



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

8 (2)

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



8 (2) 2024

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

2024 № 8 (2)



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

PRINT ISSN 2449-2469
ONLINE ISSN 2346-7983

თბილისი 2024 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

ჟურნალის ელექტრონული გამოცემა ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე:

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

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

doi 10.52340/healthecosoc

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

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

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

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

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

Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

tverulava@cu.edu.ge



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

ინდექსირებულია INDEXED



Crossref



OAJI Open Academic Journals Index .net



EZ3

Elektronische Zeitschriftenbibliothek

Journals Insights Connecting Knowledge. Unleashing Ideas



Directory of Research Journals Indexing



Academic Resource Index ResearchBib



მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგიის თავმჯდომარე:

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

აღმასრულებელი რედაქტორი:

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

სარედაქციო კოლეგია:

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

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

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

რედაქტორი - ეკატერინე ელიავა

Editor-in-Chief:

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

Head of Scientific Editorial Board:

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

Executive Editor:

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

Scientific Editorial Board

Zviad Kirtava (Caucasus University), **Sofia Kobakhidze** (Caucasus University), **Otar Gerzmava** (Grigol Robakidze University), **Nata Kazakhashvili** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Revaz Jorbenadze** (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University), **Elene Jgharkawa** (Caucasus University), **Mariam Okruashvili** (Caucasus University), **Giorgi Makharashvili** (Caucasus University), **Guranda Chelidze** (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), **Tomislav Mestrovic** (University of Washington, USA), **Goran Bandov** (University of Zagreb, Croatia), **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

თენგიზ ვერულავა, ნუცა გრძელიშვილი

ლოგისტიკური სერვისების როლი საავადმყოფოს მართვაში

Tengiz Verulava, Nutsa Grdzelishvili

The role of logistics services in hospital management

მარიამ ამბროლაძე, ანა გულუა

დედების დამოკიდებულება იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული პროფილაქტიკური აცრების შესახებ საქართველოში

Mariam Ambroladze, Ana Gulua

The attitude of mothers about prophylactic vaccinations determined by the national immunization calendar in Georgia

გიორგი მამნიაშვილი

ბავშვთა კვების პროდუქტების შერჩევა: ნდობა, ღირებულების აღქმა და ყიდვის ქცევა

Giorgi Mamniashvili

Selecting Infant Food Products: Trust, Value Perception and Buying Behavior

მიმოხილვა Review

ტომისლავ მეშტროვიჩი, გორან ბანდოვი

მდგრადი განვითარების მიზნების კავშირი განათლებასა და მშვიდობასთან: იძულებით გადაადგილებული და დაუცველი მოსახლეობის არაფორმალურ სასწავლო გარემოში ტრავმის შესახებ ინფორმირებული მიდგომების გაძლიერება

Tomislav Meštrović, Goran Bandov

The Interplay of Sustainable Development Goals on Education and Peace: Enhancing Trauma-Informed Approaches in Informal Learning Environments for Displaced and Vulnerable Populations

ნინო ბერიშვილი, შოთა ცანავა, გიორგი ჩახუნაშვილი, ეკატერინე ხმალაძე, როენა სუხიაშვილი, ეკატერინე ჟღენტი

რიკეტსიების გავრცელება და სახეობრივი მრავალფეროვნება საქართველოს ტერიტორიაზე მოპოვებულ ტკიპებში

Nino Berishvili, Shota Tsanava, Giorgi Chakhunashvili, Ekaterine Khmaladze, Roena Sukhiashvili, Ekaterine Zhgenti

Distribution and species diversity of rickettsiae in ticks collected in Georgia

ცირა სუხაშვილი

ლაზეროთერაპიის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები თანამედროვე ენდოდონტიაში

Tsira Sukhashvili

Current approaches and challenges of laser therapy in modern endodontics

შორენა გაბედავა, ნატა ყაზახაშვილი
ტკივილის მართვის სერვისები საქართველოში
Shorena Gabedava, Nata Kazakhashvili
Pain management services in Georgia

ანა საყვარელიძე
ქვევითი ეკონომიკის გავლენა სამომხმარებლო გადაწყვეტილების მიღებაზე სადაზღვევო ინდუსტრიაში
Ana Sakvarelidze
The Impact of Behavioral Economics on Consumer Decision-Making in The Insurance Industry

გიორგი სადღობელაშვილი, ლაშა სიჭინავა
მედიკამენტების ფალსიფიცირება როგორც გლობალური ჯანდაცვის პრობლემა
Giorgi Sadghobelashvili, Lasha Sichinava
Medicine counterfeiting as a global health problem

სოფიკო მღებრიშვილი
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის დეინსტიტუციონალიზაცია: საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველო
Sofiko Mghebrishvili
Deinstitutionalization of the Mental Health System: International Experience and Georgia

ამირ სუჰაილ კორაკკა კოტილი
საშიში კავშირი თამბაქოს მოწევისა და ასთმას შორის
Aamir Suhail korakka kottil
Dangerous Liaison Between Tobacco Smoking and Asthma

ანა ერგემლიძე, ანა თოლორაია
პოსტტრავმული ზრდა ომგამოვლილ ქართველ დევნილებში.
Ana Ergemlidze, Ana Toloraia
Post-traumatic growth in Georgian refugees who have experienced war

ანა გაბუნია, ნიკოლოზ კუტუბიძე
ჯანდაცვა კონფლიქტურ ზონებში
Ana Gabunia, Nikoloz Kutubidze
Healthcare in conflict zones



ლოგისტიკური სერვისების როლი საავადმყოფოს მართვაში

The role of logistics services in hospital management

https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.01

თენგიზ ვერულავა^{1a}, ნუცა გრძელიშვილი^{1b},

Tengiz Verulava^{1a}, Nutsa Grdzelishvili^{1b}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ჰოსპიტალური ლოგისტიკა სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია და მოიცავს მარაგების, ნარჩენების, სამედიცინო და არასამედიცინო პროდუქციის მართვასა და სხვა მრავალ კომპლექსურ საქმიანობას. აქედან გამომდინარე, ლოგისტიკა ჰოსპიტალის ბიუჯეტის მნიშვნელოვანი ნაწილია და გავლენას ახდენს, როგორც მომხმარებლის კმაყოფილებაზე, ისე დაწესებულების ხარჯეფექტურობაზე. ნაშრომის მიზანია საქართველოს საავადმყოფოებში ლოგისტიკური პროცესებისა და მართვის მიდგომების შესწავლა და არსებული გამოწვევების გამოვლენა. **მეთოდოლოგია:** თვისობრივი კვლევის ფარგლებში სამ სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდა ლოგისტიკურ ოპერაციებში ჩართული ძირითადი პერსონალის სიღრმისეული გამოკითხვა. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა, რომ ჰოსპიტალის ლოგისტიკის ეფექტური მენეჯმენტი არის მრავალგანზომილებიანი პროცესი, რომელიც მოითხოვს მუდმივ გაუმჯობესებას, განვითარებად მოთხოვნებთან ადაპტაციას და ინოვაციური ტექნოლოგიებისა და პროცესების ინტეგრაციას. ლოგისტიკური ოპერაციების ოპტიმიზაციის გზით, ჯანდაცვის დაწესებულებებს შეუძლიათ რესურსების უფრო გონივრულად განაწილება, პაციენტის მოვლის ხარისხის გაძლიერება და საბოლოო ჯამში ჯანდაცვის სისტემის მთლიან მდგრადობასა და ეფექტურობაში წვლილის შეტანა. **დასკვნა:** რამდენადაც ჯანდაცვის სფერო აგრძელებს განვითარებას, რაც განპირობებულია ტექნოლოგიური მიღწევებით, დემოგრაფიული ცვლილებით და პაციენტების მხირდან გაზრდილი მოლოდინებით, ლოგისტიკის სტრატეგიული ინტეგრაცია დარჩება გადამწყვეტი კომპონენტი მაღალი ხარისხის, ხარჯეფექტური და პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო სერვისების მიწოდებაში.

საკვანძო სიტყვები: ჰოსპიტალური ლოგისტიკა, ოპტიმიზაცია, ეფექტური მენეჯმენტი.

კიტატა: თენგიზ ვერულავა, ნუცა გრძელიშვილი. ლოგისტიკური სერვისების როლი საავადმყოფოს მართვაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2)

Abstract

Introduction: Hospital logistics is the most important component of the management of a medical institution and includes the management of supplies, waste, medical and non-medical products, and many other complex activities. Therefore, logistics is an important part of the hospital budget and affects

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

^b n_grdzelishvili3@cu.edu.ge

both customer satisfaction and cost efficiency of the institution. The paper aims to study logistics processes and management approaches in Georgian hospitals and to identify existing challenges. **Methodology:** As part of a qualitative study, an in-depth survey of key personnel involved in logistics operations was conducted in three medical institutions. **Results:** The study showed that effective hospital logistics management is a multidimensional process that requires continuous improvement, adaptation to evolving requirements, and integration of innovative technologies and processes. By optimizing logistics operations, healthcare facilities can allocate resources more wisely, enhance the quality of patient care, and ultimately contribute to the overall sustainability and efficiency of the healthcare system. **Conclusion:** As healthcare continues to evolve, driven by technological advances, demographic changes, and increased patient expectations, the strategic integration of logistics will remain a critical component in delivering high-quality, cost-effective, and patient-centered healthcare services.

Keywords: hospital logistics, optimization, efficient management.

Quote: Tengiz Verulava, Nutsa Grdzeshvili. The role of logistics services in hospital management. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2)

შესავალი

1950-იან წლებამდე საავადმყოფოების უმეტესობას არ ჰქონდა ლოგისტიკის განყოფილება. თითოეული დეპარტამენტი აგვარებდა საკუთარ ინვენტარის საჭიროებებს. სწორედ ამის გამო, თანდათანობით წარმოიქმნა პრობლემები, რომლებიც უკავშირდებოდა ზედმეტი ინვენტარის შეკვეთას, გაზრდილ ხარჯებს და სამედიცინო სერვისების ხარისხის დაქვეითებას. აღნიშნული პროცესებიდან გამომდინარე, საჭირო გახდა სამედიცინო ორგანიზაციებში ლოგისტიკის განყოფილების გაჩენა, რომელიც, პირველ რიგში, შესყიდვის/მიღების/განაწილების ცენტრი გახდა და პროცესში ჩართვის შემდგომ მალევე გადაიქცა სამედიცინო დაწესებულების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სასიცოცხლო განყოფილებად.

ჰოსპიტალური სისტემა სირთულით ხასიათდება, რადგან პაციენტისთვის საჭირო პროცედურები ცვალებადი და არაპროგნოზირებადია. ლოგისტიკა განიხილება, როგორც ეფექტური საშუალება უამრავი პროცესისა და საკითხის ორგანიზებასა და გამარტივებაში (Jawab, 2018).

პაციენტისთვის უწყვეტი და გამართული მომსახურების მიწოდება მოიცავს რამდენიმე მრავალპროფილურ და ურთიერთდამოკიდებულ სამედიცინო და ადმინისტრაციულ საფეხურს, რომლებიც საჭიროებს სინქრონიზაციას, რათა თავიდან იქნას აცილებული ლოდინის დროსთან და სამედიცინო რესურსების არარაციონალურად გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები. სწორედ ამიტომ, ლოგისტიკური სერვისები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სფეროში. თუ ჰოსპიტალში რომელიმე სამედიცინო ინსტრუმენტი მიუწვდომელია ან არ არის გამართულ მდგომარეობაში, პრობლემა ექმნება უკვე პაციენტის ჯანმრთელობას, კონკრეტულად სამედიცინო სერვისის ხარისხს და მის ხელმისაწვდომობას. შესაბამისად, ბოლო წლებში, ლოგისტიკურმა ფუნქციამ მოიპოვა სტრატეგიული ადგილი საავადმყოფოების მენეჯმენტში. ამ ცვლილებებით შესამჩნევი შედეგები მიღწეული იქნა შეცდომების შემცირების, პროცესის ხარისხის გაუმჯობესებისა და ლოდინის დროის შემცირების კუთხით.

კლინიკაში თითოეული ვიზიტისა თუ ჩატარებული სერვისის უკან მუდმივმოქმედი ლოგისტიკური ჯაჭვი დგას, რომელიც პაციენტისა თუ ექიმისთვის მომსახურების პროცესის ერთ-ერთ უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენს. ჰოსპიტალს ინფრასტრუქტურული გამართულობა, მედიკამენტები, აღჭურვილობები, დანადგარები და სხვადასხვა მცირე თუ დიდი მოწყობილობა უწყვეტად ესაჭიროება. თითოეული ამ საკითხის დაკმაყოფილებას და მონიტორინგს მთლიანად დაწესებულებაში და მის თითოეულ განყოფილებაში, ყველანაირი სტანდარტისა და ხარისხის დაცვით, ლოგისტიკის განყოფილება ხელმძღვანელობს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანმრთელობის ლოგისტიკა არის ფუნქცია, რომელიც უზრუნველყოფს ისეთი მატერიალური რესურსების მენეჯმენტსა და გამოყენებას, რომლებიც აუცილებელია ეფექტურობის, ხარისხისა და სამედიცინო საქმიანობის ხარჯების ეფექტურად გადასანაწილებლად (Silve, 2008)

ჯანდაცვის ლოგისტიკის 7 უმთავრეს კომპეტენციას გამოყოფენ (Silve, 2008):

1. ჯანდაცვის სტრუქტურების ლოგისტიკური საქმიანობისა და პროგრამების დაგეგმვა.
2. ჯანდაცვის ლოგისტიკის ადმინისტრირება და კოორდინაცია (პროგრამები და სტრუქტურები).

3. მიწოდების ჯაჭვის მართვა.

4. სამედიცინო და ტექნიკური აღჭურვილობის გამოყენების კოორდინაცია (მოვლა-პატრონობა, მონიტორინგი, კონტროლი, ვადების დაცვა).

5. ობიექტის და შენობის მოვლა-პატრონობის კოორდინაცია (კომუნიკაციების გამართულობისა და სანიტარიის ჩათვლით).

6. ჯანდაცვის საგანგებო სიტუაციების და ჰუმანიტარული ოპერაციების ეფექტური ლოგისტიკური მხარდაჭერა.

7. სექტორთაშორისი თანამშრომლობისა და საზოგადოების ხელშეწყობა/მონაწილეობა.

აღსანიშნავია, რომ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ ლოგისტიკის განსხვავებული საქმიანობა, რაც დამოკიდებულია მათ ზომაზე, ტიპზე, შესაძლებლობებზე, აქტივობებზე და შიდა კულტურაზე. თუმცა ჩამოვყალიბებულია 3 უმთავრესი ლოგისტიკური საქმიანობა, რომელიც ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულებისთვის უმნიშვნელოვანესია: (Feibert, 2017)

1) შესყიდვა: მოიცავს სხვადასხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების, დანადგარების, ინვენტარის შეძენას და ამ ინვენტარის მართვას.

2) წარმოება: მართავს სხვადასხვა საქმიანობას, როგორცაა სამრეცხაო, სამზარეულო, სტერილიზაცია და ა.შ.

3) დისტრიბუცია: უზრუნველყოფს სხვადასხვა პროდუქციის მიწოდებას შენახვის ადგილებიდან, გამოყენების სხვადასხვა პუნქტებამდე, ან ნარჩენების ტრანსპორტირებას გადაზიდვის ადგილებში.

საავადმყოფოებში თითოეულ განყოფილებას, პალატას თუ საოპერაციო ოთახს ესაჭიროება მუდმივად გამართული საოპერაციო და ინფრასტრუქტურული პროცესები, რომლებიც სწორედ ლოგისტიკის საშუალებით ხორციელდება. ამ პროცესების უმნიშვნელოვანესი კომპონენტებია:

- უწყვეტი წყალმომარაგება;
- უწყვეტი ელექტროენერგია;
- უწყვეტი ჟანგბადით უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო აპარატურის მუდმივი მონიტორინგი და გამართული ფუნქციონირება;
- სამედიცინო, საკანცელარიო, სამეურნეო და ტექნიკური მარაგებით უზრუნველყოფა;
- გათბობა, გაგრილების სისტემისა და ვენტილაციის უზრუნველყოფა.

აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალს მუდმივად ჰქონდეს მის სპეციფიკაზე მორგებული შემდეგი სახის მარაგები:

- მედიკამენტები;
- სამედიცინო დანიშნულების საგნები;
- სადიაგნოსტიკო საშუალებები;
- სამედიცინო აპარატურისთვის საჭირო მარაგები;
- ლაბორატორიისთვის საჭირო საგნები და მათი მარაგები;
- სადეზინფექციო საშუალებები, ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები, ნარჩენებისთვის საჭირო კონტეინერები და ურნები, ჰიგიენური საშუალებები და სხვა;

განსაკუთრებით საყურადღებოა სამედიცინო ელექტრომომარაგებისთვის აუცილებელი ინფრასტრუქტურის გამართულობა და შემდგომ უკვე მათი მუდმივი შემოწმება/მონიტორინგი. ლოგისტიკა აუცილებელია სამედიცინო ორგანიზაციის გარემოს,

ინფრასტრუქტურისა და სანიტარიული მდგომარეობის კუთხითაც. ინფრასტრუქტურასთან მიმართებით ლოგისტიკა მონიტორინგს უწევს სხვადასხვა სახის სამედიცინო აპარატურას, უზრუნველყოფს მათ გეგმიურ შემოწმებას, რაიმე პრობლემის შემთხვევაში შეკეთებას ან უმოკლეს ვადაში ჩანაცვლებას.

გარემოსთან მიმართებით ლოგისტიკა უზრუნველყოფს ნარჩენების მენეჯმენტს, სამედიცინო დაწესებულების შემოგარენის უსაფრთხოებას და საფრთხის შემცველი აპარატურის სწორი გამოყენების საკითხებს. ლოგისტიკის უმნიშვნელოვანესი პროცესების ნაწილია სამედიცინო დაწესებულებაში წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა. ეს გულისხმობს ნარჩენების კლასიფიკაციას, მახასიათებლებისა და შემადგენლობის მიხედვით. ასეთი მოდგომით მაქსიმალურად გამოირიცხება გარემოს დაბინძურება და ასევე ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედება. თოთოეულ სამედიცინო დაწესებულებაში აუცილებლად უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო ნარჩენების პირველ რიგში უსაფრთხო სეპარაცია და შეგროვება. შემდგომ კი მათი შენახვა, გატანა ან დამუშავება შესაბამისი სტანდარტებისა და დადგენილი ტექნიკური რეგლამენტის შესაბამისად.

ჰოსპიტალური ლოგისტიკა და ხარჯების ოპტიმიზაციის მექანიზმი

სხვა ინდუსტრიებთან შედარებით, მატერიალური რესურსების მენეჯმენტსა და ლოგისტიკას ჰოსპიტლების მენეჯმენტში არ ენიჭებოდა მაღალი პრიორიტეტი. ამის შესაძლო მიზეზებია: ჯანდაცვის მიწოდების ჯაჭვის კომპლექსურობა და ის ფაქტიც, რომ ლოგისტიკას მხოლოდ დამხმარე როლი აქვს საავადმყოფოების უმთავრეს მიზანთან: პაციენტების ეფექტურ მკურნალობასთან მიმართებით. თუმცა, ბოლო წლებში ლოგისტიკა მიჩნეულ იქნა, როგორც ჯანდაცვის ხარჯების მართვის ერთ-ერთი უმთავრესი ბერკეტი (Claro, 2002). კვლევები ადასტურებენ, რომ ეფექტური მენეჯმენტით შესაძლებელია საავადმყოფოებში ლოგისტიკასთან დაკავშირებული არასაჭირო ხარჯების საკმაოდ დიდი ნაწილის აღმოფხვრა.

ჰოსპიტალურ სექტორში ხარჯების ლოგისტიკური ოპტიმიზაციის პოტენციალი ფართოდ განიხილება ჯანდაცვის როგორც მმართველი რგოლების, ისე თავად ექიმ-პრაქტიკოსების მიერ. მატერიალური რესურსების სწორი ლოგისტიკური ოპტიმიზაციის ყველაზე აშკარა უპირატესობა არის ის, რომ ლოგისტიკური ხარჯების შემცირება პირდაპირ გავლენას არ ახდენს პაციენტის მომსახურების ხარისხზე. კვლევები ადასტურებენ, რომ შეერთებულ შტატებში ექთნების მიერ პაციენტებზე ზრუნვის გარდა, სხვა ისეთ აქტივობებზე ფუჭად დახარჯული დრო, როგორცაა მარაგების შევსება, უარყოფითად მოქმედებს ექთნების მიერ პაციენტებისთვის დათმობილ დროზე (Volland, 2017). ექთნების მიერ პაციენტების ზრუნვაზე უფრო მეტი დროის დათმობა და სხვა საქმიანობებისგან გათავისუფლება მეტ ეფექტურობასთან ასოცირდება.

ჰოსპიტალური ლოგისტიკა, როგორც საავადმყოფოს მართვის მნიშვნელოვანი ნაწილი პასუხისმგებელია შესყიდვაზე, მიღებაზე, მარაგებზე, ნარჩენების მენეჯენტზე და ა.შ. არასწორად წარმართული ლოგისტიკა და შესყიდვები კი ავტომატურად ზრდის ჰოსპიტალის ხარჯებს, ამიტომაც, დღესდღეობით ჯანდაცვის პროვაიდერები ცდილობენ გააუმჯობესონ თავიანთი ლოგისტიკა და ამ მიმართულებით სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტი, რათა შეამცირონ ჯანდაცვის კუთხით დიდი დანახარჯები (Rais, 2018).

რისკების მართვა, მიწოდების ჯაჭვის ოპტიმიზაცია, ხარისხის და მოთხოვნების შესაბამისობა, სტრატეგიული დაგეგმარება და ხარჯების ეფექტურობა საშუალებას აძლევს კომპანიებს შეინარჩუნონ ბიზნეს უწყვეტობა. ლოგისტიკა კომპანიებს ეხმარება აწარმოონ საქონელი/მომსახურება კონკურენტულ ფასში, ხელსაყრელი პირობებით, მიაღწიონ მასალების ნაკადის ოპტიმიზაციას, მინიმუმამდე დაიყვანონ შეფერხებები, დეფექტური ან უხარისხო პროდუქტების მიწოდებები და ამავედროულად დააბალანსონ ხარჯები.

შესყიდვის ლოგისტიკა

შესყიდვა არის მატერიალური ან არამატერიალური ქონების მესამე მხარისაგან გარკვეული ფასის სანაცვლოდ შეძენის პროცესი. პროცესის წარმართვა უმჯობესია

ცენტრალიზებული იყოს შესყიდვების განყოფილებაში. შესყიდვების განყოფილება წარმოადგენს სტრუქტურულ ერთეულს, რომელიც პასუხისმგებელია შესყიდვების სისტემის გამართულ და ეფექტურ მუშაობაზე. (Tan Miller, 2020)

ცხრილი 1: ლოგისტიკური საქმიანობის ცენტრალიზაციის დადებითი მხარეები

	ცენტრალიზებული შესყიდვები/ლოგისტიკა	დეცენტრალიზებული შესყიდვები/ლოგისტიკა
ხარჯების ეფექტურობა	მასშტაბის ეკონომიკის გამოყენება, მასიური შესყიდვებისას ფასდაკლებების გამოყენება, ეფექტური მოლაპარაკებები წარმოება	მოქნილობა, ადგილობრივი ბაზრის ათვისებით მიწოდების/ტრანსპორტიების/სხვა დროის შემცირება
სტანდარტიზაცია	პროცედურების, პროცესების, ხელშეკრულებების სტანდარტიზაცია ეფექტურობისთვის	მორგება და ადაპტირების შესაძლებლობა შიდა/ქვეყნის/საერთაშორისო მოთხოვნებთან, სტანდარტებთან და რეგულაციებთან
კონტროლი და შესაბამისობა	შიდა პოლიტიკის/მარეგულირებლის/საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობის დაცვის გამართვა, უკეთესი მართვის შესაძლებლობა	მოქნილობა, გადაწყვეტილებების მიღების თავისუფლება- მოერგონ მოთხოვნას ცალკეული გამოცდილებების შედეგად
მომწოდებლებთან ურთიერთობა	სანდო, გაძლიერებული ურთიერთობები მომწოდებლებთან, გრძელვადიანი ურთიერთობების დამყარების შესაძლებლობა ნდობის და გამოცდილების საფუძველზე	ლავირების შესაძლებლობა, ცალკეულ მოთხოვნებზე სწრაფი და ინოვაციური შეთავაზებების აღმოჩენის შესაძლებლობა

ცხრილი 2: ლოგისტიკური საქმიანობის ცენტრალიზაციის უარყოფითი მხარეები

	ცენტრალიზებული შესყიდვები/ლოგისტიკა	დეცენტრალიზებული შესყიდვები/ლოგისტიკა
ბიუროკრატია და დაყოვნება	ხანგრძლივი ვალიდაციის სქემები, ბაზრის ცვლილებებზე რეაგირების დაყოვნება	გაორმაგებული შრომა, არაკოორდინირებული და არათანმიმდევრული პრაქტიკები, პროცესები და გაზრდილი არაეფექტურობა
ინფორმაციის გაცვლა	კომუნიკაციის ბარიერები, გამჭვირვალების ნაკლებობა	ხილვადობის ნაკლებობა, ანალიზის შესაძლებლობის შეზღუდვა და გაზრდილი ხარჯები

შესყიდვებში მონაწილე ყველა სუბიექტი პასუხისმგებელია შესყიდვების პროცესის ყველა ეტაპზე იხელმძღვანელოს და გაითვალისწინოს შემდეგი ძირითადი პრინციპები:

- რაციონალიზაცია - მიზნად ისახავს მარაგების, შესასყიდი რაოდენობების/მოცულობის, მოწოდების დროისა და ფულადი სახსრების ხარჯვის ოპტიმიზაციას;
- გამჭვირვალობა - შესყიდვის პროცესის ან/და დასრულებული ოპერაციის გაანალიზება/შესწავლისათვის ინფორმაციის სრული წვდომის შესაძლებლობა;

• კონკურენციის აუცილებლობა - შესყიდვები უნდა ხორციელდებოდეს კონკურენციის და ობიექტურობის პრინციპების გათვალისწინებით, რათა მიღწეულ იქნას მაქსიმალურად ხელსაყრელი პირობებით შესყიდვა. მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული კლინიკის ინტერესები, ფასის, გადახდის პირობების, ხარისხის, დროული მოწოდების და სხვა ფაქტორები მომწოდებელთან მოლაპარაკებისას; (Tan Miller, 2020)

შესყიდვის პროცესი ყოველთვის ხასიათდება ციკლით და შედგება შემდეგი კომპონენტებისაგან (Tan Miller, 2020):

- შესყიდვის საჭიროების განსაზღვრა;
- შესყიდვის დაგეგმარება/ბიუჯეტირება;
- შესყიდვის ინიცირება;
- ბაზრის კვლევა (საჭიროების შემთხვევაში) და შესყიდვის საჭიროების შერჩევა;
- შერჩეულ მომწოდებელთან შესყიდვების დოკუმენტის გაფორმება;
- ხელშეკრულებების მართვა - საქონლის ან/და მომსახურების მიღება, ვადის, რაოდენობისა და ხარისხის კონტროლი;

• შესყიდვების მონიტორინგი;

პრაქტიკაში გამოიყენება მომწოდებლის შერჩევის სხვადასხვაგვარი პროცესი, რომელიც განისაზღვრება შესასყიდი საქონლის ან მომსახურების თანხობრივი მოცულობის, კომპლექსურობის ან/და სხვა თავისებურებების მიხედვით. არსებობს რამდენიმე გავრცელებული სახე:

- სატენდერო შესყიდვა (ღია, დახურული ტენდერი);
- ფასთა კოტირება;
- პირდაპირი შესყიდვა;

აქტივების (საკანცელარიო, სამურნეო, სახარჯი, ავეჯის, ინვენტარის და სხვა მასალის) მიღება, აღრიცხვა, დასაწყობება და მოთხოვნის შესაბამისად გაცემა/განაწილება შეგვიძლია დავყოთ შემდეგ უმთავრეს პროცესებად:

- საწყობში არსებული ფასეულობის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი კონტროლი;
- საქონლის განლაგება საწყობში - მიკვლევადობის უზრუნველყოფა;
- საქონლის შენახვის პირობების უზრუნველყოფა- დაცვა დაზიანებისგან, გარემოს მავნე ზემოქმედებისგან, დაკარგვის გამორიცხვა და ვადების კონტროლი;
- ბიზნეს უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად საჭირო მარაგების შექმნა და მისი პერიოდული შევსება (დაკვეთა შესყიდვების განყოფილებაში);
- განყოფილების დანახარჯების კონტროლი, ანალიზი და აღრიცხვა;
- დანახარჯების ეფექტურობასა და ოპტიმიზაციაზე ზრუნვა; (Tan Miller, 2020)

ჰოსპიტალური ლოგისტიკის გამოწვევები და მათი გადაჭრის მთავარი ბერკეტები

ჰოსპიტალური ლოგისტიკის წინაშე დგას უამრავი გამოწვევა. უპირველესად, მარაგი და აღჭურვილობა მიწოდებული უნდა იყოს დროულად და სწორ ადგილას. რესურსების დროული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და შეფერხებების მინიმუმამდე შემცირება გადამწყვეტია პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისთვის.

აღსანიშნავია ასევე, ტრანსპორტირების გამოწვევაც, რომელიც საკმაოდ ძვირ ხარჯებს გულისხმობს. საქართველოში არსებული სერვისისა და პროდუქტის მომწოდებელი კომპანიები, რომელებისგანაც ჰოსპიტლები მარაგებს შეისყიდიან, პროდუქტს ყიდულობენ საერთაშორისო ბაზარზე. შესაბამისად, სხვადასხვა მოვლენები გავლენას ახდენს მათ დროულ მიწოდებაზე, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ბაზარზე დეფიციტი და ე.ი. ფასის გზარდა.

ჯანდაცვის პროვაიდერები აწყდებიან მარაგების ვადებთან დაკავშირებით დაბრკოლებებსაც. მაგალითად, აუცილებელია, რომ ჰოსპიტალში ყველა სახის მედიკამენტი მოიპოვებოდეს, თუმცა, ზოგ შემთხვევაში არ დგება ამ მედიკამენტების სრული გამოყენების საჭიროება. შესაბამისად, იქმნება პრობლემები მათზე გაწეული ხარჯის მხრივ.

აუცილებელია ნარჩენების სწორი მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს დაწესებულების მიერ წარმოქმნილი ნარჩენების დამუშავება/განკარგვის სისტემურ პროცესს. ნარჩენებმა შეიძლება საფრთხე შეუქმნან როგორც მომუშავე პერსონალს ისე პაციენტებს და მათ გარშემომყოფებს,

გაზარდოს ინფექციებისა და დაზიანების რისკი და შეაფერხონ სერვისის მიწოდების უწყვეტობა. საავადმყოფოების მიზანია წარმოქმნილი ნარჩენების ეფექტური, უსაფრთხო დამუშავების და სეგრეგაციის პროცესის შემუშავება და მათი შესაბამისობა საერთაშორისო სტანდარტებთან, რაც ასევე შეამცირებს მათ განადგურებასთან დაკავშირებულ ხარჯებს და ხელს შეუწყობს კლინიკებს შეამცირონ რეპუტაციული რისკებიც.

ლოგისტიკურ პროცესებში ასევე დიდი მიზნელობა აქვს მომწოდებლების მიერ მოწოდებული პროდუქციის ხარისხისა და ფასების კონტროლს. რთულია ხარისხიანი პროდუქციის უზრუნველყოფა ფასთა ცვლილების პირობებში. პროდუქტის თითოეულ კატეგორიას ამავდროულად აქვს უნიკალური შენახვის მოთხოვნები (მაგ., შენახვის ვადა), რაც მათ მართვას ართულებს. მაგალითად: ტემპერატურისადმი მგრძობიარე პროდუქტები, როგორცაა ვაქცინები და გარკვეული მედიკამენტები, საჭიროებს სპეციალიზებულ შენახვას და დამუშავებას.

თითოეული ამ პროცესის შესახებ მონაცემების და ზოგადად ინფორმაციის გამჭვირვალობა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევა სამედიცინო ლოგისტიკის ჯაჭვში. ზუსტი და რეალურ დროში მონაცემები მარაგის დონეებზე და მიწოდების ჯაჭვის აქტივობებზე აუცილებელია ლოგისტიკის ეფექტური მართვისთვის. არაზუსტმა ან არასრულმა მონაცემებმა შეიძლება გამოიწვიოს არასაჭირო ან არაზუსტი პროცესები და რესურსების არაეფექტური განაწილება.

იმისათვის, რომ სამედიცინო ლოგისტიკის პროვაიდერები ამ გამოწვევებს გაუმკლავდნენ საჭიროა სწორი პროგრამული უზრუნველყოფის დანერგვა. პროგრამული უზრუნველყოფა და თითოეულ ამ საკითხზე ინფორმაციის სისტემური თავმოყრა ამ პრობლემების დროულ მოგვარებას აადვილებს. მარტივია განისაზღვროს არასწორად განაწილებული ან ზედმეტად შექმნილი მარაგები, აღირიცხოს თითოეული პროდუქტის მიღებისა და მათი ვადების თუ შენახვის პირობების შესახებ ინფორმაცია. სწორ პროგრამულ უზრუნველყოფას შეუძლია გააუმჯობესოს მონაცემთა გამჭვირვალობა ისე, რომ ისეთ კომპლექსურ სისტემაში, როგორც ჰოსპიტალებია ყველა საკითხი და ზოგადად მთლიანად სერვისი მართული იყოს ეფექტურად (Gardeva, 2021).

კლინიკისთვის უდიდესი ხარჯია მარაგების, შესყიდვებისა და ინვენტარიზაციის არარაციონალურობა. საქართველოს პრაქტიკაში ლოგისტიკური სერვისები უმეტესად ჰოსპიტალშივეა ორგანიზებული, თუმცა უცხოურ პრაქტიკაში ვხვდებით არამხოლოდ შიდა, არამედ გარე ლოგისტიკურ მომსახურებებსაც. ევროპის ქვეყნებსა და ასევე ამერიკის შეერთებულ შტატებში მრავლადაა გარე ლოგისტიკური კომპანიები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებებს გამართულ და საჭიროებებზე მორგებულ ლოგისტიკურ მომსახურებას სთავაზობენ, რაც ბევრი ჰოსპიტალის მართვას აადვილებს. მსგავს სერვისში შედის:

- საავადმყოფოს ნებისმიერი საჭიროების უზრუნველყოფა: ლოგისტიკური კომპანიები კლინიკებს სთავაზობენ ინდივიდუალურად მორგებული მიწოდების ჯაჭვის ორგანიზებას, რომელიც უზრუნველყოფს სტაბილურ გამართულ ფუნქციონირებას.

- ლოგისტიკური სისტემების დაგეგმვა: ლოგისტიკური სისტემების დაგეგმვა მოიცავს ჰოსპიტალში ინტეგრირებულ დაგეგმვას, შიდა ლოგისტიკური სისტემების დანერგვას და შემდგომ მათ ანალიზს. სამედიცინო დაწესებულებაში ლოგისტიკური პროცესების მრავალფეროვნების გამო, აუცილებელია ობიექტური საერთო ხედვის შექმნა, ამიტომ ლოგისტიკური კომპანიები ჰოსპიტალებს სთავაზობენ შენახვის, მასალის ნაკადის შესყიდვის და/ან ტრანსპორტირების ფუნქციონალურ დაგეგმვას და შემუშავებული აქვთ რამდენიმე სახის გეგმა, განსხვავებული დანახაჯებით და დროის შუალედებით.

- ლოგისტიკური კონტროლი საავადმყოფოებში: ჰოსპიტალი რთული ლოგისტიკური სისტემად ითვლება, ის მოიცავს პერსონალისა და მასალების ნაკადების სინქრონულ ორგანიზებას, რომელთა ზუსტი და მუდმივი მონიტორინგი რთული, თუმცა აუცილებელია. ამ ამოცანის გადაჭრა შესაძლებელია საკონტროლო ცენტრის შემოღებით. საკონტროლო ცენტრი გეგმავს და აკონტროლებს საავადმყოფოს პერსონალის ნაკადს მის მატერიალურ ნაკადებთან

ურთიერთქმედებაში. ასეთ ცენტრში ლოგისტიკურად გატარებული თითოეული მატერიალური რესურსი და მათი მონაცემები ინახება და მუდმივად განახლდება.

• ლოგისტიკის შემოწმება საავადმყოფოებში: უმეტეს შემთხვევაში, ჰოსპიტალებში საკმაოდ ნათლად არის გასნაზღვრული როდის ან რატომ არის გაუმჯობესების საჭიროება, მაგრამ რთულია ყველა პრობლემისა და მათი მიზეზების იდენტიფიცირება. შესაბამისად, ლოგისტიკის განყოფილებები თითოეულ ჰოსპიტალში და ასევე გარე ლოგისტიკური კომპანიებიც აკეთებენ ლოგისტიკურ შემოწმებას, რომელიც გულისხმობს სხვადასხვა დამატებითი/ არასაჭირო ხარჯების გამოვლენას, ხარვეზებისა თუ კრიზისის შემთხვევაში სამომავლოდ პრობლემური საკითხების განსაზღვრას და სხვა. ეს იძლევა მიმოხილვისა და პრიორიტეტების იერერქიულად სწორად დალაგების საშუალებას კონკრეტული ჰოსპიტალის საჭიროებებისა და მიხედვით.

სამედიცინო დაწესებულებების ლოგისტიკური განყოფილებების მიმოხილვა სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე

კვლევები ხაზს უსვამენ ლოგისტიკისთვის ცალკე გამოყოფილი განყოფილების არსებობის მნიშვნელობას. ლოგისტიკის ფარგლები და განყოფილების პასუხისმგებლობები ყოველთვის არ არის მსგავსი. ის განსხვავდება ერთი ქვეყნიდან მეორეში და ასევე ხშირად იმავე ქვეყანაშიც და იმავე ტიპის ჰოსპიტალშიც კი. ლოგისტიკური საქმიანობის მართვა უმეტეს შემთხვევაში მოიცავს ლოგისტიკის დეპარტამენტის გარდა პროცესში სხვადასხვა განყოფილებების ჩართულობასაც.

საფრანგეთში ლოგისტიკის დეპარტამენტს მოიხსენიებენ, როგორც „ეკონომიკური სერვისების დირექტორატს“ (“direction des services économiques“), რომელიც, როგორც წესი, მართავს ყველა დამხმარე აქტივობას, რომელიც საჭიროა ჯანდაცვის მიწოდების ჯაჭვისთვის (Landry and Beaulieu, 2002). 2001 წელს საფრანგეთის 126 საავადმყოფოში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მათგან მხოლოდ 31%-ს ჰქონდა ლოგისტიკის დეპარტამენტი. 2008 წელს 55 საავადმყოფოში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, საავადმყოფოების 82%-ს ჰქონდა ცალკე გამოყოფილი ლოგისტიკის განყოფილება (Aptel and Pourjalali, 2001). ამგვარად, კვლევები ხაზს უსვამენ ლოგისტიკური პროცესების მნიშვნელობის საგრძნობ ზრდას (Marriott et al., 1998).

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ლოგისტიკაზე პასუხისმგებელ დეპარტამენტს უწოდებენ მატერიალური რესურსების მენეჯმენტის განყოფილებას (Landry and Beaulieu). აშშ-ის 75 საავადმყოფოში ჩატარებული კვლევით გაირკვა, რომ თითქმის ყველა მათგანს აქვს ლოგისტიკური განყოფილება, ხოლო გარკვეული პროცენტები სხვა დეპარტამენტებზეც ნაწილდება ან აუთსორსინგის საშუალებით ხორციელდება (Aptel et al., 2009).

სინგაპურში ლოგისტიკის დეპარტამენტი უზრუნველყოფს სამედიცინო აღჭურვილობას, საკანცელარიო ნივთებს და საოფისე აღჭურვილობას, საქონლის მიწოდებას საოპერაციო ბლოკებისთვის, რადიოლოგისა და ლაბორატორიებისთვის. ზოგიერთ საავადმყოფოს ლოგისტიკური განყოფილება უზრუნველყოფს ისეთი სერვისებს, როგორცაა ტელეკომუნიკაცია, ტექნიკური მომსახურება და საინჟინრო მომსახურება. ლოგისტიკის განყოფილებას აქვს შესყიდვის, მიღების, შიდა დისტრიბუციის, მომწოდებლებისა და მარაგების მართვის პასუხისმგებლობა.

ამგვარად, ჰოსპიტალების მენეჯმენტში ლოგისტიკის როლი ჯანდაცვის ინდუსტრიის არსებითი კომპონენტია. სამედიცინო დაწესებულებები დიდწილად ეყრდნობიან ლოგისტიკას, რათა უზრუნველყონ, ფინანსურად ეფექტური, რესურსულად რაციონალური, ხოლო სერვისის კუთხით ხარისხიანი და უწყვეტი მომსახურება. ლოგისტიკა ჩართულია საავადმყოფოს პროცესის ყველა ასპექტში მიწოდების ჯაჭვის მენეჯმენტიდან სამედიცინო მარაგებისა და აღჭურვილობის მიწოდებამდე.

ნაშრომის მიზანია საქართველოს საავადმყოფოებში ლოგისტიკური პროცესებისა და მართვის მიდგომების შესწავლა და არსებული გამოწვევების გამოვლენა.

ცხრილი 3: მსოფლიოს მასშტაბით ლოგისტიკური სერვისების მიწოდების თავისებურებები

	განვითარებული ქვეყნები	განვითარებადი ქვეყნები
ტექნოლოგიური უზრუნველყოფის ინტეგრაცია პროცესში	იყენებენ მაღალგანვითარებულ ტექნოლოგიებს, როგორცაა RFID მონიტორინგის სიტემა, ავტომატიზირებული მარაგების მართვის სიტემა და პროგრამებში ინტეგრირებულია პაციენტების ელექტრონული ისტორიები.	ლიმიტირებული აქვთ ციფრული ტექნოლოგიების მხარდაჭერა და უმეტესად დამოკიდებულები არიან ქაღალდზე (paper-based)
საქონლის მენეჯმენტი	დახვეწილი, ჭკვიანი, განვითარებული ინვენტარის მენეჯმენტის სისტემები, რომლებიც რეალურ დროში აჩვენებთ მდგომარეობას და ავტომატური შევსების მეთოდოლოგიას იყენებს.	ხშირი გამოწვევები დაფიციტსა და ჭარბ პროდუქტთან, ეფექტური ინვენტარიზაციის სისტემების არარსებობის გამო.
ნარჩენების მენეჯმენტი	ნარჩენების მართვის მოწინავე პრაქტიკა, მკაცრი პროტოკოლები სახიფათო ნარჩენებთან მიმართებაში	ნარჩენების ძირითადი მართვის პრაქტიკის ნაკლებობა, არ აქვთ ინფრასტრუქტურა ნარჩენების სეგრეგაციისთვის და დამუშავებისთვის
შესყიდვები	ცენტალიზებული მიწოდების ჯაჭვი, დიდი ბიუჯეტით და შესაბამისი, გამართული პროცესებით	დეცენტრალიზებული და ფრაგმენტირებული მიწოდების ჯაჭვი
საგანგებო სიტუაციებისთვის მზადყოფნა	მკაფიოდ და წინასწარ განსაზღვრული გადაუდებელი შემთხვევებისთვის მზადყოფნის გეგმა, მარაგების დროულად განახლება/შევსების შესაძლებლობა	შეზღუდული მზადყოფნა, დამოკიდებულები არიან საერთაშორისო დახმარებებზე
ტრანსპორტირება	ეფექტური სატრანსპორტო ქსელები, სწრაფი მიწოდებისთვის	შეზღუდული გამართულობა, რაც ხშირად დაყოვნებასა და დაგვიანებულ მიწოდებას იწვევს
მარეგულირებელი გარემო	მკაცრი, მკაფიო რეგულაციები, რომლებიც	ნაკლებად მკაცრი რეგულაციები, რომლებიც

	მაღალ სტანდარტებს უზრუნველყოფენ	ნაკლებ ხარისხს უზრუნველყოფენ
პერსონალის გადამზადება/ ხელფასები	რეგულარული პროფესიული განვითარების ტრენინგები/მაღალი ხელფასები	ლიმიტირებული პროფესიული განვითარების შესაძლებლობა/დაბალი ხელფასები/კადრების ნაკლებობა
ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა	თანამედროვე ინფრასტრუქტურა, ტექნოლოგიურად დახვეწილი სისტემებით	ნაკლებად განვითარებული ინფრასტრუქტურა, რაც გამოწვევებს ქმნის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის
კულტურული პრაქტიკები	პრაქტიკა, რომელიც გავლენას ახდენს პაციენტების წელიწადში 1-2 აუცილებელი შემოწმებები	კულტურული პრაქტიკების არარსებობა

მეთოდოლოგია

ნაშრომისთვის გამოყენებულია სამაგიდე და თვისებრივი კვლევები. სამაგიდე კვლევა დაეფუძნა ქართული და უცხოური სამედიცინო სტატიების ანალიზს, რომლებშიც განხილულია სამედიცინო დაწესებულების ლოგისტიკის საკითხები და პროცესები.

თვისობრივი კვლევის ფარგლებში სამ სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდა ლოგისტიკურ ოპერაციებში ჩართული ძირითადი პერსონალის გამოკითხვა. კვლევისთვის შეირჩა მულტიდისციპლინური კლინიკა ფილიალებით მთელი ქვეყნის მასშტაბით, მრავალპროფილიანი ბავშვთა საავადმყოფო, რომელიც ფუნქციონირებს, როგორც დიდი ქსელის ნაწილი და სპეციალიზებული მონოპროფილური კარდიოლოგიური საავადმყოფო. ამ განსხვავებული ოპერაციული სტრუქტურებისა და სპეციალიზაციების შესწავლით, კვლევა ცდილობდა მიეღო ყოვლისმომცველი ინფორმაცია ლოგისტიკური მენეჯმენტის ნიუანსების, გამოწვევებისა და საუკეთესო პრაქტიკის შესახებ საქართველოს ჯანდაცვის კონტექსტში.

კვლევის მონაწილეები ინფორმირებულნი იყვნენ საკვლევი საკითხის შესახებ, მათი მონაწილეობა იყო სრულად ნებაყოფლობითი და ნებისმიერ მომენტში შეძლოთ კვლევაში მონაწილეობაზე უარის თქმა.

შედეგები

თვისობრივი კვლევის ფარგლებში სამ სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდა ლოგისტიკურ ოპერაციებში ჩართული ძირითადი პერსონალის გამოკითხვა. პირველი კლინიკა, რომელშიც კვლევა ჩატარდა არის მრავალპროფილიანი ტიპის დაწესებულება სადაც პაციენტებს როგორც სტაციონარული ისე ამბულატორიული მომსახურების მიღება შეუძლიათ. კლინიკას ქვეყნის მასშტაბით რამდენიმე ფილიალი აქვს, ამიტომ ხარჯების ოპტიმიზაციისთვის და მეტი მოქნილობისთვის დანერგილია ცენტრალიზებული მომარაგების სისტემა. ლოგისტიკური სერვისები კი განაწილებულია სხვადასხვა განყოფილებაზე, კერძოდ: სამეურნეო, სამედიცინო ტექნიკის და ტექნოლოგიების, ლაბორატორიის და სტომატოლოგიის განყოფილებაზე. სამეურნეო განყოფილება უძღვება არასამედიცინო მასალის, სამედიცინო ტექნიკის, ტექნოლოგიების სამსახური - სამედიცინო სახარჯი და ძირითადი საშუალებების, ხოლო ლაბორატორიის და სტომატოლოგიის განყოფილებები კი საქმიანობის შესაბამისი მასალების შესყიდვას, მიღება-ჩაბარებას, დასაწყობებასა და განაწილებას სხვადასხვა ფილიალში.

სამეურნეო განყოფილებაში არასამედიცინო პროდუქციის, როგორცაა სხვადასხვა ტიპის ქაღალდი, საოფისე ინვენტარი და ა.შ. მარაგების დაკვეთა ხდება წინა თვეების მოთხოვნების ანალიზიდან გამომდინარე. საჭირო მარაგები კი კვირაში ორჯერ შესაბამისი რაოდენობის მიხედვით შეისყიდება და ნაწილდება ფილიალებში კურიერების დახმარებით. არასამედიცინო მარაგების ბრუნვა საკმაოდ სწრაფად და დიდი ოდენობით ხდება, შესაბამისად ვადებთან და დასაწყობებასთან გამოწვევები ამ განყოფილებას არ წარმოეშვება, თუმცა არის პრობლემები დანახარჯებთან დაკავშირებით.

სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიის განყოფილებაში ხდება სამედიცინო დანიშნულების სახარჯი მასალებისა და ძირითადი საშუალებების შესყიდვა, დასაწყობება და შემდგომ განაწილება. ამავდროულად, აღნიშნული განყოფილება უზრუნველყოფს დაზიანებული ან ხარვეზიანი ინვენტარის შემთხვევაში ინჟინრებთან კომუნიკაციასა და ინვენტარის შეკეთების კოორდინაციას. სახარჯი მასალისა და ძირითადი საშუალებების (მაგალითად, სტენტები, ქირურგიული ინსტრუმენტები და ა.შ.) რაოდენობების წინასწარ განსაზღვრა დასაკვეთად რთულია, განსხვავებით არასამედიცინო მასალისა, რადგან მოთხოვნა არაპროგნოზირებადია, დამოკიდებულია პაციენტთა მომართვიანობაზე, გახარჯული საქონლის რაოდენობაზე. განხორციელებულ შესყიდვასთან დაკავშირებით ინფორმაცია ეგზავნება ბუღალტერიას ხარჯების აღსარიცხად და შესაბამის განყოფილებებზე გასანაწილებლად. თუ საქონლის შესყიდვა პირველად ტარდება, თავდაპირველად ხდება ნიმუშების ყიდვა, რომლის ხარისხიც მოწმდება შესაბამისი კომპეტენტური პირების მიერ და შემდეგ ფორმდება დაკვეთა და კონტრაქტი მომწოდებლებთან.

დანახარჯების კონტროლს კლინიკა შიდა ელექტრონული პროგრამით ახორციელებს, რომელშიც აღირიცხება შესასყიდი მასალები, მათი მახასიათებლები, მომწოდებელთა შესახებ ინფორმაცია, ფასები და მათი ცვლილების სტატისტიკა. ფასების კონტროლისა და დასტაბილურების მიზნით კლინიკა იყენებს რამდენიმე მეთოდს: მოლაპარაკებების წარმოება უშუალოდ მომწოდებლებთან ფასდაკლებაზე თუ ფასი გაიზარდა, ექსკლუზიურობის კონტრაქტი (საქონელს/მომსახურებას ჰყავს ერთი რეალური/ექსკლუზიური შემსყიდველი) და ე.წ. ფასთა კოტირება (ბაზრის კვლევა, რომლის დროსაც შესყიდვის განმსაზღვრელია ფასისა და ხარისხის კრიტერიუმების ერთობლიობა).

თითოეული ეს მეთოდი არასამედიცინო მასალაზე გაწეული ხარჯების არამიზნობრივ ზრდას აკავებს და მათ ოპტიმიზაციაში ეხმარება კლინიკას. განხორციელებულ შესყიდვასთან დაკავშირებით ინფორმაცია ეგზავნება ბუღალტერიას ხარჯების აღსარიცხად და შესაბამის განყოფილებებზე გასანაწილებლად. მაღალფასიანი საქონელი და ძირითადი საშუალებები შეისყიდება ტენდერის მეშვეობით. ამ პრაქტიკის გამოყენება სამართლიანი კონკურენციისთვის, დანახარჯების გამჭვირვალობისთვის, ფასისა და ხარისხის კონტროლისთვის საუკეთესო საშუალებაა, თუმცა პროცესი დროში გაწელილია, რაც მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს. საჭირო პროდუქცია საქართველოში ზოგ შემთხვევაში მიმწოდებლებსაც არ აქვთ, ხოლო უცხოელი მომწოდებლებისგან შესყიდვისას მასალის ჩამოტანას ხშირად დიდი დრო სჭირდება, რაც სამედიცინო პროცესს აფერხებს. მაგალითად, ლაპარასკოპიული პროდუქციის დამზადების და მიწოდების დრო საშუალოდ 6-დან 9 თვემდე გრძელდება.

კვლევა ჩატარდა ასევე ბავშვთა მრავალპროფილიანი ტიპის საავადმყოფოში, რომელიც საქართველოში არსებული კლინიკების ქსელის შემადგენლობაშია. საავადმყოფო გაშლილია 185 საწოლზე და 0-დან 18 წლამდე ასაკის პაციენტებისთვის თანამედროვე სტანდარტების ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისს უზრუნველყოფს. ლოგისტიკური პროცესების ჯაჭვი და მენეჯმენტი კვლევის პირველ ობიექტთან შედარებით აღნიშნულ კლინიკაში განსხვავებული სპეციფიკისაა.

კლინიკების ქსელში დანერგილია ცენტრალიზებული შესყიდვის და განაწილების სისტემა, რომელსაც სათავეში შესყიდვების განყოფილება უდგას. შესყიდვების განყოფილება თავის მხრივ იყოფა - სამედიცინო და არასამედიცინო პროდუქციის შესყიდვების გუნდებად.

კლინიკა საჭიროებისამებრ აწარმოებს შიდა შესყიდვებსაც, რომელსაც საოპერაციო დირექტორი კურირებს.

ქსელში არასამედიცინო მასალების საჭირო მარაგები წინა თვეების ანალიზის მიხედვით (სტანდარტულად საშუალოდ 3 თვე), შეისყიდება და ნაწილდება ფილიალებში კურიერების დახმარებით. არასამედიცინო მარაგების ბრუნვა საკმაოდ სწრაფად და დიდი ოდენობით ხდება, შესაბამისად ვადებთან და დასაწყობებასთან გამოწვევები არც ქსელს და არც კლინიკას არ უდგას. სამედიცინო პროდუქციის შესყიდვების გუნდი შეისყიდის სამედიცინო დანიშნულების სახარჯ მასალებსა და ძირითადი საშუალებებს. ამ მასალის შესყიდვა წინა სამი თვის სტატისტიკის საფუძველზე ხდება. ქსელში დანერგილი პროგრამა ფორმულის საშუალებით ადგენს თითოეულ პროდუქტის სახეობაზე საჭირო შესასყიდ რაოდენობას. შიდა პროგრამა და ფორმულა ხარჯების კონტროლისთვის ძალიან ეფექტური საშუალებაა და გარკვეულწილად სტანდარტულ, ოპტიმალურ და მარტივად კონტროლირებად რაოდენობამდე დაყავს ხარჯები. თუმცა, გასათვალისწინებელია ისიც რომ კლინიკაში მასალაზე მოთხოვნა რთულად პროგნოზირებადია და კონკრეტული პაციენტებიდან და შემთხვევებიდან გამომდინარე მაინც ხდება ცალკე მოთხოვნის გაგზავნა ან კლინიკის შიდა შესყიდვა.

შესყიდვის ტიპად კლინიკაც და ქსელიც იყენებს ბაზრის ანალიზს და ჰყავთ მომწოდებლებიც საერთაშორისო ბაზრებზე, რომლებიც ნებისმიერი ტიპის და მაღალხარისხიან მასალას აწარმოებენ. შესყიდვის პროცესში დროის ფაქტორთან დაკავშირებული გამოწვევები ნაკლებადაა, რაც დაკავშირებულია ქვეყნის შიდა და გარე ბაზრებზე არსებულ მრავალ მომწოდებელთან. საჭიროების შემთხვევაში ისეთი მასალის შესყიდვა, რომელიც კონკრეტული პაციენტის/შემთხვევისთვის ერთჯერადად გახდა საჭირო, დროის შემცირების მიზნით შეისყიდება გარე ლოგისტიკური კომპანიების მეშვეობითაც. გამდინარე იქიდან, რომ საავადმყოფოების ქსელი ან მისი შემადგენელი კლინიკა შეისყიდის მასალებს, ისინი ნაკლებად იყენებენ ექსკლუზიური დაკონტრაქტების მეთოდს. მათ ძირითადად ჰყავთ მომწოდებლები, რომლებიც მუდმივად ხარისხიან პროდუქციას აწვდიან, თუმცა, არ არიან შეზღუდული კონტრაქტის ფარგლებში სხვა მომწოდებლებთან ურთიერთობისგანაც. მაღალფასიანი მასალის შემთხვევაში (>50 000ლარი), კლინიკა იყენებს სატენდერო ტიპის შესყიდვებს. ნებისმიერ შემთხვევაში შესყიდვის ცენტრი არის ქსელის ცენტრალურ ოფისი და დამატებითი ბიუროკრატია პროცესს მეტნაკლებად ართულებს: კლინიკიდან მოთხოვნის გაგზავნა, დასტურების მიღება და მხოლოდ შემდგომ შესყიდვის განხორციელება ახანგრძლივებს პროცესს და ნაკლებად აძლევს კლინიკას რიგ შემთხვევებში ოპერატიულად ფუნქციონირების საშუალებას.

კლინიკების ქსელს ერთი ცენტრალიზებული საწყობი გააჩნია, რომლიდანაც მარაგები მოთხოვნის და საჭიროების შესაბამისად კურიერების მეშვეობით ნაწილდება. თავად კლინიკაში კი მედიკამენტები (მათ შორის ნარკოტიკული საშუალებები) ინახება აფთიაქში, არასამედიცინო მასალები - ცალკე საწყობში, ლაბორატორიული მასალები (სინჯარები, რეაქტივები და ა.შ.) - ლაბორატორიის განყოფილების საწყობში. მარაგების კუთხით მთავარ გამოწვევად დგას მედიკამენტების ვადები, რადგან ზოგიერთი დასახელების მედიკამენტის გამოყენების საჭიროებაც შეიძლება გარკვეული პერიოდის განმავლობაში არ დადგეს. მსგავს მედიკამენტებს ვადის გასვლამდე 3 თვით ადრე ავტორიზებული აფთიაქის მთავარი ფარმაცევტი აღრიცხავს პროგრამაში, ხოლო ვადის გასვლის შემდეგ ჩამოწერს მას. არის შემთხვევები, როდესაც ქსელის შემადგენელ ერთ კლინიკას აქვს კონკრეტულ მედიკამენტზე საჭიროება, რომელიც ამავე ქსელში შემავალ მეორე კლინიკას აქვს მარაგში. თუმცა, კლინიკებს მსგავსი მედიკამენტების ერთმანეთში გადანაწილება, გადაწერა არ შეუძლიათ, მაშინაც კი როდესაც მედიკამენტის ვადა ახლო მომავალში იწურება. მარაგების საერთო მენეჯმენტისა და კონტროლისთვის ეს წესი კარგი საშუალებაა, თუმცა, პრაქტიკაში ართულებს პროცესებს, ზრდის ხარჯებს და ნარჩენებს ქსელის შემადგენელი კლინიკებისთვის.

ფინანსურად ხარჯები აღირიცხება არამხოლოდ განყოფილებების მიხედვით, არამედ თითოეული პაციენტის და შემთხვევის მიხედვით. ზუსტად იწერება კლინიკაში რა დიაგნოზის შემთხვევაში რა მასალა და რა ოდენობით გახდა საჭირო.

მესამე კლინიკა არის მონოპროფილური ტიპის, რომლის მთავარ სპეციალიზაციასაც წარმოადგენს კარდიოლოგია (ინტერვენციული კარდიოლოგიითა და კარდიოქირურგიით), ანგიოლოგია და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მეორადი პრევენცია. კლინიკა არ წარმოადგენს ქსელს და უზრუნველყოფს მხოლოდ ერთი დაწესებულების ლოგისტიკური პროცესების მართვას. ლოგისტიკური პროცესები ერთიანდება მხოლოდ ერთ განყოფილებაში, რომელიც დაარსების დღიდან შეიქმნა და ფუნქციონირებს შემდეგი დასახელებით „ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკური უსაფრთხოების დეპარტამენტი“.

არასამედიცინო შესყიდვებს კურირებს ადმინისტრაციული დირექტორის თანაშემწე. ინვენტარიზაცია ხდება სპეციალური პროგრამის მეშვეობით, სადაც ხდება ასევე მარაგების კონტროლი. პროგრამის საშუალებით დგინდება სტანდარტული, ფიქსირებული მარაგების რაოდენობა, რომელიც შეისყიდება მათ ამოწურვამდე. ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკური უსაფრთხოების დეპარტამენტში ხდება სამედიცინო დანიშნულების სახარჯი მასალებისა და ძირითადი საშუალებების შესყიდვა. გამოდინარე იქიდან, რომ კლინიკა მონოპროფილურია მეტწილად ფიქსირებული მარაგებით ოპერირებენ სამედიცინო პროდუქციის მიმართულებითაც, თუმცა ხდება მოთხოვნის შესაბამისი შესყიდვებიც. ამავდროულად, აღნიშნული განყოფილება უზრუნველყოფს დაზიანებული ან ხარვეზიანი ინვენტარის შემთხვევაში ინჟინერებთან კომუნიკაციასა და ინვენტარის შეკეთების კოორდინაციას.

კლინიკას გააჩნია ავტორიზებული აფთიაქი და სამეურნეო საწყობი, სადაც მარაგდება სამედიცინო პროდუქცია და ნაწილდება შესაბამის განყოფილებებზე. შესყიდვების განხორციელებისთვის კლინიკა იყენებს ე.წ. ფასთა კოტირების მეთოდს. ისინი იკვლევენ ბაზარს და ახორციელებენ ფასთა მოკვლევებს. მეტწილად გამოიყენება ქვეყნის შიდა შესყიდვები, თუმცა საერთაშორისო შესყიდვებსაც აწარმოებენ, ასეთის საჭიროების შემთხვევაში. დანახარჯების კონტროლს კლინიკა შიდა ელექტრონული პროგრამით ახორციელებს, რომელშიც აღირიცხება შესასყიდი მასალები, მათი მახასიათებლები, მომწოდებელთა შესახებ ინფორმაცია, ფასები და მათი ცვლილების სტატისტიკა. თუმცა, ხარჯების შეკავება და ოპტიმიზაცია მაინც მთავარ გამოწვევად რჩება კლინიკისთვის, რადგან ბაზარზე პროდუქტების ფასთა ცვლილება ხშირად ხდება. დაწესებულება ამ გამოწვევას პროგრამაში ფასთა ცვლილების აღრიცხვით, დინამიკის ანალიზითა და არასასურველი ცვლილებების შემთხვევაში მომწოდებელი კომპანიებისთვის დისკვალიფიკაციის მინიჭებით ებრძვის.

დისკუსია

საქართველოს სამ კლინიკაში ჩატარებული ლოგისტიკური პროცესების კვლევის თანახმად, აშკარაა, რომ პროცესები განსხვავდება, გამომდინარე იქიდან, კლინიკა დამოუკიდებლად ფუნქციონირებს, თუ ერთიანი ქსელის ნაწილია. ასევე მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კლინიკის ტიპის მიხედვით: მონოპროფილურ და მრავალპროფილიან კლინიკების ლოგისტიკურ ჯაჭვებს შორის სხვაობა ნაკლებად არის და მხოლოდ შესყიდული მასალების ტიპზე და მოცულობაზე ახდენს გავლენას. კვლევის ნაწილში განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭა იმას, თუ როგორ მიმდინარეობდა სამედიცინო დაწესებულებებში შესყიდვების, მომარაგებისა და განაწილების პროცესები.

კვლევამ გამოავლინა ჯანდაცვის სექტორში ლოგისტიკის მართვის განსხვავებული მიდგომები. მიუხედავად ზომის, მოცულობისა და ოპერაციული სტრუქტურების განსხვავებებისა, გაჩნდა რამდენიმე საერთო საკითხი და გამოწვევა, რომელიც ხაზს უსვამს ლოგისტიკური პროცესების ოპტიმიზაციის კრიტიკულ მნიშვნელობას ხარჯების ეფექტურობისა და მოვლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

მულტიდისციპლინურ კლინიკაში ლოგისტიკური სერვისები განაწილდა მრავალ განყოფილებაში, მათ შორის მარაგების, სამედიცინო აღჭურვილობისა და ტექნოლოგიების,

ლაბორატორიისა და სტომატოლოგიის ჩათვლით. ამ დეცენტრალიზებულმა მიდგომამ წარმოადგინა გამოწვევები კომუნიკაციასა და კოორდინაციაში, რაც პოტენციურად გამოიწვევს ხარჯების გაზრდას. ამის საპირისპიროდ, კარდიოლოგიურმა კლინიკამ მოახდინა ყველა ლოგისტიკური აქტივობის ცენტრალიზება სპეციალურ "ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკური უსაფრთხოების დეპარტამენტის" ფარგლებში, რაც გაამარტივებს ოპერაციებს, რომლებიც სპეციფიკურია მისი სპეციალიზებული სფეროებისთვის. თუმცა აღსანიშნავია, რომ მსგავსი მიდგომა ორივე კლინიკისთვის განსხვავებული პროფილის და სამუშაო სპეციფიკისთვის არის შესაბამისი.

სამივე სამედიცინო დაწესებულებიდან ნათლად ჩანს მენეჯმენტისთვის უმთავრესი ბერკეტი - პროგრამული უზრუნველყოფა. მრავალპროფილურმა პირველმა კლინიკამ გამოიყენა შიდა ელექტრონული პროგრამა, რათა თვალყური ადევნოს და აკონტროლოს ინვენტარი, აწარმოოს ფასდაკლებები მომწოდებლებთან და დანერგოს ისეთი მეთოდები, როგორცაა ექსკლუზიურობის კონტრაქტები და ფასების შეთავაზებები ხარჯების ოპტიმიზაციისთვის. ბავშვთა კლინიკა იყენებს შესყიდვების ცენტრალიზებულ სისტემას ფორმულებზე დაფუძნებული მიდგომით, რათა დადგინდეს საჭირო შესყიდვის რაოდენობა, რაც შესაძლებელს გახდის უკეთესი ხარჯების კონტროლს და ინვენტარის ოპტიმიზაციას.

მონაცემთა შეგროვებამ და პროცესის ავტომატიზაციამ გადამწყვეტი როლი ითამაშა სამივე სამედიცინო დაწესებულების მიწოდების ჯაჭვის ეფექტურ მართვაში. შიდა პროგრამული უზრუნველყოფის, ელექტრონული პროგრამების და მონაცემთა ანალიტიკის ინსტრუმენტების გამოყენებამ ხელი შეუწყო ინფორმირებულის გაზრდას ინფორმაციის, პროდუქტის ტიპების და ფასების სტატისტიკის მონიტორინგის გამარტივებას და უზრუნველყოფს ღირებულ ინფორმაციას პროცესის ტენდენციებსა და პოტენციური შეფერხებების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ მულტიდისციპლინური კლინიკისა და ბავშვთა საავადმყოფოების ქსელი ეყრდნობოდა შიდა და საერთაშორისო მომწოდებლების ერთობლიობას, კარდიოლოგიური კლინიკა ძირითადად მარაგებს აწარმოებდა შიდა ქვეყნებში, რაც პოტენციურად ამცირებს ტარების დროს და ტრანსპორტირების ხარჯებს. თუმცა, ამ მიდგომას შეიძლება ჰქონდეს შეზღუდული წვდომა სპეციალიზებულ ან ნიშან პროდუქტებზე, რომლებიც ხელმისაწვდომია მხოლოდ უცხოელი მომწოდებლებისგან.

დროულ მიწოდებასთან, ხარისხის კონტროლთან და სამედიცინო მიწოდების მოთხოვნის არაპროგნოზირებად ხასიათთან დაკავშირებული გამოწვევები საერთო იყო სამივე დაწესებულებაში. ბავშვთა საავადმყოფომ ეს საკითხები გადაჭრა გარე ლოგისტიკური კომპანიების გამოყენებით (დროზე დამოკიდებული შესყიდვებისთვის) და მაღალი ხარისხის მასალების საერთაშორისო მომწოდებლებთან ურთიერთობის გაღრმავების გზით.

გარდა ამისა, კვლევამ ხაზი გაუსვა ჯანდაცვის დაწესებულებებს შორის თანამშრომლობისა და რესურსების გაზიარების მნიშვნელობას, როდესაც ის იმავე ქსელის ნაწილია. მიუხედავად იმისა, რომ ქსელში შემავალი კლინიკები ვერ ახერხებენ გადაანაწილონ ჭარბი რაოდენობის ან ვადაგასული მედიკამენტები ოპერაციული შეზღუდვების გამო, ერთობლივი ჩარჩოების შექმნა და ციფრული პლატფორმების გამოყენებამ შეიძლება ხელი შეუწყო რესურსების ეფექტურ გადანაწილებას, შეამციროს ნარჩენები და უზრუნველყოს სასიცოცხლო მნიშვნელობის მარაგები მიმართული ყველაზე დიდი საჭიროების სფეროებში.

ამგვარად, გამოიკვეთა ცენტრალიზებული ლოგისტიკური მენეჯმენტის, მარაგის ოპტიმიზაციის, ხარჯების კონტროლის ღონისძიებების, მონაცემების საფუძველზე გადაწყვეტილების მიღებისა და მომწოდებლების სტრატეგიული ურთიერთობების მნიშვნელობა ჯანდაცვის დაწესებულებებში ოპერაციების გამარტივებისა და ხარჯების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით. სამედიცინო დაწესებულებებს შეუძლიათ რესურსების უფრო გონივრულად განაწილება, პაციენტის მოვლის სტანდარტების გაუმჯობესება და ჯანდაცვის სისტემის მთლიან მდგრადობასა და ეფექტურობაში წვლილის შეტანა.

გამომდინარე აქედან, შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი მნიშვნელოვანი ასპექტები, რომლებსაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ ლოგისტიკური ჯაჭვის უწყვეტობისა და

ხარჯების შეკავებისთვის: ინვენტარის ოპტიმიზაცია, მონაცემთა შეგროვება და პროცესების ავტომატიზაცია

ინვენტარის ოპტიმიზაცია

კლინიკა ვერ აწვდის მომხმარებელს შესაბამისი ხარისხის მომსახურებას და კარგავს შემოსავალს, როდესაც მარაგები იწურება. ამ მიზეზით, მნიშვნელოვანია ინვენტარიზაციის პროცესის ეფექტურად მართვა. ამისათვის მნიშვნელოვანია სანდო და ეფექტური მარაგების მართვის სისტემის დანერგვა ინვენტარის დონის გასაკონტროლებლად.

მნიშვნელოვანია, რომ კლინიკაში დანერგილი პრაქტიკა აწარმოებდეს სწორი მოცულობის მარაგს. რაც ნიშნავს იმას რომ, შესყიდული პროდუქცია მაქსიმალურად უნდა შეესაბამებოდეს იმ რაოდენობას, რომელსაც რეალურად სამედიცინო დაწესებულების განყოფილებები და პერსონალი იყენებს. ეს მასალები დროულად უნდა მივიდეს შესაბამის განყოფილებებში საჭიროების შემთხვევაში გამოსაყენებლად. სწორი მოცულობის მასალის წარმოებისადმი განსაკუთრებული აქცენტი კვლევის მონაწილე მეორე სამედიცინო დაწესებულებაში დავინახეთ. კლინიკაში დანერგილია პროგრამა, რომელიც სპეციალური ფორმულის მეშვეობით ყოველთვიურად წინა 3 თვის ანალიზის მიხედვით მაქსიმალურად ზუსტად განსაზღვრავს საჭირო მასალის მოცულობას, თუმცა ამავდროულად არ ზღუდავს პერსონალს დამატებითი საჭიროებების შემთხვევაში მასალის შეკვეთისგან. აღსანიშნავია, რომ ამ კუთხით ხარვეზი ფიქსირებოდა პირველ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მარაგები წინა თვეების ზუსტ სტატისტიკას ნაკლებად ეყრდნობა და უფრო მეტად კონცენტრირებულია განყოფილებების მხრიდან მოთხოვნის დაკმაყოფილებაზე, რომელიც ყოველ კვირას იგზავნება. ორივე კლინიკა უპრობლემოდ ახერხებს ყველა საჭირო მასალის მიწოდებას ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის, თუმცა, მოთხოვნაზე დამყარებული შესყიდვებისას მაღალია საოპერაციო ხარჯები.

