



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

9 (2)

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



9 (2) 2025

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

2025 № 9 (2)



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

PRINT ISSN 2449-2469
ONLINE ISSN 2346-7983

თბილისი 2025 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის რეცენზირებადი და
რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

The Refereed and Peer-Reviewed International Scientific-Practical Journal of the Health Policy
Institute of 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 Attribution 4.0 ლიცენზიით. (CC BY 4.0).

The articles will be published under Creative Commons license (CC BY 4.0).

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.



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

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

Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

tverulava@cu.edu.ge

ინდექსირებულია INDEXED



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), **ანზორ გოგიბერიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო 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 ლომჯანიძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ვასაძე** (საქართველოს უნივერსიტეტი), **ოთარ ჩოკოშვილი** (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი), **გურანდა ჭელიძე** (კავკასიის უნივერსიტეტი), **ილია ნადარეიშვილი** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ეკა ჭყონია** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ნინო ჩიხლაძე** (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ეკატერინე სანიკიძე** (დ. ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ზურაბ სიხარულიძე** (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), **ლალი კოკაია** (თამარ მეფის უნივერსიტეტი), **გულნარა შელია** (ავ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **ირმა კირთაძე** (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი), **იმედა რუბაშვილი** (კავკასიის 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** (ვამინგტონის უნივერსიტეტი, აშშ), **გორან ბანდოვი** (ზაგრების უნივერსიტეტი, ხორვატია), **ვივიანა მანგიატერა** (ბოკონის უნივერსიტეტი, მილანი, იტალია), **თეა ი. კოლინზი** (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ჟენევა, შვეიცარია), **რევათი ფალკეი** (ნოტინგემის უნივერსიტეტი, ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი), **ლეილა აფშარი** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **თისა ვიჯარეთნი** (მელბურნის უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **ჯირი რადა** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **სტივ პოლგერი** (ლა ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია), **გიორგი შაქარიშვილი** (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, შვეიცარია), **არანკა იენასიაკ-შულცი** (ნიკოლაუს კოპერნიკის უნივერსიტეტი, პოლონეთი)

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), **Anzor Gogiberidze** (Tbilisi State Medical University), **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), **Imeda Rubashvili** (Caucasus 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

რადუ-მიჰაი დუმიტრესკუ

„მოზარდობა“ - ციფრულ ეპოქაში არასრულწლოვანთა გადახრის სოციოლოგიური ანალიზი

Radu-Mihai Dumitrescu

„Adolescence” - A sociological analysis of juvenile deviance in the digital age

ქეთი მამნიაშვილი, თენგიზ ვერულავა

ინსულტისშემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში

Keti Mamniashvili, Tengiz Verulava

Access to Post-Stroke Rehabilitation in Georgia

ივლიანე სურმავა, ირინა ზარნაძე

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონებისა და ქალებისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესწავლა და შეფასება საქართველოში

Ivliane Surmava, Irina Zarnadze

Study and Evaluation of Access to Medical Services for Girls and Women with Disabilities in Georgia

თამარ ჩარკვიანი

ნდობის კრიზისი ციფრულ ეპოქაში: სამოქალაქო ჩართულობის პოტენციალი და შეზღუდვები საქართველოში

Tamar Charkviani

The Crisis of Trust in the Digital Age: Potential and Limitations of Civic Engagement in Georgia

ალეკო სოფრომაძე, ნატა ყაზახაშვილი, ნიკა სოხაძე

ყბა-სახის ქირურგიულ სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის შეფასება საქართველოში

Aleko Sopromadze, Nata Kazakhashvili, Nika Sokhadze

Assessment of population access to maxillofacial surgical services in Georgia

მიმოხილვა

Review

ნეჰა ელდჰოსე

იშემიური ინსულტი ახალგაზრდა მოზრდილებში: ტენდენციები და რისკ-ფაქტორები

Neha Eldhose

Ischemic Stroke in Young Adults: Emerging Trends and Risk Factors

ჯაკვინ ჟოზე მალიილ, სოფიო ტატიშვილი

ძილის დარღვევის კავშირი ნეირონების დაზიანებასთან. მიკროგლიისა და გლიის გააქტიურებით განპირობებული მექანიზმების მიმოხილვა

Jacquin Jose Maliyil, Sophio Tatishvili

Linking Sleep Deprivation to Neuronal Injury: A Review of Microglial and Glia-Mediated Mechanisms

ალექსანდრა აროშვილი

ნეოლიბერალიზმი და მენტალური ჯანმრთელობა: კრიტიკული თეორიული ანალიზი

Alexandra Aroshvili

Neoliberalism and Mental Health: A Critical Theoretical Analysis

თენგიზ ვერულავა

შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში: ესტონეთის გამოცდილების ანალიზი

Tengiz Verulava

Implementing a Results-Based Financing Model in the Primary Health Care Sector of Georgia: An Analysis of the Estonian Experience

დავით შოვნაძე

თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაციის მნიშვნელობა ვაქცინაციის პროგრამების წარმატებით განხორციელებისთვის

David Shovnadze

The importance of consistent health communication for the successful implementation of vaccination programs

ოლუვატიმილეინ აბორისადე

ორმაგი თუ სამმაგი ცნობიერება? აფრიკელი იმიგრანტების გამოცდილება ამერიკის შეერთებულ შტატებში

Oluwatimileyin Aborisade

Double Consciousness or Triple Consciousness? Experiences of African Immigrants in the United States

ილონა ბიტაროვა, ლუკ მარკსი, გიორგი დუღაშვილი

სამედიცინო ინფორმაციის დაცვის ეთიკური და სამართალბრივი ასპექტები ელექტრონულ მმართველობაში

Ilona Bitarova, Luc Marks, Giorgi Dugashvili

Ethical and Legal Aspects of Medical Information Protection in Electronic Government

კლინიკური შემთხვევის აღწერა

Case Report

თამაზ ხელაძე, ნატა ყაზახაშვილი, გიორგი ბაზერაშვილი, მარიამ ლომიძე, სოფიო ცხვედაძე, სოფიო უნგიაძე

დილატაციური კარდიომიოპათია და კოაგულაციის მე-8 ფაქტორის დეფიციტი, როგორც იშვიათი გენეტიკური კომბინაცია

Tamaz Kheladze, Nata Kazakhashvili, Giorgi Bazerashvili, Mariam Lomidze, Sophio Tskhvedadze, Sophio Ungiadze

Dilated cardiomyopathy and coagulation factor VIII deficiency as a rare genetic combination

თამაზ ხელაძე, ვაჩე შიოლაშვილი, მარიამ ლომიძე, ნანი გონჯილაშვილი

ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტებთან ასოცირებული კარდიომიოპათია კლინიკური შემთხვევის განხილვა

Tamaz Kheladze, Vache Shiolashvili, Mariam Lomidze, Nani Gonjilashvili

Amphetamine-type stimulant-associated cardiomyopathy: a clinical case report

თამაზ ხელაძე, მარიამ ლომიძე, გიორგი ბაზერაშვილი

მიოკარდიტი როგორც არითმოგენული კარდიომიოპათიის განვითარების ერთ-ერთი რისკფაქტორი

Tamaz Kheladze, Mariam Lomidze, Giorgi Bazerashvili

Myocarditis as a risk factor for the development of arrhythmogenic cardiomyopathy



„Adolescence” - A sociological analysis of juvenile deviance in the digital age

„მოზარდობა“ - ციფრულ ეპოქაში არასრულწლოვანთა გადახრის
სოციოლოგიური ანალიზი

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.02>

Radu-Mihai Dumitrescu ¹¹

რადუ-მიჰაი დუმიტრესკუ ^{1a}

¹ University of Bucharest, Faculty of Sociology and Social Work, Medicover Romania, Bucharest, Romania

¹ ბუქარესტის უნივერსიტეტი, სოციოლოგიისა და სოციალური მუშაობის ფაკულტეტი, ბუქარესტი, რუმინეთი

Abstract

Introduction: This paper examines from a sociological perspective the British TV series „Adolescence” (2025) in order to investigate how juvenile deviance is represented in the contemporary digital context and how concepts such as toxic masculinity, online radicalization and marginalization of adolescents are reflected. The paper proposes an integrated theoretical approach, using concepts from the sociology of deviance, media theories and cultural studies. **Methodology:** The analysis is based on a qualitative methodology, applying narrative and visual content analysis of the series. Relevant theoretical frameworks such as labelling theory (Erving Goffman), ideology of hegemonic masculinity (Raewyn Connell), subculture theory (Albert K. Cohen), social learning theory (Albert Bandura) and social control theory (Travis Hirschi) are used. Key scenes, lines and visual contexts that support sociological interpretations are identified. **Results:** The series highlights the complexity of juvenile deviance as a result of the interplay between personal, social and technological factors. Jamie, the protagonist, is constructed as a symbol of societal failure to protect, understand and guide adolescents in the digital context. Hegemonic masculinity, lack of family support, 'incel' culture and exposure to misogynistic discourses online contribute to his alienation and radicalization. The institutional reaction and subsequent stigmatization confirm the hypotheses of social labelling theory. The series thus functions as a critical cultural text, highlighting the risks of normalizing violence and gender inequality in male identity formation. **Conclusions:** „Adolescence” provides a sociologically relevant portrayal of the crisis of adolescent masculinity and adolescent vulnerability in the digital age. The series contributes to the public debate on emotional literacy, digital literacy and the prevention of youth violence, becoming a valuable tool for research, education and public policy. The paper argues for the need for systemic interventions targeting family support, school involvement and regulation of the online environment as forms of protection against contemporary juvenile deviance.

Keywords: juvenile deviance, hegemonic masculinity, incel culture, online radicalization, social labelling, sociological film analysis, adolescence, digital literacy, Adolescence (2025).

Quote: Radu-Mihai Dumitrescu. „Adolescence” - A sociological analysis of juvenile deviance in the digital age. Health Policy, Economics and Sociology, 2025; 9 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.02>

აბსტრაქტი

შესავალი: ნაშრომი სოციოლოგიური პერსპექტივიდან იკვლევს ბრიტანულ ტელესერიალს „მოზარდობა“ (2025) იმ მიზნით, რომ გააანალიზოს, თუ როგორ არის წარმოდგენილი არასრულწლოვანთა გადახრა თანამედროვე ციფრულ ეპოქაში და როგორ

¹ radu.dumitrescu@medicover.ro

<https://orcid.org/0009-0008-4481-394X>



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/>)

ასახეობა ისეთი კონცეფციები, როგორცაა ტოქსიკური მასკულიზრობა, ონლაინ რადიკალიზაცია და მოზარდთა მარგინალიზაცია. ნაშრომი სთავაზობს ინტეგრირებულ თეორიულ მიდგომას, რომელიც ეფუძნება გადახრის სოციოლოგიას, მედიათეორიებსა და კულტურათმცოდნეობას. **მეთოდოლოგია:** ანალიზი ეფუძნება ხარისხობრივ მეთოდოლოგიას და მოიცავს სერიალის ნარატიულ და ვიზუალურ კონტენტ-ანალიზს. გამოყენებულია შესაბამისი თეორიული ჩარჩოები, როგორცაა: სტიგმის თეორია (ერვინგ გოფმანი), ჰეგემონური მასკულიზრობის იდეოლოგია (რევენ კონელი), სუბკულტურის თეორია (ალბერტ კ. კონი), სოციალური სწავლების თეორია (ალბერტ ბანდურა), სოციალური კონტროლის თეორია (ტრავის ჰირში). ანალიზში იდენტიფიცირებულია საკვანძო სცენები, დიალოგები და ვიზუალური კონტექსტები, რომლებიც უზრუნველყოფენ სოციოლოგიურ ინტერპრეტაციებს. **შედეგები:** სერიალი აჩვენებს არასრულწლოვანთა გადახრის სირთულეს, როგორც პერსონალურ, სოციალურ და ტექნოლოგიურ ფაქტორთა ურთიერთქმედების შედეგს. სერიალის მთავარი გმირი, ჯეიმი, წარმოჩენილია როგორც სიმბოლო საზოგადოებრივი მარცხისა. ჰეგემონური მასკულიზრობა, ოჯახური მხარდაჭერის ნაკლებობა და ონლაინ სივრცეში მისოგინიური დისკურსების ზემოქმედება მისი გაუცხოებისა და რადიკალიზაციის გამომწვევ ფაქტორებად იკვეთება. ინსტიტუციური რეაქცია და შემდგომი სტიგმატიზაცია კი ადასტურებს სოციალური სტიგმის თეორიის ჰიპოთეზებს. შესაბამისად, სერიალი ფუნქციონირებს როგორც კრიტიკული კულტურული ტექსტი, რომელიც წარმოაჩენს ძალადობისა და გენდერული უთანასწორობის რისკებს მამაკაცური იდენტობის ფორმირების პროცესში. **დასკვნები:** „მოზარდობა“ სოციოლოგიურად რელევანტურად წარმოაჩენს მოზარდთა მოწყვლადობას ციფრულ ეპოქაში. სერიალი მნიშვნელოვან წვლილს შეიტანს საჯარო დისკუსიაში ემოციური ინტელექტის და ახალგაზრდული ძალადობის პრევენციის საკითხებზე. ნაშრომი ამტკიცებს სისტემური ჩარევის საჭიროებას — განსაკუთრებით ოჯახური მხარდაჭერის და სკოლის ჩართულობის თვალსაზრისით — როგორც თანამედროვე არასრულწლოვანთა გადახრისგან დაცვის ფორმას.

საკვანძო სიტყვები: არასრულწლოვანთა გადახრა, ჰეგემონური მასკულიზრობა, ინსელ კულტურა, ონლაინ რადიკალიზაცია, სოციალური სტიგმა, სოციოლოგიური ანალიზი მედიაში, მოზარდობა, ციფრული კომპეტენცია, Adolescence (2025).

ციტატა: რადუ-მიჰაი დუმიტრესკუ. „მოზარდობა“ - ციფრულ ეპოქაში არასრულწლოვანთა გადახრის სოციოლოგიური ანალიზი. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 2025; 9 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.02>.

Introduction

The film “Adolescence” (2025) explores the complex landscape of youth deviance in the digital age, encompassing a wide range of behaviours and influences shaped by contemporary societal, familial and peer dynamics. Juvenile deviance has been extensively studied in diverse contexts, revealing that the interplay between social factors, digital interactions and emotional development play a crucial role in shaping adolescent behaviour. The changing nature of these influences reflects wider societal changes, in particular the evolution of technology and its pervasive impact on young people.

Juvenile deviance is often contextualized within multiple factors, including family dynamics, educational environments, peer associations, and economic conditions. Juveniles in conflict with the law perceive their deviance as a product of these multiple influences (Korde & Raghavan, 2023). This finding confirms previous literature emphasizing how economic adversity and family support systems interact decisively with adolescent behaviours (Hartanto et al., 2022). Emotional development, which is significantly influenced by family relationships and the educational environment, has also been shown to be instrumental in predicting involvement in delinquent behaviours (Hartanto et al., 2022). Understanding deviance requires consideration of peer influence, particularly in online environments where adolescents are increasingly socializing. Higher rates of peer deviance correlate strongly with increased externalizing problems during adolescence, suggesting that the social environment significantly shapes young people's actions and life choices (Petersen et al., 2014). In addition to peer influences,

emotional maturity is essential in mitigating the risks associated with deviance. Emotional maturity not only predicts an adolescent's self-concept, but also significantly reduces the likelihood of delinquent behaviour, demonstrating that emotional regulation skills developed in family and school contexts can act as a buffer against deviance (Hartanto et al., 2022). As the digital age evolves, these emotional and social skills are increasingly under pressure from digital interactions, which may alter traditional pathways of youth development.

Another key issue is the impact of digital media exposure, which has been associated with various forms of deviance among adolescents. The increasing prevalence of online interactions raises concerns about cyber-bullying, exposure to inappropriate content and peer pressure in digital formats. The intersection between peer dynamics and digital contexts can create opportunities for both positive engagement and negative outcomes, complicating the landscape of juvenile deviance. For example, peer deviance manifested through social media platforms can lead to increased risk-taking behaviours and emotional distress, illustrating how virtual friendships can mirror or even exacerbate real-world influences on adolescent behaviour (Bains, 2014).

This dynamic is further complicated by systemic inequalities in certain contexts. Adolescents from marginalized communities face increased risks of delinquency not only because of peer influences, but also because of reduced family support, along with greater exposure to community violence (Miliauskas et al., 2022). The systemic nature of these influences emphasizes the need for interventions that address the broader socio-economic contexts in which adolescents develop. For example, programs designed to increase family involvement and provide support in navigating digital spaces can help address underlying factors that contribute to deviance (Valdez et al., 2005).

Juvenile deviance in the digital age also reflects broader cultural narratives, particularly around masculinity and risk-taking, which are sometimes normalized within specific communities. Family values can significantly shape an adolescent's choices and interactions with peers, suggesting that initiatives aimed at strengthening family bonds may play a crucial role in steering young people away from delinquency (Dishion et al., 2004). Conversely, normalizing certain behaviours within peer groups can lead to a spiral of deviance, in which peer influence becomes a more dominant force than family guidance. Moreover, the legal perspective through which juvenile deviance is understood has evolved. The distinction between juvenile and adult offenders continues to generate discussions about the adequacy of existing systems to respond effectively to young offenders. Understanding the neuroscience of adolescence is crucial for the formulation of more humane and responsive juvenile justice policies (Benekos & Merlo, 2016). This perspective highlights the nuances of adolescent development, advocating for a justice system that recognizes the potential for change and growth in juvenile offenders. The digital age presents unique challenges and opportunities for understanding juvenile deviance. The prevalence of online behaviours calls for a reassessment of existing frameworks for understanding juvenile delinquency. Integrating digital literacy into educational curricula can serve as an effective strategy to empower adolescents to safely and responsibly navigate online spaces. In addition, examining statistics on deviance in digital contexts can provide insights into emerging trends in young people's behaviour that are significantly influenced by technology.

The interplay between emotional development, peer relationships, family support and socio-economic conditions elucidates the complexity of juvenile deviance in the digital age. Understanding this complex web of influences can inform more effective intervention strategies and policies aimed at reducing delinquency and promoting healthier developmental trajectories for adolescents. The digital landscape, while presenting new challenges for young people, also offers avenues for connection and positive engagement, underlining the importance of a multifactorial approach to adolescent behaviour. The sociological analysis of youth deviance in the digital age reveals a rich web of influences and outcomes that require a nuanced understanding of adolescent development. The intersection of emotional, social, and environmental factors provides critical insights into contemporary youth behaviour, suggesting intervention pathways that emphasize comprehensive support systems and the importance of family and community involvement.

Analysing films using sociological frameworks is a process that encompasses various methodologies that reflect the attributes of the films themselves as well as the social, cultural and emotional contexts surrounding their creation and reception. A fundamental aspect of sociological film analysis is the recognition that films function not only as vehicles for entertainment, but also as rich texts that encapsulate social values, collective fears and experiences. This understanding is rooted in the recognition that a film can evoke diverse interpretations influenced by personal, historical and cultural contexts.

Underpinning sociological interpretations are qualitative methods that play a significant role in film analysis, facilitating a deeper understanding of how narratives, characters and cinematography interact with social issues. One suggestive example is the identification of a number of myths associated with mass armed attacks in American cinema, noting how popular films often reflect and reinforce social anxieties and moral panics related to gun violence, while academic knowledge frequently challenges these portrayals (Silva, 2019). This situation illustrates how narratives in movies might perpetuate myths, but can also provoke critical discussions that challenge social norms, thus serving as crucial texts for sociological research. Building on the qualitative content analysis, it is possible to highlight how the emotional dimensions of films can further contextualize personal and family dynamics, including themes of loss and selective disclosure within family narratives (Rober et al., 2011). Such issues are crucial as they not only highlight individual grief, but also reveal collective social behaviours regarding family secrets and interactions, enriching the sociological discourse surrounding the content of films. By recognizing the interplay between narrative elements and social realities, researchers can gain a nuanced understanding of how films mirror and shape audience perceptions and emotional responses. The methodological framework underpinning sociological analysis synthesizes a variety of qualitative approaches. Ethnographic methodology allows researchers to place films within broader social contexts. Collaborative tasks within film production have been explored including illustrating the importance of behind-the-scenes social interactions that contribute directly to the narrative and structure of films (Ligorio & Ritella, 2010). Such insights reinforce the realization that a production context is as important as the content presented on screen.

Sociological analyses elucidate how films can reflect contemporary public perceptions. One suggestive example is a systematic analysis of public perceptions of healthcare as portrayed in the media, which can be extrapolated to understand how various professions and social groups are represented in films (Girvin et al., 2016). By critically evaluating these representations, sociologists gain insights into how societal roles and stigmas are constructed and perpetuated through cinematic narratives, thereby enhancing sociological understanding of film as a cultural artifact.

At the intersection of qualitative film studies and sociological methodologies is the question of the representation and portrayal of different groups in the film industry and the implications of these portrayals for understanding society. Qualitative analyses used in historical and contemporary examinations of film promote a deeper understanding of how underrepresented groups traverse cinematic landscapes and how their stories are shaped or reshaped by dominant cultural narratives. By using qualitative tools such as narrative analysis, it is possible to dissect films to reveal the broader socio-cultural commentaries embedded in their narrative discourses. The ways in which narrative structures can be influenced by psychological theories, particularly when examining character narratives that reflect trauma, loss or social change is a key landmark (Rober et al., 2011). This emphasizes the critical role of psychological frameworks in informing sociological understandings of cinematic narratives.

In addition to using qualitative frameworks, a comprehensive sociological analysis of film also requires an understanding of temporal contexts. The methodology applied in examining chrono- patterns, or the intrinsic connection between time and space in narratives, illustrates that time plays a critical role in shaping viewers' understanding of plot and character development (Ligorio & Ritella, 2010). Recognizing the broader cultural and historical moments in which films are made and consumed is essential to a sociological analysis.

Beyond textual analysis, the role of audience reception in film studies also deserves attention. The impact of films on audience behaviour and perception highlights the active role viewers play in interpreting narratives. Such interactions interact with social fears, aspirations and beliefs. Research on

this audience-centred perspective reinforces viewers' agency in the construction of meaning in films, emphasizing a reciprocal relationship between film texts and social contexts. Qualitative analyses can also use visual methodologies to understand non-verbal cues and their sociological implications. Such approaches elucidate how visual storytelling conveys messages about gender, race, and class within film. By investigating aesthetic choices, narrative structures, and character development, it is possible to emphasize how specific cinematic techniques interact with sociocultural dynamics to reinforce or challenge prevailing narratives. It becomes increasingly clear that films can serve as both reflections and shapers of social values. The methodological framework for sociological film analysis integrates qualitative methodologies that unlock a deeper understanding of the themes, characters and audience interactions portrayed in each film work. Qualitative content analysis remains a vital lens through which to uncover the layered meanings of films, illuminating the broader social themes that films depict and influence.

Methodology

A sociological analysis of the movie “Adolescence” (2025) was conducted through a systematic and theoretical approach to its narrative, visual and ideological content. The overall objective was to understand how it reflects, reproduces or challenges social phenomena, norms, power structures and socialization processes.

Theoretical conceptualization:

Film as a social text: film is seen not just as art or entertainment, but as a cultural product that reflects the values, conflicts and structures of the society in which it was created - representation theory (Stuart Hall). This theory emphasizes a critical dimension of communication: the importance of audience agency in the meaning-making process (Murji, 2020). Effective message analysis across various communication channels requires consideration of both how messages are crafted and how they are received, a perspective supported by empirical studies that recognize the fluid nature of audience interpretation and representation (Nkomo, 2011).

