომცველ, ინკლუზიურ, ყველასათვის ხელმისაწვდომ ჯანდაცვის სერვისების საჭიროებას განურჩევლად სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული იდენტობისა თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობისა.

საკვანძო სიტყვები: LGBTQ თემი, ინკლუზიური ჯანდაცვა.

ციტირება: მარიამ გალდავა. LGBTQ თემის ჯანმრთელობის დაცვის გამოწვევები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

The lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ) community around the world faces challenges and barriers to accessing health services, with research showing that LGBTQ people often experience poor quality services in health systems that do not meet their specific needs. Critical issues such as a heterocentric health care environment, lack of provider knowledge of LGBTQ health disparities, stigma, discrimination, and poverty were also identified. This highlights the need for comprehensive, inclusive, accessible healthcare services for all, regardless of sexual orientation, gender identity or health status.

Keywords: LGBTQ community, Inclusive health care.

^a mariam.galdava@ug.edu.ge
0568-3153

ORCID ID: [https://orcid.org/0009-0007-](https://orcid.org/0009-0007-0568-3153)

Citation: Mariam Galdava. Health Care Challenges for the LGBTQ Community. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

LGBTQ თემის წინაშე ჯანდაცვის სისტემაში არსებული გამოწვევები

ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ქვიარ (ლგბტქ) თემის წინაშე არსებული გამოწვევები, რომელთაც ისინი სახელმწიფო სერვისების, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის კუთხით ეჯახებოდნენ, დროთა განმავლობაში ნარჩუნდება. კვლევებმა აჩვენა, რომ ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი და ტრანსგენდერი პირები ხშირად აწყდებიან სამედიცინო სერვისებს, რომლებიც ადეკვატურად არ პასუხობენ მათ სპეციფიკურ მოთხოვნილებებს და ხვდებიან ბარიერებს, რომლებმაც შეიძლება საერთოდ შეაფერხონ მათი მიმართვიანობა სამედიცინო სერვისების მოხმარებისკენ (Browne et al., 2008). წინასწარი დისკუსიები საზოგადოებრივი ადვოკატის ოფისთან (OPA) და ნიუ-იორკში მცხოვრებ ლგბტქ თემის დამცველებთან ხაზს უსვამს იმ პოტენციური დაბრკოლებების შეფასების აუცილებლობას, რომლებსაც აწყდებიან ლგბტქ პირები ქალაქის საზოგადოებრივ ჯანდაცვის დაწესებულებებში ხარისხიანი მოვლის მიღებისას (Browne et al., 2008).

2007 წლის ივნისში სახალხო ადვოკატმა ბეტსი გოთბაუმმა წერილი გაუგზავნა ნიუ-იორკის ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალების კორპორაციას (HHC), სადაც მოითხოვა ინფორმაცია პერსონალის სწავლებაზე ლგბტქ ჯანმრთელობის საკითხებსა და პაციენტების მოვლაზე. საზოგადოებრივი ადვოკატის ოფისის თანამშრომლებს, ლგბტქ ადვოკატებსა და ჯანდაცვის პროვაიდერებს შორის შემდგომმა დისკუსიებმა გამოავლინა კრიტიკული საკითხები, მათ შორის ჯანდაცვის გარემოს ჰეტეროცენტრული და გენდერულ-ნორმატიული ბუნება, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლების პროვაიდერების მხრიდან არასაკმარისი ცოდნა ჯანმრთელობის უთანასწორობის შესახებ, რომელიც ახდენს გავლენას ლგბტქ ადამიანებზე, სამედიცინო ზრუნვისას მტრობისა და დისკრიმინაციის შემთხვევებში, ასევე დაფიქსირდა შემოთქმული ჰომოფობიისა და ტრანსფობიის შესახებ, რაც აფერხებს ლგბტქ ადამიანების მიერ ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენებას.