მონაცემთა შეგროვება და პროცესების ავტომატიზაცია

მონაცემთა შეგროვებაზე აქცენტი ხელს უწყობს მიწოდების ჯაჭვის ეფექტურ მართვას ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ინფორმაციის საშუალებით მარტივია პროცესების მიმდინარეობის და ზოგადი ტენდენციების გაგება სხვადასხვა დეპარტამენტში, რაც შემდგომ პრობლემების აღმოჩენისა და ლოგისტიკური ჯაჭვის გაუმჯობესებისთვისაა საჭირო.

სამედიცინო დაწესებულებისთვის მიშვნელოვანია ინვესტიცია მონაცემთა მძლავრი ანალიტიკისა და ავტომატიზაციის ინსტრუმენტებში. ისინი ამარტივებს და მეტად გამჭირვალეს ხდის მიწოდების ჯაჭვის მენეჯმენტს. კვლევის მონაწილე სამივე სამედიცინო დაწესებულებაში იყო დანერგილი სისტემა, რომელიც როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო ინვენტარის შემთხვევაში იძლეოდა ინფორმაციას მომწოდებლების, მათგან წარსულში შეძენილი პროდუქციის ტიპის და ფასების სტატისტიკის შესახებ, რაც თითოეულ კლინიკას ხარჯების და ხარისხის ცვალებადობის კონტროლის საშუალებას აძლევს.

დასკვნა

ლოგისტიკური საქმიანობების ჯაჭვი არის კრიტიკული საყრდენი, რომელიც იძლევა ეფექტური, ეკონომიური და მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მიწოდების საშუალებას. სწორედ ეს ჯაჭვი ეხება ჯანდაცვის დაწესებულების ფუნქციონირების ყველა ასპექტს. ის მოიცავს უამრავ სასიცოცხლო პროცესს, დაწყებული სამედიცინო აღჭურვილობის შესყიდვითა და ინვენტარის მენეჯმენტით, ამ რესურსების განაწილებამდე სხვადასხვა განყოფილებებში. როგორც ასეთი, ეფექტური ლოგისტიკის მენეჯმენტი უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის, რათა მოხდეს ხარჯების ოპტიმიზაცია, ხარჯვის მინიმუმამდე დაყვანა, პაციენტის კმაყოფილების გაზრდა და მოვლის საერთო ხარისხის გაუმჯობესება.

საქართველოს საავადმყოფოებში ჩატარებულმა სიღრმისეულმა კვლევამ ნათელი მოჰყვინა ამ რთული ლოგისტიკური საქმიანობის ორგანიზებისა და მართვის სხვადასხვა მიდგომებს. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთმა დაწესებულებამ დააარსა სპეციალური

ლოგისტიკის დეპარტამენტები ამ პროცესების ცენტრალიზაციისა და გამარტივების მიზნით, სხვები ანაწილებენ ამ პასუხისმგებლობებს მრავალ განყოფილებაში, რაც იწვევს პოტენციურ საკომუნიკაციო ბარიერებს და გაზრდილ საოპერაციო ხარჯებს. ეს მკვეთრი კონტრასტი ხაზს უსვამს ჯანდაცვის დაწესებულებებში ლოგისტიკის მართვის კარგად კოორდინირებული და ცენტრალიზებული მიდგომის კრიტიკულ მნიშვნელობას. რადგან ამ ჯაჭვის არასწორმა მენეჯმენტმა და ფრაგმენტაციამ შეიძლება შეაფერხოს კლინიკის ეფექტური საქმიანობა და საბოლოოდ უარყოფითი გავლენა იქონიოს სამედიცინო სერვისების პროვაიდერთა რესურსებსა და გაწეული სერვისის ხარისხზე.

ჯანდაცვის ხარჯების და რესურსების შეზღუდვის მზარდ ეპოქაში, ლოგისტიკური ოპერაციების ოპტიმიზაციამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ფინანსური დანახოგი მოიტანოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაწირვის გარეშე. ლოგისტიკური ოპერაციების გასაძლიერებლად, ჯანდაცვის ობიექტებს შეუძლიათ თანამშრომლობა გარე ლოგისტიკური სერვისის პროვაიდერებთან. ეს სპეციალიზებული სუბიექტები გვთავაზობენ სამედიცინო დაწესებულებაზე მორგებულ ჯაჭვებს, რომელიც მოიცავს ამ პროცესების ყველა კომპონენტს. მათი გამოცდილების და რესურსების გამოყენებით ჯანდაცვის დაწესებულებებს შეუძლიათ გააძლიერონ თავიანთი ლოგისტიკური პროცესების ეფექტურობა და ისარგებლონ საუკეთესო პრაქტიკითა და დადასტურებული მეთოდოლოგიებით.

კვლევის შედეგები ხაზს უსვამს მარაგების ოპტიმიზაციის უდიდეს მნიშვნელობას, როგორც უმნიშვნელოვანეს ფაქტორს მომსახურების უწყვეტი მიწოდების უზრუნველსაყოფად და შემოსავლის დანაკარგების თავიდან ასაცილებლად მარაგების დეფიციტის ან გადაჭარბებული რაოდენობის გამო. მარაგების მართვის სანდო და ეფექტური სისტემების დანერგვა გადამწყვეტია მარაგის დონის კონტროლისა და მათი სწორი მოცულობის შესანარჩუნებლად. ასეთი სისტემების წარმატებული დანერგვა, წარმოაჩენს ხარჯების მნიშვნელოვანი დაზოგვისა და ოპერაციული ეფექტურობის პოტენციალს რესურსების განაწილების ოპტიმიზაციის გზით.

მონაცემთა შეგროვება და პროცესის ავტომატიზაცია ასევე ამ ჯაჭვის ეფექტური მართვის ბერკეტია. მზარდი მონაცემებით ორიენტირებულ ლანდშაფტში ინფორმაციის ათვისების, სწორად გამოყენების და კონტროლის შესაძლებლობა უმნიშვნელოვანესია. მონაცემთა მძლავრი ანალიტიკისა და ავტომატიზაციის ინსტრუმენტებში ინვესტიციით, სამედიცინო დაწესებულებებს შეუძლიათ გაამარტივონ ლოგისტიკური მენეჯმენტი, მიიღონ ღირებული ინფორმაცია სხვადასხვა განყოფილების პროცესის ტენდენციებზე და პროაქტიულად გამოავლინონ პოტენციური შეფერხებები ან გაუმჯობესების შესაძლებლობები.

ამგვარად, ჰოსპიტალის ლოგისტიკის ეფექტური მენეჯმენტი არის მრავალგანზომილებიანი პროცესი, რომელიც მოითხოვს მუდმივ გაუმჯობესებას, განვითარებად მოთხოვნებთან ადაპტაციას და ინოვაციური ტექნოლოგიებისა და პროცესების ინტეგრაციას. ლოგისტიკური ოპერაციების ოპტიმიზაციის გზით, ჯანდაცვის დაწესებულებებს შეუძლიათ რესურსების უფრო გონივრულად განაწილება, პაციენტის მოვლის ხარისხის გაძლიერება და საბოლოო ჯამში ჯანდაცვის სისტემის მთლიან მდგრადობასა და ეფექტურობაში წვლილის შეტანა. რამდენადაც ჯანდაცვის სფერო აგრძელებს განვითარებას, რაც განპირობებულია ტექნოლოგიური მიღწევებით, დემოგრაფიული ცვლილებით და პაციენტების მხირდან გაზრდილი მოლოდინებით, ლოგისტიკის სტრატეგიული ინტეგრაცია დარჩება გადამწყვეტი კომპონენტი მაღალი ხარისხის, ხარჯეფექტური და პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო სერვისების მიწოდებაში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Božić, D. Š. (2022). Logistics in healthcare: a selected review of literature from 2010 to 2022., In *Transportation Research Procedia*. 288-298.

Claro, D. (2002). The performance of material management in health care organizations. *Health Planning and Management*, 69-85.

- de Vries, R. H. (2011). Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Management: An International Journal*, 159-165.
- Dobrzykowski, V. S.-C. (2014). A structured analysis of operations and supply chain management research in healthcare (1982–2011). *International Journal of Production Economics*, 514-530.
- Doloresco, C. F. (2011). Projecting future drug expenditures-2011. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 921-932.
- Driss Serrou, A. A. (2015). Proposed an Approach for Measuring the Performance of Hospital Logistics . *International Journal of Scientific Engineering and Technology (ISSN : 2277-1581)* , 24-27.
- Fakhimi, J. P. (2013). Operations research within UK healthcare: a review. *Enterprise Information Management*, 21-49.
- Feibert, D. C. (2017). *Improving Healthcare Logistics Processes*. Denmark: Technical University of Denmark.
- Gardeva, A. (2021, February 24). 4 challenges impacting the healthcare supply chain. Retrieved from IBM: <https://www.ibm.com/blog/4-challenges-impacting-the-healthcare-supply-chain/>
- (2013). *Health at Glance 2013*. Paris: OECD Publishing.
- Housley, C. E. (1978). *Hospital materiel management*. Germantown, Md. : Aspen Systems Corp.
- Hulshof, N. K. (2013). Taxonomic classification of planning decisions in health care: a structured review of the state of the art in OR/MS. *Health Systems*, 129-175.
- Jawab, Y. F. (2018). Hospital Logistics Activities. *Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management* (pp. 1-10). Bandung, Indonesia: IEOM Society International.
- Krešimir Buntak, M. K. (2019). IMPACT OF MEDICAL LOGISTICS ON THE QUALITY OF LIFE OF HEALTH CARE USERS. *Proceeding on Healthcare Sciences*, 1025-1032.
- Rais, A. (2018). Optimization of logistics services in hospitals. *International Transactions in Operational Research*, 111-132.
- Rais, V. (2011). Operations research in healthcare: a survey. *International Transactions in Operational Research*, 1-31.
- Silve, B. (2008). Health logistics is a profession: improving the performance of health in developing countries. *Field Actions Science Reports*.
- Tan Miller, M. J. (2020). *Logistics Management - An Analytics-Based Approach*. Business Expert Press.
- Volland, A. F. (2017). Material logistics in hospitals: A literature review. *Omega*, 82-101.



დედების დამოკიდებულება იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული პროფილაქტიკური აცრების შესახებ საქართველოში

The attitude of mothers about prophylactic vaccinations determined by the national immunization calendar in Georgia

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.02>

მარიამ ამბროლაძე^{1ა}, ანა გულუა^{2ბ}

Mariam Ambroladze^{1a}, Anna Gulua^{2b}

¹ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო.

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia.

² ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო.

² Ilia State University, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

შესავალი: იმუნიზაცია წარმოადგენს ინფექციური დაავადებების პრევენციის საუკეთესო გზას. საქართველოში იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთ გამოწვევას მიეკუთვნება რუტინული ვაქცინაციით მოცვის 95%-იანი მაჩვენებლის შენარჩუნება, რომელზეც პირდაპირპროპორციულად აისახება მოსახლეობისა და განსაკუთრებით მშობლების ინფორმირებულობა. კვლევის მიზანია დედების დამოკიდებულების შესწავლა იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული პროფილაქტიკური აცრების შესახებ, ამ დამოკიდებულების განმარტობელი ფაქტორების და იდენტიფიცირებული სირთულეების დაძლევის გზების ძიება. **მეთოდოლოგია:** თვისობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მშობლების და ექიმ-პედიატრების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევამ აჩვენა, რომ იმუნიზაციის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის მაჩვენებელი არც თუ ისე მაღალია და საჭიროებს მიზანმიმართული აქტივობების განხორციელებას. ვაქცინაციის გვერდით მოვლენებსა და იმუნიზაციის ქცევას შორის მჭიდრო კავშირია, ვინაიდან სწორედ გვერდითი მოვლენები ახდენენ ზეგავლენას მშობლების გადაწყვეტილებებზე, რაც საბოლოო ჯამში აისახება იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელზე. **დასკვნა:** ვაქცინაციის მიმართ შიში უპირველეს ყოვლისა გამოწვეულია უცოდინრობით, შესაბამისად, პრობლემის დაძლევა უნდა დავიწყოთ მართებული ინფორმაციის მიწოდებით, ვინაიდან ვაქცინაციაზე უარის თქმის ძირითად მიზეზი არის არასწორი ინფორმაცია და კომუნიკაციის ნაკლებობა.

საკვანძო სიტყვები: იმუნიზაცია, ვაქცინაცია, ბავშვთა იმუნიზაცია, ინფექციური დაავადებები, პრევენცია, საქართველო.

^a mariami.ambroladze10@gmail.com <https://orcid.org/0009-0003-5685-4953> (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)

^b anuki13.gulua@gmail.com <https://orcid.org/0009-0005-7115-7181>



ციტატა: მარიამ ამბროლაძე, ანა გულუა. დედების დამოკიდებულება იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული პროფილაქტიკური აცრების შესახებ საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2024; 8 (2)

Abstract

Introduction: Immunization is the best way to prevent infectious diseases. One of the challenges of the state immunization program in Georgia is to maintain the 95% coverage rate with routine vaccination, which is directly proportional to the population's awareness, especially parents. The study aims to study mothers' attitudes regarding the preventive vaccinations determined by the national immunization calendar and to search for the factors determining this attitude and ways to overcome the identified difficulties. **Methodology:** a survey of parents and pediatricians was conducted as part of the qualitative research. **Results, Discussion:** The study showed that public awareness about immunization is not very high and requires targeted activities. There is a close relationship between vaccination side effects and immunization behavior, as it is the side effects that influence parents' decisions, which ultimately affect immunization coverage rates. **Conclusion:** The fear of vaccination is primarily caused by ignorance, therefore, we must begin to overcome the problem by providing valid information, since the main reason for refusing vaccination is incorrect information and lack of communication

Keywords: Immunization, Vaccination, Child immunization, Infectious diseases, Prevention, Georgia.

Quote: Mariam Ambroladze, Anna Gulua. Attitude of mothers about prophylactic vaccinations determined by the national immunization calendar in Georgia. *Health Policy, Economics and Sociology*, 2024; 8 (2)

შესავალი

იმუნიზაცია წარმოადგენს ინფექციური დაავადებების პრევენციის ყველაზე ეფექტურ მეთოდს, რომელიც ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანის სიცოცხლეს იცავს. იმუნიზაციასთან დაკავშირებული ღონისძიებების გატარების შედეგად მკვეთრად შემცირდა ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა (ვერულავა, 2019) მიუხედავად იმისა, რომ იმუნიზაცია პრიორიტეტულია, საქართველოში 95% იანი მოცვის მაჩვენებელი ბევრი ინფექციური დაავადებისთვის ჯერ კიდევ არ არის მიღწეული (*ჯანმრთელობის სტატისტიკური ანგარიში 2020*).

საზოგადოებაში გავრცელებული დამოკიდებულება ვაქცინაციასთან მიმართებაში გავლენას ახდენს იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელზე. ყოველდღიურ ცხოვრებაში ვხვდებით მსგავს მოსაზრებებს - "ბავშვის ერთდროულად მრავალჯერადი ვაქცინაცია სხვადასხვა დაავადებაზე ზრდის მავნე გვერდითი მოვლენების რისკს და შეიძლება იმუნურ სისტემაზე უარყოფითი გავლენა მოახდინოს" (დაავადებათა კონტროლის ცენტრი, 1998).

ვაქცინაციის შესახებ ცოდნა, მისდამი დადებითი დამოკიდებულება და შესაბამისი აღქმა ინფექციური დაავადებების შემცირების ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებებია (Mooney, 2018) იმუნიზაციის აუცილებლობასა და სარგებლიანობაზე, საზოგადოების დამოკიდებულებაზე ვაქცინაციასთან მიმართებით მრავალი კვლევა ჩატარდა, სადაც შესწავლილ იქნა იმუნიზაციის პროგრამის გეოგრაფიული, ასაკობრივი და ანგარიშგების თავისებურებები (ვერულავა, 2019; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2017). ამასთანავე, ჯანდაცვის მუშაკების, განსაკუთრებით კი პედიატრების როლი ვაქცინაციის პროცესში საკმაოდ დიდია, ვინაიდან მათი რეკომენდაციები და საკითხისადმი დამოკიდებულება დიდწილად განაპირობებს მშობლების იმუნიზაციის მიმართ ქცევას.

იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელზე დიდ გავლენას ახდენს მშობლების ცნობიერებისა და ინფორმირებულობის ხარისხი. ჩვენი კვლევის მიზანია საქართველოში იმუნიზაციის

შესახებ მშობლების ცნობიერებისა და ინფორმირებულობის შესწავლა და არსებული გამოწვევების გამოვლენა.

მეთოდოლოგია

ნაშრომისთვის გამოყენებულია სამაგიდე და თვისებრივი კვლევები. სამაგიდე კვლევა დაეფუძნა ქართული და უცხოური სამეცნიერო სტატიების ანალიზს.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები (ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუ), რაც რესპოდენტებისაგან მაქსიმალურად სიღრმისეული და დეტალური ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობას იძლევა. აღნიშნული მეთოდოლოგიით განხორციელდა დედებისა და პედიატრებისაგან ინფორმაციის მოპოვება ზოგადად ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ძირითადი გამოწვევების შესახებ, ასევე იმ მნიშვნელოვან ფაქტორებზე, რომლებიც განსაზღვრავენ იმუნიზაციის მიმართ ქცევას და შესაბამისად ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებელს. ინტერვიუები განხორციელდა სატელეფონო და ვიდეო ზარის გამოყენებით. ინტერვიუს მსვლელობის პროცესში გამოყენებულ იქნა ხმოვანი ჩამწერი, რაზეც თითოეული რესპოდენტი წინასწარ იყო ინფორმირებული, ხოლო მიღებული ჩანაწერების საფუძველზე მომზადდა თითოეული ინტერვიუს ტრანსკრიპტი, მონაცემთა შემდეგი დამუშავების მიზნით.

სამიზნე კვლევის ჯგუფებს წარმოადგენდნენ მშობლები და ექიმ-პედიატრები. მოცემული კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 18 სიღრმისეული ინტერვიუ, მათ შორის თბილისის მაშტაბით 2 პედიატრი და 9 მშობელი, ხოლო რეგიონში, უფრო ზუსტად კი ზუგდიდში, 2 პედიატრი და 5 მშობელი. გამოკითხვა ხორციელდებოდა 2022 წლის ივნისში.

ინტერვიუს დაწყებამდე, კვლევაში მონაწილე რესპოდენტებს წინასწარ დაეგზავნათ ინფორმირებული თანხმობის ფორმა. მხოლოდ ნებაყოფლობითი თანხმობის შემდეგ განხორციელდა ჩაწერა. უშუალოდ თანხმობის ფორმაში დეტალურად იყო აღწერილი კვლევის მიზანი, ამასთანავე აღნიშნული იყო, რომ ინტერვიუს პროცესში გამოყენებული იქნებოდა ჩამწერი, ხოლო აუდიო-ვიდეო მასალა ტრანსკრიპტის მომზადებისთანავე განადგურდებოდა. მონაწილეებს შეეძლოთ ნებისმიერ დროს უარი განეცხადებინათ კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე, მოეთხოვათ შესვენება ან უპასუხოდ დაეტოვებინათ არასასურველი კითხვა. სურვილისამებრ რესპოდენტებს გაეგზავნათ აუდიო ჩანაწერის ბაზაზე მომზადებული ტრანსკრიპტი და მათთან კომუნიკაციით საჭიროების შემთხვევაში მოხდა ტექსტური მასალის დაკორექტირება.

მოცემული კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ექიმ-პედიატრების დატვირთული სამუშაო განრიგი, შესაბამისად კვლევაში მონაწილეობაზე უარის თქმის პრევენციის მიზნით ვცდილობდით შეგვეთავაზებინა მათთვის მაქსიმალურად მისაღები დრო და კომუნიკაციის გზა.

კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის დასამუშავებლად გამოვიყენეთ თვისებრივი ინფორმაციის ანალიზისათვის განკუთვნილი პროგრამა Nvivo v.12 (QSR International Pty Ltd. (2020), NVivo released in March 2020, <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>). პროგრამის მეშვეობით, ტრანსკრიპტების ბაზაზე შევქმენით კოდები, რომლებიც თავის მხრივ მოიცავდნენ ქვეკოდებსა და ქვეკოდების გაერთიანებას თემატურ ბლოკებად. ყოველივე აღნიშნულის გამოყენებით, შევქმენით კოდების იერარქიული სისტემა, რომელმაც კოდირების მსგავსების გამოყენებით, ტრანსკრიპტებს შორის შედარებისა და ანალიზის შესაძლებლობა მოგვცა. გარდა ამისა, გამოვიყენეთ Nvivo v.12 პროგრამის ისეთი ფუნქციები, როგორცაა: „Word Cloud“, „Word Tree“, „Hierarchy Chart“, „Word Query“, „Mind Map“, „Project Map“.

ლიტერატურის მიმოხილვა

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა

საქართველოში 1996 წლიდან ხორციელდება იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფს უფასო ვაქცინაციას იმუნიზაციის კალენდრის მიხედვით.

პროგრამის მიზანს წარმოადგენს იმუნიზაციის მეშვეობით მოსახლეობის დაცვა მთელი რიგი ინფექციური დაავადებებისაგან. იმუნოპროფილაქტიკა გულისხმობს იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული პირების უზრუნველყოფას როგორც ვაქცინებითა და შრატებით, ასევე აცრა-ვიზიტებით. პროგრამაში ჩართულნი არიან საქართველოს მოქალაქეები და საქართველოს ტერიტორიაზე მუდმივად მყოფი უცხო ქვეყნის მოქალაქეები. იმისათვის, რომ მოქალაქემ შეძლოს პროგრამით სარგებლობა საჭიროა დარეგისტრირდეს შესაბამის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში.

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სრულად ფინანსდება ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინების შესყიდვა, კერძოდ DPT-Hib-HepB-IPV; DPT; DT; Td; OPV; MMR; Rota; PCV; BCG; Hep B (მონო), ხოლო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სრულად ფინანსდება იმუნიზაციის კალენდრის მიხედვით 13 ინფექციური დაავადების საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, კონკრეტულად კი: ტუბერკულოზი, B ჰეპატიტი, დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი b, წითელა, წითურა, ყბაყურა, როტავირუსული და პნევმოკოკური და პაპილომაავირუსული ინფექციები.

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს შპრიცებისა და ვაქცინების შექმნას, შენახვასა და შემდგომ სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრისათვის მათ გადაცემას. ასევე მოიცავს იმუნოპროფილაქტიკას, რაც გულისხმობს აცრა ვიზიტებს და „ცივი ჯაჭვის“ აუცილებელი მოთხოვნების დაცვით სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ მიღებული მედიკამენტების განაწილებას ცენტრალური დონიდან ადმინისტრაციულ ერთეულამდე (საქართველოს მთავრობა, 2011).

ამავე პროგრამის ფარგლებში, აცრები, როგორცაა „ბ“ ჰეპატიტზე, გრიპზე, პაპილომაავირუსზე და ა.შ. ასევე, აცრები, რომლებიც არაა გათვალისწინებული 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის გეგმური ვაქცინაციის კალენდრით, ფარავს აცრა-ვიზიტისა და ექიმის კონსულტაციის მომსახურების ღირებულებას, რომელიც შეადგენს 1 ლარს.

იმუნიზაციის პროგრამის ორგანიზაცია-სერვისის მიწოდება

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი პასუხისმგებელია იმუნიზაციის საქმიანობის დაგეგმვაზე, ზედამხედველობასა და ტექნიკურ ხელმძღვანელობაზე, რაც გულისხმობს ვაქცინების მონიტორინგსა და ზედამხედველობას, ეროვნული დონის ანგარიშების მომზადებას, პროგნოზირებასა და ვაქცინების შესყიდვას, ასევე საინექციო მარაგისა და ცენტრალური დონის ლოჯისტიკას (Zoidze, 2016). იმუნიზაციის სერვისის მიწოდების დაფინანსება უზრუნველყოფილია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმური ამბულატორიის კომპონენტის და „პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის სოფლის ექიმის კომპონენტის ფარგლებში.

პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი

პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი წარმოადგენს იმ ინფექციური დაავადებების სიას, რომელთა პრევენციისათვისაც აუცილებელი და სავალდებულოა პროფილაქტიკური აცრები, მათი ჩატარების ასაკობრივი მაჩვენებლების განსაზღვრა, ამასთანავე ვადებისა და იმუნიზაციის წესების დადგენა.

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია (ბცქ) ტარდება სამშობიარო სახლში დაბადებიდან 0-5 დღის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში თუ სხვადასხვა მიზეზების გამო ახალშობილის არ აიცრა, ბცქ ვაქცინაცია უტარდება პირველივე შესაძლებლობისთანავე, ერთ წლამდე ასაკში.

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ტარდება სამშობიარო სახლში დაბადებიდან პირველი 12 საათის განმავლობაში, თუ კი დედა HBsAg დადებითია. იმ შემთხვევაში თუ სხვადასხვა მიზეზების გამო ახალშობილის აცრა B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინით ვერ/არ მოხდება 0-12 საათის განმავლობაში, ის უნდა აიცრას პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული

კალენდრის გათვალისწინებით B ჰეპატიტის კომპონენტის ან მონო ვაქცინით სამჯერადად, ასაკის გათვალისწინებით. მნიშვნელოვანია დაცულ იქნეს ინტერვალი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრის პირველ მეორე და მესამე დოზით ვაქცინაციას შორის. ვაქცინაციის პირველ და მეორე დოზას შორის დროითი შუალედი უნდა შეადგენდეს არანაკლებ ოთხ კვირას, ხოლო მეორე და მესამე დოზას შორის 8 კვირას, რაც შეეხება პირველ და მესამე დოზით ვაქცინაციას შორის 16 კვირას.

დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი b, პოლიომიელიტი (ინაქტივირებული), B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია (ჰეჟსა) ხორციელდება ორი, სამი და ოთხი თვის ასაკში. კურსი შედგება სამდოზიანი აცრებისაგან, ხოლო თითოეულ დოზას შორის მინიმალურ შუალედს ოთხი კვირა წარმოადგენს. ვაქცინის გამოყენება რეკომენდებულია 24 თვის ასაკამდე.

დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსის საწინააღმდეგო რევაქცინაცია ხორციელდება (დტ, დტ, ტდ) კომბინირებული ვაქცინების მეშვეობით, რომელთა გამოყენებაც ხდება რევაქცინაციისათვის. დტ ვაქცინით რევაქცინაცია ხდება 18 თვის ასაკში, დტ რევაქცინაცია 5 წლის ასაკში, ხოლო ტდ რევაქცინაცია 14 წლის ასაკში და ზემოთ.

დიფთერია - ყივანახველა (არაუჯრედული) - ტეტანუსი/ინაქტივირებული პოლიომიელიტის (დაყტ/პ) ვაქცინის გამოყენება ხდება დიფთერიის, ყივანახველას, ტეტანუსისა და პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო რევაქცინაციისათვის. აღნიშნული რევაქცინაცია ხორციელდება 18 თვის და 5 წლის ასაკში. იმ შემთხვევაში თუ ბავშვი არ აიცრა ასაკობრივად დიფთერიის, ტეტანუსის, ყივანახველას და პოლიომიელიტის საწინააღმდეგოდ, 2 წლიდან 13 წლამდე ასაკის არავაქცინირებული მოზარდების აცრა ხორციელდება სამჯერადად. პირველ და მეორე აცრებს შორის მინიმალური შუალედი 4 კვირა, ხოლო მეორე და მესამე აცრას შორის რეკომენდებულია 6 თვიანი ინტერვალი.

პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო რევაქცინაცია-(ორალური ვაქცინა, ოპვ) ხორციელდება 18 თვის და 5 წლის ასაკში. 2 წელზე უფროსი ასაკის არავაქცინირებული ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში აცრა შედგება სამდოზიანი კურსისაგან, ხოლო მინიმალურ ინტერვალს 4 კვირა წარმოადგენს.

წითელა, წითურა, ყბაყურას (წწყ) საწინააღმდეგო ვაქცინა წარმოადგენს ორდოზიან კურსს, რომელიც ტარდება 12 თვის და 5 წლის ასაკში. არავაქცინირებული ბავშვებისა და მოზარდების აცრა კი რეკომენდებულია წწყ ვაქცინის 2 დოზით, ხოლო აცრებს შორის დასაშვები მინიმალური ინტერვალი არის 4 კვირა.

პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ტარდება 2, 4 და 12 თვის ასაკში. იგი წარმოადგენს სამდოზიან კურსს. მნიშვნელოვანია დაცული იყოს ინტერვალი აცრებს შორის, კერძოდ პირველ და მეორე აცრას შორის მინიმალურ ინტერვალს წარმოადგენს 8 კვირა, მეორე და მესამე დოზებს შორის კი მინიმალური ინტერვალი შეადგენს 6 თვეს. რაც შეეხება არავაქცინირებულ ჩვილებსა და ბავშვებს 7 თვიდან და უფროსი ასაკის შემთხვევაში, ვაქცინაცია სამდოზიანია, კერძოდ: ორი პირველადი აცრის ჩატარება ხდება მინიმალური 4 კვირის შუალედით, ხოლო მესამე აცრა კეთდება მეორე აცრიდან მინიმალური 8 კვირის შემდგომ. 12 თვე – 5 წლის ასაკში კი ვაქცინაცია მოიცავს ორდოზიან კურსს. 8 კვირიანი ინტერვალთ.

როტავირუსული ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ხორციელდება 2 და 3 თვის ასაკში. კურსი წარმოადგენს ორდოზიან აცრას, აცრებს შორის მინიმალური შუალედი 4 კვირა. საყურადღებოა, რომ ვაქცინის პირველი დოზის მიღება უმჯობესია 16 კვირის ასაკამდე, ხოლო აცრების ორდოზიანი კურსი უნდა დამთავრდეს 24 კვირის ასაკში.

ადამიანის პაპილომავირუსის (აპვ) საწინააღმდეგო აცრა ტარდება 10 - 11 - 12 წლის გოგონების ასაკობრივ ჯგუფში. აცრა მოიცავს ორდოზიან კურსს, ხოლო აცრებს შორის მინიმალურ შუალედს 6 თვე წარმოადგენს. ვაქცინაციის დაწყების მინიმალურ ასაკს 9 წელი შეადგენს.

ცხრილი: პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	0-12 საათი	0-5 დღე	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	5 წელი	14 წელი
B ჰეპატიტი (ჰეპB /Hep B)	X								
ბცგ (BCG)		X							
დყატ+ B ჰეპ +ჰიბ+იპვ (ჰეესა/DPaT+HepB+Hib+IPV)			X	X	X				
პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა (პნევმო/PCV)			X		X	X			
როტავირუსული ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინა (როტა/Rota)			X	X					
წითელა, წითურა, ყბაყურა (წწყ/MMR)						X		X	
დიფთერია, ყვიანახველა, ტეტანუსი (დყტ/DPT)*							X		
პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინა (ოპვ/OPV)*							X	X	
დიფთერია-ტეტანუსი (DT)*								X	
ტეტანუსი-დიფთერია (Td)**									X
ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა (აპვ (HPV))	გოგონების ასაკი			აგრის ჯერადობა			აცრებს შორის მინიმალური ინტერვალი		
	10 -11 - 12 წელი			2			6 თვე		

(ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2021)

იმუნიზაციით მოცვა საქართველოში, 2015-2016

საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2015-2016 წლებში ჩატარდა იმუნიზაციით მოცვის კვლევა საქართველოში, რომლის მიზანსაც წარმოადგენდა გეგმიური იმუნიზაციის კალენდრის მიხედვით 5 წლის ასაკის ჩათვლით, რეკომენდებული აცრებით მოცვის შეფასება, როგორც მთელი ქვეყნის მასშტაბით, ასევე დიდ ქალაქებში, კერძოდ თბილისში, ბათუმსა და ქუთაისში და რაც მთავარია ვაქცინების დოზების მიხედვით, იმუნიზაციის დროულობის შესწავლა, შეფასება.

კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვების 96%-97% ჩატარებული აქვს ორ თვემდე ასაკში რეკომენდებული მინიმუმ ერთი აცრა მაინც, მაგალითად BCG ვაქცინით მოცვა საშუალო დონეზე ფიქსირდებოდა, კერძოდ 83-86%, ხოლო თუ კი HepBO მოცვის მაჩვენებელი 2009 წლის კოჰორტაში 46% შეადგენდა, 2014 წლის კოჰორტაში აღნიშნული 87%-მდე გაიზარდა. რაც შეეხება წლამდე რეკომენდებულ აცრებს, ამ შემთხვევაში, მაგალითად Penta/DTP და პოლიომიელიტის ვაქცინების პირველი დოზით საკმაოდ მაღალი მოცვა დაფიქსირდა, კერძოდ 2009 და 2013 წლის კოჰორტაში $\geq 95\%$, ხოლო 2014 წლისაში 94%. ასევე მაღალი იყო Penta3/DTP3

და Pol3 ვაქცინის მესამე დოზით მოცვა, კონკრეტულად კი 2009 და 2013 წლის კოჰორტაში აღნიშნული მაჩვენებელი $\geq 90\%$, ხოლო 2014 წელს Penta3/DTP3 შეადგენდა - 88% და Pol3 - 87%. თუმცა 2009 წლის კოჰორტაში HepB3-ით ვაქცინაციის საკმაოდ დაბალი მოცვა ფიქსირდება, კერძოდ 40 %, მაგრამ აღნიშნული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად იმატებს 2013 წელს და აღწევს 90%, ხოლო 2014 წლის კოჰორტაში 87% შეადგენს.

საბოლოო ჯამში, კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ იმ ბავშვთა წილი რომლებიც აიცრნენ ასაკისათვის რეკომენდებული სრული კურსის ძირითადი ვაქცინებით 2009 წლის კოჰორტაში შეადგენდა 46%, ხოლო 2014 წლის კოჰორტაში აღნიშნული მაჩვენებელი გაიზარდა 85%-მდე, ხოლო ბავშვების წილი, რომლებიც აიცრნენ ასაკის შესაბამისი ყველა ვაქცინის სრული კურსით, 2009 წლის კოჰორტაში შეადგენს 43%, 2013 წლის კოჰორტაში 34%, ხოლო 2014 წლის კოჰორტაში 54%.

ვაქცინაციით მოცვის შეფასებისას ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს დროული მოცვის მაჩვენებელი. კვლევამ დაადასტურა, რომ ვაქცინაცია ხდება დაგვიანებით. მაგალითისათვის, BCG შემთხვევაში სხვაობა დროულ და საერთო მოცვას შორის 2009 წლის კოჰორტაში წარმოადგენდა 5%, 2013 წლისაში ასევე 5%, ხოლო 2014 წლის კოჰორტაში აღნიშნული მაჩვენებელი 3% შეადგენდა. კვლევამ აჩვენა, რომ ვაქცინაციის რეკომენდებული ვადების დაცვა და ყველაზე მაღალი მოცვა ფიქსირდებოდა იმ გეგმიური აცრების პირველი დოზებისათვის, რომლებიც რეკომენდებულია ორი თვის ასაკში, თუმცა ასაკის მატებასთან ერთად, თითოეული მომდევნო აცრისათვის იკლებდა მოცვაც და დროულობაც. მიუხედავად ამისა, სამივე ჯგუფში იმ ბავშვების საკმაოდ მაღალი წილი, კონკრეტულად კი $>95\%$, რომლებსაც ჩაუტარდათ ≥ 2 თვის ასაკისათვის რეკომენდებული მინიმუმ ერთი აცრა მაინც, ადასტურებს ფაქტს, რომ ქვეყანაში მცხოვრები ბავშვებისათვის იმუნიზაციის სისტემა ხელმისაწვდომია. (საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2017).

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის შეფასება

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა საკმაოდ მასშტაბურია და მისი განხორციელების პროცესში ჩართულია არაერთი სტრუქტურა, კერძოდ სამთავრობო სტრუქტურები: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და მისი დაქვემდებარებული უწყებები, როგორცაა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), სოციალური მომსახურების სააგენტო (SSA) და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები (PHC), ასევე ადგილობრივი მმართველობის/თვითმმართველობის ორგანოები.

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ განსაზღვრავს დაავადებათა პრევენციასა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, როგორც სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტულ მიმართულებებს. ამასთანავე, იგი აღნიშნავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ორგანოების მთავარ პასუხისმგებლობებს ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის თვალსაზრისით, ხოლო საქართველოს კანონით „ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის შესახებ“ განისაზღვრება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ფუნქციები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს ადგილობრივ, რაიონულ და მუნიციპალურ დონეზე. სპეციფიკური პოლიტიკა კი, რომელიც განსაზღვრავს იმუნიზაციის მოთხოვნებს და მიწოდებას, განისაზღვრება ეროვნულ დონეზე. იმუნიზაციის პოლიტიკისა და საკანონმდებლო პასუხისმგებლობის გადანაწილება ცენტრალურ და ადგილობრივ (რაიონულ) დონეებს შორის მდგომარეობს შემდეგში:

ცენტრალურ დონეზე ხორციელდება:

- ვაქცინის შერჩევა
- ვაქცინებისა და შპრიცების შესყიდვა
- ტექნიკური დახმარება და მითითებები
- მონიტორინგი და შეფასება

- ხარისხის კონტროლი
- ტრენინგები
- იმუნიზაციის დამატებითი აქტივობები (კამპანიები)

ადგილობრივ დონეზე ხორციელდება:

- მონიტორინგისა და შეფასების პროცესში მონაწილეობა
- ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ჩართულობა და მხარდაჭერა

საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ განსაზღვრავს სახელმწიფოს, სამედიცინო დაწესებულებებისა და მოსახლეობის ძირითად პასუხისმგებლობებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კუთხით ეროვნულ დონეზე და შეიცავს კონკრეტულ თავს იმუნიზაციის ზოგადი პირობების შესახებ. უფრო კონკრეტულად კი, კანონი საქართველოს მთავრობას ავალდებულებს, ყველა მოქალაქეს უფასოდ გაუწიოს იმუნიზაცია, იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში შემავალი ვაქცინებით. მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს ზოგადი პოპულაციის სავალდებულო იმუნიზაციის აღსრულების სამართლებრივი მექანიზმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონი ზოგადად, ყველა მოქალაქეს მოუწოდებს ვაქცინაციისკენ, ამასთანავე არავაქცინირებული ბავშვებისთვის არ არსებობს არანაირი აღსრულების მექანიზმი, მაგალითად როგორცაა სკოლამდელ დაწესებულებაში ან სკოლაში შესვლის შეზღუდვა და საჯარიმო პოლიტიკა.

იმუნიზაციის რეგულაციების შესახებ დეტალები კი, მათ შორის იმუნიზაციის განახლებული ეროვნული გრაფიკი მოცემულია მინისტრის ბრძანებით #01-57/6 2015 წლის 19 ნოემბრიდან (შეცვალა ბრძანება #183/6 2010 წლის 25 ივნისიდან). ბრძანებაში აღწერილია ვაქცინის უკუჩვენებები და იმუნიზაციის სერვისის მიმწოდებლების პასუხისმგებლობები, ამასთანავე, დეტალურადაა აღწერილი იმუნიზაციის პროგრამის განხორციელების პროცესები, მოთხოვნების და ანგარიშგების სისტემის ძირითადი მახასიათებლები. ამასთანავე, აღნიშნული დადგენილება ავალდებულებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს დაამტკიცოს ვაქცინაციის ანგარიშგების და აღრიცხვის ფორმები და იმუნიზაციის მართვის პროცესის მეთოდოლოგიური გაიდლაინები. ვაქცინით პრევენციულ დაავადებათა ზედამხედველობის პროცესი განისაზღვრება 2015 წლის 18 ივლისის გადამდებ დაავადებებზე ინტეგრირებული ზედამხედველობის შესახებ სამთავრობო დადგენილებით, რომელიც სხვა საკითხებთან ერთად, ავალდებულებს დაავადებათა ელექტრონული ინტეგრირებული ზედამხედველობის სისტემის გამოყენებას შემთხვევების მოხსენებისთვის.

ქვეყანაში იმუნიზაციის სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა არ წარმოადგენს პრობლემას, განსაკუთრებით კი დიდ ქალაქებში, სადაც ვაქცინაცია მაღალი სიხშირით ტარდება. სოფლად, თითო დაწესებულებაში ბავშვების დაბალი რაოდენობის გამო, სამედიცინო ცენტრები და ფიზიკური პირები, კერძოდ: სოფლის ექიმი და ექთნები ახორციელებენ იმუნიზაციასთან დაკავშირებული სერვისების მიწოდებას დანიშნულ თარიღში. ცხადია, იმუნიზაციის სესიების სიხშირე განსხვავდება დაწესებულების ტიპის (მოსახლეობის ზომით) მიხედვით: სოფლის ამბულატორიები და ფიზიკური პირები ატარებენ თვეში მხოლოდ 2-3 იმუნიზაციის სესიას, სხვა დაწესებულებებთან შედარებით, რომლებიც უზრუნველყოფენ ყოველკვირეულ ან ყოველდღიურ მომსახურებას.

იმუნიზაციის პროგრამის შესრულება და შედეგები დიდწილად დამოკიდებულია მთლიანად სისტემის მუშაობაზე. აღნიშნული თვალსაზრისით, საკმაოდ მნიშვნელოვანია იმუნიზაციის პროგრამის დაფინანსების წყაროები და ფინანსური წყაროები. იმუნიზაცია საქართველოში ფინანსდება სახელმწიფო და გარე (დონორი) სახსრებით. გარე თანხები გამოყოფა ხდება გავის მიერ ახალი ვაქცინების დანერგვის მხარდასაჭერად. აღსანიშნავია, რომ სამთავრობო სახსრების წილი იმუნიზაციის მთლიან დაფინანსებაში ბოლო წლებში საგრძნობლად იზრდებოდა, მაგალითად 2012 წელის 38%-დან 2014 წელს 77%-მდე. იმუნიზაციის სახელმწიფო დაფინანსებამ 2016 წელს მიაღწია ჯანდაცვის მთლიანი ბიუჯეტის 1.8%-მდე. ამ მხრივ, საყურადღებოა იმუნიზაციის პროგრამების ბიუჯეტირების პროცესი და ფისკალური მდგრადობა. სახელმწიფო ბიუჯეტში არსებობს იმუნიზაციის პროგრამის

ბიუჯეტის პუნქტი, რომელიც მოიცავს ვაქცინისა და ვაქცინის მასალის ხარჯებს. საშუალოვადიანი დანახარჯების ჩარჩოს მექანიზმის და პროგრამებზე დაფუძნებული ბიუჯეტის დანერგვამ საკმარის მოქნილობა უზრუნველყო ჯანდაცვის სამინისტროს, NCDC და SSA-სთვის. თითოეულ მყიდველს (NCDC და SSA) აქვს დისკრეტია გადანაწილების გადაწყვეტილების მიღებისას მოწოდებული ბიუჯეტის 15%-ის ფარგლებში, რათა დააკმაყოფილოს პრიორიტეტები და შეცვლილი სერვისის საჭიროებები.

ფინანსური ანგარიშგების ეფექტურობისა და იმუნიზაციის ხარჯების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, აღსანიშნავია რომ საქართველო იღებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერას იმუნიზაციის რესურსების საჭიროების შეფასებისას cMYP-ის შემუშავებით. იგი გვაწვდის დეტალებს ვაქცინების, ცივი ჯაჭვის, პერსონალის, აღჭურვილობისა და ინფრასტრუქტურის თაობაზე, არსებული და მომავალი რესურსების მოთხოვნების შესახებ. ამასთანავე, აფასებს ხელმისაწვდომ სახსრებს ორივე მხრიდან, როგორც მთავრობის, ასევე დონორის მხრიდან. გარდა ამისა, cMYP მიუთითებს დაფინანსების შედეგად წარმოქმნილ ხარვეზებზე, რომლებიც შეიძლება გახდეს სამინისტროს დამატებითი რესურსების ადვოკატირების მტკიცებულება.

იმუნიზაციის პროგრამის ეფექტური განხორციელება თავის მხრივ განპირობებულია დონორთა კოორდინაციითაც. 2000 წლიდან ქვეყანაში ფუნქციონირებს საქართველოს უწყებათაშორისი საკოორდინაციო კომიტეტი, რომელიც იმუნიზაციის ეროვნულ პროგრამაში ჩართული ყველა უწყების მუშაობის მხარდაჭერისა და კოორდინაციის ოპტიმიზაციის მიზნით რეგულარულად იკრიბება (2014 წლიდან კვარტალში ერთხელ მაინც). ICC თავმჯდომარეა საქართველოს ჯანდაცვის, შრომისა და სოციალური დაცვის მინისტრი. კომიტეტში ასევე ერთიანდება იუსტიციის სამინისტრო, NCDC, UNICEF, WHO, ვიშნევსკაია-როსტროპოვიჩის ფონდი, საბინის ვაქცინის ინსტიტუტი და საერთაშორისო ფონდი Curatio.

საქართველოს უწყებათაშორისი საკოორდინაციო კომიტეტის ფუნქცია-მოვალეობას წარმოადგენს NIP-ის წლიური პროგრესის ანგარიშების დამტკიცება, სტატისტიკური მონაცემების ხარისხზე განხილვა, როგორც არის მაგალითად გადარჩენილი ჩვილების რაოდენობა და შობადობა. ამასთანავე, ICC პასუხისმგებელია იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამის განხორციელებაში ჩართული ყველა დონორი უწყების მუშაობის კოორდინაციაზე.

ერთ-ერთი საკვანძო და მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს ვაქცინების შესყიდვის პროცესი. ყველა რუტინული ვაქცინის შესყიდვა, გარდა Hexa-ისა, ხორციელდება UNICEF-ის მომარაგების განყოფილების მეშვეობით, ხოლო Hexa-ს და სხვა არა-რუტინულ ვაქცინებს ყიდულობს NCDC (შესყიდვების დეპარტამენტი) საჯარო ელექტრონული შესყიდვების ელექტრონული პლატფორმის ტენდერების მეშვეობით. NCDC-ის მონაცემებით, ექვსვალენტურ ვაქცინაზე გადახდილი ფასები ცენტრალიზებული თვითშესყიდვის გზით, რომელიც ჩატარდა NCDC-ის მიერ გასულ წელს, ორჯერ დაბალი იყო, ვიდრე კომერციული ჰექსავალენტური ვაქცინა, რომელიც ხელმისაწვდომი იყო საქართველოში, აღნიშნული ვაქცინის იმუნიზაციის ეროვნულ გრაფიკში ჩართვამდე.

NCDC სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი ყოველთვიურად აგროვებს მონაცემებს ჯანდაცვის სერვისის პროვაიდერებისგან. მონაცემთა ანალიზი ტარდება როგორც ეროვნულ, ასევე რაიონულ დონეზე. 2014 წელს საქართველომ შეიმუშავა და დანერგა ახალი ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც მოიცავს იმუნიზაციის სერვისს და ვაქცინების მარაგის მართვის მოდულს. სისტემა მიზნად ისახავს იმუნიზაციის პროგრამის მიერ გამოყენებულ მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესებას, თუმცა, ანალიტიკური ფუნქციების ნაკლებობა და მოდულის მონაცემთა ვიზუალიზაცია ხელს უშლის NIP-ს მაქსიმალური სარგებლობის მიღებაში, რაც შეიძლება ამ სისტემიდან გამომდინარეობდეს. სერვისის მიწოდების დონეზე კვალიფიცირებული პერსონალის არარსებობა არის მთავარი დაბრკოლება ელექტრონული სისტემის გავრცელებისთვის მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

მიუხედავად ზემოთ ხსენებულისა, იმუნიზაციის პროგრამა საკმაოდ ეფექტურად ხორციელდება და ხასიათდება მთელი რიგი ძლიერი მხარეებით:

- იმუნიზაციის დაფარვის მაჩვენებლების გაუმჯობესება 2010 წლიდან

- ეროვნული იმუნიზაციის პროგრამა აღდგა ეროვნულ დონეზე ძლიერი მმართველობით, რომელსაც ხელმძღვანელობს NCDC
- ძლიერი პოლიტიკური ვალდებულება და ეროვნული იმუნიზაციის პროგრამის პრიორიტეტების დემონსტრირება, რომელიც უზრუნველყოფს კარგ ფინანსურ პერსპექტივას მომავალ წლებში

ხოლო, პროგრამის ძირითად გამოწვევებს წარმოადგენს:

- ინფექციური დაავადებების (წითელა, ყბაყურა, წითურა და ყივანახველას) მუდმივი აფეთქება.
- ქვეყნის ზოგიერთ რაიონში ვაქცინაციის გაზრდა;
- მომზადებული/კვალიფიციური პროფესიონალების ნაკლებობა ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის (ყველა დონეზე)
- სკეპტიციზმი სამედიცინო პერსონალს შორის ვაქცინაციის მიმართ, ცრუ უკუჩვენებები (მათ შორის დროებითი), სამედიცინო პერსონალის ცუდი ცოდნა ვაქცინის რისკებისა და სარგებლობის შესახებ;
- ვაქცინების დეფიციტი და ზოგიერთი ვაქცინის (ხუთვალენტური, BCG, Td) დროებითი მარაგები მიწოდების შეფერხების და მთლიანი გლობალური მიწოდების გამოწვევების გამო.

ჯანდაცვის სექტორში არსებობს მთელი რიგი საკითხები, რომლებიც გავლენას ახდენენ იმუნიზაციის ეროვნულ პროგრამაზე. მაგალითად:

- სისტემური მიდგომებისა და სტიმულირების ნაკლებობა იმუნიზაციის ეფექტურობის გაზრდის/შენარჩუნების მიზნით მომსახურების მიმწოდებლებს შორის, განსაკუთრებით მათთვის, ვინც დასაქმებულია ჯანდაცვის კერძო ქსელებში;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრისა და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციის, შესაძლებლობებისა და მოტივაციის პრობლემა;
- ინფრასტრუქტურის ხარისხი და სამუშაო პირობები დაბალია რაიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების უმეტესობაში და პირველადი ჯანდაცვის ზოგიერთ დაწესებულებაში;
- სამედიცინო დაწესებულებებში მომსახურების ხარისხის უზრუნველსაყოფად სსს-ს/მუნიციპალიტეტის/რაიონული ჯანდაცვის ჯანდაცვის რეგულირების და აღსრულების ნაკლებობა. (Zoidze, 2016)

შიდა დაფინანსებაზე გარდამავალი ქვეყნების სასწავლო ქსელის (LNCT) ანგარიშის მიხედვით, რომელიც ეხება საქართველოს გამოცდილებას იმუნიზაციის პროგრამის ვაქცინების გლობალური ალიანსის (GAVI) დონორული დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლას თარიღება 2021 წლის 18 ოქტომბრით. მნიშვნელოვანია, რომ ქვეყნის იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამა (NIP) იმუნიზაციის პროგრამის ვაქცინების გლობალური ალიანსის, იგივე GAVI-ის დაფინანსებიდან 2018 წელს გადავიდა სახელმწიფო დაფინანსებაზე. დაფინანსების თაობაზე საქართველომ იმუნიზაციის პროგრამის ვაქცინების გლობალური ალიანსის (GAVI) პირველად 2001 წელს მიმართა B ჰეპატიტის ვაქცინაციის დაფინანსების მოთხოვნით. GAVI-ის მხარდაჭერა ხორციელდებოდა 2002 წლიდან 2017 წლამდე. დროის ამ პერიოდში მოხდა ოთხი ახალი და არასაკმარისად გამოყენებული ვაქცინის შესყიდვა და ჩართვა პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარში, კონკრეტულად კი: B ჰეპატიტის ვაქცინა 2002 წელს, ხუთვალენტური ვაქცინა 2009 წელს, როტავირუსის ვაქცინა 2013 წელს და პნევმოკოკური კონიუგირებული ვაქცინა (PCV-10) 2014 წელს. საქართველო იყენებს შესაძლებლობას, შეიძინოს ვაქცინები გაერთიანებული მექანიზმით და ყიდულობს კიდევაც ყველა რუტინულ იმუნიზაციის ვაქცინას (ჰექსავალენტური ვაქცინის გარდა) UNICEF-ის მომარაგების განყოფილების მეშვეობით. შესყიდვის ეს შეთანხმება შესაძლებელი გახდა 2006 წელს საკანონმდებლო ცვლილებების შემდეგ, ხოლო 2011 წლიდან ვაქცინების შესყიდვაზე

პასუხისმგებელია NCDC . ვაქცინების შესყიდვის პროცესის წინაშე არსებული გამოწვევები დაკავშირებულია საბაზრო ავტორიზაციასთან. კერძოდ, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარში გამოყენებული ვაქცინების დაახლოებით 50% საქართველოში არ არის რეგისტრირებული, ამასთანავე ბაზრის მცირე ზომის გამო, მწარმოებლები არ არიან დაინტერესებული ვაქცინის დარეგისტრირებით საქართველოში. ზემოთ ხსენებულიდან გამოსავლის სახით მთავრობა იყენებს ერთჯერადად შეღავათებს, ყოველ ჯერზე არარეგისტრირებული ვაქცინის შესყიდვის განხორციელებისას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პრაქტიკა ეფექტურად მუშაობს, საჭიროა მარეგულირებელი ცვლილებების განხორციელება წარმოქმნილი ბარიერების მოსაშორებლად.

საქართველოს აქვს ჯანმო-სთან ერთობლივი ხელშეკრულება მედიკამენტების შეძენაზე, მაგრამ არა ვაქცინებზე, რაც ასევე გამორიცხავს გამარტივებული რეგისტრაციას. მოქმედი კანონმდებლობა არ იძლევა სხვა ქვეყნებთან ერთობლივ შესყიდვის ან ერთზე მეტი მიმწოდებლისგან შეძენის საშუალებას. ერთობლივი შესყიდვა კი თავის მხრივ მოითხოვს რეგულაციების ჰარმონიზაციას შესყიდვის პროცესში ჩართულ ქვეყნებს შორის შესაბამისად, კანონმდებლობაში აღნიშნული მიმართულებით მნიშვნელოვანი ცვლილებების განხორციელება საჭირო. ასევე საჭიროა ადგილობრივი ეროვნული მარეგულირებელი სააგენტოს (NRA) შესაძლებლობები გაძლიერება. NRA-ს ამჟამინდელი ფუნქცია შემოიფარგლება საბაზრო ავტორიზაციით. 2015 წელს საქართველომ მიიღო გადაწყვეტილება ექვსვალენტური ვაქცინის დანერგვის შესახებ. ქვეყანაში ახალი ვაქცინების დანერგვის შესახებ გადაწყვეტილებებს იღებს ICC, რომელსაც ხელმძღვანელობს ჯანდაცვის მინისტრი. ICC დაარსდა 2000 წელს და წარმოდგენილია სხვადასხვა სექტორით, მათ შორის ჯანდაცვის სამინისტრო, რომელსაც აქვს ცენტრალური როლი, ფინანსთა სამინისტრო (MOF) და პარტნიორები. საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებას, როგორც წესი წინ უსწრებს მსჯელობა ჯანდაცვის სამინისტროს, NCDC და სხვა ექსპერტებს შორის. გადაწყვეტილების მიღებისას პრიორიტეტი ენიჭება ადგილობრივ დაავადებათა ტვირთის მონაცემებს, თუმცა, სადაც ადგილობრივი მონაცემები არ იყო ხელმისაწვდომი ზოგიერთი ვაქცინისთვის (მაგ. Hib), გამოყენებული იქნა საუკეთესო ხელმისაწვდომი მონაცემები. როტავირუსისა და PCV ვაქცინებისთვის, გამოყენებული იყო ადგილობრივი მეთვალყურეობის მონაცემები და ჯანმო-ს დაავადების ტვირთის შეფასებები.

2015 წელს საქართველომ პრიორიტეტად მიიჩნია ინაქტივირებული პოლიომიელიტის ვაქცინის (IPV) ჩართვა იმუნიზაციის კალენდარში. ექვსვალენტური ვაქცინის დანერგვა, მრავალდოზიანი IPV ვაქცინის ნაცვლად, განპირობებული და რეკომენდებული იყო რამდენიმე მიზეზის გამო: დამატებითი ინექციების თავიდან აცილება, ვაქცინის მიმართ ნდობის მაღალი დონე კერძო სექტორში და გლობალური მიწოდების დეფიციტისგან თავის არიდება. თუმცა ვინაიდან ექვსვალენტური ვაქცინები არ იყო ჩამოთვლილი WHO-ს წინასწარ კვალიფიცირებულ პროდუქტებში, იმუნიზაციის პროგრამის ვაქცინების გლობალური ალიანსის (GAVI) მიერ ვერ მოხდებოდა შესყიდვის მხარდაჭერა, შესაბამისად NCDC-ის მხარდაჭერით ჯანმო-მ გამოიკვლია ბაზარი. გლობალური ბაზრის ფასების მონაცემებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდა მწარმოებელთან მოლაპარაკებებში. საბოლოო ჯამში, მიუხედავად იმისა რომ აღნიშნულმა პროცესმა გამოიწვია NIP-ის ბიუჯეტის გაორმაგება საქართველომ მოახერხა ვაქცინის ხელმისაწვდომ ფასად შესყიდვა.

ვაქცინაციით მოცვის გაზრდის მიზნით, საქართველომ 2019 წლის დასაწყისში შემოიღო სავალდებულო იმუნიზაციის პოლიტიკა. კანონმდებლობით განისაზღვრა სკოლასა და საბავშვო ბაღში ჩარიცხვამდე საჭირო სავალდებულო ვაქცინების სია, თუმცა, აღსრულების ღონისძიებები არ იქნა შემოღებული. მიუხედავად პროგრამული შედეგებისა და იმუნიზაციის პროგრამის სახელმწიფო დაფინანსებაზე წარმატებით გადასვლისა, იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამის წინაშე კვლავ რჩება გარკვეული გამოწვევები, ისეთი როგორც არის:

- დღემდე მიღწეული შედეგების შენარჩუნება, კონკრეტულად კი იმუნიზაციით მოცვის დონის შენარჩუნება;

- არასაკმარისი სახელმწიფო დაფინანსება საკომუნიკაციო აქტივობების, ზედამხედველობისა და ინფორმაციული სისტემის მიმართულებით;

- ადამიანური რესურსების შესაძლებლობების შენარჩუნებასთან დაკავშირებული სირთულეები;

- სუსტი ინსტიტუციური შესაძლებლობები ბაზარზე ავტორიზაციის შემდგომ ეტაპებზე.

ამგვარად, საქართველო წარმატებით გადავიდა გავის მხარდაჭერიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე, რაც განპირობებულია მთელი რიგი ფაქტორების ერთობლიობით, უფრო კონკრეტულად კი : მთავრობის მიერ ჯანდაცვის პრიორიტეტიზაცია; გაიზარდა საბიუჯეტო სივრცე იმუნიზაციაში ინვესტიციებისთვის; იმუნიზაციის პროგრამამ საქართველოში მიიღო მაღალი პოლიტიკური ვალდებულება, რამაც უზრუნველყო მდგრადი დაფინანსება ვაქცინების შესყიდვისთვის; იმუნიზაციის ელექტრონული მართვის სისტემის დანერგვა.

ამჟამად საქართველო სარგებლობს ვაქცინების გავის შეთანხმებით გაყინული ფასებით, თუმცა აღნიშნული ვადა ადრე თუ გვიან ამოიწურება და ქვეყანას მოუწევს ვაქცინების შესყიდვა საბაზრო ფასებში, რაც მოითხოვს მნიშვნელოვან მომზადებასა და ხარჯების გათვალისწინებას. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს მწარმოებლებთან, საქართველოსთან ფასზე წარმატებული მოლაპარაკების გამოცდილება ბაზრის გამო ვაქცინაში მაღალი ფასის გადახდის რისკი საკმაოდ მაღალია. (Chikovani et al., 2021)

იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა

იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა, რომელიც ჩატარდა 2019 წელს თენგიზ ვერულავასა და მარიამ ჯაიანის მიერ, მიზნად ისახავდა ვაქცინაციის თაობაზე დედების ცოდნის, ინფორმირებულობისა და დამოკიდებულებების შესწავლას (ვერულავა & ჯაიანი, 2019). კვლევამ აჩვენა, რომ მშობლების 97% იმუნიზაციისადმი დადებითად არის განწყობილი. დედების ეს ჯგუფი ვაქცინაციას მიიჩნევს დაავადებათა პრევენციის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს და ეფექტურ საშუალებად. ბავშვების მხოლოდ 64%-ს აქვს ჩატარებული სრული ვაქცინაცია, ხოლო 36% არასრულად არის ვაქცინირებული. ამ უკანასკნელის ძირითად მიზეზს კი ცხადია პროფილაქტიკური აცრების კალენდრის შესახებ დედის განათლების დეფიციტი წარმოადგენს, ვინაიდან მშობლები არ ფლობენ ინფორმაციას აცრების მეორე და მესამე დოზის აუცილებლობის შესახებ. გამოკითხული დედების 25.5% საკმარისად არ არის ინფორმირებული პროფილაქტიკური აცრების კალენდრის შესახებ, 18.6% არ იცის, რომ ვაქცინის მეორე და მესამე დოზაც საჭირო და აუცილებელია, ხოლო 16% ემინია პოსტვაქცინაციის გართულებების. როგორც ირკვევა ბავშვების ვაქცინაციის სტატუსზე ზეგავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორები როგორცაა დედის განათლება, დასაქმება, ოჯახში ბავშვების რაოდენობა. უმეტესწილად სრულად ვაქცინირებულები არიან დასაქმებული და უმაღლესი განათლების მქონე მშობლების შვილები, ასევე სრული იმუნიზაციის მაჩვენებელი შემდგომ შვილებთან შედარებით პირველ ბავშვზე უფრო დაბალია, რაც მეტყველებს დედის გამოცდილებასა და ცნობიერების გაღრმავებაზე. კვლევის ფარგლებში დადგინდა, რომ ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაციის ძირითად წყაროს 49.5%-ში წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალი, ხოლო ინტერნეტ რესურსებზე 21.3% მოდის.

კვლევამ დაადასტურა, რომ სრულად ვაქცინირებულ ბავშვთა რაოდენობის გასაზრდელად პირველ რიგში უნდა მოხდეს დედების განათლების დონის გაღრმავება და მედპერსონალის გადამზადება-დატრენინგება აღნიშნული მიმართულებით. ამასთანავე, საჭიროა იმუნიზაციის დადებითი მხარეების უკეთ წარმოჩენა და შესაბამისი საგანმანათლებლო-საინფორმაციო კამპანიების ჩატარება (ვერულავა & ჯაიანი, 2016).

გაეროს ბავშვთა ფონდისა (UNICEF) და ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ჩატარებული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქვეყანაში იმუნიზაციის საკომუნიკაციო სტრატეგიის შემუშავებისათვის იმუნიზაციის პროგრამის სირთულეების, ახალშობილთა და ბავშვთა იმუნიზაციაზე მოქმედი მთავარი ფაქტორების გამოვლენა. კვლევამ აჩვენა, რომ მშობლებისათვის, ასევე ექიმებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენდა ვაქცინის ხარისხი, ხოლო ამ უკანასკნელის განმსაზღვრელ ერთ-ერთ ფაქტორად მისი

მწარმოებელი ქვეყანა ჩაითვალა, კონკრეტულად კი აღმოჩნდა, რომ მაღალი დნობით სარგებლობენ მწარმოებლები დასავლეთ ევროპიდან. საყურადღებოა, რომ სამედიცინო პერსონალის განცხადებით, უფროსი ასაკის მშობლებთან შედარებით, ახალგაზრდა მშობლები იმუნიზაციის შესახებ მეტად ინფორმირებულები არიან, თუმცა ამავდროულად ახალგაზრდა მშობლებთან კომუნიკაცია უფრო რთულია, რაც განპირობებულია ექიმების მიმართ ნდობის დაბალი ხარისხით. ვაქცინაციაზე უარის თქმის ძირითად მიზეზად დასახელდა ბავშვებში ვაქცინებთან დაკავშირებული ნევროლოგიური რეაქციები, ალერგიული სტატუსი, პოსტვაქცინაციის გართულებების შიში.

კვლევამ აჩვენა, რომ 30-39 წლის ასაკობრივ ჯგუფში უფრო ხშირად ჰყავდათ აუცრელი შვილები, ვიდრე 18-29 და 40 წელს ზემოთ მონაწილეებს. ამასთანავე, ვაქცინაციით მოცვის დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ეთნიკურ უმცირესობებში, გარდა სომხური მოსახლეობისა. თავის მხრივ, იმუნიზაციის ქცევა განსხვავდება სრულად და არასრულად აცრილი ბავშვების მეურვეებში, კონკრეტულად კი არასრული იმუნიზაციის სტატუსის მქონე ბავშვების შემთხვევაში, დაგვიანებული აცრების პრაქტიკის მაჩვენებელი ორჯერ უფრო დიდია სრული იმუნიზაციის სტატუსის მქონე ბავშვებთან შედარებით, ხოლო ალერგიის ან სხვა მიზეზით ვაქცინაციაზე უარის თქმის შემთხვევა ხუთჯერ აღემატება მეორე ჯგუფის ამავე მაჩვენებელს.

სრული იმუნიზაციის სტატუსის მქონე ბავშვების შემთხვევაში მშობლების 94 % ეთანხმება ვაქცინების სარგებლიანობას, ხოლო არასრულად აცრილ ბავშვთა მშობლების მხოლოდ მცირე ნაწილი ეთანხმება მოსაზრებას იმის შესახებ, რომ იმუნიზაცია მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა ვაქცინაციით პრევენციურებადი დაავადებების წინააღმდეგ. თუმცა ორივე ჯგუფის შემთხვევაში სანდობის ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს წარმოადგენს ვაქცინების მწარმოებელი ქვეყანა. ხოლო, შემფოთების ყველაზე ხშირ მიზეზად დასახელდა იმუნიზაციის შემდგომი ცხელება. მსგავსება დაფიქსირდა ასევე ინფორმაციის წყაროს თვალსაზრისითაც. ორივე ჯგუფში მთავარ წყაროს წარმოადგენენ პედიატრები, თუმცა არასრულად ვაქცინირებული ბავშვების მშობლები სრული იმუნიზაციის სტატუსის მქონე ბავშვების მეურვეებისაგან განსხვავებით, ინფორმაციის წყაროდ უფრო ხშირად ასახელებენ ოჯახის წევრებს. (გაეროს ბავშვთა ფონდი & ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2016)

ბავშვების იმუნიზაციის სავალდებულო და წახალისებაზე დაფუძნებული რუტინული პროგრამების ეფექტიანობა

სავალდებულო და სტიმულირებაზე დაფუძნებული ვაქცინაციის სქემების ეფექტურობასთან დაკავშირებით სრული და სისტემატური მონაცემები და მტკიცებულებები არც თუ ისე დიდი რაოდენობით მოიპოვება, რაც განპირობებულია იმ ფაქტით, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში მსგავსი პროგრამების შედეგები სათანადოდ არ არის შესწავლილი. უნდა აღინიშნოს, რომ გარკვეულმა ქვეყნებმა ბოლო პერიოდში გაამკაცრეს ვაქცინაციისადმი დამოკიდებულება. დღესდღეობით, არ არსებობს საყოველთაოდ მიღებული და დამტკიცებული ვაქცინაციის საუკეთესო, ეფექტიანი პოლიტიკა, ვინაიდან ამ უკანასკნელს განაპირობებს სხვადასხვა ფაქტორთა ერთობლიობა, კერძოდ ადგილობრივი პირობები, ქვეყნების/რეგიონის მახასიათებლები, ეკონომიკური განვითარების დონე, ქვეყნის ზომა და ა.შ. მაგალითისათვის, სკანდინავიის ქვეყნებმა აირჩიეს რეკომენდებული ვაქცინაციის პროგრამები და შეინარჩუნეს იმუნიზაციით მაღალი მოცვა, თუმცა ევროპის სხვა ქვეყნებმა, კერძოდ უკრაინა, საფრანგეთი, იტალია უპირატესობა მიანიჭეს სავალდებულო ვაქცინაციის პოლიტიკას. ცხადია კონკრეტული ქვეყნის მიერ არჩეული ვაქცინაციის პოლიტიკის აღსრულების ღონისძიებები ასევე მორგებულია ქვეყნების მახასიათებლებზე, იქნება ეს წამახალისებელი თუ საჯარიმო ღონისძიებების შემოღება.

იტალიაში 2017 წელს ვაქცინაციის საგანგაშო ვარდნის საპასუხოდ ჯანდაცვის სამინისტრომ დაამტკიცა კანონი, რომლის მიხედვითაც სკოლაში დასწრებისათვის სავალდებულო აცრების რაოდენობა ოთხიდან ათამდე გაიზარდა, ხოლო საბავშვო ბაღში დასწრებისთვის სავალდებულო გახდა პოლიომიელიტის, დიფტერიის, ტეტანუსის,

ყვიანახველას, B ჰეპატიტის, Hib დაავადების, წითელას, ყბაყურას, წითურასა და ვარიცელას საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. საშუალო სკოლის არავაქცინირებული მოსწავლეების ოჯახებისათვის დაწესდა ჯარიმები. საბოლოო ჯამში, ზემოხსენებულმა ღონისძიებებმა დადებითი გავლენა იქონია ვაქცინაციით მოცვის ზრდაზე. მაგალითად: 2017 წლისთვის წითელა, წითურა, ყბაყურას კომბინირებული ვაქცინაცია შეადგენდა 91.6%-ს, რაც 4.3%-ით აღემატებოდა 2016 წლის იმავე მაჩვენებელს, რომელიც შეადგენდა 87.3%-ს.

უკრაინაში 2019 წლიდან „მოსახლეობის ინფექციური დაავადებებისგან დაცვის შესახებ“ კანონი ადგენს, რომ ბავშვებს, რომლებსაც არ არიან ვაქცინირებულები ეროვნული იმუნიზაციის გრაფიკის შესაბამისად, ეკრძალებათ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში სიარული. შედეგად, ქვეყანაში 2020 წელს 2018 წელთან შედარებით იმუნიზაციით დაფარვის მნიშვნელოვანი ზრდა დაფიქსირდა. საბოლოო ჯამში, კვლევები ცხადყოფენ, რომ სავალდებულო ვაქცინაცია ზრდის იმუნიზაციით მოცვას (Kuznetsova et al., 2021)

მშობლების ვაქცინაციისადმი დამოკიდებულებაზე ექიმების როლი

მშობლებისათვის ვაქცინაციის შესახებ ძირითად და ყველაზე სანდო წყაროს წარმოადგენენ ჯანდაცვის წარმომადგენლები, შესაბამისად პედიატრების რეკომენდაციები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს იმუნიზაციასთან დაკავშირებით მშობლების გადაწყვეტილებაზე. სწორედ პედიატრებს უჭირავთ ცენტრალური და ერთ-ერთი ყველაზე ავტორიტეტული პოზიცია, ვინაიდან მათ შეუძლიათ სწორად აუხსნან მშობლებს ვაქცინაციის სარგებელი და რაც მთავარია, რისკებისა და სარგებლის შეფარდება, გაგებით მოეკიდონ და ადეკვატურად უპასუხონ მშობლების შიშებსა და შემფოთებას ვაქცინაციის შესახებ. თუმცა აღსანიშნავია, რომ მათ შორის პედიატრებიც ყოყმანობენ და არიან შემფოთებულები ვაქცინების სარგებლიანობითა და იმუნიზაციის გვერდითი ეფექტებით, ხოლო მათი შეხედულებები და დამოკიდებულებები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მშობლების ქცევაზე. იმ კრიტიკული როლის გათვალისწინებით, რომელსაც ასრულებენ პედიატრები მშობლებისთვის ბავშვების ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაში, 2016 წელს იტალიაში ჩატარდა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა პედიატრების დამოკიდებულებების, ცოდნისა და პრაქტიკის შესწავლას საკითხის გარშემო.