Film as an ideological tool: film can function as an ideological device (Louis Althusser), shaping perceptions of reality, gender, class, race, violence, norm and deviance). One of the basic components of Althusser's ideological framework is the function of state ideological apparatuses. These, which include institutions such as education, the family, religion and the media, play a crucial role in embedding ideological frameworks in individuals from an early age. It is postulated that they do not operate through direct coercion, but rather through implicit social norms that individuals come to internalize as natural or given. Educational environments and school curricula often reflect dominant ideologies that prioritize certain cultural narratives while marginalizing others; this process has been described as a form of education in which knowledge is deposited in learners rather than created through dialogue or critical engagement (Case & Hunter, 2014).

Film as a socialization practice (through its representations, a film can influence the way individuals understand social roles, norms and power relations) - a form of informal education).

Methodological steps:

- defining the object of analysis and clarifying the theme: toxic masculinity, online radicalization, adolescent socialization;
- selection of theoretical framework: choice of relevant sociological theories and integration of media/cultural theories;
- identifying the units of analysis (qualitative research): key scenes, characters and their relationships, dialog and language, visual or sound symbols;
- analysing the production context;
- the production context of the movie (producer, social and political context, controversies generated);

- sociological interpretation and correlation (reflection of a social problem, types of norms, roles or stereotypes represented or challenged, the position of the movie in relation to the subject - critical, normative, neutral);
- conclusions and implications (key messages about society in the movie, potential effects on social perceptions).

Results and discussions

Sociological analysis

The British mini-series “Adolescence” (2025), created by Jack Thorne and Stephen Graham, is a four-episode psychological drama that explores online youth radicalization, toxic masculinity and the impact of social networking on teenagers. The film production is shot entirely in single shots and follows the case of Jamie Miller, a 13-year-old boy arrested for the murder of a classmate, Katie Leonard. The epic thread focuses less on “who did it” (the perpetrator) and more on “how it got here” (the social framework that led to the criminal act), providing an in-depth analysis of the social and cultural factors that can influence young people's behaviour.

Themes in the movie

“Adolescence” serves as a case study on how adolescents can be influenced by external factors, which are also the themes identified.

- Online radicalization: Jamie is drawn to the misogynist content and “incel” ideologies promoted by the likes of Andrew Tate, highlighting how the internet can become a breeding ground for dangerous beliefs among young people.
- Toxic Masculinity: The series explores society's expectations of masculine behaviour and how this can lead to repressed emotions and violent outbursts.
- Social isolation and bullying: Jamie is the victim of bullying both at school and online, which contributes to feelings of alienation and seeking validation in toxic communities.
- Inter-generational divide: the differences between parents' and children's experiences of the digital age are accentuated, highlighting the difficulty for adults to understand and intervene effectively in the lives of adolescents affected by new technologies.

The show stands out for its realism in the artistic translation of the themes and for the way it tackles current issues in British society, becoming a platform for discussions about the prevention of youth violence and the importance of digital education.

Theoretical framework used

From a sociological perspective, “Adolescence” can be analysed through several theories:

- **Anomie theory** (Émile Durkheim): Anomie theory addresses the social discord that arises when individuals lack clear norms and effective social integration, which ultimately leads to deviant behaviour. Anomia occurs in contexts where social regulation diminishes, resulting in confusion about acceptable behaviours and expectations. In a state of anomie, individuals are more likely to engage in behaviours that deviate from social norms because they experience feelings of alienation and disconnection from the collective moral order (Heckert & Heckert, 2004). This conceptual framework serves as a foundation for understanding diverse social pathologies in disparate cultural contexts. Film context: lack of clear norms and social integration can lead to deviant behavior. Jamie, faced with conflicting expectations and lack of proper guidance, becomes susceptible to negative influences.
- **Labelling theory** (Erving Goffman) argues that behavioural deviance is not only defined by the acts committed, but also (or especially) by the social reaction to them. At the heart of this theory is the idea that individuals come to internalize a deviant identity after being labelled as such; the label “criminal”, “problematic”, “dangerous”, etc. can become a self-fulfilling prophecy (Mukolo et al., 2010). Social institutions (family, school, police, media) contribute to the construction of stigma. Goffman focused on how social stigma affects an individual's identity and everyday interactions. Context of the movie: after Jamie's arrest for the murder of his co-worker, the whole community (including his family) sees him as a monster or a threat. This deviant label becomes Jamie's dominant identity in the eyes of others. This change is reflected in the way he is treated: he is isolated from

peers, teachers, investigators; he receives negative public attention (media, social networks), he is subjected to interrogations that do not seek understanding but confirmation of guilt.

- **Hegemonic ideology of masculinity** (Raewyn Connell): defines hegemonic masculinity as the dominant form of masculinity in a given context, which legitimizes men's position of power in society and subordinates' other forms of masculinity, such as femininity. Not all men practice it, but it becomes the aspirational model for boys and men. This hegemony is supported through culture, education, media and social relations and is associated with: power, emotional control, aggression, rejection of vulnerability, dominance of women and men considered “weak” (emotional, empathetic, feminine) (Smith, 2013). Context of the movie: Jamie, the protagonist of the show, is a 13-year-old boy who feels pressure to be “tough”, is influenced by online figures such as Andrew Tate, who promote a hyper-masculine aggressive model. He represses his vulnerability, unable to talk about anxiety, shame or insecurity. This is where hegemonic masculinity comes in: Jamie has no social space to express suffering in a healthy way, so he turns it into aggression, a behaviour valorised (or at least validated) by the dominant ideology. The male figures around Jamie are illuminating. Jamie's father is himself a traumatized man, but raised under the imperative of masculine silence. He doesn't express his emotions, doesn't know how to offer emotional support to his son. Online digital influencers function as “mentors” of hegemonic masculinity, promoting ideas of male superiority, contempt for women and self-assertion through violence or control. These “male role models” teach Jamie that power is about domination, not empathy, which distorts the way he relates to the world and to himself.
- **Subculture theory** (Albert K. Cohen): Subculture theory posits that adolescents who deviate from dominant social values tend to form subcultures that embody their unique norms and values. Cohen suggested that this emergence occurs in response to the challenges posed by a dominant culture that often marginalizes certain groups, particularly young people who struggle with social expectations and pressures. The formation of these subcultures allows individuals to find solidarity and identity in a community that validates their experiences and provides an alternative moral framework (Hartung & Cohen, 1955). This conceptualization has been instrumental in understanding social divisions and the complexities of youth identity formation in contexts where conformity to dominant norms may be impossible or undesirable. The context of the movie: adolescents who do not conform to dominant values can form subcultures with their own, sometimes deviant, norms. Jamie finds belonging in an online community that validates his frustrations and resentments.
- **Social learning theory** (Albert Bandura): Social learning theory postulates how behaviours are learned by observing and imitating others. This theory, which has evolved since its inception in the 1970s, suggests that individuals can acquire new behaviours without the need for direct reinforcement; instead, they learn by observing others and imitating their actions. Bandura's work emphasizes the importance of cognitive processes in the learning experience, framing it as a dynamic interplay between personal factors, environmental influences, and the behaviour itself (Raza, 2023). This model is referred to as reciprocal determinism, emphasizing that these components continually influence each other, leading to a more comprehensive understanding of behaviour acquisition (Mytton et al., 2013). Film context: behaviours are learned through observation and imitation. Jamie is constantly exposed to negative role models online, which influences his behavioural development.
- **Social control theory** (Travis Hirschi): Social control theory emphasizes the importance of social ties in regulating individual behaviour and maintaining conformity to social norms. According to Hirschi, weak ties to family, school and other social institutions diminish individuals' willingness to conform to social expectations, leading to an increased propensity towards deviance and delinquency. At the core of this theory is the assertion that individuals are more likely to engage in socially normative behaviours when they have strong attachments to conventional institutions that provide a framework for expected behaviours and accountability (Breckin, 2018). Film context: weak ties to family, school, and other social institutions may reduce conformity to social norms. Jamie's strained relationships with his parents and social isolation contribute to his deviant behaviour.

Qualitative analysis

In this section, suggestive scenes and lines are identified to objectively confirm the presence of the series of dominant themes of the movie. For these themes external references are also sought to validate the interpretation as part of the film's context.

• **Toxic masculinity**

Suggestive scenes:

- In the third episode, Jamie is interviewed by psychologist Briony Ariston. Throughout the discussion, Jamie oscillates between friendly behaviour and angry outbursts, including attempts to dominate the conversation and control the situation. These manifestations reflect the influence of misogynistic ideologies and concepts of toxic masculinity on his behaviour.

- Interview with the psychologist: Jamie says that “boys don't have to cry” and that “girls just want attention”, lines that indicate the internalization of patriarchal norms.

- The confrontation with his father, in which Jamie accuses, “You never talked to me, you just told me what not to do”, indicating a lack of an empathetic male role model.

- The show highlights how Jamie has been influenced by online content, including figures such as Andrew Tate and “manosphere” communities. These influences led him to adopt a distorted view of gender relations and develop aggressive behaviours.

Sociological significance: a reflection of the hegemonic ideology of masculinity (Raewyn Connell), which promotes control of emotions, dominance and superiority over women.

The organization *Oasis Da Service* looks at how “Adolescence” exposes the dangerous link between toxic masculinity online and violence against women. The series shows how young men can be influenced by misogynistic content online, which can lead to violent behaviour in real life (Oasis Da Service, 2025).

• **Online radicalization and incel culture**

Suggestive scenes:

- Detectives discover that Jamie watches motivational YouTube videos of misogynistic influencers (e.g. Andrew Tate).

- In the first episode, after Jamie's arrest, detectives discover sexually aggressive comments he has left on Instagram photos of models. This scene highlights the influence of social media on young people's perceptions of gender relations and sexuality. The detective asks, “How do you feel about women, Jamie?”, highlighting the confusion and negative influence of the online environment on young people.

- Jamie's comments on Katie's Instagram account: “Another girl who thinks she's special just because she's a girl.”

Sociological significance: illustrates the mechanisms by which the internet can provide communities of belonging based on hatred and frustration, an example of a “deviant subculture” (Albert K. Cohen).

A *University of Melbourne* study highlights how “Adolescence” tackles online radicalization and incel culture. The show highlights how teenagers, particularly boys, can be drawn into online communities that validate their insecurities and resentments, offering a simplistic explanation for their social and emotional problems (Young, 2025).

“Incel” culture (short for “involuntary celibate”) is an online subculture made up mainly of heterosexual men who self-define themselves as incapable of forming romantic or sexual relationships, even though they want them. Although it started as a support forum at first, over time it has evolved into a community known for extreme misogyny, social resentment and sometimes glorification of violence (O'Hanlon et al., 2023). The defining characteristics of “incel” culture are a sense of sexual and social exclusion and the fact that its members believe that society (particularly women) denies them affection and sex, which leads to deep frustration. They see themselves as “victims” of a superficial system in which only “attractive” men (called “Chads”) have access to relationships. Extreme misogyny manifests itself in that women are often reduced to degrading stereotypes. They are perceived as the cause of the suffering

of the “incel”, and therefore treated with hatred, contempt and objectified. There are even conspiracy theories about sexuality: “incel” adherents use terms such as “looksmaxxing”, “blackpill” (the belief that reality is fatalistic and cannot be changed) and believe that romantic success is determined solely by genetics and physical appearance (O'Hanlon et al., 2023). Glorification of violence is present in some “incel” forums that have promoted or sympathized with violent attacks committed by members of the community (e.g., Elliot Rodger, the perpetrator of a 2014 massacre, has become a “martyr” to some “incels”) (Kupper et al., 2024). Social isolation and psychological distress seem common elements: behind the anger, many of these individuals suffer from depression, anxiety, low self-esteem and unresolved trauma. Instead of genuine support, they find validation in a community that amplifies hatred and self-pity.

- **Cyberbullying and online harassment**

Suggestive scenes:

- In the second episode, it's revealed how Jamie's classmate Katie started a cyberbullying campaign against him, labelling him as “incel” in Instagram comments. This online labelling and harassment contribute to Jamie's isolation and frustration, highlighting how stigmatization can deeply affect the teenage psyche.

- Katie and her friends post screenshots of conversations with Jamie, accompanied by humiliating messages.

- The message: “Jamie is a dangerous incel. Girls beware!” is circulating through student groups.

Sociological significance: reflects theories of stigma (Erving Goffman) and the impact of labelling on deviant behaviour. Also reveals power dynamics in digital socialization.

- **Mental health and lack of emotional support**

Suggestive scenes:

- Jamie is caught alone in the room, obsessively repeating speeches about “male power”, a sign of emotional instability.

- The psychologist notes in her chart, “Dissociative displays, repressed anger, vulnerability avoidance.”

Sociological significance: it mirrors social control theory (Hirschi): adolescents with weak family and school ties are more prone to deviance.

Global Child Forum points out that “Adolescence” explores how teenagers form their identities under constant digital surveillance. The series highlights the pressure to create idealized versions of the self-online, which can affect young people's mental health, self-esteem and interpersonal relationships. “Digital spaces affect every aspect of a young person's life. We cannot build them responsibly without asking young people what they need.” “As an [communications] industry, we have the ability to create a positive impact for millions of people. This is both an exciting opportunity and a shared responsibility.” Are two of the messages of this forum (Lodding, 2025).

- **Social isolation and adolescent identity crisis**

Suggestive scenes:

- Flashback: Jamie alone in the schoolyard, watching as classmates laugh and exclude him.

- Monolog: “Nobody sees me. But online, there they listen to me. That's where I'm who I'm supposed to be.”

Sociological significance: it perfectly captures anomie (Durkheim) and the need to belong, even in a destructive community. The Internet becomes a place of refuge and validation for marginalized identities.

- **The failure of intergenerational communication**

Suggestive scenes:

- Parents discuss post-arrest: “I thought it was just a phase”, indicating an emotional breakdown and lack of involvement in the child's digital life.
- Mom: “I never knew what he was doing on the internet. I was afraid to ask.”
- The ending and reflection on parental responsibility: In the final episode, Jamie's parents reflect on their own mistakes and how they neglected the warning signs of their son's radicalization. This introspection highlights the importance of parental involvement and open communication in preventing negative influences on teenagers.

Sociological significance: illustrates the digital divide between generations and parents' lack of cultural capital to understand the online world of teenagers.

A professor at the *University of Gloucestershire* points out that “Adolescence” reveals the impact of social networking on children and young people, highlighting a dark world that many parents are unaware of. The series highlights the need for parents to be more aware of their children's online activities and to get actively involved in their children's digital education (Shafi, 2025).

Production context of the series

The British series “Adolescence” (2025), created by Jack Thorne and Stephen Graham and directed by Philip Barantini, is a profound exploration of youth violence, online radicalization and the crisis of contemporary masculinity in Britain. Through an intense narrative and innovative cinematography, the series brings to the forefront a society undergoing profound social and cultural transformation.

Social context: toxic masculinity and online radicalization

“Adolescence” tackles themes such as misogyny, “incel” culture (involuntary celibate men) and the negative influence of social networks on young people. The main character, Jamie Miller, a 13-year-old boy, is arrested for the murder of a schoolmate, and the investigation reveals his exposure to misogynistic ideologies and influences such as Andrew Tate. The series highlights how young boys can be drawn into toxic online communities that promote hatred of women and violent behaviour (Hogan, 2025). This theme reflects a real concern in British society, where cases of violence committed by young men have been associated with online radicalization. The series not only raises these issues, but has also generated national debate and has been proposed for viewing in schools and in the UK Parliament to educate and prevent such behaviour (Bernabe, 2025).

Production context: cinematic innovation and artistic collaboration

“Adolescence” is remarkable for its use of the “one-shot” technique, with each of the four episodes filmed in one continuous, uncut sequence. This approach, implemented by director Philip Barantini and cinematographer Matthew Lewis, lends a particular intensity and authenticity to the narrative. Each episode required weeks of rehearsals and multiple attempts to achieve the desired result. The production was produced by Warp Films, Matriarch Productions and Brad Pitt's company Plan B Entertainment, highlighting an international collaboration and commitment to artistic quality. Actor Stephen Graham, who also plays Jamie's father, was actively involved in the development of the project, wanting to bring attention to the issues facing young people in today's society (Langabeer, 2025).

Local context: reflecting the realities of the North of England

Filming took place in Yorkshire, in towns such as South Kirkby, South Elmsall and Sheffield, areas affected by industrial decline and socio-economic problems. This choice lends authenticity to the story, setting the action in an environment that reflects the difficulties facing communities in the North of England. The school used for filming was Minsthorpe Community College, and the police station scenes were shot on a purpose-built set at Production Park in South Kirkby (Jacob, 2025). By setting the action in these locations, the series highlights the impact that local factors such as poverty and lack of opportunities can have on young people's development and the risk of radicalization.

Cultural and political impact: from screen to Public Policy

“Adolescence” had a significant impact in the UK, becoming the first show on a streaming platform to top the ratings. The show has been praised for its bold approach and for the way it raised sensitive issues around youth, violence and the influence of the online environment. The British Prime Minister,

Keir Starmer, supported the initiative to broadcast the series in schools, believing that it can help educate young people and prevent violent behaviour (Hogan, 2025). The series has also been discussed in Parliament, highlighting the role that art and media can play in shaping public policy and raising awareness. “Adolescence” is not only a successful series, but also a catalyst for essential discussions about contemporary British society. Through its complex and insightful approach, the series offers a valuable insight into the challenges facing young people and the collective responsibility to create a safer and more empathetic environment for future generations (James et al. , 2025).

Social impact of the series

The social impact of the mini-series “Adolescence” is significant and can be analysed on several levels in a critical and constructive way. The series functions as a cultural intervention on acute issues in contemporary society, especially in relation to teenagers, gender, digital literacy and social responsibility.

Raising awareness may be the central effect by exposing the general public to an invisible or ignored reality, such as the online radicalization of boys, the “incel” culture and the psychological effects of digital isolation. The impact is likely to shape towards triggering conversations in schools, families and institutions about the harmful influences of the internet. The message encourages parents and educators to rethink their roles in children's emotional and digital education.

There is a challenge to traditional gender norms by designing a cultural product that criticizes hegemonic masculinity and the lack of space for vulnerability among boys. Opening up the public space for discussions about reframing masculinity, some more empathetic and emotionally healthy, may be a desirable outcome. However, it may provoke resistance among those who feel targeted by criticism of 'masculine norms'.

Increased pressure on digital platforms may lead to more ethical and socially-influenced business practices. The series suggests that algorithms and lack of regulation of social networks contribute to the radicalization and normalization of symbolic violence. We can hope that pressure can be increased on tech platforms to regulate misogynist and extremist content. The film's message supports digital education and media literacy initiatives for young people.

Its use in education and prevention can make a significant impact; the movie provides a powerful narrative example that can be used in schools, universities or public campaigns to prevent youth violence and understand online risks. It can become valuable educational material for courses in sociology, psychology, civics or media education; it creates a starting point for discussions in school counselling and family therapy.

Changing the perspective on deviant teenagers can reduce stigmatization, a desirable process in many aspects of contemporary life. The series does not demonize Jamie, but humanizes him, showing that deviance is often a symptom, not a cause. In this way, it encourages a systemic, empathetic and non-punitive approach to juvenile deviant behaviour. Finally, it can hopefully influence public policy towards prevention, not just punishment.

The show should be interpreted as a collective warning about what happens when boys grow up in an emotional vacuum, when emotional education is left to algorithms and when public discourse fails to recognize the fragility of contemporary masculinity.

Conclusions

“Adolescence” (2025) serves as a case study on how external factors, such as online influences and lack of emotional support, can contribute to the development of deviant behaviour among adolescents. The series highlights the need for an integrated approach, including education, family support and regulation of online content, to prevent such tragedies.

The miniseries “Adolescence” offers a complex social x-ray of how teenagers can be shaped by toxic ideologies, lack of support and digital bullying. Its scenes are a valuable resource for analysing deviance, digital socialization and the crisis of contemporary masculinity. The social impact is significant and can be analysed on multiple levels in a critical and constructive way. The series functions as a cultural intervention on acute themes in contemporary society, especially in relation to adolescents, gender, digital literacy and social responsibility.

The sociological analysis of the mini-series “Adolescence” reveals a complex and insightful portrait of juvenile deviance in the digital age, articulating an interdisciplinary framework in which sociology, psychology, cultural studies and media theories come together to decipher the dynamics of adolescent behaviour in the contemporary British context. The series not only reflects pressing social themes, such as toxic masculinity, online radicalization or emotional isolation, but also problematizes them in a critical way, offering a narrative that functions both as a warning and as a call for collective responsibility.

Through the prism of applied sociological theories, the behavioural deviance of the protagonist Jamie Miller is interpreted not as the exclusive result of an individual pathology, but as the product of a cumulative of interconnected factors. Social labelling theory (Goffman) offers a pertinent explanation of how society, through its institutions, public discourse and collective reactions, contributes to the consolidation of the deviant identity of the adolescent, stigma being not only a consequence but a catalyst of deviance. At the same time, the ideology of the hegemony of masculinity (Connell) exposes the systemic pressures on boys to perform a rigid and often destructive masculinity in the absence of alternative models of emotional expression and authentic relating.

The series also offers a faithful representation of how “incel” culture, as a deviant subculture (Cohen), can become a place of refuge for teenagers alienated and rejected by traditional environments, family, school, community. The Internet thus becomes not only a channel for socializing, but also a site for identity formation, in a climate in which toxic influences can be perceived as life-saving solutions. In this context, social learning theory (Bandura) contributes to understanding the mechanisms by which young people pick up behaviours through observation and imitation, and social control theory (Hirschi) highlights the crucial role of social ties in preventing deviance.

In addition to conceptual analysis, “Adolescence” is a cultural product that manages to trigger meaningful social conversations, functioning as an educational and political text. Its impact in the British public sphere, reflected in parliamentary debates, educational initiatives and media attention, underlines the capacity of visual art to influence discourses, attitudes and even policies. The series does not offer definitive solutions, but proposes a framework for reflection in where empathy, systemic understanding and digital literacy become priorities for a society that takes responsibility for the trajectories of its young people.

In conclusion, “Adolescence” is not just a cinematic fiction, but a sociological tool for analysis and social transformation. Through its narrative realism, thematic depth and social relevance, the series becomes a catalyst for rethinking the relationship between adolescents and society, masculinity and vulnerability, technology and identity formation. In a world where the boundaries between the real and the virtual are blurring, “Adolescence” forces us to re-evaluate what it means to grow up, to make mistakes and to be seen, with all that this recognition entails, in the digital age.