დისკუსიებმა განაპირობა უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებისათვის შემუშავებულ იყო რეკომენდაციები ლგბტქ სამედიცინო სერვისი, მათზე ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით. რეკომენდაციები მოიცავდა შიდა ლგბტქ სენსიტიურობის ტრენინგის განხორციელებას ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალების კორპორაციის (HHC) ყველა თანამშრომლისთვის, პერსონალის სავალდებულო სწავლების დაწესებას, თითოეულ დაწესებულებაში ლგბტქ მეკავშირის წარმომადგენლის დანიშვნას, ნულოვანი ტოლერანტობის დისკრიმინაციის პოლიტიკის დანერგვას და კონტროლის პროცესის ჩამოყალიბებას პროგრესის მონიტორინგისთვის. ფონური კვლევა ხაზს უსვამს იმას, რომ ლგბტქ თემი, რომელიც შეადგენს მოსახლეობის 10 პროცენტს, განიცდის უთანასწორობას ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასა და სერვისებში, მათ შორის კიბოს მკურნალობასთან, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან, ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენებასთან, ძალადობის პრევენციასა და ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებულ საკითხებში. ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები გამოვლინდა გეი და ბისექსუალი მამაკაცების, ლესბოსელი და ბისექსუალი ქალებისა და ტრანსგენდერი ადამიანებს შორის, რაც ხაზს უსვამს ჯანდაცვის პროვაიდერების მხრიდან ამ მრავალფეროვანი საჭიროებების დაკმაყოფილების აუცილებლობას. საზოგადოებრივი ადვოკატის ოფისის (OPA) და ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალების კორპორაციის (HHC) ურთიერთთანამშრომლობამ გამოავლინა LGBTQ მგრძობიანობის სწავლების საკითხებში განსხვავებები სწავლებაში სხვადასხვა ქსელებში. შვიდი ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალების კორპორაციის (HHC) ქსელიდან სამს არ გააჩნდა, არასაკმარისად იყო წარმოდგენილი ლგბტქ სენსიტიურობა პერსონალისგადამზადების

ტრენინგში, რაც მიუთითებს განსხვავებულობაზე ამ საკითხების გადაწყვეტის ვალდებულებაში.

შემდგომი ძალისხმევა მოიცავდა ერთობლივ თანამშრომლობას საზოგადოებრივ ადვოკატებს, ლგბტქ დამცველებსა და სერვისის პროვაიდერებს შორის რეკომენდაციების დახვეწისა და საერთო პრობლემების გადასაჭრელად. ადვოკატებთან და ჯანდაცვის პროვაიდერებთან დისკუსიამ გამოავლინა სისტემური გამოწვევები, მათ შორის ჰეტეროცენტრული მიკრომეხრები სამედიცინო განათლებაში, ვარაუდები პაციენტების სექსუალური ორიენტაციის შესახებ, რაც იწვევს შეუმჩნეველი რისკ-ფაქტორების გამორჩენას, ჰომოფობიისა და ტრანსფობიის შემთხვევებს, ლგბტქ პაციენტების დისკრიმინაციას და ლგბტქ პირების მიერ სამედიცინო სერვისის უარყოფას არასასიამოვნო გარემოს გამო. ნებაყოფლობითი ტრენინგების არაადეკვატურობა, ლგბტქ წარმომადგენლობის ნაკლებობა სამედიცინო დაწესებულებებში და ლგბტქ ჯანმრთელობის ნაკლებად შესწავლილი ბუნება კიდევ უფრო ხაზს უსვამს ყოვლისმომცველი ინტერვენციების საჭიროებას. ამ საკითხების გადასაჭრელად, საზოგადოებრივი ადვოკატის ოფისი (OPA) რეკომენდაციას უწევს სავალდებულო შიდა ლგბტქ მგრძობელობის ტრენინგს ჯანმრთელობისა და ჰოსპიტალების კორპორაციის (HHC) ყველა პერსონალისთვის, დანიშნოს ლგბტქ მეკავშირეები თითოეულ დაწესებულებაში და განახორციელოს არადისკრიმინაციული პოლიტიკა, რომელიც აშკარად მოიცავს გენდერული იდენტობისა და სექსუალური ორიენტაციის დაცვას. ანგარიში მთავრდება წინადადებებით ლგბტქ მეგობრობის ხელშეწყობის, მიზნობრივი მარკეტინგული ინსტრუმენტების შემუშავებისა და საზოგადოებასთან ჩართვით, რათა ხელი შეუწყოს უფრო ინკლუზიურ ჯანდაცვის გარემოს. ეს რეკომენდაციები ეხება მრავალმხრივ გამოწვევებს, რომლებიც აწყდება ლგბტქ თემს ნიუ-იორკში ხარისხიანი ჯანდაცვის წვდომის კუთხით.