კვლევის შედეგად, პედიატრების 95.3% (843/885) აღნიშნავდა, რომ სრულიად დადებითად აფასებს იმუნიზაციას, 3.8% (34/885) ვაქცინაციას მიიჩნევდა ზომიერად ხელსაყრელად. პედიატრების 99% (891/900) ურჩევს მშობლებს დაიცვან იმუნიზაციის ეროვნული გრაფიკი. პედიატრების მხოლოდ 8.9% (80/903) დააფიქსირა საკუთარი აზრი იმუნიზაციის შესახებ არსებულ მითებსა და უარყოფით დამოკიდებულებებზე. პედიატრების უმრავლესობა ხელს უწყობს ვაქცინაციას და თვლის, რომ ბავშვები უნდა აიცრან იმუნიზაციის კალენდრის მიხედვით. მიუხედავად ამისა, გამოვლინდა გარკვეული უარყოფითი ტენდენციებიც, კერძოდ, აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთ პედიატრს აქვს ცრუ აღქმა დაავადების რისკის შესახებ. გარდა ამისა, ზოგს ჰქონდა ცრუ შეხედულებები ვაქცინების თაობაზე და გამოთქვა შემფოთება ვაქცინების უსაფრთხოების ან სარგებლობის შესახებ. რესპოდენტთა ერთი მესამედი სრულად არ ენდობა ინფორმაციას ვაქცინებზე, რომელიც მოწოდებულია ჯანდაცვის ორგანოებისა და სამეცნიერო საზოგადოებების მიერ. კვლევამ გამოავლინა გარკვეული ხარვეზები ცოდნის თვალსაზრისით, ვაქცინაციის ჭეშმარიტი და ცრუ უკუჩვენებების თაობაზე. ცრუ უკუჩვენებები წარმოადგენენ პირობებს ან გარემოებებს, რომლებიც არ გამორიცხავს ვაქცინაციას, მაგრამ შეცდომით ითვლება უკუჩვენებად. ამ მხრივ, აუცილებელია, რომ პედიატრებმა იცოდნენ თუ რა წარმოადგენს ჭეშმარიტ და ცრუ უკუჩვენებას, რათა შეძლონ დამაჯერებლად უპასუხონ მშობლების კითხვებს, თავიდან აიცილონ არასასურველი რეაქციები (Filia et al., 2019).

შედეგები, დისკუსია

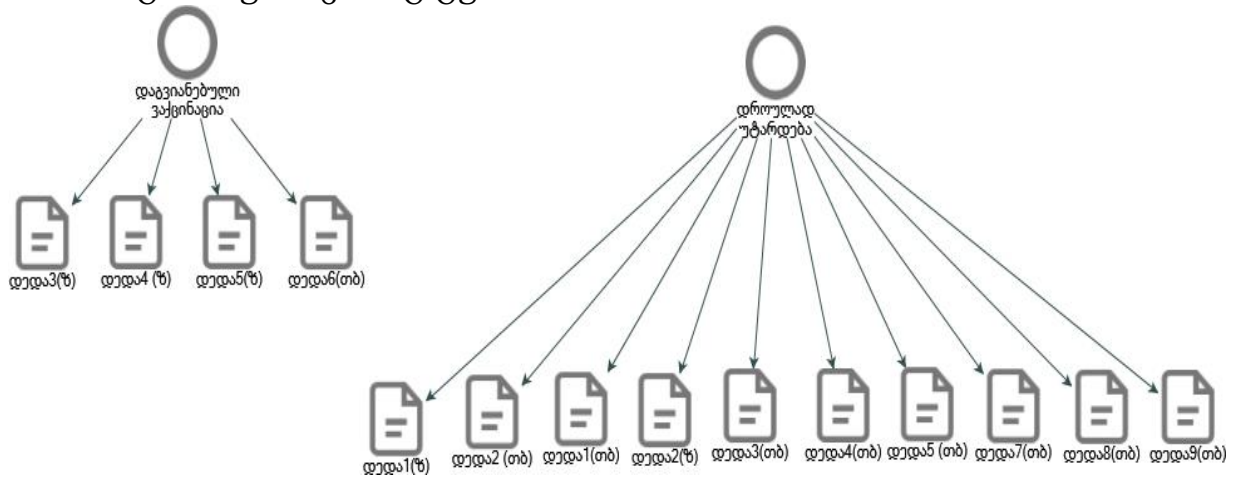
იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში შემავალი პროფილაქტიკური აცრებისადმი დედების დამოკიდებულების შესასწავლად ჩატარებულ კვლევაში ჩაერთნენ როგორც მშობლები, ასევე პედიატრები თბილისიდან და რეგიონიდან, კერძოდ ქალაქ ზუგდიდიდან.

კერძოდ, თბილისიდან კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ორმა პედიატრმა და ცხრა მშობელმა, ხოლო ზუგდიდიდან ასევე ორმა პედიატრმა და შვიდმა მშობელმა.

პედიატრების 75%-ის აზრით იმუნიზაცია სავალდებულო უნდა იყოს. იმუნიზაციის დადებით და უარყოფით მხარეებზე საუბრისას პედიატრები ვაქცინაციის უარყოფით მხარეს ფაქტობრივად არ ასახელებენ და ძირითადად მის სარგებლიანობას უსვამენ ხაზს, მხოლოდ ერთი მათგანი ზოგადად არ ეთანხმება სავალდებულო ვაქცინაციას და უარყოფით მხარედ ასახელებს იმ ფაქტს, რომ იმუნიზაციის მიმართ ისედაც სკეპტიკურად განწყობილ მშობლებში სავალდებულო იმუნიზაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეჭვის გამძაფრება და პროტესტის ზრდა.

თბილისის მაშტაბით გამოკითხული 7 რესპოდენტიდან ექვსმა აღნიშნა, რომ მათ შვილებს დროულად ჩაუტარდათ ყველა აცრა, მხოლოდ ერთი მშობლის განცხადებით ვაქცინაციის დაგვიანების მიზეზი გახდა პანდემია. რეგიონში განსხვავებული სურათი ფიქსირდება, კერძოდ გამოკითხული ხუთი რესპოდენტიდან მხოლოდ ერთმა განაცხადა, რომ დროულად აცრა შვილი, სხვა შემთხვევებში ვაქცინაციის დაგვიანების მიზეზებად დასახელდა ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ცხელება, კოვიდ 19, ჰემანგიომის მკურნალობა), ასევე დროის უქონლობა და ქალაქში არ ყოფნა.

ნახატი 1. იმუნიზაციის სტატუსი



ცხრილი 1. იმუნიზაციის სტატუსი

რესპოდენტი	A : დაგვიანებული ვაქცინაცია	C : დროული ვაქცინაცია
1 : დედა1(ზ)	No	Yes
2 : დედა1(თბ)	No	Yes
3 : დედა2 (თბ)	No	Yes
4 : დედა2(ზ)	No	Yes
5 : დედა3(ზ)	Yes	No
6 : დედა3(თბ)	No	Yes
7 : დედა4 (ზ)	Yes	No
8 : დედა4(თბ)	No	Yes
9 : დედა5 (თბ)	No	Yes
10 : დედა5(ზ)	Yes	No
11 : დედა6(თბ)	Yes	No
12 : დედა7(თბ)	No	Yes
13 : დედა8(თბ)	No	Yes
14 : დედა9(თბ)	No	Yes

მოცემული კვლევა ითვალისწინებს მშობლების დამოკიდებულების შესწავლას ბავშვების რუტინული ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის თაობაზე, ამასთანავე აღნიშნული მიმართულებით პედიატრების თვალთახედვით ქვეყანაში არსებული მდგომარეობის ანალიზს.

მიუხედავად იმისა, რომ იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელი ეტაპობრივად უმჯობესდება, არსებობს გარკვეული სირთულეები, რომლებიც საჭიროებს სიღრმისეულ ანალიზსა და რელევანტური ღონისძიებების განხორციელებას. ერთი შეხედვით, დღეს როდესაც ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა არ წარმოადგენს რთულად დასაძლევ ბარიერს, როგორც გაირკვა დეზინფორმაციის დაძლევა არც თუ ისე მარტივია, ვინაიდან მაინც აღინიშნება მართებული, სწორი ინფორმაციის დეფიციტი.

კვლევამ თბილისთან ერთად მოიცვა რეგიონიც, კონკრეტულად ზუგდიდი. აღსანიშნავია, რომ ინფორმირებულობისა და საკითხისადმი დამოკიდებულების თვალსაზრისით მკვეთრი, თვალშისაცემი განსხვავება დედაქალაქსა და რაიონს შორის არ ფიქსირდება. უფრო კონკრეტულად კი, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ სამედიცინო განათლებისა და ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ დედაებს, ორივე ქალაქში მშობლები მეტ-ნაკლებად ფლობენ ინფორმაციას იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამაზე, კერძოდ იციან, რომ აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში ბავშვებს უფასოდ ეკუთვნით გარკვეული ინფექციური დაავადებების საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. ამასთანავე ორივე შემთხვევაში ინფორმაციის ძირითად წყაროს წარმოადგენენ პედიატრები, ხოლო შემდეგ სოციალური მედია და ტელევიზია. ცხადია სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი მშობლებისათვის ინფორმაციის დამატებითი წყაროა განათლება და სამუშაო გამოცდილება.

რაც შეეხება ზოგადად საკითხის შესახებ ინფორმირებულობისა და განათლების დონის ანალიზს, ორივე ქალაქში მშობლები მიიჩნევენ, რომ საზოგადოება განიცდის მართებული ინფორმაციის დეფიციტს, ერთ-ერთმა დედამ ზუგდიდიდან საკუთარი თავიც კი მოიყვანა მაგალითად და გულწრფელად აღიარა ინფორმაციის დეფიციტი, რაც ზოგიერთი კითხვისათვის თავის არიდების მიზეზიც კი გახდა. საკმაოდ საინტერესოა ერთ-ერთი დედის თვალთ დასახული აღნიშნული პრობლემა, კერძოდ,

„ვფიქრობ საზოგადოება ინფორმირებულობის მხრივ გაყოფილია რამდენიმე ნაწილად: ნაწილი ფლობს ინფორმაციას, ნაწილი სრულიად არაინფორმირებულია, მესამე კატეგორია ფლობს არასწორ ინფორმაციას და ავრცელებს კიდევ. სწორედ ეს უკანასკნელი კატეგორია საჭიროებს ყველაზე დიდ ყურადღებას.“

დედა 7 (თბილისი)

ყოველდღიური პრაქტიკის საფუძველზე, პედიატრებიც იზიარებენ მშობლების მოსაზრებას. მაგალითად ერთ-ერთი პედიატრის განცხადებით,

“საჭიროა ინფორმირებულობის დონის ამაღლება, ინტელექტის პრობლემა გვაქვს მშობლებში. კარგი იქნება მასმედიის მეტი ჩართულობა, თუნდაც ტელევიზიის საშუალებით, რომ მიეწოდოს საზოგადოებას მეტი მართებული ინფორმაცია და გაკეთდეს სწორი აქცენტები, რადგან ხშირად მშობლები ინტერნეტში ნახულობენ ბევრ მცდარ სტატეას და სჯერათ ამ არასანდო წყაროების.“

პედიატრი 1 (ზუგდიდი)

იმუნიზაციის პროგრამის ძირითად სირთულედ პედიატრების მხრიდან სწორედ დეზინფორმაცია, საზოგადოებაში გავრცელებული მითები და განათლების დეფიციტი დასახელდა. ყოველივე ეს კი ართულებს მშობლების დარწმუნებას აცრის საჭიროებისა და აუცილებლობის თაობაზე, რასაც ამჟამად მშობლების გარკვეული ნაწილის ანტივაქსერული პროპაგანდა, როდესაც თავადაც არ ფლობენ სწორ ინფორმაციას და აშინებენ ერთმანეთს მცდარი სტერეოტიპებით. პრობლემის მოგვარებისა და იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლის ზრდის გზად კი როგორც მშობლები, ასევე პედიატრები პირველ რიგში მიიჩნევენ განათლებისა და ცნობიერების ამაღლებას, შესაბამისი აქტიური პროპაგანდის გატარებას როგორც მასმედიის საშუალებით, ასევე სკოლებში საგანმანათლებლო ღონისძიებების განხორციელებას, ბანერების გავრცელებას, ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებში ტრენინგების ჩატარებასა და რაც მთავარია, პედიატრების მაქსიმალურ ჩართულობას. ერთ-ერთი მშობელი თბილისიდან აფიქსირებს მოსაზრებას რომ:

„არსებული მდგომარეობისა და მაჩვენებლების კიდევ უფრო მეტად ზრდისა და გაუმჯობესებისათვის საჭიროა მშობლების ინფორმირება! უშუალოდ იმ ინფორმაციის

მიწოდება თუ რა სარგებელი მოაქვს ვაქცინაციას და რა საფრთხის წინაშე ვაყენებთ ბავშვებს როცა მათ ჩვენზე „მახინჯი“, შეხედულებების გამო ვართმევთ შესაძლებლობას შედარებით დაცულნი შეხედნენ გავრცელებულ ინფექციურ დაავადებებს.“

დედა 7 (თბილისი)

იმუნიზაციის პროცესში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს დროული ვაქცინაცია. მაგალითად, საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2015-2016 წლებში ჩატარებული კვლევის „იმუნიზაციით მოცვის კვლევა საქართველოში, 2015-2016“ მიხედვით დაგდინდა, რომ დროული მოცვის მაჩვენებელი საერთო მოცვის მაჩვენებელთან შედარებით დაბალი იყო.

აღნიშნული ტენდენცია დაფიქსირდა ჩემს მიერ ჩატარებულ კვლევამაც. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე ქალაქში კვლევაში ჩართული ბავშვების უმრავლესობა იცრებოდა დროულად, იყო ვაქცინაციის დავიანების ფაქტები. ამ უკანასკნელის ძირითად მიზეზად მშობლები ასახელებდნენ ბავშვის ავად ყოფნას, პანდემიას, დროის დეფიციტსა და ქალაქში არ ყოფნას. რაც შეეხება პედიატრების მოსაზრებას დროული ვაქცინაციის შესახებ, აღინიშნა საკმაოდ საინტერესო დაკვირვება, როგორც ჩანს, ძირითადად წლამდე ბავშვებს ცრიან დროულად, ხოლო შემდგომ პერიოდსა და განსაკუთრებით 14 წელზე მოდის არასრული ვაქცინაციის შემთხვევების უმეტესი ნაწილი. ხშირად 14 წელზე თავად ბავშვები ამბობენ უარს ვაქცინაციაზე. საბოლოო ჯამში პედიატრების მოსაზრებით, იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამამ უმეტესწილად მიაღწია დასახულ მიზნებს, თუმცა, ცხადია, არსებობს გარკვეული დაბრკოლებებიც, რაც როგორც ზემოთ აღინიშნა ძირითადად განპირობებულია საკითხის გარშემო განათლების დეფიციტით. მაგალითად, ერთ-ერთმა პედიატრმა თბილისიდან განაცხადა, რომ მიუხედავად ზოგადი სურათის გაუმჯობესებისა, პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი მშობლები ჯერ კიდევ სკეპტიკურად არიან განწყობილნი, რაც პირდაპირ კავშირშია ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დეფიციტთან.

განათლებისა და სწორი ინფორმაციის დეფიციტის პრობლემით გამოწვეულ სირთულეებსა და დაბრკოლებებს განიხილავს და ადასტურებს 2019 წელს თენგიზ ვერულავასა და მარიამ ჯაიანის მიერ ჩატარებული, „იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა“ და გაეროს ბავშვთა ფონდისა (UNICEF) და სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ჩატარებული კვლევაც „მოსახლეობის ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შესწავლა იმუნიზაციასთან მიმართებაში 2016“. უფრო კონკრეტულად კი ვერულავასა და ჯაიანის მიერ გამოქვეყნებული პუბლიკაციის თანახმად ბავშვების მხოლოდ 64% არის სრულად ვაქცინირებული, ხოლო 36% არასრულად. ამ უკანასკნელის ძირითად მიზეზს კი ცხადია პროფილაქტიკური აცრების კალენდრის შესახებ დედის განათლების დეფიციტი წარმოადგენს, ვინაიდან მშობლები არ ფლობენ ინფორმაციას აცრების მეორე და მესამე დოზის აუცილებლობის შესახებ. NCDC-სა და UNICEF-ის კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა არასრული ვაქცინაციის გარკვეული ტენდენცია, რომლის ერთ-ერთ განმაპირობებელ ფაქტორს სწორედ, რომ საკითხის შესახებ განათლების დეფიციტი წარმოადგენდა.

ძალზედ საინტერესოა ვაქცინაციაზე უარის თქმის ძირითადი მიზეზები. ჩატარებული კვლევის ფარგლებში პედიატრების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით დედაქალაქსა და რეგიონს შორის განსხვავება მინიმალურია, უფრო სწორად არც არის, ვინაიდან ორივე შემთხვევაში ძირითად მიზეზს იმუნიზაციის გვერდითი მოვლენების შიში წარმოადგენს. ერთ-ერთი პედიატრი ადასტურებს რომ:

„ვაქცინაციაზე ძირითადად უარს ამბობენ საზოგადოებაში დამკვიდრებული მცდარი შეხედულებების ზეგავლენით. მაგალითად სჯერათ, რომ ვაქცინაცია იწვევს აუტიზმისა და ცერებრალური დამბლის განვითარებას.“

პედიატრი 1 (თბილისი)

საყურადღებოა რომ, NCDC-სა და UNICEF-ის მიერ განხორციელებული კვლევის ფარგლებში ფიქსირდება მსგავსი ფაქტები, კერძოდ თბილისში როგორც ექიმებში, ასევე მშობლებში აღინიშნა შემოთება წწყ ვაქცინაციასა და აუტიზმის, დამბლისა და გახანგრძლივებული სიყვითლის ურთიერთკავშირთან. ჩვენ კვლევაში მონაწილე მშობლების აბსოლუტური უმრავლესობა ვაქცინაციის გვერდით მოვლენებს მითად არ აღიქვამს. თუმცა, აქვე ადასტურებს, რომ საზოგადოებაში უამრავი მცდარი მოსაზრებაა გავრცელებული პოსტვაქცინაციის გართულებების შესახებ. ერთ-ერთი მშობელი აფიქსირებს საკმაოდ საინტერესო მოსაზრებას.

„ვფიქრობ თუ სარგებლიანობასა და გვერდით მოვლენებს დავდებთ სასწორზე, სასწორის პინა ყოველთვის ვაქცინის სარგებლიანობისკენ იქნება გადაწყვეტილი. მძიმე ალერგიული რეაქციები არც ისე ხშირია, რაც შეეხება ვაქცინაციით გამოწვეული ტემპერატურული რეაქცია და სისუსტე სავსებით ბუნებრივი რეაქციაა ორგანიზმის იმუნური სისტემის მხრიდან.“

დედა 7 (თბილისი)

დედები პირადი გამოცდილების საფუძველზე აცრის გვერდით მოვლენებზე ასახელებენ ცხელებას, გაღიზიანებადობას, მტკივნეულ ნანემსარსა და ადგილობრივ შეშუპებას. იგივე მოსაზრებას იზიარებენ თბილისელი პედიატრებიც, მათ 14 წლიან სამუშაო გამოცდილებაში ვაქცინაციის მხოლოდ მსუბუქი გვერდითი მოვლენები ფიქსირდება. თბილისისაგან განსხვავებით, საკმაოდ საინტერესო შემთხვევას გვიზიარებს ზუგდიდელი პედიატრი. მის 32 წლიან დამოუკიდებელ საქმიანობაში არსებობს ვაქცინაციის გართულებით გამოწვეული ლეტალობის შემთხვევა. როგორც პედიატრი იხსენებს,

„ლეტალობის ერთეული შემთხვევა ყოფილა ჩემს პრაქტიკაში. მახსენდება ერთი ქეისი: ბავშვს ახალგადატანილი ჰქონდა წითელა, შემთხვევა არ აღიწერა როგორც ინფექცია, ამიტომ გაკეთდა აცრა და დადგა ლეტალური შედეგი.“

პედიატრი 2 (ზუგდიდი)

მიუხედავად ზემოხსენებულისა, კონკრეტული პედიატრი და მისი კოლეგები მხარს უჭერენ სავალდებულო ვაქცინაციას. თუმცა აღნიშნულ მოსაზრებას არ იზიარებს ერთ-ერთი პედიატრი თბილისიდან, ვინაიდან ვაქცინის იძულებით გაკეთება მიზანშეწონილად არ მიაჩნია და დარწმუნებულია თუ მშობელს ეცოდინება აცრის აუცილებლობის შესახებ იძულებითი ღონისძიებების გატარება აღარ იქნება საჭირო. ამასთანავე, იკვეთება სავალდებულო ვაქცინაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეები. კერძოდ, პედიატრების მოსაზრებით, სავალდებულო ვაქცინაცია გაზრდის იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელს და შესაბამისად გაამარტივებს ვაქცინით პრევენციურებადი ინფექციური დაავადებების მართვას, თუმცა, ამ ყველაფერს თან ახლავს გარკვეული რისკები, თუნდაც საკმაოდ ლოგიკურია მოსაზრება, რომ იმუნიზაციის მიმართ ისედაც სკეპტიკურად განწყობილ მშობლებში სავალდებულო იმუნიზაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეჭვის გამძაფრება და პროტესტის ზრდა. რაც შეეხება მშობლებს, აღნიშნულმა საკითხმა აზრთა სხვადასხვაობა და ვნებათაღელვა გამოიწვია. რესპოდენტთა 43% მიაჩნია, რომ არ შეიძლება არჩევანის თავისუფლების შეზღუდვა და იმუნიზაციის იძულებით აქტად ქცევა, ხოლო 57% ეთანხმება სავალდებულო იმუნიზაციას და არგუმენტად მოჰყავთ საზოგადოების საკითხში გაუთვინციანობიერებლობა. მათი განმარტებით, ხშირად არასწორი ინფორმაციის (მითების) ზეგავლენით მშობლები არ ცრიან ბავშვებს. საკმაოდ საინტერესოა ერთ-ერთი ზუგდიდელი დედის განცხადება.

„პირადად მე არცერთი ვაქცინით არ ვარ აცრილი, თუმცა ორივე შვილის აცრა გადაწყვიტე, რადგანაც ვერ გავიმეტებ დაავადებებისთვის რომელთა პრევენციაც შეიძლება.“

დედა 4 (ზუგდიდი)

თამამად შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნული ფაქტი წარმოადგენს პირადი უსიამოვნო გამოცდილების შედეგად მიღებულ მართებულ, ჯანსაღ დასკვნასა და გადაწყვეტილებას, თუმცა იმისათვის, რომ მწარე და საშიში გაკვეთილები თავიდან ავირიდოთ როგორც მშობლების, ასევე ექიმების მოსაზრებით საჭიროა შესაბამისი ზომების მიღება,

“მცირე სარეკლამო რგოლების გაშვება, იმუნიზაციის თემისათვის სატელევიზიო ეთერის დათმობა, სკოლებში შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება და ზოგადად ადამიანებს

დახმარება, რათა მეტი გაიგონ იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამისა და მისი სარგებლიანობის შესახებ.“

დედა 7 (თბილისი)

იტალიისა და უკრაინის მაგალითზე შეგვიძლია განვიხილოთ და დაზუსტებით განვაცხადოთ, რომ სავალდებულო იმუნიზაცია დადებითი შედეგის მომტანია, ვინაიდან აღნიშნულ ქვეყნებში ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებელი სავალდებულო ვაქცინაციის შემდეგ მკვეთრად გაიზარდა. ზემოხსენებული ქვეყნებისაგან განსხვავებით, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველომ 2019 წელს ვაქცინაციით მოცვის გაზრდის მიზნით შემოიღო სავალდებულო იმუნიზაციის პოლიტიკა, კანონმდებლობით განისაზღვრა სკოლასა და საბავშვო ბაღში ჩარიცხვამდე საჭირო სავალდებულო ვაქცინების სია, პოლიტიკის აღსრულების სამართლებრივი მექანიზმი არაეფექტურად ხორციელდება.

რესპოდენტთა ორივე ჯგუფის მოსაზრებით, პჯდ-ს როლი ზოგადად იმუნიზაციისა და განსაკუთრებით საკითხის წინაშე არსებული პრობლემების გადაჭრაში უმნიშვნელოვანესი და გადაწყვეტია, ვინაიდან მათ აქვთ უშუალო და პირდაპირი კავშირი მშობლებთან და წარმოადგენენ ინფორმაციის ძირითად წყაროს.

რაც შეეხება კითხვაზე პასუხს, თუ რას ისურვებდნენ რესპოდენტები, რომ ამ მიმართულებით შეიცვალოს, უმრავლესობამ დააფიქსირა განათლებისა და მართებული ინფორმაციის ზრდა, ასევე რეგიონებში ხელმისაწვდომობის გაზრდა და აცრის კაბინეტების მეტად კეთილმოწყობა, რათა მომზადებულები შეხვდნენ გართულებებს და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს გაუწიონ დროული და ადეკვატური სამედიცინო დახმარება.

დასკვნა

შეიძლება დავასკვნათ, რომ იმუნიზაციის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის მაჩვენებელი არც თუ ისე მაღალია და საჭიროებს მიზანმიმართული აქტივობების განხორციელებას. უნდა აღინიშნოს, რომ ქვეყანაში იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელი მზარდი ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა მიუხედავად ამ დადებითი მიმართულებისა, იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის წინაშე არსებობს გარკვეული სირთულეები, რომელთა დასაძლევად საჭიროა კომპლექსური და ეტაპობრივი ღონისძიებების განხორციელება.

ვინაიდან განათლება დიდწილად განსაზღვრავს იმუნიზაციის ქცევას, ხოლო ეს უკანასკნელი პირდაპირპროპორციულად აისახება ვაქცინაციის მაჩვენებელზე, ცნობიერების ამაღლების მიზნით საჭიროა აქტიური საინფორმაციო კამპანიის წარმოება. წარმატებული შედეგის მისაღწევად კი დაგეგმილი და განხორციელებული ღონისძიებები უნდა იყოს არა ვიწრო სპექტრის, არამედ ფართომასშტაბიანი, რომელშიც ჯანდაცვის სექტორთან ერთად აქტიურად ჩაერთვება მედია და განათლების სამინისტრო, ვინაიდან მნიშვნელოვანი ცვლილებებისა და პრობლემების გადასაჭრელად, წარმართულმა კამპანიამ მშობლებთან ერთად აუცილებლად უნდა მოიცვას მომავალი, პოტენციური მშობლები, მედპერსონალი და ზოგადად მთელი საზოგადოება, რათა მოსახლეობის ცნობიერებაში ღრმად ფესვებგადგმული მითები და მახინჯი პრაქტიკა დაიმსხვრეს.

კვლევამ დაადასტურა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ვაქცინაციის გვერდით მოვლენებსა და იმუნიზაციის ქცევას შორის მჭიდრო კავშირია, ვინაიდან სწორედ გვერდითი მოვლებების ახდენს უდიდეს ზეგავლენას მშობლების გადაწყვეტილებებზე, რაც საბოლოო ჯამში აისახება იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელზე. ნებისმიერი სახის შიში, უპირველეს ყოვლისა, გამოწვეულია უცოდინრობით, ამიტომაც ბავშვებზე ზრუნვა და პრობლემის დაძლევა უნდა დავიწყოთ მართებული ინფორმაციის მიწოდებით, ვინაიდან ვაქცინაციაზე უარის თქმის ძირითადი მიზეზია არასწორი ინფორმაცია და კომუნიკაციის ნაკლებობა.

კვლევის შედეგად ჩამოყალიბდა შემდეგი სახის რეკომენდაციები:

- ინფორმირებულობის ამაღლება
 - აქტიური კამპანია ტელევიზიითა და სოციალური მედიით;
 - საგანმანათლებლო ღონისძიებების განხორციელება სკოლებში;
 - ტრენინგები ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებში;

- სარეკლამო ბანერების გავრცელება;
- მედპერსონალის გადამზადება/ტრენინგი;
- პედიატრებისა და ექთნების ჩართულობის ზრდა;
- სკოლისა და სკოლამდელ დაწესებულებების ექიმების ჩართულობის ზრდა;
- სავალდებულო იმუნიზაციის პოლიტიკის აღსრულების კონტროლის გამკაცრება. შეუსრულებლობის შემთხვევაში შესაბამისი სანქციების (ფულადი ჯარიმა, სკოლებში ბავშვების მისაღები აუცილებელი წინაპირობა) განხორციელება.

გამოყენებული ლიტერატურა

გაეროს ბავშვთა ფონდი, & ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი N. (2016). მოსახლეობის ცოდნის დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შესწავლა იმუნიზაციასთან მიმართებაში 2016.

ვერულავა თ, ჯაიანი მ. (2019). იმუნიზაციის შესახებ დედების ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 3:1–23. <https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6382>

ნიჟარაძე დ. (2023). სტუდენტთა ცოდნისა და დამოკიდებულებების კვლევა COVID-19 ვაქცინაციის მიმართ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 7(1). <https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6814>

პირადაშვილი ნ., ტაბიძე ბ. (2023). გრიპის და რესპირატორული ვირუსის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ბავშვებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 7(1). <https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6606>

სამყურაშვილი ლიანა, & გოგონაია ირინა. (2021). ინფექციური დაავადებები და მათი მკურნალობა ქართულ წერილობით წყაროებში. 0–2.

საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2017). იმუნიზაციის კვლევა საქართველოში (p. 76).

საქართველოს მთავრობა. (2011). 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=63

შენგელია მ. (2022). Covid-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინისადმი უნდობლობა: აცრის გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებული ბარიერები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 6. <https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6305>

Chikovani I, Foundation CI, Imnadze P, General D, Jabidze L. (2021). Country Case Study : Lessons Learned from Georgia ' s Experience Transitioning from Gavi Support. Curatio International Foundation. <https://www.linkedimmunisation.org/wp-content/uploads/2021/10/Georgia-Transition-Case-Study-final.pdf>

Filia A, Bella A, D'Ancona F, Fabiani M, Giambi C, Rizzo C, Ferrara L, Pascucci MG, Rota MC. (2019). Childhood vaccinations: Knowledge, attitudes and practices of paediatricians and factors associated with their confidence in addressing parental concerns, Italy, 2016. Eurosurveillance, 24(6). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.6.1800275>

Kuznetsova L, Cortassa G, Trilla A. (2021). Effectiveness of mandatory and incentive-based routine childhood immunization programs in europe: A systematic review of the literature. Vaccines, 9(10), 1–30. <https://doi.org/10.3390/VACCINES9101173>

Zoidze A. (2016). Draft Report on Immunization Assessment Module of HFSA. Curatio International Foundation.



Selecting Infant Food Products: Trust, Value Perception and Buying Behavior

ბავშვთა კვების პროდუქტების შერჩევა: ნდობა, ღირებულების აღქმა და ყიდვის ქცევა

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.15>

გიორგი მამნიაშვილი^{1a}

Giorgi Mamniashvili^{1a}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

Abstract

Introduction: During the decision-making process, the focus is on communicating values, trust and purchase behavior. The research's purpose is to study parents' decision-making process and motivating factors when choosing baby food products. **Methods:** both qualitative and quantitative methods were used during the research process, within which in-depth interviews of mothers and pediatricians were conducted. **Results:** The study found that pediatricians (51%) are the most trusted influencers in the decision-making process, while social media and store advisors are the least trusted (34%). 97% of respondents report that they read the composition of the product and pay attention to the ingredients on the label. During the decision-making process, preference is given to German products (37%), the lowest demand is for products produced in Ukraine (45%). According to the composition and price, popular brands such as Nutrilak and Vinni are distinguished. In most cases (57%) of the brand replacements, the main reason is the allergic reaction of the baby. **Conclusion:** professionals' recommendations and composition transparency are important factors in the decision-making process. The quality of products produced in Western and Central Europe is perceived as a benchmark due to the high requirements of the production process there and the strict monitoring of quality control.

Keywords: Infant Nutrition, Parental Decision-Making, Consumer Behavior, Value Communication, Consumer Trust

Quote: Giorgi Mamniashvili. Selecting Infant Food Products: Trust, Value Perception and Buying Behavior. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2)

აბსტრაქტი

შესავალი: გადაწყვეტილების მიღების პროცესის დროს ფოკუსი კეთდება ღირებულებების კომუნიკაციაზე, ნდობაზე და შესყიდვის ქცევაზე. კვლევის მიზანია შეისწავლოს ჩვილ ბავშვთა კვების პროდუქტების არჩევისას მშობლების გადაწყვეტილების მიღების პროცესი და მამოტივირებელი ფაქტორები. **მეთოდები:** კვლევის პროცესისას გამოყენებულ იქნა როგორც თვისებრივი, ისე რაოდენობრივი მეთოდები, რომელთა

^a gmamniashvili@cu.edu.ge <https://orcid.org/0009-0008-9764-078X>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc BY-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

ფარგლებში ჩატარდა დედებისა და პედიატრების სიღრმისეული ინტერვიუები. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პედიატრები (51%) არიან ყველაზე სანდო ინფლუენსერები, ხოლო სოციალურ მედიას და მაღაზიების კონსულტანტებს ყველაზე ნაკლებად ენდობიან (34%). რესპონდენტთა 97% აღნიშნავს, რომ კითხულობს პროდუქტის შემადგენლობას და ყურადღებას აქცევს ინგრედიენტებს ეტიკეტზე. გადაწყვეტილების მიღების პროცესის დროს უპირატესობა ენიჭება გერმანულ პროდუქტს (37%), ყველაზე დაბალი მოთხოვნა უკრაინაში წარმოებულ პროდუქტებზეა (45%). შემადგენლობისა და ფასის მიხედვით იკვეთება პოპულარული ბრენდები, როგორცაა Nutrilak და Vinni. ბრენდის ჩანაცვლების უმეტეს შემთხვევებში (57%) ძირითადი მიზეზი ჩვილის ალერგიული რექციაა. **დასკვნა:** პროფესიონალების მიერ გაწეული რეკომენდაციები და შემადგენლობის გამჭვირვალობა უმნიშვნელოვანესი ფაქტორებია გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. დასავლეთ და ცენტრალურ ევროპაში წარმოებულ პროდუქტის ხარისხი აღიქმება როგორც ეტალონი იქ არსებული წარმოების პროცესის მაღალი მოთხოვნებისა და ხარისხის კონტროლის მკაცრი მონიტორინგის გამო.

საკვანძო სიტყვები: ჩვილის კვება, გადაწყვეტილების მიღება, მომხმარებელთა ქცევა, ღირებულების კომუნიკაცია, მომხმარებელთა ნდობა.

ციტატა: გიორგი მამნიაშვილი. ბავშვთა კვების პროდუქტების შერჩევა: ნდობა, ღირებულების აღქმა და ყიდვის ქცევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2)

Introduction

The process of selecting infant food products is complex and multidimensional, as parents must consider multiple factors, such as product composition, brand reputation, price, and the credibility of recommendations from healthcare professionals. Parents' choices are heavily influenced by a need to trust that the products they choose align with best practices in infant nutrition and an inclination toward certain brands that they perceive as trustworthy or higher quality (Blaxter & Hughes, 2001).

The infant food market in Georgia has expanded rapidly in recent years, featuring a mix of internationally recognized brands alongside regional and lesser-known options. This diversity offers parents an array of choices, which, while beneficial, also adds complexity to the decision-making process. The increased availability of infant food brands means parents must now carefully assess product claims, compare prices, and consider composition to determine which products best suit their needs (Revenue Service, n.d.; National Statistics Office of Georgia, n.d.). Understanding the intricacies of consumer behavior within the Georgian infant food sector is crucial. Such an understanding not only supports parents in making more informed decisions but also guides companies in developing clearer, more effective communication strategies that resonate with parents' expectations and provide genuine value.

Healthcare professionals, particularly pediatricians, play a pivotal role in shaping parents' choices around infant feeding. Pediatricians are often the first to guide parents on nutrition during the early months of an infant's life, influencing decisions around breastfeeding and formula use. According to studies, trust in pediatricians is a significant factor; parents often feel reassured when a healthcare provider recommends a particular approach or product (Blaxter & Hughes, 2001). However, trust is not always absolute. If parents encounter issues or believe they have received incorrect advice, trust in pediatricians can diminish, leading them to seek additional information from other sources.

In addition to healthcare professionals, social networks and family members are crucial influences in parents' decision-making processes around infant feeding. Cultural factors strongly shape these choices, particularly in societies like Georgia, where family input is highly valued. Many parents rely on advice from family members, such as grandparents, who may share their own child-rearing experiences and recommend particular feeding practices based on tradition or personal beliefs

Online social groups, forums, and parenting networks also play a growing role in decision-making. These communities offer platforms where parents share personal experiences, advice, and product recommendations. Although this social guidance can provide practical insights and support, it can also create confusion when conflicting advice is given, particularly when it contradicts professional recommendations. Balancing this blend of social influence and medical advice presents a unique challenge for parents, as they attempt to make choices that align with family expectations and evidence-based practices.

Brand reputation and marketing efforts strongly shape parental preferences in the infant food market. Brands that emphasize values like quality, safety, and nutrition tend to gain higher trust among parents, who look for reassurance that products meet high standards. Marketing that promotes these qualities, particularly through credible endorsements or partnerships with healthcare professionals, can positively influence brand perception (Blaxter & Hughes, 2001).

In today's information-rich environment, parents are exposed to an overwhelming volume of advice and recommendations from a range of sources, including pediatricians, family members, social media, brand advertisements, and discussion forums. Each of these sources may present different, sometimes conflicting, views on the best practices for infant nutrition, which can complicate parental decision-making.

While many parents place significant trust in pediatricians, they also consider recommendations from family members and other information sources, including dedicated parenting groups. In this context, trust in the source of information becomes a vital factor influencing decision-making (Blaxter & Hughes, 2001).

Adding to the complexity, companies invest heavily in branding and marketing to convey the value and quality of their infant food products. However, it remains uncertain how effectively these marketing efforts influence parents, who may prioritize independent research and trusted personal sources over branded messaging. This discrepancy suggests a gap in the literature on how effectively companies communicate value and how parents interpret and respond to these messages in the context of infant nutrition. Addressing this gap is essential for developing insights into parental perceptions and guiding companies to refine their marketing approaches in a way that genuinely aligns with parents' values and concerns regarding product safety and nutritional integrity (Neuman, 2005).

The aim of this study is to shed light on the factors that influence parental decision-making in the selection of infant food products. Specifically, this study seeks to achieve the following objectives:

- To examine parents' experiences and challenges as they navigate the complex decision-making process for selecting infant food products in a crowded market.
- To identify common patterns in parental purchasing behavior, with a focus on the influence of various information sources and the role of trust in shaping these decisions.
- To analyze the key factors within the value chain—such as product composition, brand reputation, and source credibility—that impact parental purchasing choices.

Methods

The study employs a mixed-methods approach, integrating qualitative and quantitative methodologies to thoroughly examine the factors influencing parental choices for infant food products. This approach is chosen to capture both the depth and scope of consumer behavior, which is essential in a field like infant nutrition where decisions are influenced by both objective factors (e.g., product composition, brand reputation) and subjective factors (e.g., trust in healthcare advice, family influence). By combining qualitative and quantitative data, the study addresses limitations inherent in each method when used alone. This mixed-methods approach allows for a layered analysis, where qualitative insights provide a foundation for developing quantitative measures, ensuring that the survey questions reflect real-world parental concerns and experiences (Creswell, 2003).

Data integration in this study ensures that insights from qualitative interviews are contextualized and validated with quantitative findings, providing a comprehensive view of parental behavior. The research process begins with qualitative data collection through interviews with parents and pediatricians, allowing for open-ended exploration of factors like trust in healthcare advice, the role of social influence, and perceptions of product quality. MAXQDA and SPSS software were used for the data analyses.

Qualitative Research

Description of sampling units

The qualitative phase involved two primary participant groups: mothers who make active feeding decisions for infants, and pediatricians who offer professional guidance on infant nutrition. Mothers were selected based on their experience feeding infants between 2 and 24 months old, as this age range is critical for nutritional transitions and the introduction of complementary foods. Mothers had to have experience with formula feeding or other types of infant food to ensure they could provide detailed insights on the decision-making process. Pediatricians were selected based on their experience in infant healthcare, ensuring they could speak knowledgeably about parental concerns and commonly observed decision-making behaviors. The selection criteria helped ensure that the study gathered relevant, experience-based insights from both parental and professional perspectives.

The mothers who participated in the interviews ranged in age from 25 to 35 years, representing a broad cross-section of Georgian families. The sample for qualitative research concentrates on urban residents, reflecting the varied social contexts and access to information that influence feeding practices. Pediatricians who participated in the study were based in different cities, ensuring a diverse perspective on healthcare advice and access to resources. These demographic variations allow the study to consider different cultural and socioeconomic influences on parental choices, providing a well-rounded view of the decision-making environment within Georgia.

Data Collection and Analyses

To gain a comprehensive understanding of parental decision-making, semi-structured interviews were conducted with mothers. This format provided a balance between consistency, ensuring that key topics were covered across all interviews, and flexibility, allowing participants to elaborate on unique experiences. Topics covered included mothers' sources of information on infant feeding, levels of trust in healthcare advice, and factors influencing brand choices.

As for Pediatricians, they were asked questions about the common concerns they observe among parents, the role of healthcare guidance in purchasing decisions, and general trends in parental behavior related to infant nutrition.

All interviews were transcribed and subsequently analyzed in MAXQDA, a software tool designed for content analysis. Using MAXQDA, responses were systematically coded to identify major themes and sub-themes, ensuring that key patterns in behavior were clearly documented and organized. This structured approach enabled to categorize and compare data effectively, facilitating a thorough analysis of the motivations behind parental choices and the common concerns affecting their purchasing decisions.

Quantitative Research

Description of sampling units

The quantitative survey was developed based on the themes identified in the qualitative phase, ensuring that the questionnaire would address the real-life concerns and priorities expressed by parents and pediatricians. Key themes from the interviews were translated into structured survey questions, including both closed-ended and scaled questions to quantify factors such as trust in healthcare professionals, the influence of social networks, and the role of brand reputation. This alignment between qualitative and quantitative phases ensured that the survey captured both specific insights and general trends, enhancing the relevance and validity of the findings.

To ensure the relevance of responses, filter questions were included at the beginning of the questionnaire to confirm that respondents matched the target demographic. Participants had to be parents of children aged 2 to 24 months and involved in active decision-making for infant food products.

A total of 260 parents participated in the survey, reflecting a diverse sample with a range of socioeconomic backgrounds, including variations in residence (urban and rural), education level, and income. This diversity allowed the study to capture a wide perspective on factors influencing infant feeding choices within Georgian society, accounting for potential differences in access to resources and cultural practices between different demographic groups.

Results

Background of Mothers and Feeding Choices

The study included nine mothers aged 25–35, each meeting the criteria of having a child between 3 and 24 months and actively participating in feeding decisions. The diversity of their feeding experiences illustrates various challenges and adjustments in parental choices:

- Initial Formula Feeding: Two mothers initiated formula feeding from birth due to low milk supply. Their decisions were rooted in a need to ensure nutritional adequacy for their infants.
- Transition Due to Work or Health Needs: One mother shifted to formula at two months to return to work, while two others had to supplement or replace breastmilk due to health concerns in their infants. These cases highlight a balance between economic, health, and logistical factors influencing feeding choices.
- Gradual Transition: A few mothers combined breastfeeding with formula feeding initially, then transitioned fully to formula due to milk insufficiency or perceived child health benefits.

This diversity highlights that parents are often adaptive in their choices, tailoring feeding approaches based on a combination of personal circumstances and their infants' evolving needs.

Information-Seeking Patterns

Pediatricians are the primary advisors for most mothers, with six out of nine citing pediatricians as their first source of infant feeding information. Pediatricians are seen as credible and objective sources, especially valued by first-time mothers. However, two mothers switched pediatricians due to negative experiences with initial advice, indicating conditional trust where professional credibility depends on demonstrated outcomes.

Family influence is also significant; two mothers initially consulted older relatives but showed caution, concerned about the generational gap in feeding practices. One mother fully trusted her family's advice, highlighting how cultural traditions can still shape parental behavior despite modern, medically informed alternatives. This pattern suggests that while medical guidance is essential, many parents seek to balance it with the familiarity and cultural reassurance offered by family support.

Digital resources, including Google and social media groups, were secondary but widely used sources. Four mothers searched for information online, turning to Google as an initial touchpoint for understanding general nutrition concepts and product comparisons. Social media parenting groups, especially "Georgian Moms," were highlighted by two mothers for providing peer-based support. However, while social media offered shared experiences, most mothers were cautious, treating online advice as supplementary and subject to validation through medical consultations. This selective trust in digital sources underscores parents' prioritization of safety and credibility, balancing easily accessible information with professional validation.

Factors Influencing Brand and Product Choice

Healthcare professionals, particularly pediatricians, exert significant influence over brand choices, with mothers often adopting brands recommended by pediatricians, viewing these recommendations as assurances of safety and quality. Pediatric guidance is especially crucial when mothers face uncertainties around formula and complementary foods. However, the qualitative findings

reveal that trust is dynamic and can decrease if recommendations prove ineffective, as reported by two mothers.

Most mothers prioritize ingredient transparency, scrutinizing labels for potentially undesirable additives like palm oil, artificial sugars, or non-beneficial fillers. This selective approach reflects a health-conscious, ingredient-focused consumer mindset. In addition to ingredients, six mothers noted that the country of origin plays a significant role, with a preference for European products due to perceptions of higher regulatory standards. Certain regions, particularly Russia, are avoided due to perceived inconsistencies in quality control. This awareness and selective trust based on origin highlight a sophisticated consumer mindset where national reputation affects parental trust in brand safety and integrity.

Price sensitivity emerged as a key factor, with many mothers seeking brands that balance quality with affordability. Established brands with strong reputations are generally preferred, as mothers associate brand reputation with consistent quality and safety. Conversely, negative product reviews or reported quality issues lead to immediate skepticism, with mothers willing to switch brands if they perceive potential safety risks. This adaptability highlights that while brand loyalty exists, it is closely tied to continuous reassurance of quality.

Reasons for Brand Substitution

The child's response to a product is often the most immediate factor in brand substitution. Mothers monitor reactions closely, noting any digestive discomfort or refusal to eat as indicators of product incompatibility. If a negative reaction occurs, substitution is typically immediate, with mothers consulting pediatricians for alternatives. This responsiveness emphasizes a child-centered approach, where product decisions are subject to frequent reassessment to prioritize the child's comfort and nutritional compatibility.

Price increases can drive brand switching, particularly among families on tight budgets. When prices rise, mothers often search for comparable but more affordable brands, demonstrating flexibility to meet budgetary limits without compromising quality perception. Social media also plays a role in brand substitution; one mother noted that widespread criticism on digital platforms would deter her from using a specific brand, while others required multiple negative reports to justify a switch. This reliance on social proof illustrates how social media affects brand trust, although most mothers balance online feedback with direct child responses and pediatric advice.

Empirical Results of Pediatrician Interviews

Both pediatricians observed a generational shift, with modern mothers increasingly seeking information online before consultations. Pediatrician #1 noted that many mothers arrive with online research, while Pediatrician #2 reported that, unlike previous generations, current parents favor digital resources over traditional family advice. This trend reflects changing trust patterns, where digital access provides immediate information, though pediatricians encourage parents to cross-check online advice with professional consultations to ensure reliability.

Key Factors in Product Selection

Both respondents cited product composition as an essential selection criterion. They advise parents to avoid formulas containing sugars, palm, and rapeseed oils, while encouraging probiotics for their health benefits. Country of origin is also relevant, with a preference for European brands known for stricter quality standards. Pediatrician #1 specifically recommends German brands, while Pediatrician #2 noted that many parents prioritize products from Western Europe, perceiving these regions as having superior quality controls. These recommendations support parental concerns regarding product integrity and align professional guidance with mothers' preferences for safe, transparent ingredients.

Factors Leading to Brand Substitution

Both pediatricians identified price and child acceptance as primary reasons for substitution. Rising costs force some parents to opt for more affordable brands, while the child’s response, particularly if adverse, necessitates immediate changes. Pediatrician #1 observed that parents avoid high-cost brands if they risk future affordability, while Pediatrician #2 added that negative reviews on social media could deter brand loyalty without further verification. These insights underscore that parents prioritize adaptability, responding to economic constraints, child health, and social perceptions to make flexible, well-informed decisions regarding infant nutrition.

Quantitative Findings

The survey encompassed a range of age groups, with the largest segments between 26-30 and 31-35 years, comprising 19% and 16% of the sample, respectively. Mothers below 18 years were not represented, aligning with the sample’s focus on typical childbearing age. Crosstab analysis in SPSS revealed a connection between mothers’ age and family size, with the highest percentage of single-child households occurring in the 26-30 age range (18%), while larger families (two or more children) were more common among older respondents, particularly those aged 31-35. These findings provide insight into the demographic characteristics of the sample, which aligns with the life stages and parental experiences influencing infant feeding choices (Table 1).

Table 1. Mothers' age and number of children

	Below 18 years	18-25 years	26-30 years	31-35 years	36-40 years	41-50 years	51 + years
1 child	1%	17%	18%	11%	4%	1%	
2 children		2%	11%	13%	8%	2%	
3 children			3%	6%	2%	1%	1%
4 + children						2%	

Source: own research data

Analysis of feeding practices revealed that 76% of respondents practiced mixed or artificial feeding, while 48% used exclusive breastfeeding initially but transitioned to formula or mixed methods due to various factors such as health issues, lifestyle demands, or return to work obligations (Table 2).

Among respondents using artificial feeding, nearly one-third (32%) introduced formula within the first two months, commonly citing inadequate breast milk supply. This data reflects the frequent need for formula as a supplement in the early months, highlighting the dependency on formula when breastfeeding alone is insufficient to meet nutritional needs.

Introduction timing of formula and cereals showed varied practices based on personal circumstances and awareness of pediatric guidelines. For instance, 70% of mothers introduced formula between 0-2 months, predominantly due to insufficient lactation or immediate feeding challenges post-birth (Table 2).

Table 2. Feeding habits

Feeding practices	Introduction of artificial feeding		Introducing of cereals	
	(%)	(%)	(%)	(%)
Only artificial feeding	33%	0-2 months 70%	0-2 months	2%
Only breastfeeding	25%	4-6 months 23%	4-6 months	75%
Mixed feeding system	43%	7-9 months 6%	7-9 months	22%
		10-12 months 2%	10-12 months	2%

Source: own research data

The survey also captured a strong adherence to recommended timing for introducing cereals and other solids, with 75% following guidelines and introducing cereals between 4-6 months, as endorsed by the American Academy of Pediatrics (see Table 2). This high adherence indicates a tendency to rely on pediatric recommendations to ensure nutritional adequacy, highlighting parental awareness of developmental feeding stages.

Advisor influence plays a crucial role in purchasing decisions, with a marked preference for professional recommendations. Pediatricians ranked as the most trusted advisor, with 61% of mothers identifying pediatric recommendations as their primary influence when choosing formula. Family members were also a significant influence, cited by 24% of respondents, reflecting cultural reliance on family support. Social media groups, such as "Georgian Moms," accounted for 10% of influence, revealing moderate trust but highlighting the appeal of community-based support. In-store consultants and brand social media pages were the least trusted, with only 6% viewing these as reliable sources due to perceived commercial biases and insufficient product knowledge among consultants (Table 3).

For cereal purchases, the influence of advisors shifted slightly. While pediatricians remained the primary source of trust, their influence dropped to 55%, with mothers showing almost the same openness to family members and greater acceptance of social media input for cereal purchases. Trust in in-store consultants and brand pages increased slightly, indicating that mothers may feel more comfortable exploring non-formula options based on broader recommendations. This shift may reflect a perceived lower risk with cereals compared to formula, allowing mothers to diversify their advice sources while still prioritizing professional input (Table 3).

Table 3. Influence of different sources on baby food choosing process

	Artificial feeding	Cereals
Pediatrician	61%	55%
Family members or friends	24%	23%
Social media groups	10%	9%
Consultants in shops or pharmacist	3%	7%
Infant's food brand's social media page	3%	4%
other		1%

Source: own research data

Social media brand pages ranked lowest in trustworthiness, with 32% expressing skepticism due to perceived biases in promotional content. Social media groups, though useful for peer opinions, were cited as untrustworthy by 25%, with concerns over misinformation and lack of professional oversight. Similarly, in-store consultants were often ignored due to perceived sales motives rather than genuine care for infant health, as well as a lack of in-depth knowledge about product composition and nutritional standards.

Ingredient composition was a significant factor, with 97% of respondents indicating that they review product labels for key ingredients. 85% of respondents are informed about palm oils and 65% about rapeseed oils.

Country of origin was another critical factor, with 37% of respondents preferring products from Germany, perceived as maintaining high standards for product safety and quality. Switzerland and Italy followed closely at 16% and 15%, respectively, underscoring a preference for Western European products that align with perceptions of quality assurance (Table 4).

On the avoidance side, 45% of mothers avoided products from Ukraine, with 23% avoiding Russian products. Interestingly, 16% avoided American products due to perceived differences in regulatory practices. This pattern underscores an underlying association between product origin and quality expectations, with mothers actively choosing brands from countries viewed as maintaining stringent quality controls.

Table 4. Preferences in country of origin – desirable countries

Germany	37%
Austria	4%
France	12%
Italy	15%
Russia	11%
Switzerland	16%
USA	5%

Source: own research data

Brand loyalty data showed that Nutrilak was the most commonly used formula brand, with 18% of respondents, followed by Humana (14%) and Hipp (14%). For cereals, Vinni held the top position with 18% market share, followed by Heinz at 17% and Humana at 13%. These preferences indicate that Nutrilak and Vinni have established a strong reputation for quality and safety among parents, reflecting trust in their brand values.

Despite the presence of brand loyalty, 38% of mothers reported switching brands at least once, often due to issues such as adverse child reactions, ingredient concerns, or price increases. Child reactions, such as allergic responses, were the leading cause of substitution, cited by 57% of respondents. Price changes influenced 14% to switch to a more affordable option, while 12% noted composition concerns as a deciding factor in their choice to switch. (Table 5).

Table 5. Reasons for substituting or removing food brand

Undesirable ingredients in the composition	12%
Child had an allergy	57%
Due to the increased price	14%
Recommendation from the pediatrician	12%
Recommendation from the consultant or pharmacist	2%
Recommendation from a family member or friend	1%
Recommendations in social media groups	1%

Source: own research data

Ingredient sensitivity was further analyzed by examining how awareness influenced purchasing. Even among those informed about palm and rapeseed oils, ingredient concerns varied. Palm oil strongly influenced purchasing decisions for 43% of informed respondents, while rapeseed oil affected 41%. This selective approach indicates that mothers’ awareness of certain ingredients is a determining factor, influencing their purchasing patterns and leading to product avoidance if these ingredients are present. Additionally, 50% reported avoiding products with milk powder instead of raw milk, illustrating a preference for natural, minimally processed ingredients in infant foods (Table 6).

Table 6. Evaluation of factors impacting buying decision

	No impact at all	Partially has no impact	Neutral	Partial impact	Full impact
Rapeseed Oil	7%	10%	16%	26%	41%
Palm Oil	9%	8%	7%	33%	43%
Country of Origin	11%	12%	7%	30%	41%
Milk powder instead of raw milk	10%	4%	6%	29%	50%

Source: own research data

Conclusions

Trust in Advisors: Pediatricians are the most trusted sources, with 51% of parents reporting full trust and 36% reporting partial trust. Friends and family are also influential, with 72% considering them reliable, while only 6% reported full trust in consultants and social media advisors.

Product Composition Sensitivity: Ingredient awareness is high, with 97% of parents regularly reviewing product labels. Specifically, 85% are informed about palm oil content and 65% about rapeseed oil. Despite this, only 43% are strongly influenced by palm oil presence.

Country of Origin Preferences: Trust in country of origin plays a significant role in decision-making, with 37% of parents preferring German-origin products for perceived quality assurance, while 45% avoid products from Ukraine, and 23% avoid those from Russia.

Advisor Trust: Pediatricians are highly influential, as 87% of parents consider their guidance pivotal in early feeding choices. Family advice also ranks high, while social media brand pages hold the least trust, with 34% of parents rating them as “strongly untrustworthy.”

Ingredient Transparency: High ingredient sensitivity influences decision-making, with 97% checking product composition, and 43% stating they avoid products with palm oil and 41% avoiding rapeseed oil.

Brand and Origin Impact: Brand loyalty is closely tied to the country of origin, with 58% of parents showing strong preferences for Western European products due to perceived quality, while only 2% trust lesser-known or locally promoted brands without strong reputations.

Bibliography

Bernard, H. (1994). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Sage Publications.

Boak, R., Virgo-Milton, M., Hoare, A., De Silva, A., Gibbs, L., Gold, L., & Waters, E. (2016). Choosing foods for infants: a qualitative study of the factors that influence mothers. *Child: care, health and development*, 42(3), 359-369.

Bodgan, R. C. & Biklen, S. K. (1992). *Qualitative Research in Education: An Introduction to Theory and Methods*. Allyn & Bacon

Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications

Howe, C. (2002). *How to Research*, 2nd edition by Loraine Blaxter, Christina Hughes & Malcolm Tight, Open University Press

Knafl, M. A., & Breitmayer, B. J. (1989). *Triangulation in the Qualitative Research: Issues of Conceptual Clarity and Purpose*. Aspen Publishers

Michael Q. P. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE Publications

Neuman, L.W. (2005). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (6th Edition). Allyn & Bacon.

Roess, A. A., Jacquier, E. F., Catellier, D. J., Carvalho, R., Lutes, A. C., Anater, A. S., & Dietz, W. H. (2018). Food Consumption Patterns of Infants and Toddlers: Findings from the Feeding Infants and Toddlers Study. *The Journal of Nutrition*, volume 148, pages: 1525S-1535S.

Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*, SAGE Publications.



The Interplay of Sustainable Development Goals on Education and Peace: Enhancing Trauma-Informed Approaches in Informal Learning Environments for Displaced and Vulnerable Populations

მდგრადი განვითარების მიზნების კავშირი განათლებასა და მშვიდობასთან: იძულებით გადაადგილებული და დაუცველი მოსახლეობის არაფორმალურ სასწავლო გარემოში ტრავმის შესახებ ინფორმირებული მიდგომების გაძლიერება

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.05>

Tomislav Meštrović^{1,2a}, Goran Bandov^{3b}

ტომისლავ მეშტროვიჩი^{1,2ა}, გორან ბანდოვი^{3ბ}

¹ University North, Varaždin, Croatia

¹ უნივერსიტეტი ჩრდილოეთ, ვარაჟდინი, ხორვატია

² School of Medicine, University of Washington, Seattle, USA

² მედიცინის სკოლა, ვაშინგტონის უნივერსიტეტი, სიეტლი, აშშ

³ University of Zagreb, Zagreb, Croatia

³ ზაგრების უნივერსიტეტი, ზაგრები, ხორვატია

Abstract

Introduction: The Sustainable Development Goals (SDGs), particularly Goal 4 (Quality education) and Goal 16 (Peace, justice and strong institutions), emphasize the critical need for inclusive and equitable education systems that foster peace and justice. In the context of global conflicts, refugee crises and forced displacement, a significant challenge arises in supporting the mental health and educational outcomes of trauma-affected individuals – especially within informal learning environments. Refugees and displaced individuals often experience severe trauma which can hinder their ability to engage in education effectively. This paper examines the interplay of trauma-informed care with informal educational frameworks as a pathway to account for the distinctive needs of these vulnerable learners. **Results:** Trauma-informed education, which emphasizes safety, trust and emotional support, provides a framework to mitigate the impacts of trauma while fostering resilience and enhancing learning outcomes. Non-formal education settings often serve as primary educational spaces for refugees; however, they frequently lack the necessary resources and training to implement trauma-sensitive practices. The COPE project (Cooperation in Adult Education for Traumatized Learners), which is a European initiative funded under the Erasmus + program, responds to this gap by equipping educators and volunteers with the knowledge, tools and skillset to incorporate trauma-informed practices where applicable. Through developing pedagogical and psychological guidelines, situational simulation-based training and an e-learning platform, COPE aims to create an accessible, scalable model for supporting

^a tomislav.mestrovic@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3492-3837>

^b gbandov@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4644-4582>



trauma-affected learners in non-formal educational settings. **Conclusion:** Integrating trauma-informed care into informal learning environments not only addresses the educational needs of refugees, but also contributes to broader peacebuilding and social cohesion efforts that align with SDGs.

Keywords: Sustainable Development Goals (SDGs), COPE project, trauma-informed care, informal educational framework, education, refugees, displaced individuals, peacebuilding.

Quote: Tomislav Meštrović, Goran Bandov. The Interplay of Sustainable Development Goals on Education and Peace: Enhancing Trauma-Informed Approaches in Informal Learning Environments for Displaced and Vulnerable Populations. *Health Policy, Economics and Sociology*, 2024; 8 (2)

აბსტრაქტი

შესავალი: მდგრადი განვითარების მიზნები (Sustainable Development Goals - SDGs), განსაკუთრებით მიზანი 4 (ხარისხიანი განათლება) და მიზანი 16 (მშვიდობა, სამართლიანობა და ძლიერი ინსტიტუტები) ხაზს უსვამს ინკლუზიური და სამართლიანი განათლების სისტემების კრიტიკულ აუცილებლობას, რომლებიც ხელს უწყობენ მშვიდობასა და სამართლიანობას. გლობალური კონფლიქტების, ლტოლვილთა კრიზისებისა და იძულებითი გადაადგილების კონტექსტში, მნიშვნელოვანი გამოწვევა ჩნდება ტრავმით დაზარალებული პირების ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და საგანმანათლებლო შედეგების მხარდაჭერაში - განსაკუთრებით არაფორმალურ სასწავლო გარემოში. ლტოლვილები და იძულებით გადაადგილებული პირები ხშირად განიცდიან მძიმე ტრავმას, რამაც შეიძლება ხელი შეუშალოს მათ უნარს ეფექტური გზით მიიღონ განათლება. კვლევის მიზანია ტრავმაზე ინფორმირებული სამედიცინო მომსახურების ურთიერთკავშირის შესწავლა არაფორმალურ საგანმანათლებლო ჩარჩოებთან, როგორც გზა ამ დაუცველი მოსწავლეების გამორჩეული საჭიროებების გასათვალისწინებლად. **შედეგები:** ტრავმის შესახებ ინფორმირებული განათლება, რომელიც ხაზს უსვამს უსაფრთხოებას, ნდობასა და ემოციურ მხარდაჭერას, უზრუნველყოფს ჩარჩოს ტრავმის ზემოქმედების შესამცირებლად, ამავდროულად ხელს უწყობს მდგრადობას და აძლიერებს სწავლის შედეგებს. არაფორმალური განათლების დაწესებულებები ხშირად ემსახურება როგორც პირველადი საგანმანათლებლო სივრცეს ლტოლვილებისთვის; თუმცა, მათ ხშირად აკლიათ საჭირო რესურსები და ტრენინგი ტრავმისადმი მგრძობიარე პრაქტიკის განსახორციელებლად. COPE პროექტი (თანამშრომლობა ზრდასრულთა განათლებაში ტრავმირებული მოსწავლეებისთვის), რომელიც არის ევროპული ინიციატივა, დაფინანსებულია Erasmus+ პროგრამის ფარგლებში და ეხმარება ამ ხარვეზს მასწავლებლებისა და მოხალისეების ცოდნით, ინსტრუმენტებითა და უნარ-ჩვევებით აღჭურვილთ, რათა ჩატარდეს ტრავმის შესახებ ინფორმირებული პრაქტიკა, სადაც ეს შესაძლებელია. პედაგოგიური და ფსიქოლოგიური გაიდლაინების შემუშავების, სიტუაციური სიმულაციური ტრენინგის და ელექტრონული სწავლების პლატფორმის შემუშავების გზით, COPE მიზნად ისახავს შექმნას ხელმისაწვდომი, მასშტაბური მოდელი არაფორმალურ საგანმანათლებლო გარემოში ტრავმით დაზარალებული მოსწავლეების მხარდასაჭერად. **დასკვნა:** კვლევამ აჩვენა, რომ ტრავმის შესახებ ინფორმირებული ზრუნვის ინტეგრირება არაფორმალურ სასწავლო გარემოში არა მხოლოდ ასახავს ლტოლვილთა საგანმანათლებლო საჭიროებებს, არამედ ხელს უწყობს უფრო ფართო მშვიდობისა და სოციალური ინტეგრაციის მცდელობებს, რომლებიც შეესაბამება SDG-ს.

საკვანძო სიტყვები: მდგრადი განვითარების მიზნები (SDGs), COPE პროექტი, ტრავმის შესახებ ინფორმირებული ზრუნვა, არაფორმალური საგანმანათლებლო ჩარჩო, განათლება, ლტოლვილები, იძულებით გადაადგილებული პირები, მშვიდობის მშენებლობა.

ციტატა: ტომისლავ მეშტროვიჩი, გორან ბანდოვი. მდგრადი განვითარების მიზნების კავშირი განათლებასა და მშვიდობასთან: იძულებით გადაადგილებული და დაუცველი მოსახლეობის არაფორმალურ სასწავლო გარემოში ტრავმის შესახებ ინფორმირებული მიდგომების გაძლიერება. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2024; 8 (2)

Introduction

The Sustainable Development Goals (SDGs), particularly Goal 4 (Quality education) and Goal 16 (Peace, justice and strong institutions), form the cornerstone of global efforts to promote inclusive, equitable education systems and peaceful, just societies (Morton et al., 2017). At the heart of these goals lies the commitment to leave no one behind, particularly those most vulnerable to the impacts of global crises – including refugees, displaced populations and marginalized groups. As conflicts, displacement and forced migration continue to shape the global landscape, the dire necessity for educational frameworks that support these populations has become more urgent (Aber et al., 2021).

In recent years, the global refugee crisis has dramatically reshaped educational priorities, especially within Europe. The war in Ukraine, for example, has triggered the displacement of millions of people, leading to an unprecedented influx of refugees across Europe. Over 8 million people have been forced from their homes, many of whom now reside in countries that are unprepared to provide adequate mental health or educational support (Asanov et al., 2023). This situation, while emblematic of the Ukrainian crisis, reflects a broader global challenge: how to ensure access to quality education for individuals affected by trauma, displacement and conflict. The SDGs provide a valuable framework for addressing these challenges by emphasizing the need for inclusive education (SDG 4) and peaceful, just institutions (SDG 16) that support all learners, including those who are most at risk.

In formal education systems, trauma is often recognized as a critical factor that affects a student's capacity to learn (Frieze, 2015). However, for displaced populations, access to formal education can be limited by linguistic, cultural, or bureaucratic barriers. This is where non-formal learning environments – for example, community centres, refugee camps, volunteer-led classes and online platforms – play a pivotal role. These spaces offer greater flexibility and accessibility, although they often lack the structured curricula, resources and trained personnel found in formal education systems. This presents a unique challenge: how can non-formal educational environments, which are often under-resourced, deliver the necessary support to people who have lived through severe trauma?

Consequently, trauma-informed care arose as a salient blueprint in tackling this challenge. The thing is, trauma-informed approaches acknowledge the wide-reaching effects of trauma on learners' intellectual functions, emotional regulation and social behaviors, and emphasize the need for safe, supportive and predictable learning environments. Trauma-informed care is not simply about recognizing post-traumatic effects; it involves actively designing educational spaces that avoid re-traumatization, foster resilience, and also promote emotional healing (Maynard et al., 2019). This framework has gained recognition as an effective approach in formal education systems, particularly in settings that serve marginalized and at-risk students (Frieze, 2015; Maynard et al., 2019). However, its implementation in non-formal education remains limited, particularly in Europe, where educational responses to trauma are still developing.

The COPE project as a response to the growing crisis

The COPE (Cooperation in Adult Education for Traumatised Learners) project, funded by Erasmus+ (which is an EU programme in the fields of education, training, youth and sport) seeks to address the aforementioned gap. More specifically, it is an ERASMUS+ KA220-ADV- Cooperation Partnership in Adult Education, project number 2023-1-DE02-KA220-ADU-000155022. By focusing on non-formal education, the COPE project recognizes the critical role that these learning environments play in providing education to refugee and displaced populations. The project's core objective is to develop trauma-informed pedagogical and psychological guidelines that can be easily integrated into non-formal educational settings, empowering educators to better support their learners. COPE emphasizes the importance of equipping educators and volunteers with practical tools and strategies for recognizing trauma, managing trauma-related behaviours, and creating learning environments that are conducive to healing (<https://www.cope-project.org>).

The theoretical foundation for trauma-informed education draws heavily on research that highlights the need for a shift from traditional, therapy-based models of trauma treatment to more

holistic, community-based approaches. Studies have indicated that trauma-informed care can have profound implications for learners, improving their mental status, engagement and overall sense of safety in educational environments (Sweeney et al., 2016; Chopp et al., 2023). Trauma-informed practices prioritize relationships, trust-building and creating safe spaces – elements that are critical for learners who have experienced violence or loss. These practices stand in contrast to the medical model of trauma treatment, which often focuses on clinical interventions (Yadav et al., 2024). Instead, trauma-informed education underscores the need for educators to foster positive relationships with their learners and to adopt a strength-based approach that empowers learners to regain a sense of control and agency (Frieze, 2015; Maynard et al., 2019).

Moreover, we have to be aware of the importance of cultural sensitivity when we consider trauma-informed care. Trauma does not occur in isolation, but it is rather shaped by a learner's cultural, historical and gender contexts, which must be taken into consideration when crafting trauma-informed interventions (Bowen & Murshid, 2016; Becker-Blease, 2017). For displaced populations, and most notably refugees, the trauma of migration is often compounded by the challenges of navigating new cultural environments. Therefore, trauma-informed education must also address the unique cultural experiences of refugee learners, ensuring that interventions are responsive to their specific needs. Unfortunately, a myriad of studies on trauma-informed care focused predominantly on European American or White demographics, leaving gaps in the literature regarding the experiences of more diverse populations (Champine et al., 2019).

In this context, the COPE project aims to create a comprehensive, adaptable framework for trauma-informed education that can be applied across different non-formal settings in Europe (COPE, 2024). A key component of this effort is the creation of a situational simulation-based training format for educators and volunteers. This training allows educators to practice responding to trauma-related challenges in simulated learning environments, helping them develop the skills necessary to support their learners effectively. Additionally, COPE's e-learning platform aims to provide educators with easy access to training materials, case studies and infographics designed to improve their knowledge on trauma and how it impacts learning. By making these resources available online, COPE will ensure that educators in even the most remote or under-resourced environments can benefit from trauma-informed training.

Integrating trauma-informed practices into non-formal education is not only indispensable for supporting individual learners, but also for fostering peace and social cohesion in communities affected by displacement and conflict (Frieze, 2015; Infield & Boswell, 2020). COPE project recognizes that, and by creating safe, supportive educational environments, implemented trauma-informed practices help alleviate the effects of trauma on learners' social behaviours – not only by promoting positive interactions, but also by reducing the risk of conflict and violence within educational settings. This aligns directly with SDG 16, which accentuates the importance of inclusive institutions that promote peaceful and just societies.

Trauma and education: the role of non-formal learning spaces

Trauma, most notably in the context of refugees, manifests in various ways that directly affect educational engagement. Learners who have lived through trauma may have issues with memory, concentration and emotional regulation (Sep et al., 2023). These cognitive and psychological disruptions can gravely hinder their capability to participate fully in learning and other activities, whether in formal or non-formal settings (Becker-Blease, 2017; Sep et al., 2023). Refugees often arrive in host countries with varying levels of educational attainment, and many have experienced interruptions in their schooling due to conflict and displacement. This creates additional barriers to re-engaging with education, as trauma often exacerbates feelings of inadequacy, frustration and disengagement.