Bibliography

- Bains, R. M. (2014). African American Adolescents and Mental Health Care: A Metasynthesis. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(2), 83–92. <https://doi.org/10.1111/jcap.12074>
- Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2016). A Decade of Change: <i>Roper v. Simmons, Defending Childhood</i>, and Juvenile Justice Policy. *Criminal Justice Policy Review*, 30(1), 102–127. <https://doi.org/10.1177/0887403416648734>
- Bernabe, A. J. (2025). Netflix’s “Adolescence” to be made available to UK secondary schools: Here’s why parents are talking - ABC News. Retrieved May 31, 2025, from https://abcnews.go.com/GMA/Culture/adolescence-netflix-limited-series/story?id=119968581&utm_source=chatgpt.com
- Breckin, E. (2018). How Can Conditional Cash Transfers Diminish Crime? An Application of Travis Hirschi’s Social Control Theory. *06(02)*. <https://doi.org/10.35248/2375-4435.18.6.192>
- Case, A. D., & Hunter, C. D. (2014). Counterspaces and the Narrative Identity Work of Offender-labeled African American Youth. *Journal of Community Psychology*, 42(8), 907–923. <https://doi.org/10.1002/jcop.21661>
- Dishion, T. J., Owen, L. D., & Bullock, B. M. (2004). Like Father, Like Son: Toward a Developmental Model for the Transmission of Male Deviance Across Generations. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(2), 105–126. <https://doi.org/10.1080/17405620444000094>
- Girvin, J., Jackson, D., & Hutchinson, M. (2016). Contemporary Public Perceptions of Nursing: A Systematic Review and Narrative Synthesis of the International Research Evidence. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 994–1006. <https://doi.org/10.1111/jonm.12413>
- Hartanto, D., Fauziah, M., Sewoko, E., & Karsih, K. (2022). Systematic Review: A Literature Review on

- Systematic Integrative Intervention Model for Klith Issue in Yogyakarta. *Psikopedagogia Jurnal Bimbingan Dan Konseling*, 10(2), 94. <https://doi.org/10.12928/psikopedagogia.v10i2.22844>
- Hartung, F. E., & Cohen, A. K. (1955). Delinquent Boys: The Culture of the Gang. *American Sociological Review*, 20(6). <https://doi.org/10.2307/2088683>
- Heckert, A., & Heckert, D. M. (2004). Using an Integrated Typology of Deviance to Analyze Ten Common Norms of the U.S. Middle Class. *Sociological Quarterly*, 45(2), 209–228. <https://doi.org/10.1525/tsq.2004.45.2.209>
- Hogan, M. (2025). From the police to the prime minister: how Adolescence is making Britain face up to toxic masculinity | Adolescence | The Guardian. Retrieved May 31, 2025, from https://www.theguardian.com/tv-and-radio/2025/mar/22/netflix-from-the-police-to-the-prime-minister-how-adolescence-is-making-britain-face-up-to-toxic-masculinity?utm_source=chatgpt.com
- Jacob, L. (2025). Adolescence: I was stunned by Netflix hit show filmed in Yorkshire - it backed up my decision to quit social media. Retrieved May 31, 2025, from https://www.yorkshirepost.co.uk/arts-and-culture/film-and-tv/adolescence-i-was-stunned-by-netflix-hit-show-filmed-in-yorkshire-it-backed-up-my-decision-to-quit-social-media-5049794?utm_source=chatgpt.com
- James, W., Demony, C., & Mills, S. (2025). “Adolescence” TV drama exposes global issue of teenage violence | Reuters. Retrieved May 31, 2025, from https://www.reuters.com/business/media-telecom/adolescence-tv-drama-exposes-global-issue-teenage-violence-2025-04-07/?utm_source=chatgpt.com
- Korde, P., & Raghavan, V. (2023). Understanding Deviance From the Perspectives of Youth Labelled as Children in Conflict With Law in Mumbai, India. *The Howard Journal of Crime and Justice*, 62(2), 242–263. <https://doi.org/10.1111/hojo.12511>
- Kupper, J., Cotti, P., & Meloy, J. R. (2024). The Hanau Terror Attack: Unraveling the Dynamics of Mental Disorder and Extremist Beliefs. *Journal of Threat Assessment and Management*, 11(3), 149–185. <https://doi.org/10.1037/tam0000201>
- Langabeer, J. (2025). TV review: ‘Adolescence’...and how the system fails young people – Left-Horizons. Retrieved May 31, 2025, from https://www.left-horizons.com/2025/03/19/tv-review-adolescence-and-how-the-system-fails-young-people/?utm_source=chatgpt.com
- Ligorio, M. B., & Ritella, G. (2010). The Collaborative Construction of Chronotopes During Computer-Supported Collaborative Professional Tasks. *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 5(4), 433–452. <https://doi.org/10.1007/s11412-010-9094-4>
- Lodding, L. R. (2025). Global Child Forum Launches ‘Listen Up!’ – Putting Young Voices at the Centre of Digital Wellbeing. Retrieved May 31, 2025, from <https://globalchildforum.org/press-release-global-child-forum-launches-listen-up-putting-young-voices-at-the-centre-of-digital-wellbeing/>
- Miliauskas, C. R., Faus, D. P., Cruz, V. L. da, Vallaperde, J. G. R. do N., Junger, W. L., & Lopes, C. S. (2022). Community Violence and Internalizing Mental Health Symptoms in Adolescents: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03873-8>
- Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The Stigma of Childhood Mental Disorders: A Conceptual Framework. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 92–103. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00003>
- Murji, K. (2020). Stuart Hall as a Criminological Theorist-Activist. *Theoretical Criminology*, 24(3), 447–460. <https://doi.org/10.1177/1362480619889106>
- Mytton, J., Ingram, J., Manns, S., & Thomas, J. (2013). Facilitators and Barriers to Engagement in Parenting Programs. *Health Education & Behavior*, 41(2), 127–137. <https://doi.org/10.1177/1090198113485755>
- Nkomo, S. M. (2011). A Postcolonial <i>and</i> Anti-Colonial Reading of ‘African’ Leadership and Management in Organization Studies: Tensions, Contradictions and Possibilities. *Organization*, 18(3), 365–386. <https://doi.org/10.1177/1350508411398731>
- O’Hanlon, R., Altice, F. L., Lee, R. K.-W., LaViolette, J., Mark, G., Papakyriakopoulos, O., ... Kumar, N. (2023). Misogynistic Extremism: A Scoping Review. *Trauma Violence & Abuse*, 25(2), 1219–1234. <https://doi.org/10.1177/15248380231176062>
- Oasis Da Service. (2025). “Adolescence” & Toxic Masculinity: The Dark Reality Behind Netflix’s Drama. Retrieved June 1, 2025, from <https://www.oasisdaservice.org/the-link-between-online-toxic-maculinity-and-domestic-abuse/>
- Petersen, I. T., Bates, J. E., Dodge, K. A., Lansford, J. E., & Pettit, G. S. (2014). Describing and Predicting Developmental Profiles of Externalizing Problems From Childhood to Adulthood. *Development and Psychopathology*, 27(3), 791–818. <https://doi.org/10.1017/s0954579414000789>
- Raza, M. (2023). The Multilevel Engagement Theory. *International Journal of Qualitative Research*, 2(3), 223–237. <https://doi.org/10.47540/ijqr.v2i3.772>
- Rober, P., Walravens, G., & Versteijnen, L. (2011). “In Search of a Tale They Can Live With”: About Loss, Family Secrets, and Selective Disclosure. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3), 529–541. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00237.x>
- Shafi, A. A. (2025). UoG professor hails impact of Netflix series Adolescence in raising important questions for society - University of Gloucestershire. Retrieved June 1, 2025, from <https://www.glos.ac.uk/content/uog-professor-hails-impact-of-netflix-series-adolescence-in-raising-important-questions-for-society/>

- Silva, J. R. (2019). Mass Shooting Films: Myths, Academic Knowledge, and Popular Criminology. *Victims & Offenders, 14*(2), 239–264. <https://doi.org/10.1080/15564886.2019.1580232>
- Smith, B. (2013). Disability, Sport and Men’s Narratives of Health: A Qualitative Study. *Health Psychology, 32*(1), 110–119. <https://doi.org/10.1037/a0029187>
- Valdez, C. R., Carlson, C., & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20*(4), 403–433. <https://doi.org/10.1521/scpq.2005.20.4.403>
- Young, C. (2025). What Adolescence gets right (and wrong) about the manosphere | Pursuit by the University of Melbourne. Retrieved May 31, 2025, from <https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/what-adolescence-gets-right-and-wrong-about-the-manosphere>




ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics & Sociology PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში

Access to Post-Stroke Rehabilitation in Georgia

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.05>

ქეთი მამნიაშვილი ^{1a}, თენგიზ ვერულავა ^{1b}

Keti Mamniashvili ¹², Tengiz Verulava ^{1b}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^ak_mamniashvili@cu.edu.ge



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org>)



აბსტრაქტი

შესავალი: ინსულტი საქართველოში წარმოადგენს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს საჯარო ჯანდაცვის გამოწვევას, რომელიც ხასიათდება მაღალი ავადობით, შეზღუდული შესაძლებლობით და სიკვდილიანობით. ინსულტის გავრცელება საქართველოში მზარდი ტენდენციით მიმდინარეობს. ინსულტის შემდგომი გართულებები, როგორცაა მოძრაობის, მეტყველების, ყლაპვის, კოგნიტური და ფსიქოსოციალური ფუნქციების დარღვევა, საჭიროებს დროულ და სრულფასოვან რეაბილიტაციას, რაც მნიშვნელოვან ფინანსურ და ადამიანურ რესურსს მოითხოვს. როგორც განვითარებად ქვეყანაში, საქართველოსთვის ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სახელმწიფო დაფინანსება წარმოადგენს არსებით წინგადადგმულ ნაბიჯს. აღნიშნული პროგრამა 2022 წლიდან ამოქმედდა, თუმცა მისი მასშტაბი, მოცვა და ეფექტიანობა საჭიროებს შეფასებას. ნაშრომის მიზანია შეისწავლოს რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა ინსულტგადატანილი პაციენტებისთვის, გამოკვეთოს არსებული ბარიერები და შეაფასოს პროგრამის შედეგიანობა როგორც პაციენტების, ისე ჯანდაცვის პროფესიონალების პერსპექტივიდან. **მეთოდი:** კვლევისათვის გამოყენებული იქნა შერეული მეთოდოლოგია: ჩატარებული იქნა რაოდენობრივი გამოკითხვა პაციენტებთან და სიღრმისეული ინტერვიუ ექიმ ნევროლოგებთან, რომლებიც რეაბილიტაციის პროცესში უშუალოდ არიან ჩართული. **შედეგები:** მონაცემთა ანალიზმა აჩვენა, რომ რეაბილიტაციის დაფინანსება პაციენტთა მდგომარეობის გაუმჯობესების გადამწყვეტ ფაქტორს წარმოადგენს. რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა კლინიკური და ფუნქციური გაუმჯობესება რეაბილიტაციის კურსის გავლის შემდეგ. თუმცა, კვლევამ ასევე გამოავლინა რამდენიმე მნიშვნელოვანი პრობლემა: პაციენტების 91% თბილისში მცხოვრებია, მაშინ როცა ინსულტის შემთხვევათა დაახლოებით 75% რეგიონებში ფიქსირდება. ეს მიუთითებს მომსახურების გეოგრაფიული უთანასწორობის არსებობაზე. ოფიციალური მონაცემებით, 2022–2025 წლებში ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის დაფინანსებით ისარგებლა მხოლოდ 956 პაციენტმა, მაშინ როდესაც ყოველწლიური საჭიროება ათეულათასობით შემთხვევით იზომება. **დასკვნა:** სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტაციის სერვისების დაფინანსების დაწყება პოზიტიური და აუცილებელი ნაბიჯია, თუმცა პროგრამა ვერ აკმაყოფილებს იმ მასშტაბურ საჭიროებას, რაც არსებობს ქვეყანაში, განსაკუთრებით რეგიონებში. ხელმისაწვდომობის დაბალი დონე, ინფრასტრუქტურის დეფიციტი, სპეციალისტების სიმწირე და ინფორმაციული ბარიერები მნიშვნელოვან სისტემურ გამოწვევად რჩება. ამ მიზეზით, საჭიროა სერვისების გაფართოება, დაფინანსების მოდელის გადახედვა და ინფორმაციის გავრცელების სისტემური გაუმჯობესება, რათა ინსულტის გადატანილი პაციენტებისთვის რეაბილიტაცია გახდეს დროული, ხელმისაწვდომი და სრულყოფილი.

საკვანძო სიტყვები: ინსულტის რეაბილიტაცია, ინსულტი, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რეაბილიტაცია, ცხოვრების ხარისხი.

რეკომენდირებული ციტირება: მამნიაშვილი, ქ., ვერულავა თ. (2025). ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.05>.

Abstract

Introduction: Stroke represents one of the most significant public health challenges in Georgia, characterized by high morbidity, disability, and mortality. The incidence of stroke in Georgia is on the rise. Post-stroke complications—such as impairments in mobility, speech, swallowing, cognition, and psychosocial functioning—require timely and comprehensive rehabilitation, which demands substantial financial and human resources. As a developing country, the introduction of state-funded post-stroke rehabilitation in Georgia constitutes a critical step forward. This program was launched in 2022; however, its scope, coverage, and effectiveness still require thorough evaluation. The aim of this study is to assess the accessibility

of rehabilitation services for stroke survivors, identify existing barriers, and evaluate the outcomes of the program from the perspectives of both patients and healthcare professionals. **Methods:** A mixed-methods approach was employed for this study, including quantitative surveys with patients and in-depth interviews with neurologists who are directly involved in the rehabilitation process. **Results:** Data analysis revealed that funding for rehabilitation is a decisive factor in improving patients' conditions. The majority of respondents reported clinical and functional improvement following the rehabilitation course. However, the study also identified several critical issues: 91% of the surveyed patients reside in Tbilisi, while approximately 75% of stroke cases occur in the regions. This points to a significant geographical disparity in service availability. According to official data, only 956 patients benefited from state-funded post-stroke rehabilitation between 2022 and 2025, whereas the annual need is estimated to be in the tens of thousands. **Conclusion:** The initiation of state funding for rehabilitation services marks a positive and necessary development. Nonetheless, the current program does not meet the large-scale needs existing across the country, particularly in rural areas. Limited accessibility, lack of infrastructure, shortage of specialists, and informational barriers remain key systemic challenges. Therefore, expanding services, revising the funding model, and improving public awareness are essential steps toward making rehabilitation timely, accessible, and comprehensive for all stroke survivors in Georgia.

Keywords: Stroke rehabilitation, stroke, universal healthcare program, rehabilitation, quality of life.

Recommended Citation: Mamniashvili, K., & Verulava, T. (2025). Access to Post-Stroke Rehabilitation in Georgia. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.05>.

შესავალი

ინსულტი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე სერიოზულ პათოლოგიას, რომელიც გამოწვეულია თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევით და იწვევს ტვინის ქსოვილის დაზიანებას. დროული და ეფექტიანი სამედიცინო ჩარევა გადამწყვეტ როლს თამაშობს ტვინის დაზიანების შემცირებასა და გართულებების თავიდან აცილებაში. ინსულტი რჩება სიკვდილიანობისა და შშმ მდგომარეობის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზად, რაც ზრდის არა მხოლოდ ინდივიდუალური, არამედ სისტემური ჯანდაცვითი პასუხისმგებლობის დონეს.

ინსულტის შედეგები ხშირად მოიცავს ხანგრძლივ და შეუქცევად ფუნქციურ დაზიანებებს, რის გამოც პაციენტებისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია შემდგომი რეაბილიტაციის სერვისებზე დროული და უწყვეტი ხელმისაწვდომობა. რეაბილიტაცია წარმოადგენს კომპლექსურ პროცესს, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა სამედიცინო, ფიზიოთერაპიულ და სოციალური მხარდაჭერის კომპონენტს, რაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ფუნქციური უნარების აღდგენასა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციას.

თუმცა, რეაბილიტაციის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა საქართველოში კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება. პაციენტების დიდი ნაწილი ხვდება ფინანსური და ინფრასტრუქტურული ბარიერების წინაშე, როგორცაა სარეაბილიტაციო ცენტრების არათანაბარი განაწილება, მომსახურების მაღალი ღირებულება და არასაკმარისი სახელმწიფო დაფინანსება. მიუხედავად იმისა, რომ 2022 წლიდან სახელმწიფო უზრუნველყოფს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის თანადაფინანსებას – რომელიც პაციენტის მდგომარეობისა და სოციალური სტატუსის მიხედვით დიფერენცირდება 100%, 90%, 80% და 70%-იანი დაფინანსების პრინციპით – არსებული სერვისები ხშირ შემთხვევაში ვერ აკმაყოფილებს რეალური საჭიროებების სრულ სპექტრს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ დაფინანსების ლიმიტი ხშირად ვერ ითვალისწინებს რეაბილიტაციის სრული კურსისთვის საჭირო ხარჯებს. მაგალითად, ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის ღირებულება საშუალოდ შეადგენს 4177 ლარს, მაშინ როდესაც პროგრამის წლიური ბიუჯეტი

შეადგენს მხოლოდ 1,100,000 ლარს, რაც ზღუდავს პაციენტთა სრულფასოვან ჩართვას სარეაბილიტაციო პროცესში და ზრდის მათ ფინანსურ ტვირთს.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანია შეფასდეს, რამდენად უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისები ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სრულყოფილად ჩატარებას, პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას და მათთვის ფინანსური ტვირთის შემცირებას. კვლევა ეფუძნება არსებული პოლიტიკის, სერვისების მოცულობისა და დაფინანსების მექანიზმების ანალიზს, რაც აუცილებელია ეფექტიანი, ხელმისაწვდომი და თანასწორი რეაბილიტაციური მოდელის შემუშავებისთვის საქართველოში.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ინსულტის გლობალური სტატისტიკა

ინსულტი გლობალურად რჩება ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს გამოწვევად და წარმოადგენს ინვალიდობის წამყვან მიზეზს მსოფლიოში, ხოლო სიკვდილიანობის თვალსაზრისით მეორე ადგილზეა. ინსულტის სიცოცხლის მანძილზე განვითარების რისკი ბოლო 20 წლის განმავლობაში 50%-ით გაიზარდა და დღეისათვის ყოველი მეოთხე ადამიანი იმყოფება მაღალი რისკის ჯგუფში (Global Stroke Fact Sheet, 2022). 1990 წლიდან 2019 წლამდე ინსულტის გლობალური ტვირთი მნიშვნელოვნად გაიზარდა: შემთხვევების რაოდენობა 70%-ით, ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობა – 43%-ით (Feigin, 2022). მსოფლიოში ყოველწლიურად ინსულტით საშუალოდ 5.5 მილიონი ადამიანი იღუპება (Johnston SC et al., 2009).

ინსულტის გავრცელების მზარდი ტენდენცია მჭიდროდ არის დაკავშირებული მოსახლეობის დაბერებასთან. ინსულტის ძირითადი რისკფაქტორებია: მაღალი სისტოლური არტერიული წნევა (55.5%), მაღალი სხეულის მასის ინდექსი – BMI (24.3%), უზმოზე გლუკოზის მაღალი მაჩვენებელი (20.2%), ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება მყარი ნაწილაკებით (20.1%) და თამბაქოს მოხმარება (17%). გენდერული განსხვავებები ინსულტით გამოწვეულ სიკვდილიანობაში ნაკლებად გამოხატულია (WHO, 2017).

ცხრილი 1. ინსულტის გლობალური და საქართველოს მონაცემების შედარება

მაჩვენებელი	გლობალურად (ბოლო წლები)	საქართველო (ბოლო ხელმისაწვდომი წლები)	წყარო
ინსულტის ინციდენტობა	~12.2 მილიონი ახალი შემთხვევა (2022)	~8,000–9,000 ახალი შემთხვევა წელიწადში	WHO, NCDC
სიკვდილიანობა ინსულტით	~5.5 მილიონი ადამიანი წელიწადში	~4,500 გარდაცვლილი წელიწადში	WHO, Geostat
ინსულტის გავრცელებულობა (Prevalence)	~101 მილიონი გადარჩენილი პაციენტი მსოფლიო მასშტაბით	~50,000-მდე ინსულტგადატანილი პაციენტი (დაახლოებით შეფასებით)	GBD, NCDC
DALY-ების რაოდენობა	~143 მილიონი წელიწადში (2019)	~105,000-110,000 წელიწადში	GBD, NCDC
ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის წილი	გლობალური სიკვდილიანობის დაახლოებით 25%	საერთო სიკვდილიანობის მეორე მიზეზი (~18–20%)	WHO, Geostat
ხელმისაწვდომობა რეაბილიტაციაზე	მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში მაღალი; სხვაგან შეზღუდული	საქართველოში 2022 წლიდან დაიწყო თანადაფინანსება, თუმცა დაფინანსება არ არის საკმარისი სრულყოფილი მკურნალობისთვის	ჯანდაცვის სამინისტრო

ინსულტის გლობალური ტვირთი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ეკონომიკურ განვითარებასთან. ინსულტის გლობალური ტვირთის უდიდესი ნაწილი მოდის დაბალი და

საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე, სადაც აღირიცხება ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის 86% (Lanas & Seron, 2021).

ინსულტის გავრცელება საქართველოში

საქართველოში ინსულტის ტვირთი ჯანდაცვის სისტემისთვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევაა. 2014 წელს საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა (NCDC) ჯანმრთელობის მაჩვენებლებისა და შეფასების ინსტიტუტთან (IHME) პარტნიორობით ჩაერთო დაავადებათა გლობალური ტვირთის (GBD) კვლევაში. კვლევის მონაცემებით, ინსულტით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობის გამო დაკარგული წლები (YLD) იმ ათ ძირითად მიზეზს შორის მოხვდა, რომლებიც მოსახლეობაში ყველაზე მძიმე ზიანს იწვევს. ეს მიუთითებს, რომ ინსულტის პრევენცია და მართვა ქვეყანაში კვლავ არასაკმარისია და საჭიროებს როგორც კლინიკური პრაქტიკის, ისე ჯანმრთელობის პოლიტიკის გაუმჯობესებას.

მაღალი არტერიული წნევა ინსულტის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული რისკ-ფაქტორია. 2016 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 37.7%-ს აღენიშნება ჰიპერტენზია, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ინსულტის განვითარების რისკს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა არ ხდება მისი სათანადო დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ 2020 წელს გამოქვეყნებული სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, ქვეყანაში ყოველწლიურად ინსულტი ვითარდება დაახლოებით 10,000-დან 18,000-მდე პაციენტში, ხოლო 9,000-დან 15,000-მდე ადამიანი სხვადასხვა ხარისხით ფუნქციურ შეზღუდვას განიცდის. ინსულტით გარდაიცვალა 11 969 ადამიანი, რაც ქვეყნის წლიური გარდაცვალების შემთხვევათა 23.87%-ს შეადგენს. ასაკის მიხედვით სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე შეადგენს 159.62-ს, რითაც საქართველო მსოფლიოში მე-18 ადგილზეა.

საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემების თანახმად, 2018–2023 წლებში ინსულტით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით გაიზარდა, რაც მიუთითებს როგორც ამ დაავადების გავრცელების ზრდაზე, ისე დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების გაუმჯობესებაზე (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. ინსულტისა და ცერებროვასკულური დაავადებების გამო ჰოსპიტალიზაცია საქართველოში (2018–2023)

წელი	ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები	ქალები (%)	მამაკაცები (%)	გარდაცვალება (%)
2018	15 243	49.7	50.3	10.3
2019	16 928	50.2	49.8	10.4
2020	15 910	50.7	49.3	10.0
2021	14 956	48.9	51.1	9.8
2022	17 009	50.2	49.8	9.2
2023	12 578	47.8	52.2	12.0

წყარო: საქართველოს სსიპ – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2024

ცხრილიდან 2-დან ჩანს, რომ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები თანმიმდევრულად იზრდება, რაც შეიძლება ასახავდეს როგორც ინსულტის მაჩვენებლის მატებას, ასევე ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. კაცების წილი ოდნავ აღემატება ქალებისას, რაც შეიძლება აიხსნას კაცებში მანვე ჩვევების ზემოქმედებით და ინსულტის განვითარების მაღალი სიხშირით ხანდაზმულ ასაკში.