ამჟამად, კანადა, ნოვა შოტლანდიაში, ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ქვიარ თემების ჯანმრთელობის შესახებ საბაზისო მონაცემების სიმცირეა. ისტორიულად, ლგბტქ კვლევა ძირითადად ფოკუსირებულია ინდივიდუალურ დონეზე ჯანმრთელობის რისკებზე, რომლებიც დაკავშირებულია ჯანმრთელობის არასასურველ შედეგებთან ამ პოპულაციაში, რითაც ბუნდოვანია გზები, რომლითაც ისინი აქტიურად ინარჩუნებენ ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას მთელი ცხოვრების განმავლობაში (Colpitts & Gahagan, 2016). ეს კვლევა განიხილავს ბოლოდროინდელი სკოპინგის მიმოხილვის შედეგებს და ხარისხობრივ მონაცემებს, რომლებიც მიიღეს საზოგადოების კონსულტაციებისგან, რომელიც შექმნილია ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული მიდგომების შემუშავებისთვის, ლგბტქ ჯანმრთელობის ტრანსფორმირების გაგებისა და წინსვლისათვის ნოვა შოტლანდიაში.

სკოპინგის მიმოხილვის დასკვნები ხაზს უსვამს ნოვა შოტლანდიაში ლგბტქ ჯანმრთელობის შესახებ ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული კვლევის ნაკლებობას. კონკრეტულად, ჩვენს მიმოხილვაში განხილულმა კვლევებმა გამოავლინა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სხვადასხვა ფაქტორები და საზომი ხელსაწყოების მრავალფეროვანი სპექტრი, რომელთაგან ზოგიერთი მხოლოდ დაპირებაა მომავალ სიძლიერეზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის კვლევის ჩატარების ლგბტქ პოპულაციებთან. გარდა ამისა, საჯარო კონსულტაციების შედეგებმა აჩვენა, რომ ბევრ მონაწილეს ჰქონდა ნეგატიური გამოცდილება ჯანდაცვის სისტემებთან და სერვისებთან დაკავშირებით ნოვა შოტლანდიაში. თუმცა, მონაწილეებმა ასევე გააზიარეს ზოგიერთი ელემენტი, რომელიც ხელს უწყობს ლგბტქ ჯანმრთელობას და შესთავაზეს წინადადებები ლგბტქ ჯანმრთელობის ტრანსფორმირების გასაუმჯობესებლად ნოვა შოტლანდიაში.

გადაუდებელი აუცილებლობაა ჩატარდეს კვლევა ნოვა შოტლანდიაში ლგბტქ თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, ცხოვრებისეულ გამოცდილებასა და შედეგებზე, რათა აღმოიფხვრას ხარვეზები მათი ჯანმრთელობის სპეციფიკური საჭიროებების გაგებაში. შემდგომში, მნიშვნელოვანია, რომ მომავალმა ჯანდაცვის კვლევამ გამოიყენოს ურთიერთშორისი, ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული მიდგომა, რათა გამოავლინოს ფაქტორები, რომლებიც მხარს უჭერენ ლგბტქ ადამიანების ჯანმრთელობასა და

კეთილდღეობას მთელი ცხოვრების განმავლობაში, ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების გათვალისწინებით (Colpitts & Gahagan, 2016).