Moreover, trauma affects not only the academic performance of learners but also their ability to form social connections and trust in their educators and peers (Sep et al., 2023). The psychological effects of trauma (e.g., hypervigilance, emotional withdrawal and trust issues) can create significant barriers to participation in educational activities. In formal education systems, there are often established

mechanisms for addressing these challenges; salient examples are access to school counselors, specialized support services, as well as structured curricula that provide a sense of routine and/or stability (Maynard et al., 2019). However, in non-formal learning environments, these supports are often lacking, leaving educators and volunteers to manage complex emotional and psychological needs without adequate training and/or resources.

Non-formal education spaces have a crucial part in filling the educational gaps for refugees and displaced individuals, and their importance was already established in children from the vantage point of developmental psychology (Pesch et al., 2024). These spaces – which include sport venues, community-based education programs, informal language classes, vocational training centers and online education platforms – offer flexibility and accessibility that is often unattainable in formal education settings. For many refugees, especially those who have just reached a host country or who are residing in temporary accommodations such as refugee camps, non-formal education can be viewed as an immediate and actually more practical solution to their educational needs.

One of the key advantages of non-formal education is its adaptability (Pesch et al., 2024; Morris et al., 2024). Unlike formal education systems, which are often rigid in their curricula and administrative structures, non-formal education programs can be tailored to the specific needs of learners, particularly those dealing with the consequences of trauma. This flexibility allows educators and volunteers to adjust their teaching methods and content to better accommodate the cognitive and emotional challenges that trauma presents (Halligan, 2017). For example, in many non-formal education settings, educators can implement shorter, more focused lessons that cater to learners with limited attention spans or incorporate creative and therapeutic activities, such as art or music, which have been shown to support emotional expression and healing in trauma-affected individuals.

However, non-formal education spaces are often under-resourced, with heavy reliance on volunteers and educators who may lack formal preparation in trauma-informed practices. Trauma-informed education prioritizes building a safe, supportive and foreseeable environment for learners, recognizing the influence of trauma on behaviour and learning capacity. Furthermore, it aims to reduce re-traumatization, promote emotional and psychological healing, but also to foster resilience. The introduction of trauma-informed frameworks in non-formal settings can improve learning outcomes. It can also support the psychological recovery of trauma-affected learners.

What does the literature say regarding trauma-informed methodology?

The pervasive theme in literature tackling trauma-informed approaches is an emphasis on the transformative potential of these practices. This is particularly reflected when complex needs of individuals with trauma are addressed, which includes refugees and displaced individuals. A fundamental principle of trauma-informed care is the recognition that services and systems (including educational institutions) can sometimes re-traumatize individuals if not handled sensitively. This acknowledgment is crucial, particularly for refugees and displaced persons, as they may have already experienced heightened anxiety, fear and insecurity due to their past experiences. According to Infield and Boswell (2020), systems and services must be designed with trauma in mind to avoid exacerbating the stress and vulnerability of trauma-affected individuals. Trauma-informed approaches, therefore, involve actively working to prevent re-traumatization by creating environments where learners feel not only safe but also adequately respected and supported.

The literature also underscores the significance of relationships in trauma-informed education. Positive relationships with educators and peers can serve as protective factors for trauma-affected individuals, helping to buffer the effects of trauma and promote emotional and psychological healing (Sweeney et al., 2018). Educators are crucial players in this process, as they build trust and provide regular support (Sweeney et al., 2018). In non-formal education settings, where structured curricula and formal support systems may be lacking, the role of the educator as a stabilizing force becomes even more important.

As mentioned previously, a plethora of studies on trauma-informed practices have predominantly focused on European American or White populations, leaving significant gaps in understanding how

these approaches apply to more diverse groups (Champine et al., 2019). This gap is extremely concerning in the context of refugee education, where learners come from a wide range of cultural backgrounds and may have experienced trauma in vastly different ways. McCarthy et al. (2020) argue that the lack of evidence on trauma-informed practices in diverse populations underscores the need for more inclusive, context-specific approaches that account for the complexities of culture, history and identity.

In the literature, there is still an ongoing debate about the terminology used in trauma care. While “trauma-informed” has become a widely accepted term, some studies and organizations prefer the term “trauma-aware”, reflecting, in turn, a distinction in the degree to which organizations and individuals incorporate trauma into their practices (Gerber, 2019). “Trauma-aware” organizations are those that identify the impact of trauma, but may not yet have completely incorporated trauma-informed, evidence-based practices into their policies and procedures. This distinction is important because it highlights the continuum of trauma sensitivity, where organizations may begin by becoming trauma-aware and then gradually move towards more comprehensive trauma-informed practices (Gerber, 2019). The latter stage involves raising awareness about the frequency/impact of trauma and laying the groundwork for deeper organizational change. In educational settings, being trauma-aware means that educators and administrators understand that trauma affects many learners and that their behavior may be a response to past experiences (Gerber, 2019). Nevertheless, moving from awareness to fully implemented trauma-informed practices requires a significant investment in training and policy development, with continuous support.

One of the challenges identified is the difficulty of measuring the effectiveness of trauma-informed practices, particularly in non-formal education settings. The TICOMETER, a psychometrically validated tool, has been developed to assess the degree of trauma-informedness within organizations (Bassuk et al., 2017; Burge et al., 2021). This tool evaluates trauma-informed care across five domains: 1) building trauma-informed knowledge and skills, 2) establishing trusting relationships, 3) respecting service users, 4) fostering trauma-informed service delivery, and 5) promoting trauma-informed policies and procedures.

The TICOMETER was intended to help organizations assess their advancement in implementing trauma-informed care and identify areas for improvement (Bassuk et al., 2017; Burge et al., 2021). In educational settings, this tool can be particularly useful for assessing how well trauma-informed principles are being integrated into teaching practices, classroom management and overall institutional culture. By providing a structured framework for evaluation, the TICOMETER helps educators and administrators measure the full effect of their trauma-informed interventions. It is also useful for making data-driven decisions about how to improve their practices (Bassuk et al., 2017; Burge et al., 2021).

Numerous studies have verified manifold positive impacts of trauma-informed interventions on both individuals and organizations. For trauma-affected individuals, these interventions can improve mental health outcomes (with improved emotional regulation) and reduce symptoms linked to post-traumatic stress disorder (or PTSD) (Han, 2021). Trauma-informed approaches have also been associated with increased engagement in educational settings, as learners feel safer and more supported, which in turn facilitates better learning outcomes (Prestidge, 2014; Cordis Bright, 2017). Research has revealed that trauma-informed care can lead to better service utilization, improved adherence to interventions, as well as enhanced relationships between learners and educators (Prestidge, 2014).

Moreover, trauma-informed approaches have been found to have an advantage not only for the individuals receiving care, but also for the organizations implementing these practices (Purtle, 2020). When educational institutions are concerned, trauma-informed practices can contribute to a more positive organizational culture with less burnout and improved cohesion among educators and/or administrators. The literature also suggests that trauma-informed care can augment the overall efficiency of educational programs, especially for learners with complex needs (and refugees can be seen as having such needs) (Cordis Bright, 2017; Purtle, 2020).

Trauma-informed practices and peacebuilding

Trauma-informed education not only addresses the extant psychological and emotional requirements of individual learners, but also plays a significant role in broader peacebuilding efforts (Hertog, 2017; Jeffery, 2023). When educational environments prioritize trauma-sensitive approaches, they contribute to the development of peaceful and resilient communities by helping individuals process their trauma in a supportive setting (Jeffery, 2023). Learners who feel safe and understood usually engage positively with their peers and build trusting relationships. They are also more likely to contribute to a cooperative and harmonious social environment. This is especially important in post-conflict societies or in communities affected by ongoing migration and displacement, where the risk of social fragmentation and tension is rather high (United Nations, 2020).

Consequently, trauma-informed practices emphasize the significance of generating emotionally safe spaces that promote resilience and healing (Jeffery, 2023). By knowing the extensive impact of trauma on individuals and actively working to prevent re-traumatization, educators can foster a sense of security and stability for learners. This aids in reducing the potential for violence and conflict within educational settings, which can spill over into broader community interactions. In this way, trauma-informed education serves as a foundational tool for promoting social cohesion and mutual understanding/tolerance, which are essential for sustainable peacebuilding (Shank & Schirich, 2008)

The COPE project's focus on adult learners – particularly refugees and displaced individuals – directly aligns with the abovementioned peacebuilding goals. Many refugees have experienced severe trauma due to conflict, persecution, or violence, so their ability to integrate into new communities is often hampered by unresolved psychological and/or emotional wounds. By equipping educators with the tools to provide trauma-sensitive education, COPE supports the social and emotional recovery of these learners by helping them rebuild their lives and contribute positively to their new communities. This, in turn, fosters greater social cohesion, reduces the risk of re-traumatization, and also enhances the general resilience of both individuals and the communities in which they reside. Adult education, especially for marginalized groups like refugees, can indeed serve as a powerful tool for fostering civic engagement and supporting peaceful, democratic transitions in post-conflict societies.

Challenges and opportunities in trauma-informed care implementation

While trauma-informed care is gaining recognition as a vital basis for supporting trauma-affected individuals, its implementation in informal educational settings faces several challenges and hurdles. The literature highlights the absence of established standards for trauma-informed training content, which hinders consistency across interventions (Bendall et al., 2021). Additionally, resistance to change, particularly among staff who are uncomfortable confronting systemic issues within their organizations, remains a significant barrier (Sweeney et al., 2016; Wilton & Williams, 2019).

Hence, despite its growing recognition, fully implementing trauma-informed care in non-formal education is still in its infancy, thus significant challenges remain. The lack of resources and infrastructure in many non-formal education spaces means that even when trauma-informed practices are introduced, they are often inconsistently applied (Tompkins & Neale, 2018). To address these challenges, COPE emphasizes the need for a multi-faceted approach that includes training, resource development and awareness-raising campaigns (COPE, 2024). Through this holistic approach, the project aims to not only provide educators much needed tools for supporting their learners, but also to foster a broader cultural shift towards trauma-informed care in non-formal education.

And notwithstanding these challenges, the flexibility of non-formal education indeed presents opportunities for innovative, context-sensitive trauma-informed practices. Educators in informal settings can adapt their teaching to meet the specific needs of their learners, utilizing tools like the already mentioned TICOMETER, a validated instrument that is used in service delivery for assessing trauma-informedness (Bassuk et al., 2017; Burge et al., 2021). Moreover, the effectiveness of trauma-informed interventions in improving mental health outcomes, such as reductions in PTSD symptoms, anxiety and depression are well documented (Han, 2021).

Conclusion

The world is facing a fragile and uncertain situation, which is a reality that cannot be ignored. With trauma-informed education, we can see the potential to transform non-formal learning environments into spaces of healing, resilience and empowerment – something we desperately need during these tumultuous times. As conflicts and displacement continue to affect millions globally, investing in trauma-informed practices is not merely a moral imperative, but a strategic necessity. These practices can help build more cohesive, more peaceful communities, where individuals affected by trauma are empowered to overcome their past and contribute to a more stable and just future. As projects like COPE demonstrate, with the right tools, training and support, trauma-informed education can be a powerful force for social change and peacebuilding. The COPE project, therefore, offers a model for how trauma-sensitive education can be implemented in non-formal settings – equipping educators with the skills to support their learners and contribute to broader peacebuilding efforts.

As conflicts and displacement continue to shape the global landscape, the need for trauma-informed education will only grow. A recommendation for policymakers and institutions is to develop clearer standards and guidelines for trauma-informed education in non-formal settings; at the moment, the absence of established benchmarks makes it difficult to measure the effectiveness of these practices and ensure their consistent application across different contexts. Standardizing training requirements, creating certification pathways for educators, and investing in monitoring tools can help ensure that trauma-informed approaches are implemented effectively and in a sustainable manner. Finally, by putting the learners' well-being and mental health first (e.g., through partnerships with mental health professionals and community organizations), educational systems can play a critical part in fostering resilience and contributing to a more peaceful and inclusive world aligned with the ambitious vision of SDGs.

References

- Aber, J. L., Tubbs Dolan, C., Kim, H. Y., & Brown, L. (2021). Children's learning and development in conflict- and crisis-affected countries: Building a science for action. *Development and Psychopathology*, 33(2), 506-521. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001789>
- Asanov, A. M., Asanov, I., & Buenstorf, G. (2023). Mental health and stress level of Ukrainians seeking psychological help online. *Heliyon*, 9(11), e21933. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21933>
- Bassuk, E. L., Unick, G. J., Paquette, K., & Richard, M. K. (2017). Developing an instrument to measure organizational trauma-informed care in human services: The TICOMETER. *Psychology of Violence*, 7(1), 150-157. <https://doi.org/10.1037/vio0000030>
- Becker-Blease, K. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 131. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1251995>
- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, J., Bailey, A. P., & Lofthouse, R. (2021). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment*, 26(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/10775595211013892>
- Bowen, E. A., & Murshid, N. S. (2016). Trauma-informed social policy: A conceptual framework for policy analysis and advocacy. *American Journal of Public Health*, 106(2), 223-229. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302970>
- Burge, R., Tickle, A., & Moghaddam, N. (2021). Evaluating trauma-informed care training for services supporting individuals experiencing homelessness and multiple disadvantage. *Housing, Care and Support*, 24(1), 14-25. <https://doi.org/10.1108/HCS-11-2020-0021>
- Champine, R. B., Matlin, S., Strambler, M. J., Romanelli, M., & Tebes, J. K. (2019). Systems measures of a trauma-informed approach: A systematic review. *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 418-437. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12372>

- Chopp, S., Topitzes, D., & Mersky, J. (2023). Trauma-responsive vocational rehabilitation services. *Behavioral Sciences*, 13(6), 511. <https://doi.org/10.3390/bs13060511>
- COPE Project. (n.d.). Available at: <https://www.cope-project.org/>
- Cordis Bright (2017). Evaluation of the enhanced case management approach: Final report. Cardiff: Welsh Government.
- Frieze, S. (2015). How trauma affects student learning and behaviour. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, 7(2), 34-40.
- Gerber, M. R. (2019). *Trauma-informed healthcare approaches: A guide for primary care*. Switzerland: Springer.
- Halligan, S. (2017). How can informal support impact child PTSD symptoms following a psychological trauma? *Emergency Medicine Journal*, 34, A894. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2017-207308.50>
- Han, M., Miller, S. C., & Shoffstall, M. (2021). Trauma-informed interventions: A systematic review. *PLOS ONE*, 16(8), e0255739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255739>
- Hertog, K. (2017). The intrinsic interlinkage between peacebuilding and mental health and psychosocial support: The international association for human values model of integrated psychosocial peacebuilding. *Intervention*, 15(3), 278-292. <https://doi.org/10.1097/WTF.000000000000164>
- Infield, M., & Boswell, K. (2020). Trauma-informed approaches: What they are and how to introduce them. *New Philanthropy Capital*.
- Jeffery, R. (2023). Addressing psychosocial trauma in post-conflict peacebuilding: Emotions in narrative and arts-based approaches. *Cooperation and Conflict*, 59(2). <https://doi.org/10.1177/00108367231184721>
- Maynard, B. R., Farina, A., Dell, N. A., & Kelly, M. S. (2019). Effects of trauma-informed approaches in schools: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 15(1-2), e1018. <https://doi.org/10.1002/cl2.1018>
- McCarthy, L., Parr, S., Green, S., & Reeve, K. (2020). Understanding models of support for people facing multiple disadvantage: A literature review. *Centre for Regional Economic and Social Research – Sheffield Hallam University*.
- Morris, B., Hassinger-Das, B., DeWitt, J., & Todaro, R. (2024). Editorial: Informal STEM learning at home and in community spaces. *Frontiers in Psychology*, 15, 1383075. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1383075>
- Morton, S., Pencheon, D., & Squires, N. (2017). Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation: A national global framework for health, development and equity needs a systems approach at every level. *British Medical Bulletin*, 124(1), 81-90. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx031>
- Pesch, A., Fletcher, K. K., Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2024). Evidence-based meets community-centred: A new approach to creating informal learning opportunities for children. *British Journal of Developmental Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12511>
- Prestidge, J. (2014). Using trauma-informed care to provide therapeutic support to homeless people with complex needs: A transatlantic search for an approach to engage the “non-engaging”. *Housing, Care and Support*, 17(4), 208-214. <https://doi.org/10.1108/HCS-06-2014-0019>
- Purtele, J. (2020). Systematic review of evaluations of trauma-informed organizational interventions that include staff trainings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 725-740. <https://doi.org/10.1177/1524838018791304>
- Sep, M. S. C., Geuze, E., & Joëls, M. (2023). Impaired learning, memory, and extinction in posttraumatic stress disorder: Translational meta-analysis of clinical and preclinical studies. *Translational Psychiatry*, 13(1), 376. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02660-7>
- Shank, M., & Schirch, L. (2008). Strategic arts-based peacebuilding. *Peace & Change*, 33(2), 217-242. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0130.2008.00490.x>

Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174-192. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>

Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319-333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>

Tompkins, C., & Neale, J. (2018). Delivering trauma-informed treatment in a women-only residential rehabilitation service: Qualitative study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(1), 47-55. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1285292>

United Nations. (2020). Peacebuilding and sustaining peace: Report of the Secretary-General. *A/74/976-S/2020/773*.

https://www.un.org/peacebuilding/sites/www.un.org.peacebuilding/files/documents/sg_report_on_peacebuilding_and_sustaining_peace.a.74.976-s.2020.773.200904.e_4.pdf

Wilton, J., & Williams, A. (2019). Engaging with complexity: Providing effective trauma-informed care for women. *Centre for Mental Health and Mental Health Foundation*. https://www.centreformentalhealth.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/CentreforMH_EngagingWithComplexity.pdf

Yadav, G., McNamara, S., & Gunturu, S. (2024). Trauma-informed therapy. In *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.



რიკეტსიების გავრცელება და სახეობრივი მრავალფეროვნება საქართველოს ტერიტორიაზე მოპოვებულ ტკიპებში

Distribution and species diversity of rickettsiae in ticks collected in Georgia

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.06>

ნინო ბერიშვილი^{1,2a}, შოთა ცანავა^{1,2b}, გიორგი ჩახუნაშვილი^{2c}, ეკატერინე ხმალაძე^{2d}, როენა სუხიაშვილი^{2e}, ეკატერინე ჟღენტი^{2f}

Nino Berishvili^{1,2a}, Shota Tsanava^{1,2b}, Giorgi Chakhunashvili^{2c}, Ekaterine Khmaladze^{2d}, Roena Sukhiashvili^{2e}, Ekaterine Zhgenti^{2f}

¹ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, საქართველო.

¹ National Center for Disease Control and Public Health, Tbilisi, Georgia.

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

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

აბსტრაქტი

შესავალი: რიკეტსიოზური დაავადებები, რომლებიც გამოწვეულია Rickettsia-ს გვარის ობლიგატური შიდაუჯრედული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებით, წარმოადგენენ მნიშვნელოვან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემას, მათი პოტენციური მძიმე ავადობისა და სიკვდილიანობის გამო. კვლევის მიზანი იყო საქართველოს სხვადასხვა რეგიონიდან მოპოვებულ ტკიპებში Rickettsia spp.-ის გავრცელებისა და სახეობათა მრავალფეროვნების განსაზღვრა, რაც გააუმჯობესებს ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს და ხელს შეუწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტრატეგიების შემუშავებას. **მეთოდები:** 2020 წლიდან 2022 წლამდე, 699 შერეული ტკიპების ნიმუში შეგროვდა კახეთის, შიდა ქართლის, სამეგრელოსა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონებიდან. ნიმუშები ჰომოგენიზებული იყო, შენახული -80°C ტემპერატურაზე და დამუშავდა Qiagen-ისა და MagMAX™ CORE Nucleic Acid Purification-ის კომპლექტებით, დნმ-ის ელსტრატეგისთვის. Rickettsia-ს გვარზე სპეციფიკური 17-kD გენის სამიზნე რაოდენობრივი PCR (qPCR) გამოყენებულ იქნა Rickettsia-ს სკრინინგისთვის. დადებითი ნიმუშები შემდგომი ანალიზისთვის გაიზავნა სახეობაზე სპეციფიკური qPCR ტესტირებისკენ, რათა გამოვლენილიყო R. raoultii, R. slovaca, R. aeschlimannii და R. monacensis სახეობები. **შედეგები:** 699 ნიმუშიდან 160-ში (22.9%) დაფიქსირდა Rickettsia-ს დნმ. ორი ნიმუში

^a n.berishvili@ncdc.ge <https://orcid.org/0009-0008-5915-9741> (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)

^b sh.tsanava@ncdc.ge <https://orcid.org/0009-0007-0886-9447>

^c g.chakhunashvili@ncdc.ge <https://orcid.org/0009-0004-4083-7160>

^d e.khmaladze@ncdc.ge <https://orcid.org/0000-0002-2541-4897>

^e r.sukhiashvili@ncdc.ge <https://orcid.org/0009-0004-3256-8060>

^f eka_zh@ncdc.ge <https://orcid.org/0000-0003-1297-1405>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc BY-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

გამორიცხა სახეობაზე სპეციფიკური ანალიზიდან სუსტი დადებითობის გამო. გამოვლენილი სახეობები იყო: *R. raoultii* (3.2%), *R. slovacica* (11.4%), *R. aeschlimannii* (39.2%) და *R. monacensis* (10.8%). მრავალსახეობიანი კო-ინფექცია გამოვლინდა დადებითი ნიმუშების 10.01%-ში, ხოლო 39 ნიმუშში ვერ დაფიქსირდა რომელიმე სამიზნე სახეობა. **დასკვნა:** კვლევის შედეგად დადგინდა/დადასტურდა რიკეტსიების მრავალფეროვნება საქართველოს ტკიპებში და *R. monacensis*-ის უწყვეტ გავრცელებას. ეს მიგნებები ხაზს უსვამს გაძლიერებული ზედამხედველობისა და სწრაფი რეაგირების სტრატეგიების აუცილებლობას, რათა შემცირდეს რიკეტსიულ დაავადებებთან დაკავშირებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რისკები. აუცილებელია მონიტორინგისა და კონტროლის ზომების გაძლიერება, რაც საშუალებას მისცემს საფრთხეების ეფექტურ გამკლავებას და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფას.

საკვანძო სიტყვები: რიკეტსია, ტკიპით გადაცემადი დაავადება, პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია, ეპიდემიოლოგია, საქართველო.

ციტატა: ნინო ბერიშვილი, შოთა ტანავა, გიორგი ჩახუნაშვილი, ეკატერინე ხმალაძე, როენა სუხიაშვილი, ეკატერინე ჟღენტი. რიკეტსიების გავრცელება და სახეობრივი მრავალფეროვნება საქართველოს ტერიტორიაზე მოპოვებულ ტკიპებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.06>

Abstract

Introduction: Rickettsial diseases, caused by obligate intracellular Gram-negative bacteria of the genus *Rickettsia*, are a significant public health concern due to their potential for severe morbidity and mortality. This study aimed to determine the prevalence and species distribution of *Rickettsia* spp. in tick populations from various regions of Georgia, providing critical updates to epidemiological data and informing public health strategies. **Methods:** From 2020 to 2022, 699 pooled tick samples were collected from the Kakheti, Shida Kartli, Samegrelo, and Mtskheta-Mtianeti regions. The samples were homogenised, stored at -80°C , and processed using QiaGen and MagMAX™ CORE Nucleic Acid Purification Kits for DNA extraction. Quantitative PCR (qPCR) targeting the genus-specific 17-kD gene was employed to screen for *Rickettsia*. Positive samples underwent further analysis with species-specific qPCR assays to identify *R. raoultii*, *R. slovacica*, *R. aeschlimannii*, and *R. monacensis*. **Results:** Among the 699 samples, 160 tested positive for *Rickettsia* DNA. Two samples were excluded from species-specific analysis due to weak positivity. Detected species included *R. raoultii* (3.2%), *R. slovacica* (11.4%), *R. aeschlimannii* (39.2%), and *R. monacensis* (10.8%). Co-infection with multiple species was observed in 10.01% of positive samples, with 39 samples not containing any of the targeted species. **Conclusion:** The study highlights the diverse presence of rickettsial pathogens in Georgian ticks and confirms the ongoing prevalence of *R. monacensis*. These findings underscore the urgent need for enhanced surveillance and rapid response strategies to mitigate the public health risks associated with rickettsial diseases. Strengthening monitoring and control measures will be crucial in addressing these health threats effectively.

Keywords: *Rickettsia*, Tick-Borne Diseases, Polymerase Chain Reaction (PCR), Epidemiology, Georgia.

Quote: Nino Berishvili, Shota Tsanava, Giorgi Chakhunashvili, Ekaterine Khmaladze, Roena Sukhiashvili, Ekaterine Zhgenti. Distribution and species diversity of rickettsiae in ticks collected in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.06>

შესავალი

Rickettsia-ს გვარში შემავალი ორგანიზმები არიან ობლიგატური შიდაუჯრედული ბაქტერიები, რომლებიც იწვევენ რიკეტსიოზულ დაავადებებს (Helminiak, 2022), (Azad, 1998). ეს გრამ-უარყოფითი, ჩხირის ფორმის ბაქტერიები (Diop, 2018) მიეკუთვნებიან ვექტორებით გადაცემადი პათოგენების ჯგუფს, რომლებსაც შეუძლიათ მთელი მსოფლიოს მასშტაბით მწვავე და ხანგრძლივი დაავადებების გამოწვევა (Moreira, 2018). რიკეტსიები გამოწვევის მიხედვით კლასიფიცირდება რამდენიმე კატეგორიაში: ტიფი, ლაქოვანი ცხელება, გარდამავალი და წინაპრული ჯგუფები (Dehhaghi, 2019). თავისი ბიოლოგიური მახასიათებლების გამო, როგორცაა მცირე ზომა, ინფიცირებულ მასპინძლებში გამძლეობა, გარემოში სტაბილურობა, აეროზოლის გადაცემის უნარი, დაბალი ინფექციური დოზა, მაღალი ავადობა და სიკვდილიანობა, Rickettsia ადრე განიხილებოდა, როგორც ბიოლოგიური იარაღის პოტენციური წყარო (Azad, 2007). გარდა ამისა, კლიმატის ცვლილებებმა ხელი შეუწყო რამდენიმე ტკიპის სახეობის გავრცელებას, რამაც გამოიწვია ტკიპებით გადაცემული რიკეტსიოზების სიხშირის ზრდა მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში (Piotrowski, 2020).

რიკეტსიული ინფექციების კლინიკური გამოვლინებები ხშირად ერთმანეთს ჰგავს, თუმცა მათი ეპიდემიოლოგია და გამომწვევი სახეობები რეგიონების მიხედვით შეიძლება განსხვავდებოდეს. ამ პათოგენებთან დაკავშირებული მაღალი ავადობა და სიკვდილიანობა ხაზს უსვამს საჭიროებას ზუსტად იდენტიფიცირდეს თითოეული რეგიონის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები და ამ ინფექციებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები. ეს პროცესი კრიტიკულია დაავადების დროული დიაგნოსტიკისა და შესაბამისი მკურნალობის დანიშნისთვის და გადამწყვეტია მისი ეფექტური მართვისთვის [8].

ამ ინფექციების კლინიკური სპექტრი მერყეობს მსუბუქი შემთხვევებიდან მძიმე შემთხვევებამდე და ზოგჯერ შეიძლება ლეტალობით დასრულდეს (Parola, 2013), (Cohen, 2021). კლინიკურ შედეგებზე გავლენას ახდენს ასაკი, დიაგნოზის დასმის დროულობა და მკურნალობა (Biggs, 2016). რიკეტსიულმა ინფექციებმა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლძარღვების დაზიანება და ანთება (Walker, 1988), ნერვული სიმპტომები (Biggs, 2016), სეფსისი (Sekeyova, 2019), ინტერსტიციალური პნევმონია და მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (Tran, 2019), ორგანოთა უკმარისობა (Cracco, 2000), და მძიმე შემთხვევებში შესაძლოა განვითარდეს ფართო ნეკროზი და კიდურების განგრენა, რაც ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს (Kirkland, 1993). ყველა ცნობილი რიკეტსიული სახეობა, რომელიც იწვევს ადამიანის დაავადებებს, დამოკიდებულია ართროპოდ ვექტორებზე, როგორცაა ტკიპები, რწყილები და ტილები (Adem, 2019).

ადამიანები რიკეტსიული ინფექციების შემთხვევითი მასპინძლები არიან და ჩვეულებრივ არ მონაწილეობენ ამ ინფექციების გავრცელებაში. ამის ნაცვლად, რიკეტსიები ინარჩუნებენ თავს მღრღნელების და მსგავსი მასპინძლების, მათი ართროპოდ ვექტორების მეშვეობით (Helminiak, 2022). ადამიანი ინფიცირდება მაშინ, როდესაც მას უკბენს ინფიცირებული ართროპოდ ვექტორი, ან როდესაც ინფიცირებული სეკრეტები ართროპოდიდან ხვდება დაზიანებულ კანზე ან ლორწოვან გარსებზე (Helminiak, 2022), (Adem, 2019).

საქართველოში რიკეტსიოზები ძირითადად ტკიპებით გადაეცემა, თუმცა ამ თემაზე ინფორმაცია ჯერ კიდევ შეზღუდულია (Sukhiashvili, 2020). 2014 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ Rickettsia აღმოჩენილი იყო საქართველოს ყველა შესწავლილ რეგიონში, სადაც ნიმუშების 33%-ში დადებითი შედეგი დაფიქსირდა (Zhgenti, 2014). უფრო ახალმა კვლევამ, რომელიც ჩატარდა 2012-2016 წლებში, საქართველოს რვა რეგიონში გამოავლინა Rickettsia-ს ცხრა სახეობა თორმეტი ტკიპის სახეობიდან და გამოვლინდა ექვსი ახალი ენდემური რეგიონი, რაც უფრო ღრმა კვლევების საჭიროებას გვამცნობს (Sukhiashvili, 2020).

კვლევის მიზანია საქართველოს სხვადასხვა რეგიონიდან მოპოვებულ ტკიპებში Rickettsia spp.-ის გავრცელებისა და სახეობათა დისტრიბუციის განსაზღვრა მოლეკულური მეთოდების გამოყენებით, რათა განახლდეს ეპიდემიოლოგიური მონაცემები. მიღებული

შედეგები ხელს შეუწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტრატეგიების ჩამოყალიბებას, რომელიც მიმართული იქნება რიკეტსიული დაავადებების რისკების შემცირებაზე.

მეთოდოლოგია

ნიმუშები შეგროვდა საქართველოს ოთხ რეგიონში. ტკიპების გაერთიანება ერთ ნიმუშად მოხდა ტკიპის სახეობების და შეგროვების ადგილის მიხედვით. ტკიპების გაერთიანებული ნიმუშები (pooled sample), დამუშავდა ჰომოგენიზატორით (Biospec Products Inc., Bartlesville, OK, USA), და ისინი შენახული იქნა -80°C ტემპერატურაზე DNA-ის გამოყოფამდე.

DNA-ის გამოყოფა

DNA-ის გამოყოფა განხორციელდა 200 μl ტკიპების სუბსტანციიდან Qiagen DNA ნაკრებისა და MagMAX™ CORE ნუკლეინის მჟავების სუფთა ნაკრების (Applied Biosystems™ by Thermo Fischer Scientific, USA) გამოყენებით, მწარმოებლების მითითების შესაბამისად, KingFisher Flex ავტომატური გამოხდის ხელსაწყო საშუალებით. DNA შენახული იქნა -20°C -ზე პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის პროცესამდე.

პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის დაწყებამდე, DNA-ის კონცენტრაცია და ხარისხი შემოწმდა NanoDrop™ 2000 Spectrophotometers-ის (Thermo Fischer Scientific) მიერ.

პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია

Rickettsia-ს გვარის სპეციფიური qPCR ტესტი, Rick17 kD, რომელიც მიზნად ისახავს გგვარის-სპეციფიური 17-kD გენისთვის, გამოყენებული იქნა ტკიპების ნუკლეინის მჟავების ტესტირებისთვის. PCR ჩატარებული იქნა საბოლოო რეაქციის მოცულობით 20 μl , რომელიც შეიცავდა შემდეგ კომპონენტებს: 10 μM თითოეული პრაიმერი, 0.4 μl პრობი (10 μM), 0.2 μl Platinum Taq DNA პოლიმერაზა, 0.5 μl dNTP (10 μM), 9.9 μl H₂O, 2 μl Idaho Buffer (50 mM Tris pH 8.3; 25 mg/ml BSA, Idaho Technology, Inc.) და 5 μl DNA.

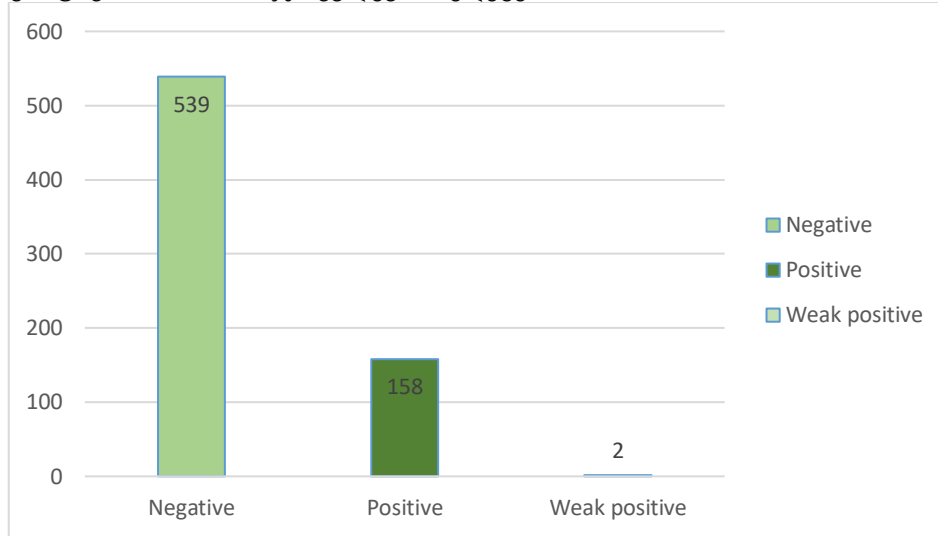
PCR ჩატარდა Biorad CFX96™ რეალურ დროში PCR სისტემაზე შემდეგი პირობების შესაბამისად: დენატურაცია 95°C -ზე 5 წუთის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ 45 ციკლი: დენატურაცია 95°C -ზე 10 წამი და ანელინგი 60°C -ზე 35 წამი.

17kD დადებითი ნიმუშები შემდგომ შეფასდა სახეობაზე სპეციფიური qPCR ტესტებით R. raoultii (Rraoul), R. slovac (Rslov), R. aeschlimannii (Raesch) და R. monacensis. ნიმუშები, რომელთა Ct მნიშვნელობა <32 იყო Rick17b ტესტში, განიხილება როგორც სუსტად დადებითი და ვერ იქნებიან გამოყენებული შემდგომი ანალიზისთვის გენომური მასალის არასაკმარისი რაოდენობის გამო.

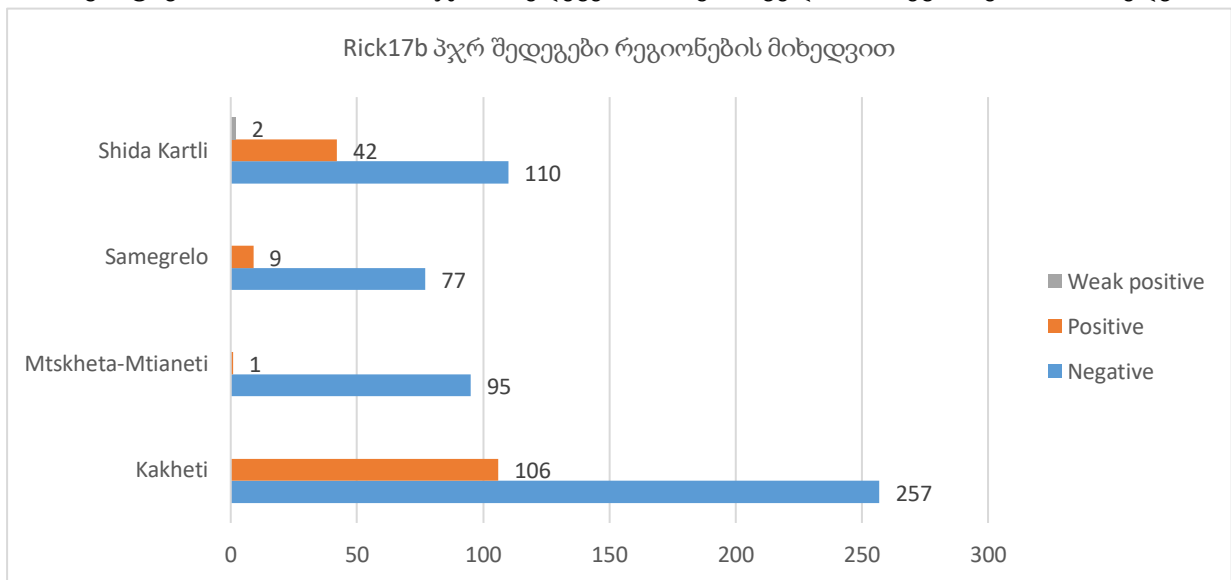
შედეგები

საქართველოში ოთხი რეგიონისგან (კახეთი, შიდა ქართლი, სამეგრელო და მცხეთა-მთიანეთი) შეგროვდა 699 შერეული ტკიპის ნიმუში: კახეთი, შიდა ქართლი, სამეგრელო და მცხეთა-მთიანეთი. Rickettsia spp.-ის შესამოწმებლად გამოყენებული იქნა გვარზე სპეციფიური qPCR ტესტი (Rick17b). 699 ნიმუშიდან 158 დადებითად გამოვლინდა Rickettsia-ული დნმ (გრაფიკი 1 და 2). იმ ნიმუშებს, რომელთა Ct მნიშვნელობა 32-ზე მეტია, მიენიჭა სუსტი დადებითი შეფასება და მათი გამოკვლევა ვეღარ გაგრძელდა გენომური მასალის არასაკმარისი რაოდენობის გამო. დადასტურებული Rickettsia ნიმუშების სახეობათა განაწილება, კატეგორიზირებული რეგიონების მიხედვით, დეტალურადაა აღწერილი ცხრილში 1.

გრაფიკი 1: Rick17b პჯრ კვლევის შედეგები



გრაფიკი 2: Rick17b პჯრ შედეგები საქართველოს რეგიონების მიხედვით



ცხრილი 1: *Rickettsia* ნიმუშების სახეობათა განაწილება რეგიონების მიხედვით.

Count of species-specific qPCR result (R.Slovakia)	Column Labels	Negative	Positive	(blank)	Grand Total	Count of species-specific qPCR result (R.raoultii)	Column Labels	Negative	Positive	(blank)	Grand Total
⊞ Kakheti		78	28		106	⊞ Kakheti		86	20		106
-		31			31	-		31			31
D.marginatus		42	24		66	D.marginatus		50	16		66
H.marginatum		3	3		6	H.marginatum		3	3		6
H.punctata						H.punctata					
Haemaphysalis parva						Haemaphysalis parva					
I.ricinus		1	1		2	I.ricinus		1	1		2
R.annulatus		1			1	R.annulatus		1			1
(blank)						(blank)					
⊞ Mtskheta-Mtianeti		1			1	⊞ Mtskheta-Mtianeti		1			1
H.marginatum		1			1	H.marginatum		1			1
I.ricinus						I.ricinus					
R.annulatus						R.annulatus					
R.bursa						R.bursa					
⊞ Samegrelo		9			9	⊞ Samegrelo		9			9
H.punctata						H.punctata					
I.ricinus		8			8	I.ricinus		8			8
R.annulatus		1			1	R.annulatus		1			1
⊞ Shida Kartli		36	6		42	⊞ Shida Kartli		42			42
D.marginatus		2			2	D.marginatus		2			2
H.marginatum		20	3		23	H.marginatum		23			23
H.punctata		2			2	H.punctata		2			2
Haemaphysalis sulcata		1			1	Haemaphysalis sulcata		1			1
I.ricinus		1			1	I.ricinus		1			1
R.annulatus		9	3		12	R.annulatus		12			12
R.bursa		1			1	R.bursa		1			1
Grand Total		124	34		158	Grand Total		138	20		158

Count of species-specific qPCR result (R.monacensis)				Count of species-specific qPCR result (R.massiliae)				
Row Labels	Negative	Positive	(blank)	Grand Total	Row Labels	Negative	(blank)	Grand Total
☒ Kakheti	89	17		106	☒ Kakheti	106		106
-	31			31	-	31		31
D.marginatus	49	17		66	D.marginatus	66		66
H.marginatum	6			6	H.marginatum	6		6
H.punctata					H.punctata			
Haemaphysalis parva					Haemaphysalis parva			
I.ricinus	2			2	I.ricinus	2		2
R.annulatus	1			1	R.annulatus	1		1
(blank)					(blank)			
☒ Mtskheta-Mtianeti	1			1	☒ Mtskheta-Mtianeti	1		1
H.marginatum	1			1	H.marginatum	1		1
I.ricinus					I.ricinus			
R.annulatus					R.annulatus			
R.bursa					R.bursa			
☒ Samegrelo	9			9	☒ Samegrelo	9		9
H.punctata					H.punctata			
I.ricinus	8			8	I.ricinus	8		8
R.annulatus	1			1	R.annulatus	1		1
☒ Shida Kartli	42			42	☒ Shida Kartli	42		42
D.marginatus	2			2	D.marginatus	2		2
H.marginatum	23			23	H.marginatum	23		23
H.punctata	2			2	H.punctata	2		2
Haemaphysalis sulcata	1			1	Haemaphysalis sulcata	1		1
I.ricinus	1			1	I.ricinus	1		1
R.annulatus	12			12	R.annulatus	12		12
R.bursa	1			1	R.bursa	1		1
Grand Total	141	17		158	Grand Total	158		158

Count of species-specific qPCR result (R.aeschlimannii)				Count of species-specific qPCR result (R.conorii)				
Row Labels	Negative	Positive	(blank)	Grand Total	Row Labels	Negative	(blank)	Grand Total
☒ Kakheti	63	43		106	☒ Kakheti	106		106
-	31			31	-	31		31
D.marginatus	56	10		66	D.marginatus	66		66
H.marginatum	4	2		6	H.marginatum	6		6
H.punctata					H.punctata			
Haemaphysalis parva					Haemaphysalis parva			
I.ricinus	2			2	I.ricinus	2		2
R.annulatus	1			1	R.annulatus	1		1
(blank)					(blank)			
☒ Mtskheta-Mtianeti	1			1	☒ Mtskheta-Mtianeti	1		1
H.marginatum	1			1	H.marginatum	1		1
I.ricinus					I.ricinus			
R.annulatus					R.annulatus			
R.bursa					R.bursa			
☒ Samegrelo	9			9	☒ Samegrelo	9		9
H.punctata					H.punctata			
I.ricinus	8			8	I.ricinus	8		8
R.annulatus	1			1	R.annulatus	1		1
☒ Shida Kartli	23	19		42	☒ Shida Kartli	42		42
D.marginatus	2			2	D.marginatus	2		2
H.marginatum	6	17		23	H.marginatum	23		23
H.punctata	2			2	H.punctata	2		2
Haemaphysalis sulcata		1		1	Haemaphysalis sulcata	1		1
I.ricinus	1			1	I.ricinus	1		1
R.annulatus	12			12	R.annulatus	12		12
R.bursa		1		1	R.bursa	1		1
Grand Total	95	63		158	Grand Total	158		158

სახეობაზე სპეციფიური qPCR-ის შედეგებმა დაადასტურა *R. raoultii*, *R. slovacae*, *R. aeschlimannii* და *R. monacensis*-ის არსებობა შემდეგი განაწილებით:

- *R. raoultii* აღმოჩნდა 20 ნიმუშში (დადებითი ნიმუშების 12.6%).
- *R. slovacae* აღმოჩნდა 34 ნიმუშში (დადებითი ნიმუშების 21.5%).
- *R. aeschlimannii* აღმოჩნდა 63 ნიმუშში (დადებითი ნიმუშების 39.9%).
- *R. monacensis* აღმოჩნდა 17 ნიმუშში (დადებითი ნიმუშების 10.7%).

16 ნიმუში (დადებითი ნიმუშების 10.1%) იყო თანაინფიცირებული რამდენიმე სახეობით. აღსანიშნავია, რომ 40 ნიმუში არ აღმოჩნდა დადებითი არცერთი მიზნობრივი სახეობის მიმართ, რომელიც ამ კვლევაში იყო შესწავლილი.

დასკვნა

კვლევამ მნიშვნელოვანი მონაცემები მოგვარწოდა საქართველოში ტკიპების პოპულაციაში *Rickettsia* spp.-ის გავრცელებისა და სახეობრივი მრავალფეროვნების შესახებ. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ შეგროვებული ნიმუშების 22.6%-ში გამოვლინდა *Rickettsia* spp., რომელთაგან ყველაზე გავრცელებული სახეობები იყვნენ *R. aeschlimannii* (39.9%) და *R. slovacae* (21.5%). საქართველოში *R. monacensis*-ის არსებობის დადასტურება კიდევ უფრო ხაზს უსვამს ზედამხედველობის გაგრძელების აუცილებლობას, განსაკუთრებით მისი ცნობილი პათოგენური როლის გათვალისწინებით. თანაინფექცია, რომელიც გამოვლინდა დადებითი ნიმუშების 10.1%-ში, მიანიშნებს, რომ საქართველოს ტკიპებში შესაძლოა მრავალი *Rickettsia*

სახეობა ერთდროულად ცირკულირებდეს, რაც ართულებს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესს.

კვლევის მიგნებები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის, რიკეტსიოზური დაავადებების მხრივ, იმ რეგიონებშია, სადაც ინფიცირებული ტკიპების რაოდენობა შედარებით მაღალია, ძირითადად, სოფლის ტერიტორიებზე. კლიმატური ცვლილებების გავალისწინებით, რომლებიც ხელს უწყობს ტკიპების პოპულაციის ჰაბიტატის გაფართოებას, აუცილებელია ტკიპების კონტროლის ზომების გაუმჯობესება და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების განხორციელება. ამასთან, მომავალმა კვლევებმა უნდა შეისწავლოს ეკოლოგიური ფაქტორები, რომლებიც პათოგენების გავრცელებას უწყობს ხელს, და კლინიკური გავლენა, რაც რამდენიმე *Rickettsia* სახეობის თანაინფექციასთანა დაკავშირებული.

გაძლიერებული მონიტორინგისა და კონტროლის ზომები გადამწყვეტი იქნება ტკიპებით გადაცემული რიკეტსიოზებით გამოწვეული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რისკების შესამცირებლად, რაც ხელს შეუწყობს როგორც ადამიანების, ასევე ცხოველების დაცვას საქართველოში.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Azad A. Rickettsial Pathogens and Their Arthropod Vectors. *Emerg. Infect. Dis.* 1998;4(2):179–186, doi: 10.3201/eid0402.980205.
- Azad A. Pathogenic Rickettsiae as Bioterrorism Agents. *Clin. Infect. Dis.* 2007 45(1):S52–S55. doi: 10.1086/518147.
- Adem PV. Emerging and re-emerging rickettsial infections. *Semin. Diagn. Pathol.* 2019;36(3):146–151. doi: 10.1053/j.semdp.2019.04.005.
- Biggs HM. et al. Diagnosis and Management of Tickborne Rickettsial Diseases: Rocky Mountain Spotted Fever and Other Spotted Fever Group Rickettsioses, Ehrlichioses, and Anaplasmosis — United States. *MMWR. Recomm. Reports.* 2016; 65(2):1–44. doi: 10.15585/mmwr.rr6502a1.
- Cohen R. et al. Spotted Fever Group Rickettsioses in Israel, 2010–2019. *Emerg. Infect. Dis.*, 2021; 27(8):2117–2126. doi: 10.3201/eid2708.203661.
- Cracco C. et al. Multiple Organ Failure Complicating Probable Scrub Typhus. *Clin. Infect. Dis.*, 2000; 31(1):191–192. doi: 10.1086/313906.
- Diop A. Raoult D. Fournier PE. Rickettsial genomics and the paradigm of genome reduction associated with increased virulence. *Microbes Infect.* 2018; 20(7–8):401–409. doi: 10.1016/j.micinf.2017.11.009.
- Helminiak L. Mishra S. Kim HK. Pathogenicity and virulence of *Rickettsia irulence*, 2022; 13(1):1752–1771. doi: 10.1080/21505594.2022.2132047.
- Dehghani M. Kazemi Shariat Panahi H. Holmes EC, Hudson BJ. Schloeffel R. Guillemin GJ. Human Tick-Borne Diseases in Australia. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2019; 9. doi: 10.3389/fcimb.2019.00003.
- Moreira J, Bressan CS, Brasil P, Siqueira AM. Epidemiology of acute febrile illness in Latin America. *Clin. Microbiol. Infect.* 2018; 24(8):827–835. doi: 10.1016/j.cmi.2018.05.001.
- Kirkland KB, Marcom PK, Sexton DJ, Dumler JS, Walker DH. Rocky Mountain Spotted Fever Complicated by Gangrene: Report of Six Cases and Review. *Clin. Infect. Dis.* 1993; 16(5):629–634. doi: 10.1093/clind/16.5.629.

Khamesipour F, Dida GO, Anyona DN, Razavi SM, Rakhshandehroo E. Tick-borne zoonoses in the Order Rickettsiales and Legionellales in Iran: A systematic review. *PLoS Negl. Trop. Dis.*, 2018; 12(9): e0006722. doi: 10.1371/journal.pntd.0006722.

Piotrowski M, Rymaszewska A. Expansion of Tick-Borne Rickettsioses in the World. *Microorganisms*, 2020; 8(12):1906. doi: 10.3390/microorganisms8121906.

Parola P. et al. Update on Tick-Borne Rickettsioses around the World: a Geographic Approach,” *Clin. Microbiol. Rev.* 2013; 26(4): 657–702. doi: 10.1128/CMR.00032-13.

Walker DH, Occhino C, Tringali GR, Di Rosa S, Mansueto S. Pathogenesis of rickettsial eschars: The tache noire of boutonneuse fever. *Hum. Pathol.* 1988; 19(12):1449–1454. doi: 10.1016/S0046-8177(88)80238-7.

Sekeyová Z, Danchenko M, Filipčík P, Fournier PE. Rickettsial infections of the central nervous system. *PLoS Negl. Trop. Dis.* 2019; 13(8): e0007469. doi: 10.1371/journal.pntd.0007469.

Sukhiashvili R. et al., Identification and distribution of nine tick-borne spotted fever group Rickettsiae in the Country of Georgia,” *Ticks Tick. Borne. Dis.*, 2020; 11(5): 101470. doi: 10.1016/j.ttbdis.2020.101470.

Zghenti E, Sukhiashvili R, E. Khmaladze, N. Tsertsvadze, S. Pisarcik, and P. Imnadze, “Rickettsia and Borrelia Prevalence Study among Ticks in Georgia,” *Online J. Public Health Inform.*, vol. 6, no. 1, Mar. 2014, doi: 10.5210/ojphi.v6i1.5161.

Tran LT. et al. Rickettsia typhi infection presenting as severe ARDS. *IDCases*, 2019; 18:e00645, doi: 10.1016/j.idcr.2019.e00645.



ლაზეროთერაპიის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები თანამედროვე
ენდოდონტიაში

Current approaches and challenges of laser therapy in modern endodontics

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.07>

ცირა სუხაშვილი^{1a}

Tsira Sukhashvili^{1a}

¹ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო.

¹ Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

შესავალი: ლაზეროთერაპია ინოვაციურ ტექნოლოგიაზე დაფუძნებული სწრაფად განვითარებადი დარგია. ლაზერის გამოყენება სტომატოლოგიაში განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს, რადგან გვთავაზობს ტრადიციული მეთოდებისაგან განსხვავებით უფრო ზუსტ და მინიმალურად ინვაზირებად მკურნალობას. **მეთოდოლოგია:** განხორციელდება საკითხის თეორიული შესწავლა და გაანალიზდა რელევანტური ლიტერატურა. **შედეგები:** გამოვლინდა ლაზეროთერაპიის უპირატესობები ოდონტოლოგიაში, რაც უფრო მოთხოვნადს ხდის ლაზეროთერაპიით მინიმალურად ინვაზირებადი მკურნალობის გავრცელებასა და დამკვიდრებას. **დასკვნა:** ლაზეროთერაპიის სწორად გამოყენებისათვის საჭიროა მთელი რიგი ფიზიკური და ბიოლოგიური პროცესების ცოდნა, სტომატოლოგების პროფესიული მომზადება, რათა დავამკვიდროთ მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები.

საკვანძო სიტყვები: ლაზეროთერაპია, ფოტოდინამოთერაპია, ბაქტერიციდული ეფექტი, აპიკალური პერიოდონტიტი.

ციტატა: ცირა სუხაშვილი. ლაზეროთერაპიის მიმდინარე მიდგომები და გამოწვევები თანამედროვე ენდოდონტიაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2)

Abstract

Introduction: Laser therapy is a rapidly developing field based on innovative technology. The use of laser in dentistry has gained significant popularity because it offers precise, minimally invasive treatment methods that stand out from traditional techniques. **Methodology:** A theoretical study of the issue and relevant literature were analyzed. **Results:** Research highlights a wide range of advantages in odontology. It makes spreading and establishing minimally invasive treatment in laser therapy more demanding, increasing the health system's effectiveness. **Conclusion:** It is essential to understand a number of physical and biological processes, professional training of dentists to use laser therapy correctly and establish modern and current methods.

Keywords: Laser therapy, photodynamic therapy, bactericidal effect, apical periodontitis.

Quote: Tsira Sukhashvili Current approaches and challenges of laser therapy in modern endodontics. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2)

^a info.tsira@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-1100-781X> (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)



შესავალი

გლობალური ჯანდაცვა თანამედროვე მსოფლიოს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევაა, რომელიც მოითხოვს საერთაშორისო ურთიერთობების კომპლექსურ, მულტიდისციპლინარულ მიდგომას. მსოფლიოს სწრაფი გლობალიზაცია, ტრანსნაციონალური გამოწვევები და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რთული პრობლემები განსაკუთრებით ნათლად წარმოაჩენენ იმ აუცილებლობას, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია საერთაშორისო ურთიერთობების სტრატეგიული როლი გლობალური ჯანდაცვის დღის წესრიგის ფორმირებაში (WHO, 2022).

პანდემიამ, რომელმაც მთელი მსოფლიო COVID-19-ის გამოწვევის წინაშე დააყენა, კიდევ ერთხელ დაგვანახა, თუ რამდენად ურთიერთდამოკიდებულია ჩვენი პლანეტის სხვადასხვა რეგიონი ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში (CDC, 2023). ამ გლობალურმა კრიზისმა ნათლად დაგვანახა, რომ არცერთი სახელმწიფო დღეს ვერ შეძლებს იზოლირებულად გაუმკლავდეს ჯანმრთელობის რთულ გამოწვევებს.

საერთაშორისო ურთიერთობები, გლობალური ჯანდაცვის კონტექსტში, კომპლექსური მექანიზმია, რომელიც აერთიანებს დიპლომატიურ, სამეცნიერო, ეკონომიკურ და სოციალურ ასპექტებს. მისი მთავარი მიზანია ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური სისტემის შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებების დაცვას, სამედიცინო რესურსების სამართლიან გადანაწილებას და საერთაშორისო თანამშრომლობის გაღრმავებას (UN, 2021).

წინამდებარე ნაშრომის მიზანია დეტალურად გაანალიზოს საერთაშორისო ურთიერთობების პოტენციალი და წვლილი გლობალური ჯანდაცვის დღის წესრიგის ჩამოყალიბებაში. ნაშრომი მოიცავს რამდენიმე მნიშვნელოვან ამოცანას:

- გაანალიზოს გლობალური ჯანდაცვის თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები;
- შეისწავლოს საერთაშორისო ურთიერთობების მექანიზმები ჯანდაცვის სფეროში;
- გამოავლინოს ძირითადი გამოწვევები და შესაძლებლობები;
- შეიმუშაოს რეკომენდაციები საერთაშორისო თანამშრომლობის გასაძლიერებლად.

ნაშრომი განსაკუთრებულ ყურადღებას დაუთმობს იმ სტრუქტურული და ინსტიტუციონალური მექანიზმების შესწავლას, რომლებიც საშუალებას იძლევა საერთაშორისო ურთიერთობებმა ეფექტურად უპასუხოს გლობალური ჯანდაცვის თანამედროვე გამოწვევებს.

მეთოდოლოგია

აღნიშნული ნაშრომის ფარგლებში გამოყენებული იქნა მეორეულ მონაცემთა ანალიზი. ხოლო გამოყენებული წყაროები კი მოძიებულია შემდეგი მონაცემთა ბაზების მეშვეობით: PubMed, Harvard Medical School, , Google Scholar, Science Direct, Journal of Health and Social Sciences. ნაშრომში გამოყენებული წყაროების მოძიება განხორციელდა შემდეგი საკვანძო სიტყვების საფუძველზე: “გლობალური ჯანდაცვა”, “საერთაშორისო ურთიერთობები”, “გლობალური ჯანდაცვის ინსტიტუციები”, “ჯანდაცვის დიპლომატია”, „რბილი ძალა“. სტატიების სელექცია დაეფუძნა მათ შესაბამისობას საკვლევ საკითხთან და მოცემული ნაშრომის მიზანთან. ამავდროულად, გამოირიცხა რამდენიმე სტატია, რამდენადაც მათზე ხელმისაწვდომობა იყო შეზღუდული/არასრული სახით იყო წარმოდგენილი.

ლიტერატურის მიმოხილვა

1: გლობალური ჯანდაცვის კონცეპტუალური ჩარჩო

1.1 გლობალური ჯანდაცვის განსაზღვრება

გლობალური ჯანდაცვა წარმოადგენს კომპლექსურ და მრავალგანზომილებიან კონცეფციას, რომელიც სცდება ტრადიციულ სამედიცინო მიდგომებს და მოიცავს ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ასპექტებს (WHO, 2022). იგი გულისხმობს

ჯანმრთელობის გლობალურ გამოწვევებზე ერთობლივ რეაგირებას, რომელიც სცდება ეროვნულ საზღვრებს და მოითხოვს საერთაშორისო თანამშრომლობის უმაღლეს დონეს (Kickbusch & Ganten, 2018).

გლობალური ჯანდაცვის ძირითადი მახასიათებლებია მისი მრავალშრიანი და ინტერდისციპლინური ხასიათი. იგი აერთიანებს სხვადასხვა სფეროს, მათ შორის საერთაშორისო ჯანდაცვას, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, დიპლომატიას, ეკონომიკას და სოციალურ მეცნიერებებს (Koplan et al., 2019). ამ კონცეფციის მთავარი მიზანია ჯანმრთელობის დაცვა გლობალურ დონეზე, რაც გულისხმობს:

- ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირებას სხვადასხვა ქვეყნებსა და რეგიონებს შორის
- ტრანსნაციონალური ჯანმრთელობის გამოწვევების მართვას
- ჯანდაცვის რესურსებზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას

თეორიული თვალსაზრისით, გლობალური ჯანდაცვა ეფუძნება რამდენიმე ძირითად პარადიგმას. სოციალური სამართლიანობის პერსპექტივა ხაზს უსვამს ჯანმრთელობის უფლების უნივერსალურ ხასიათს, ხოლო ეკოლოგიური მიდგომა აქცენტს აკეთებს ჯანმრთელობის სოციალურ, გარემოსდაცვით და ეკონომიკურ დეტერმინანტებზე (Buss & Fetus, 2020).

გლობალური ჯანდაცვის კონცეფცია მოიცავს რამდენიმე მნიშვნელოვან პრინციპს:

- ჯანმრთელობის უფლების აღიარება უნივერსალურ ღირებულებად
- ტრანსნაციონალური ჯანმრთელობის გამოწვევების გადაჭრა
- საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერება
- ჯანმრთელობის დაცვის მიდგომების ინტეგრირება სხვადასხვა სფეროებს შორის

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ გლობალური ჯანდაცვა არ არის მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, არამედ კომპლექსური სტრატეგიული მიდგომა, რომელიც მოიცავს პოლიტიკურ, სოციალურ, ეკონომიკურ და კულტურულ ასპექტებს (Chen et al., 2021).

1.2 საერთაშორისო ურთიერთობების გავლენა ჯანდაცვის პოლიტიკაზე

საერთაშორისო ურთიერთობები გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებაში გადაწყვეტ როლს თამაშობს. სახელმწიფოებს შორის დიპლომატიური და პოლიტიკური ურთიერთობები პირდაპირ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს გლობალურ სტრატეგიებზე (WHO, 2022).

სახელმწიფოთაშორისი თანამშრომლობის ფარგლებში, ჯანდაცვითი პოლიტიკის ჩამოყალიბება რთული და მრავალშრიანი პროცესია. ძირითადი საერთაშორისო აქტორების - გაეროს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, რეგიონული ორგანიზაციებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების - ურთიერთქმედება განსაზღვრავს გლობალურ ჯანდაცვით დღის წესრიგს (Kickbusch & Kökény, 2021).

მნიშვნელოვანი ასპექტია სუვერენული სახელმწიფოების ჯანდაცვის პოლიტიკის ურთიერთგავლენა. სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილება, ეპიდემიოლოგიური მონაცემები, კულტურული თავისებურებები და ეკონომიკური შესაძლებლობები გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს (Chen et al., 2020).

გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკაში საერთაშორისო ურთიერთობები რამდენიმე მიმართულებით ვლინდება:

- დიპლომატიური მოლაპარაკებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში
- საერთაშორისო სამედიცინო დახმარების პროგრამები
- ჯანდაცვის სფეროში ურთიერთგაცვლითი პროგრამები
- საერთაშორისო სამედიცინო კვლევების კოორდინაცია

პანდემიურმა გამოწვევებმა, კერძოდ COVID-19-ის პანდემიამ, კიდევ უფრო რელიეფურად წარმოაჩინა საერთაშორისო ურთიერთობების მნიშვნელობა გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკაში (Haider et al., 2022). ვაქცინების გავრცელება, სამედიცინო რესურსების გაზიარება და საერთაშორისო სოლიდარობა გახდა გადაწყვეტი ფაქტორები პანდემიასთან ბრძოლაში.

საერთაშორისო ორგანიზაციები, მათ შორის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, შეიმუშავებენ რეკომენდაციებს, სტანდარტებსა და სახელმძღვანელო პრინციპებს ჯანდაცვის სფეროში. ეს დოკუმენტები არა მხოლოდ ნორმატიულ ხასიათს ატარებს, არამედ სახელმწიფოებს შორის დიალოგისა და თანამშრომლობის საფუძველს წარმოადგენს (Fidler, 2019).

გეოპოლიტიკური ფაქტორები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანდაცვით პოლიტიკაზე. სხვადასხვა სახელმწიფოს ინტერესები, რეგიონული კონფლიქტები თუ ეკონომიკური ურთიერთობები პირდაპირ აისახება გლობალური ჯანდაცვის სტრატეგიებზე (Wenham et al., 2020).

2: საერთაშორისო ურთიერთობების მექანიზმები გლობალურ ჯანდაცვაში

2.1 დიპლომატიური არხები

დიპლომატიური არხები გლობალური ჯანდაცვის კონტექსტში წარმოადგენენ მნიშვნელოვან მექანიზმებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ სახელმწიფოებს შორის ჯანმრთელობის სფეროში თანამშრომლობის განვითარებასა და გაღრმავებას. თანამედროვე საერთაშორისო ურთიერთობებში ჯანდაცვითი დიპლომატია სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს, რადგან გლობალური ჯანმრთელობის გამოწვევებს საერთაშორისო ხასიათი აქვთ და მათი გადაჭრა მხოლოდ სახელმწიფოების ინდივიდუალური ძალისხმევით შეუძლებელია (WHO, 2021).

ორმხრივი დიპლომატიური არხები წარმოადგენენ ჯანდაცვითი თანამშრომლობის პირველად მექანიზმებს, სადაც ორი სახელმწიფო პირდაპირ თანამშრომლობს სხვადასხვა ჯანმრთელობის საკითხებზე. ასეთი თანამშრომლობა შეიძლება მოიცავდეს სამედიცინო გამოცდილების გაზიარებას, ერთობლივ სამეცნიერო კვლევებს, სამედიცინო პერსონალის გაცვლით პროგრამებს და ორმხრივ სამედიცინო დახმარებას კრიზისულ სიტუაციებში. მაგალითად, COVID-19 პანდემიის პერიოდში მრავალმა ქვეყანამ დაიწყო პირდაპირი თანამშრომლობა სამედიცინო რესურსების გაზიარებაში, აცრების დისტრიბუციასა და სამეცნიერო კვლევებში (CDC, 2023).

მრავალმხრივი დიპლომატიური არხები კი გულისხმობს რამდენიმე ქვეყნის ერთობლივ თანამშრომლობას გლობალური ჯანდაცვის საკითხებზე. ამ კონტექსტში მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ საერთაშორისო ორგანიზაციები, როგორცაა გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (გაერო), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) და სხვა გლობალური ინსტიტუტები. მრავალმხრივი დიპლომატია საშუალებას იძლევა კოორდინირებულად იქნეს მიდგენილი გლობალური ჯანდაცვის გამოწვევები, როგორცაა პანდემიები, ქრონიკული დაავადებები, კლიმატის ცვლილებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკები (UN, 2020).

ჯანდაცვითი დიპლომატია თანამედროვე საერთაშორისო ურთიერთობებში სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს. იგი გულისხმობს დიპლომატიური მოლაპარაკებებისა და ინსტრუმენტების გამოყენებას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გლობალური გამოწვევების მოსაგვარებლად. ჯანდაცვითი დიპლომატიის მთავარი მიზანია სახელმწიფოებს შორის ნდობის აგება, ინფორმაციის გაცვლა, ერთობლივი რესურსების მობილიზება და საერთაშორისო სამართლებრივი ჩარჩოების შექმნა გლობალური ჯანდაცვის საკითხებში (GHDN, 2022).

2.2 საერთაშორისო ორგანიზაციების როლი

საერთაშორისო ორგანიზაციები წარმოადგენენ გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებისა და იმპლემენტაციის მთავარ აქტორებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ საერთაშორისო თანამშრომლობის ეფექტიან მექანიზმებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. მათი საქმიანობა მოიცავს რთულ და მრავალწახნაგა პროცესებს, რომლებიც მიმართულია მსოფლიო მასშტაბით ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დაცვისაკენ.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (UN) წარმოადგენს უმსხვილეს გლობალურ სუბიექტს, რომელიც კოორდინაციას უწევს ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო პოლიტიკას. გაეროს სხვადასხვა სტრუქტურული ერთეული, მათ შორის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), ახორციელებენ მნიშვნელოვან ღონისძიებებს გლობალური ჯანმრთელობის გამოწვევების დაძლევის მიმართულებით (UN, 2023). ორგანიზაციის ძირითადი ფოკუსი მოიცავს ისეთ მიმართულებებს, როგორცაა ეპიდემიების კონტროლი, ვაქცინაციის პროგრამები, ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო კვლევების ხელშეწყობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) წარმოადგენს გლობალური ჯანდაცვის ყველაზე მნიშვნელოვან სპეციალიზებულ სააგენტოს, რომელიც პასუხისმგებელია საერთაშორისო ჯანმრთელობის პოლიტიკის კოორდინაციაზე. WHO თავის საქმიანობაში ეყრდნობა სამეცნიერო მიდგომებს, ახორციელებს გლობალური მასშტაბის კვლევებს, ავრცელებს საუკეთესო პრაქტიკებს და უზრუნველყოფს ქვეყნებს აქტუალური სამედიცინო ინფორმაციით (WHO, 2022). ორგანიზაციის მთავარი მიმართულებებია ისეთი გლობალური გამოწვევების მართვა, როგორცაა პანდემიები, ქრონიკული დაავადებები, ბავშვთა სიკვდილიანობა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF) კონცენტრირებულია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვაზე, განათლებაზე და სოციალურ უზრუნველყოფაზე. ორგანიზაცია ახორციელებს ვაქცინაციის გლობალურ პროგრამებს, უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას განვითარებად ქვეყნებში და ქმნის საგანმანათლებლო პლატფორმებს ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციისთვის (UNICEF, 2023).

გლობალური ჯანმრთელობის სხვა მნიშვნელოვანი საერთაშორისო ორგანიზაციები, მაგალითად GAVI (ვაქცინებისა და იმუნიზაციის ალიანსი) და გლობალური ფონდი (Global Fund), ფოკუსირებულნი არიან კონკრეტულ სამედიცინო გამოწვევებზე, მათ შორის ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლაზე. აღნიშნული ორგანიზაციები ახორციელებენ მიზნობრივ პროგრამებს, რომლებიც ხელს უწყობენ სამედიცინო მომსახურებების გაუმჯობესებას მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში.

2.3 რბილი ძალის გამოყენება

საერთაშორისო ურთიერთობებში რბილი ძალის გამოყენება გლობალური ჯანდაცვის კონტექსტში წარმოადგენს მნიშვნელოვან მექანიზმს, რომელიც სცდება ტრადიციული დიპლომატიური მიდგომების ვიწრო ჩარჩოებს. რბილი ძალა გულისხმობს იმ არაძალისმიერ მეთოდებს, რომლებიც ქმნიან მიმზიდველობას, იზიდავენ და არწმუნებენ სხვა აქტორებს თანამშრომლობისთვის (Nye, 2004).

კულტურული გაცვლის პროგრამებს გააჩნიათ უმნიშვნელოვანესი როლი გლობალური ჯანდაცვის სფეროში. სამედიცინო პერსონალის, მკვლევარებისა და სტუდენტების საერთაშორისო გაცვლითი პროგრამები ქმნიან პირდაპირ სამეცნიერო დიალოგს, ხელს უწყობენ ცოდნის გაზიარებას და აუმჯობესებენ ჯანდაცვის სფეროს საერთაშორისო გაგებას (Smith & Jones, 2019). მაგალითად, დაავადებათა კონტროლის საერთაშორისო ცენტრების ერთობლივი კვლევები წარმოადგენენ რბილი ძალის ეფექტურ ინსტრუმენტს, რომლებიც აერთიანებენ სხვადასხვა ქვეყნების მკვლევარებს საერთო გლობალური ჯანმრთელობის გამოწვევების გადასაჭრელად.

საგანმანათლებლო პროგრამები წარმოადგენენ რბილი ძალის კიდევ ერთ მნიშვნელოვან მექანიზმს. სტიპენდიები, სასწავლო გრანტები და საერთაშორისო საგანმანათლებლო პროექტები, რომლებიც ფოკუსირებული არიან ჯანდაცვის სფეროზე, ქმნიან გრძელვადიან დიპლომატიურ კავშირებს და ხელს უწყობენ ცოდნის გაზიარებას (Williams et al., 2021). ასეთი პროგრამები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია განვითარებადი ქვეყნებისთვის, სადაც სამედიცინო განათლების რესურსები შეზღუდულია.

სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო პროექტები წარმოადგენენ რბილი ძალის ყველაზე დრამატულ გამოვლინებას გლობალური ჯანდაცვის სფეროში. ჰუმანიტარული

სამედიცინო მისიები, რომლებიც ხორციელდება საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და სახელმწიფოების მიერ, არა მხოლოდ პირდაპირ ეხმარებიან საჭიროებაში მყოფ მოსახლეობას, არამედ ქმნიან დადებით იმიჯსაც დონორ ქვეყნებს (Brown, 2020). მაგალითად „ექიმები საზღვრების გარეშე“ ორგანიზაცია წარმოადგენს გამორჩეულ მაგალითს იმისა, თუ როგორ შეიძლება სამედიცინო დახმარება გადაიქცეს საერთაშორისო ურთიერთობების ძლიერ ინსტრუმენტად.