ამგვარად, საქართველოში ინსულტის ეპიდემიოლოგიური ტვირთი მაღალია. ქვეყნისთვის მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ მკურნალობის გაუმჯობესება, არამედ ინსულტის პრევენციის პოლიტიკის გაძლიერება – განსაკუთრებით მაღალი წნევის, არაჯანსაღი ცხოვრების

წესის და სხვა რისკ-ფაქტორების მართვის კუთხით. ასევე საჭიროა რეაბილიტაციის სერვისების განვითარება და რეგიონულ დონეზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ინსულტის შემდგომი მკურნალობის და რეაბილიტაციის დაფინანსება: გლობალური უთანასწორობის გამოწვევები

მიუხედავად იმისა, რომ მედიცინის პროგრესმა გაზარდა ინსულტის შემდგომი გადარჩენის მაჩვენებელი, გადარჩენილი პაციენტების დიდი ნაწილი აწყდება სხვადასხვა გართულებას, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს მათ ფუნქციურ დამოუკიდებლობას და ცხოვრების ხარისხს. ასეთ გართულებათა შორის აღსანიშნავია:

ფიზიკური შეზღუდვები (კიდურების სისუსტე, ჰემიპარეზი/ჰემიპლეგია, კოორდინაციის დარღვევა);

- მეტყველებისა და კომუნიკაციის დარღვევები;
- კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება (მეხსიერება, კონცენტრაცია);
- ფსიქოემოციური პრობლემები (დეპრესია, შფოთვა);
- ყლაპვის გაძნელება, სპასტიურობა, ქრონიკული ტკივილი;
- შარდვისა და ნაწლავების ფუნქციური მოშლა;
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გართულებები და სხვ.

ამ გართულებების დროული რეაბილიტაცია გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა როგორც პაციენტის ინდივიდუალური კეთილდღეობისთვის, ასევე ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობისთვის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისის 2022 წლის ანგარიშის თანახმად, რეაბილიტაცია ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი და შეუცვლელი კომპონენტია, თუმცა მის სარგებელზე ინფორმირებულობის დაბალი დონე და სერვისების შეზღუდული ხელმისაწვდომობა რეაბილიტაციის სისტემური ინტეგრაციის სერიოზულ ბარიერად რჩება.

მოსახლეობის სწრაფი დაბერება და ქრონიკული დაავადებების გავრცელების ზრდა რეაბილიტაციის საჭიროებას კიდევ უფრო ზრდის. როგორც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული დირექტორი ჰანს ჰენრი კლუგი აღნიშნავს: „რეაბილიტაცია ჯანდაცვის საბაზისო სერვისია, რომელიც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის, ვისაც იგი სჭირდება, და ჯანდაცვის ყველა დონეზე. თუ საჭირო ზომები არ გატარდება, ქვეყნები რისკავენ მოქალაქეთა შესაძლებლობებისა და ეკონომიკური პროდუქტიულობის შემცირებას“.

ჯანმოს მტკიცებით, რეაბილიტაცია არა მხოლოდ აუმჯობესებს ადამიანების ყოველდღიური ფუნქციონირების შესაძლებლობებსა და ცხოვრების ხარისხს, არამედ ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას, საავადმყოფოში ყოფნის ხანგრძლივობას, გართულებებისა და ხელახალი ჰოსპიტალიზაციის რისკებს. რეაბილიტაციის შედეგად მცირდება მუდმივი მზრუნველობის ხარჯები, რაც ადამიანებს აძლევს შესაძლებლობას აქტიურად ჩაერთონ საზოგადოებრივ და ეკონომიკურ ცხოვრებაში.

გლობალურად მნიშვნელოვნად განსხვავდება ინსულტის შემდგომი მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა. ინსულტის სპეციალიზებული სტაციონარული განყოფილებები და გადაუდებელი რეაგირების ცენტრები ძირითადად განვითარებულ და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებშია კონცენტრირებული. თუმცა, უკანასკნელ წლებში იზრდება ძალისხმევა იმ ქვეყნებში, რომლებიც დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ჯგუფში შედიან – მიზანი არის გადაუდებელი და სარეაბილიტაციო დახმარების სიხშირისა და ხარისხის გაუმჯობესება (Strong et al., 2007).

პრობლემას კიდევ უფრო ამძაფრებს რეაბილიტაციის სპეციალისტების დეფიციტი. მაგალითად, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში საშუალოდ 10 გამოცდილი რეაბილიტაციის სპეციალისტი მოდის ყოველ მილიონ მოსახლეზე, მაშინ როდესაც მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ეს მაჩვენებლები გაცილებით მაღალია: 400 ოკუპაციური თერაპევტი, 900 ფიზიოთერაპევტი, 400 ლოგოპედი და 20 ფიზიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციის ექიმი მილიონ მოსახლეზე (WHO, 2017).

მსოფლიო ინსულტის ორგანიზაციის კვლევის მიხედვით, ინსულტის სპეციალიზებული რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა შეინიშნებოდა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მხოლოდ 18%-ში, მაშინ როცა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების 91%-ში ისინი სრულად ფუნქციონირებდა (Owolabi et al., 2021). ეს მკვეთრი დისბალანსი კიდევ ერთხელ აჩვენებს სარეაბილიტაციო სერვისების მიუწვდომლობას იმ რეგიონებში, სადაც ინსულტის შემთხვევები და ფატალური შედეგები ყველაზე მაღალია.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთმა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყანამ (მაგ., სამხრეთ აფრიკამ, ფილიპინებმა) შეიმუშავა რეაბილიტაციის გაიდლაინები მათი ეფექტური იმპლემენტაცია ხშირად ვერ ხერხდება – პირველ რიგში რესურსების სიმწირისა და ინფრასტრუქტურის არარსებობის გამო, განსაკუთრებით სოფლად. ადგილობრივ კონტექსტზე მორგებული მიდგომები და ადაპტირებული გაიდლაინები არის კრიტიკულად საჭირო.

2021 წელს სამხრეთ აფრიკაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სარეაბილიტაციო სერვისების ეფექტიანობას აფერხებდა დამხმარე მოწყობილობების (შშმ პირის ეტლები, ხელჯოხები, ტერფის ფიქსატორები და სხვა) არარსებობა, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავდა პაციენტების გამოჯანმრთელების პოტენციალს (Magaqa & Ariana, 2021).

გარდა ამისა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ინსულტის შედეგად განვითარებული საშუალო და მძიმე ფუნქციური შეზღუდული შესაძლებლობის მაჩვენებელი 77%-ს აღწევს, რაც თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში (38%) (Langhorne & O'Donnell, 2018). ახალგაზრდებში ინსულტის ტვირთის ზრდა განსაკუთრებულად საგანგაშოა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვის, რადგან იგი პირდაპირ აისახება შრომისუნარიან მოსახლეობასა და ეკონომიკურ პროდუქტიულობაზე.

ეკონომიკური ზარალი განსაკუთრებით თვალსაჩინოა: ინდოეთმა 2005 წელს მხოლოდ ინსულტის, კორონარული დაავადებისა და დიაბეტის გამო დაკარგა დაახლოებით 8.7 მილიარდი აშშ დოლარი, რაც ქვეყნის მშპ-ის დაახლოებით 1%-ს უტოლდებოდა. განვითარებულ ქვეყნებში ხარჯები კიდევ უფრო მაღალია — აშშ-ში ინსულტის სიცოცხლის განმავლობაში ღირებულება პაციენტზე იყო საშუალოდ 59,900\$, შვედეთში — 52,725\$ და ესპანეთში — 41,950\$ (Luengo-Fernandez et al., 2019).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია დაბალ და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებს სთავაზობს რამდენიმე რეკომენდაციას:

- რეაბილიტაცია გახდეს ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტი და მიჩნეულ იქნას საბაზისო სერვისად, მათ შორის – საგანგებო მდგომარეობის დროსაც;
- რეაბილიტაციის სერვისები ინტეგრირდეს ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე – პირველადი ჯანდაცვიდან სპეციალიზებულ დაწესებულებამდე;
- ხელი შეეწყოს მულტიდისციპლინური სარეაბილიტაციო სამუშაო ძალის შექმნას და პროფესიული განათლების განვითარებას.

ცხრილი 3: ინსულტის რეაბილიტაციის დაფინანსება და რესურსები სხვადასხვა შემოსავლის მქონე ქვეყნებში

მაჩვენებელი	დაბალი/საშუალო შემოსავლის ქვეყნები (LMIC)	მაღალი შემოსავლის ქვეყნები (HIC)
ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობის წილი	86%	14%
ინსულტით გამოწვეული DALY-ების წილი	89%	11%
რეაბილიტაციის სპეციალისტები (მილიონზე)	10	>1700
სპეციალიზებული სარეაბილიტაციო სერვისების ხელმისაწვდომობა	18%	91%
რეაბილიტაციის გაიდლაინების არსებობა	ნაკლებად გავრცელებული	თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობს
საშუალო წლიური ხარჯი ერთ პაციენტზე	\$500–\$14,478	\$27,702–\$59,900

მაჩვენებელი	დაბალი/საშუალო შემოსავლის ქვეყნები (LMIC)	მაღალი შემოსავლის ქვეყნები (HIC)
ფუნქციური ინვალიდობის მაღალი ხარისხი	77%	38%

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის დაფინანსება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად 2022 წლის 9 ნოემბერს გამოცხადდა, როდესაც საქართველოს მთავრობამ ცვლილება შეიტანა 2013 წლის დადგენილებაში №36 – „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიების შესახებ“. ცვლილების შედეგად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ამოქმედდა ახალი ქვეპროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ინსულტის, ასევე თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანებების შემდგომ სრულფასოვან რეაბილიტაციას.

პროგრამის წლიური ბიუჯეტი განსაზღვრულია 11 მილიონი ლარით, ხოლო თვიური ბიუჯეტი შეადგენს დაახლოებით 919 250 ლარს. თითოეული შემთხვევის დაფინანსება განსხვავდება დაზიანების ტიპის მიხედვით:

- თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის ღირებულება – 4177 ლარი;
- ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის ღირებულება – 5031 ლარი.

ცხრილი 4. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ინსულტის, ასევე თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანებების შემდგომ რეაბილიტაციისათვის ბიუჯეტური განაწილება (ათასი ლარი)

№	მომსახურების დასახელება	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)
1	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და თავის ტრავმის შემდგომი რეაბილიტაცია	835.40
2	ზურგის ტვინის ტრავმის შემდგომი რეაბილიტაცია	83.85

ქვეპროგრამის ფარგლებში ფინანსდება შემდეგი დაავადებები, რომელთა კოდირება საერთაშორისო დაავადებათა კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით განისაზღვრება: I69.0–I69.4, I69.8, T90.5–T90.9, T91.1, T91.3, T91.8–T91.9.

დაფინანსების მიღების წინაპირობაა ის, რომ დიაგნოზის მიღებიდან გასული არ იყოს 24 თვეზე მეტი. პროგრამა მოიცავს თანაგადახდის მექანიზმს, რომელიც პაციენტის სოციალურ სტატუსზეა დამოკიდებული:

ცხრილი 5: საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ინსულტის დაფინანსება (თანაგადახდების პროცენტული წილი)

დაფინანსების პროცენტი	კრიტერიუმი
100%	სოციალურად დაუცველები, ვეტერანები, მასწავლებლები, დევნილები, ოკუპირებული ტერიტორიების მიმდებარედ მცხოვრები პირები
90%	საპენსიო ასაკის პენსიის მიმღები პირები (ქალები ≥60, კაცები ≥65)
80%	შშმ პირები, სტუდენტები (მათ შორის პროფესიული)
70%	პირები, რომელთაც ზემოთ ჩამოთვლილი სტატუსი არ გააჩნიათ, მაგრამ დიაგნოზის ხანდაზმულობა 24 თვეზე ნაკლებია

სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით, „თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და თავის ტვინის ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციის სერვისით მოსარგებლეთა რაოდენობა მზარდ დინამიკას აჩვენებს:

- 2023 წელს გაცემულია – 688 თანხმობის წერილი
- 2024 წელს – 1107 თანხმობის წერილი
- 2025 წლის 24 აპრილამდე – 403 თანხმობის წერილი
- 2022–2025 წლებში მომსახურებით ისარგებლა 956 პაციენტმა

რეაბილიტაციის სერვისის პროვაიდერები ქვეყანაში მხოლოდ 8 კლინიკაა, რაც საგრძნობლად ზღუდავს სერვისის გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. კლინიკების განაწილება ასეთია:

- თბილისი – 5 კლინიკა
- ქუთაისი – 2 კლინიკა
- ბათუმი – 1 კლინიკა
- კლინიკების ჩამონათვალი:
- შპს „ნიუ ჰოსპიტალს“ (თბილისი)
- შპს „ავერსის კლინიკა“ (თბილისი)
- შპს „აკადემიკოს ვახტანგ ბოჭორიშვილის კლინიკა“ (თბილისი)
- შპს „კენ ვოლკერის სახელობის კლინიკა“ (თბილისი)
- შპს „კავკასიის მედიცინის ცენტრი“ (თბილისი)
- შპს „წმ. ნიკოლოზის სახელობის სამედიცინო და სარეაბილიტაციო ცენტრი“ (ქუთაისი)
- შპს „ქუთაისის რეფერალური ჰოსპიტალი“ (ქუთაისი)
- შპს „BROTHERS“ (ბათუმი)

საქართველოში მოქმედი იმ რამდენიმე დაწესებულებიდან, რომლებიც აღჭურვილია მულტიდისციპლინური გუნდით (ფიზიკური თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ფსიქოლოგი, ნევროლოგი და სხვა), მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული პროგრამაში ჩართვის უფლება. სახელმწიფო პროგრამის პროვაიდერად რეგისტრირებულია სულ რვა კლინიკა, რომელთაგან ხუთი მდებარეობს თბილისში, ორი ქუთაისში და ერთი ბათუმში. შედეგად, დანარჩენ რეგიონებში მცხოვრებ პაციენტებს ხშირად უწევთ გეოგრაფიული, ფინანსური და ლოჯისტიკური ბარიერების გადალახვა რეაბილიტაციის მიღების მიზნით, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათი მდგომარეობის გაუარესებაზე.

რეაბილიტაციის სერვისებზე შეზღუდული წვდომა არა მხოლოდ ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დონეზე წარმოადგენს პრობლემას, არამედ ქვეყნის ეკონომიკურ სისტემაზეც ახდენს გავლენას – ადამიანი, რომელიც შრომისუნარიანობას კარგავს და მუდმივ ზრუნვას საჭიროებს, აღარ წარმოადგენს აქტიურ ეკონომიკურ სუბიექტს და ხდება სოციალური მხარდაჭერის ბენეფიციარი, რაც ზრდის სახელმწიფოს სოციალური ხარჯებს.

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზნებისა და საკითხების მრავალმხრივი ანალიზის უზრუნველსაყოფად, შერჩეულ იქნა შერეული კვლევის დიზაინი, რომელიც აერთიანებს როგორც რაოდენობრივ, ისე თვისობრივ მეთოდებს. ამგვარი მიდგომა მიზნად ისახავს სიღრმისეულად შეისწავლოს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა საქართველოში, როგორც პაციენტების, ისე სამედიცინო პერსონალის პერსპექტივიდან.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 138 პაციენტმა, რომლებიც მკურნალობას გადიოდნენ თბილისში მდებარე ორ წამყვან კლინიკაში. რესპონდენტთა რაოდენობა განსაზღვრული იქნა კვლევის თვისობრივი ბუნებისა და არსებული რესურსების გათვალისწინებით. კვლევის ფარგლებში ყველა რესპონდენტი შერჩეული იყო მიზნობრივი შერჩევის პრინციპით — ინსულტის გადატანისა და რეაბილიტაციის პროცესში მონაწილეობის გამოცდილების საფუძველზე.

პაციენტებთან ინტერვიუები ჩატარდა სტანდარტიზებული კითხვარის საფუძველზე, რომელიც შედგებოდა დახურული ტიპის კითხვებისგან და ფოკუსირებული იყო შემდეგ საკვლევ თემებზე:

- რეაბილიტაციური სერვისების ხელმისაწვდომობა ინსულტის შემდეგ;
- სახელმწიფო დაფინანსების საჭიროება და მისი რეალური ხელმისაწვდომობა;
- რეაბილიტაციის გავლენა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხზე.

სამედიცინო პერსონალთან (ექიმ ნევროლოგებთან) ჩატარებული ინტერვიუები განხორციელდა ღია ტიპის კითხვების გამოყენებით, რაც რესპონდენტებს აძლევდა შესაძლებლობას დეტალურად განეხილათ საკუთარი ხედვა რეაბილიტაციის სერვისების აუცილებლობაზე, სისტემურ გამოწვევებზე და სფეროს განვითარების პერსპექტივებზე საქართველოში. ამ მიდგომით შესაძლებელი გახდა პროფესიული გამოცდილების საფუძველზე პრობლემის უკეთ გააზრება და პოლიტიკური თუ მენეჯერული ცვლილებების რეკომენდაციების ფორმირება.

შედეგად, შერეული მეთოდოლოგიის გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა როგორც სტატისტიკურად დასაჯერებელი ტენდენციების იდენტიფიცირება, ისე დასკვნების გამდიდრება სუბიექტური, გამოცდილებაზე დაფუძნებული ნარატივით.

შედეგები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 138-მა ინსულტგადატანილმა პაციენტმა, რომლებიც მკურნალობას გადიოდნენ თბილისში მდებარე ორ წამყვან კლინიკაში. პაციენტთა უმრავლესობა (83.4%) 51–70 წლის ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება, რაც მოწმობს, რომ ინსულტი ძირითადად გვხვდება შედარებით ხანდაზმულ ასაკში, თუმცა შრომისუნარიანი ასაკის პერიოდში. სქესობრივად დომინირებს მამაკაცთა წილი (58%). რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ცხოვრობს ქალაქში (91.3%), რაც მიანიშნებს რეგიონული წარმომადგენლობის ნაკლებობაზე, რაც, სავარაუდოდ, რეაბილიტაციის სერვისებზე არასათანადო გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას უკავშირდება. სოციალური სტატუსის მიხედვით, გამოკვეთილია ორი მთავარი ჯგუფი: საშუალო შემოსავლის მქონე პირები (42.7%) და პენსიონერები (39.8%).

ცხრილი 6: რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები

მახასიათებელი	კატეგორია	რაოდენობა / პროცენტი
ასაკი	41-50	9 (6.5%)
	51-60	56 (40.5%)
	61-70	59 (42.9%)
	71+	14 (10.1%)
სქესი	ქალი	58 (42%)
	კაცი	80 (58%)
საცხოვრებელი ადგილი	ქალაქი	126 (91.3%)
	სოფელი	12 (8.7%)
სოციალური სტატუსი	სოციალურად დაუცველი	7 (5.7%)
	შშმ პირი	17 (12.6%)
	საშ. შემ. მქონე პირი	59 (42.7%)
	პენსიონერები	55 (39.8%)
	სხვა	0

პაციენტების ნახევარზე მეტი (55%) რეაბილიტაციას იწყებს ინსულტიდან სამი თვის ვადაში, თუმცა მხოლოდ 27.7%-მა მოახერხა რეაბილიტაციის დაწყება პირველ თვეში.

აღსანიშნავია, რომ 17.3% რეაბილიტაციას იწყებს 6 თვის შემდეგ, რაც პოტენციურად ამცირებს მკურნალობის ეფექტიანობას.

რეაბილიტაციის ტიპებიდან ყველაზე ფართოდ გავრცელებულია ფიზიოთერაპია (30.5%), რასაც მოსდევს ოკუპაციური თერაპია (26.7%) და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა (24.6%). ლოგოპედიური სერვისით სარგებლობს მხოლოდ 9.4%, რაც მიუთითებს მეტყველებისა და კომუნიკაციის სერვისებზე ნაკლებ ხელმისაწვდომობაზე.

სარეაბილიტაციო სესიებზე დასწრების სიხშირე უმეტესად არის კვირაში 2-3 დღე (92.7%). თუმცა, პაციენტთა 68.3% საცხოვრებელი ადგილიდან რეაბილიტაციის ცენტრამდე 20 კმ-ზე მეტ მანძილზე ცხოვრობს, რაც მიუთითებს მნიშვნელოვან ლოჯისტიკურ დაბრკოლებებზე.

პაციენტთა 45.6% რეაბილიტაციის პირველ კურსს გადის, ხოლო დანარჩენები — განმეორებით კურსებზე იმყოფებიან, რაც კიდევ უფრო ზრდის დაფინანსების საჭიროებას. პაციენტთა უმრავლესობა (92.7%) საჭიროებს თანმხლები პირის დახმარებას და თითქმის ნახევარი (43%) საჭიროებს ტრანსპორტირების მხარდაჭერას. 41.3%-ს სჭირდება დამატებითი ფინანსური დახმარება, ხოლო 27.5% აცხადებს ბინაზე მომსახურების საჭიროებას.

ცხრილი №7. ინსულტის ისტორია, ჩატარებული რეაბილიტაციის ტიპები და სესიებზე დასწრების სიხშირე პაციენტებში

კითხვა	პასუხი	რაოდენობა / პროცენტი
ინსულტის დიაგნოზიდან გასული დრო	< 6 თვე	76 (55%)
	6 თვიდან 1 წლამდე	27 (19%)
	> 1 წელი	36 (26%)
რეაბილიტაციის დაწყება ინსულტის შემდეგ	1 თვის განმავლობაში	38 (27.7%)
	3 თვის განმავლობაში	76 (55%)
	6 თვეზე მეტი	24 (17.3%)
რეაბილიტაციის ტიპი, რომელსაც პაციენტი გადის	ფიზიოთერაპია	42 (30.5%)
	ლოგოპედია	13 (9.4%)
	ოკუპაციური თერაპია	36 (26.7%)
	ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა	34 (24.6%)
	სხვა	13 (9.4%)
სარეაბილიტაციო სესიებზე დასწრების სიხშირე	ყოველდღიურად	0
	კვირაში 2-3 დღე	127 (92.7%)
	კვირაში 1-2 დღე	11 (7.3%)
სახლიდან უახლოესი ცენტრის დაშორება	< 5 კმ	8 (5.7%)
	5–20 კმ	36 (26%)
	> 20 კმ	94 (68.3%)
მერამდენე რეაბილიტაციის კურსია	პირველი	63 (45.6%)
	მეორე	52 (37.8%)
	მესამე და მეტი	23 (16.6%)

კითხვა	პასუხი	რაოდენობა / პროცენტი
დამატებითი საჭიროებები	ტრანსპორტირება	59 (43%)
	თანმხლები პირს დახმარება	127 (92.7%)
	ბინაზე მომსახურება	37 (27.5%)
	ფინანსური დახმარება	56 (41.3%)

საინტერესოა, რომ ყველა რესპონდენტი კმაყოფილია მიღებული სერვისით და თვლის, რომ რეაბილიტაციამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თუმცა, მხოლოდ 32% მიიჩნევს, რომ რეგიონებში არსებული სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა საკმარისია.