ნოვა შოტლანდიაში ლჯბტქ ადამიანების ჯანმრთელობის შესახებ საბაზისო მონაცემები შემაშფოთებლად მწირია, იმის გათვალისწინებით, რომ სხვა რეგიონები კანადაში და მის ფარგლებს გარეთ აფიქსირებენ ჯანმრთელობის უარეს შედეგებს ამ დემოგრაფიული ჯგუფისთვის. ლჯბტქ პირების ჯანმრთელობის მიმართ ჰეტერონორმატიულობა და გენდერულ-ბინალურმა მიდგომებმა გამოიწვია პრობლემების შენიღბვა, ისინი გახდნენ უხილავი ჯანდაცვის ცვეულებრივი სისტემებში, რაც თავის მხრივ ართულებს კომპეტენტური დახმარების უზრუნველყოფას. დაფიქსირდა ჯანდაცვის სიტემაში დისკრიმინაცია და სტიგმა, რაც ამძაფრებს ლჯბტქ ადამიანების წინაშე არსებულ გამოწვევებს. კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სააგენტოს ფოკუსირება ინდივიდუალურ დონეზე ფარავს სტრუქტურულ დეტერმინანტებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ ლჯბტქ ჯანმრთელობაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ლჯბტქ იდენტობა არ არის აღიარებული PHAC-ის მიერ, როგორც ძირითადი სოციალური განმსაზღვრელი, მისი ურთიერთდამოკიდებულების გაგება სხვა ფაქტორებთან მნიშვნელოვანია. ლჯბტქ ადამიანები უსახლკარობის, სოციალური იზოლაციისა და სიღარიბის უფრო მაღალი მაჩვენებლების წინაშე დგანან, რაზედაც გავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორებით, როგორცაა რასა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და ასაკი. ჯანმრთელობის დეფიციტზე ორიენტირებული ტრადიციულმა კვლევამ გაამდიერა ნეგატიური აღქმა, რაც საჭიროებს ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებულ პერსპექტივებისკენ გადასვლას ლჯბტქ ჯანმრთელობის ჰოლისტიკური გაგებისთვის. ნაშრომის მიზანია წარმოადგინოს სკოპინგის მიმოხილვისა და საჯარო კონსულტაციების დასკვნები, რომელიც მიზნად ისახავს ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული მიდგომების შემუშავებას ლჯბტქ ადამიანების ჯანმრთელობის გზების გასაგებად ნოვა შოტლანდიაში. კვლევა იყენებს თემის მონაწილეობით მეთოდებს, რომლებიც ყველა ეტაპზე აერთიანებს ლჯბტქ თემს და დაინტერესებულ მხარეებს. სკოპინგის მიმოხილვამ გამოავლინა ძირითადი აქცენტი რისკებსა და შეზღუდვებზე არსებულ ლჯბტქ ჯანმრთელობის კვლევაში, რაც ხაზს უსვამს სიმდიერეზე დაფუძნებული მიდგომებისკენ გადასვლის აუცილებლობას.

კვლევების სიმცირე რჩება აქტუალური კანადაში, განსაკუთრებით კი ნოვა შოტლანდიაში, მიუხედავად იმისა, რომ შეიმჩნევა ტენდენცია ძლიერი მხარეებზე დაფუძნებული კვლევის მზარდი გავრცელების. სკოპინგის მიმოხილვამ გამოავლინა დამცავი ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ლჯბტქ ჯანმრთელობას, როგორცაა სოციალური მხარდაჭერა და პოზიტიური გარემო. თუმცა, გამოყენებული ზომები ხშირად არ იყო სპეციფიკური ლჯბტქ პოპულაციისთვის, რაც ნოვა შოტლანდიისთვის შემფოთების საფუძველს წარმოადგენს მათი მიზნობრიობის მხრივ. გამძლეობა გაჩნდა, როგორც საერთო თემა, მაგრამ მისი განმარტება და გაზომვა განსხვავდებოდა, რაც ხაზს უსვამს შემდგომი შესწავლის აუცილებლობას, განსაკუთრებით ინტერსექციური პრიზმის მეშვეობით.

ნოვა შოტლანდიაში საჯარო კონსულტაცია მიზნად ისახავდა განხილულიყო სკოპინგის მიმოხილვის დასკვნები და სტრატეგიები ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული კვლევის ჩატარებისთვის. პროვინციებში ლჯბტქ ადამიანების ჯანდაცვის საჭიროებებისა და გამოცდილების შესახებ სპეციფიკური მონაცემების ნაკლებობა ხაზს უსვამს ამ კვლევის მნიშვნელობას ლჯბტქ პოპულაციისთვის კულტურალურად კომპეტენტური ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად.

ნოვა შოტლანდიაში ჩატარებულმა საჯარო კონსულტაციებმა გამოავლინა ლჯბტქ თემის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშემწყობი სხვადასხვა ფაქტორები. ეს ფაქტორები მოიცავდა ინდივიდუალურ და სტრუქტურულ დონეებს, მონაწილეები ხაზს უსვამდნენ ლჯბტქ იდენტობის გადაკვეთას ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტებთან. სოციალური დეტერმინანტები, როგორცაა სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, საცხოვრებელი, განათლება და სოციალური მხარდაჭერა აღიარებულია, როგორც ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ძირითადი ფაქტორები. ლჯბტქ-სპეციფიკური საკითხები,

როგორცაა უსახლკარობისა და სიღარიბის მაღალი მაჩვენებლები, გამოვლენილია და განიხილება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის უფრო ფართო კონტექსტში.