ტექნოლოგიური გაცვლის პროგრამებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ. სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და კვლევითი მონაცემების გაზიარება ხელს უწყობს არა მხოლოდ სამეცნიერო პროგრესს, არამედ ქმნის ნდობის გარემოს სახელმწიფოებს შორის (Johnson & Lee, 2022).

ამრიგად, რბილი ძალის გამოყენება გლობალური ჯანდაცვის სფეროში წარმოადგენს რთულ, მრავალშრიან მექანიზმს, რომელიც სცილდება ტრადიციულ დიპლომატიურ ურთიერთობებს და ქმნის ურთიერთგაგების, თანამშრომლობისა და ჰუმანიზმის საფუძველს.

3: გამოწვევები და პერსპექტივები

3.1 თანამედროვე გლობალური ჯანდაცვის გამოწვევები

გლობალური ჯანდაცვის სისტემა დღეისათვის უპრეცედენტო გამოწვევების წინაშე დგას, რომლებიც მოითხოვენ საერთაშორისო ურთიერთობების სფეროში ახალი სტრატეგიული მიდგომების შემუშავებას. ეს გამოწვევები თანამედროვე მსოფლიოში არსებით გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და საჭიროებენ კომპლექსურ, კოორდინირებულ საერთაშორისო რეაგირებას (WHO, 2023).

პანდემიების გლობალური საფრთხე წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან გამოწვევას თანამედროვე გლობალური ჯანდაცვისთვის. COVID-19-ის პანდემიამ ნათლად გამოავლინა საერთაშორისო თანამშრომლობის უმნიშვნელოვანესი როლი ჯანმრთელობის კრიზისებზე რეაგირებისას. სხვადასხვა სახელმწიფოების შორის კოორდინაციის, ინფორმაციის გაცვლის, სამედიცინო რესურსების განაწილებისა და ვაქცინაციის გლობალური სტრატეგიების შემუშავების აუცილებლობამ პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა შეიძინა (Nuzzo et al., 2022).

კლიმატის ცვლილება წარმოადგენს კიდევ ერთ მრავალგანზომილებიან გამოწვევას, რომელსაც პირდაპირი გავლენა აქვს გლობალურ ჯანმრთელობაზე. გარემოს ტრანსფორმაცია იწვევს ახალი დაავადებების გავრცელებას, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციების რადიკალურ ცვლილებებს და ჯანდაცვის სისტემებზე უზარმაზარ დატვირთვას. სამედიცინო ექსპერტებისა და კლიმატოლოგების შეფასებით, გლობალური დათბობა უშუალოდ გავლენას ახდენს ისეთ დაავადებებზე, როგორცაა მალარია, დენგის ცხელება, ჰანტა ვირუსი და სხვა ტრანსმისიური დაავადებები (Patz et al., 2022).

სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობა წარმოადგენს კიდევ ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევას გლობალური ჯანდაცვისთვის. განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის დიდი სხვაობა იწვევს ჯანმრთელობის დაცვის დონეების არათანაბარ განაწილებას მსოფლიოს მასშტაბით. აღნიშნული გამოწვევა მოითხოვს საერთაშორისო ურთიერთობებში ისეთი მექანიზმების შემუშავებას, რომლებიც ხელს შეუწყობენ სამედიცინო რესურსებისა და ცოდნის სამართლიან გადანაწილებას (Bambra et al., 2021).

მიგრაციული პროცესები და მოსახლეობის გადაადგილება წარმოშობს დამატებით გამოწვევებს გლობალური ჯანდაცვისთვის. სხვადასხვა რეგიონებში მიმდინარე კონფლიქტები, გარემოსდაცვითი პრობლემები და ეკონომიკური სირთულეები იძულებით გადაადგილებას იწვევენ, რაც პირდაპირ გავლენას ახდენს მიგრანტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. საერთაშორისო ურთიერთობებს აქვს უნიკალური პოტენციალი ამ გამოწვევების მართვისთვის, რაც გულისხმობს ჰუმანიტარული დახმარების კოორდინაციას, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდასა და ჯანმრთელობის დაცვის გლობალურ სტრატეგიებში მიგრანტების საჭიროებების ინტეგრირებას (Zimmerman et al., 2022).

ციფრული ტექნოლოგიების სწრაფი განვითარება ქმნის როგორც შესაძლებლობებს, ასევე გამოწვევებს გლობალური ჯანდაცვისთვის. ტელემედიცინა, ხელოვნური ინტელექტის გამოყენება სამედიცინო დიაგნოსტიკაში და ჯანმრთელობის მართვის ელექტრონული სისტემები წარმოადგენენ იმ ინოვაციებს, რომლებიც მოითხოვენ საერთაშორისო კოორდინაციასა და ეთიკურ რეგულაციებს (Topol, 2019).

3.2 საერთაშორისო ურთიერთობების პოტენციური წვლილი

საერთაშორისო ურთიერთობებს გლობალური ჯანდაცვის სფეროში შეუძლია მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანოს რამდენიმე სტრატეგიული მიმართულებით, რაც მოიცავს დიპლომატიურ, პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და სოციოკულტურულ ასპექტებს. აღნიშნული მიდგომები მიზნად ისახავს გლობალური ჯანმრთელობის გამოწვევების კომპლექსური გადაჭრის მექანიზმების შემუშავებას და საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერებას.

პირველ რიგში, საერთაშორისო ურთიერთობებს შეუძლია ხელი შეუწყოს ჯანდაცვის გლობალური პოლიტიკის კოორდინაციას სხვადასხვა სახელმწიფოებს შორის. ეს გულისხმობს ერთიანი სტრატეგიული გეგმების შემუშავებას, რომლებიც მოიცავს ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს, როგორცაა პანდემიებთან ბრძოლა, ვაქცინაციის გლობალური სტრატეგიები და ჯანმრთელობის დაცვის ღირებულებების უნიფიკაცია (WHO, 2022). დიპლომატიური არხებით შესაძლებელი ხდება ინფორმაციის გაცვლა, საუკეთესო პრაქტიკების გაზიარება და რესურსების კოორდინირებული მართვა.

მეორე მნიშვნელოვანი მიმართულება არის რესურსების გადანაწილების სამართლიანი მოდელის შემუშავება. საერთაშორისო ურთიერთობებს შეუძლია ხელი შეუწყოს სამედიცინო რესურსებისა და ტექნოლოგიების სამართლიან განაწილებას განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებს შორის. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ კონტექსტში, სადაც სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობა პირდაპირ გავლენას ახდენს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზე (UNDP, 2023).

გარდა ამისა, საერთაშორისო ურთიერთობები წარმოადგენს ეფექტიან მექანიზმს სამეცნიერო კვლევებისა და ინოვაციების გლობალური კოორდინაციისთვის. სხვადასხვა ქვეყნის მკვლევარებს შორის თანამშრომლობა შეიძლება გახდეს ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების, მკურნალობის მეთოდებისა და პრევენციული ღონისძიებების შემუშავების კატალიზატორი (GHGI, 2022).

მნიშვნელოვანი პოტენციალი აქვთ საერთაშორისო ურთიერთობებს ჯანდაცვის სფეროში ადამიანური კაპიტალის განვითარების კუთხით. სამედიცინო პერსონალის გაცვლითი პროგრამები, სტიპენდიები, ერთობლივი საგანმანათლებლო პროექტები და ტრენინგ-პროგრამები საშუალებას იძლევა გაიზარდოს პროფესიული უნარ-ჩვევები და გაღრმავდეს საერთაშორისო სამედიცინო თანამშრომლობა (IHP, 2023).

დასკვნა

საერთაშორისო ურთიერთობებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს გლობალური ჯანდაცვის დღის წესრიგის ფორმირებასა და განხორციელებაში. წინამდებარე ნაშრომის შედეგად გამოიკვეთა რიგი არსებითი ასპექტები, რომლებიც ადასტურებენ დიპლომატიური და სამთავრობათაშორისო ურთიერთობების გადამწყვეტ როლს ჯანმრთელობის გლობალური გამოწვევების გადაჭრაში.

პირველ რიგში, საერთაშორისო ურთიერთობები წარმოადგენენ უმნიშვნელოვანეს პლატფორმას ჯანდაცვის გლობალური პოლიტიკის კოორდინაციისა და სინქრონიზაციისთვის. სხვადასხვა სახელმწიფოებსა და საერთაშორისო ორგანიზაციებს შორის დიპლომატიური დიალოგი საშუალებას იძლევა ერთობლივად იქნეს შემუშავებული ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიები, რომლებიც პასუხობენ თანამედროვე მსოფლიოს კომპლექსურ გამოწვევებს.

მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ საერთაშორისო ურთიერთობებს შეუძლიათ რესურსების გაერთიანება და კოორდინაცია გლობალური ჯანდაცვის სხვადასხვა მიმართულებით. ეს მოიცავს როგორც პანდემიებთან ბრძოლას, ასევე ქრონიკული

დაავადებების პრევენციას, სამედიცინო კვლევების ხელშეწყობას, სამედიცინო ტექნოლოგიების გაზიარებასა და საერთაშორისო სამედიცინო დახმარების პროგრამების განხორციელებას.

დიპლომატიური არხებისა და მრავალმხრივი თანამშრომლობის საშუალებით, საერთაშორისო ურთიერთობებს შეუძლიათ გადაჭრან ისეთი გლობალური გამოწვევები, რომლებიც ცალკეული სახელმწიფოების შესაძლებლობებს აღემატება. კლიმატის ცვლილების, სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებული გეოპოლიტიკური გამოწვევების გადაჭრა მხოლოდ საერთაშორისო თანამშრომლობის პირობებშია შესაძლებელი.

ნაშრომი ასევე გამოავლინა, რომ საერთაშორისო ურთიერთობები არსებით წვლილს შეაქვს რბილი ძალის გამოყენებით გლობალური ჯანდაცვის დღის წესრიგში. კულტურული გაცვლა, საგანმანათლებლო პროგრამები, სამედიცინო დახმარების პროექტები წარმოადგენენ ეფექტურ მექანიზმებს ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური სტანდარტების გასაუმჯობესებლად.

აღსანიშნავია, რომ საერთაშორისო ორგანიზაციები, როგორცაა გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, წარმოადგენენ მთავარ აქტორებს გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებაში. მათი მრავალმხრივი დიპლომატიური მანდატი საშუალებას იძლევა შემუშავდეს და განხორციელდეს ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური სტრატეგიები.

სამომავლო პერსპექტივაში საერთაშორისო ურთიერთობებს გააჩნიათ უდიდესი პოტენციალი გლობალური ჯანდაცვის დღის წესრიგის სრულყოფისათვის. ტექნოლოგიური პროგრესი, ციფრული დიპლომატია, ინოვაციური თანამშრომლობის მოდელები წარმოქმნიან ახალ შესაძლებლობებს საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის გლობალური გამოწვევების გადასაჭრელად.

დასასრულს, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საერთაშორისო ურთიერთობები წარმოადგენენ გლობალური ჯანდაცვის დღის წესრიგის უმნიშვნელოვანეს კატალიზატორს. მათი მრავალმხრივი მიდგომა, დიპლომატიური პლატფორმები, რესურსების გაერთიანების უნარი და რბილი ძალის პოტენციალი იძლევიან იმედს, რომ მსოფლიო თანამეგობრობა შეძლებს ეფექტურად უპასუხოს თანამედროვე ჯანმრთელობის გლობალურ გამოწვევებს.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ლაზერის ისტორიული მიმოხილვა

საუკუნეების მანძილზე ადამიანი ცდილობდა გაეგო სინათლის აზრი. პრიმიტიული ადამიანისათვის ცეცხლი და მზე აქრობდა სიბნელის შიშს. ძველი ეგვიპტელები მზის სხივებს სამკურნალოდ იყენებდნენ, მიუხედავად იმისა, რომ არ იცოდნენ, რომ რეალურად ულტრაიისფერი სხივის A ტიპთან ჰქონდათ საქმე.

ძველი ბერძნები და რომაელები ყოველდღიურად იღებდნენ მზის აბაზანებს. ძველი ეგვიპტელები, ჩინელები, ინდოელები იყენებდნენ სინათლის სხივს ფსორიაზის, რაქიტის და კანის კიბოს სამკურნალოდ (Kalka et al, 2001). რივ ფოტოსენსიბიზატორს, ფსორალენს, $C_{11}H_6O_3$, რომელიც ბუნებრივად მოიპოვებოდა და დიდი რაოდენობით იყო ოხრახუშში (Wheeland 1995). ძველი ბერძნები მზის სინათლით ახდენდნენ სხეულის რევიტალიზაციას. მათვე შექმნეს ჰელიორეთაპია, შემდგომში ფოტოთერაპია. XVIII-XIX საუკუნეებში მზის სინათლით დაიწყო კანის ტუბერკულოზის მკურნალობა, ამას დაემატა ფსორიაზი, ეგზემა (Fitzpatrick 1999).

ფილოსოფოსები და მეცნიერები საუკუნეების განმავლობაში ფიქრობდნენ თუ რისგან შედგებოდა სინათლის სხივი: კორპუსკულური ნაწილაკებისაგან, წნევისაგან, ეს იყო ტალღა თუ სხვა ნივთიერება? ინგლისელი ფიზიკოსის ისააკ ნიუტონის (1642-1727) თეორიის მიხედვით, სინათლის კორპუსკულები სინათლის წყაროდან სხვადასხვა მიმართულებით

იფანტებოდნენ (Newton, 1959). ფრანგი ფილოსოფოსი და მეცნიერი რენე დეკარტი სინათლეს წნევის ერთ-ერთ ტიპად მიიჩნევდა (Descartes, 1985).

1665 წელს ინგლისელმა მეცნიერმა რობერტ ჰუკმა წამოაყენა თეორია სინათლის ტალღურ ბუნებაზე (Hooke 1665), ხოლო 1865 წელს ჯეიმზ მაქსველმა დაამტკიცა, რომ ელექტრომაგნიტური სინათლის ტალღები გადაადგილდებიან სინათლის ტალღის სიჩქარით (Maxwell, 1865).

1901 წლის 14 დეკემბერს, გერმანელმა ფიზიკოსმა პლანკმა დაიწყო საუბარი მზის სინათლის კვანტურ მექანიკაზე (Planck, 1900). პლანკმა წარმოადგინა ფორმულა $E=h\nu$, რომელიც პლანკის კონსტანტის სახელით არის ცნობილი. ამ ფორმულამ დასაბამი მისცა კაცობრიობაში დღეს არსებულ ყველა ტექნოლოგიურ ფასეულობას, მობილური ტელეფონიდან დაწყებული კოსმოსური ხომალდებით დამთავრებული.

1913 წელს ნილს ბორმა აღწერა ბირთვის გარშემო ელექტრონების მოძრაობა მათთვის განსაზღვრულ ორბიტაზე რადიაციული ენერჯის გამოსხივების გარეშე, ანუ მისი თეორიით, ნეიტრალური ატომი არ ასხივებდა. მან მოგვარა ატომი და მის გარშემო მოძრავი ელექტრონები ზუსტად იმ სქემით, როგორც ახლა წარმოგვიდგენია.

1915 წელს, ალბერტ ეინშტეინმა დაიწყო საუბარი სინათლის სხივის სტიმულირებად გამოსხივებაზე, კვანტურ ფიზიკაზე. 1921 წელს იგი გახდა ნობელის პრემიის ლაურეატი სტიმულირებადი გამოსხივებისა და $E=mc^2$ -ის გამოგონებისათვის. მისი თეორიით ენერჯის მიღების დროს ელექტრონებს შეეძლოთ დაბალი ენერგეტიკული დონიდან მაღალ ენერგეტიკულ დონეზე გადასვლა. როცა მაღალი ენერგეტიკული დონიდან ელექტონები გადაინაცვლებდნენ დაბალ ენერგეტიკულ დონეზე, კარგავდნენ ენერჯიას ფოტონის სახით. ამ დროს ატომი ითვლებოდა აგზნებულ მდგომარეობაში და ისინი ასხივებდნენ სინათლის მონოქრომატულ, კოჰერენტულ სხივს. საბოლოოდ ერთ შრეზე იქმნებოდა ორი ფოტონი, რომელსაც ერთიდაიგივე სიხშირე და ენერჯია ჰქონდა და ამით ხდებოდა ენერჯის გაძლიერება (Einstein, 1905). ამ თეორიის შემდეგ დაიბადა კვანტური ფიზიკა და განვითარდა ტელეკომუნიკაცია, რადარები, სატელევიზიო კავშირები, CD, DVD, მათ შორის შეიქმნა ატომური ბომბი. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ დაიწყეს კვლევები, რათა ელექტრომაგნიტური ტალღები გაეგრძელებინათ სტიმულირებადი რადიაციის გამოსხივებით.

1951 წელს ამერიკელ ფიზიკოსთა კონფერენციაზე პირველად ჩარლზ თოუნსმა გააჟღერა სიტყა MASER (Microwave Amplification by Stimulated Emission of Radiation) (Towns, 1978). 1957 წელს გორდონ გულდმა პირველად გამოიყენა სიტყვა ლაზერი (Gordon et al., 1957).

სიტყვა ლაზერი არის აკრონომი და ნიშნავს სინათლის გაძლიერებას ინდუცირებული გამოსხივების მეშვეობით (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation). ეს არის მოწყობილობა, რომელიც ენერჯის მაღალი კონცენტრაციის მქონე სინათლის ძალიან წვრილი კონის მიღების საშუალებას იძლევა, სადაც სითბური, ქიმიური, ელექტრული ენერჯია გარდაიქმნება ელექტრომაგნიტური ველის ენერჯიად-ლაზერულ სხივად. მისი მუშაობის საფუძვლად ითვლება ინდუცირებული გამოსხივების კვანტურ-მექანიკური მოვლენა.

1962 წელს შეიქმნა პირველი დიოდური ლაზერი, რომელსაც ჰქონდა ინფრაწითელი გამოსხივება, ხოლო 1963 წელს - პირველი Q-switching ლაზერი. 1967 წელს შეიქმნა ულტრაიისფერ გამოსხივებაზე დაფუძნებული ლაზერი, ხოლო 1969 წელს CO₂-ის ლაზერი.

1963 წლიდან ჩაეყარა საფუძველი ლაზერის გამოყენებას სტომატოლოგიაში. პირველი ლაზერი რომელიც გამოსცადეს იყოს ლალის ლაზერი. ეს იყო თერმული ექპერიმენტი ყველანაირი ენერჯის, პოტენციალის, სიხშირისა და ტალღის სიგრძის კონტროლის გარეშე, რაც მთავრდებოდა მინანქრისა და დენტინის კარბონიზაციით, ამიტომ პოპულარობა ვერ მოიპოვა. ამას მოჰყვა CO₂-ის ლაზერის გამოყენება, სადაც უკეთესი შედეგები დაიდო. 1974 წელს კვლევებმა დაადასტურა ლაზერის უპირატესობები კბილის მაგარ ქსოვილებზე მუშაობის დროს (Yamamoto et al., 1972). 1980-იან წლებში აღმოაჩინეს, რომ CO₂-ის ლაზერის ტალღის სიგრძე იყო 10600 ნმ და კარგად შთაინთქმებოდა კბილის მიმანქრის მიერ, ამიტომ იყენებდნენ კბილის ფისურების ჩასაბეჭდად. მაგარი ქსოვილების აბლაციის დროს CO₂-ის ლაზერის ჰემოსტატიკური თვისების აღმოჩენის შემდეგ, უკვე FDA-მ გასცა ავტორიზაცია, რომ CO₂-ის

ლაზერი გამოყენებულიყო ქირურგიული პროცედურების ჩასატარებლად. სტომატოლოგიური ლაზერის სამყაროში მთავარი აღმოჩენა იყო 1980 წელს Er:YAG ლაზერის შექმნა. ეს იყო პირველი სამედიცინო ლაზერი.

ცხრილი: ლაზერის მოკლე ისტორია

1901-13	Plank და Bohr -ის მიერ იქმნება კვანტური მექანიკის საფუძვლები.
1916	Einstein-ის კვლევები სინათლის სტიმულირადი ენერჯის გადაცემაზე.
1930-50	საომარი მოქმედებებისათვის მიკროტალღების შესწავლა.
1953	Townes, Gordon ქმნიან პირველ ამიაკის Maser-ს.
1958	Makhov -მა პირველად გამოიყენა ლალის Maser.
1960	Maiman, Sorokin, Stevenson- ის მიერ იწყება პირველი ლალის ლაზერის გამოყენება
1962	იქმნება პირველი დიოდური ლაზერი
1963	Hellwarth, McClung ხვეწავენ პირველ Q-Switching ლაზერს
1964	იქმნება პირველი CO ₂ ლაზერი
1968	მოსკოვში, ლებედევის უნივერსიტეტში ლაზერს იყენებენ ატომური აფეთქებისათვის.
1971	Schawlow და Bloembergen ლაზერის ესპექტროგრაფიისათვის იღებენ ნობელის პრემიას
1988	Hibst , Keller - ის პირველი კვლევები Er: YAG-ზე

წყარო: Maggioni el al., 2020

ლაზეროთერაპიის თანამედროვე მიდგომები მედიცინაში

მედიცინის სხვადასხვა დარგის სპეციალისტები ყოველდღიურ პრაქტიკაში იყენებენ ლაზეროთერაპიას, როგორც ერთ-ერთ ყველაზე მოთხოვნად მკურნალობის მეთოდს.

ლაზეროთერაპიის უპირატესობები სტანდარტულ მკურნალობის მეთოდებთან შედარებით:

- მილიმეტრულ დონემდე დაყვანილი სიზუსტე,
- სწრაფი მკურნალობა და რეაბილიტაცია,
- უმტკივნეულო პროცედურები, საანესთეზიო საშუალებების შემცირება ან სრულიად ამოღება მკურნალობიდან,
- უსისხლო და უნაკერო ქირურგიული პროცედურები,
- ჭრილობების სწრაფი შეხორცება,
- უჯრედული მემბრანის სტაბილიზება: ანთების საწინააღმდეგო და ანალგეზიური ეფექტი,
- ლიმფური სისტემის გამავლობის ზრდა, დრენირება და ედემის შემცირება,
- არტერიების დილატაცია, რაც ზრდის სისხლის მიმოქცევას,
- ფიბრობლასტების მიერ კოლაგენის წარმოქმნის მომატება,
- ოსტეობლასტების მიერ ძვლის წარმოქმნის სტიმულირება,
- უჯრედული მიტოზის ზრდა,
- ბაქტერიული ფლორის შემცირება,
- ნაკლები მგრძნობელობა,
- ოდონტოფობიის აღმოფხვრა

კლასიკურ მეთოდებთან შედარებით, ოტორინოლარინგოლოგიაში ლაზეროთერაპიას მრავალი უპირატესობა აქვს, მაგ.:

- ლაზეროთერაპია ასოცირდება მინიმალურად ინვაზირებად მკურნალობასთან, რაც გვეხმარება, რომ ბევრი პროცედურა ჩატარდეს უკვე ამბულატორიის პირობებში და არა საოპერაციო ბლოკებში,
- მცირდება პოსტოპერაციის შემდგომი გართულებები,
- ჭრილობის შეხორცება ბევრად სწრაფია და უმტკივნეულო,

- პაციენტებისათვის პროცედურა უფრო კომფორტულია, მაგალითად.: ლაზეროთერაპიის შემდეგ ცხვირის ღრუში არა საჭირო ტამპონების გამოყენება, რაც პაციენტს ბევრად უადვილებს პოსტოპერაციულ რეაბილიტაციის პროცესს.
- არ აქვს ასაკობრივი შეზღუდვა.

მაგალითად, ტრადიციული მეთოდებით ცხვირის ნიჟარების ჰიპერტროფირებული ქსოვილების ნაწილობრივი მოკვეთა ითვალისწინებს 3 დღით პაციენტის ჰოსპიტალიზებას, ზოგად ანესთეზიასა და 48-72 საათის განმავლობაში ცხვირის ტამპონირებას. თუ გამოვიყენებთ ნეოდიმის ან დიოდის ლაზერს, პროცედურა ტარდება ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ, ლაზერის ჰემოსტატიკური თვისების გამო არაა საჭირო ნაზალური ტამპონები, პაციენტი ეწერება კლინიკიდან 3 საათში.

უდავოა ლაზეროთერაპიით უპირატესობები შემდეგი მკურნალობების დროს: ტურბინოპლასტიკა, ცხვირის ძვლის გამრუდება, პოლიპების ამოკვეთა, ცხვირისა და პარანაზალური წიაღების სიმსივნეები, ტონზილექტომია, ბგერითი იოგების მიოპათია, ხორხის ნეოპლაზია, ხორხის ავთვისებიანი სიმსივნეები, ხახისა და ხორხის სტენოზი, ოტოსკლეროზი, ცხვირისა და ყურის პლასტიკური ქირურგია.

ლაზერი ენდოსკოპიაში

ენდოსკოპიაში Nd:YAG, KTP, დიოდის ლაზერის საშუალებით შესაძლებელია მინიმალურად ინვაზიურებადი მეთოდით ქსოვილების მოკვეთა, ვაპორიზაცია ან სისხლდების შეჩერება. Nd:YAG-ის საშუალებით წარმატებით ტარდება კეთილთვისებიანი ნეოპლაზიების ქირურგიული მკურნალობა (ფიბრომა, ლიპომა, პაპილომა).

ვასდაუდებელია ლაზერული ენდოსკოპიური ტექნიკით მკურნალობის უპირატესობა ნეონატალურ პაციენტებში, რადგან აღარ საჭიროებენ ტრადიციულ ქირურგიულ ჩარევას.

გასტროენტეროლოგიაში, ლაზერული ენდოსკოპიით ხდება პოლიპების მოკვეთა, ბიოფსია, პრეკანცეროგენული უჯრედების ამოკვეთა, პერფორაციების დახურვა, საყლაპავის სტენოზების გახსნა, ნაღვლის კენჭების დაშლა და გამოდევნა.

უროლოგიაში წარმატებით გამოიყენება ლაზეროთერაპია კენჭების დასაშლელად და გამოსადევნად, შარდის ბუშტის ევაპორიზაციისა და ფოტოკოაგულაციისათვის.

ლაზერის გამოყენება გინეკოლოგიაში

Nd: YAG, KTP, CO₂-ის ლაზერით ხდება ინტრაეპითელური ქსოვილების დისპლაზიისა და ნეოპლაზიის მკურნალობა, საშვილოსნოს ყელის კარცინომების, ფიბრომების, საკვერცხის კისტების მოკვეთა და ენდომეტრიუმის ვაპორიზაცია.

ლაზერი ოფთალმოლოგიაში

ეს ის დარგია, სადაც ლაზეროთერაპიით მკურნალობა წარმატებულია დიაბეტით გამოწვეული რეტინოპლასტიის, გლაუკომის, ავთვისებიანი ოკულარული ნეოპლაზიების, ჰიპოლაკრიმიის, რეფრაქციული ქირურგიის, ფოტორეფრაქციული კერატექტომიის დროს.

ლაზერის ფოტოკოაგულაციის წყალობით ქირურგიული პროცედურების დროს მცირდება რეტინას მიდამოში სისხლდენა, შემდგომი ედემა და სწრაფად აღდგენა მხედველობა. ლაზერი ასევე შლის იმ ისქემიურ ზონებს, რომლებიც ასტიმულირებენ ანომალური სისხლძარღვების ზრდას.

ლაზერი დერმატოლოგიაში

CO₂, Nd: YAG, Q-Switch, Er: YAG, დიოდისა და ალექსანდრიტის ლაზერით ხდება იმ დაავადებების მკურნალობა, რომელთაგან ზოგიერთი ტრადიციული მეთოდით არ ინკურნებოდა: ფიბრომა, კონდილომა, სეზორეული კერატოზები, ხალები, კანის გაახალგაზრდავება, ტუჩის, სახის, თვალის ნაოჭების გასწორება, ჰიპერტროფირებული ნაწიბურების მოშორება, ტელეანგიექტაზიები, კეთილთვისებიანი ლენტისიგო, მზის ლაქები, ჰიპერპიგმენტაციები, როსაცეა, ბრტყელი ანგიომა, ტატუ, დეპილაცია.

ფოტოდინამიური თერაპია

ფოტოდინამოთერაპიას აქვს მხოლოდ თერმული ეფექტი, ფართოდ გამოიყენება ონკოლოგიაში. მოქმედებენ არაპირდაპირად ციტოტოქსიკურ ჯგუფებზე და იწვევენ დისპლაზირებადი ქსოვილების ნეკროზს. ფოტოდინამოთერაპიისათვის იყენებენ სპეციალურ ფოტოსენსიბილიზატორს, რომელიც შეჰყავთ ადამიანის ორგანიზმში 24/48 საათით ადრე და ამის შედეგ ატარებენ ლაზერის სხივს. ფოტოსენსიბილიზატორებს ახასიათებთ დისპლაზიურ ქსოვილებთან დაკავშირება. თითოეულ ფოტოსენსიბილიზატორს მისთვის განსაზღვრული სიგრძის ტალღის შთანთქმა შეუძლია.

ლაზეროთერაპიის თანამედროვე მიდგომები სტომატოლოგიაში და არსებული პრობლემები

მსოფლიოში აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს ქრონიკული პერიოდონტიტების მკურნალობა. ლაზერის გამოყენება პრაქტიკულ ენდოდონტიაში დღით-დღე იზრდება, რადგან სამეცნიერო კვლევებით მტკიცდება ლაზერის ანტიბაქტერიული ეფექტი ინტრატუბულურ, პერიტიბულურ და პერიაპიკალური სივრცის მიკროფლორაზე (Prada et al., 2019).

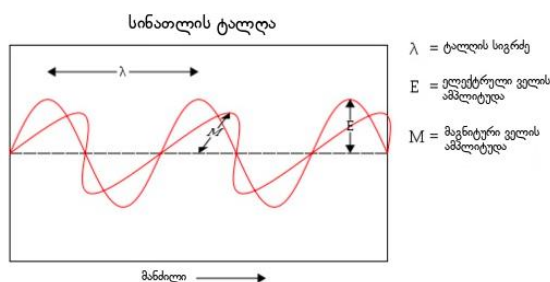
ტრადიციული ენდოდონტიური მკურნალობა ითვალისწინებს არხთა სისტემის ქიმიურ და მექანიკურ დამუშავებას სადეზინფექციო ხსნარებითა და როტაციული სისტემებით, არხთა სისტემის კონფორმაციასა და ჰერმეტიზაციას. საირიგაციოდ იყენებენ NaOCl (0,5%-5,25%), H₂O₂, EDTA, ქლორჰექსიდინს (Siqueira et al., 2000). თუმცა არხთა სისტემის რთული ანატომიური აგებულების გამო, თანამედროვე საირიგაციო საშუალებები სრულად ვერ უზრუნველყოფენ იმ არხშიდა რეზისტენტული მიკროორგანიზმების გაუვნებელყოფას, რომლებიც არიან არხის კრიტიკულ ზომებში 100 მიკრომეტრზე ღრმად პენეტრირებულები (Vahdaty et al., 1993; Vatkar et al., 2016) და რომლებიც იწვევენ აპიკალური პერიოდონტიტების ჩამოყალიბებას.

ლაზერით მკურნალობის უპირატესობა ითვალისწინებს იმ არხშიდა რეზისტენტული მიკროფლორის დეკონტამინაციას, რომელიც ტრადიციული მეთოდებით ვერ მიიღწევა, (Gutknecht et al., 2000; Arnabat-Domínguez et al., 2010), ლაზეროთერაპიით ფართოდება არხშიდა მილაკები, ადვილად სცილდება ორგანული და არაორგანული ნარჩენები, ფოტობიომოდულაცია ამცირებს ასევე პოსტოპერაციულ ტკივილს- ეს ყველაფერი კი წარმატებული ენდოდონტიური მკურნალობის გარანტიაა, რაც ამცირებს მსოფლიოში არსებულ პრობლემას, პერიაპიკალური პერიოდონტიტების რაოდენობას (Bordea et al., 2020; Saydjari et al., 2016).

ლაზერი (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) არის აკრონომი და ითარგმნება როგორც სინათლის გაძლიერება ინდუცირებული გამოსხივების მეშვეობით.

სინათლე არის ელექტრომაგნიტური ენერჯის ფორმა, რომელიც განსაზღვრული სიჩქარის ტალღებით ვრცელდება ბუნებაში. ამ გამოსხივებადი ენერჯის უმცირეს ნაწილს ჰქვია ფოტონი. ფოტონის ტალღები გადაადგილდებიან სინათლის სიჩქარით და ხასიათდებიან ორი მთავარი მახასიათებლით: ტალღის სიგრძე და ამპლიტუდა.

ნახატი: 1 (სინათლის ტალღის მახასიათებლები)



ტალღას აქვს *მინიმუმი* (ყველაზე დაბალი წერტილი) და *მაქსიმუმი* (ყველაზე მაღალი წერტილი). ამპლიტუდა ეწოდება ვერტიკალურ სიგრძეს მაქსიმალური წერტილიდან ტალღის ცენტრალურ ღერძამდე. ამპლიტუდა განსაზღვრავს ტალღის სიკაშკაშეს და ინტენსივობას. მანძილს ორ ამოზნექილობას ან ჩაზნექილობას შორის ეწოდება *ტალღის სიგრძე*. ეს სიგრძეები შეიძლება გამოისახოს მეტრებში, მიკრომეტრებში (10^{-6}). სტომატოლოგიაში გამოყენებული ლაზერის სიგრძე იზომება ნანომეტრებში (10^{-9}).

ცენტრალური ღერძის გარშემო წამში შესრულებული ბრუნვების რაოდენობა არის ოსცილაცია, რხევა. ოსცილაციების რაოდენობა განსაზღვრულ დროში- ესაა სიხშირე. სიხშირე იზომება ჰერცებში, ეს იგივეა რაც წმ⁻¹. ერთი ჰერცი ესაა ერთი ოსცილაცია ერთ წამში. სიხშირე ტალღის სიგრძის უკუპროპორციულია: რაც უფრო მოკლეა ტალღის სიგრძე, მით უფრო მაღალია სიხშირე და პირიქით.

ჩვეულებრივი ნათება, რომელსაც აღიქვამს ჩვენი თვალი არის თეთრი ფერის. ნიუტონის ექსპერიმენტების თანახმად, რეალურად ეს ფერი სხვადასხვა ფერის ჯამია (წითელი, წარინჯისფერი, ყვითელი, მწვანე, ცისფერი, ლურჯი, იისფერი). სინათლეს არის დუალისტური ბუნების. ის არის როგორც ტალღის, ასევე ფოტონების ერთობლიობა. სინათლე არის დიფუზური და არაფოკალიზებული სხივი.

ლაზერის ნათება განსხვავდება ჩვეულებრივი ნათებისაგან:

1. ლაზერის შუქი არის მონოქრომატული - მხოლოდ წარმოქმნის ერთი ფერის ნათებას,
2. არის კოჰერენტული- ფოტონების ამპლიტუდა და სიხშირე ერთნაირია, ფოტონები არ მოძრაობენ ქაოსურად,
3. პოლარიზებული,
4. ინტერსიური.

ლაზერის აპარატის შემადგენელი ნაწილებია:

- მთავარი აქტიური ნივთიერება,
- დაბომბვის მექანიზმი (ოპტიკური, ელექტრული, ქიმიური),
- ოპტიკური რეზონატორი.

სწორედ მთავარი აქტიური ნივთიერება განსაზღვრავს ლაზერის სახელსა და ტალღის სიგრძეს. აქტიური ნივთიერება შეიძლება იყოს მყარ, თხევად ან გაზის მდგომარეობაში. თუკი მთავარი აქტიური ნივთიერება არის დიოქსიდის კარბონის გაზი, გვაქვს CO₂-ის ლაზერი. თუკი მთავარი აქტიური ნივთიერებაა მყარი კრისტალი, როგორც იტრიუმ -ალუმინ -ლალი, გვამღვს Er: YAG, თუკი მთავარი აქტიური ნაწილი ნახევრადგამტარი მყარი მეტალებია, გვამღვს დიოდურ ლაზერს. იმისათვის რომ მივიღოთ ლაზერის სხივი, სწორედ აქტიური ნივთიერება უნდა გააქტიურდეს.

როდესაც დაბომბვის მექანიზმი გადაეცემა მთავარ აქტიურ ნივთიერებას, ენერგია შთაინთქმება მთავარი აქტიური ნივთიერების ატომის ელექტრონების მიერ. ის ელექტრონები, რომლებიც შთანთქავენ ენერგიას გადახტებიან შემდეგ ელექტრონულ დონეზე, რომელიც უფრო დაშორებულია ბირთვიდან. გაღიზიანებული ელექტრონები ნელ-ნელა კარგავენ ენერგიას ფოტონის სახით და უბრუნდებიან დაბალ ენერგეტიკულ დონეს. შემდეგ მოჰყვება მთელი ფოტონური ჯაჭვი. ამას ჰქვია სპონტანური გამოსხივება.

იმისათვის, რომ ლაზერის კონცენტრირებული ენერგიის მიღება შევძლოთ წვრილი სინათლის სახით, საჭიროა ორი, ერთმანეთის პარალელური ოპტიკური რეზონატორი, რომელთაგან ერთი 100 %-ით ირეკლავს, მეორე ნაწილობრივად, რომლის დახმარებითაც ფოტონებისაგან იქმნება მონოქრომატული, კოჰერენტული და პოლარიზებული სხივი. სარკიდან გამოსროლილი სინათლე მიემართება ლაზერის ბუნკამდე სადაც გაგრილების სისტემით ეცემა ტემპერატურა და მხოლოდ ამის შემდეგ გამოდის ბუნკიდან და მოქმედებს ქსოვილზე.

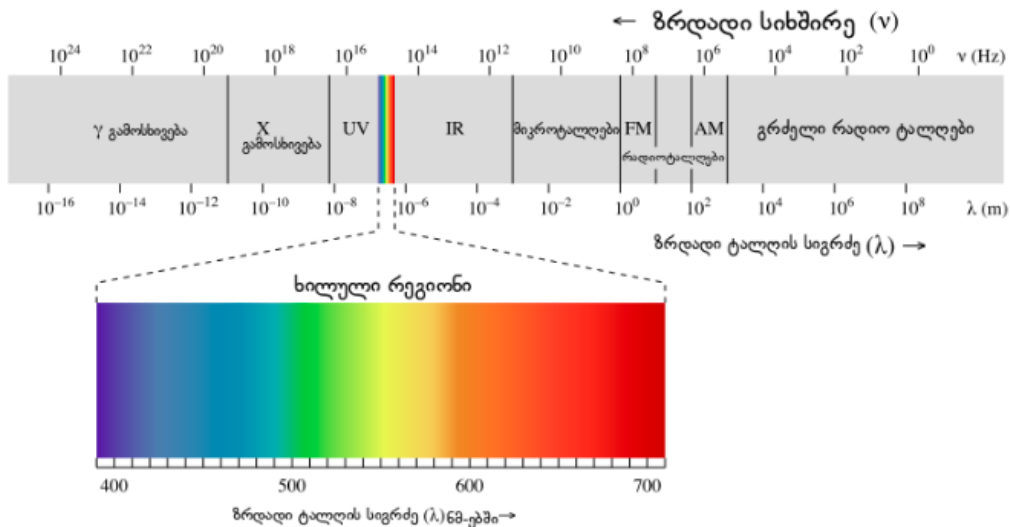
ლაზერის მიერ გამოსხივებული ენერგია ესაა ელექტრომაგნიტური ენერგია. ელექტრომაგნიტური ენერგიის სპექტრი მოიცავს გამა და რენტგენის გამოსხივებიდან,

რომელთაც აქვთ ნაკლები ტალღის სიგრძე, რადიო ტალღებამდე შუალედს, რომელთა ტალღის სიგრძე მაღალია.

ლაზერის გამოსხივება მერყეობს 500 და 10.600 ნმ -მდე.

- KTP – 532 ნმ,
- დიოდი 450- 980 ნმ,
- Nd: YAG- 1 064 ნმ,
- Er, Cr: YSGG- 2780 ნმ,
- Er: YAG – 2940ნმ,
- CO₂ – 10600 ნმ.

ნახატი 2 : სინათლის ტალღის სიგრძე



წყარო: khan Academy, ელექტრომაგნიტური გამოსხივების მახასიათებლები და ფოტონები. <https://ka.khanacademy.org/science/physics/light-waves/introduction-to-light-waves/a/light-and-the-electromagnetic-spectrum>

ულტრაიისფერი, ხილული და ინფრაწითელი გამოსხივება განსხვავდება ერთმანეთისაგან. მაგალითად, ზღვის სანაპიროზე ხილული სინათლით ვარჩევთ ნივთების ფერებს, ულტრაიისფერი სხივებით ვირუჯებით და ინფრაწითელი გამოსხივებით ვთბებით ან ვიწვევით. ულტრაიისფერი გამოსხივება ქსოვილებთან შეხების დროს არ იწვევს სითბოს, მაგრამ ინფრაწითელი გამოსხივება კი პირიქით, წარმოქმნის სითბოს. ამიტომ ულტრაიისფერი ლაზერებს ეძახიან ექსიმერულ ლაზერებს და იყენებენ ოფთალმოლოგიაში, ინფრაწითელი ლაზერები კი ფართოდ გამოიყენება ოდონტოლოგიაში.

ყველა ლაზერს აქვს საკუთარი სიმძლავრე, რომელიც იზომება ვატებში (W). სიმძლავრის კომბინირება აპლიკაციის დროსთან გამოისახება ჯოულებში (J).

ლაზერის გამოსხივების გადაცემის გზები

ლაზერის ენერჯია უნდა მიდიოდეს ქსოვილებამდე ზუსტი და ერგონომიული გზით. ზოგიერ ლაზერს აქვს მინა ბოჭკოვანი სისტემით გადაცემის მექანიზმი, ზომიერთს -სპეციალური გადამცემი დამჭერი მკლავით, ზოგიერთს-საფირის ან კვარცის თავებით (tips). სხვადასხვა ლაზერს განსხვავებული დიამეტრის თავები აქვს, თითოეული თავი განსაზღვრულია სხვადასხვა მკურნალობისათვის. ზოგჯერ ლაზერის თავი ეხება ქსოვილს, ზოგჯერ კი არა. ამისთვის შემუშავებულია სპეციალური პროტოკოლები.

ლაზერის აპარატები ასხივებენ ენერჯიას მუდმივად აქტიური ან პულსით გააქტიურებული და არაგააქტიურებული იმპულსებით.

არსებობს სამი ტიპის ლაზერის სინათლის გადაცემა (Renk, 2012)²⁵:

- განგრძობითი ტალღა (Continuous Wave mode, CW). ნიშნავს, რომ სანამ ოპერატორი აწვება პედალს, უწყვეტლევ გამოდის ლაზერის სხივი.
- კონტროლებადი პულსირებადი ტალღა (Gated-pulsed mode), რაც არის მოციმციმე შუქის მსგავსი ტალღა, რომელიც იმპულსირდება, როცა ოპერატორი აწვება პედალს და ქრება, როცა არ აწვება მას.
- თავისუფალი მოძრაობის პულსირებადი ტალღა (Free-running pulsed mode)

თოთოეულ იმპულსს აქვს უდიდესი ენერგია, პულსის ხანგრძლივობა ხანმოკლეა, მაგრამ საჭიროა პულსებს შორის შესვენება.

არსებობს ლაზერის ქსოვილებზე მოქმედების 4 ტიპი:

- არეკვლა,
- გატარება, ტრანსმისია,
- დისპერსია, გაფანტვა,
- შთანთქმა.

არეკვლის დროს ლაზერის სხივი მიემართება ქსოვილისაკენ, მაგრამ მასზე არანაირ ეფექტს არ ახდენს და აირეკლება სხვა მიმართულებით. აქ საყურადღებოა, რომ არეკვლილი სხივი შეიძლება მოხვდეს ექიმის ან ასისტენტის თვალებს, ამიტომ მნიშვნელოვანია ლაზერთან მუშაობის დროს უსაფრთხოების ნორმების დაცვა, კერძოდ სპეციალური სათვალებების გამოყენება.

გატარება, ტრანსმისიის დროს ლაზერის ენერგია გაივლის ქსოვილებს განსაზღვრულ სიღრმეზე მათზე ეფექტის მოხდენის გარეშე, თითქმის ყოფილიყო ყველაფერი გამჭვირვალე. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ლაზერის ტალღის სიგრძეს. წყალი, მაგალითად, არის გამჭვირვალე სითხე და არ შთანთქმავს დიოდური ლაზერისა და Nd:YAG-ის სხივებს, მაშინ როცა უჯრედთაშორისი სითხე ადგილად შთანთქმავს ერბიუმისა და CO₂-ის ლაზერის გამოსხივებას.

დისპერსიის დროს ხდება ლაზერის გარკვეული ენერგიის პენეტრაცია ქსოვილებში და დასუსტება, გაფანტვა. ეს ახასიათებთ ინფრაწითელ ლაზერებს. დისპერსიის დროს ფოტონები იცვლიან მიმართულებას, გადაეცემა სითბო მეზობელ ქსოვილებს და წარმოიქმნება არასასურველი თერმული დაზიანება.

ქსოვილის ტიპი (პიგმენტაციის ხარისხი, წყლის შემცველობა, ჰემოგლობინის რაოდენობა) განსაზღვრავს რა რაოდენობის ლაზერის ენერგია იქნება შთანთქმული სამიზნე ქსოვილის მიერ. ამ დროს მნიშვნელოვანის ლაზერის ტალღის სიგრძეც.

მედიცინაში გამოყენებული ლაზერის კლასიფიკაციის მიხედვით, არსებობს დაბალი პოტენციის ლაზერები (<0,5 W) და მაღალი პოტენციის ლაზერები (>1 W)

დაბალი პოტენციის ლაზერები (<0,5 W)

- He, Ne
- As, Ga
- As, Ga, Al
- InGa Alp
- Diodo

მაღალი პოტენციის ლაზერები (>1 W)

- Argón
- Nd: YAG KTP
- Nd: YAG
- Nd: YAP
- Ho: YAG
- Er, Cr: YSGG
- Er:YAG
- CO₂
- Diodo

ლაზერმა ქსოვილებზე შეიძლება მოახდინოს შემდეგი ეფექტები (Shimoda,1986)²⁶.

- ფოტო-თერმული,
- ფოტო-ქიმიური,
- ფოტო-მექანიკური,
- ფოტო-ელექტრული.

ფოტო-თერმული ეფექტი დამოკიდებულია ლაზერის ენერგიაზე, spot-ის ზომასა და მოხმარების დროზე. მაგალითად, **გაკვეთა** მიიღწევა როცა spot არის ფოკალიზებული და მცირე ზომის, **აბლაცია/ვაპორიზაცია**-როცა spot არის დესფოკალიზებული და განიერი, მოქმედებს ზედაპირულად.

ფოტო-ქიმიურ ეფექტებს მიეკუთვნება: ბიოსტიმულაცია, ფოტოდინამოთერაპია, ფლუორესცენცია. ფოტო-მექანიკურ ეფექტებში შედის: ფოტოდისოციაცია, ფოტოდესტრუქცია, ფოტო-ელექტრულ ეფექტს მიეკუთვნება ფოტოპლაზმოლიზი.

ქსოვილების ტემპერატურა ლაზეროთერაპიის დროს

- ლაზერის თერმული ეფექტი დაკავშირებული სამიზნე ქსოვილის წყლის შემცველობასთან. როცა ქსოვილის ტემპერატურა, რომელიც შეიცავს წყალს აღწევს 100 °C, ხდება წყლის ვაპორიზაცია ქსოვილის შიგნით. ამ პროცესს ჰქვია აბლაცია,
- 37–50 °C გვაქვს ბაქტერიციდული ეფექტი და ქსოვილების ჰიპერთერმია.
- 60°C-ის ზემოთ იწყება პროტეინების დენატურალიზაცია და კოაგულაცია,
- 100–150 °C - ვაროპიზაცია, აორთქლება,
- 200 °C ზე ზემოთ - კარბონიზაცია.

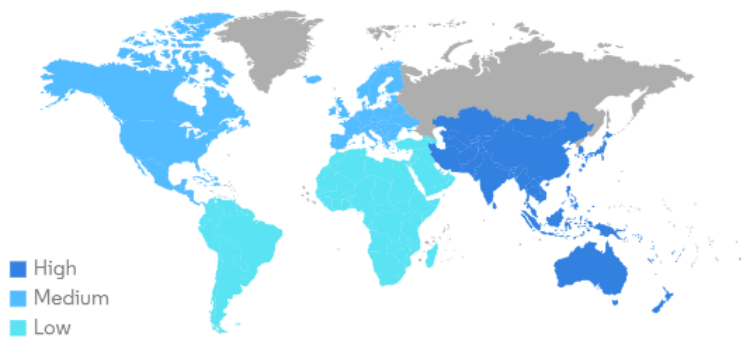
მაგარი და ფიბროზული ქსოვილის მოსაკვეთად უფრო მეტი ენერგია გვჭირდება, ვიდრე შეშუპებული, ანთებითი ქსოვილის დროს. მაგალითად მინანქრის აბლაციას გაცილებით მეტი ენერგია სჭირდება, ვიდრე კარიესული ქსოვილისას.

თანამედროვე სტომატოლოგიაში ლაზერს ვიყენებთ შემდეგი პროცედურების ჩასატარებლად: **ქირურგია** (გინგივექტომია, გინგივოპლასტიკა, ფიბრომა, ეპულისი, ნებისმიერი ტიპის განაკვეთის გატარება, პერიკორონარიტი), **ენდოდონტია** (პულპოტომია, პულპექტომია, არხების დეკონტამინაცია, პერიაპიკალური მიდამოს რეზექცია), **პაროდონტოლოგია** (ფრენექტომია, ვესტიბულოპლასტიკა, პაროდონტოლოგიური ჯიბეების დეკონტამინაცია, ღრმილოვანი აბსცესი), კბილების გათეთრება, ჰიპერპიგმენტაციის მოშორება, პარესთეზიის მკურნალობა, ჰიპერმგრძნობელობის დაქვეითება, აფთა, მუკოზიტი, პერიიმპლანტიტი, ქეილიტი, კარიესის მკურნალობა.

ქვემოთ მოცემული სურათი გვიჩვენებს რომელ ქვეყნებშია გავრცელებული ლაზეროთერაპია მაღალი, საშუალო და დაბალი ინტენსივობით.

ნახატი: 3 სტომატოლოგიური ლაზერის ბაზარი მსოფლიოში

Dental Lasers Market - Growth Rate by Region



Source: Mordor Intelligence

წყარო: Mordor Intelligence, Dental Lasers Market- share, size, manufactures and trends:
<https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/dental-lasers-market>

დასკვნა

სტომატოლოგიური ლაზერის გამოყენება დღითი-დღე მოთხოვნადი და აუცილებელი მკურნალობის მეთოდი ხდება. ყოველწლიურად იზრდება სამედიცინო დაწესებულებების ლაზერით აღჭურვა, რაც მოითხოვს სამედიცინო პერსონალის გადამზადებას. ასევე იზრდება მოთხოვნა ლაზეროთერაპიის მკურნალობის ახალი პროტოკოლების მიმართ. საჭიროა შემდგომი სამეცნიერო კვლევების ჩატარება სფეროში არსებული საჭირბოროტო საკითხები გადასაწყვეტად.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Arnabat-Domínguez J. (2015). Aplicaciones del láser en endodoncia. RCOE Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 20 (1), 37-45.
- Bohr N. (1913). On the constitution of atoms and molecules. Parts I-III, Lond Edinb Dublin Philos Mag J Sci Sixth Series 26 (151): 1-25,(153):476-501, (155):857-875,1913.
- Bordea IR, Benedicenti HS. (2020). Evaluation of the outcome of various laser therapy applications in root canal disinfection: a systematic review. Photodiagnosis Phptodyn. Ther., 29, 101611.
- Descartes R. (1985). Discours de ka méthode pour bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences plus la dioptrique. En: Cottingham J, Stoothoff R, Murdoch D, translators. Editors: The philosophical writings od Descartes, vol 1, Cambridge, UK, University Press.
- Einstein A. (1905). Uber einen die erzeugnung und verwandlung des liches betreffenden heuristischen geischtpunkt-On a heuristic point of view concerning the generalization and transformation of light), Ann Phys 17: 132-148.
- Fitzpatrick TB, Pathak MA. (1999), Historical aspects of methoxsalen and other furocoumarins, J Invest Dermatol. 32 (2): 229-231.
- Gordon JP, Zeiger HJ, Townes CH. (1957). Molecular microwave oscillator and new hyperfine structure in the microwave spectrum of NH₃, Phys Rev 95 (1): 282-284.
- Gutknecht N, Gogswaardt DV, Conrads G, Apel G, Schubert G, Lampert F. (2000). Diode Laser radiation and its bactericidal effect in root canal Wall dentin. J. Clin. Laser Med. Surg., 18, 57.60
- Hooke R. (1665). Micrographia; or, some physiological descriptions of minute bodies made by magnifying glasses with observations and inquiries thereupon, London, Martyn, and Allestry.
- Kalka K, Mek H, Mukhtar H. (2001). Photodynamic therapy in dermatology, *J Am Acad Dermatol.* 42(3):389-413.
- Maggioni M, Attanasio T, Scarpelli F. (2010). Láser en odontología 1(1): 2-3.
- Maxwell JC. (1865). A dynamical theory of the electromagnetic field, Philos Trans R Soc Lond 155:459-512.
- Newton I. (1704). Optiks: a treatise of the reflections, refractions, inflections, and colors of light, And two treatises of the species and magnitude of curvilinear figures. London. Smith and Walford, Royal Society.
- Niemz MH. (2003). Laser. tissue interactions: fundamentals and applications (3^a ed). Springer-Verlag
- Planck M. (1900). Zur theorie des gesetzes der energieverteilung im normalspektrum, Verh Dtsch Phys Ges 2 :237-245.
- Prada I, Micó-Muñoz P, Giner-Lluesma T, Micó Martinez P, Collado- Catellano N, (2019). Influence of microbiology on endodontic failure. Literature review. Med. Oral Patol.Oral Cir. Bucal., 24 (3),364-372.
- Siqueira JF, Roças IN, Favieri A, Lima KG. (2000). Chemomechanical reduction of the bacterial population in the root canal after instrumentation and irrigation with 1%, 2,5 %, and 5,25 % sodium hypochlorite. J. Endod., 26, 331-334.
- Townes CH (1978). The laser's roots: Townes recalls the early days. Laser Focus 14(8): 52.
- Vatkar NA, Hedge V, Sathe S. (2016). Vitality of Enterococcus faecalis inside dentinal tubules after five root canal disinfection methods. J. Conserv. Dent., 19 (5), 445-449.
- Renk KF. (2012). Basics of laser physics, for students of science and engineering. Springer- Verlag.
- Saydjari Y, Gutknecht N. (2016). Laser application in dentistry: irradiation effects of Nd: YAG 1064nm and diode 810 nmand 980 nm in infected root Canals. A literature overview. Biomed. Res. Int., 8421656
- Shimoda K. (1986). Introduction to laser physics (2^a ed). Springer- Verlag.

Tipler PA, Mosca G. (2008). Physics for scientists and engineers (6 an ed). W H. Freeman and Co.

Vahdaty. A, Pitt Ford TR, Wilson RF. (1993). Efficacy of chlorhexidine in disinfecting dentinal tubules in vitro. Endodo. Dent. Traumatol., 9 (6), 243-248

Wheeland RG. (1995). History of lasers in dermatology. Clin Dermatol. 13 (1): 3-10.

Yamamoto H, Okabe H, Ooya K. (1972). Laser effect on vital oral tissue, a preliminary investigation, J Oral Pathol 1 (5): 256-264



ტკივილის მართვის სერვისები საქართველოში

Pain management services in Georgia

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.08>

შორენა გაბედავა^{1a}, ნატა ყაზახაშვილი¹

Shorena Gabedava^{1a}, Nata Kazakhashvili¹

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

¹ Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

შესავალი: მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში, ტკივილი, რომელიც თან ახლავს სხვადასხვა დაავადებებს (ონკოლოგიური, ხერხემლის, სახსრების, ტრავმების შემდგომ და სხვა.) დიდ პრობლემებთან არის დაკავშირებული. როგორც ქრონიკული, ასევე მწვავე ტკივილის ადეკვატური მართვა მოითხოვს დიდ რესურსს, როგორც მატერიალურს ასევე ადამიანურს. კვლევის მიზანია ტკივილის მართვის სერვისების შესწავლა საქართველოში.

მეთოდოლოგია: დამუშავდა და გაანალიზდა შესაბამისი ლიტერატურიდან მოძიებული თეორიული მასალა. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა ტკივილის სწორად მართვის ხარვეზები პირველადი ჯანდაცვის ქსელის სამედიცინო პერსონალს შორის. საქართველოში არ არსებობს ტკივილის მართვის მიმართულებით სამედიცინო პერსონალის გადამზადების კურსები, სადაც გაეცნობოდნენ ტკივილის მართვის უახლოეს თანამედროვე მიდგომებს. **დასკვნა:** რეკომენდირებულია, ტკივილის მართვის სპეციალიზებული ცენტრების დაარსება რეგიონებში, რომლებიც აღჭურვილი იქნება სათანადო პროფესიონალებით და მოწინავე მკურნალობის მეთოდებით, პაციენტებისათვის ქრონიკული ტკივილის კომპლექსური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. საჭიროა, სამედიცინო პერსონალის განათლების ამაღლება და პრაქტიკაში არსებული ხარვეზების აღმოფხვრა. ქვეყანაში ტკივილის მართვისთვის ჯანმოს მიერ რეკომენდირებული მინიმალური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა.

საკვანძო სიტყვები: ტკივილის მართვა, ქრონიკული და მწვავე ტკივილი, ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები, პალიატიური მკურნალობა.

ციტატა: შორენა გაბედავა, ნატა ყაზახაშვილი. ტკივილის მართვის სერვისები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.08>

Abstract

Introduction: In many countries of the world, including Georgia, pain that accompanies various diseases (oncological, spinal, joint, post-traumatic, etc.) is associated with major problems. Adequate

^a info.tsira@gmail.com <https://orcid.org/0009-0008-8644-7300> (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc BY-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

management of both chronic and acute pain requires significant resources, both material and human. The aim of the study is to study pain management services in Georgia. **Methodology:** Theoretical material retrieved from relevant literature was processed and analyzed. **Results:** The study showed gaps in proper pain management among primary healthcare network medical personnel. There are no retraining courses for medical personnel in the field of pain management in Georgia, where they would be introduced to the latest modern approaches to pain management. **Conclusion:** It is recommended to establish specialized pain management centers in the regions, which will be equipped with appropriate professionals and advanced treatment methods to meet the complex needs of patients with chronic pain. It is necessary to increase the education of medical personnel and eliminate existing gaps in practice. Availability of the minimum number of medications recommended by WHO for pain management in the country.

Keywords: pain management, chronic and acute pain, opioid analgesics, palliative care.

Quote: Shorena Gabedava, Nata Kazakhashvili. Pain management services in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.08>

შესავალი

საქართველოში და ზოგადად მსოფლიოს უამრავ ქვეყანაში, ტკივილის მართვა ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წაერმოადგენს, მისი გავრცელების, სამედიცინო პერსონალისა და საზოგადოების ცოდნის, გამოცდილების, არსებული სტიგმის, ლიმიტირებული რესურსების, მარგულირებელი სტრუქტურებისა და ნორმატიული დოკუმენტების ამ პრობლემის მიმართ ნაკლები მოქნილობის თვალსაზრისით. განსაკუთრებით ეს თემა აქტუალური და პრობლემურია ონკოლოგიურ პაციენტებში, რომელთა საშუალოდ 90% დაავადებისა და მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე აღენიშნებათ სხვადასხვა სიმძლიერისა და სირთულის ქრონიკული ტკივილი და მისი ეფექტურად მართვისათვის ქვეყანაში არსებობს მრავალი დაბრკოლება და ბარიერი, როგორცაა: სამედიცინო პერსონალის განათლებისა და გამოცდილების ხარვეზები, სამკურნალწამლო საშუალებების ხელმისაწვდომობის პრობლემები, ქვეყანაში ტკივილის მართვისათვის ჯანმრთელობის მინიმალური მედიკამენტების ნუსხის ხელმისაწვდომობის არარსებობა, საზოგადოების შიში და სტიგმა ოპიოიდების მიმართ, ლიმიტირებული სამედიცინო თუ ეკონომიკური რესურსი, მათ შორის ტკივილის მართვის ცენტრებისა და შესაბამისი პროგრამების ნაკლებობა განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის საფეხურზე.

ტკივილის შემსუბუქება და სიმპტომების კონტროლი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად უნდა ხორციელდებოდეს და კონტროლდებოდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მეშვეობით, რომელიც გაამარტივებდა პაციენტის ტკივილის ადეკვატურ მართვას. სხვადასხვა მიზეზების არსებობის გამო ვერ ახდენს სათანადო დახმარების გაწევას პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, რაც აისახება ქრონიკული ტკივილებით დაავადებული პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე.

საქართველოში ქრონიკული ტკივილის ადეკვატური მართვის გაუმჯობესებისათვის მნიშვნელოვანია სხვადასხვა დონის (მათ შორის უპირატესად პირველადი ჯანდაცვის ქსელის) სამედიცინო პერსონალის და შესაბამისი სერვისების ცოდნა-გამოცდილების, ხელთ არსებული რესურსებისა და დამოკიდებულების შეფასება. აღნიშნულის საფუძველზე სამედიცინო სერვისების რაციონალურად დაგეგმარება და სამედიცინო პერსონალის ადეკვატური განათლება მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ქრონიკული ტკივილის მართვის ეფექტურობას და პაციენტთა ცხოვრების ხარისხს.

კვლევის მიზანია ტკივილის მართვის სერვისების შესწავლა საქართველოში.

მეთოდოლოგია

აღნიშნული ნაშრომის ფარგლებში გამოყენებული იქნა მეორეულ მონაცემთა ანალიზი. გამოყენებული წყაროები მოძიებულია შემდეგი მონაცემთა ბაზების მეშვეობით: PubMed,

Harvard Medical School, , Google Scholar, Science Direct, Journal of Health and Social Sciences. ნაშრომში გამოყენებული წყაროების მოძიება განხორციელდა შემდეგი საკვანძო სიტყვების საფუძველზე:

სტატიების სელექცია დაეფუძნა მათ შესაბამისობას საკვლევ საკითხთან და მოცემული ნაშრომის მიზანთან. ამავდროულად, გამოირიცხა რამდენიმე სტატია, რამდენადაც მათზე ხელმისაწვდომობა იყო შეზღუდული/არასრული სახით იყო წარმოდგენილი.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ტკვილის განმარტება

ტკვილი არის სიმპტომი, რომელსაც ახასიათებს არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდა და ასოცირდება ცოცხალი ორგანიზმის პოტენციურ დაზიანებასთან ან ქსოვილის მთლიანობის დარღვევასთან. (IASP ტკვილის შესწავლის საერთაშორისო ასოციაცია) ტკვილი უსიამოვნო, ემოციური შეგრძნება და დამთრგუნველი, შემაწუხებელი სიმპტომია, რომელიც თან ახლავს სხვადასხვა მწვავე თუ ქრონიკულ დაავადებებს. ტკვილი გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრების ხარისხზე, ამცირებს ან ზღუდავს მობილობას, არღვევს ნორმალური ჯანსაღი ცხოვრების წესს. აქვეითებს კვების, ძილის პროცესს, ამცირებს კონცენტრაციის უნარს, ზღუდავს საზოგადოებასთან ურთიერთობებს რაც განაპირობებს პაციენტის სოციალურ იზოლაციას, ღრმა დეპრესიას, სასოწარკვეთას. (Williams & Kenneth, 2016)

მედიცინის განვითარებამ განაპირობა ონკოლოგიურ და სხვადასხვა ქრონიკულად დაავადებულ პაციენტთა ტკვილის შემსუბუქება, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და სიცოცხლის გახანგრძლივება. ტკვილის მართვის სპეციალისტები პაციენტებს შეძლებისდაგვარად ეხმარებიან ტკვილის დარეგულირებაში მედიკამენტებით, პროცედურებით, ვარჯიშებითა და თერაპიით. ტკვილის შესამცირებლად ან შესამსუბუქებლად. (INCB, 2016).

ტკვილის ტიპები

არსებობს ტკვილის 2 ძირითადი ტიპი: მწვავე ტკვილი და ქრონიკული ტკვილი. მწვავე ტკვილი ხშირად ტრამვის შედეგია, პასუხია დაზიანებაზე ან სამედიცინო მდგომარეობაზე, რომლის ხანგრძლიობაც 3 თვეზე ნაკლებია. ის მოულოდნელად იწყება და ჩვეულებრივ ხანმოკლეა. ასევე, მწვავე ტკვილი შეიძლება გაგრძელდეს ხანმოკლე დროით და გაქრეს განკურნებისას.

ქრონიკული ტკვილი ჩვეულებრივ გრძელდება 3 თვეზე მეტ ხანს და შეიძლება წლების განმავლობაში გაგრძელდეს. ტკვილი შეიძლება იყოს მსუბუქი, იგრძნობოდეს სხეულის ერთ ნაწილში ან ფართოდ გავრცელებული. ქრონიკული ტკვილი არის დაავადება, რომელიც გავლენას ახდენს ქცევასა და ცხოვრების წესზე. ქრონიკული ტკვილი გრძელდება თვეების ან წლების განმავლობაში და ტკვილის შეგრძნება შეიძლება იყოს სხეულის ყველა ნაწილში. მან შეიძლება გამოიწვიოს დეპრესია და შფოთვა.

ქრონიკული ტკვილი აზიანებს პიროვნების ცხოვრების ხარისხს, ამცირებს მის ფუნქციებს როგორც საზოგადოებაში ასევე სამუშაო გარემოში. ქრონიკული ტკვილი მუდმივად დაკავშირებულია დეპრესიის მუდმივ რისკთან. ქრონიკული ტკვილით შეპყრობილმა პაციენტებმა შესაძლებელია ფსიქიკური ზიანი მიაყენოს ოჯახის წევრებსაც. ქრონიკული ტკვილი ხშირად ნეგატიურად ერევა პიროვნების ყოველდღიურ საქმიანობაში, არღვევს ძილის რეჟიმს. ქრონიკული ტკვილი სხვა არასასურველ შედეგებთან ერთად განისაზღვრება როგორც მძიმე ტვირთი საზოგადოებისა და სახელმწიფოსთვის, სოციალური თუ ეკონომიური თვალსაზრისით. ქრონიკული ტკვილის შედეგად, როდესაც არ ხდება ტკვილის სათანადო კუპირება მან შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობები და ასევე ხშირია სუიციდის შემთხვევები.

ქრონიკული ტკივილის უზრუნველყოფაში ყველაზე დიდი რესურსი იხარჯება ონკოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტებში პალიატიური მზრუნველობის მიმართულებით, განსაკუთრებით ტერმინალურ ფაზაში.

ტკივილის ადეკვატური მართვისთვის აუცილებელია შეისწავლონ ტკივილის გავრცელება, ინტენსივობა, ხასიათი, ასევე იმ გარემოებების და მიზეზების შესწავლა რომელიც იწვევს ტკივილის ზრდას ან შემსუბუქებას. აგრეთვე საჭიროა იმ ასპექტების ცოდნა, რომელიც ტკივილის დროებით, გახანგრძლივებულ ან მწვავე მიმდინარეობას იწვევს. სპონტანური მიმდინარეობის ტკივილი, რომელიც ხანმოკლეა შეიძლება ნეირონის ანთებით იყოს გამოწვეული, მაგ: შესაძლოა გამოვლინდეს ზურგის ტკივილი, რომელიც სიმძიმის აწვევის მომენტში უფრო მეტად ვლინდება, ასევე შეიძლება მიანიშნებდეს ხერხემლის მეტასტაზურ დაზიანებაზეც და ა. შ

ეპიდემიოლოგიური ანალიზი

საქართველოში, ჯანმოს მონაცემების თანახმად, პაციენტთა სიკვდილიანობის 97%-ს შეადგენს არაგადამდები დაავადებები და ტრამვები. საერთო სიკვდილიანობის 69% შეადგენს გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ხოლო 14%-ს ონკოლოგიური დაავადებები. ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2016 წელს საქართველოში, საშუალო და ძლიერ ტკივილს განიცდიდა 19200 ადამიანი რომლებიც იყვნენ დაავადების ტერმინალურ ფაზაში. ამათგან, ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს ღებულობდა 3000-მდე უკურნებელი სენით შეპყრობილი პაციენტი.

ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები წარმოადგენენ უალტერნატივო, ეფექტურ და ესენციურ (სასიცოცხლოდ აუცილებელ) მედიკამენტებს, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია ძლიერი ტკივილებით შეპყრობილ პაციენტთა 70-90%-ის ეფექტური მართვა.

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (INCB) მიერ გამოყენებულ მეთოდებზე დაყრდნობით და გაცემული რეკომენდაციებით, საქართველოში ოპიოიდების წლიური საჭირო რაოდენობა და ბრუნვა ადეკვატური და სწორი ტკივილგაყუჩების მიზნით, ქრონიკულ და მწვავე ტკივილის სტატისტიკური მონაცემებზე დაყრდნობით, მორფინის ხარჯვა საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 32-33 კგ-ს წლიურად. არაონკოლოგიური ქრონიკული ტკივილებით დაავადებული პაციენტებისათვის მინიმუმ 12 კგ, საერთო ჯამში მორფინის ყოველწლიური ბრუნვა უნდა შეადგენდეს 45 კილოგრამს. მაგრამ, გვაქვს ბევრად მცირე რაოდენობის ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის მაჩვენებელი. მაგალითად, 2013-2016 წლებში მორფინის მოხმარების რაოდენობა არ აღემატება 7-8 კგ-ს წელიწადში.

არსებული მონაცემები მიგვანიშნებს, რომ საქართველოში 2016 წელს ძლიერი ტკივილით შეპყრობილ 16200 პაციენტს არ ჰქონდა წვდომა ესენიურ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებზე, რაც ნიშნავს, რომ პაციენტთა 84% იტანჯებოდა ძლიერი ტკივილებისგან.

საქართველო წარმოადგენს ნარკოტიკულ საშუალებებზე ერთიანი კონვენციის და გაეროს ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების კონვენციის წევრ ქვეყანას. საქართველოს მთავრობამ ხელი მოაწერა მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG) დეკლარაციას, რომელიც ასევე მოიცავს ესენციურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის საკითხს. შესაბამისად, საქართველოს მთავრობას აკისრია ვალდებულება აღმოფხვრას არსებული ბარიერები და დაბრკოლებები რომლებიც ართულებს ოპიოიდურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას.

საქართველოში მოქმედი საკანონმდებლო და მარეგულირებელი დოკუმენტების მიხედვით, 2008 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო ცვლილებები კანონებში: „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „ჯანდაცვის შესახებ“ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და „ნარკოტიკების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“. ეს ცვლილებები ხელს უწყობს პალიატიური მზრუნველობის განვითარებას საქართველოში და მის ინტეგრაციას ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემაში.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონში შეტანილი ცვლილებები და დამატებები შეეხებოდა საოჯახო მედიცინას, რომელიც უნდა იყოს უწყვეტი, ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და თითოეული საზოგადოების წევრისთვის

ხელმისაწვდომი. ასევე, სამედიცინო მომსახურება უნდა მოიცავდეს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, ჯანსაღ ცხოვრებას, დაავადებების პრევენციას, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის არის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, პალიატიური მზრუნველობა, ოჯახის დაგეგმვა, და აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

შემდეგი ცვლილება შეეხებოდა პალიატიურ მზრუნველობას, რომელიც აქტიური მრავალპროფილური მზრუნველობაა და მისი მთავარი ამოცანა არის ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა. ეგრეთ წოდებული სულიერი თანადგომა, რომელიც ავადმყოფ ადამიანებს უწევს სოციალურ და ფსიქოლოგიურ დახმარებას. სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა მოიცავს სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელ განხორციელებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას.