ცხრილი 8: ინსულტით პაციენტთა ფინანსური ხელმისაწვდომობა და კმაყოფილება

სირთულე / შეფასება	დიახ	არა
დაფინანსების გარეშე სერვისებზე წვდომა გექნებათ?	58 (42.1%)	80 (57.9%)
ფინანსური სირთულე შეგექმნათ რეაბილიტაციის პროცესში?	0	100%
საკმარისია საქართველოში არსებული სარეაბილიტაციო სერვისები?	100%	0
საკმარისია სარეაბილიტაციო კლინიკების რაოდენობა რეგიონებში?	44 (32%)	94 (68%)
კმაყოფილი ხართ მიღებული რეაბილიტაციით?	100%	0
რეაბილიტაციამ გააუმჯობესა თქვენი მდგომარეობა?	100%	0

კვლევის ყველა რესპონდენტი (138 პაციენტი, 100%) სარგებლობს სახელმწიფო დაფინანსებით ინსულტისშემდგომი რეაბილიტაციისთვის, რაც მიანიშნებს პროგრამის როლზე სერვისებზე წვდომის უზრუნველყოფაში. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა პაციენტი სარგებლობს სახელმწიფო დაფინანსებით, დაფინანსების მიღება ხშირად დაგვიანებულია — მხოლოდ 25.3%-მა მიიღო დაფინანსება დაუყოვნებლივ, 29.7% – რამდენიმე დღეში, ხოლო 45%-ს დაფინანსება დაგვიანებით ჩაერიცხა. ეს ნიშნავს, რომ პრაქტიკულად პაციენტების ნახევარი რეაბილიტაციას იწყებს ფინანსური დაგვიანების პირობებში, რაც მკურნალობის დაწყების გადავადებას იწვევს.

პაციენტთა თითქმის ნახევარს (48.3%) სრული რეაბილიტაციის კურსისთვის უწევს 1000 ლარზე მეტი საკუთარი ხარჯის გაღება, რაც ძალზე მაღალი ფინანსური დატვირთვაა საშუალო შემოსავლის მქონე ოჯახისთვის. ამავე დროს, 60.8% პასუხობს, რომ დაფინანსების ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში ვეღარ შეძლებს სერვისით სარგებლობას, რაც მიუთითებს სისტემურ დაუცველობაზე. მხოლოდ 39.2% აცხადებს, რომ შეძლებს მკურნალობის გაგრძელებას საკუთარი რესურსით.

ყველა რესპონდენტისთვის დაფინანსების ერთადერთი ოფიციალური წყაროა სახელმწიფო პროგრამა (100%), კერძო დაზღვევა კვლევის ფარგლებში დაფიქსირებული არ არის. მიუხედავად ამისა, 22% რესპონდენტისა მიუთითებს დამატებით სხვა ფინანსურ რესურსებზე, რაც შესაძლოა გულისხმობდეს პირად ან ოჯახურ დანაზოგებს, მესამე პირის დახმარებას ან ფონდების მონაწილეობას.

პაციენტთა 51.4% საჭიროებს დაფინანსებას ყოველ კურსზე, ხოლო 43% – წელიწადში ორჯერ. ეს მიუთითებს სარეაბილიტაციო საჭიროებების რეგულარულობაზე და მოწმობს, რომ ინსულტისშემდგომი მკურნალობა ერთჯერადი ინტერვენციით ვერ ამოიწურება.

ცხრილი 9: ინსულტისშემდგომი რეაბილიტაციის სახელმწიფო დაფინანსების ხელმისაწვდომობა და ფინანსური ბარიერები პაციენტების შეფასებით

კითხვა	პასუხი	რაოდენობა / პროცენტი
სარგებლობით თუ არა სახელმწიფო დაფინანსებით?	დიახ	138 (100%)
	არა	0
დაფინანსება რამდენ ხანში მიიღეთ?	დაუყოვნებლივ	34 (25.3%)
	რამდენიმე დღეში	41 (29.7%)
	დაგვიანებით	63 (45%)
დაფინანსების წყარო	სახელმწიფო პროგრამა	138 (100%)
	კერძო დაზღვევა	0
	სხვა	30 (22%)
რა სიხშირით გჭირდებათ დაფინანსება?	ყოველ კურსზე	70 (51.4%)
	წელიწადში ორჯერ	59 (43%)
	იშვიათად	9 (5.6%)
რამდენს იხდით საკუთარი ჯიბიდან სრულფასოვანი კურსისთვის? (ლარებში)	0-500	54 (39.8%)
	500-1000	16 (11.9%)
	>1000	68 (48.3%)
დაფინანსების ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში სერვისებზე წვდომა შეგეზღუდებათ?	დიახ	83 (60.8%)
	არა	55 (39.2%)

სიღრმისეული ინტერვიუების ანალიზი (თვისებითი კვლევა)

კვლევის ხარისხობრივი ნაწილი ეფუძნება სიღრმისეულ ნახევრადსტრუქტურირებულ ინტერვიუებს, რომლებიც ჩატარდა ინსულტგადატანილ პაციენტებთან და ნევროლოგებთან. ინტერვიუების მიზანს წარმოადგენდა ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობის, დაფინანსების მნიშვნელობისა და არსებული სერვისების ეფექტიანობის შეფასება როგორც ბენეფიციართა, ასევე პროფესიული პერსონალის პერსპექტივიდან.

ინტერვიუების ანალიზისთვის გამოყენებული იყო თემატური ანალიზის მეთოდი, რომლის ფარგლებში გამოვლინდა რამდენიმე ცენტრალური თემა:

რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა – „გზა სირთულეებით სავსე“

ინტერვიუების უმრავლესობამ წარმოაჩინა, რომ პაციენტებისთვის რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა მნიშვნელოვან სირთულეებთან არის დაკავშირებული. განსაკუთრებით ხაზგასმული იყო გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა:

„ცცხვრობ გურჯაანში. იქ რეაბილიტაციის სერვისი არ გვაქვს და თბილისში ჩამოსვლა ძნელია – ტრანსპორტი, თანხა, თანმხლები პირიც მჭირდება.“

(პაციენტი, 66 წლის)

„თბილისს მიღმა სარეაბილიტაციო კლინიკები პრაქტიკულად არ ფუნქციონირებს. ეს მნიშვნელოვნად ზღუდავს პაციენტების შესაძლებლობებს, განსაკუთრებით ასაკოვანთა და შშმ პირებისთვის.“

(ნევროლოგი, 12 წლიანი სტაჟით)

დაფინანსების საჭიროება და თანადაფინანსების გავლენა

დამკვიდრდა მკაფიო კონსენსუსი იმასთან დაკავშირებით, რომ სახელმწიფო დაფინანსება აუცილებელია, თუმცა არსებული მექანიზმები არასაკმარისად მოიცავს რეალური სერვისების ღირებულებას:

„მხოლოდ ერთი თვე დამიფინანსეს, მაგრამ ექიმმა მითხრა, რომ 3-თვიანი კურსი მჭირდება. დანარჩენი თანხა არ მაქვს.“

(პაციენტი, 58 წლის)

„თუნდაც 70%-იანი დაფინანსება რომ იყოს, ესეც ბევრისთვის ვერ გადაუწყვეტს პრობლემას – როცა პენსია 300 ლარია, 1000-ლარიანი კურსის თანაგადახდაც მძიმე ტვირთია.“

(ნევროლოგი, თბილისი)

ზოგიერთი რესპონდენტის განცხადებით, თანადაფინანსების სისტემაც ბუნდოვნად აღიქმება და საჭიროებს უფრო მკაფიო კრიტერიუმების განსაზღვრას.

რეაბილიტაციის შედეგები და პაციენტთა კმაყოფილება

პაციენტთა უმეტესობამ აღნიშნა, რომ რეაბილიტაციამ დადებითი გავლენა მოახდინა მათ ფუნქციურ მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხზე:

„თავიდან ვერ ვლაპარაკობდი და სიარულიც მიჭირდა. ახლა დამოუკიდებლად ვმოდრობ, მეტყველებაც გამიუმჯობესდა. ამას რეაბილიტაცია და თერაპია აკეთებს.“

(პაციენტი, 63 წლის)

თუმცა აღნიშნა, რომ შეზღუდული ხანგრძლივობის შესიები არ არის საკმარისი სრულფასოვანი რემისიისთვის:

„საშუალება რომ მქონოდა, სრულ კურსს გავივლიდი. ეს უბრალოდ აუცილებელია. რასაც დაგვაფინანსეს – საკმარისი არ იყო.“

(პაციენტი, 54 წლის)

პაციენტის გადამზადება, ტრანსპორტირება და დამატებითი საჭიროებები

ინტერვიუებიდან აშკარად იკვეთება, რომ რეაბილიტაცია არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ ლოჯისტიკური და სოციალური კომპონენტების მქონე პროცესია, რაც დამატებით პრობლემებს წარმოშობს:

„თავად ვერ წავალ. ოჯახის წევრმა უნდა მომიყვანოს. მთელი დღისთვის უქმდება სამსახური, რაც დამატებითი ხარჯია.“

(პაციენტი, 69 წლის)

„პაციენტები ხშირად აფიქსირებენ მოთხოვნას ბინაზე მომსახურებაზე ან სოფლებში მოძრავ ჯგუფებზე. რეგიონებში ეს შეუძლებელია იყოს გამოსავალი.“

(ნევროლოგი, რეგიონული კლინიკა)

სისტემური გამოწვევები და რეკომენდაციები

ექიმების მხრიდან გამოიკვეთა კრიტიკული მოსაზრებები არსებული სისტემის მიმართ – განსაკუთრებით გადაჭარბებულად ცენტრალიზებულ მიდგომაზე, დამფინანსებელი პოლიტიკის შეუსაბამობაზე, და სპეციალისტების დეფიციტზე:

„ერთჯერადი დაფინანსება ვერ ებრძვის ქრონიკულ მდგომარეობას. სჭირდება სისტემური მიდგომა, უფრო მეტ კლინიკას და სარეაბილიტაციო გუნდს.“

(ნევროლოგი, 15 წლიანი სტაჟით)

სიღრმისეული ინტერვიუების საფუძველზე გამოიკვეთა რამდენიმე ძირითადი ტენდენცია:

- პაციენტები რეაბილიტაციის საჭიროებას სრულად აღიარებენ, თუმცა სერვისებზე წვდომა არათანაბარია;
- დაფინანსება მნიშვნელოვან შვებას წარმოადგენს, მაგრამ არასაკმარისია სრული კურსის უზრუნველსაყოფად;
- არსებობს მკაფიო საჭიროება გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და პროგრამის მოდიფიცირებისთვის;
- სპეციალისტების დეფიციტი და ცენტრების კონცენტრაცია დედაქალაქში ხელს უშლის მომსახურების სრულფასოვან მიწოდებას.

დისკუსია

შედეგების ანალიზმა ცხადყო, რომ ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობა საქართველოში კვლავ მნიშვნელოვანი გამოწვევის წინაშე დგას, მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფომ ბოლო წლებში გარკვეული პროგრესი უზრუნველყო დაფინანსების პოლიტიკის მიმართულებით. კვლევამ ნათლად წარმოაჩინა ძირითადი ბარიერები, რაც

უკავშირდება როგორც სერვისების გეოგრაფიულ განაწილებას, ისე სოციალურ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

პაციენტების ასაკობრივი განაწილება მიანიშნებს, რომ ინსულტის შემთხვევების უმრავლესობა ფიქსირდება 51–70 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ეს კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს პრევენციული ღონისძიებების აუცილებლობას, მათ შორის ჰიპერტენზიის, დიაბეტის, არითმიისა და სხვა რისკ-ფაქტორების დროულ იდენტიფიცირებასა და მართვას. აღნიშნული მიზნის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როდესაც პრევენცია ინტეგრირებულია როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ისე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში.

სქესობრივი თვალსაზრისით, კვლევაში მონაწილე პაციენტთა უმრავლესობა მამაკაცები იყვნენ. თუმცა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მრავალწლიანი მონაცემები მიუთითებს, რომ სქესობრივ გადანაწილებაში ტრენდი ერთგვაროვანი არ არის — ყოველწლიურად განსხვავებული სურათი იკვეთება, რაც სავარაუდოდ განპირობებულია როგორც დემოგრაფიული ფაქტორებით, ისე რისკ-ქვევის ცვალებადობით.

განსაკუთრებით მწვავედ გამოიკვეთა რეგიონული უთანასწორობა რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომაში. ქვეყანაში არსებული სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული განაწილება მკვეთრად შეზღუდულია. როგორც კვლევამ აჩვენა, რეაბილიტაციის სერვისების მიწოდება ძირითადად კონცენტრირებულია თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში, მაშინ როცა ოფიციალური მონაცემების მიხედვით ინსულტის შემთხვევათა 75%-ზე მეტი რეგიონის მოსახლეობაზე მოდის. კვლევის ფარგლებში გამოკითხული პაციენტების 91% თბილისში მცხოვრებია, ხოლო რეგიონებიდან მხოლოდ 9% იყო წარმოდგენილი, რაც მიუთითებს რეგიონული ბარიერების არსებობაზე. შესაბამისად, რეაბილიტაციის საჭიროების მქონე ათასობით პაციენტი რეალურად არ იღებს სერვისს.

სოციალური სტატუსისა და დაფინანსების ანალიზმა აჩვენა, რომ რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარს (42%) აქვს საშუალო ეკონომიკური სტატუსი, რაც ნიშნავს, რომ ისინი მხოლოდ 70%-იანი თანადაფინანსებით სარგებლობენ. მაშინ როცა 40% საპენსიო ასაკის მქონეა და იღებს 90%-იან დაფინანსებას. მიუხედავად სახელმწიფოს თანადგომისა, პაციენტების დიდ ნაწილს აწევს მნიშვნელოვანი ფინანსური ტვირთი, რაც მოიცავს არა მხოლოდ რეაბილიტაციის პირდაპირ ხარჯებს არამედ დამატებით ხარჯებს — ძვირადღირებულ მედიკამენტებზე, მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ კვლევებზე, ტრანსპორტზე და თანმხლები პირის მომსახურებაზე, რაც არსებითად ზრდის ოჯახის ფინანსურ ტვირთს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ფაქტის აღნიშვნა, რომ ბევრ პაციენტს წელიწადში ერთზე მეტი სარეაბილიტაციო კურსი სჭირდება, რაც დამატებით აძვირებს მკურნალობის საერთო ღირებულებას.

სტაციონარული მკურნალობის შემდგომ, პაციენტები ხშირად იტარებენ მხოლოდ მედიკამენტოზურ თერაპიას, ხოლო რეაბილიტაციის დაგეგმვა და ორგანიზება დაგვიანებით იწყება, რაც პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობის გაუარესებას უწყობს ხელს. ინსულტის შემდგომ რეაბილიტაციის ეფექტიანობა კი მნიშვნელოვად არის დამოკიდებული მის დროულ დაწყებაზე — რაც უფრო ადრე იწყება ინტერვენცია, მით უფრო მაღალია სრულფასოვანი გამოჯანმრთელების ალბათობა და მით უფრო ნაკლებია ქრონიკული ინვალიდობის განვითარების რისკი.

კვლევამ დაადასტურა, რომ რეაბილიტაციის დაწყების დრო საკმაოდ ხშირად გაჭიანურებულია. კვლევის მონაცემებით, პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი (დაახლოებით 50%) იწყებს რეაბილიტაციას ინსულტის გადატანიდან 3 თვის ვადაში. ეს დრო მოიცავს როგორც მდგომარეობის სტაბილიზაციის ეტაპს, ისე დაფინანსებაზე თანხმობის მიღების ხანგრძლივობას, რომელიც ზოგ შემთხვევაში ერთ თვემდე გრძელდება, რაც კიდევ უფრო აფერხებს დროულად მკურნალობის დაწყებას. ასეთ შეფერხებას შესაძლოა სერიოზული გავლენა ჰქონდეს პაციენტის ფუნქციურ სტატუსზე და მის შემდგომ შრომით შესაძლებლობებზე.

მიუხედავად სირთულეებისა, კვლევაში მონაწილე პაციენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ რეაბილიტაციის პროცესმა საგრძნობლად გააუმჯობესა მათი მდგომარეობა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ რესპონდენტთა 33% მიიჩნევს - დაფინანსების გარეშე მკურნალობის გაგრძელება სრულიად შეუძლებელი იქნებოდა. ეს მონაცემი კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს სახელმწიფო პოლიტიკის მნიშვნელობას ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით (ვერულავა, 2019; ვარდუკაძე და ვერულავა 2023).

სიღრმისეული ინტერვიუების ანალიზმა დაადასტურა, რომ პაციენტთა ნაწილი რეაბილიტაციას მიმართავს დაგვიანებით, მძიმე კლინიკური მდგომარეობის ფონზე — კონტრაქტურებით, არასწორი პოზიციონირებით, ნაწოლებით და სხვა გართულებებით. ეს გამოწვევა კიდევ უფრო მწვავედ რეგიონებში, სადაც არც ინფრასტრუქტურა და არც საჭირო პროფესიული რესურსი საკმარისად არ არის წარმოდგენილი.

ექიმები ასევე მიუთითებენ, რომ რეაბილიტაციის პროცესში საზოგადოებრივი ინფორმირებულობის დეფიციტი არსებითად აფერხებს დროულ მიმართვიანობას. ხშირად პაციენტები, რომლებმაც ინსულტი რამდენიმე წლის წინ გადაიტანეს, არ არიან გაცნობიერებული დაფინანსების შესაძლებლობის შესახებ, რის გამოც გამორჩებიან მკურნალობის აუცილებელ კომპონენტს. მსგავსი ინფორმაციული დეფიციტი ქმნის სერიოზულ სოციალურ უთანასწორობას.

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის დაფინანსების პროგრამის მონაცემების შედარებითი ანალიზიც აჩვენებს პროგრამის მოცვის შეზღუდულობას. 2023 წელს გაიცა 688 თანხმობის წერილი, 2024 წელს — 1107, თუმცა ჯამურად 2022–2025 წლებში დაფინანსებით ისარგებლა მხოლოდ 956-მა პაციენტმა. მაშინ როცა, NCDC-ის მონაცემებით, ქვეყანაში ყოველწლიურად ფიქსირდება 12 000–18 000 ინსულტის ახალი შემთხვევა, ეს მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ რეაბილიტაციის დაფინანსების პროგრამა მხოლოდ ძალიან მცირე ნაწილს ფარავს. ეს შეუსაბამობა განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს პოლიტიკის შემმუშავებლების მხრიდან, რათა გაიზარდოს დაფინანსების მოცულობა და პროგრამის ეფექტიანობა.

დასკვნა

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ კრიტიკულად მნიშვნელოვან კომპონენტს, რომელიც განსაზღვრავს პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობის აღდგენის, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისა და შრომით რეინტეგრაციის შესაძლებლობებს. საქართველოში ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა პაციენტების რეაბილიტაციის სერვისებზე წვდომა. თუმცა, კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ არსებული პროგრამა სრულად ვერ პასუხობს პაციენტთა მრავალფეროვან საჭიროებებს. გამოიკვეთა რამდენიმე სისტემური გამოწვევა:

- სერვისების გეოგრაფიული სიმწირე, რაც განსაკუთრებულად მკვეთრად ვლინდება რეგიონებში მცხოვრები პაციენტების შემთხვევაში;
- ფინანსური ბარიერები, რაც დაკავშირებულია თანადაფინანსების სიმცირესთან და თანმდევ ხარჯებთან;
- ადმინისტრაციული შეფერხებები, როგორცაა დაფინანსების თანხმობის გაჭიანურებული პროცესი;
- ინფორმაციული ხელმისაწვდომობის დაბალი დონე, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს პაციენტების დროულ და ეფექტიან ჩართვას რეაბილიტაციის პროცესში.

დასკვნის სახით უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად სახელმწიფო პროგრამის პოზიტიური იმპულსისა, აუცილებელია მისი შინაარსობრივი გაღრმავება და მასშტაბის გაზრდა, რათა რეაბილიტაციის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა გახდეს ყოვლისმომცველი, გეოგრაფიულად თანაბარი და ეკონომიკურად თავსებადი ყველა საჭიროების მქონე პაციენტისთვის.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების საფუძველზე, ჩამოყალიბდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი რეკომენდაცია, რომლის გათვალისწინებაც ხელს შეუწყობს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის ეფექტიანობის გაზრდასა და სისტემური ხარვეზების დაძლევას:

ინფორმირებულობის ამაღლება - ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანიების ხელშეწყობა რეაბილიტაციის სარგებლიანობის, პროგრამის პირობებისა და სერვისებზე წვდომის გზების შესახებ როგორც პაციენტებისთვის, ისე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პროფესიონალებისთვის.

სარეაბილიტაციო სერვისების რეგიონალური გაფართოება - საჭიროა სარეაბილიტაციო ცენტრების რეგიონულ დონეზე გაძლიერება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას გეოგრაფიულად თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

სარეაბილიტაციო სპეციალისტთა რაოდენობის გაზრდა რეგიონებში (ფიზიოთერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ლოგოპედი, ფსიქოლოგი).

ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება - თანადაფინანსების პროცენტის გადახედვა სოციალური სტატუსის გათვალისწინებით და დაფინანსების ლიმიტების გაზრდა იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ფლობენ მხოლოდ 70%-იან დაფინანსებას.

დაფინანსებით ხელშეწყობა იმ პაციენტებისთვისაც, რომელთაც ინსულტი განუვითარდათ ორი წლის წინ და რომელთაც ჯერ კიდევ სჭირდებათ რეაბილიტაცია.

დაფინანსების ადმინისტრაციული პროცესების ოპტიმიზაცია - დაფინანსებაზე თანხმობის გაცემის დროის შეამცირება და განაცხადის ელექტრონიზაციის განხორციელება ეფექტიანობის გასაზრდელად.

პროგრამის მოცვისა და ეფექტიანობის მონიტორინგი - ჩამოყალიბდეს რეგულარული მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმი, რომელიც გაზომავს პროგრამით დაფარულ პაციენტთა რაოდენობას, სერვისების ხარისხს და შედეგებს.

ამ რეკომენდაციების განხორციელება ხელს შეუწყობს ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაციის პოლიტიკის მეტად ინკლუზიურ, ეფექტიან და მდგრად მოდელად გარდაქმნას — რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში შეამცირებს ინვალიდობის ტვირთს და გააუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

ვერულავა, თ. (2019). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 3.

ვარდუკაძე, მ., ვერულავა, თ. (2023). საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 7(2).

Global Stroke Factsheet. International Journal of Stroke. 2022, Vol. 17(1) 18–29.

Feigin, VL, Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R.L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 17(1):18-29. doi: 10.1177/17474930211065917.

Langhorne, P., O'Donnell. M.J., Chin, S.L., et al. (2018). Practice patterns and outcomes after stroke across countries at different economic levels: an international observational study. Lancet, 391: 2019-2027.

Magaqa, Q., Ariana, P., Polack, S. (2021). Examining the Availability and Accessibility of Rehabilitation Services in a Rural District of South Africa: A Mixed-Methods Study. Int J Environ Res Public Health 18.

Lanas, F., Seron, P. (2021). Facing the stroke burden worldwide. The Lancet Global Health, 9 (3): e235-e236

Luengo-Fernandez, R., Violato, M., Candio, P., Leal, J. (2019). Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. Eur Stroke J. 239698731988316. doi: 10.1177/2396987319883160.

Owolabi, M.O., Thrift, A.G., Martins, S., et al. (2021). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization-World Health Organization surveys. Int J Stroke 16:889-901.


Williams, S.J., Gabe, J., Davis, P. (2011). The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects. Sociology of Health & Illness 33 (5): 719–733.