ინდივიდუალური დონის ფაქტორები, მათ შორის ჯანმრთელობის წიგნიერება, საკუთარი თავის მიღება და დამღევს უნარები მიჩნეულ იქნა მნიშვნელოვანად ლჯბტქ თემის ჯანმრთელობისთვის. თუმცა, მონაწილეები ფრთხილობდნენ გადაჭარბებული აქცენტების გაკეთებას ინდივიდუალურ ფაქტორებზე, ისინი ხაზგასმით აღნიშნავდნენ სისტემური უსამართლობის აღიარების მნიშვნელობას და მსხვერპლის დადანაშაულების თავიდან აცილების განრიდებას. განხილული იყო მდგრადობის კონცეფცია, მაგრამ მისი განმარტება და გაზომვა გაურკვეველი რჩებოდა, რაც შემდგომი შესწავლის აუცილებლობაზე მიუთითებდა. სოციალური მხარდაჭერა წარმოიშვა, როგორც კრიტიკული განმსაზღვრელი, რომელიც მოიცავს ოჯახს, მეგობრებს, ლჯბტქ თემებს და ადასტურებს რელიგიურ თუ სულიერ თემებს. საზოგადოებასთან დაკავშირება, ლჯბტქ აქტივობებში მონაწილეობა და პოზიტიური ლჯბტქ მოდელების ხელმისაწვდომობა განიხილებოდა, როგორც სიმდიერის წყარო. ლჯბტქ ისტორიით სიამაყე და პოზიტიური ნარატივები სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მდგრადობის შესაქმნელად.

ნოვა შოტლანდიაში კულტურალური კომპეტენცია ჯანდაცვის სისტემების ისეთ სფეროდ განისაზღვრა, რომელიც საჭიროებს გაუმჯობესებას. მონაწილეებმა შესთავაზეს ჯანდაცვის გარემო გაეხადათ უფრო ინკლუზიური ლჯბტქ ადამიანებისთვის, ჰეტერონორმატიული ლექსიკა ამოეღოთ და უზრუნველყოთ ჯანდაცვის მუშაკების განათლება და მომზადება. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ადვოკატირებას, პაციენტის უფლებების ცოდნას და ლჯბტქ მეგობრულ ჯანდაცვის სერვისებს. ნოვა შოტლანდიაში ლჯბტქ ჯანდაცვის შესახებ მომავალი კვლევის წინადადებები მოიცავდა ჯანდაცვის გამოცდილების, ხელმისაწვდომობისა და სხვადასხვა ჯანდაცვის პროვაიდერების როლების შესწავლას. მონაწილეებმა რეკომენდაცია გაუწიეს ლჯბტქ პოპულაციის სამედიცინო მუშაკებთან წვდომის შესაძლებლობის შესწავლას, მათი აღქმა ჯანდაცვის პროვაიდერების ლჯბტქ მეგობრული ხასიათის შესახებ და პირადი დამღევს უნარებისა და სოციალური მხარდაჭერის გავლენა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. შედეგები ხაზს უსვამს ლჯბტქ ჯანმრთელობის გაგების მნიშვნელობას მოდელის საშუალებით, რომელიც ითვალისწინებს როგორც ინდივიდუალურ, ასევე სტრუქტურულ ფაქტორებს. გამოწვევების აღიარებისას, კვლევა მხარს უჭერს ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებულ მიდგომას, აღიარებს და განავითარებს პოზიტიურ ფაქტორებს, რომლებიც ხელს უწყობენ ლჯბტქ ადამიანების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. ეს თვისებრივი კვლევა მიზნად ისახავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) შესახებ ცოდნის შეფასებას და ტესტირებაზე აღქმული ბარიერების იდენტიფიცირებას და სტრატეგიების შეთავაზებას სახლში დაფუძნებულ სგგი ტესტირების პროგრამაში მონაწილეობის გაზრდის მიზნით (Uskūla et al., 2006). მონაწილეთა დასაკომპლექტებლად ჩამოყალიბდა ხუთი ფოკუს ჯგუფი, სულ 29 მონაწილით, მოხერხებული შერჩევის გამოყენებით ასაკის (18-40 წლის), სქესის (მამაკაცი და ქალი) და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (ტარტუს რეგიონი, ესტონეთი). ფოკუს ჯგუფებმა გამოავლინეს მნიშვნელოვანი ხარვეზები ცოდნაში და გაბატონებული უარყოფის დამოკიდებულება. თუმცა, მონაწილეებმა აღიარეს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სიმძიმე და შესთავაზეს სტრატეგიები სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ტესტირებისა და მკურნალობის პროგრამაში მონაწილეობის გაზრდის მიზნით. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის წარმატებული პროგრამები უნდა ეხებოდეს ისეთ საკითხებს, როგორცაა დაავადების სტიგმა და კონფიდენციალურობის დაცვა. დაავადების კონტროლის იძულებითი მეთოდებისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების არსებული სტიგმატიზაციის შიში წარმოადგენს დიდ გამოწვევას ესტონეთში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციისა და მკურნალობის მცდელობებისთვის. ეს თვისებრივი კვლევა ემსახურება როგორც ღირებულ კონტექსტუალურ მითითებას აღმოსავლეთ ევროპაში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების კონტროლის პროგრამებისთვის. ბოლო 15 წლის განმავლობაში აღმოსავლეთ ევროპაში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები გახდა საზოგადოებრივი