შემდეგი ცვლილება შევიდა სამედიცინო საქმიანობის, დაავადების დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პროფილაქტიკასთან, რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებულ საქმიანობასთან, რომელიც შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო მომსახურების ეთიკურ და პროფესიულ სტანდარტებს.

ასევე შეიტანეს კიდევ ერთი ცვლილება, რომელიც ეხება სამედიცინო ჩარევას. ანუ ნებისმიერ პროცედურას, მანიპულაციას, რომელსაც ატარებს სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით.

კანონს დაემატა კიდევ ერთი მუხლი, რომელიც ეხებოდა ინსტრუქციის შემუშავებას და დამტკიცებას, ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ.

კანონს ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ, დაემატა კიდევ ერთი პუნქტი, რომელიც შეეხებოდა ზემოხსენებული საშუალებების ხელმისაწვდომობას სამედიცინო და სამეცნიერო პერსონალის მიერ საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, რომელიც შესაბამისობაში უნდა იყოს საერთაშორისო სტანდარტებთან.

საქართველოში არსებული მკურნალობის პრაქტიკა

საქართველოში ქრონიკული ტკივილის მართვა, როგორც პალიატიური მზრუნველობის განუყოფელი ნაწილი 2004 წლიდან დაიწყო და დღემდე მრავალი ნაბიჯი გადაიდგა მისი განვითარებისათვის. აღნიშნული მოიცავს: საგანმანათლებლო აქტივობებს სამედიცინო განათლების ყველა დონეზე, მასთან ქრონიკული ტკივილის გაიდლაინისა და სხვა მრავალი სახელმძღვანელოების შემუშავება, საკანონმდებლო ცვლილებები, სტაციონარული თუ ამბულატორიული მომსახურების ცენტრების (კოსპისებისა და ამბულატორიული - ბინაზე მოვლის სამსახურების განვითარება თბილისისა და რეგიონებში). დღეისათვის ის წარმოადგენს სამედიცინო განათლების ყველა საფეხურის საგანმანათლებლო პროგრამის განუყოფელ ნაწილს, ხოლო ტკივილის მართვა კი სამედიცინო მომსახურების განუყოფელ ნაწილს. (მოწინიძე და სხვ., 2012).

მიუხედავად არსებული საკანონმდებლო ცვლილებებისა, საქართველოში ქრონიკული ტკივილის სრულფასოვანი შეფასება და მართვა ჯერ კიდევ საწყის ეტაპზეა და შორს არის სასურველი მოდელისაგან. დღესდღეობით პრობლემების ჩამონათვალი მოიცავს საგანმანათლებლო, საკანონმდებლო და პრაქტიკულ პრობლემებს. ამჟამად, ამბულატორიული სერვისები ვერ ფარავენ საქართველოს მთელს მასშტაბებს, მათი შინაარსი შორსაა მსოფლიოში აღიარებული მოდელისაგან, არ ფუნქციონირებს ტკივილის მართვის ცენტრები. სამედიცინო პერსონალის განათლება და გამოცდილება დახვეწას მოითხოვს და ამასთან, ტკივილის ადეკვატური მართვისათვის ქვეყანა არ არის უზრუნველყოფილი ჯანმოს ტკივილის მართვისათვის მინიმალური მედიკამენტების ჩამონათვალით, მწირია ხელმისაწვდომობა. ყოველივე ზემოხსენებულს კი ემატება ჯერ კიდევ საზოგადოებაში არსებული სტიგმა და გადამეტებული შიში ოპიოიდების სამედიცინო მიზნებისათვის გამოყენებისათვის.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში გამოვლენილი პრობლემები მოიცავს:

- პოლიკლინიკებში და სოფლის ამბულატორიებში ითხოვენ ოპიოიდების კომისიური წესით დანიშვნას, რაც ბევრ სირთულესთან არის დაკავშირებული. განსაკუთრებით რთულდება ოპიოიდების დანიშვნა არაონკოლოგიური ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტებში.
- ტკივილის მიზეზის და ფორმის ადეკვატური შეფასება და დოკუმენტირება არ ხდება.

შესაბამისი ცოდნის ნაკლებობის გამო სამედიცინო პერსონალში გართულებულია ოპიოდის პირველადი დოზის ესკალაცია/განსაზღვრა და ოპიოიდური მედიკამენტებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების მართვა და შეფასება.

ყოველივე ზემოაღნიშნული კი კვლავ მოითხოვს მუდმივ განათლებასა და კომპეტენციების ზრდას სამედიცინო თუ საზოგადოებრივი განათლების საქმეში, სერვისების გაფართოების მცდელობას, ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ზრდასა და ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტების მუდმივ მხარდაჭერას.

ქრონიკული ტკივილების მართვის რეგულაციები შეეხება ოპიოიდების დანიშვნას, რომელიც აუცილებელია ძლიერი ტკივილის გაყუჩებისათვის. ასევე, მკაცრი რეგულაციები ეხება ოპიოიდების გამოწერას საჭირო რაოდენობით. აღსანიშნავია, რომ თანამედროვე მსოფლიოში არსებული გამოცდილების და სიახლეების გაზიარება დღემდე არ ხორციელდება სათანადოდ ქრონიკული ტკივილის მართვაში, რაც არის ძლიერი ტკივილების და ტანჯვის მიზეზი, ქრონიკული ტკივილებით დაავადებულ პაციენტებში, რომელიც არის პაციენტის უფლებების უხეში დარღვევა. აღნიშნული პრობლემების, დასაძლევად აუცილებელია პროტოკოლების და გაიდლაინების შექმნა რათა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისთვის ხელმისაწვდომი გახდეს როგორც საქართველოში მოქმედი რეგულაციები ასევე ტკივილის მართვის საერთაშორისო რეკომენდაციები, რაც გააუმჯობესებს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ ტკივილის შემსუბუქების პროცესს ონკოლოგიურ და სხვადასხვა ქრონიკული ტკივილებით დაავადებულ პაციენტებში. საქართველოს მთავრობამ 2008-2011 წლებში, ქრონიკული ტკივილის წარმატებული მართვისა და სამედიცინო მიმართულებით ოპიოიდების გამოყენების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით მოახდინა ცვლილებები მარეგულირებელ დოკუმენტებში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანებით ბინაზე მყოფი, ამბულატორიული, ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტების პათოლოგიური სიმპტომების და ტკივილების მართვა სრულად გადაეცა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის სექტორს, სადაც მონაწილეობას ღებულობენ ოჯახის/სოფლის ექიმები. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მოვალეობას, პირველადი ჯანდაცვის რგოლი ვერ უზრუნველყოფს სრულყოფილად და სათანადოდ, რაც გამოწვეულია განათლების დეფიციტით, ქრონიკულ ტკივილის მართვაში.

გაიდლაინი განკუთვნილია და დაეხმარება მკურნალობის სწორად წარმართვაში, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ნებისმიერი პროფილის ექიმებს, რომლებიც მონაწილეობას ღებულობს ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მკურნალობასა და მართვაში. ასევე გაიდლაინები და რეკომენდაციები დაეხმარება სხვადასხვა პროფილის ექიმებსაც საქმიანობის სწორად წარმართვაში, მაგალითად, მობილური გუნდის ექიმებს, რომლებიც ბინაზე ზრუნავენ, ასევე სომატური სპეციალობის ექიმებს. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს კანონმდებლობით ზოგადი პრაქტიკის ექთანს არ არის უფლებამოსილი პირი ტკივილის მართვის პროცესში, თუმცა ექთანს შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს ტკივილის შეფასებაში.

1996 წელს განახლდა ჯანმოს სამსაფეხურიანი ტკივილის მართვის გაიდლაინი, რომელიც შემდგომში გახდა ოქროს სტანდარტი, როგორც ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის, ისე სომატური პაციენტების ქრონიკული ტკივილის კონტროლისათვის. ავტორების გადაწყვეტილებით, საბაზისო ძირითად დოკუმენტებად დამტკიცდა ჯანმოსა და ESMO გაიდლაინი, “ქრონიკული კიბოსმიერი ტკივილის მართვა – გაიდლაინი კლინიკური პრაქტიკისათვის” (2010) და SIGN „მოზრდილთა კიბოსმიერი ტკივილის მართვა“. აღნიშნულ ავტორთა ჯგუფს არ მოუძიებია სისტემური მტკიცებულებები, გაიდლაინის მომზადების

პროცესში ავტორთა ჯგუფმა მოახდინა წყარო გაიდლაინების და მათი მტკიცებულების ხარისხის კრიტიკული შეფასება. გაიდლაინებიდან რეკომენდაციები გადმოტანილი იყო კორექტირების გარეშე იმავე შინაარსით და სიზუსტით.

აღნიშნული ხელს შეუწყობს ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში კიბოსა და ტკივილის ადეკვატურ მართვას, რაც ინკურაბელურ პაციენტებს შესაძლებლობას მისცემს, რომ ცხოვრების საბოლოო ეტაპი ჰქონდეთ უმტკივნეულო და ღირსეული.

ქრონიკული ტკივილის გავლენა საზოგადოებაზე

დღეისათვის ყველასთვის ცნობილი ფაქტია ის, რომ ტკივილი უარყოფით გავლენას ახდენს არა მარტო პაციენტსა და ცალკეულ პირზე, ვინც ტკივილით იტანჯება, არამედ მთელ საზოგადოებაზე.

ევროპის ტკივილის შესწავლის საერთაშორისო ასოციაციამ 2001 წელს გამოქვეყნდა დოკუმენტი - „დეკლარაცია ტკივილის შესახებ“, გაამახვილა ყურადღება და მოუწოდა ევროკავშირის ქვეყნებს, რომ უფრო მეტად გამოკვეთოს ტკივილის უარყოფითი გავლენა და ზიანი საზოგადოებაზე, და კიდევ უფრო მეტად აამაღლონ მათი ცნობიერების დონე. 10 წლის გასვლის შემდეგ დეკლარაციის მიღებიდან, როდესაც მოხდა შედეგების გაანალიზება ნათელი გახდა, რომ კვლავაც ბევრი იყო გასაკეთებელი და გამოსაწორებელი თითქმის ყველა იმ სფეროში, რაც კი ტკივილს უკავშირდება. 2011 წლის 3-4 მაისს ბრიუსელში ჩატარდა სიმპოზიუმი სახელწოდებით „ტკივილის გავლენა საზოგადოებაზე“, რომელზეც ევროკავშირის მთავრობებმა ხელი მოაწერეს „მოქმედების გზამკვლევის“. მასში კვლავ აღინიშნა ტკივილის უარყოფითი გავლენა საზოგადოებაზე და დაისახა სამოქმედო გეგმა ტკივილის მკურნალობაში.

უამრავი ადამიანი განიცდის ტანჯვასა და ტკივილს, რასაც თან ახლავს უზარმაზარი ხარჯები, ეს ყოველივე მძიმე ტვირთად აწევს საზოგადოებას არა მარტო მომსახურების სფეროში, არამედ სოციალურ, ეკონომიკურ თუ დასაქმების სექტორებშიც.

აღიარებული უნდა იყოს ის, ტკივილი ადამიანისთვის არის დიდი ტანჯვა როგორც ფიზიკური ასევე სულიერი, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს როგორც პაციენტის ასევე მისი ახლობლების ცხოვრების ხარისხზე, აქედან გამომდინარე, ტკივილის ეფექტური მართვა პირველი რიგის პრიორიტეტი უნდა იყოს ჯანდაცვის სისტემისთვის.

ადამიანის ტკივილით გამოწვეული ტანჯვის შესამსუბუქებლად ტკივილის ეფექტური და ადეკვატური მართვა ერთადერთი საშუალებაა. ტკივილის სისტემატური შეფასება, ოპიოიდების და სხვადასხვა ძლიერი ტკივილგამაყუჩებლების სწორი გამოყენება, როგორც მოწოდებულია ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სამსაფეხურიან გაიდლაინში, ხელს შეუწყობს პაციენტის ტკივილის შემსუბუქებას და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით 5,5 მილიარდი ადამიანი (მსოფლიო მოსახლეობის 83%) ცხოვრობს ქვეყნებში, რომლებსაც აქვთ დაბალი წვდომა ზომიერი და მძიმე ტკივილის სამკურნალოდ. ყოველწლიურად ამ ქვეყნებში ათობით მილიონ პაციენტს არა აქვს ადეკვატური მკურნალობა. ასევე, მიუხედავად ეფექტურობის ძლიერი მტკიცებულებისა, ოპიოიდური დამოკიდებულების მკურნალობა ხანგრძლივი მოქმედების ოპიოიდებით - ცნობილი როგორც ოპიოიდური შემანარჩუნებელი თერაპია (OMT)3 - ხშირად მიუწვდომელია.

კონტროლირებადი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობისა და სათანადო გამოყენების უზრუნველსაყოფად, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას აძლევს მთავრობებს საშუალება მისცენ ჯანდაცვის პროფესიონალებს დანიშნონ, გასცენ და გამოიყენონ ისინი ჯანმო-ს პოლიტიკისა და მკურნალობის გაიდლაინების შესაბამისად, პაციენტების ინდივიდუალური სამედიცინო საჭიროებების შესაბამისად. ჯანმო მხარდაჭერას უწევს ქვეყნებს, რათა დაეხმაროს მათ კონტროლირებადი ნივთიერებების ეროვნულ პოლიტიკაში ბალანსის მიღწევაში და კონტროლირებადი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაში.

ჯანმოს როლი და მანდატები ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციების მიხედვით

ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ ერთიანი კონვენციის მიხედვით, საჭიროა კოორდინირებული და უნივერსალური მოქმედება. კონვენცია ითვალისწინებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების გამოყენებას ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების შედეგად ჯანმრთელობისა და სოციალური ზიანის პრევენციისა და შემცირების მიზნით. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ყველა პრაქტიკულ ზომას ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციისთვის და ჩართული პირების ადრეული იდენტიფიკაციის, მკურნალობის, განათლების, შემდგომი მოვლის, რეაბილიტაციისა და სოციალური რეინტეგრაციის მიზნით.

დასკვნა

საქართველოში ქრონიკული ტკივილის მართვა რჩება ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად, რომელიც გამოიხატება სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი ცოდნა-გამოცდილებით დაბალი პროფესიონალიზმით და ნარკოტიკული საშუალებების მცირე რაოდენობის მოხმარებით, რაც გამოწვეულია ბიუროკრატიული ბარიერებით, რასაც აწყდება ექიმები ძლიერი ქრონიკული ტკივილებით შეპყრობილი პაციენტების მკურნალობაში.

საქართველოში მოძიებული ინფორმაციისა და ჩატარებული კვლევის საფუძველზე ვლინდება, რომ ტკივილის მართვის სერვისების მიმართ საქართველოში მოღვაწე ექიმები და ექთნები განიცდის ინფორმაციის ნაკლებობას, სიახლეების, კანონების (ნარკოტიკული მედიკამენტების) შესახებ. თუმცა ზემოთ აღწერილი ხარვეზების და ნაკლოვანებების მიუხედავად ტკივილის მართვის სემინტში მაინც გვაქვს წინგადადგმული ნაბიჯები და პროგრესი. ამას ადასტურებს გაუტკივარების ახალი მეთოდების დანერგვა: ნერვის ბლოკადები, ეპიდურული და რეგიონალური ანესთეზიები ქრონიკულ თუ მწვავე ტკივილით შეპყრობილ პაციენტებში, ასევე, პროგრესად შეიძლება ჩაითვალოს ტკივილის მართვის ცენტრი, რომელიც ოფიციალურად ჩამოყალიბდა საქართველოში და უძღვებიან წარმატებული და პროფესიონალი ტკივილის მართვის სპეციალისტები. აღსანიშნავია, ისიც, რომ ექიმებისთვის და ექთნებისთვის სტეროიდული თუ არასტეროიდული მედიკამენტების ჩამონათვალი და ხელმისაწვდომობა გაიზარდა რაც წინგადადგმულ ნაბიჯად შეიძლება ჩაითვალოს.

საქართველოში საკანონმდებლო ცვლილებების ფონზე დადებითად აისახა გასულ წლებთან შედარებით ოპიოიდების მოხმარების მაჩვენებელი ტკივილის მართვაში. თუმცა ისევ რჩება დაბალი და ძალიან დაბალი მოხმარების ზღვარზე. კვლევამ აჩვენა საქართველოში ტკივილის მართვის სერვისებში არსებული ხარვეზები, რომელთა გადაჭრა მნიშვნელოვანია განათლების, ინფორმირებულობისა და შესაბამისი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების გზით.

აუცილებელია უცხოელი სპეციალისტების მოწვევა. საერთაშორისო კონვენციების მოწყობა და მათი გამოცდილების გაზიარება კლინიკურ პრაქტიკაში. ასევე ქართველი მედიცინის მუშაკების პერიოდული მივლინება იმ ქვეყნებში და სამედიცინო დაწესებულებებში სადაც ტკივილის მართვის ცენტრები არსებობს და აქვთ სათანადო გამოცდილება.

საქართველოში არ არსებობს ტკივილის მართვის მიმართულებით სამედიცინო პერსონალის გადამზადების კურსები, სადაც გაეცნობოდნენ ტკივილის მართვის უახლოეს თანამედროვე მიდგომებს.

რეკომენდირებულია, ტკივილის მართვის სპეციალიზებული ცენტრების დაარსება რეგიონებში, რომლებიც აღჭურვილი იქნება სათანადო პროფესიონალებით და მოწინავე მკურნალობის მეთოდებით, პაციენტებისათვის ქრონიკული ტკივილის კომპლექსური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. საჭიროა, სამედიცინო პერსონალის განათლების ამაღლება და პრაქტიკაში არსებული ხარვეზების აღმოფხვრა. ქვეყანაში ტკივილის

მართვისთვის ჯანმოს მიერ რეკომენდირებული მინიმალური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ძოწენიძე ფ, რუხაძე თ, აბესაძე ი. (2012). ქრონიკული ტკივილის მართვა” კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის. https://www.tsmu.edu/lib/d_training/files/gu01.pdf
- INCB. (2018). Narcotic Drugs — Estimated World Requirements for 2018 — Statistics for 2016. International Narcotics Control Board. (accessed 12/14/2024). https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf
- INCB (2016). Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board. (accessed 12/14/2024) https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supplement-AR15_availability_English.pdf
- King NB, Fraser V. (2013). Untreated pain, narcotics regulation, and global health ideologies. *PLoS Med.* 10(4):e1001411. doi: 10.1371/journal.pmed.1001411.
- McGhie J, Grady K. (2016). Where now for UK chronic pain management services? *Br J Anaesth.* 116(2):159-62. doi: 10.1093/bja/aev447.
- WHO. (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. "Attaining the Nine Global Noncommunicable Diseases Targets; a Shared Responsibility". World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf (accessed 12/14/2024).
- WHO. (2000). Narcotic and psychotropic drugs: achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. World Health Organization. (accessed 12/14/2024) <https://iris.who.int/handle/10665/66496>
- Williams ACC, Craig KD. (2016). Updating the definition of pain. *Pain.* 157(11):2420-2423. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613.



The Impact of Behavioral Economics on Consumer Decision-Making in The Insurance Industry

ქვევითი ეკონომიკის გავლენა სამომხმარებლო გადაწყვეტილების მიღებაზე
სადაზღვევო ინდუსტრიაში

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.09>

ანა საყვარელიძე^{1ა}

Ana Sakvarelidze^{1a}

¹ ეკონომიკის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Economics, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

Abstract

Introduction: Traditionally, economic theories propose that individuals make decisions based on rational analysis of risks and benefits. However, behavioral economics suggests that cognitive biases and psychological factors can lead to reactions that deviate from rationality. This paper investigates how these effects, such as framing, overconfidence, and loss aversion can shape consumer choices when we are navigating in the insurance industry. **Methods:** By using a multifarious methodological approach, that analyzes secondary data and different literary sources. **Results:** The analysis reveals that psychological biases such as framing, risk aversion, and overconfidence significantly influence behavior in the insurance industry. These biases lead consumers to make decisions that diverge from the traditional rational model. **Conclusion:** The following research concludes that mental shortcuts and emotions impact how we choose insurance rather than pure logic. To help consumers make better decisions insurance companies should consider these behaviors for a more efficient market in the future.

Keywords: Behavioral Economics, Consumer Decision-Making, Insurance Industry, Cognitive Biases, Risk Perception, Policy Design.

Quote: Ana Sakvarelidze. The Impact of Behavioral Economics on Consumer Decision-Making in The Insurance Industry. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2).

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.09>

აბსტრაქტი

შესავალი: ტრადიციულად, ეკონომიკური თეორიების მიხედვით, ინდივიდები იღებენ გადაწყვეტილებებს რისკებისა და სარგებლის რაციონალური ანალიზის საფუძველზე. თუმცა, ქვევითი ეკონომიკა ვარაუდობს, რომ კოგნიტიურმა მიკერძოებამ და ფსიქოლოგიურმა ფაქტორებმა შეიძლება გავლენა მოახდინონ რაციონალურობის იდეაზე. ნაშრომის მიზანია ქვევითი ეკონომიკის გავლენის შესწავლა სადაზღვევო ინდუსტრიაში გადაწყვეტილების მიღებაზე. **მეთოდოლოგია:** მრავალმხრივი მეთოდოლოგიური მიდგომის გამოყენებით,

^a annasakvarelidze65@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5347-794X>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc BY-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

განალიზდა მეორადი მონაცემები და სხვადასხვა ლიტერატურული წყაროები. **შედეგები:** ანალიზი ცხადყოფს, რომ ფსიქოლოგიური მიკერძოება, როგორცაა ჩარჩოს ეფექტი, რისკის არმიღება და გადაჭარბებული თავდაჯერებულობა, მნიშვნელოვნად მოქმედებს სადაზღვევო ინდუსტრიაში მომხმარებლის ქცევაზე. ეს მიკერძოება იწვევს მომხმარებელთა გადაწყვეტილებების მიღებას, რომლებიც განსხვავდება ტრადიციული რაციონალური მოდელისგან. **დასკვნა:** შემდეგი კვლევა ასკვნის, რომ არა სუფთა ლოგიკა, არამედ გონებრივი მიკერძოება და ემოციები გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ვირჩევთ დაზღვევას. იმისათვის, რომ მომხმარებლებმა უკეთესი გადაწყვეტილებები მიიღონ, სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა განიხილონ შემდეგი ქცევები მომავალში და ხელი შეუწყონ ეფექტური ბაზრის განვითარებას.

საკვანძო სიტყვები: ქცევითი ეკონომიკა, მომხმარებელთა გადაწყვეტილებების მიღება, სადაზღვევო ინდუსტრია, კოგნიტური მიკერძოება, რისკის აღქმა, პოლიტიკის დიზაინი.

ციტატა: ანა საყვარელიძე. ქცევითი ეკონომიკის გავლენა სამომხმარებლო გადაწყვეტილებების მიღებაზე სადაზღვევო ინდუსტრიაში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.09>

Introduction

In the traditional economics environment, many theories highlight the idea that individuals can process information rationally, act in their self-interest, and make decisions to maximize their wealth or income. The emergence of behavioral economics in the insurance sphere revealed different approaches connected to the human decision-making process. In reality, cognitive biases, emotional factors, and social norms guide the actions of individuals which can from time to time deviate from the rational model.

The exploration of behavioral factors influencing insurance decisions is vital in today's rapidly evolving economic landscape. Individuals face an increasing number of uncertainties from natural disasters, financial instability, and economic crises. Connected to this idea, plentiful studies have identified market anomalies that contradict traditional economic theories indicating that investors and consumers often react irrationally to news and events. It leads to the mispricing of assets and a variety of financial choices especially in an uncertain environment (Shiller, 2005). Despite the numerous theories, such as the Rational Choice Theory and Efficient Market Hypothesis, which highlight rational decision-making based on obtainable information, the rational choice model does not fully capture human behavior.

The controversy about scientific evidence for the influence of behavioral economics on insurance purchasing decisions has raged unabated for over a century. A lot of scholars and observers have already drawn attention to the paradox and have raised questions connected to this topic. A distinctive study showed that 45% of respondents exhibited overconfidence in their ability to assess risks, which caused a higher likelihood of underinsuring or foregoing insurance altogether (Buzatu, 2013). Furthermore, it is important to understand the psychological and social patterns in this sector and provide efficient insights for policymakers and regulatory bodies to contribute to a more resilient economy and society.

The following paper aims to examine the connection between behavioral factors and insurance purchasing decisions, specifically in both developed and developing countries. In-depth, the study seeks to examine the impact of risk perception, social influences, and cognitive biases on consumer behavior. Ultimately, the following research pursues to contribute to the evolution of effective insurance strategies and improving financial security for individuals in developed and developing economies.

Research Questions:

- What are the main behavioral factors that influence insurance purchasing decisions among customers in developed countries?
- How do risk perception and psychological factors alter the likelihood of individuals purchasing insurance?

- How can insurance companies and regulatory bodies effectively address the following circumstances and make improvements?

Methodology

In the following study, we examine the effect of behavioral economics on the insurance decision-making process by conducting a systematic in-depth review of the secondary literature and case studies. Several peer-reviewed articles, scientific journals, and books were retrieved from reputable academic databases, specifically Google Scholar, ResearchGate, and ScienceDirect. The following articles were selected based on their relevance, actuality, and importance to the intersection of behavioral economics and the insurance sector.

The inclusion criteria for the selected studies are publications within recent years that are peer-reviewed. The vast majority of studies are largely based on quantitative and observational studies. Additionally, they focus on behavioral economics and the insurance sector, and the researches are written in English. The study fully relies on the combination of existing research in the following field. Its main goal is to provide an understanding of the current state of knowledge and introduce some new viewpoints regarding this topic. Ethical considerations were minimal since publicly available secondary data was used and proper citations were provided for academic integrity.

Literature Review

Insurance decision-making has evolved beyond traditional economic frameworks to incorporate behavioral aspects that significantly influence coverage and purchasing choices. Recent research has shown how behavioral factors, including risk perception, emotions, loss aversion, and framing effects shape insurance demand. There are several key puzzles in insurance markets, particularly regarding insufficient coverage demand and the impact of behavioral biases on decision-making.

Behavioral economics challenges the idea that consumers are purely rational individuals and their decisions are not influenced by mental shortcuts or heuristics. All of these factors can lead to less-than-optimal outcomes, which makes this narrative pivotal for the insurance industry. How can a deeper understanding of human behavior help both insurers and consumers to make informed decisions? This question lies at the core of debate between researchers which can enhance consumer outcomes and ensure ethical practices in the future.

Belissa et al. (2020) argue that risk aversion enhances insurance demand while doubt aversion reduces it based on their study of Ethiopian farmers' index-based insurance decisions. Researchers studied Ethiopian farmers to understand how they make decisions about buying weather-related insurance. The outcome deviated from the traditional economic model which was the basis of the insurance industry for past decades. They found that farmers who worry more about risks are more likely to buy insurance to protect themselves from bad weather and natural disasters. However, many farmers refuse to purchase insurance policies since they are uncertain about the feasibility of the tragic events occurring (Corcos, Montmarquette, & Pannequin, 2020).

Additionally, the author demonstrates that emotional responses affect insurance purchasing decisions - fear increases willingness to pay for insurance while anger substantially decreases it. The researchers experimented and created a simulation of terrorist attacks to examine how emotions influence insurance purchasing behavior and public spending decisions. Their findings demonstrate that emotional states and traumatic responses to tragic events significantly impact insurance decision-making (Corcos, Montmarquette, & Pannequin, 2020).

Sum and Nordin (2018) make a similar point in their study that insurance purchasing decisions are heavily influenced by emotional factors. Studies show that people are willing to pay more for insurance when they have strong emotional attachments to the insured objects. More specifically, people with a greater affection for an item anticipate more pain from its loss, which makes them willing to pay higher premiums for insurance to protect the following object and create a sense of consolation for themselves. This hypothesis was shown in specific historical scenarios, such as increased terrorism

insurance purchases near the World Trade Center after the 9/11 terrorist attack. Additionally, people are most likely to buy insurance coverage immediately after experiencing or witnessing natural disasters. However, this tendency decreases as memories of the individual fade (Md.Sum & Nordin, 2018).

Conversely, Harrison (2013) believes that traditional models of risk preferences, rationality, and subjective beliefs can adequately explain consumer behavior without invoking behavioral anomalies. This suggests that consumers often act in ways that align with established economic theories, such as Expected Utility Theory (EUT), rather than exhibiting irrational behavior. The author explains that in the Expected Utility Theory model individuals choose the option which maximizes their expected utility and their decisions reflect their rational preferences and risk tolerance (Harrison, 2023).

The author points out that introducing behavioral factors can complicate the analysis without necessarily providing additional explanations. This complexity may lead to confusion and can cause the misinterpretation of real-world scenarios and actual consumer behavior, which makes it more challenging to create actionable insights. By focusing on the data at the individual level, researchers can identify patterns that align with rational decision-making and can reduce the need to incorporate behavioral factors (Harrison, 2023).

Buzatu (2013) disagrees with this statement and thoroughly explains that insurance decisions can be made impulsively and irrationally which goes beyond the traditional economic approach and is heavily impacted by factors such as risk perception, loss aversion, lack of information, uncertainty, framing, biases, and behavioral patterns. For example, high transaction costs associated with gathering insurance information can deter individuals from purchasing it. He highlights that "overestimation of insurance premium and the existence of high costs... will inevitably lead to giving up insurance" (Buzatu, 2013).

He also discusses the concept of "mental accounts" where individuals perceive income constraints as an irrational reason to forego insurance. In this case, he discloses the thoughts of the following individuals: "If I cannot afford insurance means that I do not 'allow' the asset maintenance in the current form". Additionally, Buzatu appreciates the Insurance Supervisory Commission's initiative in regulating insurance intermediaries and processes. He strongly believes that corroborated evidence speaks volumes about this topic and it needs to be studied in depth in the future. He suggests that in this case, well-equipped insurance agents are integral messengers of the necessary insurance information and the bridge between the insurance businesses and customers (Buzatu, 2013).

Dragos, Dragos, and Muresan (2020) emphasize that perceptions of insurance products significantly affect purchasing behavior. There is a substantial gap between the intention to make an insurance purchase and to take action to fulfill the following process. The main facilitator in narrowing this gap is the combination of psychological factors and cognitive biases. Authors argue that when consumers perceive insurance primarily as protection rather than an investment, their likelihood of purchasing policies significantly increases (Dragos & Muresan, 2020).

In the context of behavioral factors, trust, and other emotional factors play a pivotal role in the insurance sector. Studies have shown that poor experience and a lack of trust in insurance companies can significantly hinder purchasing intentions. Trust is important in developed and developing markets where past experiences with insurers can shape consumer confidence and future purchasing behavior. In contrast, individuals with higher trust are more likely to intend to buy and purchase insurance. (Dragos, Dragos, & Muresan, 2020).

Bednarz, Lewis, and Sadowski (2025) argue that creating cognitive biases and emotional factors such as incentive-based programs are deeply rooted in behavioral economics principles. They aim to modify consumer behavior through rewards and psychological nudges. For example, Vitality's model effectively illustrates how insurance companies develop behavioral insights to influence consumer choices which leads to improved health outcomes and reduced risks for both individuals and insurers (Bednarz, Lewis, & Sadowski, 2025).

The Vitality scheme exemplifies "wellness capitalism," where financial incentives are structured to encourage policyholders to engage in healthier lifestyles. The authors note that this approach consists

of a combination of data collection, behavioral nudging, and personalized feedback mechanisms to drive consumer engagement and purchasing decisions (Bernarz, Lewis, & Sadowski, 2025).

Specifically, participants can earn Vitality Points through various health activities, which in turn helps them earn discounts on insurance premiums and gives them significant financial or moral incentives to continue this process. This framework aligns with the behavioral economics concept of "loss aversion," where the fear of losing potential rewards motivates individuals to alter their behaviors favorably. As a result, consumers take actions that minimize the feasible loss even when those actions may not be the most rational in terms of long-term gain (Bernarz, Lewis, & Sadowski, 2025).

Serfilippi, Carter, and Guirkingner (2020) discuss the concept of valuing certainty, framing effects, emotional factors, and their importance in connecting behavioral economics and insurance purchasing decisions. The authors highlight that traditional economic theories, such as Expected Utility Theory (EUT), often fail to perceive the complexities of human behavior when dealing with risk and uncertainty. In this case, the Allais paradox is a great illustration of the fact that individuals tend to overvalue certain outcomes compared to uncertain ones. Even if the risky option could give a larger reward people often prefer a guaranteed smaller gain. This observation leads to the conclusion that people might undervalue insurance products that involve a certain cost in exchange for uncertain benefits. This results in a lower demand for such products than predicted by Expected Utility Theory (Serfilippi, Carter, & Guirkingner, 2020).

According to the field experiment conducted in Burkina Faso, the authors suggest that farmers' willingness to pay increases by about 10% when insurance premiums are framed as uncertain (rebate framing), specifically in the standard contracts. This increase in willingness to pay is due to the phenomenon of discontinuous preference for certain (DPC). The following term refers to a behavioral trait where individuals are more willing to take risks when the outcome is inexact compared to situations when the result is certain. In layman's terms, when people are offered a guaranteed outcome, they are more cautious and make guarded decisions while taking risks. However, when individuals are faced with uncertainty, such as gambling or making investment decisions, they may become more risk preferring in the hope that they will have a higher reward. For these farmers, the certainty of the premium payment is particularly burdensome, while vagueness alleviates the drain (Serfilippi, Carter, & Guirkingner, 2020).

Prominently, understanding these behavioral patterns and tendencies carries valuable meaning and importance for designing insurance products that better meet the needs of the consumer, particularly in low-income countries. Understanding behavioral patterns, cognitive biases, and psychological factors and choosing the appropriate framing for the insurance contracts and policies can increase consumer uptake, upsurge the investment in this sphere, and improve the overall well-being of society shortly (Serfilippi, Carter, & Guirkingner, 2020).

Limitations

While the following research paper provides a comprehensive review of the existing literature on the connection between consumer decision-making in the insurance sector and behavioral economics, several limitations must be acknowledged. These include the limited scope of literature presented since the review primarily focuses on studies published in the past decade. Furthermore, the following paper includes a relatively small sample size of secondary literature. Additionally, the research is based on numerous scientific researches and it does not include primary data collection and analysis. The following reliance on the existing literature means that the findings are influenced by the limitations, biases, and methodologies of the previous studies.

Additionally, while the paper combines a variety of perspectives from the researchers it may not fully consider the regional and cultural differences when it comes to consumer behavior in various insurance markets. Future research that incorporates primary data from varied populations could provide a more comprehensive view of behavioral insurance decision-making.

Conclusion

In summation, there is a well-established idea that people make rational choices when purchasing insurance to maximize their benefits and reduce feasible incurred costs. This perspective is grounded in the idea that humans are logical decision-makers who evaluate options carefully to achieve the best outcome. However, recent evidence shows that people can deviate from the rational approach when they are under the influence of emotions, cognitive biases, heuristics, and psychological nudges.

This reveals and highlights both sides of the research: while rationality plays an integral role and is a foundation for the actions of human beings, irrational behaviors increasingly shape decision-making in the insurance domain. This combination makes it clear that understanding insurance decision-making requires looking at both behavioral and rational factors. While significant progress has been made in studying human rationality in the following sphere, it is imperative to focus deeply on behavioral factors. The growing cascade of evidence and increasing relevance of this topic make it essential to uncover all the nuances of the behavioral influences on the insurance sector.

In the future, it is important to explore this topic further. More experiments and real-life studies are needed to ensure how behavioral patterns develop in different situations and for versatile groups of people. Combining rational and behavioral approaches can provide a more complete picture and help us to perceive both of them in depth. Finally, creating tools or programs can help people to better understand their options and evaluate common biases. All these strategies and actions taken could improve how insurance policies are designed and chosen.

By continuing to study and test these ideas, researchers, businesses and policyholders can provide valuable insights into improving both, insurance products and the decision-making process for consumers, as well as, creating more comprehensive and effective models of consumer behavior in the future insurance industry.

Bibliography

Bernarz, Z., Lewis, K., & Sadowski, J. (2025). 'It's not personal, it's strictly business': Behavioural insurance and the impacts of non-personal data on individuals, groups and societies. *Computer Law & Security Review*, 56, 1-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clsr.2024.106096>

Buzatu, C. (2013). The Influence of Behavioral Factors on Insurance Decision - a Romanian Approach. *Procedia Economics and Finance*, 6, 31-40. doi:[https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(13\)00110-X](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(13)00110-X)

Corcos, A., Montmarquette, C., & Pannequin, F. (2020). How the demand for insurance became behavioral. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 180, 590-595. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2020.09.001>

Dragos, S. L., Dragos, C. M., & Muresan, G. M. (2020). From intention to decision in purchasing life insurance and private pensions: different effects of knowledge and behavioural factors. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 87, 1-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socec.2020.101555>

Harrison, W. G. (2023). The End of Behavioral Insurance. *Handbook of Insurance*, 1-39. Retrieved December 19, 2024. <https://cear.gsu.edu/files/2024/01/CEAR-WP-2023-06-The-End-of-Behavioral-Insurance.pdf>

Md.Sum, R., & Nordin, N. (2018). Decision-Making Biases in Insurance Purchasing. *Journal of Advanced Research in Social and Behavioral Sciences*, 10(2), 165-19. Retrieved December 19, 2024, from https://www.researchgate.net/profile/Rabihah-Mdsum/publication/324246281_Decision-Making_Biases_in_Insurance_Purchasing/links/5ac6e395a6fdcc8bfc7f866c/Decision-Making-Biases-in-Insurance-Purchasing.pdf

Serfilippi, E., Carter, M., & Guirkingner, C. (2020). Insurance contracts when individuals “greatly value” certainty: Results from a field experiment in Burkina Faso. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 180, 731-743. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.07.017>

Shiller, R. J. (2005). *Irrational Exuberance* (Second Edition). Princeton, New Jersey: Princeton University Press. doi:<https://www.jstor.org/stable/j.ctt7st4s>



მედიკამენტების ფალსიფიცირება როგორც გლობალური ჯანდაცვის პრობლემა

Medicine counterfeiting as a global health problem

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.10>

გიორგი სადღობელაშვილი^{1a}, ლაშა სიჭინავა^{1b}

Giorgi Sadghobelashvili^{1a}, Lasha Sichinava^{1b}

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

¹ Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

შესავალი: მედიკამენტების გაყალბება და ფალსიფიკაცია გლობალური ჯანმრთელობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა, რომელიც საფრთხეს უქმნის პაციენტების სიცოცხლეს, ხელს უშლის ჯანდაცვის სისტემების მდგრადობას და ქმნის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის სერიოზულ რისკებს. აღნიშნული კვლევა მიზნად ისახავს ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების გლობალური გავრცელების მასშტაბების, მათი გამოწვევი მიზეზებისა და შედეგების სიღრმისეულ ანალიზს. **მეთოდოლოგია:** დამუშავდა და გაანალიზდა შესაბამისი ლიტერატურიდან მოძიებული თეორიული მასალა. **შედეგები:** კვლევის შედეგები ხაზს უსვამს ფალსიფიცირებული მედიკამენტების უარყოფით გავლენას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ეკონომიკის სფეროებზე, რაც გამოიხატება წამლების მიმართ რეზისტენტობის განვითარებით, მკურნალობის წარუმატებლობით და პაციენტთა ნდობის დაკარგვით ჯანდაცვის სისტემების მიმართ. ნაშრომი აჩვენებს პრევენციისა და გამოვლენის ეფექტიანი სტრატეგიების, მათ შორის ტექნოლოგიური ინოვაციებისა და მარეგულირებელი ღონისძიებების დანერგვის, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების და საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერების მნიშვნელობას. კვლევა ხაზს უსვამს კოორდინირებული ძალისხმევის აუცილებლობას, რომელშიც ჩართული იქნება საერთაშორისო ორგანიზაციები, მთავრობები და კერძო სექტორი, რათა შემცირდეს ფალსიფიცირებული მედიკამენტების გავრცელება და უზრუნველყოფილი იქნას პაციენტების უსაფრთხოება. **დასკვნა:** სანდო გლობალური ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვის ჩამოყალიბების საფუძველია ტექნოლოგიების უწყვეტი განვითარება, გაძლიერებული მარეგულირებელი ჩარჩოები, საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა და მყარი საერთაშორისო თანამშრომლობა. ამ მიზნის მიღწევა მოითხოვს ყველა დაინტერესებული მხარის — მთავრობების, საერთაშორისო ორგანიზაციების, ფარმაცევტული კომპანიების, ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და მომხმარებლების — კოორდინირებულ და ერთიან ძალისხმევას.

საკვანძო სიტყვები: მედიკამენტების გაყალბება, გლობალური ჯანმრთელობა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, ფარმაცევტული კომპანიები.

^a giorgi.sadghobelashvili572@sps.tsu.edu.ge (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)

^b lasha.sichinava758@sps.tsu.edu.ge



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc by-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

ციტატა: გიორგი სადგობელაშვილი, ლაშა სიჭინავა. მედიკამენტების ფალსიფიცირება როგორც გლობალური ჯანდაცვის პრობლემა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.10>

Abstract

Introduction: Counterfeit and falsified medicines are one of the most important global health challenges, endangering patients' lives, undermining the sustainability of healthcare systems and creating serious risks to public health. This study aims to provide an in-depth analysis of the global scale, causes and consequences of counterfeit and falsified medicines. **Methodology:** Theoretical material from relevant literature was processed and analyzed. **Results:** The results of the study highlight the negative impact of counterfeit medicines on public health and the economy, which is manifested in the development of drug resistance, treatment failure and loss of patient trust in healthcare systems. The paper demonstrates the importance of effective prevention and detection strategies, including the introduction of technological innovations and regulatory measures, raising public awareness and strengthening international cooperation. The study highlights the need for a coordinated effort involving international organizations, governments and the private sector to reduce the spread of counterfeit medicines and ensure patient safety. **Conclusion:** The foundation for a reliable global pharmaceutical supply chain is the continuous development of technologies, strengthened regulatory frameworks, increased public awareness and strong international cooperation. Achieving this goal requires a coordinated and united effort from all stakeholders — governments, international organizations, pharmaceutical companies, healthcare professionals and consumers.

Keywords: counterfeit medicines, global health, public health, pharmaceutical companies.

Quote: Giorgi Sadgobelashvili, Lasha Sichinava. Medicine counterfeiting as a global health problem. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.10>

შესავალი

მედიკამენტების გაყალბება და ფალსიფიკაცია გლობალური ჯანმრთელობის ერთ-ერთი უდიდესი გამოწვევაა. ყალბი მედიკამენტების გავრცელება საფრთხეს უქმნის არა მხოლოდ ინდივიდების ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს, არამედ ჯანდაცვის მსოფლიო სისტემების მთლიანობას უშლის ხელს. ეს პროდუქტები შეიძლება შეიცავდეს არასწორ ინგრედიენტებს, აქტიური ინგრედიენტების არასაკმარის რაოდენობას ან მავნე ნივთიერებებს, რამაც შეიძლება ჯანმრთელობის სერიოზული რისკი და უარეს შემთხვევაში სიკვდილი გამოიწვიოს.

ფალსიფიცირებული მედიკამენტები შექმნილია რეალური მედიკამენტების იმიტაციისთვის. ყალბი მედიკამენტები არის პროდუქცია, რომლებიც არ შეესაბამება ინტელექტუალური საკუთრების უფლებებს ან არღვევს სასაქონლო ნიშნის კანონს (European Medicines Agency, 2016). როგორც ყალბი, ისე ფალსიფიცირებული მედიკამენტები მნიშვნელოვან რისკებს უქმნის პაციენტის უსაფრთხოებასა და ჯანმრთელობას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სამედიცინო პროდუქტების დაახლოებით 10% არის უხარისხო ან ფალსიფიცირებული (WHO, 2024). ეს მაჩვენებელი არსებით საფრთხეს უქმნის გლობალურ ჯანდაცვის უსაფრთხოებას, რადგან ფალსიფიცირებულმა მედიკამენტებმა შეიძლება გააძლიეროს წამლების წინააღმდეგობა, ხელი შეუწყოს დაავადებების გავრცელებას და გამოიწვიოს ჯანდაცვის სისტემებისადმი ნდობის დაკარგვა.

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების პრევალენტობა გლობალურად განსხვავებულია, თუმცა გავლენას ახდენს როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებზე. ჯანმო-ს მონაცემებით, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 10-დან 1 სამედიცინო პროდუქტი არის უხარისხო ან ფალსიფიცირებული (WHO, 2024). ეს საგანგაშო სტატისტიკა ხაზს უსვამს პრობლემის მასშტაბებს და მის გადასაჭრელად კოორდინირებული

საერთაშორისო ძალისხმევის გადაუდებელ აუცილებლობას. ზოგიერთ რეგიონში, განსაკუთრებით აფრიკისა და აზიის ნაწილებში, ყალბი მედიკამენტების პრევალენტობა შეიძლება კიდევ უფრო მაღალი იყოს და 30%-მდე მიაღწიოს (Blackstone et al., 2014). ანალიტიკოსების შეფასებით, ყალბი მედიკამენტებით გლობალური ვაჭრობა ყოველწლიურად \$200-432 მილიარდამდე მერყეობს (Ofori-Parku, 2022).

კვლევის მიზანია გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მწვავე პრობლემასთან – მედიკამენტების გაყალბებასა და ფალსიფიკაციასთან – დაკავშირებული საკითხების შესწავლა. კერძოდ, კვლევა მიზნად ისახავს:

- ფალსიფიცირებული მედიკამენტების პრევალენტობის მასშტაბებისა და მათი ზეგავლენის შეფასებას პაციენტების ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებაზე.
- მედიკამენტების გაყალბებისა და ფალსიფიკაციის გამომწვევი მიზეზების, გლობალური დონის საფრთხეების და რეგიონალური განსხვავებების გაანალიზებას.
- საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე ფალსიფიცირებული მედიკამენტების გავრცელების პრევენციის ეფექტიანი სტრატეგიების შესწავლას.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების სახეები

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების შემდეგი სახეები არსებობს:

1. **არასწორი ინგრედიენტები:** მედიკამენტები, რომლებიც შეიცავენ არასწორ ან მავნებელ ინგრედიენტებს, ნაცვლად განსაზღვრული აქტიური ფარმაცევტული ინგრედიენტებისა. ამ ყალბმა მედიკამენტებმა შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე გვერდითი მოვლენები ან სიკვდილი.

2. **უხარისხო ინგრედიენტები:** მედიკამენტები, რომლებიც შეიცავენ აქტიური ფარმაცევტული ინგრედიენტებს არასწორი დოზებით ან უხარისხო ინგრედიენტებით. ამ უხარისხო მედიკამენტებმა შეიძლება არ უზრუნველყოს სავარაუდო თერაპიული ეფექტი, რაც იწვევს მკურნალობის წარუმატებლობას.

3. **აქტიური ინგრედიენტების გარეშე:** მედიკამენტები, რომლებიც არ შეიცავენ აქტიური ფარმაცევტული ინგრედიენტებს. ეს ყალბი პროდუქტები არსებითად პლაცებოა და შეიძლება განსაკუთრებით საშიში იყოს სიცოცხლისათვის საშიში პირობების სამკურნალოდ, როგორცაა მაღარია ან აივ/შიდსი.

4. **ფალსიფიცირებული შეფუთვა:** მედიკამენტები, რომლებიც იყენებენ ნამდვილ ან თითქმის იდენტურ შეფუთვას, მაგრამ შეიცავენ ყალბ ან უხარისხო ინგრედიენტებს. ამ ტიპის გაყალბება ხშირად შეცდომაში შეჰყავს ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და პაციენტებს.

5. **ვადაგასული მედიკამენტები:** ლეგიტიმური მედიკამენტები, რომლებსაც ვადა გაუვიდა, მაგრამ ხელახლა შეფუთულია და იყიდება ახალი პროდუქტის სახით. ვადაგასულმა მედიკამენტებმა შეიძლება დაკარგოს პოტენცია და საფრთხე შეუქმნას ჯანმრთელობას.

მოგების მაღალი მარჟა და გამოვლენისა და დასჯის შედარებით დაბალი რისკი ამ არალეგალურ საქმიანობას განსაკუთრებით მომგებიანს ხდის ორგანიზებული დანაშაულებრივი ქსელებისთვის (Blackstone et al., 2014). ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვის სირთულე ქმნის დაუცველობის მრავალ წერტილს (წარმოების პროცესიდან დისტრიბუციამდე და საცალო ვაჭრობამდე), რაც ბაზარზე ყალბი მედიკამენტების შეღწევის რისკს ზრდის. რიგ ქვეყნებში შეუსაბამო მარეგულირებელი ზედამხედველობა და ხარისხის კონტროლის მკაცრი ზომების არარსებობა კიდევ უფრო ამძაფრებს ამ მოწყვლადობას. ონლაინ აფთიაქების მზარდმა გამოყენებამ და ფარმაცევტული ვაჭრობის გლობალურმა ბუნებამ გააადვილა ყალბი მედიკამენტების საზღვრების გადაკვეთა და მომხმარებელამდე მისვლა მთელ მსოფლიოში (Mackey & Liang, 2011).

ინფორმირებულობისა და განათლების ნაკლებობა

ყალბი მედიკამენტების გავრცელების ხელშემწყობი მნიშვნელოვანი ფაქტორია როგორც მომხმარებლების, ისე ჯანდაცვის პროფესიონალების ინფორმირებულობისა და განათლების ნაკლებობა. ბევრმა მომხმარებელმა არ იცის რა რისკებია მედიკამენტების შეძენა დაუდასტურებელი წყაროებიდან, როგორცაა ონლაინ ავთიაქები ან გარე მოვაჭრეები. ჯანდაცვის პროფესიონალებს, მათ შორის ფარმაცევტებსა და ექიმებს, შესაძლოა, არ ჰქონდეთ საჭირო გადამზადება ყალბი მედიკამენტების ეფექტურად იდენტიფიცირებისთვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ფარმაცევტების მხოლოდ 37%-მა დაბალ და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში გაიარა ტრენინგი ყალბი მედიკამენტების აღმოჩენის შესახებ (WHO, 2024). ეს ინფორმირებულობისა და განათლების ნაკლებობა აადვილებს ყალბი მედიკამენტების ბაზარზე შესვლას და პაციენტებს.

ტექნოლოგიური გამოწვევები

ყალბი მედიკამენტების გამოვლენისთვის საჭიროა დახვეწილი ტექნოლოგიები და ხელსაწყოები, რომლებიც შესაძლოა არ იყოს ხელმისაწვდომი მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში. მოწინავე ტექნიკა, როგორცაა მასის სპექტრომეტრია, ინფრაწითელი სპექტროსკოპია და დნმ-ზე დაფუძნებული ავთენტიფიკაცია ეფექტურია ყალბი მედიკამენტების იდენტიფიცირებისთვის, მაგრამ საჭიროებს მნიშვნელოვან ინვესტიციას აღჭურვილობასა და გამოყენების გამოცდილების დაგროვებაში. გარდა ამისა, ფალსიფიკატორები მუდმივად ავითარებენ თავიანთ მეთოდებს აღმოჩენის თავიდან ასაცილებლად, რაც მარეგულირებელი ორგანოებისა და ფარმაცევტული კომპანიებისთვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. ტექნოლოგიური წინსვლის სწრაფი ტემპი ასევე ნიშნავს, რომ ფალსიფიკატორებს შეუძლიათ სწრაფად ადაპტირდნენ და იპოვონ ახალი გზები ყალბი მედიკამენტების წარმოებისა და გავრცელებისთვის (El-Dahiyat et al., 2021).

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების ჯანმრთელობის რისკები და შედეგები

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტები ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვან რისკებს უქმნის პაციენტებს, რაც ხშირად იწვევს მძიმე გვერდით მოვლენებს, გახანგრძლივებულ ავადმყოფობასა თუ სიკვდილს. ეს მედიკამენტები შეიძლება შეიცავდეს არასწორ ინგრედიენტებს, მავნე ნივთიერებებს ან აქტიური ფარმაცევტული ინგრედიენტების არასაკმარის რაოდენობას, რაც მათ არაეფექტურს ან სახიფათო გახდის. მაგალითად, მალარიის საწინააღმდეგო ფალსიფიცირებული მედიკამენტები დაკავშირებულია სიკვდილიანობის ზრდასთან მალარიის ენდემურ რეგიონებში მათი ადეკვატური მკურნალობის უუნარობის გამო (Karunamoorthi, 2014). პაციენტებს, რომლებიც გაუცნობიერებლად მოიხმარენ ფალსიფიცირებულ მედიკამენტებს, შეიძლება განიცადონ მკურნალობის წარუმატებლობა, მათი მდგომარეობის გაუარესება და ტოქსიკური გვერდითი ეფექტების პოტენციალი.

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტებმა ძირს უთხრის დაავადებების კონტროლისა და აღმოფხვრის მცდელობებს, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სადაც ხარისხიანი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია. ყალბი მედიკამენტები ხელს უწყობს წამლების წინააღმდეგობის განვითარებას, რადგან უხარისხო მკურნალობა ვერ ახერხებს პათოგენების სრულად დამარცხებას, რაც მათ საშუალებას აძლევს მუტაციას და სტანდარტული თერაპიის მიმართ რეზისტენტულობის გაზრდას (Khurelbat et al., 2020). ეს რეზისტენტობა მნიშვნელოვან საფრთხეს უქმნის გლობალურ ჯანმრთელობას, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს წამლებისადმი რეზისტენტული დაავადებების გავრცელება, რომელთა მკურნალობა უფრო რთული და ძვირია. გარდა ამისა, ყალბი მედიკამენტების გავრცელებამ შეიძლება დაარღვიოს საზოგადოების ნდობა ჯანდაცვის სისტემებისა და ფარმაცევტული კომპანიების მიმართ, რაც გამოიწვევს დანიშნულ მკურნალობებთან შესაბამისობის შემცირებას და ჯანდაცვის სერვისებთან ჩართულობის შემცირებას.

ეკონომიკური ტვირთი

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების ეკონომიკური ტვირთი არსებითია, რაც გავლენას ახდენს პაციენტებზე, ჯანდაცვის სისტემებზე და ზოგადად ეკონომიკაზე. პაციენტებს, რომლებიც ყიდულობენ ფალსიფიცირებულ მედიკამენტებს, შეიძლება დაეკისროთ დამატებითი გადასახადები მკურნალობის წარუმატებლობის, გახანგრძლივებული ავადმყოფობისა და ალტერნატიული თერაპიის საჭიროების გამო. ჯანდაცვის სისტემები ეკისრება ყალბი მედიკამენტების შედეგების მართვის ხარჯებს, მათ შორის ჰოსპიტალიზაციის გაზრდის, დამატებითი დიაგნოსტიკური ტესტების და მკურნალობის გახანგრძლივების. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყალბი მედიკამენტების ეკონომიკური გავლენა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე ყოველწლიურად 30 მილიარდ დოლარს აღწევს (WHO, 2024). ეს ეკონომიკური ტვირთი ვრცელდება ჯანდაცვის პირდაპირი ხარჯების მიღმა, რადგან ის ასევე გავლენას ახდენს სამუშაო ძალის ეფექტიანობაზე, რაც საბოლოოდ აფერხებს ეკონომიკურ განვითარებას.

ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაგალითია 2007-2008 წლებში შეერთებულ შტატებში ფალსიფიცირებული ჰეპარინის კრიზისის შემთხვევა. დაბინძურებულმა ჰეპარინმა გამოიწვია სულ მცირე 81 პაციენტის სიკვდილი და სერიოზული გვერდითი მოვლენები (Liu et al., 2009). ინციდენტმა ხაზი გაუსვა ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვის დაუცველობას და მტკიცე მარეგულირებელი ზედამხედველობის საჭიროებას. მალარიის საწინააღმდეგო წამლების გავრცელებამ სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში ხელი შეუწყო მალარიის მდგრადობას რეგიონში და გაიზარდა არტემიზინიზე დაფუძნებული კომბინირებული თერაპიის (ACTs) მიმართ რეზისტენტობა (Karunamoorthi, 2014). ყალბი მედიკამენტების კრიზისთან საბრძოლველად და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დასაცავად კოორდინირებული გლობალური ძალისხმევა აუცილებელია.

გამოვლენისა და პრევენციის სტრატეგიები

ტექნოლოგიური ინოვაციები და მარეგულირებელი ღონისძიებები

ტექნოლოგიის ბოლოდროინდელმა მიღწევებმა ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების გამოსავლენად ახალი ინსტრუმენტები უზრუნველყო. ყალბი პროდუქტების იდენტიფიცირებისთვის სულ უფრო ხშირად გამოიყენება ზემოხსენებული მასის სპექტრომეტრია, ინფრაწითელი სპექტროსკოპია და დნმ-ზე დაფუძნებული ავთენტიფიკაცია (Kovacs et al., 2014).

მარეგულირებელი ორგანოები მთელ მსოფლიოში ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების გავრცელების წინააღმდეგ საბრძოლველად სხვადასხვა ღონისძიებებს ახორციელებენ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO, 2024) დანერგა გლობალური ზედამხედველობისა და მონიტორინგის სისტემა (GSMS), რათა თვალყური ადევნოს უხარისხო და ფალსიფიცირებულ სამედიცინო პროდუქტებს. ეს სისტემა ყალბი მედიკამენტების შესახებ მონაცემების შეგროვებისა და ანალიზის საშუალებას იძლევა, რაც მარეგულირებელ ორგანოებს დროული ზომების მიღების საშუალებას აძლევს. გარდა ამისა, ქვეყნებმა გააძლიერეს თავიანთი მარეგულირებელი ჩარჩო, რათა უზრუნველყონ ხარისხის უფრო მკაცრი კონტროლი და აღსრულება. მაგალითად, ევროკავშირმა დანერგა მკაცრი რეგულაციები ფარმაცევტული პროდუქტების განაწილების მონიტორინგისა და კონტროლისთვის, რაც ამცირებს ყალბი პროდუქტების ბაზარზე შემოსვლის რისკს (Baldini et al., 2015).

საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების კამპანიები

საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების კამპანიები ყალბი მედიკამენტების გავრცელების პრევენციაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. მომხმარებელთა გათვითცნობიერება დაუდასტურებელი წყაროებიდან მედიკამენტების შექმნასთან დაკავშირებული რისკებისა და სასურთიფიკატო ნიშნების შემოწმების მნიშვნელობის შესახებ, ყალბ პროდუქტებზე მოთხოვნას ამცირებს. ისეთმა ორგანიზაციებმა, როგორც არის ჯანმო და სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციამ, წამოიწყეს კამპანიები, რათა აცნობონ

საზოგადოებას ყალბი მედიკამენტების საშიშროების შესახებ და როგორ ამოიციონ ისინი (El-Dahiyat et al., 2021).

საერთაშორისო ორგანიზაციებს, მთავრობებსა და კერძო სექტორს შორის თანამშრომლობა ფალსიფიცირებული მედიკამენტების წინააღმდეგ ეფექტური ბრძოლისთვის აუცილებელია. ინიციატივები, როგორცაა ფარმაცევტული უსაფრთხოების ინსტიტუტი (PSI) და კრიმინალური პოლიციის საერთაშორისო ორგანიზაცია (INTERPOL) ერთად მუშაობენ ინფორმაციის გასაზიარებლად და ფალსიფიკატორების წინააღმდეგ მოქმედებების კოორდინირებისთვის. ეს პარტნიორობა იძლევა რესურსებსა და ექსპერტიზის, რაც იწვევს უფრო ეფექტურ გამოვლენისა და პრევენციის სტრატეგიებს. გარდა ამისა, შეიქმნა “სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა” ყალბი მედიკამენტების პრობლემის ინოვაციური გადაწყვეტილებების შემუშავებისა და დანერგვის მიზნით (Balfour, 2022).

მარეგულირებელი და სამართლებრივი ჩარჩო

საერთაშორისო რეგულაციები

გლობალური ძალისხმევა მრავალ საერთაშორისო ორგანიზაციასა და შეთანხმებას მოიცავს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია უმთავრეს როლს ასრულებს საერთაშორისო ქმედებების კოორდინაციაში ისეთი ინიციატივების მეშვეობით, როგორცაა წევრი სახელმწიფო მექანიზმი, რომელიც ხელს უწყობს თანამშრომლობას და ინფორმაციის გაზიარებას ქვეყნებს შორის. სამედიცინო პროდუქტების გაყალბების საწინააღმდეგო საერთაშორისო სამუშაო ჯგუფი (IMPACT), რომელიც მუშაობს ყოვლისმომცველი სტრატეგიების შემუშავებაზე ყალბი მედიკამენტების საფრთხის თავიდან ასაცილებლად, გამოვლენისა და რეაგირებისთვის (WHO, 2024). გარდა ამისა, საერთაშორისო ხელშეკრულებები, როგორცაა TRIPS-ის შეთანხმება (ინტელექტუალური საკუთრების უფლებების ვაჭრობასთან დაკავშირებული ასპექტები) მსოფლიო სავაჭრო ორგანიზაციის (WTO) ფარგლებში, უზრუნველყოფს ფარმაცევტული პატენტების დასაცავად და გაყალბებასთან ბრძოლის სამართლებრივ ჩარჩოს.

ეროვნული რეგულაციები

ცალკეულმა ქვეყნებმა განახორციელეს სხვადასხვა მარეგულირებელი ღონისძიებები ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების საკითხის მოსაგვარებლად. მაგალითად, შეერთებული შტატების სურსათისა და წამლის ადმინისტრაციამ (FDA) დააარსა კრიმინალური გამოძიების ოფისი (OCI), რათა აღასრულოს კანონები ყალბი ფარმაცევტული საშუალებების წარმოებისა და გავრცელების წინააღმდეგ. ევროკავშირში, ფალსიფიცირებული მედიკამენტების დირექტივა (FMD) ავალდებულებს უფრო მკაცრ კონტროლს ფარმაცევტულ მიწოდების ჯაჭვზე, მათ შორის სერიულიზაციასა და გადამოწმებას. აადვილებს მედიკამენტების თვალყურის დევნებას და ავთენტიფიკაციას. მრავალმა ქვეყანამ ასევე მიიღო სპეციალური კანონები, რათა დაისაჯონ ფალსიფიკატორები და გაამლიერონ მარეგულირებელი ზედამხედველობა, რაც პაციენტებამდე მხოლოდ უსაფრთხო მედიკამენტების მიღწევას უზრუნველყოფს.

მიუხედავად ამ ძალისხმევისა, ყალბი მედიკამენტების წინააღმდეგ რეგულაციებისა და კანონების აღსრულება კვლავ გამოწვევად რჩება. ერთ-ერთი მთავარი დაბრკოლება არის კოორდინაციისა და კომუნიკაციის ნაკლებობა მარეგულირებელ ორგანოებს, სამართალდამცავ ორგანოებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის, რასაც გამყალბებლები ხშირად თავიანთ სასარგებლოდ იყენებენ. გარდა ამისა, რესურსების შეზღუდვა და მოწინავე გამოვლენის ტექნოლოგიებზე შეზღუდული წვდომა აფერხებს მარეგულირებელი სააგენტოების ეფექტურობას, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში (Bate et al., 2019). კორუფცია და სუსტი მმართველობითი სტრუქტურები კიდევ უფრო ამძაფრებს ამ გამოწვევებს, რაც ართულებს რეგულაციების თანმიმდევრულად განხორციელებას და აღსრულებას.

ერთობლივი ძალისხმევა

სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარეებს შორის თანამშრომლობა აუცილებელია ყალბი მედიკამენტების წინააღმდეგ რეგულაციებისა და კანონების ეფექტური აღსრულებისთვის. საჯარო და კერძო პარტნიორობა, როგორცაა ფარმაცევტული უსაფრთხოების ინსტიტუტი (PSI) და ინტერპოლი სამედიცინო პროდუქტების გაყალბებისა და ფარმაცევტული დანაშაულის (MPCPC) პროგრამა, ხელს უწყობს ინფორმაციის გაზიარებას და ერთობლივ ოპერაციებს გაყალბებასთან საბრძოლველად (PSI, 2020). ეს ერთობლივი ძალისხმევა აძლიერებს მარეგულირებელი ორგანოების შესაძლებლობებს ყალბი მედიკამენტების გამოვლენისა და რეაგირების მიზნით, რაც საბოლოოდ გააუმჯობესებს პაციენტის უსაფრთხოებას და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას. გარდა ამისა, რეგიონალური ინიციატივები, როგორცაა აფრიკული მედიკამენტების მარეგულირებელი ჰარმონიზაციის (AMRH) პროგრამა, მიზნად ისახავს მარეგულირებელი სისტემების გაძლიერებას და კონტინენტზე ყალბი მედიკამენტების წინააღმდეგ ბრძოლის ჰარმონიზებული მიდგომების ხელშეწყობას (AMRH, 2021).

ნიგერიაში წარმატებით განხორციელდა TRACE (მედიკამენტების თვალყურის დევნება და ავთენტიფიკაცია) ინიციატივა, რომელიც იყენებს მობილურ ტექნოლოგიას, რათა მომხმარებლებს საშუალება მისცეს, დაადასტურონ მედიკამენტების ავთენტურობა უფასო ტექსტური შეტყობინების გაგზავნით სპეციალურ მოკლე კოდზე. სისტემა ამოწმებს პროდუქტის უნიკალურ კოდს ცენტრალურ მონაცემთა ბაზაში და იძლევა მყისიერ პასუხს, რომელიც მიუთითებს, არის თუ არა წამალი ნამდვილი თუ ყალბი. ამ ინოვაციურმა მიდგომამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ყალბი მედიკამენტების პრევალენტობა ნიგერიაში და მისცა მომხმარებლებს უფლება მიეღოთ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები მათი ჯანმრთელობის შესახებ.

წარმატებების მიუხედავად, იყო შესამჩნევი წარუმატებლობები, მაგალითად, ავასტინის შემთხვევა, კიბოს სამკურნალო პრეპარატი, რომელიც აღმოაჩინეს შეერთებულ შტატებში, 2012 წელს. ავასტინის ყალბი ვერსიები, რომლებიც წარმოიშვა საზღვარგარეთული მომწოდებლებისგან, არ შეიცავდა აქტიურ ინგრედიენტებს და გავრცელდა კლინიკებში მთელი ქვეყნის მასშტაბით (Knox, 2012). ამ ინციდენტმა გამოავლინა დაუცველობა ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვში და ხაზი გაუსვა მკაცრი მარეგულირებელი ზედამხედველობისა და საერთაშორისო თანამშრომლობის აუცილებლობას.

სხვადასხვა რეგიონი უნიკალური გამოწვევების წინაშე დგას. სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში მალარიის საწინააღმდეგო ყალბი პრეპარატები მუდმივი პრობლემაა. არტემიზინის წინააღმდეგობის რეგიონული ინიციატივა (RAI) დაიწყო მალარიის საწინააღმდეგო ყალბი მედიკამენტების გავრცელების წინააღმდეგ საბრძოლველად და დიდი მეკონგის ქვერეგიონში წამლების წინააღმდეგობის აღმოსაფხვრელად (WHO, 2024). ინიციატივა ფოკუსირებულია მარეგულირებელი სისტემების გაძლიერებაზე, ხარისხის გარანტირებულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე და ზედამხედველობისა და მონიტორინგის შესაძლებლობების გაძლიერებაზე. RAI-ს წარმატება მთავრობების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და რეგიონის ადგილობრივი თემების ერთობლივ ძალისხმევას მიეკუთვნება.

ამის საპირისპიროდ, ევროკავშირმა დანერგა ფალსიფიცირებული მედიკამენტების დირექტივა (FMD), რათა დაიცვას თავისი ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვი ყალბი მედიკამენტებისგან. FMD ავალდებულებს გამოიყენოს უნიკალური იდენტიფიკატორები და გაყალბებული შეფუთვა რეცეპტით გაცემული მედიკამენტებისთვის, რაც საშუალებას აძლევს მიკვლევადობას წარმოებიდან გაცემამდე. ამ მარეგულირებელმა ჩარჩომ მნიშვნელოვნად შეამცირა ფალსიფიცირებული მედიკამენტების სიხშირე ევროკავშირში და დაადგინა სტანდარტი სხვა რეგიონებისთვის.

სამომავლო მიმართულებები

ტექნოლოგიური მიღწევები ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების წინააღმდეგ ბრძოლის მომავალი დიდწილად ტექნოლოგიის წინსვლაშია. განვითარებადი ტექნოლოგიები, როგორცაა ბლოკჩეინი, ხელოვნური ინტელექტი (AI) და ნივთების ინტერნეტი (IoT) მზადაა ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვში რევილუცია მოახდინოს. ტრანზაქციების უცვლელი ჩანაწერის შექმნით, ბლოკჩეინს შეუძლია უზრუნველყოს მედიკამენტების ავთენტურობა და თავიდან აიცილოს ყალბი პროდუქტები მიწოდების ჯაჭვში (Andrew et al., 2022). ანალოგიურად, AI-ზე მომუშავე სისტემებს შეუძლიათ გააანალიზონ დიდი რაოდენობით მონაცემები ანომალიების გამოსავლენად და ყალბი მედიკამენტების უფრო ეფექტურად იდენტიფიცირებისთვის. ეს ტექნოლოგიები, IoT ჩართული მოწყობილობებთან ერთად, როგორცაა ჰეალთი და RFID ტეგები, უზრუნველყოფს რეალურ დროში მონიტორინგს და ავთენტიფიკაციას, აძლიერებს ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვის მთლიან უსაფრთხოებას (Salam et al., 2023).

გლობალური თანამშრომლობა

უწყვეტი გლობალური თანამშრომლობა აუცილებელია ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების ეფექტური საბრძოლველად. საერთაშორისო ორგანიზაციებმა, მთავრობებმა და კერძო სექტორის წარმომადგენლები ერთად მუშაობენ ინფორმაციის, რესურსების და ქმედითი პრაქტიკის გასაზიარებლად. გლობალური მონაცემთა ბაზებისა და ზედამხედველობის სისტემების შექმნა ხელს შეუწყობს ყალბი მედიკამენტების შესახებ მონაცემების სწრაფ გაცვლას, რაც შესაძლებელს გახდის წარმოშობილ საფრთხეებზე დროული რეაგირებას. გარდა ამისა, საერთაშორისო თანამშრომლობა სამართალდამცავ ძალებში გადაწყვეტა ყალბი ქსელების დასაშლელად და დამნაშავეების მართლმსაჯულების წინაშე. ისეთი ინიციატივების წარმატება, როგორცაა ჯანმო-ს გლობალური ზედამხედველობისა და მონიტორინგის სისტემა (GSMS) აჩვენებს კოორდინირებული ძალისხმევის მნიშვნელობას ჯანმრთელობის ამ გლობალური გამოწვევის გადასაჭრელად.

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების წინააღმდეგ ბრძოლის გასაძლიერებლად გასათვალისწინებელია რამდენიმე პოლიტიკის რეკომენდაცია:

1. მარეგულირებელი ჩარჩოების გაძლიერება: მთავრობებმა უნდა გააძლიერონ თავიანთი მარეგულირებელი ჩარჩოები, რათა მოიცავდეს უფრო მკაცრ ჯარიმებს ფალსიფიკატორებისთვის, მიწოდების ჯაჭვის ყოვლისმომცველი მონიტორინგი და ხარისხის კონტროლის მკაცრი ზომები. პოლიტიკა უნდა განახლდეს, რათა ასახავდეს უახლეს ტექნოლოგიურ მიღწევებს და გაუმკლავდეს ფალსიფიკატორების განვითარებად ტაქტიკას.

2. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება: უნდა გააქტიურდეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების კამპანიები, რათა მოხდეს მომხმარებლებისა და ჯანდაცვის პროფესიონალების ინფორმირება ყალბი მედიკამენტების რისკების და სანდო წყაროებიდან შეძენის მნიშვნელობის შესახებ. ამ კამპანიებს შეუძლიათ გამოიყენონ სოციალური მედიის, ტრადიციული მედიისა და საზოგადოებასთან ურთიერთობის პროგრამები უფრო ფართო აუდიტორიის დასაფარად.

3. ინვესტიცია ტექნოლოგიასა და ინფრასტრუქტურაში: მთავრობებმა და კერძო სექტორმა უნდა განახორციელონ ინვესტიცია მოწინავე ტექნოლოგიებსა და ინფრასტრუქტურაში, რათა გააუმჯობესონ ყალბი მედიკამენტების გამოვლენა და პრევენცია. ეს მოიცავს ინოვაციური გადაწყვეტილებების კვლევისა და განვითარების დაფინანსებას, ასევე შესაძლებლობების განვითარების ინიციატივებს მარეგულირებელი და სამართალდამცავი პერსონალის მომზადებისთვის.

4. ხელი შეუწყოს საერთაშორისო თანამშრომლობას: პოლიტიკის შემქმნელებმა პრიორიტეტი უნდა მიანიჭონ საერთაშორისო თანამშრომლობას და თანამშრომლობას ყალბი მედიკამენტების პრობლემის გლობალურ ბუნებასთან საბრძოლველად. ეს მოიცავს საერთაშორისო შეთანხმებებში მონაწილეობას, საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარებას და

გლობალური ინიციატივების მხარდაჭერას, რომლებიც მიმართულია ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვის უსაფრთხოების გაძლიერებისკენ.

5. ფარმაცევტული კომპანიების როლი ფარმაცევტული კომპანიები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ ყალბი მედიკამენტების პრევენციაში. მათ უნდა მიიღონ საუკეთესო პრაქტიკა წარმოებაში, შეფუთვაში და განაწილებაში, რათა უზრუნველყონ მათი პროდუქციის მთლიანობა. ეს მოიცავს კლასიფიკაციისა და თვალთვალის სისტემების დანერგვას, მიწოდების ჯაჭვის პარტნიორების რეგულარულ აუდიტის ჩატარებას და გაყალბების საწინააღმდეგო ტექნოლოგიებში ინვესტირებას (Pathak et al., 2023). გარდა ამისა, კომპანიებმა უნდა ითანამშრომლონ მარეგულირებელ ორგანოებთან და სამართალდამცავ ორგანოებთან, რათა გააზიარონ ინფორმაცია ყალბი ინციდენტების შესახებ და მხარი დაუჭირონ სააღსრულებო ქმედებებს.

დასკვნა

ყალბი და ფალსიფიცირებული მედიკამენტები გავლენას ახდენს პაციენტის უსაფრთხოებაზე, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ სტაბილურობაზე. გამომწვევ მიზეზთა შორისაა, ეკონომიკური ფაქტორები, მიწოდების ჯაჭვის დაუცველობა, ინფორმირებულობის ნაკლებობა და ტექნოლოგიური გამოწვევები. მიღწეულია გარკვეული წარმატება, განსაკუთრებით ტექნოლოგიური ინოვაციების, მარეგულირებელი ღონისძიებების, საზოგადოების ინფორმირებულობის კამპანიებისა და ერთობლივი ძალისხმევების მეშვეობით. თუმცა, რჩება მნიშვნელოვანი გამოწვევები, განსაკუთრებით აღსრულებისა და საერთაშორისო კოორდინაციის კუთხით. ტექნოლოგიების უწყვეტი განვითარება, გაძლიერებული მარეგულირებელი ჩარჩოები, საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა და მყარი საერთაშორისო თანამშრომლობა წარმოადგენენ სანდო გლობალური ფარმაცევტული მიწოდების ჯაჭვის ჩამოყალიბების საფუძველს. ამ მიზნის მიღწევა მოითხოვს ყველა დაინტერესებული მხარის — მთავრობების, საერთაშორისო ორგანიზაციების, ფარმაცევტული კომპანიების, ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და მომხმარებლების — კოორდინირებულ და ერთიან ძალისხმევას..

გამოყენებული ლიტერატურა

- African Medicines Regulatory Harmonization. (2021). Overview of AMRH Initiative. Retrieved from <https://www.nepad.org/agency/african-medicines-regulatory-harmonization-amrh>
- Andrew J, Deva Priya Isravel, K. Martin Sagayam, Bharat Bhushan, Yuichi Sei, Jennifer Eunice (2023). Blockchain for healthcare systems: Architecture, security challenges, trends and future directions. *Journal of Network and Computer Applications*, 215. <https://doi.org/10.1016/j.jnca.2023.103633>
- Balfour, H. (2022). The latest on pharmaceutical counterfeiting. (2022, June 27). *European Pharmaceutical Review*. Retrieved from <https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/article/170913/the-latest-on-pharmaceutical-counterfeiting/?form=MG0AV3>
- Baldini, G., Fovino, I., Satta, R., Tsois, A., & Checchi, E. (2015). Survey of techniques for the fight against counterfeit goods and Intellectual Property Rights (IPR) infringement 2015 EUR 27688 EN. <https://doi.org/10.2788/97231>
- Bate, R., Jin, G. Z., & Mathur, A. (2019). Falsified or substandard? Assessing price and non-price signals of drug quality. *Journal of Health Economics*, 67, 102224. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016762961830692X>
- Blackstone, E. A., Fuhr, J. P., Jr, & Pociask, S. (2014). The health and economic effects of counterfeit drugs. *American Health & Drug Benefits*, 7(4), 216–224.
- El-Dahiyat, F., Fehelbom, K. M. S., Jairoun, A. A., & Al-Hemyari, S. S. (2021). Combatting Substandard and Falsified Medicines: Public Awareness and Identification of Counterfeit Medications. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.754279>

- European Medicines Agency (2016) Falsified medicines: Overview. European Medicines Agency. Retrieved from <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/public-health-threats/falsified-medicines-overview#:~:text=Falsified%20medicines%20are%20fake%20medicines%20that%20are%20designed%20to%20mimic,or%20that%20infringe%20trademark%20law>
- Global Surveillance and Monitoring System for substandard and falsified medical products. (2024). World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097513>
- Karunamoorthi, K. (2014). The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: a systematic review of the scientific evidence. *Malaria Journal*, 13, 209. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-209>
- Khurelbat, D., Dorj, G., Sunderland, B., Sanjjav, T., Bayarsaikhan, E., Damdinjav, D., Dorj, G., Jigjidsuren, A., Lkhagvasuren, O., & Erdenetsetseg, B. (2020). A cross-sectional analysis of falsified, counterfeit and substandard medicines in a low-middle income country. *BMC Public Health*, 20(1), 743. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08897-x>
- Knox, R. (2012). FDA Warns About Fake Avastin In U.S. *NPR*. Retrieved from <https://www.npr.org/sections/health-shots/2012/02/15/146929475/fda-warns-about-fake-avastin-in-us>
- Kovacs, S., Hawes, S. E., Maley, S. N., Mosites, E., Wong, L., & Stergachis, A. (2014). Technologies for detecting falsified and substandard drugs in low and middle-income countries. *PloS One*, 9(3), e90601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090601>
- Liu, H., Zhang, Z., & Linhardt, R. J. (2009). Lessons learned from the contamination of heparin. *Natural Product Reports*, 26(3), 313–321. <https://doi.org/10.1039/b819896a>
- Mackey, T. K., & Liang, B. A. (2011). The global counterfeit drug trade: patient safety and public health risks. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 100(11), 4571–4579. <https://doi.org/10.1002/jps.22679>
- Ofori-Parku, S. S. (2022). Fighting the global counterfeit medicines challenge: A consumer-facing communication strategy in the US is an imperative. *Journal of Global Health*, 12, 03018. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.03018>
- Pathak, R., Gaur, V., Sankrityayan, H., & Gogtay, J. (2023). Tackling Counterfeit Drugs: The Challenges and Possibilities. *Pharmaceutical Medicine*, 37(4), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s40290-023-00468-w>
- Sallam, K., Mohamed, M., & Wagdy, A. (2023). Internet of Things (IoT) in Supply Chain Management: Challenges, Opportunities, and Best Practices. *Sustainable Machine Intelligence Journal*, 2. <https://doi.org/10.61185/SMIJ.2023.22103>
- Sweileh, W. M. (2021). Substandard and falsified medical products: bibliometric analysis and mapping of scientific research. *Global Health*, 17, 114. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00766-5>



ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის დეინსტიტუციონალიზაცია: საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველო

Deinstitutionalization of the Mental Health System: International Experience and Georgia

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.11>

სოფიკო მღებრიშვილი^{1a}

Sofiko Mghebrishvili^{1a}

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო.

¹ Iliia State University, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, მსოფლიოში მოსახლეობის მეოთხედზე მეტი ცხოვრობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით, თუმცა მრავალ ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები არ პასუხობს საჭიროებებს. განსაკუთრებით მწვავე პრობლემა დეინსტიტუციონალიზაციისა და თემზე დაფუძნებული ზრუნვის განვითარებაა. კვლევის მიზანია, გაანალიზოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის გამოწვევები. **მეთოდოლოგია:** განხორციელდა საკითხის თეორიული შესწავლა და გაანალიზდა რელევანტური ლიტერატურა. **შედეგები:** დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის წარმატება დამოკიდებულია პოლიტიკური ნებაზე, სოციალურ და ეკონომიკურ ფაქტორებზე, ასევე, ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნაზე. WHO-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2023–2030 წლებისთვის განსაზღვრავს კონკრეტულ მიზნებს, მათ შორის, თემზე დაფუძნებული ზრუნვის სისტემების გაძლიერებასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ეფექტურობის გაზრდას. ამავე დროს, მნიშვნელოვანია საკანონმდებლო რეფორმების განხორციელება და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება. **დასკვნა:** ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეინსტიტუციონალიზაცია მოითხოვს გრძელვადიან ხედვას, სტრატეგიულ დაგეგმვას და მტკიცე მხარდაჭერას როგორც პოლიტიკურ, ისე საზოგადოებრივ დონეზე.

საკვანძო სიტყვები: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, დეინსტიტუციონალიზაცია, თემზე დაფუძნებული ზრუნვა.

ციტატა: სოფიკო მღებრიშვილი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის დეინსტიტუციონალიზაცია: საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველო. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2)

Abstract

^a sopiko.mghebrishvili.1@iliauni.edu.ge (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc by-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), more than a quarter of the world's population lives with mental health problems, but in many countries mental health services do not meet their needs. A particularly acute problem is the development of deinstitutionalization and community-based care. The aim of the study is to analyze the challenges of the deinstitutionalization process of mental health services. **Methodology:** A theoretical study of the issue was carried out and relevant literature was analyzed. **Results:** The success of the deinstitutionalization process depends on political will, social and economic factors, as well as the readiness of the health system. The WHO Mental Health Action Plan for 2023–2030 defines specific goals, including strengthening community-based care systems and increasing the effectiveness of mental health services. At the same time, it is important to implement legislative reforms and raise public awareness. **Conclusion:** Deinstitutionalization of mental health requires a long-term vision, strategic planning, and strong support at both the political and societal levels.

Keywords: Mental health, deinstitutionalization, community-based care.

Quote: Sofiko Mghebrishvili. Deinstitutionalization of the Mental Health System: International Experience and Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.11>

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოს მოსახლეობის მეოთხედზე მეტს ცხოვრების რომელიმე ეტაპზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აწუხებს. მიუხედავად მისი ფართო გავრცელებისა და სერიოზული გავლენისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ბევრ ქვეყანაში კვლავ ვერ პასუხობს მოსახლეობის საჭიროებებს და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის მქონე პირების 75-90% სათანადო დახმარებას ვერ იღებს. ცხადია, ქვეყნებმა უნდა უზრუნველყონ საკმარისი ფინანსური, მატერიალური და ადამიანური რესურსი ამ გამოწვევის გადასაჭრელად. თუმცა, ხშირ შემთხვევაში სახელმწიფოებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობაზე ზრუნვა პრიორიტეტულ საკითხად არ დგას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეინსტიტუციონალიზაცია და თემზე დაფუძნებული ზრუნვა თანამედროვე ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პერიოდულად ანახლებს გაიდლაინებს ამ მიმართულებით, რაც მნიშვნელოვან საფუძველს ქმნის სახელმწიფოებისთვის, განავითარონ გონივრული და ეფექტური სტრატეგიები. ამასთან, არსებობს მრავალი გამოცდილება როგორც არასწორად და დაუგეგმავად განხორციელებული დეინსტიტუციონალიზაციის, ისე წარმატებით ჩატარებული რეფორმების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ დეინსტიტუციონალიზაციის მექანიზმი ერთი შეხედვით მარტივად შეიძლება ჟღერდეს, მისი რეალიზაცია გაცილებით რთული, კომპლექსური და დროში გაწელილი პროცესია. ხშირად, ათწლეულებიც კი არ არის საკმარისი ამ პროცესის სრულფასოვანი განხორციელებისთვის. ამის მიზეზი არის მრავალი ბიუროკრატიული, ინსტიტუციური, ფინანსური, პოლიტიკური და სოციალური ბარიერი, რომლებიც დეინსტიტუციონალიზაციის გზაზე დგას.

აღსანიშნავია, რომ პროცესის წარმატება ხშირად მხოლოდ პოლიტიკური ნებაზეა დამოკიდებული, რაც დამატებით საფრთხეს ქმნის მთავრობის ცვლილების პირობებში. გარდა ამისა, დეინსტიტუციონალიზაცია მჭიდროდ უკავშირდება ეკონომიკურ ფაქტორებს. ეკონომიკური კრიზისების დროს მთავრობები ხშირად თვლიან, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არ არის პრიორიტეტული საკითხი, რაც ხარჯების შემცირების მიზნით ბიუჯეტის შეზღუდვას იწვევს.

ამდენად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეინსტიტუციონალიზაცია მოითხოვს გრძელვადიან ხედვას, სტრატეგიულ დაგეგმვას და მტკიცე მხარდაჭერას როგორც პოლიტიკურ, ისე საზოგადოებრივ დონეზე.

კვლევის მიზანია, გაანალიზოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მნიშვნელობა. კვლევაში განხილული იქნება საერთაშორისო პრაქტიკა, მისი მიღწევები და გამოწვევები, ასევე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობა. კვლევა მიზნად ისახავს გამოავლინოს საუკეთესო პრაქტიკები, რომლებიც შესაძლოა ადაპტირებული და განხორციელებული იყოს საქართველოს კონტექსტში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებისა და თემზე დაფუძნებული ზრუნვის განვითარების ხელშესაწყობად.

მეთოდოლოგია

აღნიშნული ნაშრომის ფარგლებში გამოყენებული იქნა მეორეულ მონაცემთა ანალიზი. ხოლო გამოყენებული წყაროები კი მოძიებულია შემდეგი მონაცემთა ბაზების მეშვეობით: PubMed, Harvard Medical School, , Google Scholar, Science Direct, Journal of Health and Social Sciences. ნაშრომში გამოყენებული წყაროების მოძიება განხორციელდა შემდეგი საკვანძო სიტყვების საფუძველზე: “ფსიქიკური ჯანმრთელობა”, “დეინსტიტუციონალიზაცია”, “თემზე დაფუძნებული ზრუნვა”. სტატიების სელექცია დაეფუძნა მათ შესაბამისობას საკვლევ საკითხთან და მოცემული ნაშრომის მიზანთან. ამავდროულად, გამოირიცხა რამდენიმე სტატია, რამდენადაც მათზე ხელმისაწვდომობა იყო შეზღუდული/არასრული სახით იყო წარმოდგენილი.

ლიტერატურის მიმოხილვა

დეინსტიტუციონალიზაციის არსი და მნიშვნელობა

დეინსტიტუციონალიზაცია, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) განმარტებით, წარმოადგენს პროცესს, რომლის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და მხარდაჭერის სერვისების გადატანა ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის მქონე ფსიქიატრიული დაწესებულებებიდან თემზე დაფუძნებულ სერვისებში. ეს პროცესი მიმართულია ადამიანის უფლებების დაცვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ჰუმანიზაციისკენ.

ინსტიტუციები ხანგრძლივი საცხოვრებელი დაწესებულებებია, რომლებიც განასხვავებენ და გამოყოფენ პირებს მათი ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობების გამო. ასეთი დაწესებულებები ხელს უშლის ინდივიდუალიზმის განვითარებას, აიძულებს მასობრივ მიდგომებს და ეფუძნება მაცხოვრებლებსა და პერსონალს შორის უთანასწორო მდგომარეობას. ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ხშირად ხასიათდება იმით, რომ პაციენტები, ზოგჯერ მათი ნების საწინააღმდეგოდ, ხანგრძლივად იმყოფებიან არაპიგიენურ, გადატვირთულ და იზოლირებულ გარემოში.

დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მთავარი მიზანია ადამიანის უფლებების დაცვა, მომსახურების მიმღებთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრაცია ზოგადი ჯანდაცვის სისტემაში. ამ პროცესის საბოლოო მიზანია ჰუმანური და ეფექტური სერვისების მიწოდება, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს საშუალებას აძლევს იცხოვრონ დამოუკიდებლად და იყვნენ საზოგადოების სრულფასოვანი წევრები.

ტრადიციული ფსიქიატრიული ინსტიტუტები ხშირად ასოცირდება სტიგმასთან, უფლებების დარღვევასთან და პაციენტების იზოლაციასთან. სწორედ ამიტომ, დეინსტიტუციონალიზაცია ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთ მთავარ მიმართულებად გვევლინება. ის მოიცავს სტრატეგიების შემუშავებას, რომლებიც ხელს უწყობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის, ეფექტურობისა და მდგრადობის გაუმჯობესებას.

საერთაშორისო კონვენციები

ადამიანის უფლებების დაცვისა და ხელშეწყობის სფეროში ათწლეულების განმავლობაში წარმოებულმა ადვოკატირებამ 2006 წლის დეკემბერში მნიშვნელოვან

გარდატეხას მიაღწია – გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებათა კონვენცია (UNCRPD).

კონვენციის მე-12 მუხლი ეხება კანონთან თანასწორ აღიარებას და ადასტურებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებას, განახორციელონ სამართლებრივი ქმედუნარიანობა სხვებთან თანაბარ პირობებში. მე-14 მუხლი ყურადღებას ამახვილებს თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლებაზე და აღნიშნავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თვითნებური თავისუფლების აღკვეთისგან დაცვის აუცილებლობას. ხოლო მე-19 მუხლი აღიარებს მათ უფლებას, იცხოვრონ დამოუკიდებლად, აქტიურად მონაწილეობდნენ თემის ცხოვრებაში და ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის სერვისებზე, მათ შორის საცხოვრებელი და სხვა აუცილებელი მხარდაჭერის მომსახურებებზე.

2022 წლის სექტემბერში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებათა კომიტეტმა (UNCRPD) დაამტკიცა სახელმძღვანელო დოკუმენტი დეინსტიტუციონალიზაციის შესახებ, მათ შორის საგანგებო სიტუაციებში. დოკუმენტი მოუწოდებს მონაწილე სახელმწიფოებს, „უარი თქვან ინსტიტუციონალიზაციის ყველა ფორმაზე, შეწყვიტონ ახალ დაწესებულებებში განთავსება და თავიდან შეიკავონ ინსტიტუციებში ინვესტირებისაგან.“

ამ მიმართულებით, 2022 წელს გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯი – ჯანმოს სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის რეგიონის წევრმა სახელმწიფოებმა მიიღეს პაროს დეკლარაცია. დეკლარაციაში სახელმწიფოები ადასტურებენ ვალდებულებას, უზრუნველყონ ადამიანზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. ეს მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობების გაძლიერებას, თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ქსელების განვითარებას და მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა ინსტიტუციური მოვლის ეტაპობრივ შემცირებას.

დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მთავარი მექანიზმები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2022 წლის ანგარიშის თანახმად, დეინსტიტუციონალიზაცია მხოლოდ დაწესებულებებიდან პაციენტების გაწერას არ გულისხმობს. ამის ნაცვლად, გამოიკვეთა სამი ძირითადი მიმართულება, რომლებიც აუცილებელია პროცესის სრულფასოვნად განხორციელებისთვის:

1. პაციენტების მიღების შემცირება (Reduce Admissions):
 - ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ახალი პაციენტების მიღების სისტემატური შემცირება.
 - სტაციონარულ ან საცხოვრებელ დაწესებულებებში მყოფი პაციენტებისთვის ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესება და მათი უფლებების დაცვა.
2. საზოგადოებაზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება (Scale Up Services):
 - კოორდინირებული და ურთიერთდაკავშირებული სერვისების ქსელის შექმნა.
 - სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა საჭიროების მქონე პირისთვის.
3. პაციენტების გაწერის ზრდა (Increase Discharges):
 - დაწესებულებებში მყოფი პაციენტების ეტაპობრივი გაწერა და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

ისტორიული რაკურსი

1970-იანი წლებიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკაში დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესმა სტარტი აიღო, რაც სერვისების ეტაპობრივად თემზე დაფუძნებულ მოდელზე გადასვლას გულისხმობს. ბევრმა ქვეყანამ ეს რეფორმა წარმატებით განახორციელა, თუმცა ზოგიერთი კვლავ გარდამავალ ეტაპზე იმყოფება. საქართველოში ეს რეფორმა ნელა და არათანმიმდევრულად მიმდინარეობს. მიუხედავად იმისა, რომ პროფესიონალთა დიდი ნაწილი წლების განმავლობაში მხარს უჭერს თემზე დაფუძნებული

სერვისების განვითარებას, დღემდე ფსიქიატრიული დაწესებულებები რჩება წამყვან სერვისად, განსაკუთრებით საშუალო და დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის დიდი ნაწილი კვლავ ინსტიტუციურ ზრუნვაზე იხარჯება.

ანტიფსიქიატრიული მოძრაობა

XX საუკუნის მეორე ნახევარში ჩამოყალიბებული ანტიფსიქიატრიული მოძრაობა ტრადიციულ ფსიქიატრიულ პრაქტიკას, თეორიებსა და მის სოციალურ როლს ეჭვქვეშ აყენებდა. მოძრაობის მთავარი იდეა იყო ის, რომ ფსიქიატრია ხშირად სამედიცინო დახმარების ნაცვლად, სოციალური კონტროლის მექანიზმად გამოიყენებოდა. ანტიფსიქიატრები მიიჩნევდნენ, რომ ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ხშირად საზოგადოების იმ წევრთა მორჩილებას ემსახურებოდა, რომლებიც დამკვიდრებულ ნორმებსა და ღირებულებებს არ ერგებოდნენ.

მოძრაობის განვითარებას ხელი შეუწყო 1960-1970-იან წლებში დასავლეთში მიმდინარე სოციალურ-პოლიტიკურმა ცვლილებებმა. ამ პერიოდში გაძლიერდა ადამიანის უფლებების, თავისუფლებისა და ჰუმანიზმის მიმართ ინტერესები, რაც გავლენას ახდენდა ჯანდაცვის სისტემაზე. ანტიფსიქიატრები ამტკიცებდნენ, რომ ფსიქიკური დაავადება ხშირად სოციალური კონსტრუქცია იყო და არა ბიოლოგიური ან ნევროლოგიური მდგომარეობა. მათი თქმით, ფსიქიატრიული დაწესებულებები არ კურნავდნენ, არამედ პაციენტებს იზოლაციაში ამყოფებდნენ და თავისუფლებას უზღუდავდნენ.

მოძრაობის წამყვანი ფიგურები იყვნენ ბრიტანელი ფსიქიატრი რონალდ ლაინგი და ამერიკელი ფსიქიატრი თომას შაზსი. შაზსმა თავის ნაშრომში „ფსიქიკური დაავადების მითი“ აღნიშნა, რომ ფსიქიკური დაავადება სამედიცინო ფენომენის ნაცვლად, საზოგადოების მიერ შექმნილი იარაღი იყო, რომელიც არასასურველი ქცევის დასამორჩილებლად გამოიყენებოდა. მიშელ ფუკომ კი ფილოსოფიურ ნაშრომებში ყურადღება გაამახვილა იმაზე, თუ როგორ გამოიყენებოდა ფსიქიატრია ძალაუფლების განმტკიცების მიზნით.

ანტიფსიქიატრიულმა მოძრაობამ მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროზე. მისი ერთ-ერთი მთავარი მიღწევა იყო ფსიქიატრიული დაწესებულებების შემცირება და დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის დაწყება, რაც საზოგადოების ინტეგრირებულ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დაფუძნებული სერვისების განვითარებას ითვალისწინებდა. ამასთან, მოძრაობამ მნიშვნელოვნად განავითარა პაციენტთა უფლებების დაცვის საკითხები, რაც ფსიქიატრიულ მკურნალობას უფრო ჰუმანურ და ინდივიდზე ორიენტირებულ გახდიდა.

თუმცა ანტიფსიქიატრიული მოძრაობის იდეები საყოველთაოდ მიღებული არ ყოფილა. კრიტიკოსები აღნიშნავდნენ, რომ ფსიქიატრიული მკურნალობის უგულებელყოფა შესაძლოა სერიოზულ საფრთხეს უქმნიდეს იმ პაციენტებს, რომელთაც მძიმე ფსიქიკური მდგომარეობის გამო მკურნალობა ნამდვილად სჭირდებოდათ.

დღეს ანტიფსიქიატრიული მოძრაობის მემკვიდრეობა აისახება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკაში, სადაც მეტი აქცენტი კეთდება ინდივიდის უფლებების დაცვაზე, საზოგადოების მხარდაჭერაზე და ჰუმანური მიდგომების დანერგვაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვის პროცესში. თანამედროვე ფსიქიატრია კი ცდილობს დაბალანსებული მიდგომის დანერგვას, რომელიც აერთიანებს ბიოლოგიურ და ფსიქოსოციალურ ფაქტორებს, ადამიანის კეთილდღეობის უზრუნველყოფის მიზნით.

საქართველოში დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი: მიღწევები და გამოწვევები

საქართველოში დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი 2005 წელს დაიწყო, როდესაც მთავრობის მიერ დამტკიცდა ბავშვთა დაცვისა და დეინსტიტუციონალიზაციის სამთავრობო სამოქმედო გეგმა. მისი მიზანი იყო ბავშვების დიდი ზომის ინსტიტუციებიდან ოჯახურ გარემოში გადაყვანა და სათემო სერვისების განვითარება. შედეგად, ბავშვთა

დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი წარმატებით განხორციელდა და ამჟამად საქართველოში ბავშვთა სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ არცერთი თავშესაფარი აღარ არსებობს.

ამ რეფორმებმა გარკვეული სისტემური ცვლილებები მოიტანა. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიახლე იყო ტერმინ "ფსიქიატრიის" შეცვლა "ფსიქიკური ჯანმრთელობით", რაც აისახა სახელმწიფო პროგრამის სახელზეც. 2020 წლის 1 ივლისს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ კანონი ეწოდა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონი. გარდა ამისა, 2014 წელს დამტკიცდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი, ხოლო 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმა მოიცავდა რიგ ღონისძიებებს. თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, ცვლილებები მხოლოდ სახელწოდებების ცვლილებით შემოიფარგლა, სერვისების შინაარსობრივი მოდერნიზაციის გარეშე.

2011 წელს დაიწყო ზრდასრული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების (შშმ) დიდი პანსიონატებიდან საოჯახო ტიპის სახლებში გადაყვანის პროცესი, რომელიც დღემდე გრძელდება. 2020 წელს ჩეხეთის რესპუბლიკის ორგანიზაცია კარიტასმა, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერითა და საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით, შეიმუშავა დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. პროექტის ფარგლებში ჩამოყალიბდა მულტიდისციპლინური გუნდი, რომელშიც შედიოდნენ ფსიქოლოგები, ოკუპაციური თერაპევტები, სოციალური მუშაკები, ექიმები და ფსიქიატრები. გუნდი მუშაობდა როგორც პანსიონატების პერსონალთან, ასევე ბენეფიციარებთან, რათა შეესწავლათ მათი საჭიროებები და დაეგემათ ინდივიდუალური მომსახურებები.

2024 წლის დეკემბერში დასრულდა მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატის დეინსტიტუციონალიზაცია. მისი ბენეფიციარები გადაყვანილნი იქნენ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში მდებარე საოჯახო ტიპის სახლებში, სადაც უზრუნველყოფილია ოჯახურ გარემოსთან მაქსიმალურად მიახლოებული პირობები და ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინება.

მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა, დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი საქართველოში ჯერ კიდევ გრძელდება. მისი წარმატებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პერსონა-ცენტრულ მიდგომას, რომელიც ითვალისწინებს ინდივიდის ინტერესებს, სურვილებსა და შესაძლებლობებს. თუმცა, მნიშვნელოვანი გამოწვევებია ქვეყანაში ალტერნატიული სერვისების არასაკმარისი განვითარება და ფინანსური თუ საკანონმდებლო რესურსების სიმწირე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები საქართველოში

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი მოიცავს შემდეგ მომსახურებებს:

- სათემო ამბულატორიული მომსახურება;
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია;
- ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები;
- ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია მოზრდილთათვის;
- თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის;
- სტაციონარული მომსახურება (ბავშვთა და მოზრდილთა);
- ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფარი;
- საცხოვრისების განვითარება.

გარდა ამისა, სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება შშმ პირებისთვის საოჯახო ტიპის მომსახურებისა და დღის ცენტრების ქვეპროგრამები. თუმცა ამ სერვისების მოცულობა და ზოგ შემთხვევაში ხარისხი ვერ პასუხობს თემის საჭიროებებს. საქართველოში ჯერ კიდევ აღინიშნება ადამიანების უგულვებელყოფა და არასათანადო მოპყრობა ინსტიტუციებში.

დეინსტიტუციონალიზაციის შესაძლებლობები

WHO-ს 2023–2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმის მიზანია სპეციალიზებული საავადმყოფოებში საწოლების 30%-ით შემცირება. ამ მიზნის მიღწევა მოითხოვს შემდეგი ნაბიჯების განხორციელებას:

1. **ალტერნატიული სერვისების განვითარება**, მათ შორის თემზე დაფუძნებული დღის ცენტრების, ჯგუფური საცხოვრებლებისა და ამბულატორიული სერვისების შექმნა.
2. **ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება**, განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის ხარჯები მინიმალურია.
3. **ადამიანური რესურსების გაძლიერება**, რაც მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების გადამზადებასა და მათი რაოდენობის ზრდას.
4. **ზოგადი საავადმყოფოების როლის გაძლიერება**, რათა საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფებისთვის მეტი სერვისი გახდეს ხელმისაწვდომი.

სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების სისტემა განვითარების ადრეულ ეტაპზეა. არსებული მონაცემები აჩვენებს, რომ:

- ფსიქიატრიული დაწესებულებებისა და საწოლების რაოდენობა მნიშვნელოვნად ჩამოუვარდება გლობალურ სტანდარტებს.
- ზოგიერთი ქვეყანა უფრო მეტად ეყრდნობა ჰოსპიტალიზაციას, ვიდრე საზოგადოებრივ სერვისებს, რაც ხელს უშლის დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესს.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხარჯები რეგიონის მასშტაბით დაბალია, რაც ხელს უშლის ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას.

დეინსტიტუციონალიზაციის წარმატება დიდწილად დამოკიდებულია პოლიტიკურ ნებასა და ფინანსურ რესურსებზე. აუცილებელია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, რათა შემცირდეს სტიგმა და მეტი ადამიანი შეძლოს საჭირო დახმარების მიღება. ამრიგად, რეგიონის ქვეყნები უნდა ფოკუსირდნენ ინკლუზიურ პოლიტიკაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების თანაბარ და ხარისხიან ხელმისაწვდომობას, განსაკუთრებით მარგინალიზებული ჯგუფებისთვის. მაგალითად, WHO-ს სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის რეგიონი მოიცავს შემდეგ 11 ქვეყანას:

1. ბანგლადეში
2. ბჰუტანი
3. ჩრდილოეთ კორეა
4. ინდოეთი
5. ინდონეზია
6. მალდივები
7. მიანმარი
8. ნეპალი
9. შრი-ლანკა
10. ტაილანდი
11. ტიმორ-ლესტე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხარჯების განხილვისას, რეგიონში მთავრობის მიერ გაწეული ხარჯი 2017 წლის მონაცემებით მხოლოდ 0.10 აშშ დოლარს შეადგენდა თითო მოსახლეზე, რაც მნიშვნელოვნად დაბალია გლობალურ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით (7.49 აშშ დოლარი). მთავრობის მიერ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გაწეული ხარჯები ასახავს ქვეყნის პრიორიტეტებს დაფინანსების თვალსაზრისით.

ფსიქიატრიული დაწესებულებების დაფინანსების მაღალი პროცენტი აღინიშნება შემდეგ ქვეყნებში:

- მიანმარი – ფსიქიკური ჯანმრთელობის მთლიანი ბიუჯეტის 85% ფსიქიატრიულ დაწესებულებებზე იხარჯება.
- ტაილანდი – 81%.
- ინდონეზია – 66%.

- ნეპალი – ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხარჯების 20% ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე.

ამ მონაცემებიდან ჩანს, რომ რეგიონის ქვეყნებში მთავრობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს ინსტიტუციურ მოვლაზე ხარჯავენ, რაც გამოწვევად რჩება სათემო სერვისების განვითარების კუთხით. რეგიონში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სამთავრობო ხარჯი მთლიანი ჯანდაცვის ბიუჯეტის პროპორციულად მერყეობს 0.2%-დან (ბჰუტანი და ნეპალი) 2%-მდე (ინდონეზია).

ფინანსური რესურსების ნაკლებობა. დაინსტიტუციონალიზაციის ერთ-ერთი ყველაზე დიდი გამოწვევა ფინანსური რესურსების არარსებობაა. თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება მოითხოვს მნიშვნელოვან ინვესტიციებს ინფრასტრუქტურაში, პროფესიონალთა გადამზადებაში და უწყვეტ მხარდაჭერაში. განვითარებად ქვეყნებში სახელმწიფო ბიუჯეტები ხშირად არ არის საკმარისი ახალი სერვისების შესაქმნელად და არსებული დაწესებულებების მოდერნიზებისთვის, რის შედეგადაც ხდება ფულის არამიზნობრივი განკარგვა და რეფორმის პროცესის შეფერხება.

საავადმყოფოებიდან სათემო სერვისებზე რესურსების გადამისამართება. დაინსტიტუციონალიზაციის პროცესის საწყის ეტაპზე, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ხარჯები ძალიან მაღალი იყო, დაფინანსების რეფორმამ მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა. ფისკალური რესურსების კრიზისმა, განსაკუთრებით ეკონომიკური სირთულეების პერიოდში, მთავრობის ყურადღება მიმართა სათემო სერვისებისკენ.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ხშირად განიხილებოდა როგორც მძიმე ფინანსური ტვირთი სახელმწიფოსთვის. მათი ფუნქციონირების ხარჯები, რომელიც მოიცავდა ინფრასტრუქტურის შენარჩუნებას, პერსონალის ანაზღაურებასა და პაციენტების ხანგრძლივ მკურნალობას, უფრო და უფრო არაეფექტური ხდებოდა. შედეგად, მთავრობები იძულებულნი იყვნენ მოეძებნათ უფრო ეფექტური და ნაკლებად ხარჯიანი ალტერნატივები.

საერთაშორისო დაფინანსების როლი. გლობალური ორგანიზაციები, როგორცაა WHO და PAHO, აქტიურად მონაწილეობდნენ დაინსტიტუციონალიზაციის პროცესების მხარდაჭერაში. მათ მიერ მიწოდებული დაფინანსება და ტექნიკური დახმარება უმნიშვნელოვანესი იყო იმ ქვეყნებისთვის, სადაც საკუთარი რესურსები არასაკმარისი აღმოჩნდა. პილოტური პროგრამები, რომლებიც დაფინანსდა საერთაშორისო დონორების მიერ, მნიშვნელოვან როლს ასრულებდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემების მოდერნიზაციაში.

ფინანსური სტიმულები და სოციალური დაცვის სისტემები. დაინსტიტუციონალიზაციის პროცესის წარმატებისთვის აუცილებელია ძლიერი სოციალური დაცვის სისტემების არსებობა. სოციალური მხარდაჭერის პროგრამებმა, როგორცაა საცხოვრებლის სუბსიდირება, ტრანსპორტის უზრუნველყოფა და შემწეობები, განსაკუთრებული როლი ითამაშა პაციენტების სათემო ცხოვრებაში ინტეგრაციაში.

პროფესიული წინააღმდეგობა. დაინსტიტუციონალიზაცია არსებულ სოციალურ და პროფესიულ ურთიერთობებში ფუნდამენტურ ცვლილებებს იწვევს. ფსიქიატრების მხრიდან წინააღმდეგობა ხშირად გამოწვეულია შიშით, რომ საავადმყოფოების შემცირება მათ ფინანსურ სტაბილურობასა და პრესტიჟს შეამცირებს. თუმცა, პროფესიული წინააღმდეგობის დაძლევა შესაძლებელია ინკლუზიური პროცესებისა და პროფესიონალებისთვის ახალი შესაძლებლობების შექმნით.

კვალიფიციური პერსონალის ნაკლებობა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემების რეფორმას ერთ-ერთი ყველაზე დიდი გამოწვევა კვალიფიციური პერსონალის ნაკლებობა აქვს, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. ამ პრობლემის გადასაჭრელად აუცილებელია ახალი კადრების მომზადება და არსებული პერსონალის გადამზადება.

პოლიტიკური ნება და ადგილობრივი ჩართულობა. პოლიტიკური ლიდერების ინტერესისა და ხედვის ნაკლებობა დიდ დაბრკოლებად რჩება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის

პოლიტიკა ვერ განხორციელდება მთავრობისა და ადგილობრივი ხელისუფლების აქტიური ჩართულობის გარეშე. ამ პროცესის წარმატებისთვის აუცილებელია ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართულობა.

საკანონმდებლო გამოწვევები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში კანონმდებლობა ხშირად არ შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს და საჭიროებს განახლებას. ბევრ ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული კანონები მოძველებულია და არ ითვალისწინებს დეინსტიტუციონალიზაციის სპეციფიკას.

შესაბამისი სერვისების არარსებობა. სათემო სერვისების არასაკმარისი რაოდენობა ან მათი არათანაბარი განაწილება ხშირად წარმოადგენს მნიშვნელოვან ბარიერს. ამ სერვისების გარეშე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები რჩებიან დახმარების გარეშე ან იძულებულნი არიან ისევ დაუბრუნდნენ დაწესებულებებს.

დასკვნა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2023–2030 წლებში წარმოუდგენს მრავალფეროვან მიდგომებს, რომლებიც მიზნად ისახავს საზოგადოების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გაფართოებასა და გაძლიერებას. გეგმის მეორე მიზანი — "ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის ყოვლისმომცველი, ინტეგრირებული და საპასუხო სერვისების უზრუნველყოფა საზოგადოებაზე დაფუძნებულ გარემოში" — გულისხმობს კონკრეტული ინდიკატორის განსაზღვრას (მესამეულ ზრუნვაში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა), რათა ეფექტურად მოხდეს დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მონიტორინგი.

ამ პროცესს აერთიანებს დოკუმენტი "ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ადამიანის უფლებები და კანონმდებლობა: სახელმძღვანელო და პრაქტიკა", რომელიც გაეროსა და WHO-ს ერთობლივი ძალისხმევით შეიქმნა. აღნიშნული დოკუმენტი განსაზღვრავს სამართლებრივ ჩარჩოებსა და სტრატეგიულ სამოქმედო გეგმებს, რომლებიც აუცილებელია მდგრადი დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის წარმატებისთვის. ძირითადი კომპონენტები მოიცავს:

- ახალი ინსტიტუციების შექმნის შეზღუდვა;
- მრავალსექტორული კოორდინაციის ხელშეწყობა დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესში;
- იძულებით ინსტიტუციონალიზებული პირთა რეინტეგრაციის მექანიზმების შექმნა;
- დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის მონიტორინგისა და შეფასების გაუმჯობესება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ბოლო ათწლეულების განმავლობაში დაგროვილი სამეცნიერო ცოდნა ხშირად ვერ გამოიყენება ეფექტურად. არსებული მომსახურება ხშირად არ ეფუძნება მტკიცებულებებზე და საუკეთესო პრაქტიკას. ახალი სერვისები ძველ სისტემებთან ერთად არსებობენ, რაც ხელს უშლის რეფორმების სრულმასშტაბიან დაწერვას. პოლიტიკოსები ხშირად რეაგირებენ კრიზისებზე ან იმ იდეებზე, რომლებიც ადვილად გასაგები და ლოგიკურად სწორი ჩანს, თუმცა ნაკლებად პოპულარული საკითხები უკან დარჩება. მნიშვნელოვანია, რომ პოლიტიკურმა ნებამ არ დაკარგოს სტაბილურობა, მიუხედავად შესაძლო ჩავარდნებისა და სირთულეებისა. საზოგადოებისა და პოლიტიკოსების ინფორმირების პროცესში აუცილებელია გამართული, ფართომასშტაბიანი საგანმანათლებლო კამპანიები, რათა თავიდან ავიცილოთ პოლიტიკის მიზნების გაუგებრობა ან უგულებელყოფა.

დრო არის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ფაქტორი. ისტორიული გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ პოლიტიკის მიღების სწორი მომენტი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. ხელისუფლების ცვლილება და პრიორიტეტების შეცვლა ხშირად ზღუდავს რეფორმის მდგრადობას. საზოგადოებრივი მხარდაჭერა პოლიტიკის შენარჩუნების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი გარანტიაა. ამიტომ, აუცილებელია მუდმივი კვლევები, შეფასებები და ადვოკატირების პროცესების წარმოება.

მომხმარებელთა აქტიური ჩართულობა პოლიტიკის ფორმირებაში, მონიტორინგსა და შეფასებაში ძალზე მნიშვნელოვანია. გამოცდილება აჩვენებს, რომ მომხმარებლები ძალიან

ეფექტური ადვოკატები არიან, ამიტომ გრძელვადიანი ზრუნვის პოლიტიკა უნდა დაფუძნდეს იმ პირების გამოცდილებაზე, რომლებიც უშუალოდ სარგებლობენ ამ სერვისებით.

დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის წარმატებისთვის აუცილებელია ალტერნატიული ზრუნვის სერვისების განვითარება, საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელება და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება. მხოლოდ ამ გზით გახდება შესაძლებელი, რომ საქართველოში შშმ პირებმა იცხოვრონ ოჯახურ და მხარდამჭერ გარემოში, რაც ხელს შეუწყობს მათ სრულფასოვან განვითარებას და კეთილდღეობას.

ამგვარად, გრძელვადიანი ზრუნვის პოლიტიკა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში განხორციელებული რეფორმები ხშირად რთული და არაპროგნოზირებადია. ამ პროცესში წარმატების მიღწევისთვის აუცილებელია სიღრმისეული ცოდნა, სისტემური ცვლილებები და საზოგადოების მხარდაჭერა.

გამოყენებული ლიტერატურა

ზავრადაშვილი, ნ. (2021). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეინსტიტუციონალიზაცია საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველოს კონტექსტი. ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი. თბილისი.

Caritas Czech Republic. (2022). The deinstitutionalization of adults with disabilities in Georgia soon will come to an end. <https://georgia.charita.cz/news/the-deinstitutionalization-of-adults-with-disabilities-in-georgia-soon-will-come-to-an-end/>

<https://socialjustice.org.ge/ka/products/fsikikuri-janmrtelobis-servisebis-deinstitutsionalizatsia-saertashoriso-gamotsdileba-da-sakartvelos-konteksti>

Dunn, AA. (2011). Independent Assessment of the Deinstitutionalisation Process in Georgia. UNICEF.

<https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/attachments/Independent%20Assessment%20of%20the%20Deinstitutionalisation%20Process%20in%20Georgia.pdf>

Montenegro C, Irrázaval Dominguez M, González Moller J, Thomas F, Urrutia Ortiz J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. Cambridge Prisms: Global Mental Health. 10:e29. doi:10.1017/gmh.2023.18

Shen, G.C., Snowden, L.R. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. Int J Ment Health Syst 8, 47. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-47>

WHO. (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf>

WHO. (2023). Deinstitutionalization of people with mental health conditions in the WHO South-East Asia Region. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/9789290211211>



Dangerous Liaison Between Tobacco Smoking and Asthma

საშიში კავშირი თამბაქოს მოწევასა და ასთმას შორის

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.12>

ამირ სუჰაილ კორაკკა კოტილი^{1a}

Aamir Suhail korakka kottil^{1a}

¹მედიცინის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

Abstract

Introduction: The interaction between smoking and asthma leads to significant adverse effects on disease symptoms, progression, and treatment outcomes. Smoking worsens asthma by accelerating lung function decline, increasing symptom severity, and reducing treatment efficacy. This study investigates the biological mechanisms of treatment resistance and the harmful impact of smoking on asthma progression. The primary objectives are to understand how smoking exacerbates asthma symptoms, evaluate the challenges of managing asthma in smokers, and explore the implications of tobacco use on treatment resistance and long-term respiratory health. **Methodology:** A comprehensive literature review was conducted, analysing peer-reviewed studies on the relationship between smoking and asthma. **Results:** The findings revealed that smoking impairs airway function, induces chronic inflammation, and alters immune responses, leading to more frequent asthma exacerbations. Second-hand smoke was found to cause similar harmful effects, especially in children and non-smoking adults. Smokers with asthma showed reduced responsiveness to corticosteroids and bronchodilators, highlighting the need for alternative therapeutic strategies. **Discussion:** The study underscores the importance of integrating smoking cessation into asthma management plans. Early intervention, personalized therapies, and public health initiatives targeting smoking reduction can significantly improve patient outcomes. **Conclusion:** Smoking cessation is essential for effective asthma management and long-term respiratory health. A multidisciplinary approach combining medical, behavioural, and psychological interventions can reduce healthcare costs and promote a healthier, smoke-free lifestyle for individuals with asthma.

Keywords: Smoking, Asthma, Smoking cessation, Lung function decline, Chronic inflammation, Immune response alteration, Asthma exacerbations, Second-hand smoke

Quote: Aamir Suhail korakka kottil. Dangerous Liaison Between Tobacco Smoking and Asthma. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.12>

^a a_korakka_kottil@cu.edu.ge



აბსტრაქტი

შესავალი: თამბაქოს მოხმარებასა და ასთმას შორის ურთიერთქმედება მნიშვნელოვან უარყოფით გავლენას ახდენს დაავადების სიმპტომებზე, პროგრესირებასა და მკურნალობის შედეგებზე. მოწვევა ასთმას ამძაფრებს ფილტვების ფუნქციის დაქვეითების დაჩქარებით, სიმპტომების გამწვავებითა და მკურნალობის ეფექტურობის შემცირებით. კვლევა მიზნად ისახავს გარკვიოს, როგორ აძლიერებს მოწვევა ასთმის სიმპტომებს, შეაფასოს ასთმის მართვის გამოწვევები მწველ პაციენტებში და შეისწავლოს თამბაქოს მოხმარების გავლენა მკურნალობის რეზისტენტობასა და სასუნთქი სისტემის ჯანმრთელობაზე. **მეთოდოლოგია:** ჩატარდა ყოვლისმომცველი ლიტერატურის მიმოხილვა, რომელიც ეფუძნებოდა რეცენზირებულ კვლევებს მოწვევისა და ასთმის ურთიერთობის შესახებ. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა, რომ მოწვევა იწვევს სასუნთქი გზების ფუნქციის დაზიანებას, ქრონიკულ ანთებასა და იმუნური რეაქციის ცვლილებას, რაც ასთმის უფრო ხშირ გამწვავებას განაპირობებს. მეორადმა მოწვევამაც კი მსგავსი მავნე გავლენა იქონია, განსაკუთრებით ბავშვებსა და არამწველ მოზრდილებში. ასთმით დაავადებულმა მწველებმა აჩვენეს კორტიკოსტეროიდების და ბრონქოდილატატორებისადმი შემცირებული რეაგირება, რაც ალტერნატიული თერაპიული მიდგომების აუცილებლობაზე მიუთითებს. **დისკუსია:** კვლევა ხაზს უსვამს მოწვევის შეწყვეტის აუცილებლობას ასთმის მართვის პროცესში. ადრეული ჩარევა, პერსონალიზებული თერაპიები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივები, რომლებიც მოწვევის შემცირებას ისახავს მიზნად, შესაძლოა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს პაციენტთა მდგომარეობა. **დასკვნა:** მოწვევის შეწყვეტა გადამწყვეტია ასთმის ეფექტური მართვისა და გრძელვადიანი რესპირატორული ჯანმრთელობისთვის. მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომელიც მოიცავს სამედიცინო, ქცევით და ფსიქოლოგიურ ინტერვენციებს, ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებასა და პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

საკვანძო სიტყვები: თამბაქოს მოხმარება, ასთმა, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, ფილტვების ფუნქციის დაქვეითება, იმუნური პასუხის ცვლილება, ასთმის გამწვავება, მეორადი მოწვევა

ციტატა: ამირ სუჰაილ კორაკკა კოტილი. საშიში კავშირი თამბაქოს მოწვევასა და ასთმას შორის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.11>

Introduction

Smoking tobacco continues to be the world's greatest preventable cause of premature death, contributing to a number of serious ailments, including lung cancer, heart disease, strokes, chronic respiratory disorders, and other types of cancer. Asthma sufferers continue to smoke in large numbers despite the established health dangers. This behavior could be explained by the fact that nicotine is addictive and that asthma symptoms, particularly in milder forms, are sporadic. Studies reveal that about 25% of persons with asthma in affluent nations smoke regularly, a proportion comparable to that of the overall population. Smoking aggravates asthma symptoms, speeds up lung function decline, and decreases the efficiency of common asthma therapies like corticosteroids, making the coexistence of smoking with asthma a special health concern.

Tobacco usage has a substantial negative impact on health, with at least one in four adults smoking cigarettes in many high-income countries. The symptoms of asthma, a long-term respiratory disease, include inflammation, increased airway sensitivity, and recurrent airway blockage. The 2019 Global Burden of Disease report projected that asthma affects 262 million people globally. Smokers experience more severe and enduring symptoms, which makes managing their disease more difficult and raises their chance of developing long-term respiratory issues.

Tobacco consumption poses profound risks to respiratory health, particularly for individuals afflicted with asthma. Individuals with asthma who smoke are more likely to be susceptible to accelerated decline in pulmonary function and exhibit a heightened susceptibility to developing COPD. Moreover, smoking induces complex alterations in the inflammatory pathways of the airways, culminating in a diminished pharmacological response to corticosteroids, the cornerstone of asthma management. This corticosteroid resistance significantly complicates clinical management, necessitating more intensive, individualized therapeutic regimens. Despite the well-documented benefits of smoking cessation—such as enhanced pulmonary capacity and improved asthma symptom control—cessation rates among asthmatic smokers remain discouragingly low. This underscores the critical need for more effective cessation interventions and innovative management strategies targeting this vulnerable population.

This thesis investigates the relationship between smoking and asthma, with a focus on biological mechanisms underlying treatment resistance and its harmful impact on lung function. Exploring the link between asthma and smoking is critical due to the substantial health repercussions of this combination. Understanding how smoking exacerbates asthma symptoms and contributes to treatment resistance can aid in developing more effective management options. Addressing this issue is critical for increasing patients' quality of life, lowering healthcare expenditures, and improving treatment outcomes. The study's findings could provide useful insights into creating targeted interventions aimed at lowering smoking among asthma patients and enhancing their clinical care.

Many people with asthma still smoke in spite of the known harm that smoking does to asthma management. This conduct increases the severity of asthma, decreases the efficacy of treatment, and increases the use of healthcare services. There is still a lack of knowledge regarding the causes of this persistent smoking behavior, the biological processes underlying treatment resistance, and the poor efficacy of the available cessation regimens. Improving smokers' asthma management requires filling in these knowledge gaps.

Examining how smoking affects asthma control, response to therapy, and general health outcomes are crucial given the rising prevalence of smoking and asthma worldwide. In order to better manage asthma in this high-risk population, this study is required to investigate the underlying mechanisms of corticosteroid resistance in smokers with asthma and to pinpoint viable approaches. Comprehending these dynamics can help medical professionals create clinical procedures and public health initiatives that are more successful.

Research Questions:

- How does cigarette smoking influence asthma severity and progression?
- How effective are current asthma management strategies for smokers compared to nonsmokers?
- What interventions can be developed to reduce smoking rates among individuals with asthma?

Despite extensive research on the adverse effects of smoking on asthma, critical gaps persist in understanding the precise biological mechanisms contributing to treatment resistance and accelerated lung function decline among asthmatic smokers. Existing studies often focus on either asthma or COPD in isolation, overlooking the overlapping characteristics and diagnostic challenges in patients with combined asthma-COPD features. Additionally, while the harmful impact of ETS on children with asthma is well-documented, fewer studies explore its long-term effects on adults with pre-existing asthma. There is also limited evidence on the effectiveness of integrated smoking cessation strategies tailored specifically for asthmatic populations, especially among vulnerable groups such as adolescents, pregnant women, and individuals with severe asthma phenotypes.

Methodology

A literature search was done through PubMed, Scopus, and Web of Science databases, and data were extracted according to inclusion criteria. The search strategy utilized a combination of Medical

Subject Headings (MeSH) terms and relevant keywords, such as "Asthma", "Smoking cessation", "Lung function decline", "Asthma exacerbations". The search was limited to peer-reviewed articles and reviews published in English between January 2000 and April 2024 to ensure the inclusion of recent and relevant studies.

Literature review

Chronic airway inflammation is the hallmark of asthma, a respiratory disease that causes symptoms including coughing, chest tightness, wheezing, and dyspnea that vary in intensity and frequency because of fluctuating airflow restriction. Up to 18 percent of people worldwide are thought to be affected by its prevalence. Asthma management's key goals are to minimize treatment adverse effects, maintain ideal symptom control, and lower the risk of asthma-related consequences like exacerbations, death, and long-term airflow limitation. It is noteworthy that 20% of people with asthma smoke regularly, which is similar to the incidence in the general population.

Almost one billion people worldwide are reported to smoke, rendering tobacco use a grave global health hazard. The true value of smokers is predicted to remain significant due to ongoing population increase, even if estimates suggest a drop in smoking prevalence over the next ten years. Globally, it proved that men smoked substantially more than women in 2020. Likewise, among teenagers with asthma, smoking rates are either the same as or higher than those of their peers without the condition.

Higher risks of asthma and COPD exacerbations, worsened lung function, and elevated respiratory symptoms are all closely associated with smoking. People with long-term respiratory conditions like asthma or COPD who smoke had worse treatment results, more frequent hospital stays, and more severe symptoms. From the standpoint of public health, smoking is acknowledged as one of the world's major preventable causes of sickness and mortality. Its extensive effects on world health emphasize the critical need for ongoing tobacco control initiatives and focused interventions, especially for vulnerable groups like people with COPD and asthma.

Impact of Tobacco Exposure on Asthma Development and Respiratory Health

A multitude risk factors and environmental exposures may either boost or lower the likelihood of developing asthma at different times. A history of infections, developmental impacts like preterm birth and delivery style, and demographic characteristics like age and sex are a handful of these determinants. In addition to dietary practices, medicine use, and exposure to inhaled chemicals like smoke, air pollutants, and allergens, socioeconomic factors including income level, agricultural livelihood, and childcare attendance also have an impact (Beasley et al., 2015). Notably, smoking was identified as the second most important risk factor (Safiri et al., 2022). Although secondhand smoke has also been connected to an increased risk of asthma, tobacco exposure goes beyond active smoking. Although majority of asthma diagnoses are identified in children, later-life asthma may be exacerbated by active smoking and passive smoke exposure (Papi et al., 2018). Because of the importance of the early years for lung development, prenatal interaction and first few years of life is especially problematic. Wheezing, decreased lung function during adolescence, and increased risks of respiratory infections in children have all been linked to maternal smoking (Gibbs et al., 2016). In people exposed to maternal smoking during early development, longitudinal studies have demonstrated that these respiratory problems can last into adulthood and result in chronic conditions like airflow obstruction, COPD, and idiopathic pulmonary fibrosis (Magnus et al. 2018).

Outcomes in Asthmatic smokers

According to Thomson et al. (2009), studies have repeatedly demonstrated that asthmatic smokers have higher rates of morbidity and mortality than their non-smoking peers. People who smoke have greater vulnerability of experiencing grave symptoms, frequent aggravation, and potentially asthma attacks. Asthma-related mortality is also much greater among heavy smokers than among asthmatics who do not smoke. During pregnancy, smoking increases the risk of fetal development abnormalities and aggravates asthma symptoms, resulting in more frequent and severe flare-ups (Newman et al.). It's

noteworthy that the biggest correlation with illness severity has been seen in those who have smoked for more than 20 pack-years. It has been discovered that secondhand smoke exposure has a detrimental effect on asthma control in both adults and children, much like active smoking does. Asthmatic children exposed to smoke have more severe symptoms, require rescue drugs more frequently, visit the hospital more frequently, and experience more potentially fatal asthma attacks. Secondhand smoking lowers lung function, lowers quality of life, makes it harder to manage asthma in adults, and increases dependency on medical services. These results highlight how important it is to implement successful smoking cessation programs and implement public health initiatives to lower tobacco exposure in susceptible groups.

Impact of Smoking on Lung Function Decline in Asthmatic Individuals

People with asthma who already have impaired lung function, smoking has been demonstrated to cause acute bronchoconstriction. Asthma and smoking have a combined effect on the lowering of FEV1, according to research by James et al. This suggests that smoking asthmatics experience a more substantial decline in lung function than either non-smoking asthmatics or healthy smokers. Even while tobacco smoke does not always cause an acute irritating response, it is nevertheless a major cause of respiratory impairment in vulnerable groups.

Deterioration of lung function observed among smokers with asthma is influenced by a multifaceted interplay of factors extending beyond tobacco consumption alone. Genetic susceptibility, environmental influences, and impaired pulmonary development during formative years are critical contributors to this decline. Moreover, those with a history of severe childhood asthma who persist in smoking during adulthood are disproportionately predisposed to chronic airflow obstruction. As highlighted by Thomson et al. (2012), this heightened vulnerability stems from the synergistic effects of early-life respiratory complications compounded by the deleterious impact of sustained tobacco exposure in later years

Differentiating Asthma from COPD: Diagnostic Challenges and the Impact of Smoking on Lung Function

The primary method of diagnosing asthma is by identifying the hallmark symptoms, which usually occur concomitantly comprise dyspnea, coughing, chest tightness, and wheezing. The aforementioned signs exhibit a clear temporal pattern: they are often triggered by environmental variables like tobacco smoke and allergens, they worsen at late hours or at sunrise, and their intensity varies over time (Polosa et al., 2013). Since the clinical signs of asthma and COPD overlap, discerning between two conditions is one of the most difficult diagnostic tasks. According to Papi et al. (2018), COPD is marked by a continuous restriction in airflow brought on by injury to the airways and/or alveoli.

As opposed to asthma, COPD usually manifests later in life and has a more consistent symptom pattern, with dyspnea initially mostly happening during physical activity. However, in asthma, wheezing is a more noticeable symptom in those who have the condition, and symptoms are more likely to be brought on by particular environmental variables, such as allergens or irritants.

Distinguishing between asthma and COPD necessitates consideration of multiple critical factors, including demographic variables such as age and sex, as well as personal and familial medical histories, which may encompass conditions like asthma, allergen sensitization, hay fever, eczema, and allergic rhinitis. Additionally, biomarkers, including eosinophils, immunoglobulin E (IgE), and fractional exhaled nitric oxide (FeNO) levels, are pivotal in making an accurate distinction. The diagnosis of asthma is typically corroborated through pulmonary function tests, with spirometry revealing expiratory airflow obstruction and marked fluctuations in lung function

Smoking typically begins in adolescence or early adulthood, and when combined with asthma, early and sustained tobacco use significantly accelerates the decline in pulmonary function. Asthmatic individuals who initiate smoking at a young age are especially prone to airway remodeling and progressive lung dysfunction, ultimately culminating in fixed airway obstruction (non-reversible).

These observations emphasize the critical importance of early identification and intervention in asthma, particularly for individuals with a smoking history, in order to mitigate long-term respiratory impairment.

Impact of Environmental Tobacco Smoke (ETS) on Asthma Development and Severity

Exposure to ambient tobacco smoke, or ETS, is the term used to describe involuntary smoking, which happens when nonsmokers are exposed to the negative effects of tobacco use by those around them, such as close friends, relatives, or coworkers. This passive exposure correlated with higher probability of developing asthma and bronchial hyper responsiveness, as well as heightened incidence of acute respiratory infections and exacerbation of respiratory diseases, especially in children. ETS also puts children at risk for a gradual deterioration in lung growth and maturation as well as decreased pulmonary function. These people often complain of eye, nose, throat, and respiratory tract irritation when exposed to ETS in enclosed areas, such as homes and public transportation.

Smoking aggravates asthma symptoms in children, according to a significant percentage of parents whose children have the condition, and quitting smoking at home usually improves symptoms. Children of moms with less education (less than 12 years) and who smoke more than 10 cigarettes a day are 2.5 times prone to acquire asthma than children of non-smoking mothers, according to research by Martinez et al. Although many asthmatic patients believe that environmental tobacco smoke (ETS) is a major cause of symptom worsening, outcomes of ETS exposure on adult asthmatics are still not well understood. Significance of ETS in exacerbating adult respiratory and nasal allergy reactions has been demonstrated by studies like the one by Wiedemaan et al. Researchers in a Swedish population-based study found that individuals who had been exposed to ETS as children were more likely to acquire asthma than those who had not. Furthermore, the start of asthmatic symptoms has been independently linked to early exposure to both tobacco smoke and ETS, even at low concentrations. In children with an atopic propensity, it is hypothesized that early exposure to ETS, when combined with genetic sensitivity, may cause the early onset of chronic wheeze, whereas its absence may delay but not prevent the onset of wheezing. Children with genetic predispositions who are exposed to ETS also have a higher chance of becoming sensitive to dust mites in the home.

Results

The reviewed literature highlights the significant impact of smoking and ETS on asthma development, severity, and management. Smoking exacerbates asthma symptoms, accelerates lung function decline, and diminishes treatment efficacy due to corticosteroid resistance. Passive smoke exposure in children and adults further worsens respiratory health, contributing to asthma onset and more severe disease outcomes. Smokers with asthma experience heightened morbidity and mortality risks, including frequent exacerbations, fixed airway obstruction, and increased asthma-related hospitalizations. Effective asthma management requires integrating smoking cessation strategies, including pharmacological treatments and behavioral counseling, supported by public health interventions to reduce tobacco exposure and promote smoke-free environments.

Discussion

Reviewing research papers makes it clear that tobacco use is closely related to asthma, a chronic inflammatory illness of the airways that exacerbates the disease's course and makes treatment more difficult. Dynamic airway blockage causes asthma to present as episodic symptoms as coughing, chest tightness, wheezing, and dyspnea (Polosa et al., 2013). Although there have been improvements in asthma medication to reduce symptoms and reduce risk, the fact that 20% of people with asthma continue to smoke presents a serious clinical problem that exacerbates side effects and reduces the effectiveness of treatment (Thomson et al., 2009).

The global burden of tobacco use remains formidable, with nearly one billion smokers reported worldwide (Global Burden of Disease Report). Smoking accelerates respiratory decline, precipitates frequent exacerbations, and heightens mortality risks among individuals with asthma. Prolonged

exposure, exceeding 20 pack-years, is particularly associated with severe asthma complications, including irreversible airway remodeling and fixed airflow obstruction (Newman et al.). In pregnant asthmatic women, smoking intensifies asthma-related complications, jeopardizing maternal and fetal health by increasing the likelihood of exacerbations and adverse neonatal outcomes.

Both adult and pediatric asthma populations have a detrimental effect by environmental tobacco smoke (ETS), a crucial yet inevitably disregarded component. Children's pulmonary development is hampered by ETS exposure, which additionally triggers bronchial hyper reactivity and worsens respiratory infections (Martinez et al.). Children who witness their mothers smoking are more prone to experience wheezing, have weaker lungs, and be more vulnerable to allergens such as dust mites (Wiedeman et al.). Early-life exposure to ETS interacts with genetic susceptibility to cause persistent asthma symptoms later in life and heightens the likelihood of developing chronic respiratory conditions, such as idiopathic pulmonary fibrosis and COPD, according to Magnus et al.

Differentiating between asthma and COPD remains diagnostically challenging due to overlapping clinical presentations. While asthma is typified by episodic, trigger-induced symptoms and variable airflow obstruction, COPD manifests with persistent, progressive airway limitation and is often linked to cumulative smoking exposure (Papi et al., 2018). Biomarkers such as eosinophils, IgE and FeNO along with spirometric assessments, are essential in distinguishing between these two disorders.

The reviewed literature underscores the profound impact of smoking and ETS on asthma, emphasizing the necessity for aggressive tobacco control measures. Early smoking cessation, targeted public health policies, and the promotion of smoke-free environments are critical strategies to curtail the tobacco-related burden on respiratory health and improve clinical outcomes for individuals with asthma.

Smoking cessation presents substantial health benefits, particularly for individuals with asthma, by improving various aspects of disease control. Research by Fennerty et al. demonstrated that quitting smoking leads to a marked improvement in lung function, with significant increases in peak expiratory flow (PEF) observed within 24 hours of abstinence. Although airway hyperresponsiveness to histamine showed no immediate improvement, significant reduction was noted after seven days. Long-term smoking cessation has been linked to reduced asthma symptoms, less frequent reliance on rescue medications, and enhanced well-being. Additionally, asthma patients who quit smoking often require lower doses of inhaled corticosteroids to maintain symptom control. Despite these advantages, smoking cessation among asthmatics remains challenging due to tobacco's addictive nature, underscoring the need for integrated cessation programs that combine behavioral counseling, pharmacotherapy, and follow-up support. (Chaudhuri et al 2022)

Effective smoking cessation strategies for asthma patients should address both medical and psychological aspects of tobacco dependence. First-line treatments such as nicotine replacement therapy, bupropion, and varenicline have been shown to enhance quit rates. Physicians play a critical role in educating asthma patients about the severe respiratory risks of continued smoking and encouraging cessation efforts. It is essential to inform patients that asthma symptoms, such as coughing, may temporarily worsen after quitting due to airway clearance processes, necessitating short-term adjustments in asthma medications. Furthermore, protecting children with asthma from secondhand smoke is crucial, emphasizing the need for parents and caregivers to quit smoking. (Hughes et al 2002). Alternative therapies, including dual therapy of inhaled corticosteroids, long-acting β_2 agonists, may be considered for patients unable to quit smoking or those experiencing persistent symptoms despite cessation efforts. These combined approaches can significantly improve asthma management and reduce tobacco-related respiratory complications.

Conclusion and recommendations

Based on the reviewed literature, it is evident that cigarette smoking significantly exacerbates asthma severity and accelerates disease progression. Smoking contributes to increased airway inflammation, impaired lung function, and heightened asthma symptoms such as wheezing, coughing,

and breathlessness. Additionally, smokers with asthma undergo regular instances and severe exacerbations, diminished response to standard asthma therapies, and an elevated chance of COPD. The dual burden of asthma and smoking poses serious health risks, necessitating targeted management strategies.

Current asthma management protocols are less effective for smokers than nonsmokers due to smoking-induced resistance to inhaled corticosteroids and other standard treatments. Smokers often require higher doses of asthma medications and alternative therapeutic approaches, such as dual therapy with inhaled corticosteroids, long-acting β_2 agonists and to achieve better symptom control. Despite available treatments, smoking cessation remains the most critical intervention to improve asthma outcomes.

Comprehensive therapies that combine behavioral counseling, medication, and follow-up care are crucial to lowering smoking rates among people with asthma. Patient education regarding the dangers of smoking, particularly its effects on managing asthma and long-term respiratory health, should be the main goal of public health campaigns. Particularly for high-risk populations like adolescents and expectant mothers, doctors must actively participate in smoking cessation programs and provide individualized support. Healthcare professionals can improve asthma management and encourage healthier, smoke-free living by addressing the psychological, social, and physical elements of smoking habit.

References

Beasley, R., Semprini, A., Mitchell, E.A. (2015). Risk factors for asthma: Is prevention possible? *Lancet*, 386:1075-1085. Available online:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615001567> (accessed on 27 April 2024).

Gibbs, K., Collaco, J.M., McGrath-Morrow, S.A. (2016). Impact of Tobacco Smoke and Nicotine Exposure on Lung Development. *Chest*, 149:552-561. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26502117> (accessed on 27 April 2024).

James, A.L., Palmer, L.J., Kicic, E., et al. (2005). Decline in lung function in the Busselton health study: the effects of asthma and cigarette smoking. *Am J Respir Crit Care Med*, 171:109-114.

Martinez, F.D., Wright, A.L., Taussig, L.M., Holberg, C.J., Halonen, M., Morgan, W.J., et al. (1995). Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. *N Engl J Med*, 332: 133-8.

Magnus, M.C., Henderson, J., Tilling, K., Howe, L.D., Fraser, A. (2018). Independent and combined associations of maternal and own smoking with adult lung function and COPD. *Int. J. Epidemiol.* 47:1855-1864. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30339246> (accessed on 27 April 2024).

Newman, R.B., Momirova, V., Dombrowski, M.P., et al. (2010). The effect of active and passive household cigarette smoke exposure on pregnant women with asthma. *Chest*, 137: 601-608.

Papi, A., Brightling, C., Pedersen, S.E., Reddel, H.K. (2018). Asthma. *Lancet*, 391:783-800. Available online: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617333111> (accessed on 27 April 2024).

Polosa, R., Knoke, J.D., Russo, C., Piccillo, G., Caponnetto, P., Sarv , M., Proietti, L., Al-Delaimy, W.K. (2008). Cigarette smoking is associated with a greater risk of incident asthma in allergic rhinitis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 121, 1428-1434. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436295> (accessed on 27 April 2024).

Safiri, S., Carson-Chahhoud, K., Karamzad, N., Sullman, M.J.M., Nejadghaderi, S.A., Taghizadieh, A., Bell, A.W., Kolahi, A.-A., Ansarin, K., Mansournia, M.A. et al. (2022). Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life-Years Due to Asthma and Its Attributable Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019. *Chest*, 161, 318-329. Available online: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369221042069> (accessed on 27 April 2024).

Thomson, N.C., Chaudhuri, R. (2009). Asthma in smokers: challenges and opportunities. *Curr Opin Pulm Med*, 15: 39-45.

Wiedemann, H.P., Mahler, D.A., Loke, J., Virgulto, J.A., Snyder, P., Matthay, R.A. (1986). Acute effects of passive smoking on lung Function and airway reactivity in asthmatic subjects. *Chest*, 89:180; 50



პოსტტრავმული ზრდა ომგამოვლილ ქართველ დევნილებში

Post-traumatic growth among Georgian war refugees

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.13>

ანა ერგემლიძე^{1ა}, ანა თოლორაია¹

Ana Ergemlidze^{1a}, Ana Toloraia¹

¹ სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო.