World Health Organization. (2017). Rehabilitation 2030: The Need to Scale Up Rehabilitation. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



Study and Evaluation of Access to Medical Services for Girls and Women with Disabilities in Georgia

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონებისა და ქალებისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესწავლა და შეფასება საქართველოში

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.07>

Ivliane Surmava^{1a}, Irina Zarnadze¹

ივლიანე სურმავა¹³ ირინა ჯარნაძე¹

¹ Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia

¹ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

^ai.surmava@tsmu.edu

 <https://orcid.org/0009-0007-4995-1180>

^bi.zarnadze@tsmu.edu

<https://orcid.org/0000-0001-5511-437X>

Abstract

Introduction. In Georgia, women and girls with disabilities face intersecting barriers rooted in gender, disability, and socioeconomic disadvantage. Despite legal commitments, systemic obstacles, shaped by post-Soviet legacies and institutional neglect, limit equitable healthcare access, particularly in reproductive services. This study investigates these challenges, revealing a persistent gap between policy frameworks and the everyday healthcare experiences of disabled women. **Methodology.** A cross-sectional pilot study was conducted in February 2025 to assess healthcare access among 50 women (aged 18–65) with physical or sensory disabilities in Georgia. Using purposive sampling, participants from various regions were interviewed via structured questionnaires addressing accessibility, finances, transport, insurance, and communication. Data were collected through face-to-face or phone interviews, following ethical standards. Results were contextualized using comparative data from UN, WHO, and UNFPA. **Results and Discussion.** This study identified widespread barriers to healthcare for women and girls with disabilities in Georgia, including physical inaccessibility, transport issues, and financial exclusion. Discrimination by providers and lack of accessible information, especially in reproductive health, further hindered access. Most participants were unaware of public programs and had limited involvement in medical decisions. The findings underscore how societal attitudes and institutional neglect perpetuate healthcare inequities beyond infrastructure alone. **Conclusion.** The study shows that women and girls with disabilities in Georgia face multiple barriers to healthcare, including inaccessibility, financial strain, discrimination, and lack of information. These intersecting issues highlight the urgent need for inclusive policies, better infrastructure, and disability-sensitive medical training to ensure equitable care and uphold their rights.

Keywords: Women with disabilities; Access to healthcare; Discrimination; Gender inequality; Accessibility; Georgia.



Recommended Citation: Surmava, I., Zarnadze, I. (2025). Study and Evaluation of Access to Medical Services for Girls and Women with Disabilities in Georgia. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.07>

აბსტრაქტი

შესავალი. საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები და გოგონები ერთდროულად რამდენიმე სახის დისკრიმინაციას აწყდებიან – გენდერული, ფუნქციური მდგომარეობის და სოციალური დაუცველობის ნიშნით. მიუხედავად არსებული სამართლებრივი რეგულაციების და საერთაშორისო ვალდებულებებისა, მათთვის სამედიცინო სერვისებზე თანასწორი წვდომა მნიშვნელოვნად იზღუდება სისტემური დაბრკოლებებით, რომლებიც პოსტსაბჭოთა მემკვიდრეობით, დაბალი ინსტიტუციური სენსიტიურობითა და ჯანდაცვის პოლიტიკის პრაქტიკაში განუხორციელებლობითაა გამოწვეული. განსაკუთრებული სირთულეები იკვეთება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისას. წარმოდგენილი კვლევა მიზნად ისახავს არსებული გამოწვევების დეტალურ ანალიზს და გამოყოფს ხარვეზს მარეგულირებელ ნორმებსა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების რეალურ, ყოველდღიურ სამედიცინო გამოცდილებებს შორის. **მეთოდები.** კვლევა განხორციელდა 2025 წლის თებერვალში და არის ჯვარედინი შესწავლის დიზაინზე დაფუძნებული საპილოტე კვლევა. მისი მიზანი იყო საქართველოში ფიზიკური ან სენსორული შეზღუდვის მქონე 50 ქალის (18-დან 65 წლამდე ასაკის) ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შეფასება. მონაწილეები შერჩეულნი იყვნენ მიზნობრივი მეთოდით, რეგიონული წარმომადგენლობის გათვალისწინებით. მონაცემების შეგროვება განხორციელდა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით, რომლებიც ეხებოდა კლინიკური სივრცის ფიზიკურ ხელმისაწვდომობას, ტრანსპორტს, ფინანსურ რესურსებს, ჯანმრთელობის დაზღვევას და ექიმთან კომუნიკაციის ხარისხს. ინტერვიუები ჩატარდა როგორც პირადად, ისე სატელეფონო ფორმატით. კვლევის ფარგლებში დაცული იყო ეთიკური ნორმები. მიღებული მონაცემები დამუშავდა გაეროს, ჯანმოსა და UNFPA-ის შესაბამის საერთაშორისო ინდიკატორებთან შედარებით. **შედეგები და განხილვა.** კვლევამ დაადგინა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები და გოგონები საქართველოში ჯანდაცვის სერვისების მიღებისას აწყდებიან მრავალ ბარიერს. სირთულეები მოიცავს სამედიცინო დაწესებულებებში ფიზიკურ ბარიერებს, ტრანსპორტირების პრობლემებს და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. მნიშვნელოვანი გამოწვევაა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან არასათანადო დამოკიდებულება და დისკრიმინაციული ქცევები, რაც განსაკუთრებით შესამჩნევია რეპროდუქციული სერვისების მიღებისას. ინფორმაციის ნაკლებობა – განსაკუთრებით სახელმწიფო პროგრამების შესახებ – წარმოადგენს კიდევ ერთ მნიშვნელოვან ბარიერს, რომელიც ზრდის მოწყვლადობას და ამცირებს მონაწილეთა ჩართულობას გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. კვლევამ აჩვენა, რომ ქალთა უმრავლესობა არ ფლობდა ინფორმაციას უფასო ან ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სერვისების შესახებ, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავდა მათ აქტიურ მონაწილეობას საკუთარი ჯანმრთელობის მართვაში. ამ კვლევის შედეგები ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემები არ შემოიფარგლება ინფრასტრუქტურული შეუსაბამობებით. ეს პრობლემა ფესვგადგმულია ღრმად ჩამოყალიბებულ სტერეოტიპებში, საზოგადოების დამოკიდებულებაში და ინსტიტუციურ გულგრილობაში. **დასკვნა.** წარმოდგენილი კვლევა ცხადყოფს, რომ საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები და გოგონები ხვდებიან რთულად გადასალახავ ბარიერებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში: მათ შორის არის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, ფინანსური დაბრკოლებები, დისკრიმინაცია და ინფორმაციის დეფიციტი. ეს პრობლემები ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული და ქმნის გადაუდებელ საჭიროებას, რათა სახელმწიფომ უზრუნველყოს ინკლუზიური პოლიტიკის ჩამოყალიბება, სერვისების ინფრასტრუქტურული გაუმჯობესება და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი. მხოლოდ ამგვარი კომპლექსური რეაგირებით იქნება შესაძლებელი ქალებისა და გოგონების უფლებების სრული დაცვა და ჯანდაცვის სისტემაში თანასწორი მონაწილეობა.

საკვანძო სიტყვები: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომი, დისკრიმინაცია, გენდერული უთანასწორობა, ხელმისაწვდომობა, საქართველო.

რეკომენდირებული ციტირება: სურმავა ი, ზარნაძე ი. (2025). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონებისა და ქალებისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შესწავლა და შეფასება საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.07>.

Introduction

Women and girls with disabilities are among the most marginalized and vulnerable social groups. Women and girls with disabilities constitute one of the most disproportionately marginalized segments of the global population, a status shaped not solely by their impairments but by a complex interplay of social, economic, and structural disadvantages. Across both developed and developing contexts, these individuals face compounded vulnerabilities that emerge at the intersection of disability and gender. The United Nations Population Fund (UNFPA) and the World Health Organization (WHO) have emphasized that this intersectionality amplifies health disparities and social exclusion, as women with disabilities are often subject to double discrimination—based on both gender and physical or cognitive impairments (UNFPA Georgia, 2020; WHO, 2023). These forms of marginalization are not merely additive but mutually reinforcing, creating a layered system of exclusion that limits access to essential services and undermines fundamental rights.

In Georgia, as in many other countries transitioning from Soviet-era healthcare and welfare systems, the confluence of gender-based stereotypes, inadequate disability services, and infrastructural inaccessibility contributes to entrenched health inequalities. The traditional perception of disability as a private tragedy or charity issue persists in public discourse, often overshadowing rights-based approaches that emphasize dignity, autonomy, and equal participation. This sociocultural backdrop exacerbates the challenges faced by disabled women, who not only struggle with architectural and physical inaccessibility in healthcare settings but also face dismissive attitudes, gendered assumptions, and widespread informational barriers. These realities are compounded by limited public awareness, inadequate data collection, and insufficient representation of women with disabilities in healthcare decision-making (UN Women Georgia, 2021; Office of the Public Defender of Georgia, 2022).

According to the WHO World Health Report (2023), approximately 16% of the global population lives with a disability. This burden is not evenly distributed: women comprise a disproportionately higher share—19.2%, compared to only 12% for men. A similar gender disparity is evident in Georgia, where the National Statistical Office reports that approximately 18.2% of the population lives with a disability, with women outnumbering men by a ratio of approximately 1.5 to 1 (UNDP, 2021). These figures underscore the urgent need for gender-sensitive healthcare strategies that take into account both the prevalence and the lived experiences of disabled women. Public health policies that fail to engage with the gendered dimensions of disability risk perpetuate systemic inequality, even as they nominally aim to promote inclusion.

In response to both global human rights obligations and domestic advocacy, Georgia has taken significant legislative steps in recent years to improve the status of persons with disabilities, with increasing attention to the specific vulnerabilities of women and girls. The ratification of key international instruments—including the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), and the Convention on the Rights of the Child (CRC)—signaled the country's commitment to aligning its national legal framework with internationally accepted standards for the protection of marginalized groups (UN Women, 2021; United Nations, 2006). Furthermore, Georgia's alignment with the Beijing Platform for Action and the 2030 Agenda for Sustainable Development has placed gender equality and the inclusion of persons with disabilities at the heart of national development priorities.

These commitments were further solidified through the adoption of the Law on the Rights of Persons with Disabilities in 2020. This law represents a legal and symbolic milestone, introducing the notion of disability not as a medical or charitable condition but as a rights-based social issue. Notably, a dedicated article within the legislation addresses the unique needs of women and girls with disabilities—an explicit recognition that their lived experiences require tailored policy approaches rather than generic solutions. The law mandates the state to ensure equal access to services, promote social inclusion, and safeguard the autonomy of disabled individuals, with particular emphasis on gender-sensitive programming (Law of Georgia on the Rights of Persons with Disabilities, 2020).

Nevertheless, while these legal instruments mark crucial progress, their implementation has faced substantial limitations. The translation of legislative intent into concrete action has been uneven, with critical gaps in service delivery, data monitoring, and inter-agency coordination. National-level strategies, such as the State Healthcare Strategy 2021–2027, acknowledge the inclusion of persons with disabilities as a policy goal but lack the specificity needed to operationalize this inclusion for women and girls, particularly in rural and underserved areas (Georgia Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Labour, Health and Social Affairs, 2021). Reports by the Public Defender of Georgia have repeatedly emphasized that systemic oversight, underfunding, and the absence of disaggregated data impede the realization of rights for this group (Office of the Public Defender of Georgia, 2022).

Moreover, despite these legislative frameworks, there is a notable absence of mechanisms for participatory policy-making that would empower women with disabilities to influence the systems that directly affect their lives. Without institutionalized platforms for their engagement, policy remains top-down and disconnected from lived realities. As a result, the progressive language of the law often fails to translate into equitable outcomes, highlighting the disjuncture between normative advances and structural change.

Despite the establishment of a progressive legal and strategic foundation, multiple international and local studies indicate that women and girls with disabilities in Georgia continue to encounter serious obstacles when seeking healthcare services. These challenges go beyond isolated shortcomings and instead reveal systemic dysfunctions rooted in infrastructural, financial, informational, and attitudinal deficiencies (Matin & Williamson, 2021; Saleeby & Hunter-Jones, 2016; Ganle et al., 2020).

A recurring issue in both urban and rural healthcare settings is the inadequacy of physical infrastructure. Although some medical facilities are labeled as “accessible,” this often refers only to minimal physical modifications—such as the presence of a ramp at the entrance—without considering comprehensive accessibility needs. For instance, consultation rooms may not accommodate wheelchairs, restrooms are often inaccessible, and communication services such as sign language interpretation or accessible signage remain rare. This limited conceptualization of accessibility undermines the broader goal of creating an inclusive healthcare environment that addresses diverse needs and fosters patient autonomy (WHO Europe, 2022).

Financial barriers further exacerbate the situation. A significant portion of women with disabilities in Georgia live below the poverty line and rely on inadequate state disability benefits. These financial constraints limit their ability to cover out-of-pocket expenses for diagnostic procedures, medications, or specialized consultations. In some cases, even transportation costs to clinics become insurmountable, especially in rural or high-mountain regions where health facilities are few and far between (UNFPA Georgia, 2020; World Bank, 2020). Consequently, many women delay or entirely forgo necessary medical interventions, contributing to avoidable complications and a deterioration in overall health outcomes.

Compounding these issues is a widespread lack of disability awareness and gender sensitivity among healthcare personnel. Medical education curricula in Georgia seldom include mandatory modules on working with persons with disabilities, particularly from an intersectional perspective that addresses both gender and disability. As a result, providers may exhibit unconscious bias, fail to communicate effectively, or disregard patients’ autonomy and informed consent. These deficiencies are not just professional oversights but constitute violations of human dignity and can lead to delayed diagnoses, inappropriate treatment, or outright neglect (Parish et al., 2006; WHO, 2022).

Furthermore, the problem is not only infrastructural or technical but deeply cultural. The prevailing societal perception of disability, particularly as it intersects with gender, is often rooted in paternalism and exclusion. Women with disabilities are frequently regarded as dependent, asexual, or incapable of parenthood, which impacts how medical staff approach topics such as reproductive health, family planning, or maternity care. In clinical settings, such assumptions may result in the withholding of services, lack of respectful communication, or even denial of reproductive choices—all of which violate core principles of human rights and bodily autonomy (UNFPA, 2021; WHO, 2021).

Sexual and reproductive healthcare represents one of the most neglected areas for women and girls with disabilities in Georgia. While international human rights instruments unequivocally assert that all individuals have the right to make autonomous decisions regarding their sexual and reproductive lives, this right remains largely unrealized for disabled women. Structural discrimination, compounded by social taboos, continues to marginalize this population within public health discourse and practice (UNFPA Eastern Europe and Central Asia, 2021; UN Women, 2020).

Numerous studies have revealed that women with disabilities often lack access to information about their reproductive rights, contraception, and safe motherhood options. This is partly due to the scarcity of information in accessible formats—such as plain language brochures, audio materials, or Braille—but also reflects the deeply ingrained assumption that disabled women are either not sexually active or are unfit to become mothers (UNICEF, 2013; WHO, 2021). As a result, healthcare providers frequently fail to initiate

discussions about sexual health, family planning, or gynecological screening, thereby perpetuating informational deprivation and disempowerment.

Moreover, in some clinical settings, providers may bypass informed consent procedures, assuming that women with cognitive or sensory impairments are incapable of making autonomous decisions. In extreme cases, women have been subjected to forced sterilization or denied access to fertility treatment based on prejudicial criteria. These practices are not only ethically indefensible but also contravene international obligations under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2016; United Nations, 2006).

Compounding these challenges is the virtual absence of comprehensive sexual education programs for girls with disabilities. Educational institutions rarely integrate inclusive content into their curricula, and teachers are often untrained in delivering sensitive topics in adapted ways. As a result, many girls enter adulthood without basic knowledge of their reproductive systems, their legal rights, or how to access medical support. This lack of preparedness not only places them at higher risk of unwanted pregnancies or abuse but also reinforces lifelong patterns of disempowerment and health inequity (OHCHR, 2018; UN Women, 2020).

The invisibility of disabled women in national reproductive health programs and strategies further entrenches these inequalities. National maternal and child health plans in Georgia have historically adopted a one-size-fits-all approach, with little recognition of the specific barriers faced by women with disabilities. Budget allocations rarely prioritize disability-inclusive services, and program indicators seldom disaggregate data by disability status. As a result, progress reports present an incomplete picture of reproductive health outcomes, masking the disproportionate burden borne by disabled women (Georgia Ministry of Health, 2021; Office of the Public Defender of Georgia, 2022).

This invisibility in policy, combined with stigma in practice, creates a hostile environment where reproductive autonomy is undermined at every stage—from accessing a clinic to making informed decisions. The issue is not merely about physical access to gynecological care, but about inclusion in the full spectrum of rights-based, patient-centered reproductive services. Without targeted reforms that address both the structural and attitudinal dimensions of these barriers, Georgia’s commitments to gender equality and disability inclusion will remain aspirational rather than operational.

Despite the persistent challenges faced by women and girls with disabilities in Georgia, international experiences demonstrate that substantial progress is achievable when inclusive strategies are implemented systematically and in consultation with affected communities. Across various countries, targeted initiatives have succeeded in improving healthcare access, ensuring patient dignity, and institutionalizing disability-sensitive service provision. These cases offer valuable insights for Georgia’s ongoing reforms and underline the importance of moving from legal recognition to practical realization (European Commission, 2021; World Health Organization – Europe, 2022).

For instance, in Finland and Estonia, national health systems have integrated barrier-free communication technologies into primary care settings. Sign language interpreters, visual aids, and telehealth platforms designed with accessibility in mind have enhanced patient-provider interactions and improved service satisfaction among disabled populations. In Canada, health equity is institutionalized through the inclusion of disability advocates in local and provincial health boards, where they actively participate in shaping clinical protocols and evaluating service outcomes (OHCHR, 2018; UN Women, 2018).

Some Central and Eastern European countries, such as Croatia and Romania, have implemented monitoring mechanisms that disaggregate healthcare data by disability, gender, and region. These systems allow for real-time assessment of service disparities and enable policymakers to allocate resources more equitably. In Poland, municipalities provide specialized transportation for individuals with mobility impairments, ensuring that physical distance from healthcare facilities does not translate into de facto exclusion (European Disability Forum, 2019).

These innovations share several common features. First, they adopt a rights-based approach that recognizes disabled women not as passive recipients of care but as active agents whose input is crucial to system design. Second, they prioritize cross-sector coordination—linking health, education, transportation, and social protection services in a cohesive framework. Third, they commit to sustained public investment in both infrastructure and human capacity development, recognizing that inclusion is not a one-time expenditure but a continuous process of adaptation and accountability (UNICEF, 2013; WHO, 2021).

Equally important is the shift toward participatory methodologies in public health planning. In several jurisdictions, including parts of Canada and the Netherlands, health institutions have adopted co-creation models, where women with disabilities collaborate with professionals to co-design sexual health campaigns, develop training curricula for providers, and evaluate patient experience metrics. These efforts not only enhance the relevance of health programs but also foster a sense of ownership and trust among marginalized populations (UNFPA Eastern Europe and Central Asia, 2021; International Disability Alliance, 2022).

For Georgia, the lesson is clear: legislative reform is only the beginning. True transformation requires embedding inclusive values into the daily operations of the healthcare system—through participatory governance, universal design, accessible communication, and accountability mechanisms. By drawing on these global practices and tailoring them to local realities, Georgia can move closer to fulfilling its obligations under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and ensuring that no woman is left behind.

Although Georgia has demonstrated formal commitment to international human rights instruments and adopted national laws designed to guarantee equality and access to services, the translation of these commitments into effective implementation remains uneven. Women and girls with disabilities often encounter a healthcare system that is structurally unprepared to meet their specific needs—despite legal guarantees to the contrary. This disconnect between policy rhetoric and practical outcomes exposes deeper issues related to governance, accountability, and institutional culture (Office of the Public Defender of Georgia, 2022; UN Women Georgia, 2021).

One of the core challenges lies in the fragmented nature of service delivery. The division of responsibility across multiple government agencies—without effective coordination or referral mechanisms—creates administrative confusion and leads to gaps in care. For example, although primary care centers may provide certain basic services, the lack of integrated pathways to specialized diagnostic or rehabilitative support often results in missed or delayed treatment. For individuals managing chronic conditions or seeking reproductive care, such delays can have serious health consequences (Disability Rights International, 2020; WHO, 2022).

Even when infrastructure improvements have been made—such as installing ramps or accessible bathrooms—the broader service environment often remains exclusionary. Medical professionals are frequently untrained in disability-sensitive care, and there are few national protocols to guide respectful and inclusive communication. Furthermore, routine consultations frequently assume verbal fluency and visual literacy, effectively excluding patients with hearing or cognitive impairments. The absence of assistive technologies, alternative communication formats, and privacy accommodations continues to compromise both the quality and dignity of care (UNFPA, 2021; WHO Europe, 2022).

Another systemic limitation is the near-total absence of participatory mechanisms for women with disabilities in healthcare planning and oversight. Without their direct input, policies risk reproducing ableist assumptions and overlooking the diverse and intersecting realities of this population. As highlighted in global best practices, the meaningful inclusion of affected individuals in decision-making processes is not only a matter of democratic legitimacy but also a prerequisite for designing effective interventions (OHCHR, 2018; European Commission, 2021).

In addition, the rural–urban divide exacerbates existing inequalities. While women with disabilities living in urban areas may at least theoretically have access to more specialized facilities, those in rural or high-mountain regions often face compounded obstacles—ranging from geographic isolation to cultural taboos that discourage their independent health-seeking behavior. In such areas, healthcare access is further constrained by unreliable public transport, a shortage of qualified providers, and a lack of outreach programs tailored to their needs. This multidimensional exclusion reinforces cycles of poor health, economic dependency, and social invisibility (UNFPA Georgia, 2020; World Bank, 2020).

Ultimately, the failure to bridge the gap between legal norms and lived experience reflects a broader neglect of structural and cultural determinants of health. A rights-based and gender-sensitive transformation of the healthcare system requires not only policy reform but also institutional restructuring, provider training, accessible infrastructure, and ongoing public engagement. Without this, the promise of equality will remain aspirational rather than transformative.

In light of these multilayered and intersecting challenges, it becomes increasingly evident that formal commitments alone are insufficient to ensure meaningful access to healthcare for women and girls with disabilities in Georgia. Rather than being treated as passive recipients of welfare, these individuals must be recognized as rights-holders with unique needs, perspectives, and entitlements. A transformative approach requires that disability be reframed not as a technical issue of infrastructure or clinical diagnosis, but as a complex social condition shaped by structural injustice, policy neglect, and cultural invisibility (World Health Organization, 2011; UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2016).

A key starting point lies in dismantling the pervasive social stigma and institutionalized assumptions that continue to frame women with disabilities as incapable, asexual, or dependent. These misconceptions not only influence public attitudes but also permeate clinical settings and policy decisions, leading to the systematic exclusion of this population from health promotion, sexual and reproductive health services, and patient empowerment frameworks. Overcoming these deeply entrenched barriers calls for a robust, multisectoral, and gender-transformative strategy—one that integrates legal reforms, inclusive education, financial protections, and meaningful public participation (UN Women, 2020; UNFPA EECA, 2021).