ჯანმრთელობის მთავარი პრობლემა მოზარდებსა და ახალგაზრდებში. ესტონეთში სსგ-ი შემცირების მიუხედავად მისი მაჩვენებელი მაინც უფრო მაღალია ვიდრე მეზობელ სკანდინავიურ ქვეყნებსა და ევროპის უმეტეს ქვეყნებში. ქვეყანაში აივ/შიდსის მაღალი სიხშირე აქტუალურს ხდის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრობლემის მოგვარებას. დაავადების გადაცემის შეჩერების მცდელობები ეყრდნობა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სამკურნალო სერვისების ბარიერების იდენტიფიცირებას და შემცირებას. სისტემური, სოციალური და ინტერპერსონალური ბარიერები, მათ შორის სტიგმა, ლოდინის დრო და განსჯის ქცევა, აფერხებს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მკურნალობის სერვისების გამოყენებას. ნუკლეინის მჟავის ამპლიფიკაციის ტესტები (NAATs) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების სახლში დიაგნოსტიკისთვის გთავაზობთ ახალ ტესტირების მოდელს. მიუხედავად იმისა, რომ საშინაო სკრინინგი ეფექტურია, რეაგირების ნაკლებობა ჯერ კიდევ პრობლემად რჩება. ეს კვლევა განიხილავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის ბარიერების და პოსტსაბჭოთა საზოგადოებაში წარმატების სტრატეგიების გაგების აუცილებლობას. კვლევა მოიცავდა ხუთ ფოკუს ჯგუფს, რათა შეესწავლათ დამოკიდებულებები სახლის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შეგროვების მიმართ, რაც უფრო მეტი ცოდნისა და კულტურალური ინტერპრეტაციების საშუალებას იძლევა. ის ჩატარდა ტარტუში, ესტონეთში, 2005 წლის თებერვლიდან აპრილამდე. კვლევის მეთოდები დამტკიცებული იქნა ტარტუს უნივერსიტეტის კვლევის ეთიკის კომიტეტის მიერ, რომელმაც უზრუნველყო ინფორმირებული თანხმობა თითოეული მონაწილისგან. ფოკუს ჯგუფებმა აღიარა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები მნიშვნელოვანი, მაგრამ უგულვებელყოფილი საკითხი, დაბალი ინფორმირებულობით და გაბატონებული აქცენტით მკურნალობაზე ვიდრე პრევენციაზე. განათლებისა და სოციალური სტიგმის ხარვეზები იდენტიფიცირებულია, როგორც სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ტესტირების ძირითადი ბარიერები. მონაწილეებმა გამოთქვეს შემოთავაზებული კონფიდენციალურობის, სტიგმისა და დროის შეზღუდვის შესახებ, რომლებიც დაკავშირებულია სახლის შერჩევასთან. წინადადებები მოიცავდა უპირატესობებზე ხაზგასმას, დეტალური ინსტრუქციების მიწოდებას და მედიისა და ცნობილი ადამიანების გამოყენებას ცნობიერების ასამაღლებლად.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების აღიარებით, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მთავარ პრობლემად, ეს კვლევა ხაზს უსვამს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ტესტირებასა და მკურნალობაში არსებული ბარიერების გადაჭრის აუცილებლობას. ხარისხობრივი კვლევა სასარგებლო აღმოჩნდა სოციალური ფენომენების გასაგებად და კვლევა იძლევა წარმოდგენას პოტენციურ მიდგომებზე საშინაო ნიმუშების შერჩევის შესახებ. მოხერხებულმა შერჩევამ შეიძლება გამოიწვიოს შერჩევის სიტემური შეცდომა, განზოგადოების შეზღუდვით. ამის მიუხედავად, მონაწილეთა შეხედულებები იძლევა მნიშვნელოვან პოლიტიკურ მიმართულებებს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად. ცოდნის ხარვეზების აღმოფხვრა, სტიგმასთან ბრძოლა და კონფიდენციალურობის უზრუნველყოფა გადაწყვეტია სახლში დაფუძნებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ტესტირების პროგრამების წარმატებისთვის. მედიის ჩართულობამ, პოზიტიურმა მაგალითებმა და სანდო სპიკერებმა შეიძლება გადაწყვეტი როლი ითამაშონ ბარიერების გადალახვაში ლჯბტქ პოპულაციისთვის ჯანდაცვის სფეროში უთანასწორობის პრობლემის გადაჭრაში მიღწეული მიღწევების შესწავლისას, კეტლინ ა. ბონვიჩინი მიმოიხილავს პროგრესს, მიღწეულს დროის მანძილზე, თითქმის თხუთმეტი წლის წინ მისი პუბლიკაციიდან, რომელიც ეხებოდა სამედიცინო სტუდენტებისა და პრაქტიკოსების განათლებასა და ტრენინგს კლინიკური კომპენტეციის სფეროში ლესბოსელ და გეი პაციენტებზე ზრუნვის შესახებ შტატებში (Bonvicini, 2017). შემდგომი კვლევები მნიშვნელოვნად გაფართოვდა.