¹ School of Social Sciences, Georgian Institute of Public Affairs, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

შესავალი: სტრესი ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური რეაქციაა სტრესორებზე, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე და ცხოვრების ხარისხზე. მისი გამოძვევი ფაქტორები შეიძლება იყოს ომი, იძულებითი გადაადგილება, სოციალური გარიყულობა და სხვა. კვლევა ფოკუსირებულია 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს ომის შედეგად დევნილების მიერ განცდილ ტრავმულ სტრესზე და მის გავლენაზე მათ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობასა და ყოველდღიურობაზე. **მეთოდოლოგია:** განხორციელდა საკითხის თეორიული შესწავლა და გაანალიზდა რელევანტური ლიტერატურა. ნაშრომში გამოყენებულია ლიტერატურის მიმოხილვის მეთოდი, სადაც განხილულია სტრესის, ტრავმის, პოსტტრავმული ზრდის (PTG) და მედეგობის (resilience) ცნებები. კვლევა ეყრდნობა სხვადასხვა ავტორების ნაშრომებს, რომლებიც შეეხება ომის შედეგად დევნილ მოსახლეობაზე სტრესის გავლენას და პოსტტრავმული ზრდის შესაძლებლობას. **შედეგები:** კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ 2008 წლის ომის შემდგომ პერიოდში დევნილებში პოსტტრავმული ზრდა არ შეინიშნება. დევნილთა მთავარ სტრესორებს მათი ყოველდღიური გამოწვევები წარმოადგენს, მათ შორის: ფიზიკური უსაფრთხოება, ეკონომიკური კრიზისი, სოციალური პრობლემები და ფსიქოლოგიური ტრავმები, როგორცაა დეპრესია, მუდმივი შიში, უძილობა, იზოლაცია და დესოციალიზაცია. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ დევნილს მედეგობა (resilience) და სოციალური მხარდაჭერა დაეხმარა ტრავმის დაძლევაში, მათში პოსტტრავმული ზრდა არ გამოვლენილა. ასევე, კვლევის მიხედვით, დევნილ და არადევნილ მოსახლეობას შორის ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის მხრივ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის. **დასკვნა:** დევნილების ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციისთვის კრიტიკულია სოციალური კავშირები და მხარდაჭერა. თუმცა, ქრონიკული სტრესი და ყოველდღიური გამოწვევები ხელს უშლის მათ სრულ ადაპტაციასა და კეთილდღეობას.

საკვანძო სიტყვები: სტრესი, იძულებით გადაადგილებული პირები, ტრავმული სტრესი, პოსტტრავმული ზრდა, მედეგობა, 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს ომი, სოციალური კაპიტალი, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა.

^a ana.toloraia.socba22@gipa.ge <https://orcid.org/0009-0008-8644-7300> (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-sharealike 4.0 international (cc by-nc-sa 4.0). License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

ციტატა: ანა ერგემლიძე, ანა თოლორაია. პოსტტრავმული ზრდა ომგამოვლილ ქართველ დევნილებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.13>

Abstract

Introduction: Stress is a physiological and psychological reaction to stressors that affect one's health and quality of life. Its causes can include war, forced displacement, social exclusion, and more. This study focuses on the traumatic stress experienced by Georgian internally displaced people following the 2008 Russo-Georgian War and its impact on their psychological state and daily lives. **Methodology:** The methodology involved a theoretical review of the issue, along with the analysis of relevant literature. The paper uses a literature review method, discussing the concepts of stress, trauma, post-traumatic growth (PTG), and resilience. The research draws on various authors' works addressing the impact of stress on displaced populations as a result of war and the potential for post-traumatic growth. **Results:** The research results showed that post-traumatic growth was not observed among the IDPs (Internally Displaced Persons) in the aftermath of the 2008 war. The main stressors for the displaced people were the daily challenges they faced, including physical safety, economic crisis, social problems, and psychological traumas such as depression, constant fear, isolation, and desocialization. While many displaced individuals found resilience and social support helpful in overcoming trauma, post-traumatic growth remains unnoticeable. Additionally, the study found no statistically significant difference in psychological well-being between displaced and non-displaced populations. **Conclusion:** The conclusion emphasizes the critical role of social connections and support in the psychological rehabilitation of internally displaced persons. However, chronic stress and daily challenges hinder their full adaptation and well-being.

Keywords: Stress, Internally Displaced Persons (IDP), Traumatic Stress, Post-Traumatic Growth (PTG), Resilience, 2008 Russo-Georgian War, Social Capital, Psychological Well-being.

Quote: Ana Ergemlidze, Ana Toloraia. Post-traumatic growth in Georgian refugees who have experienced war. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.13>

შესავალი

სტრესი არის ფიზიოლოგიური ან ფსიქოლოგიური რეაქცია შიდა ან გარე სტრესორებზე. სტრესი გულისხმობს ცვლილებებს, რომლებიც გავლენას ახდენს ადამიანის ორგანიზმზე. მას ახასიათებს ისეთი სიმპტომები, როგორებიცაა, ოფლიანობა, პირის სიმშრალე, ქოშინი, სწრაფი გულისცემა, დაჩქარებული მეტყველება, უარყოფითი ემოციების გაძლიერება და სხვა. სტრესი ხელს უწყობს ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ აშლილობას და სხვადასხვა სახის დაავადებების განვითარებას. იგი გავლენას ახდენს არამხოლოდ ინდივიდის ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, არამედ ამცირებს ცხოვრების ხარისხს და ცხოვრების მიმართ კმაყოფილებას (American Psychological Association, 2018).

სტრესის გამომწვევი ფაქტორები შეიძლება იყოს მრავალფეროვანი: ინტელექტუალური ძალისხმევა, ფიზიკური ტრავმა, საჯარო გაკიცხვა და დამცირება, წარუმატებლობა რაიმე მნიშვნელოვან საქმეში, უკუარსებელი სენი, ბუნებრივი კატასტროფები, ომი, ძალადობა, გაუპატიურება და სხვა კატასტროფული მოვლენები, უმუშევრობა, საომარი მდგომარეობა, დევნა პოლიტიკურ, რელიგიურ, გენდერულ ან ეთნიკურ ნიადაგზე, სხვის მიმართ განხორციელებული ძალადობის ხილვა, სამშობლოს, ენის, კულტურის დაკარგვა, საკუთარი სახლისა და ქონების, პროფესიის, ნათესავებისა და მეგობრების, სამომავლო გეგმების დაკარგვა, დევნილობაში ცხოვრება და სოციალური გარიყულობა (მალრაძე და სხვ., 2011).

არსებობს სტრესის სხვადასხვა ფორმა: მწვავე სტრესი, ქრონიკული სტრესი და ტრავმული სტრესი. მწვავე სტრესი არის დროებითი სტრესული მდგომარეობა, რომელსაც აქვს მკაფიოდ გამოხატული დასაწყისი და დასასრული. იგი გამოიხატება ძლიერი ფიზიოლოგიური

აღზნებითა და ინტენსიური ემოციური განცდებით. ქრონიკული სტრესი დროში გაფანტული სტრესული მდგომარეობა, როდესაც ინდივიდი დიდხანს ცდილობს წამოჭრილ პრობლემასთან გამკლავებას. ის შეიძლება იყოს ყოველდღიური, მაგალითად სამუშაო სივრცით ან ოჯახური პრობლემებით გამოწვეული. ტრამვეული სტრესი არის მდგომარეობა, რომელიც ძლიერი ფსიქოლოგიური ტრამვის შედეგად ვითარდება. ასეთი ტრავმა შეიძლება გამოიწვიოს მიწისძვრამ, ხანძარმა, ომმა, ძალადობამ და სხვა კატასტროფულმა მოვლენებმა. ტრამვეული სტრესი ხშირად გადაიზრდება პოსტტრავმულ სტრესულ მდგომარეობაში თუმცა მსხვერპლმა შესაძლოა ტრამვის შემდეგ განიცადოს პოსტტრავმული ზრდა (მალრაძე და სხვ., 2011).

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სტრესის გამომწვევი სხვადასხვა მიზეზი არსებობს, მათ შორის ომი, საკუთარი სახლისა და ქონების დაკარგვა, იძულებით გადაადგილება, დევნილობაში ცხოვრება, ახალ გარემოსთან ადაპტაციის პრობლემები და სოციალური გარიყულობა, რომლებზეც ჩვენი კვლევა კონცენტრირდება. საცხოვრებელი სახლების და საყვარელი გარემოს იძულებით დატოვება ნაცნობი პრაქტიკაა მთელი მსოფლიოს მასშტაბით და მისი ფესვები თითოეული ქვეყნის ღრმა ისტორიაში გვხვდება, თუმცა დღესდღეობით ეს საკითხი უფრო მწვავეა ვიდრე ოდესმე ყოფილა.

ნინო მჭედლიშვილისა და სალომე მაცაბერიძის ნაშრომის “2008 წლის ომის შედეგად კომპაქტურ დასახლებებში მცხოვრებ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სოციალური საჭიროებების და სოციალური მუშაკის როლის კვლევა 2008 წლის ომიდან დღემდე”-ს მიხედვით, 2017 წელი იძულებით გადაადგილებისა და ძალადობის მხრივ ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე წელი იყო, რადგან მოცემული მაჩვენებელი ორჯერ აღემატება 2016 წლის შედეგებს. მთლიანობაში 2017 წელს 30,6 მილიონი ადამიანი გადაადგილდა იძულებით. ამ მაჩვენებლიდან კონფლიქტისა და ძალადობის გამო საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა მოუწია 11.8 მილიონ პირს, მაშინ როცა 2016 წელს 6.9 მილიონი ადამიანი გადაადგილდა იძულებით. თუმცა თუ ჩვენ ვსაუბრობთ არა წლიურ, არამედ ჯამურ სტატისტიკაზე, მთლიანობაში, 2017 წლის მონაცემების თანახმად მსოფლიოში ძალადობრივი ქმედებებისა და კონფლიქტების გამო იძულებით გადაადგილდა და დევნილის სტატუსი მიენიჭა 40 მილიონ ადამიანს. რა თქმა უნდა, ეს იმდენად დიდი რიცხვია, რომ მთლიანობაში ბევრად აღემატება არამხოლოდ საქართველოს, არამედ მსოფლიოს რამდენიმე ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობას. აღნიშნული გვიჩვენებს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი და აქტუალურია იძულებით გადაადგილებულ პირებთან დაკავშირებული თითოეული საკითხი დღევანდელ რეალობაში (მაცაბერიძე & მჭედლიშვილი, 2018).

საქართველოც იზიარებს დევნილ მოსახლეობასთან დაკავშირებულ სავალალო მდგომარეობას. დევნილთა სამინისტროს სტატისტიკის თანახმად, დღესდღეობით საქართველოში 273,411 დევნილი პირი ცხოვრობს, რაც საკმაოდ დიდი რიცხვია იმის გათვალისწინებით თუ რამდენი პირი ცხოვრობს საქართველოში ჯამურად. შესაბამისად, ეს მაჩვენებელი ადასტურებს რომ საქართველოში დევნილი მოსახლეობის მდგომარეობა მწვავე საკითხია. მოცემული მდგომარეობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი კი საქართველოს გეოპოლიტიკური სიტუაციაა, რაც არ იძლევა ქვეყანაში მშვიდი განვითარებისა და ჰარმონიის დამყარებისა და შენარჩუნების გარანტიას (მაცაბერიძე & მჭედლიშვილი, 2018).

მოცემულ საკითხს აქტუალობას ასევე სძენს დევნილთა გამოწვევების სიმრავლეც. დევნილი მოსახლეობა არ დგას მხოლოდ ერთი მასიური გამოწვევის წინაშე, მათი მდგომარეობა კომპლექსურად მძიმეა. მაგალითად, მნიშვნელოვანი გამოწვევებია: ფიზიკური უსაფრთხოება, ეკონომიკური კრიზისი და სოციალური მდგომარეობა. გარდა ამისა, არ უნდა დავივიწყოთ უდიდესი სტრესი და სხვადასხვა ფსიქოლოგიური პრობლემები, რომლებსაც ეს კონკრეტული ჯგუფი განიცდის ყოველდღიურად. ეს ფსიქოლოგიური წნეხი შეიძლება იყოს მწვავე დეპრესია, მოსალოდნელი საფრთხის მუდმივი შიში, უძილობა, იზოლაცია, დესოციალიზაცია და სხვა. ეს მძიმე გამოწვევები და მათი სავალალო ფსიქოლოგიური, და აქედან გამომდინარე ფიზიოლოგიური, მდგომარეობა საქართველოს მასშტაბით იძულებით გადაადგილებულ პირებს საზოგადოების ერთ-ერთ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფად აქცევს (მაცაბერიძე & მჭედლიშვილი, 2018).

მოცემული კვლევის ფარგლებში, კვლევის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ქართველი დევნილი მოსახლეობის პოსტტრავმული ზრდის შესწავლა 2008 წლის აგვისტოს ომის შემდეგ.

მეთოდოლოგია

განხორციელდა საკითხის თეორიული შესწავლა და გაანალიზდა რელევანტური ლიტერატურა. ნაშრომში გამოყენებულია ლიტერატურის მიმოხილვის მეთოდი, სადაც განხილულია სტრესის, ტრავმის, პოსტტრავმული ზრდის (PTG) და მედეგობის (resilience) ცნებები. კვლევა ეყრდნობა სხვადასხვა ავტორების ნაშრომებს, რომლებიც შეეხება ომის შედეგად დევნილ მოსახლეობაზე სტრესის გავლენას და პოსტტრავმული ზრდის შესაძლებლობას.

ლიტერატურის მიმოხილვა

მთელი ცხოვრების განმავლობაში, ინდივიდები, როგორც წესი, აწყდებიან სხვადასხვა გამოწვევებს და სირთულეებს, რომლებიც შეიძლება მოიცავდეს, როგორც ყოველდღიურ სტრესორებს, ასევე დიდ ცხოვრებისეულ მოვლენებს, როგორცაა საყვარელი ადამიანების დაკარგვა, გადატვირთვა, ომები, ეკონომიკური კრიზისები, სტიქიური უბედურებები და ა.შ. რომლებსაც შეუძლიათ შეცვალონ ინდივიდის ცხოვრებისეული პერსპექტივა (Fletcher & Sarkar, 2013). ტრავმული და სტრესული მოვლენებით გამოწვეული ინდივიდის ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ კეთილდღეობაზე უარყოფითი ზეგავლენის მიუხედავად, ადამიანებს შეუძლიათ მოიძიონ რესურსები, რომლებიც დაეხმარებათ მათ გამოწვევების ეფექტურად დამძლევაში (Meadows et al., 2015). თუმცა, მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ადამიანები განიცდიან ტრავმას სხვადასხვა მიზეზების გამო და მათი პასუხები სტრესორებზე ჰეტეროგენულია. სწორედ, აქ არის საჭირო, რომ გავიგოთ რას ნიშნავს ტერმინი “Resilience”.

მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს “Resilience”-ის სრულყოფილი ქართულენოვანი განმარტება, ეს ტერმინი ზოგადად გამოიყენება იმის საილუსტრაციოდ, თუ როგორ უძკლავდებიან ინდივიდები და ადამიანთა ჯგუფები ტრავმულ მოვლენებსა და რთულ სიტუაციებს (Aburn et al., 2019). ამრიგად, სტრესთან ადაპტაციის უნარი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ინდივიდის პოტენციალი, რომ ტრავმის განცდის შემდეგ დაუბრუნდეს ისეთ ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას, როგორსაც ტრავმამდე ფლობდა. უფრო ზუსტად რომ ვთქვათ, ამ განმარტებით შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ სტრესის ზემოქმედება უარყოფითად მოქმედებს ინდივიდის კეთილდღეობაზე, თუმცა ეს არ გამორიცხავს იმ ფაქტს, რომ ადამიანს შეუძლია დაუპირისპირდეს და დამლიოს ეს ნეგატიური ეფექტი, ხელმისაწვდომი რესურსების წვდომითა და მართვით (Meadows et al., 2015).

თუმცა, ხანდახან საქმე მხოლოდ სტაბილური ფსიქიკის შენარჩუნებასთან ან „უკან დაბრუნებასთან“ კი არ გვაქვს, არამედ „წინ სვლასთან“ და გაუმჯობესებასთან. ტერმინი „პოსტტრავმული ზრდა“ გულისხმობს პოზიტიურ ტრანსფორმაციას, რომელიც ხდება მას შემდეგ, რაც ადამიანი იჩენს ფსიქოლოგიურ და კოგნიტიურ ძალისხმევას, რათა წინ აღუდგეს და დამლიოს რთული სიტუაციები. პოსტტრავმული ზრდა ეხება იმ პირთა გამოცდილებას, რომელთა ზრდამ გაუსწრო იმ საწყის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას, რასაც ადამიანი ფლობდა სანამ ტრავმული ან რთული სიტუაციის წინაშე აღმოჩნდებოდა. ინდივიდი არა მხოლოდ დაუბრუნდა მის პრე-ტრავმატულ, მაშასადამე საწყის მდგომარეობას, არამედ იგი შედარებით განვითარდა, გაუმჯობესდა (Khechushvili, 2014).

ერთ-ერთი ყველაზე სტრესული გამოწვევა, რომელიც შეიძლება ადამიანმა ან ჯგუფმა განიცადოს, არის ომი. ომი არის ადამიანის ინიციატივით გამოწვეული კატასტროფა, რომელიც პოლიტიკურ, სოციალურ, ეკონომიკურ ან სხვა მრავალ მიზეზებზე და ფაქტორებზეა დამოკიდებული. ომი იწვევს ადამიანური და ეკონომიკური რესურსის დაკარგვას და ზოგჯერ ტერიტორიული საზღვრების ცვლილებას. თუმცა, ყველაზე მნიშვნელოვანი ისაა, რომ ომი გავლენას ახდენს თითოეული ადამიანის ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ კეთილდღეობაზე, მნიშვნელოვანია არ აქვს ის პირდაპირ იქნება კონფლიქტში ჩართული თუ არა, ომი ტოვებს ხანგრძლივ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

რამდენად კონტრავერსიულადაც არ უნდა ჟღერდეს, რომ ომის გამოცდილების მქონე პირებს შეუძლიათ ტრავმის შემდგომ რეაბილიტაცია ან ის, რომ ისეთი ომის გამოვლის შემდეგ, როგორც იყო 2008 წლის აგვისტოში მომხდარი რუსეთ-საქართველოს ომი, რომელმაც მნიშვნელოვანი პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური ცვლილებები გამოიწვია, შეიძლება ჰქონდეს ე.წ. დადებითი ეფექტი ინდივიდისა და ჯგუფების ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ კეთილდღეობაზე. აღნიშნულ მოსაზრებას კი ადასტურებს მრავალი კვლევა, რომელიც გვიჩვენებს, რომ პოსტტრავმული ზრდა ნამდვილად შესაძლებელია. მსგავსი ცხოვრებისეული სირთულეები საკმაოდ ხშირად უბიძგებენ ადამიანებს გამძლეობისკენ და სტრესორებთან ადაპტაციისაკენ, რაც ქმნის გარკვეულ იმპულსს, რომელიც ინდივიდს პოსტტრავმული ზრდისკენ უბიძგებს.

მსოფლიო ისტორიის თანახმად აშკარაა, რომ ქართული სახელმწიფოს ბედი შიდა და გარე ფაქტორების ურთიერთქმედებით ყალიბდებოდა. თითქმის სამი საუკუნის განმავლობაში საქართველო ძლიერი იმპერიების საზღვრებზე მდებარეობდა და შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყნის წარმატება და მარცხი დამოკიდებული იყო დამპყრობელი ქვეყნების სიძლიერესა და ქართველი ლიდერების უნარზე, ეფექტურად გამოხმაურებოდნენ მნიშვნელოვან გამოწვევებს. მიუხედავად უცხოური ძალების აღმავლობისა, საქართველომ წარმატებით შეძლო საკუთარი თავის დაცვა და რეგიონში მნიშვნელოვან ძალადაც კი იქცა. ერთის მხრივ, საქართველოს ხანგრძლივი ისტორიის განმავლობაში არაერთხელ დაუკარგავს დამოუკიდებლობა, თუმცა ამ ფაქტს არ შეუჩერებია ქვეყანა, რომ ხელახლა აღდგენილიყო და აღორძინებულიყო. ფენიქსივით, ის კვლავ და კვლავ ახერხებდა ძალების მოკრებას და მტკიცე ხასიათის გამოჩენას. საინტერესოა, თუ რა ფაქტორებმა შეუწყო ხელი საქართველოს რთული გამოწვევების შემდეგ გამუდმებით აღდგენასა და ძალების დაბრუნებას (Badridze, 2020).

საქართველო და რუსეთი საუკუნეების განმავლობაში გრძელვადიან კონფლიქტში იმყოფებიან. მე-18 საუკუნის ბოლოს საქართველო (უფრო ზუსტად, ქართლ-კახეთის სამეფო) რუსეთის იმპერიას დაუკავშირდა, იმ იმედით, რომ მიიღებდა სრულფასოვან დაცვას გარე საფრთხეებისგან, ასევე პოლიტიკურ და ეკონომიკურ სარგებელს. ეს ალიანსი მალევე გადაიზარდა საქართველოს ანექსიაში 1801 წელს. ქვეყნის მოკლევადიანი დამოუკიდებლობის შემდეგ, 1921 წელს საქართველო საბჭოთა რუსეთმა დაიპყრო, რის შედეგადაც საქართველო საბჭოთა კავშირის შემადგენლობაში შევიდა როგორც “საქართველოს საბჭოთა სოციალისტური რესპუბლიკა”. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, საქართველომ კიდევ ერთხელ მოიპოვა დამოუკიდებლობა 1991 წელს (Khechuashvili, 2016).

1990-იანი წლების უმეტეს ნაწილში პოსტ-კომუნისტური საქართველო ეკონომიკური პრობლემებისა და სამოქალაქო არეულობის წინაშე იდგა, რაც გაგრძელდა 2003 წლის ვარდების რევოლუციამდე, რომელმაც ძალაუფლების არამალადობრივი ცვლილება მოიტანა. რევოლუციის შემდეგ, საქართველოს ახალმა მთავრობამ დაიწყო დემოკრატიული და ეკონომიკური რეფორმების გატარება ქვეყნის პოზიტიური გარდაქმნის მიზნით. თუმცა, მოკლევადიანი მშვიდობის შემდეგ, 2008 წლის აგვისტოში, საქართველომ განიცადა ინტენსიური შეიარაღებული კონფლიქტი რუსეთის წინააღმდეგ, რომელიც ცნობილია როგორც „რუსეთ-საქართველოს ომი“. ამ ომმა ათასობით ქართველის იძულებით გადაადგილება და მოქალაქეების ცხოვრებისეული პერსპექტივების რადიკალური ცვლილება გამოიწვია. ომმა ცვლილებები შეიტანა არა მხოლოდ ეროვნულ, არამედ პირად იდენტობაშიც, მიუხედავად იმისა, ინდივიდები იყვნენ თუ არა ომში პირდაპირ თუ არაპირდაპირ ჩართულნი (Khechuashvili, 2016). როგორც აღვნიშნეთ, ისტორიის განმავლობაში ქართველი ერი მუდმივად ინარჩუნებდა სტრესთან ადაპტაციისა და აღორძინების უნარს, რაც მოიცავდა არა მხოლოდ ქვეყნის, არამედ მისი მოსახლეობის ფსიქოლოგიურ, ეკონომიკურ და სოციალურ რეაბილიტაციას. გასაოცარია, თუ როგორ მოახერხა საქართველომ ძალების დაბრუნება მრავალი სირთულის გადალახვის შემდეგ, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ეს გამოწვევები მოდიოდა მოწინააღმდეგისგან, რომელიც ტერიტორიული ერთეულითა და მოსახლეობით მნიშვნელოვნად აღემატებოდა მას.

თუმცა, პოსტტრავმული ზრდა, როგორც ტრავმასთან დაკავშირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველაზე ხშირად შესწავლილი შედეგი, ყველა ტრავმის გადამტანისთვის არ არის დამახასიათებელი. ზოგიერთი მათგანი შეიძლება განიცდიდეს პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობას ან ებრძოდეს სტრესულ სირთულეებს, რომლებიც საბოლოო ჯამში წარმოშობს პოსტტრავმული ზრდას. პოსტტრავმული ზრდას და ტრავმასთან ადაპტირებას (resilience) შორის ურთიერთობა გაუგებარია (Zerach et al., 2013). როგორც აღვნიშნეთ, პოსტტრავმული ზრდა აღწერს ინდივიდის მნიშვნელოვან პოზიტიურ ზრდას ტრავმის შემდეგ. ეს ნიშნავს განვითარებას, რომელიც ტრავმამდე არსებულ მდგომარეობას აღემატება. ადამიანი არამხოლოდ გადარჩა და აღიდგინა წონასწორობა ტრავმის შემდეგ, არამედ განიცადა მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რომლებიც უბრალოდ საწყის მდგომარეობაში დაბრუნებას არ გულისხმობს (Khechuashvili, 2014). ამ შედეგის მიღწევა მოკლევადიანი შრომით შეუძლებელია. ეს ხანგრძლივი პროცესია, რომელიც სავსეა დადებითი და უარყოფითი გამოცდილებებითა და ემოციებით, ის სავსეა გაუმჯობესების იმედით. მაგრამ შესაძლებელია თუ არა პიროვნული ზრდის განცდა, წინათ არსებული მდგომარეობის აღდგენის გარეშე? შესაძლებელია პოსტტრავმული ზრდის განცდა სტრესორებთან ადაპტაციის გარეშე? მიუხედავად იმისა, რომ ადაპტაცია სასარგებლოა პოზიტიური ცვლილებისა და ზრდის პროცესში, ცნობილია, რომ პოსტტრავმული ზრდა მთლიანად ადაპტაციის უნარზე (resilience-ზე) არ არის დამოკიდებული (Zerach et al., 2013).

რუსეთ-საქართველოს 2008 წლის ომმა ათასობით ქართველი უსახლკაროდ დატოვა. ზოგიერთი მათგანი საკუთარ სახლებში დაბრუნდა, მაგრამ დაახლოებით 19,000 ადამიანი დევნილი გახდა. ამ ადამიანებმა დაკარგეს ყველაფერი, რაც მათ წარსულთან აკავშირებდა, გარდა ტრავმისა. მწირი რესურსებით, მათ ახალი გზები უნდა ეპოვათ ცხოვრების გასაგრძელებლად, ძალა მოეკრიბათ და ახალ რეალობასთან შეგუებულიყვნენ, რაც ზოგიერთისთვის საკმაოდ რთული აღმოჩნდა. (Khechuashvili, 2016).

სირთულეებთან გამკლავების შემდეგ, პირველ რიგში, ადამიანებმა უნდა დაძლიონ ტრავმით გამოწვეული ემოციური დამაბულობა, მათ შეძლებისდაგვარად უნდა გააანალიზონ ის მძიმე სიტუაცია, რომელშიც იმყოფებიან, და ის შერეული ემოციები რაც მათ ამძიმებთ. თუმცა, ამ კონკრეტულ სიტუაციაში მათი სოციალური კაპიტალი შესაძლოა უფრო მეტად დაეხმაროს ინდივიდს ვიდრე თვითრეალიზაცია. საზოგადოებრივი სტრესისადმი მედეგობა (Social resilience) და სოციალური მხარდაჭერა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადამიანის ზოგადი ზრდის პროცესში, განსაკუთრებით კი მაშინ, როცა ტრავმა არ არის პირადი და არის კოლექტიური. სოციალური კაპიტალი პირს სთავაზობს ისეთ მიდგომებსა და მხარდაჭერას რაც მას ეხმარება აღმოაჩინოს ახალი გზები პოსტტრავმული ზრდისათვის, ტრავმის გაზიარება ადამიანებს შორის, განსაკუთრებით ისეთ მასშტაბურ მოვლენებზე, როგორიცაა ომი, კონკრეტულად კი რუსეთ-საქართველოს ომი, ეხმარება ადამიანებს არა მხოლოდ პირად დონეზე, არამედ საზოგადოებრივ დონეზეც. ეს ხელს უწყობს საერთო ემპათიის და სოლიდარობის ჩამოყალიბებას, რაც თავის მხრივ, შეიძლება გახდეს ომის შემდეგ დატოვებული ზიანის შემსუბუქების და უკეთესი მომავლის შექმნის საფუძველი.

მრავალი კვლევის თანახმად პოსტტრავმატული ზრდა დაკავშირებულია ნაკლებ ფსიქოლოგიურ დისტრესთან, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, გარკვეული დონის ფსიქოლოგიური დისტრესი აუცილებელია, რადგან ის ეხმარება ინდივიდებს პოსტტრავმული ზრდის გაუმჯობესებაში (Khechuashvili, 2014). რიჩარდ ტედემში და ლოურენს კალჰუნმა წარმოადგინეს პოსტტრავმული ზრდის კონცეფცია, რათა აეხსნათ, თუ როგორ ეხმარება ინდივიდს ტრავმასთან დაკავშირებული სტრესი პოზიტიურ ტრანსფორმაციაში. პოსტტრავმული ზრდა მოიცავს ცვლილებების ხუთ ძირითად ასპექტს: 1-ახალი შესაძლებლობების ძიება ცხოვრებაში; 2-სხვა ადამიანებთან ურთიერთობების გაუმჯობესება; 3-პიროვნული სიძლიერის განცდის ზრდა; 4-ცხოვრების მეტი დაფასება და 5-სულიერი განვითარება. (Panjikidze, 2020). თუმცა, როგორც ავტორები აღნიშნავენ, შეიძლება არსებობდეს პოსტტრავმული ზრდის ზოგადი მოდელის მიღმა გარკვეული განსხვავებები, რომლებიც სპეციფიკურია თუ საქმე გვაქვს

კონკრეტულ სტრესორებთან და ის ასევე შესაძლოა ფორმირდებოდეს კონკრეტული კულტურული კონტექსტების გავლენით (Khechuashvili, 2014).

თუმცა ცხადია, რომ საქართველოში სოციალური კაპიტალი და მათი თანაგრძნობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა დევნილი მოსახლეობის ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაში. სხვა ქვეყნების ეკონომიკური მხარდაჭერით, რუსეთ-საქართველოს ომის დასრულების შემდეგ, საქართველოს დევნილი მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი უზრუნველყოფილ იქნა ახალი საცხოვრებელი სახლებით. მიუხედავად იმისა, რომ გაწეული მხარდაჭერა დევნილთა უმეტესობას დაეხმარა ძალების აღდგენაში, ასევე ფინანსური სტაბილურობის მიღწევასა და შენარჩუნებაში, ცხადია, მან ასევე განამტკიცა მათი საზოგადოებრივი მედეგობა (Social resilience), რადგან ერთ სივრცეში ცხოვრება დაეხმარა ქართველ დევნილ მოსახლეობას რომ, გაეზიარებინათ თავიანთი პირადი გამოცდილებები, მოლოდინები და შეექმნათ მტკიცე სოციალური კავშირები. ეს კავშირები და სოციალური მხარდაჭერა მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა მათ რეაბილიტაციასა და პოსტტრავმულ ზრდაში. მიუხედავად იმისა, რომ დევნილთა პოსტტრავმულ ზრდაში სხვა ასპექტების მნიშვნელოვანი წვლილიც იკვეთება, დევნილთა შორის ახლო ურთიერთობის დამყარება, რომელთაც ძირითადად საფუძვლად უდევთ საერთო ტრავმატული გამოცდილებები და გამოწვევები, აძლიერებდა მათ უსაფრთხოებისა და სოციალური იდენტობის განცდას. ეს კუთვნილებისა და უსაფრთხოების განცდა გადამწყვეტი იყო მათი ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროცესში და დაეხმარა დევნილებს, რომ ტრავმული პერიოდის შემდეგ მათ საკუთარი ცხოვრება თავიდან, თითქმის არანაირი საფუძვლით აეწყოთ.

ლალი ხეჩუაშვილი, კვლევის „ტრავმატული ზრდა და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა საქართველოს მოქალაქეებში: დევნილთა და სხვა მოქალაქეების შედარებითი კვლევა“ ავტორი, აჩვენებს, რომ „ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობასა და პოსტტრავმულ ზრდაში დევნილ და არადევნილ მონაწილეებს შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ არის“. თუმცა, ამ ორ ჯგუფს განსხვავებული პასუხები ჰქონდათ, როდესაც მათ ტრავმის გადალახვის შემდეგ ახალი შესაძლებლობების პოვნაზე დაუსვეს კითხვა. ამ ადამიანებმა დატოვეს თავიანთი სახლები და საკუთრება, მათ ომმა არამხოლოდ მატერიალური, არამედ ემოციური რესურსები წაართვა და იძულებული დატოვა სრულიად ახალ გარემოში თავიდან აეწყოთ ცხოვრება, რაც საკმაოდ დიდ ფინანსურ გამოწვევებს უკავშირდება და შესაბამისად მათი რთული საცხოვრებელი პირობებიდან გამომდინარე, მათთვის პრიორიტეტული არ იყო ახალი შესაძლებლობების ძიება. (Khechuashvili, 2016). დევნილი მოსახლეობისთვის ომის პერიოდში პრიორიტეტს თვითგადარჩენა და საღი აზროვნების შენარჩუნება წარმოადგენდა და ამ კონტექსტში ახალი შესაძლებლობების ძიება და საკუთარ პიროვნულ თვისებებზე მუშაობა, პოზიტიური ფსიქოლოგიური შედეგის მისაღებად, აბსურდულია.

საბოლოო ჯამში, მიუხედავად იმისა, რომ პოსტტრავმული ზრდა და მედეგობა (resilience) მრავალი გზით არიან ურთიერთდაკავშირებულნი, ერთის არსებობა მეორის არსებობის გარანტიას არ გვაძლევს, რადგან ისინი არ არიან ურთიერთდამოკიდებული ფენომენები. გამძლეობა (resilience) მნიშვნელოვანია ინდივიდებისთვის პოსტტრავმული ზრდის პროცესში, რადგან ის ეხმარება მათ სირთულეების გადალახვასა და ტრავმასთან ადაპტაციაში თუმცა, ის არ გვაძლევს პოსტტრავმული ზრდის გარანტიას. პოსტტრავმული ზრდა მოიცავს ღრმა ტრანსფორმაციებს ადამიანის ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ ცხოვრებაში. PTG უფრო მეტია ვიდრე რეაბილიტაცია, ის ადამიანს ეხმარება, ახალი ცხოვრების გზები და პერსპექტივები შექმნას ტრავმის შემდეგ. ეს რთული და გრძელვადიანი პროცესია, რომელიც ადამიანს უფრო ძლიერს და მედეგს ხდის ვიდრე ის ტრავმულ მოვლენებამდე იყო. მთავარ განსხვავებას წარმოადგენს ის, რომ გამძლეობა (resilience) ადამიანს ეხმარება, რომ აღადგინოს მისი პრე-ტრავმული მდგომარეობა, ხოლო პოსტტრავმული ზრდა არ გულისხმობს მხოლოდ გადარჩენას ან რეაბილიტაციას, ის გულისხმობს პირის ემოციურ და ფიზიოლოგიურ გაუმჯობესებას, რომელიც აღემატება პრე-ტრავმულ მდგომარეობას. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრმა დევნილმა მოიპოვა ძალა და ერთგვარი სოციალური იდენტობა, კვლევები გვიჩვენებს, რომ ყველა დევნილი არ განიცდის პოსტტრავმულ ზრდას. ბევრი ქართველი დევნილისთვის,

ომის შემდეგ გადარჩენა იყო პრიორიტეტი და ახალი შესაძლებლობების ძიება ფიზიკურად თითქმის შეუძლებელი იყო, რადგან დევნილებს მოუწიათ ცხოვრება მწირი რესურსებით და მძიმე ტრავმებით, შესაბამისად ამ ჯგუფის წევრთა გარკვეული ნაწილისათვის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა რეაბილიტაცია და წარსული სოციალური თუ ეკონომიკური მდგომარეობის დაბრუნება. როგორც ლალი ხეჩუაშვილის კვლევა გვიჩვენებს, კვლევის მონაწილეთა ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაში არ არის მნიშვნელოვანი სხვაობა (დევნილ და არადევნილ მოსახლეობას შორის), თუმცა კვლევის შედეგების თანახმად დევნილი მოსახლეობის სტრესორებს ძირითადად მათი ყოველდღიური გამოწვევები წარმოადგენს. საბოლოოდ, მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოლოგიური გამძლეობა (resilience) დაეხმარა ბევრ დევნილ ქართველს ტრავმასთან გამკლავებასა და ადაპტირებაში, არ შეიმჩნევა ომის მიერ მიყენებული ტრავმის შემდეგ ფსიქოლოგიურ ზრდას, მათი ქრონიკული სტრესორებისა და გამოწვევების გამო. თუმცა, ცხადია, რომ სოციალური მხარდაჭერა და მტკიცე კავშირები დევნილებს შორის მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა მათ პოზიტიურ ტრანსფორმაციაში.

დასკვნა

რადგან ჭრილობა ჯერ კიდევ ახალია ქართველი ერისთვის, და საქართველო-რუსეთს შორის კონფლიქტი და დამაბულობა დღემდე გრძელდება, განხილული თემა საკმაოდ სენსიტიურია. თუმცა, მნიშვნელოვანია ამ ადამიანებზე ყურადღების გამახვილება და ინტერესი მათი ყოველდღიური ცხოვრებისა და გამოწვევების მიმართ, რადგან მიუხედავად იმისა, რომ 2008 წლის აგვისტოს ომიდან 16 წელი გავიდა, ზემოთ განხილული წყაროების მიხედვით, დევნილებში პოსტტრავმული ზრდა დღემდე არ არის შესამჩნევი. ამ მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური გაუმჯობესების ნაკლებობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ეკონომიკური სირთულეებით, ომის, ძალადობის და საკუთარი სახლის კვლავ დატოვების შიშით და სხვა მნიშვნელოვანი სტრესორებით. თემის სირთულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია სიტუაციის საფუძვლიანად შესწავლა, რათა დევნილებს გავუწიოთ არამხოლოდ ეკონომიკური, არამედ ფსიქოლოგიური დახმარება რათა ამდენი წლის შემდეგ მოხდეს მათი რეაბილიტაცია და ადაპტაცია მძიმე რეალობასთან.

საბოლოო ჯამში, როგორც აღვნიშნეთ სტრესი შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც ფიზიოლოგიური, ისე ფსიქოლოგიური ფაქტორებით. მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ სტრესის გამოვლინება ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია როგორც ობიექტურ, ისე სუბიექტურ ფაქტორებზე- აქედან გამომდინარე ეფექტური ფსიქოლოგიური დახმარება აუმიჯობებს არა მხოლოდ ფსიქოლოგიურ, არამედ ფიზიკურ ჯანმრთელობასაც. ერთ-ერთი ყველაზე მასიური, საერთო სტრესორი და ტრავმა ქართულ რეალობაში არის 2008 წლის აგვისტოს ომი და მის მიერ დატოვებული მძიმე შედეგები. დევნილის სტატუსის მქონე დიდი რაოდენობის ადამიანების არსებობა და ასევე არამდგრადი სიტუაცია და კონფლიქტების განმეორების შესაძლებლობა ამ სამიზნე ჯგუფთან მუშაობასა და კვლევების ჩატარებას უდიდეს მნიშვნელობას სძენს. როგორც ნაშრომიდან ვიგებთ, აღმოჩნდა, რომ ომის შემდგომ პერიოდში იძულებით გადაადგილებული პირები მრავალი გამოწვევის წინაშე დგანან, მათ შორის იყო მატერიალური, ეკონომიკური, სოციალური, ემოციური თუ ფსიქოლოგიური, რომლებიც მათი ყოველდღიური ცხოვრების ნაწილია. ქრონიკული სტრესიდან გამომდინარე კი მათთვის ძნელია ახალი შესაძლებლობების ძიებაზე, სულიერ ან და ფსიქოლოგიურ განვითარებაზე ფიქრი, რაც წარმოადგენს პოსტტრავმული ზრდის მნიშვნელოვან კომპონენტებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. Researchgate. https://www.researchgate.net/publication/289970511_What_is_resilience_An_Integrative_Review_of_the_empirical_literature

American Psychological Association, (2018). <https://dictionary.apa.org/s>

Badridze, G. (2020). Independence of Georgia and the Historic Responsibility of Our Generation. Georgian Foundation for Strategic and International Studies. <https://gfsis.org.ge/blog/view/1074>

Fletcher, D., Sarkar, M. (2013). APA PsycNet. APA PsycNet. <https://psycnet.apa.org/record/2013-13184-003>

Khechuashvili, L. (2016). Posttraumatic growth and psychological well-being of Georgian citizens: A comparative study of internally displaced persons and other citizens. Academia.edu - Find Research Papers, Topics, Researchers. https://www.academia.edu/97487052/Posttraumatic_growth_and_psychological_well_being_of_Georgian_citizens_A_comparative_study_of_internally_displaced_persons_and_other_citizens

Khechuashvili, L. (n.d.). Cross cultural adaptation of post-traumatic growth inventory and psychological well-being scales for Georgian population. Academia.edu - Find Research Papers, Topics, Researchers. https://www.academia.edu/97487028/Cross_Cultural_Adaptation_of_Post_Traumatic_Growth_Inventory_and_Psychological_Well_Being_Scales_for_Georgian_Population?email_work_card=view-paper

Meadows, S. O., Miller, L. L., & Robson, S. (2015). Airman and Family Resilience: Lessons from the Scientific Literature. JSTOR. <https://www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt19rmdbt.10>

Panjikidze, M., Beelmann, A., Martskvishvili, K., & Chitashvili, C. (2020, June). Posttraumatic growth, personality factors, and social support among war-experienced young Georgians. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704339/>

Zerach, G., Solomon, Z., Cohen, A., & Ein-Dor, T. (2013). PTSD, resilience and posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24225436/>

მაღრაძე, მ., საყვარელიძე, რ., ბალიაშვილი, მ., ბალანჩივაძე, ი., ბასილაშვილი, ნ., ბერიძე, ქ., კეჭეყმაძე, რ., კვიციანი, მ., ლომსაძე, ქ., ნორაკიძე, თ., & ჩაქიაშვილი, ი. (2011). სტრესი და იძულებით გადაადგილება: ფსიქოლოგიური პრობლემები და მათი გადაწყვეტის გზები (1st ed.). Norwegian refugee council. https://dspace.nplg.gov.ge/bitstream/1234/521371/1/StresiDaIdzulebitGadaadgileba_2011.pdf

მაცაბერიძე, ს., & მჭედლოშვილი, ნ. (2018). 2008 წლის ომის შედეგად კომპაქტურ დასახლებებში მცხოვრებ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სოციალური საჭიროებების და სოციალური მუშაკის როლის კვლევა 2008 წლის ომიდან დღემდე. დევნილთა სოციალური საჭიროებები და სოციალური მუშაობა, 1-113. <https://openscience.ge/server/api/core/bitstreams/80ad2d0f-50ea-4823-bf37-c1c54dce6fa0/content>

ჯანდაცვა კონფლიქტურ ზონებში

Healthcare in conflict zones

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.14>

ანა გაბუნია^{1a}, ნიკოლოზ კუტუბიძე^{1b}

Ana Gabunia^{1a}, Nikoloz Kutubidze^{1b}

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

¹ Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia.

აბსტრაქტი

ჯანმრთელობა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა, რომელიც საერთაშორისო სამართალში მკაცრად არის დაცული. საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართლის საფუძველს შენევის კონვენციები წარმოადგენს, რომლებიც საომარ ვითარებაში სამედიცინო პერსონალისა და დაწესებულებების ნეიტრალიტეტსა და დაცვას განსაზღვრავს. მიუხედავად ამისა, კონფლიქტურ რეგიონებში ძალადობა სამედიცინო ინფრასტრუქტურის წინააღმდეგ კვლავ ფართოდ გავრცელებული პრობლემაა. ჯანდაცვის გაუმჯობესებისთვის საჭიროა მობილური და დისტანციური სამედიცინო მომსახურების განვითარება, სამედიცინო პერსონალის გადამზადება, ინფრასტრუქტურის დაცვა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერა და საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერება. ინოვაციური მიდგომები, როგორცაა დროებითი მედიკამენტების მიწოდება და მიწისქვეშა საავადმყოფოები, აჩვენებს, რომ ადაპტაცია შესაძლებელია. ჯანდაცვის მდგრადობის უზრუნველყოფა მოითხოვს სამართლებრივი მექანიზმების ეფექტიან ადრულეზას, საერთაშორისო მხარდაჭერას და სახელმწიფოების პასუხისმგებლობის გაზრდას. მხოლოდ ასე იქნება შესაძლებელი კონფლიქტური ზონების მოსახლეობისთვის სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის დაცვა.

საკვანძო სიტყვები: კონფლიქტები, გლობალური ჯანმრთელობა, საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართალი.

ციტატა: ანა გაბუნია, ნიკოლოზ კუტუბიძე. ჯანდაცვა კონფლიქტურ ზონებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.14>

Abstract

Health is a fundamental human right, which is strictly protected in international law. The foundation of international humanitarian law is the Geneva Conventions, which define the neutrality and protection of medical personnel and facilities in times of war. Nevertheless, violence against medical infrastructure remains a widespread problem in conflict regions. Improving health requires the development of mobile and remote medical services, the training of medical personnel, the protection

^a ana.gabunia134@sps.tsu.edu.ge (კორესპონდენტი ავტორი, Corresponding author)



of infrastructure, support for mental health, and enhanced international cooperation. Innovative approaches, such as the delivery of medicines by drones and underground hospitals, show that adaptation is possible. Ensuring the sustainability of health requires the effective implementation of legal mechanisms, international support, and increased accountability of states. Only in this way will it be possible to protect access to medical services for the population of conflict zones.

Keywords: Conflicts, global health, international humanitarian law.

Quote: Ana Gabunia, Nikoloz Kutubidze. Healthcare in conflict zones. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.02.14>

შესავალი

ჯანდაცვა კონფლიქტურ ზონებში ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს გამოწვევას წარმოადგენს გლობალურ ჯანდაცვასა და საერთაშორისო ურთიერთობებში. შეიარაღებული კონფლიქტები არა მხოლოდ ანგრევს ადგილობრივ ჯანდაცვის სისტემებს, არამედ ქმნის პირობებს, სადაც ინფექციური დაავადებები სწრაფად ვრცელდება, შიმშილობა და არასათანადო კვება მატულობს, ხოლო მოსახლეობის უმრავლესობას ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სერვისები პრაქტიკულად არ გააჩნია.

ამგვარი კონფლიქტები ჯანდაცვის სფეროში უამრავ პრობლემას წარმოშობს როგორც მოკლევადიან, ისე გრძელვადიან პერსპექტივაში. საავადმყოფოების განადგურება, სამედიცინო პერსონალზე თავდასხმები, ლოჯისტიკური სირთულეები – ეს მხოლოდ ნაწილია იმ სირთულეებისა, რომლებიც კონფლიქტს თან ახლავს და ხშირად მის დასრულების შემდეგაც წლები გრძელდება.

ნაშრომში განვიხილავთ არა მხოლოდ ამ გამოწვევებს, არამედ საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციების და კონფლიქტში ჩართული მხარეების ურთიერთქმედებას, მათ სამართლებრივ ჩარჩოსა და იმ სტრატეგიებს, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესება კონფლიქტურ ზონებში.

მეთოდოლოგია

გამოყენებული იქნა მეორეულ მონაცემთა ანალიზი. ხოლო გამოყენებული წყაროები კი მოძიებულია შემდეგი მონაცემთა ბაზების მეშვეობით: PubMed, Harvard Medical School, Google Scholar, Science Direct, Journal of Health and Social Sciences. ნაშრომში გამოყენებული წყაროების მოძიება განხორციელდა შემდეგი საკვანძო სიტყვების საფუძველზე: “გლობალური ჯანდაცვა”, “საერთაშორისო ურთიერთობები”, “ჯანდაცვა კონფლიქტის ზონებში”. სტატიების სელექცია დაეფუძნა მათ შესაბამისობას საკვლევ საკითხთან და მოცემული ნაშრომის მიზანთან. ამავდროულად, გამოირიცხა რამდენიმე სტატია, რამდენადაც მათზე ხელმისაწვდომობა იყო შეზღუდული/არასრული სახით იყო წარმოდგენილი.

კონფლიქტები და ჯანდაცვა: გლობალური გამოწვევები

კონფლიქტები მნიშვნელოვან ზიანს აყენებს ჯანდაცვის სისტემებს, იწვევს მძიმე ჰუმანიტარულ კრიზისს და პირდაპირ აისახება მშვიდობიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. თანამედროვე მსოფლიოში მსგავსი შემთხვევები ხშირია, ხოლო მათი გავლენა შორს სცდება კონკრეტულ რეგიონებს და გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს გამოწვევად რჩება.

სირიის ათწლეულზე მეტხანს მიმდინარე სამოქალაქო ომმა სერიოზულად დააზიანა ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა. ქალაქები, როგორცაა ალეპო და იდლიბი, სისტემატური დაბომბვის ქვეშ იმყოფებოდნენ, რის შედეგადაც საავადმყოფოები და კლინიკები მიზანმიმართულად განადგურდა. ამის გამო, მოსახლეობას სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი სამედიცინო სერვისები აღარ მიეწოდება. მნიშვნელოვანი პრობლემაა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი. მრავალი ექიმი და მედიკოსი იძულებული გახდა ქვეყანა დაეტოვებინა, რის გამოც მილიონობით ადამიანი სამედიცინო დახმარების გარეშე დარჩა. ამ

ყველაფერმა გააღრმავა ისეთი დაავადებების გავრცელების საფრთხე, როგორცაა პოლიომიელიტი, რომელიც თითქმის აღმოფხვრილი იყო, თუმცა ვაქცინაციის პროცესის შეფერხების გამო კვლავ დაბრუნდა.

იემენში მიმდინარე კონფლიქტმა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა თითქმის სრულად ჩამოშალა. მოსახლეობას საკვები და სუფთა წყალი სათანადოდ არ მიეწოდება, რაც გახშირებული დაავადებებისა და მძიმე ეპიდემიების წინაპირობა გახდა. ყველაზე მასშტაბური შემთხვევა ქოლერის ეპიდემია იყო, რომელიც 1 მილიონზე მეტ ადამიანს შეეხო. იემენშიც, ისევე როგორც სირიაში, სამედიცინო დაწესებულებები ხშირად თავდასხმის ობიექტები ხდებოდა. ქვეყნის ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის 50%-ზე მეტი უფუნქციოა, რაც ორსულ ქალებს, ბავშვებსა და მოხუცებს ყველაზე დაუცველ ჯგუფებად აქცევს.

ავღანეთის ჯანდაცვის სისტემა სრულად დამოკიდებულია საერთაშორისო დახმარებაზე, რაც მის მყიფე მდგომარეობაზე მიუთითებს. ჰუმანიტარული ორგანიზაციები დიდ სირთულეებს აწყდებიან, რადგან პოლიტიკური არასტაბილურობა და ძალადობა მათი საქმიანობის განხორციელებას ართულებს. სოფლის რეგიონებში სამედიცინო დაწესებულებები პრაქტიკულად არ არსებობს, რაც მოსახლეობის ჯანმრთელობას საფრთხეს უქმნის. 2020 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) ავღანეთში დედათა სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დააფიქსირა — 620 დედის სიკვდილობა 100,000 მშობიარობაზე. ეს ძირითადად გამოწვეულია კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის სიმცირითა და უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების არქონით.

უკრაინაში მიმდინარე ომმა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას სერიოზული დარტყმა მიაყენა. საავადმყოფოებისა და კლინიკების დაზიანებამ ბევრ რეგიონში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება შეაფერხა. ომმა განსაკუთრებით გართულა ქრონიკული დაავადებების მართვა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და სასწრაფო დახმარების ეფექტურობა. იძულებით გადაადგილებულმა მოსახლეობამ თავშესაფრებში თავი შეაფარა, რაც ინფექციური დაავადებების გავრცელების რისკს ზრდის, განსაკუთრებით შეუსაბამო სანიტარული პირობების გამო.

ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკაში ხანგრძლივმა კონფლიქტებმა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება საგრძნობლად შეასუსტა. ქვეყანა მთლიანად დამოკიდებულია საერთაშორისო დახმარებაზე, რაც კიდევ უფრო ზრდის სისტემის დაუცველობას. მედიკამენტებზე და სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, რის გამოც გავრცელებული და პრევენციურად დაავადებები, როგორცაა მალარია და წითელა, კვლავ ფართოდ არის გავრცელებული. ჰუმანიტარული ორგანიზაციების წარმომადგენლები მუდმივად საფრთხის ქვეშ იმყოფებიან, რაც მათი საქმიანობის განხორციელებას მნიშვნელოვნად ართულებს.

აღნიშნული მაგალითები ნათლად აჩვენებს, თუ რამდენად საზარელ გავლენას ახდენს კონფლიქტები ჯანდაცვის სისტემებზე. კონფლიქტურ ზონებში მცხოვრები მოსახლეობა სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გარეშე რჩება, რაც მილიონობით ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის. გლობალური ორგანიზაციებისა და საერთაშორისო საზოგადოებისთვის უმნიშვნელოვანეს გამოწვევად რჩება ჯანდაცვის სისტემების მხარდაჭერა კონფლიქტურ რეგიონებში. საჭიროა კოორდინირებული ძალისხმევა, რათა შემცირდეს ჯანდაცვის კრიზისის მასშტაბები და უზრუნველყოფილ იქნას უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება კონფლიქტურ ზონებში მცხოვრები ადამიანებისთვის.

საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციების როლი კონფლიქტურ ზონებში

საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ კონფლიქტურ ზონებში დაზარალებული მოსახლეობისათვის გადაუდებელი დახმარების მიწოდებაში. მათი საქმიანობა ეფუძნება ისეთ პრინციპებს, როგორცაა ნეიტრალურობა, მიუკერძოებლობა და საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართლის პატივისცემა. ამ პრინციპებზე დაყრდნობით, ორგანიზაციები ახერხებენ პოლიტიკურად სენსიტიურ გარემოში

მოქმედებას, რაც მათ საშუალებას აძლევს, კონფლიქტში ჩართული ყველა მხარისგან მოიპოვონ დაშვება და უზრუნველყონ დაზარალებულთა დახმარება.

უმთავრესი საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაცია, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა თანამედროვე ჰუმანიტარულ საქმიანობას, არის წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი (ICRC). ორგანიზაცია 1863 წელს შეიქმნა და დღემდე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საომარ კონფლიქტებში დაზარალებულთა უფლებების დაცვისა და დახმარების კუთხით. ICRC-ს საერთაშორისო სამართლით განსაზღვრული მუდმივი მანდატი გააჩნია, რომელიც მოიცავს საომარ ვითარებაში მყოფი ადამიანების ჯანმრთელობისა და ღირსების დაცვას.

წითელი ჯვრის საქმიანობის სამართლებრივი საფუძველი ჟენევის კონვენციებია, რომლებიც განსაზღვრავს საომარ მოქმედებებში ადამიანის უფლებების დაცვის სტანდარტებს. კონვენციები ადგენს, რომ კონფლიქტში მონაწილე მხარეებმა პატივი უნდა სცენ სამედიცინო პერსონალსა და ჰუმანიტარულ დახმარებას, თუმცა რეალობაში ეს პრინციპები ხშირად ირღვევა, რაც კიდევ უფრო ზრდის ICRC-ის როლის მნიშვნელობას.

1971 წელს დაარსდა ორგანიზაცია „ექიმები საზღვრებს გარეშე“ (Médecins Sans Frontières – MSF), რომელიც აქტიურად მონაწილეობს საომარ მოქმედებებში სამედიცინო დახმარების გაწევით. MSF განსაკუთრებით გამოირჩევა იმით, რომ ღიად საუბრობს იმ დარღვევებსა და ძალადობაზე, რასაც კონფლიქტურ ზონებში აწყდება.

განსხვავებით წითელი ჯვრისგან, რომელიც ხშირად დიპლომატიურ მიდგომას ირჩევს, MSF საჯაროდ ასაჯაროებს ინფორმაციას ომის დანაშაულებისა და ჰუმანიტარული კრიზისების შესახებ. თუმცა, ცივი ომის დასრულების შემდეგ, ორგანიზაციის მიდგომა შეიცვალა და იგი შედარებით ფრთხილი გახდა, რათა არ დაერღვია სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოება. ამის მაგალითია იემენში, შრი-ლანკაში და სხვა კონფლიქტურ ზონებში არსებული ვითარება, სადაც MSF ცდილობს, არ გახდეს სამიზნე და შეუფერხებლად გააგრძელოს დაზარალებულთა დახმარება.

1999 წელს MSF-მ ნობელის მშვიდობის პრემია მიიღო, რაც კიდევ უფრო გაამყარა მისი, როგორც სანდო და სტაბილური ჰუმანიტარული ორგანიზაციის რეპუტაცია.

1990-იანი წლებიდან საგრძნობლად გაიზარდა საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციების (NGO-ების) რიცხვი, რომლებიც კონფლიქტურ ზონებში ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებასა და ჰუმანიტარული დახმარების გაწევაზე არიან ორიენტირებულნი.

1994 წელს ყველაზე მსხვილმა არასამთავრობო ორგანიზაციებმა წითელ ჯვართან და წითელ ნახევარმთვარესთან ერთად შეიმუშავეს ათპუნქტიანი პრინციპები, რომლებიც ჰუმანიტარული დახმარების გაწევის სტანდარტებს განსაზღვრავს. ეს პრინციპები ორგანიზაციებისთვის ერთგვარ სახელმძღვანელოდ იქცა, რაც მათ საქმიანობას უფრო ეფექტურსა და გამჭვირვალეს ხდის.

1997 წელს „სფეროს პროექტის“ (Sphere Project) ფარგლებში კიდევ უფრო გაუმჯობესდა ჰუმანიტარული დახმარების სტანდარტები. პროექტის ფარგლებში შეიქმნა ერთგვარი გზამკვლევი დოკუმენტი, რომელიც არასამთავრობო ორგანიზაციებს აძლევს მიმართულებას, თუ როგორ უნდა უზრუნველყონ ეფექტური დახმარება კონფლიქტურ რეგიონებში.

„სფეროს პროექტი“ ფოკუსირებულია ისეთ კრიტიკულ საკითხებზე, როგორებიცაა:

- წყლისა და საკვების მიწოდება,
- სანიტარული და ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება,
- თავშესაფრის უზრუნველყოფა,
- ნუტრიციული მხარდაჭერა და დაავადებების პრევენცია.

„სფეროს პროექტის“ ფარგლებში ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობის ორი უმნიშვნელოვანესი სტანდარტი, რომელსაც ყველა ჰუმანიტარული ორგანიზაცია უნდა იცავდეს:

პირველადი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა – ყველა დაზარალებულისთვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ისეთი სამედიცინო სერვისები, რომლებიც უშუალოდ უკავშირდება სიკვდილიანობისა და ავადობის უმთავრეს გამომწვევ მიზეზებს.

ადგილობრივი ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება – საერთაშორისო ორგანიზაციებმა უნდა იმუშაონ ადგილობრივ სამედიცინო დაწესებულებებთან, რათა დახმარების პროცესი იყოს მდგრადი და გრძელვადიანი. საერთაშორისო ჰუმანიტარული დახმარება მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ჩაენაცვლოს ადგილობრივ სისტემას, თუ ადგილობრივი ინფრასტრუქტურა ვერ ახერხებს ვითარების მართვას. გარდა ამისა, ორგანიზაციები ვალდებული არიან შეაგროვონ, გაანალიზონ და გაავრცელონ ინფორმაცია, რათა ჰუმანიტარული პრიორიტეტების მუდმივი გადაფასება შესაძლებელი იყოს.

ამგვარად, საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ კონფლიქტურ ზონებში დაზარალებული მოსახლეობის დასახმარებლად. მიუხედავად იმისა, რომ მათი საქმიანობა რთული და ხშირად საფრთხის შემცველია, მათი ძალისხმევა გადამწყვეტია მილიონობით ადამიანის სიცოცხლის გადასარჩენად.

მიუხედავად გამოწვევებისა, აუცილებელია, რომ საერთაშორისო საზოგადოება მხარს უჭერდეს ამ ორგანიზაციებს, დაიცვას მათი ნეიტრალიტეტი და უზრუნველყოს მათი შეუფერხებელი მოქმედება, რათა კონფლიქტურ ზონებში მცხოვრებმა ადამიანებმა მიიღონ ჰუმანიტარული დახმარება.

საერთაშორისო სამართალი და ჯანდაცვა

საერთაშორისო სამართლის მიხედვით, ჯანმრთელობა ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებათა შორის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესია (Yamin, 2005). ამ კონტექსტში საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართალი განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის, დაწესებულებების და კონფლიქტით დაზარალებული პირების დაცვას ომის პირობებში. ჟენევის კონვენციები კოდიფიცირებს ამ სამართლის ძირითად პრინციპებს, მათ შორის დაშავებულთა და ავადმყოფთა მოპყრობის წესებს, ასევე სამედიცინო პერსონალისა და დაწესებულებების ნეიტრალურობის პრინციპს. მეოთხე ჟენევის კონვენციის მე-16 მუხლი მკაცრად კრძალავს სამედიცინო პერსონალის შევიწროებას ან ძალადობას მათზე.

ისეთი სამართლებრივი პრეცედენტები, როგორცაა „ტადიჩის საქმე“ განსაზღვრავს იმ ადამიანების უფლებებს საომარ დროს, რომლებიც არ არიან კონფლიქტში ჩართული მხარეების მოქალაქეები. საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართალი მათ „დაცულ პერსონებად“ მოიხსენიებს და ანიჭებს ყველა იმ უფლებას, რომლებიც კონფლიქტში ჩართულ მხარეთა მოქალაქეებს გააჩნიათ (Lewis, 2015).

საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართლის ძირითადი დოკუმენტებია ჟენევის კონვენციები და მათი დამატებითი პროტოკოლები. პირველი დამატებითი პროტოკოლი საერთაშორისო შეიარაღებულ კონფლიქტებს ეხება და განსაზღვრავს სამედიცინო ეთიკის ნორმებს, მათ შორის სამედიცინო პერსონალის დასჯის დაუშვებლობას სამედიცინო საქმიანობის შესრულებისას. მეორე დამატებითი პროტოკოლი არასაერთაშორისო კონფლიქტებზე ვრცელდება და პირველის პრინციპების მნიშვნელოვან ნაწილს იმეორებს (Kumar, 2024).

საერთაშორისო ჰუმანიტარული სამართლის ხელმძღვრევი ქვეყნები ვალდებული არიან უზრუნველყონ საომარ პირობებში ჯანდაცვის დაცვის მექანიზმები. საერთაშორისო წითელი ჯვრის კომიტეტი (ICRC) აქტიურად თანამშრომლობს სახელმწიფოებთან, რათა მათი კანონმდებლობა შესაბამისობაში მოვიდეს ჟენევის კონვენციების პრინციპებთან. ამასთან, ICRC ცდილობს უზრუნველყოს წითელი ჯვრის სიმბოლოს დაცვა მისი არასწორი გამოყენებისგან, რათა უზრუნველყოს სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოება (Mamun, 2024).

მიუხედავად ამისა, კონფლიქტურ რეგიონებში ხშირია სამედიცინო პერსონალისა და დაწესებულებების წინააღმდეგ ძალადობის შემთხვევები. სირიის სამოქალაქო ომის დროს სამთავრობო ძალები სისტემატურად ესხმოდნენ თავს სამედიცინო დაწესებულებებს. სუდანში ამოხეზულებმა 52 თავდასხმა განახორციელეს საავადმყოფოებზე. 2023 წლის ოქტომბერში ლაზარში ალ-ალის ჰოსპიტალის დაბომბვამ 300-500 ადამიანი იმსხვერპლა. სამართლებრივი ხარვეზები, რომლებიც ორმაგი გამოყენების ობიექტებს შეეხება, ხშირად გამოიყენება თავდასხმების გასამართლებლად. ამის მაგალითია 2015 წელს ავღანეთში ამერიკული საჰაერო

იერიში "ექიმები საზღვრების გარეშე" (MSF) ჰოსპიტალზე, რასაც 42 ადამიანის სიცოცხლე ემსხვერპლა და ორგანიზაციის რეგიონიდან გასვლა გამოიწვია (Redwood-Campbell et al., 2014).

უსაფრთხოების მექანიზმების კონტექსტუალური ადაპტაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მაგალითად, ლიბანის წითელი ჯვარი ერთადერთი ორგანიზაციაა, რომელსაც ქვეყნის ყველა რეგიონში გადაუდებელი დახმარების გაწევა შეუძლია, რაც მისი ნეიტრალურობის პრინციპის აღიარებითაა განპირობებული. კოლუმბიაში ადგილობრივმა წითელი ჯვრის ოფისებმა შექმნეს ნეიტრალური სამედიცინო სიმბოლო, რომელიც მხარეებმა აღიარეს, რაც სამედიცინო პერსონალის დაცვას უზრუნველყოფს.

ჯანდაცვის გაუმჯობესება კონფლიქტურ ზონებში

კონფლიქტურ ზონებში ჯანდაცვის გაუმჯობესება გლობალური გამოწვევაა, რომელიც მოითხოვს როგორც დაუყოვნებლივ, ისე გრძელვადიან სტრატეგიებს.

ინფრასტრუქტურის დაცვა და განვითარება - აუცილებელია საავადმყოფოების აღდგენა და გამძლე სტრუქტურების შექმნა. მიწისქვეშა საავადმყოფოები სირიაში და მობილური კლინიკები იემენში სიცოცხლის გადარჩენის მნიშვნელოვან ინსტრუმენტებად იქცა.

მობილური და დისტანციური ჯანდაცვა - მობილური კლინიკები და ტელემედიცინის პლატფორმები რესურსებით ღარიბ რეგიონებში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას ზრდის.

ადგილობრივი სამედიცინო კადრების გაძლიერება - სამედიცინო პერსონალის გადამზადება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კრიზისების დროს. მაგალითად, კონგოს დემოკრატიულ რესპუბლიკაში სამედიცინო მუშაკები წარმატებით მოამზადეს ებოლას ეპიდემიის წინააღმდეგ.

სამედიცინო მომარაგების მართვა - ინოვაციური მიწოდების საშუალებები, როგორცაა დროებითი მედიკამენტების მიწოდება რუანდაში, შესაძლოა ადაპტირდეს კონფლიქტურ ზონებში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერა - ფსიქოსოციალური დახმარება კონფლიქტით დაზარალებულ მოსახლეობას სტრესთან გამკლავებაში ეხმარება. „ექიმები საზღვრების გარეშე“ აქტიურად უზრუნველყოფენ ასეთ მომსახურებას ღაზასა და ერაყში.

საერთაშორისო თანამშრომლობა - გლობალური პარტნიორობა, როგორცაა წითელი ჯვარი, ჯანმო და გაერო, კოორდინირებულ ძალისხმევას აძლიერებს კონფლიქტურ ზონებში.

სამედიცინო პერსონალის დაცვის სამართლებრივი მექანიზმები - ჟენევის კონვენციების პრინციპების დაცვა ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის მუშაკების უსაფრთხოებას.

დაავადებების პრევენცია - ვაქცინაციისა და სანიტარიული ინიციატივების გაძლიერება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია. მაგალითად, სამხრეთ სუდანში წითელას საწინააღმდეგო კამპანიამ ათასობით ადამიანის სიცოცხლე გადაარჩინა.

გრძელვადიანი ინვესტიციები ჯანდაცვის სისტემებში - განათლებაში, სიღარიბის შემცირებასა და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში ინვესტირება კონფლიქტების დროს მედეგობის გასაძლიერებლად აუცილებელია.

დასკვნა

კონფლიქტები ჯანდაცვის სისტემებს ანგრევს და მოსახლეობას საჭირო სამედიცინო სერვისების გარეშე ტოვებს. სირიის, იემენისა და სუდანის მაგალითები აჩვენებს, რომ სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განადგურება ჯანმრთელობის უთანასწორობას ამძაფრებს. თუმცა, ინოვაციური მიდგომები, როგორცაა მიწისქვეშა საავადმყოფოები სირიაში და მობილური კლინიკები იემენში, აჩვენებს, რომ ადაპტაცია შესაძლებელია. საერთაშორისო ორგანიზაციები, როგორცაა წითელი ჯვარი და ჯანმო, გადამწყვეტ როლს ასრულებენ ჯანდაცვის დაცვაში და ტექნიკური დახმარების უზრუნველყოფაში.

ჯანდაცვის სისტემების მდგრადობა მხოლოდ დაუყოვნებელი ჩარევით არ მიიღწევა. ინფრასტრუქტურის აღდგენა, სამედიცინო პერსონალის გადამზადება და მიწოდების

ქსელების გაძლიერება აუცილებელია. საერთაშორისო სამართლის აღსრულება კი უზრუნველყოფს სამედიცინო პერსონალისა და დაწესებულებების დაცვას.

ჯანდაცვა მხოლოდ უფლება არ არის – ის არის გადარჩენის ქვაკუთხედი, რაც მოითხოვს ინოვაციას, საერთაშორისო სოლიდარობას და სახელმწიფოთა ურყევ ერთგულებას მისი დაცვისთვის.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Health care in conflict zones. (2022). Journal of Ethics | American Medical Association. <https://journalofethics.ama-assn.org/issue/health-care-conflict-zones>
- Short, K. (2024). 2023 Attacks on health care in war zones Most ever documented: Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC) report. PHR. <https://phr.org/news/2023-attacks-on-health-care-in-war-zones-most-ever-documented-safeguarding-health-in-conflict-coalition-shcc-report/>
- Martinez, E. (n.d.). Attacks on health care during war are becoming more common, creating devastating ripple effects. The Conversation. <https://theconversation.com/attacks-on-health-care-during-war-are-becoming-more-common-creating-devastating-ripple-effects-237484>
- Burkle, F. M., Kushner, A. L., Giannou, C., Paterson, M. A., Wren, S. M., & Burnham, G. (2018). Health care providers in War and Armed Conflict: Operational and educational challenges in International Humanitarian Law and the Geneva Conventions, Part II. Educational and training initiatives. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 13(3), 383–396. <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.42>
- Egbert, L. D., Levy, B. S., & Sidel, V. W. (1997). War and Public Health. Journal of Public Health Policy, 18(4), 484. <https://doi.org/10.2307/3343530>
- Yamin, A. E. (2005). The right to health under international law and its relevance to the United States. American Journal of Public Health, 95(7), 1156–1161. <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.055111>
- Gaist, P. A. (2009). Igniting the power of community. In Springer eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-98157-4>
- Kumar, P. (2024). ICRC's Strategies for National Implementation of International Humanitarian Law · Law Notes by. The Law Institute. <https://thelaw.institute/ihl-issues-in-south-asia/icrc-strategies-national-implementation-international-law/#encouraging-adoption-through-national-laws>
- Lewis, D. (2015). 3 - The rise of international legal protections for Wartime Medical Care — HLS PILAC. HLS PILAC. <https://pilac.law.harvard.edu/mcac-report/3-the-rise-of-international-legal-protections-for-wartime-medical-care>
- Mamun, M. A. (2024). How can the protection of medical personnel and facilities under international humanitarian law be strengthened? Medicine Conflict & Survival, 40(3), 276–284. <https://doi.org/10.1080/13623699.2024.2382833>
- Redwood-Campbell, L. J., Sekhar, S. N., & Persaud, C. R. (2014). Health care Workers in Danger Zones: A special report on safety and security in a changing environment. Prehospital and Disaster Medicine, 29(5), 503–507. <https://doi.org/10.1017/s1049023x14000934>
- Siem, F. F. (2017). Leaving them behind: healthcare services in situations of armed conflict. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0524>
- Partnerships are Key to Delivering Health Care in Conflict Zones | George W. Bush Presidential Center. (2023, February 8). George W. Bush Presidential Center.

<https://www.bushcenter.org/catalyst/whats-next-in-health-care/partnerships-are-key-to-delivering-health-care-in-conflict-zones>

- Delivering care in a conflict zone. (n.d.). Doctors Without Borders - USA. <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/focus/care-in-conflict-zones>
- 7 steps to strengthen health care in emergencies. (2019). International Committee of the Red Cross. <https://www.icrc.org/en/document/7-steps-strengthen-health-care-emergencies>

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
Address: Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983