Moreover, the monitoring and evaluation of health interventions must move beyond aggregate indicators and incorporate disaggregated data collection that accounts for gender, disability type, geography, socioeconomic status, and age. Only through such nuanced approaches can the hidden layers of exclusion be revealed and addressed. International examples demonstrate the value of embedding intersectionality within data systems, allowing governments to tailor services to real-life conditions rather than to generalized policy assumptions (European Disability Forum, 2019; UNICEF, 2013).

Finally, the research presented in this study aims not merely to document the barriers faced by women and girls with disabilities but to center their voices, experiences, and priorities in the ongoing conversation about healthcare equity in Georgia. Through a mixed-method approach, the study seeks to analyze both the systemic shortcomings and the lived realities that shape health access. The ultimate goal is to generate actionable insights and policy recommendations that will support the development of a healthcare system that is not only technically accessible but also ethically inclusive and socially just.

Methods

The study was conducted as a descriptive, cross-sectional pilot study aimed at assessing access to health services among girls and women with disabilities in Georgia. The primary purpose of this pilot study was to explore existing patterns and barriers to healthcare access and to generate evidence that could inform the development of a larger, more comprehensive analysis.

A structured questionnaire, developed specifically for the study, included both closed-ended and open-ended questions. It was designed to investigate multiple dimensions of healthcare access, including physical accessibility of medical facilities, infrastructural and environmental limitations, transportation-related challenges, financial affordability, access to health-related information, health insurance coverage and experiences with healthcare personnel.

The study employed a non-probability purposive sampling method. Participants were selected according to specific inclusion criteria: having a physical or sensory disability, female sex, age between 18 and 65 years, and at least one recorded interaction with the healthcare system within the past twelve months to ensure that participants’ experiences reflected recent and relevant encounters with the health system.

A total of 50 women were enrolled in the study. Participants were recruited from various regions of Georgia, including urban areas as well as rural and semi-rural (non-urban) localities, in order to reflect geographic and contextual diversity. Data collection was carried out in February 2025 through face-to-face or telephone interviews, based on participants’ preferences and accessibility requirements. The study was conducted by established ethical standards. Before participation, all individuals were provided with detailed information regarding the objectives and procedures of the study, and verbal informed consent was obtained. Participation was entirely voluntary, and confidentiality and anonymity were strictly maintained throughout the research process.

In the second phase of the study, the findings were compared with international data to place the results within a broader global context. Secondary sources included reports and publications from organizations such as the United Nations (UN), the World Health Organization (WHO), the United Nations Population Fund (UNFPA), UN Women, and other institutions working in the fields of disability rights and inclusive healthcare.

Table 1. Socio-Demographic Characteristics of Participants

Living Arrangement	With Family					Alone					
	Age	18-30	31-50	51-65	>65	Total	18-30	31-50	51-65	>65	Total
City											
Tbilisi		30.0 %	13.3%	3.3 %	0.0 %	46.7%	3.3 %	0.0 %	3.3 %	0.0 %	6.7%
Kutaisi		10.0 %	3.3 %	0.0 %	0.0 %	13.3%	0.0 %	3.3 %	3.3 %	3.3 %	10.0%
Rustavi		0.0 %	3.3 %	3.3 %	0.0 %	6.7%	3.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	3.3 %
Batumi		3.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	3.3%	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Village		0.0 %	3.3 %	3.3 %	0.0 %	6.7%	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Other City		0.0 %	3.3 %	0.0 %	0.0 %	3.3%	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Total		43.3 %	26.7%	10.0%	0.0 %	80%	6.7%	3.3 %	6.7%	3.3 %	20.0%

The findings of this study underscore a multifaceted and deeply entrenched set of obstacles that women and girls with disabilities in Georgia encounter when attempting to access healthcare services. These are not isolated inconveniences but systemic barriers that permeate every aspect of the healthcare experience—

ranging from architectural inaccessibility to socio-cultural exclusion. Physical constraints are compounded by infrastructural limitations, social stigma, financial insecurity, lack of accessible information, and insufficient professional competencies.

Table 2 – Distribution of Participant Responses Regarding Structural and Financial Barriers to Healthcare Access

Type of Barrier	Agree (%)	Neutral (%)	Disagree (%)
Physically inaccessible facilities	40%	30%	30%
Lack of adapted transport	60%	20%	20%
health insurance coverage problem	20%	30%	50%
Denied private insurance due to disability	53.3%	30%	16.7%
Insured but clinics not adapted	30%	40%	30%
Out-of-pocket expenses limit care	50%	30%	20%
Delayed/avoided treatment due to cost	50%	25%	25%
Inadequate state financial assistance	70%	20%	10%

Such a constellation of disadvantages results not only in diminished access to healthcare but also in a compromised ability to benefit from preventative measures, early diagnostics, and person-centered, respectful care. These findings align with broader global observations that underscore the intersectionality of health, gender, and disability as a critical axis of inequality (UNFPA Georgia, 2020; WHO, 2021).

One of the most pronounced obstacles identified through the study is the inadequacy of physical infrastructure. Merely 10% of respondents reported that medical facilities met accessibility standards in full. A striking 40% rated the accessibility of facilities at the lowest end of the scale. This gap was particularly evident in rural areas, where architectural challenges, such as outdated Soviet-era buildings, steep staircases, narrow hallways, and the absence of elevators or ramps, render clinics physically inaccessible. The problem is not simply architectural but emblematic of a health system that was never designed with inclusivity in mind. As one woman from the Kakheti region expressed, her arrival at a clinic in a wheelchair was met not with assistance, but with an expectation that she “somehow climb the stairs.” The system’s failure to accommodate even the most basic mobility needs signals a disregard for the presence and dignity of disabled patients.

Transportation emerged as an equally formidable barrier. A significant 60% of participants reported being unable to reach medical facilities due to the unavailability of transport services suitable for people with mobility impairments. In rural areas, this challenge is compounded by long distances, infrequent public transportation, and the absence of any specialized or subsidized options. A particularly revealing narrative came from a woman in Samtskhe-Javakheti who recalled giving birth without ambulance access, relying instead on her family to organize transportation, despite not having sufficient funds. Such scenarios highlight how geographic marginalization, poverty, and disability intersect to create a healthcare desert for large segments of the population.

Age was another important axis of inequality revealed in the study. Younger women (ages 18–30) generally demonstrated higher levels of digital literacy and greater familiarity with available services, often due to exposure through educational institutions or online resources. In contrast, older women (ages 50 and above) reported significantly higher levels of social isolation, diminished autonomy in medical decision-making, and limited support networks. A 63-year-old participant recounted how her gynecologist dismissed her concerns on the grounds of age, stating that she no longer “needed” gynecological care. This paternalistic framing exemplifies how ageism compounds gender and disability-based marginalization, rendering older women invisible within the healthcare system.

Financial constraints constitute another profound and recurring theme in the narratives collected. For women with disabilities, healthcare costs are not merely economic burdens—they represent structural exclusion. A full 20% of participants reported having no health insurance coverage whatsoever, while 53.3% stated that private insurance companies had denied them coverage explicitly due to their disability status. Even among those with formal insurance, multiple respondents described circumstances in which coverage proved illusory. One woman explained that although her package included gynecological services, she was told upon arrival that “the clinic doesn’t have equipment for wheelchair users,” effectively nullifying her

entitlement. Such examples illustrate how financial discrimination intersects with infrastructural inadequacies, transforming formal rights into inaccessible promises.

Beyond formal insurance coverage, out-of-pocket expenses, ranging from transportation and medication to diagnostic tests, often exceed the financial capacity of disabled women, many of whom are unemployed or rely on minimal state benefits. Several participants noted that they had postponed or entirely foregone medical consultations due to cost concerns. This dynamic further exacerbates health inequalities by delaying diagnosis and treatment, particularly for chronic conditions or reproductive health concerns that require regular monitoring.

Equally troubling were the widespread reports of negative experiences with medical personnel. Half of the respondents (50%) had, at least once, been explicitly denied care based on their disability. While denial of service is the most extreme form of exclusion, subtler forms of discrimination were no less damaging. 46.7% of participants reported violations of their privacy or medical data protection, while 26.7% characterized their interactions with healthcare providers as emotionally distressing or humiliating. One woman recounted a consultation in which a gynecologist bluntly asked: “Why do you even need sexual medicine?”—a question that not only dismissed her needs but also invalidated her identity and personhood. Such incidents are not isolated acts of insensitivity; they reflect systemic biases in medical training, where little to no emphasis is placed on disability rights, communication ethics, or inclusive care models.

These findings point to a healthcare environment that frequently fails to meet the standards of dignity, respect, and autonomy to which all patients are entitled. They also highlight a broader cultural issue—where medical knowledge is perceived as hierarchical, and the voice of the patient, particularly a disabled woman, is minimized or dismissed. In this context, healthcare becomes not a site of healing, but of power imbalance, exclusion, and harm.

A particularly pervasive theme that emerged during the analysis was the lack of accessible and comprehensible health information. This deficit operated at both systemic and interpersonal levels. A staggering 90% of respondents reported being unaware of any state-supported health programs or specific services designed for people with disabilities. Even more striking, 96.7% stated that they had never encountered sexual and reproductive health materials presented in accessible formats—such as plain-language brochures, Braille documents, or sign-language videos. These communication gaps not only limited their ability to make informed health decisions but reinforced a broader sense of exclusion and marginalization. Table 3 illustrates the extent of informational deprivation and emotional exclusion experienced by participants during their healthcare journeys.

Table 3 – Participant-Reported Informational and Psychosocial Barriers to Equitable Healthcare Access

Type of Barrier	Agree (%)	Neutral (%)	Disagree(%)
Unaware of healthcare programs	90%	5%	5%
No adapted SRH info available	96.7%	2%	1.3%
Inaccessible digital platforms	70%	20%	10%
Emotionally distressing experiences	26.7%	40%	33.3%
Avoidance due to past mistreatment	40%	30%	30%
Healthcare decisions made without consent	65%	25%	10%
No participation in service planning	100%	0%	0%
No trauma-informed care in system	75%	15%	10%

Several p
tools for improv

for individuals with sensory, cognitive, or technological limitations. As one woman from Adjara put it, “I can’t read websites, and no one explains what it’s about.” This quote encapsulates a larger problem: digital exclusion, far from being a neutral oversight, actively compounds informational inequalities—particularly in a healthcare system increasingly reliant on online appointments, electronic records, and remote consultations.

Beyond information deficits, emotional detachment from the healthcare system emerged as a recurring narrative. Many women described a profound sense of mistrust, fear, and resignation when engaging with medical professionals. This emotional distance was not rooted in irrational fear but in repeated experiences

ten promoted as
out consideration

of dismissal, misunderstanding, or humiliation. As one participant explained, “I don’t go for check-ups anymore—I’ve learned that my concerns won’t be taken seriously.” Such sentiments suggest a dangerous cycle in which alienation leads to avoidance of care, which in turn contributes to deteriorating health outcomes.

This emotional disconnection is not simply a psychological reaction; it reflects systemic deficiencies in the healthcare system’s responsiveness and inclusivity. A truly inclusive healthcare model must go beyond architectural access and address the relational and affective components of care—namely, trust, empathy, and mutual respect. Without these elements, formal accessibility remains insufficient, and health equity becomes unattainable.

These findings also underscore the limitations of standard healthcare quality indicators, which often fail to capture patient experience, satisfaction, or perceptions of dignity. A facility may technically meet national accessibility standards, yet still alienate patients through impersonal service, rushed consultations, or culturally insensitive attitudes. Such experiences are particularly detrimental to disabled women, who already navigate intersecting stigmas and power imbalances in medical encounters.

Another core finding of this study was the minimal level of participation that women and girls with disabilities had in decisions concerning their own healthcare. Chart 3 highlights key indicators regarding access to reproductive services, trauma-informed care, participation in health-related decisions, and availability of adapted information.

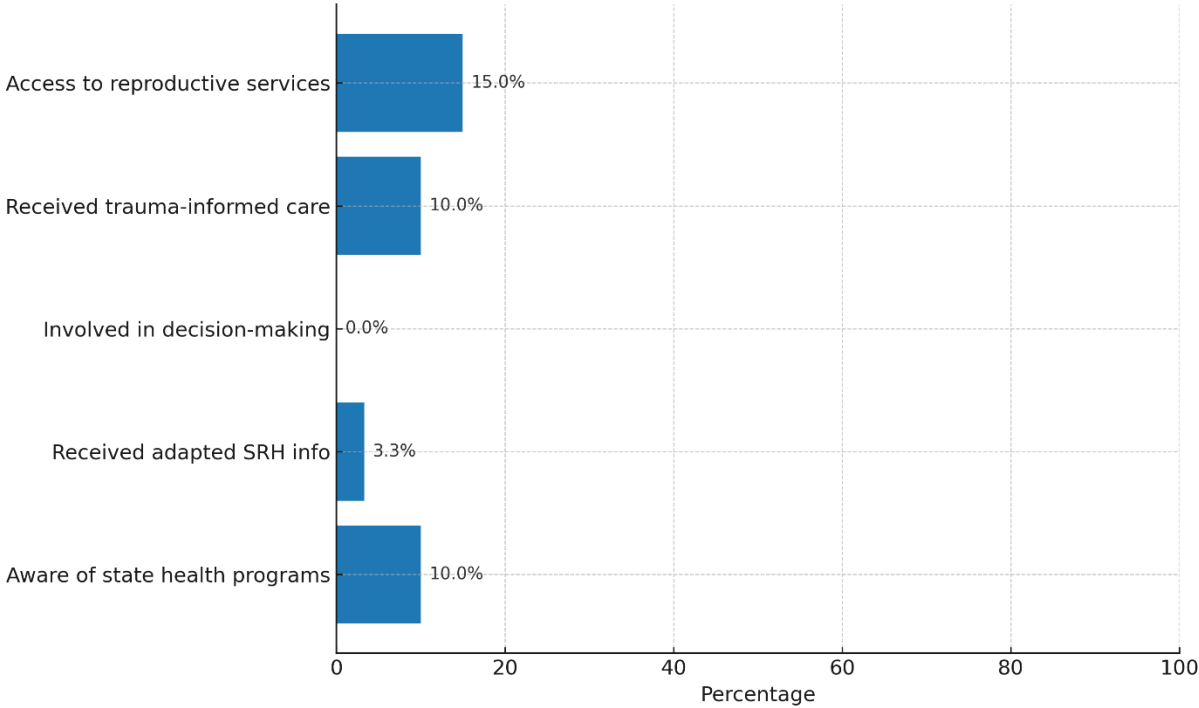


Chart 1. Positive Access to Health Information, Decision-Making, and Reproductive Services among Women with Disabilities

This absence was evident at two levels: first, in the clinical sphere, where patients are often excluded from discussions about their treatment options; and second, in the broader healthcare planning and policy process. Across interviews, many respondents reported that healthcare decisions were made on their behalf—by family members, caregivers, or medical staff—without their informed consent or active involvement.

One participant recalled, “No one asked me whether I would prefer to give birth at home or in the hospital. They simply said: The hospital is not for you.” This kind of paternalism reflects deep-seated societal assumptions about the capabilities and autonomy of disabled women, which not only disempower them but also violate the ethical principle of respect for persons. Genuine participation in health-related decisions requires not only the presence of choice but the availability of clear, accessible information and supportive communication.

On the institutional level, no participants reported being consulted in the design or evaluation of medical services. This lack of representation stands in contrast to international best practices, where participatory approaches—such as advisory boards including disabled individuals or community-based feedback mechanisms—are used to tailor services to real needs. The absence of such models in Georgia limits the healthcare system’s ability to evolve in inclusive and responsive ways.

Compounding the issue of limited participation is the pervasive lack of specialized services. Many participants shared experiences in which their medical concerns were dismissed or “collapsed” into their disability. Instead of receiving individualized diagnostics or treatment, their symptoms were attributed to their disability as an undifferentiated category. For example, women with mobility impairments who reported gynecological discomfort were often told that “pregnancy would be too dangerous” without further investigation into the underlying health issue.

This clinical reductionism fails to recognize the diverse health needs of women with disabilities and underscores the urgent need for training medical professionals in intersectional, rights-based care. Currently, specialized services—especially in reproductive and mental health—are either concentrated in urban centers or lacking altogether. In smaller towns and rural areas, women often have no access to gynecologists trained to work with people with disabilities, nor are there programs that offer psychological support tailored to their lived experiences.

One woman reported, “I went to the clinic for a routine checkup, but the doctor didn’t even speak to me directly—he asked my sister everything, as if I wasn’t there.” This erasure of voice and agency contributes to a broader pattern of exclusion that extends beyond the medical encounter and permeates social institutions more broadly.

Beyond the tangible and logistical challenges outlined above, the study illuminated deeper structural inequalities that fundamentally shape the healthcare experiences of women and girls with disabilities in Georgia. These inequalities are embedded not only in the healthcare system but also in the broader cultural and institutional frameworks that govern social life. They manifest in subtle yet powerful ways—in how needs are defined, how resources are allocated, and whose voices are deemed worthy of inclusion in policy discourse.

For example, while many clinics may technically offer “universal” services, the reality is that these services are standardized around an able-bodied, male-centric norm. Such default assumptions render the needs of disabled women invisible. As one respondent put it, “Everything is set up for a ‘normal’ patient. If you don’t fit that mold, you’re on your own.” This institutional design bias reinforces exclusion and normalizes neglect, as services are not proactively adapted to the diversity of patients they are meant to serve.

Moreover, cultural stigmas surrounding both disability and gender continue to restrict the autonomy and social integration of these women. Participants repeatedly emphasized that societal narratives often depict them as dependent, fragile, or asexual. These reductive views are internalized not only by the public but also by healthcare providers, policymakers, and even the women’s own families. As a result, their health concerns are deprioritized, their reproductive choices questioned, and their pain frequently dismissed.

This culture of disregard has real-world consequences. Some women described avoiding clinics altogether, not because they lacked physical access, but because they feared humiliation, judgment, or mistreatment. Others mentioned being reluctant to disclose their symptoms or concerns, particularly when related to sexual or reproductive health, due to a lack of trust in the system. In this context, healthcare becomes not a site of healing, but one of vulnerability and marginalization.

The emotional toll of this experience is substantial. Feelings of alienation, fear, and powerlessness permeated many of the interviews. These emotions are not incidental—they are the product of sustained exclusion from institutions that are meant to serve the public good. When a woman cannot access routine care without fear of being shamed or silenced, the principle of health as a human right is severely compromised.

Taken together, these findings underscore that access to healthcare is not solely a matter of ramps, elevators, or digital interfaces. It is also about inclusion in the social contract. When women with disabilities are excluded from that contract—through underfunded policies, untrained personnel, inaccessible communication, and a pervasive culture of low expectations—then health equity becomes impossible.

A recurring theme throughout the study was the emotional and psychological impact of exclusion, humiliation, and invisibility within healthcare settings. Many participants described their encounters with the medical system not just as physically difficult or financially burdensome, but as deeply wounding experiences that eroded their sense of self-worth and autonomy. This layer of emotional harm adds a critical dimension to our understanding of healthcare inequality—one that quantitative indicators alone cannot capture.

Several women recalled being infantilized during medical consultations. Others were met with silence, indifference, or overt disbelief when expressing symptoms or requesting reproductive care. These interactions often left long-lasting scars. As one participant from Imereti noted: “It wasn’t the stairs or the lack of ramps that hurt the most, it was when the nurse looked at me like I didn’t belong here.” This comment exemplifies how infrastructural exclusion is often accompanied and compounded by symbolic violence.

This form of psychological marginalization is not an accidental byproduct of underfunded systems; it is embedded in the ethics—or lack thereof—of professional practice. Many healthcare providers lack training in respectful, inclusive communication and often make harmful assumptions based on gender and disability. For instance, one woman described being asked, “Why are you worried about gynecology? That’s not your

problem.” Such remarks are not just dismissive; they are forms of epistemic injustice—denying the person’s right to be taken seriously as a knower of their own body and needs.

The failure to uphold informed consent protocols was another deeply troubling finding. Participants with intellectual or sensory impairments frequently reported situations in which decisions were made on their behalf without proper explanation or acknowledgment of their agency. This not only violates international legal standards such as those outlined in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), but also undermines basic principles of medical ethics—autonomy, beneficence, and justice.

Additionally, the near-complete absence of trauma-informed care frameworks in the Georgian healthcare system was evident. Several women disclosed prior experiences of abuse or institutional neglect, yet found that their histories were never acknowledged or addressed by clinicians. This lack of recognition perpetuates re-traumatization and leaves already vulnerable individuals feeling unsafe in environments meant to promote healing.

The emotional distancing that results from these patterns of exclusion has a chilling effect on health-seeking behaviors. Many women reported avoiding care altogether, even when in pain, due to previous negative experiences. This creates a feedback loop: exclusion leads to disengagement, which in turn exacerbates health inequalities.

From an ethical perspective, these findings point to a failure not only of technical provision but of moral responsibility. Healthcare systems are not neutral bureaucracies; they are expressions of collective values. When they fail to include the most marginalized, they signal that certain lives are less valued, certain voices less heard. This is why health equity cannot be pursued solely through infrastructure or policy reform. It must also involve a cultural transformation in how dignity, empathy, and justice are embedded in everyday care practices.

A particularly significant aspect of the findings is the near-total absence of women and girls with disabilities from decision-making processes—whether at the level of individual medical care, institutional governance, or national policy formulation. Participants repeatedly emphasized that they were not consulted about their treatment preferences, birth plans, or follow-up care. Instead, decisions were often made for them, based on generalized assumptions rather than individualized assessments.

This exclusion is not merely procedural—it is deeply political. It reflects the structural power imbalances that define the relationship between healthcare institutions and marginalized groups. One participant from Samegrelo recounted: “They told me the hospital wasn’t safe for someone like me. So they decided I would stay home. I didn’t agree, but they didn’t ask.” This experience underscores a broader reality: medical care is frequently designed and delivered in ways that presume passivity on the part of disabled women, denying them the status of active agents in their health journeys.

Institutionalized paternalism—especially in reproductive care—was a recurring theme. Many participants described situations in which their reproductive choices were preemptively judged or limited. Some were advised not to have children based solely on their disability status. Others were offered permanent contraceptive methods without thorough discussion of alternatives or future implications. Such practices reflect not only a lack of medical nuance but also a failure to respect legal and ethical standards around bodily autonomy and reproductive justice.

Moreover, the absence of women with disabilities from institutional and political forums ensures that their needs remain invisible in health policy design and implementation. Despite the existence of legal frameworks that mandate inclusion, practical mechanisms for participation remain weak or symbolic. Very few healthcare boards or committees include representatives of the disabled community. Even fewer initiatives provide accessible consultation formats—such as easy-to-read materials or sign language interpretation—that would enable meaningful engagement.

This lack of participatory infrastructure exacerbates policy blind spots. Health strategies are developed based on the majority needs and generalized indicators, with little recognition of intersectional vulnerabilities. For example, while Georgia’s national health strategy (2021–2027) emphasizes maternal and child health, it lacks specific goals or metrics related to women with disabilities. This omission perpetuates cycles of exclusion, as invisible problems are rarely prioritized in budget planning or service development.

Additionally, community-level support systems—such as patient advocacy groups, self-help collectives, or local health councils—are either non-existent or poorly integrated with national healthcare agendas. Women with disabilities who seek to organize and voice their concerns often face logistical, financial, or social barriers, further weakening collective advocacy capacity. This fragmentation undermines the potential for transformative change.

These dynamics collectively amount to structural marginalization. They show that barriers to healthcare are not accidental or isolated but are embedded in institutional norms, bureaucratic procedures, and political hierarchies. The effect is a systematic denial of agency, voice, and presence in spaces where critical health-related decisions are made.