დასკვნა

გზა ლჯბტქ სამართლიანი ჯანდაცვისკენ, იქნება ეს ნიუ-იორკში თუ ნოვა შოტლანდიაში (კანადა), წარმოადგენს შეუჩერებელ პროცესს, რომელიც გამოირჩევა როგორც პროგრესით,

ასევე მიმდინარე გამოწვევებით. კვლევები ადასტურებენ, რომ ლგბტქ ადამიანები ხშირად განიცდიან დაბალ ხარისხიან მომსახურებას ჯანდაცვის სისტემებში, რომლებიც არ აკმაყოფილებს მათ სპეციფიკურ საჭიროებებს. ასევე, გამოვლინდა ისეთი კრიტიკული საკითხები, როგორებიცაა ჰეტეროცენტრული ჯანდაცვის გარემო, ლგბტქ ჯანმრთელობის უთანასწორობის შესახებ პროვაიდერის ცოდნის ნაკლებობა, სტიგმა, დისკრიმინაციის შემთხვევები, სიღარიბე. აღნიშნული ხაზს უსვამს ყოვლისმომცველ, ინკლუზიურ, ყველასათვის ხელმისაწვდომ ჯანდაცვის სერვისების საჭიროებას განურჩევლად სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული იდენტობისა თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობისა.

გამოყენებული ლიტერატურა

Colpitts E, Gahagan J. (2016). I feel like I am surviving the health care system: Understanding LGBTQ health in nova scotia, Canada - BMC public health.

Improving LGBT access to healthcare at NYC Health and hospitals ... (n.d). <https://www.sageusa.org/wp-content/uploads/2018/06/improving-lgbt-access-to-healthcare-at-nyc-health-and-hospitals-corporation-facilities.pdf>

Uusküla A, Kangur K, McNutt LA. (2006). Barriers to effective STI screening in a post-Soviet society: results from a qualitative study. Sexually transmitted infections, 82(4), 323–326.

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics and Sociology

ჟურნალის ელექტრონული ვერსია შეგიძლიათ იხილოთ ჟურნალის ვებ-გვერდზე:
<https://heconomic.cu.edu.ge>

ელ ფოსტა: tverulava@cu.edu.ge

The online version of the journal is available on the website: <https://heconomic.cu.edu.ge>
Email: tverulava@cu.edu.ge

რედაქციის მისამართი: პაატა სააკაძის ქ. 1, ქ.თბილისი 0102, საქართველო
Adress: Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983