To redress this imbalance, it is not enough to “include” disabled women as passive beneficiaries of reform. Instead, they must be recognized and empowered as co-creators of healthcare systems—through inclusive planning, accessible policy platforms, and participatory monitoring mechanisms. Without this shift, even the most well-intentioned policies risk reproducing the very inequalities they aim to eliminate.

Conclusions

This study demonstrates that access to healthcare for women and girls with disabilities in Georgia is hampered not only by visible physical barriers, but also by deeply entrenched social inequalities and institutional neglect. The challenges identified point to structural failures in a system that, in its current form, is unable to fairly reflect diversity. This reality highlights that simply referring to legal frameworks and international conventions is not enough. As long as these standards are not actively translated into political strategies, medical practices, and societal attitudes, they remain ineffective for those who need support most. Critical is the recognition that discrimination is not always loud or visible – it often operates through silence, through a lack of communication, through the passive ignoring of individual needs. When women with disabilities are structurally excluded from decision-making processes, when their perspectives are missing from planning, care, and communication, then equality becomes an empty promise.

Healthcare is a reflection of societal values. When patients are reduced to objects, they not only lose their status as citizens with rights, but also their self-efficacy as agents in their own lives. This is precisely why a systemic response is needed – one that sees institutional inclusion not as an add-on, but as a prerequisite for quality.

It is not enough to simply remove barriers. It is important to create spaces where participation is actively promoted – through accessible information, through trained and empathetic professionals, and through targeted programs for disadvantaged groups. Only in such a framework can women with disabilities experience healthcare as something that is not distant, abstract, or degrading – but accessible, fair, and respectful.

The conclusion of this study is therefore not purely academic: it is a call for responsibility – at the political, institutional, and societal levels. Health must not be negotiated based on gender, disability, or socioeconomic status. It must be treated as a universal human right – concrete, binding, and inclusive.

Recommendations

After analyzing the existing challenges, it becomes clear that Georgia needs more than political declarations of intent – it needs concrete, systemically embedded measures to effectively improve access to healthcare for women and girls with disabilities. The recommendations presented here are based not only on the findings of this study, but also on best international practices and existing commitments under human rights conventions.

A key area of action is the structural accessibility of medical facilities. Accessibility must not be viewed as a voluntary measure but must be enshrined in law as a binding standard. This includes ramps, adapted entrances, tactile guidance systems, and accessible sanitary facilities. In countries such as Romania and Croatia, systematic modifications have been implemented with the support of the European Commission, leading to a significant increase in the use of medical services by people with disabilities (European Disability Forum, 2021).

The issue of limited mobility, especially in rural areas, requires special attention. Many women simply cannot reach medical facilities. In Poland, municipal transport services specifically for people with disabilities were introduced, significantly increasing participation in planned medical interventions (UNFPA, 2020). A similar model could also be implemented in Georgia – for example, through cooperation between municipalities and civil society organizations.

Another focus is on training medical professionals. The study's findings demonstrate a lack of sensitivity and knowledge in dealing with patients with disabilities. This affects not only practical procedures but also fundamental attitudes towards sexual and reproductive health. The WHO's guidelines emphasize the need for mandatory training for professionals who address the needs of people with

disabilities (WHO, 2022). Such training should become an integral part of medical education and professional development in Georgia.

Access to understandable information also urgently needs to be improved. 96.7% of the women surveyed reported never being informed about their reproductive rights or existing programs – certainly not in accessible formats. Finland and Estonia are demonstrating how things can be done differently: Materials in simple language, with symbols, and in Braille have sustainably strengthened the health literacy of people with disabilities (UN Women, 2021). A similar offering is also needed in Georgia, both online and in local facilities.

In addition to structural changes, greater political participation is also needed. In Croatia, an indicator-based monitoring system was introduced that regularly assesses access to healthcare and feeds into policy planning processes (European Commission, 2021). Such an evidence-based steering instrument could also help Georgia not only document progress but also drive it forward in a targeted manner.

Ultimately, it is clear that the implementation of these recommendations is not possible without a long-term political commitment. If Georgia is willing to undertake comprehensive structural and educational reforms, a health care system can emerge that not only appears inclusive on the surface but respects the rights, needs, and dignity of all citizens – regardless of disability, place of residence, or social status.

References:

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Disability and health overview*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>

Disability Rights International. (2020). *Abandoned & disappeared: Segregation and abuse of children and adults with disabilities in Georgia*. <https://www.driadvocacy.org>

Elorduy, J. L., & Gento, Á. M. (2025). Accessibility of public transport for people with disabilities: A systematic literature review. *Transport*, 40(1), 74–93. <https://doi.org/10.3846/transport.2025.23562>

European Commission. (2021). *Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030*. <https://ec.europa.eu/social>

European Disability Forum. (2019). *Access to healthcare for persons with disabilities in Europe*. <https://www.edf-feph.org>

Ganle, J. K., Baatiema, L., Quansah, R., & Danso-Appiah, A. (2020). Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(10), e0238585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238585>

Law of Georgia on the Rights of Persons with Disabilities, No. 6531, Parliament of Georgia (2020).

Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Women S Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01189-5>

Parish, S. L., & Huh, J. (2006). Health care for women with disabilities: Population-based evidence of disparities. *Health & Social Work*, 31(1), 7–15. <https://doi.org/10.1093/hsw/31.1.7>

Office of the Public Defender of Georgia. (2022). *The rights situation of women and girls with disabilities in Georgia*. <https://ombudsman.ge/res/docs/2022032319395428522.pdf>

Saleeby, P. W., & Hunter-Jones, J. (2016). Identifying Barriers and Facilitators to Breast Health Services among Women with Disabilities. *Social Work in Public Health*, 31(4), 255–263. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137509>

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2016). *General comment No. 3 on women and girls with disabilities* (CRPD/C/GC/3). <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/general-comments>

UN Women. (2020). *Women with disabilities in Eastern Europe and Central Asia*. UN Women Regional Office for Europe and Central Asia. <https://eca.unwomen.org>

UN Women. (2021). *Making healthcare services inclusive for women and girls with disabilities*. UN Women Georgia. Retrieved from <https://georgia.unwomen.org>

UNFPA Georgia. (2021). *Situation Analysis of the Rights of People with Disabilities in Georgia*. United Nations Population Fund Georgia. Retrieved from <https://georgia.unfpa.org/en>

UNFPA Eastern Europe and Central Asia. (2021). *Integrating the rights and needs of women and young persons with disabilities into sexual and reproductive health services*. United Nations Population Fund Eastern Europe and Central Asia. Retrieved from <https://eeca.unfpa.org>

UNDP Georgia (2021). *Situation analysis of the rights of people with disabilities in Georgia*. United Nations Development Programme. Retrieved from <https://www.undp.org/georgia>

UNICEF. (2013). *The State of the World's Children 2013: Children with disabilities*. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org.uk/publications/sowc-report-2013-children-with-disabilities/>

World Bank. (2013). *Inclusion matters: The foundation for shared prosperity*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16195>

WHO. (2011). *World report on disability*. World Health Organization <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>

WHO. (2022). *Disability and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

WHO – Europe. (2022). *The WHO European framework for action to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities 2022–2030*. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776222002514>

WHO. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>



ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics & Sociology

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

ნდობის კრიზისი ციფრულ ეპოქაში: სამოქალაქო ჩართულობის პოტენციალი და შეზღუდვები საქართველოში

The Crisis of Trust in the Digital Age: Potential and Limitations of Civic Engagement in Georgia

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.10>

თამარ ჩარკვიანი¹

Tamar Charkviani¹

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a tcharkviani@cu.edu.ge

<https://orcid.org/0000-0002-7936-9526>

აბსტრაქტი

შესავალი: კვლევის მიზანია სამოქალაქო ჩართულობასა და პოლიტიკურ ნდობაზე ციფრული ტექნოლოგიების გავლენის კომპლექსური ანალიზი მიუხედავად ონლაინ აქტივიზმისა და ციფრული ჩართულობის მზარდი ტენდენციისა, ინსტიტუციური ნდობის დონე კვლავაც დაბალია. აღნიშნული წინააღმდეგობა განპირობებულია როგორც საბჭოთა მემკვიდრეობით, ისე პოლიტიზებული მედიაგარემოთი, დეზინფორმაციის გავრცელებითა და აგრესიული რიტორიკის დომინირებით, რაც ხელს უწყობს მოქალაქეთა ნიჰილიზმსა და აპათიის გაღრმავებას. **მეთოდოლოგია:** კვლევა ეფუძნება ტრიანგულაციურ დიზაინს, რომელიც აერთიანებს რაოდენობრივ და თვისებრივ მიდგომებს. გამოყენებულია რეტროსპექტიული დოკუმენტური ანალიზი (2010–2024 წლების კვლევების საფუძველზე), რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზი (CRRC, NDI), ექვსი თვისებრივი ინტერვიუ სამოქალაქო სექტორისა და მედიის ექსპერტებთან, ასევე სოციალური მედიის კონტენტ-ანალიზი. **შედეგები:** ციფრული ტექნოლოგიები მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სამოქალაქო თვითგამოხატვასა და ინფორმირებულობის ზრდას, თუმცა ეს აქტივობა ვერ გარდაიქმნება მდგრად და სტრუქტურულ ჩართულობად. სოციალურ მედიაში დეზინფორმაციის გავრცელება, საინფორმაციო გარემოს ფრაგმენტაცია და პოლარიზებული რიტორიკა არსებითად ამძიმებს საზოგადოებრივ დისკურსს და ამცირებს პოლიტიკური ნდობის დონეს. ციფრული სივრცის გაფართოების მიუხედავად, ინსტიტუციური ნდობა კვლავაც დაბალია, რაც განაპირობებს პოლიტიკურ პასიურობას. ეს დინამიკა ადასტურებს, რომ ტექნოლოგიური პროგრესი თავისთავად არ უზრუნველყოფს დემოკრატიის გაძლიერებას. ციფრული აქტივიზმი საფრთხის წინაშე დგება, როდესაც ის კარგავს კავშირს ინსტიტუციურ ნდობასთან. **დასკვნა:** ციფრული დემოკრატია საქართველოში ფუნქციონირებს წინააღმდეგობრივი ველის პირობებში. სამოქალაქო აქტივობის გაძლიერებისთვის აუცილებელია არა მხოლოდ ტექნოლოგიური ხელმისაწვდომობის გაფართოება, არამედ მედიაწიგნიერების ამაღლება, ინსტიტუციური გამჭვირვალობისა და ანგარიშვალდებულების ზრდა.



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

საკვანძო სიტყვები: ციფრული დემოკრატია, სამოქალაქო ჩართულობა, პოლიტიკური ნდობა, დეზინფორმაცია, დემოკრატიზაცია.

ციტატა: თამარ ჩარკვიანი: ნდობის კრიზისი ციფრულ ეპოქაში: სამოქალაქო ჩართულობის პოტენციალი და შეზღუდვები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 2025; 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.10>.

Abstract

Introduction: This article examines the complex impact of digital technologies on civic engagement and political trust in contemporary Georgia. The central issue emerges from the paradox of digital democracy: although online activism and digital participation have become increasingly prevalent, levels of institutional trust remain persistently low. This paradox is shaped by the legacy of the Soviet past, the dynamics of a politicized media environment, the proliferation of disinformation, and the dominance of aggressive rhetoric—all of which reinforce civic nihilism and deepen political apathy. **Methodology:** The study employs a triangulated research design that integrates quantitative and qualitative approaches. It draws on a retrospective documentary review (covering studies conducted between 2010 and 2024), analysis of quantitative data (CRRC, NDI), six qualitative interviews with civil society and media experts, and a content analysis of social media platforms. The chronological focus is the post-2020 period, characterized by the intensification of digital politics. **Results:** The findings demonstrate that while digital technologies substantially enhance civic self-expression and public awareness, this activity does not translate into sustainable or structurally embedded engagement. The spread of disinformation, the

fragmentation of the information environment, and the prevalence of polarized rhetoric significantly constrain public discourse and erode political trust. Despite the growing scope of the digital sphere, institutional trust remains low, perpetuating political passivity. **Conclusion:** The study highlights that technological advancement, by itself, does not ensure the consolidation of democracy. Digital activism becomes fragile when disconnected from institutional trust, situating digital democracy in Georgia within a field of profound contradiction. Strengthening civic participation requires not only expanding technological access but also improving media literacy, institutional transparency, and accountability. Addressing this paradox calls for interdisciplinary and innovative research approaches.

Keywords: digital democracy, civic engagement, political trust, disinformation, democratization.

Quote: Tamar Charkviani. The Crisis of Trust in the Digital Age: Potential and Limitations of Civic Engagement in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2025; 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.10>

შესავალი

ციფრული ტექნოლოგიების ინტეგრაცია პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ სივრცეში თანამედროვე დემოკრატიის ერთ-ერთ ყველაზე წინააღმდეგობრივ ასპექტად ჩამოყალიბდა. ერთი მხრივ, ტექნოლოგიური პროგრესი ქმნის ახალ შესაძლებლობებს სამოქალაქო აქტივიზმისთვის, ინფორმირებულობის ზრდისა და პოლიტიკური პროცესების გახსნისთვის; მეორე მხრივ კი წარმოშობს ახალ ტიპის საფრთხეებს – ინფორმაციულ გადატვირთვას, დეზინფორმაციის გავრცელებას, სიძულვილის ენას და პოლიტიკურ მანიპულაციას (Sunstein, 2018).

საქართველოში აღნიშნული წინააღმდეგობები განსაკუთრებით მწვავედ ვლინდება. მიუხედავად ინტერნეტ ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებისა და სოციალური მედიის ფართო გამოყენებისა, პოლიტიკური ნდობის დონე ქვეყანაში კვლავ სტაბილურად დაბალია. ინსტიტუციური უნდობლობის ფონი, რომელიც საბჭოურ მემკვიდრეობასთან, პოლიტიკურულ მედიაგარემოსა და ბიპოლარულ პოლიტიკურ კულტურასთანაა დაკავშირებული, ხელს უშლის ციფრული ჩართულობის კონსტრუქციულ ტრანსფორმაციას (Freedom House, 2023). პოლიტიკურ პლატფორმებზე დისკუსიის ფრაგმენტაცია, სოციალურ მედიაში დომინანტური აგრესიული რიტორიკა და დეზინფორმაციული კამპანიები ხელს უწყობს არა სამოქალაქო აქტივიზმის განმტკიცებას, არამედ საზოგადოების ნიჰილიზაციასა და პოლიტიკური აპათიის გაღრმავებას (CRR, 2023).

შესაბამისად, საქართველოს შემთხვევა მიაჩნება ციფრული დემოკრატიის პარადოქსზე — ტექნოლოგიური ხელმისაწვდომობა და ონლაინ აქტივიზმის ზრდა ხშირად არ ექცევა დემოკრატიული პროცესების გაღრმავების სამსახურში.

კვლევის მიზანია გაანალიზოს, როგორ მოქმედებს ციფრული პლატფორმები — სოციალური მედია, ელექტრონული პეტიციები, ონლაინ კამპანიები — სამოქალაქო ჩართულობასა და პოლიტიკური ნდობის ფორმირებაზე. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა იმ ფაქტორებს, რომლებიც მიუხედავად ციფრული აქტივიზმის ზრდისა, განაპირობებენ ინსტიტუციური ნდობის დეგრადაციას და მოქალაქეობრივი აპათიის შენარჩუნებას.

საკვლევი კითხვები:

- როგორ მოქმედებენ ციფრული პლატფორმები სამოქალაქო აქტივიზმზე და საზოგადოების პოლიტიკურ მობილიზაციაზე საქართველოში?
- როგორია ამ პლატფორმების გავლენა ინსტიტუციური ნდობის ფორმირებასა და გაღრმავებაზე?
- რა როლს ასრულებს დეზინფორმაცია ციფრული დემოკრატიის კრიზისში?

მეთოდოლოგია

კვლევა ეფუძნება ტრიანგულაციური დიზაინის გამოყენებას, რაც გულისხმობს მრავალფეროვანი მონაცემების შეგროვების და ანალიზის, ვალიდობისა და სანდობის

გაზრდასა და მრავალმხრივი ინტერპრეტაციის შესაძლებლობას (Creswell & Plano Clark, 2011). შერჩეული სტრატეგია აერთიანებს რაოდენობრივ და თვისებრივ კომპონენტებს და ეფუძნება შემდეგ ინსტრუმენტებს:

- რეტროსპექტიული დოკუმენტური ანალიზი — გაანალიზდა 2010–2024 წლებში გამოქვეყნებული ეროვნული და საერთაშორისო კვლევები ციფრული დემოკრატიის, სამოქალაქო ჩართულობისა და პოლიტიკური ნდობის შესახებ (CRRC, 2023; Freedom House, 2023; CTC, 2022; Social Justice Center, 2022).
- რაოდენობრივი ანალიზი — გამოყენებულია სოციოლოგიური გამოკითხვების მონაცემები (CRRC, 2020–2023; NDI, 2020–2023), რომლებიც ასახავს მოსახლეობის პოლიტიკურ განწყობებს, ციფრულ ჩართულობასა და ელექტორალურ ქცევას.
- თვისებრივი ინტერვიუები — ჩატარდა ექვსი ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუ სამოქალაქო სექტორის, მედიატექნოლოგიებისა და პოლიტიკური ანალიზის ექსპერტებთან ციფრული ჩართულობის შეფასების მიზნით.
- სოციალური მედიის კონტენტ-ანალიზი — შესწავლილ იქნა პოლიტიკურად აქტიური Facebook-ისა და YouTube-ის გვერდები, მომხმარებელთა კომენტარები, დეზინფორმაციული ნარატივების სტრუქტურა და პოლარიზაციის ხელშეწყობი ტენდენციები (ISFED, 2022).

ქრონოლოგიური დიაპაზონი და მიზანი

კვლევა ფარავს 2020 წლის შემდგომ პერიოდს — პერიოდს, რომელიც უკავშირდება COVID-19-ის პანდემიას, საპარლამენტო არჩევნებს და ციფრული პოლიტიკის ინტენსიფიკაციას. პარალელურად განიხილება წინა წლების ტენდენციებიც ციფრული დემოკრატიის ევოლუციის გასაანალიზებლად. ციფრული ჩართულობის ზრდისა და პოლიტიკური ნდობის კლების პარალელური დინამიკა მიუთითებს იმაზე, რომ ტექნოლოგიური პროგრესი არ ნიშნავს დემოკრატიის ავტომატურ გაძლიერებას. პირიქით — როდესაც მოქალაქეები აქტიურნი არიან ციფრულ სივრცეში, მაგრამ უგულვებელყოფენ ინსტიტუტებს, დემოკრატია საფრთხის ქვეშ დგება (Zuboff, 2019).

ციფრული დემოკრატიის თეორიული საფუძვლები და კრიტიკული ინტერპრეტაციები

ციფრული დემოკრატია თანამედროვე სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებებში ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური და საკამათო თემა გახლავთ. მისი ძირითადი თეორიული პრინციპი ეფუძნება მოსაზრებას, რომ ციფრული ტექნოლოგიების — ინტერნეტის, სოციალური მედიის და სხვადასხვა ონლაინ პლატფორმების — გამოყენება ხელს უწყობს დემოკრატიული მონაწილეობის გაღრმავებას, მოქალაქეთა პოლიტიკური ჩართულობის ზრდას, რაც საბოლოოდ უწყობს მმართველობის ანგარიშვალდებულების განმტკიცებას. რობერტ დალი, დემოკრატიული თეორიის კლასიკური ავტორი, დემოკრატიას აღიქვამს, როგორც პროცესს, რომელიც მოითხოვს მოქალაქეთა ინფორმირებულობას, ჩართულობას და თანასწორ წვდომას საჯარო დისკუსიაზე. ციფრული ტექნოლოგიები თითქოს აფართოებენ ინფორმაციულ წვდომას, ამარტივებენ პოლიტიკური დებატების სივრცეს და აჩქარებენ მობილიზაციის პროცესებს. თუმცა, თავად დალი სკეპტიკურად უყურებდა უშუალო (direct) დემოკრატიის ტექნოლოგიურ ფორმებს და აღნიშნავდა, რომ ასეთი „მონაწილეობა“ შესაძლოა მხოლოდ ფორმალურად იყოს წარმოდგენილი, მაშინ როცა რეალური გადაწყვეტილებების მიღება კვლავ დახურულ და არადემოკრატიულ სივრცეებში ხდება (Dahl, 1989).

ციფრული დემოკრატიის ოპტიმისტური ხედვები ხაზს უსვამენ ინტერნეტის პოტენციალს დემოკრატიის გასაფართოებლად. დალბერგის მიხედვით, ახალი მედიაგაგვლენიანი პლატფორმები, თუ სწორად იქნება გამოყენებული, ამცირებენ პოლიტიკურ დისტანციას მოქალაქესა და ხელისუფლებას შორის (Dalberg, 2015). ჯენკინსი, ფორდი და გრინი სოციალური მედიის პლატფორმებს განიხილავენ როგორც „მონაწილეობითი კულტურის“ (participatory culture) ნაწილს, რაც აფართოებს დელიბერაციული დემოკრატიის შესაძლებლობებს და აძლიერებს სამოქალაქო ხმას (Jenkins et al., 2016).

თუმცა, ამ ენთუზიაზმს ეწინააღმდეგებიან კრიტიკული თეორეტიკოსები, რომლებიც ციფრული ტექნოლოგიების მხრიდან ძალაუფლების რეპროდუქციასა და კონცენტრაციაზე მიუთითებენ. მანუელ კასტელსი აღნიშნავს, რომ კომუნიკაციის ახალი ქსელები, ფორმალურად დემოკრატიული ფუნქციის მიუხედავად, შესაძლოა გახდეს ცენტრალიზებული ძალაუფლების იარაღი. მისი აზრით, ციფრული კომუნიკაცია სულ უფრო მეტად ექვემდებარება ტექნოლოგიური გიგანტების გავლენას, რომლებიც მონოპოლიზებული ალგორითმების საშუალებით აკონტროლებენ ინფორმაციულ ნაკადს და, შესაბამისად, პოლიტიკურ ჩართულობასაც (Castells, 2011).

კრიტიკული ავტორი ევგენი მოროზოვი ხაზს უსვამს, რომ ციფრული მექანიზმები შესაძლოა გამოყენებული იყოს არა დემოკრატიის გასაძლიერებლად, არამედ მოსახლეობის მონიტორინგისა და კონტროლის მიზნით — განსაკუთრებით ავტორიტარულ რეჟიმებში. მოროზოვის შეფასებით, ინტერნეტი თავისთავად არ არის თავისუფლების გარანტი და მისი დემოკრატიული პოტენციალი მჭიდროდ არის დაკავშირებული კონტროლის მექანიზმებთან (Morozov, 2013).

კას სანშტეინი იკვლევს სოციალურ მედიის ალგორითმების როლს „ფილტრის ბუშტების“ (filter bubbles) წარმოქმნაში, სადაც მოქალაქეები ეცნობიან მხოლოდ მათ შეხედულებებთან თავსებადი ინფორმაციას. ამის შედეგად, პოლიტიკურ დისკურსში იკლებს აზრთა მრავალფეროვნება და იზრდება პოლარიზაცია, რაც დემოკრატიულ პროცესებს საფრთხეს უქმნის. სანშტეინი ხაზს უსვამს, რომ ციფრული პლატფორმების „კონტროლის არქიტექტურები“ ქმნიან ინფრასტრუქტურას, რომელიც საფრთხეს უქმნის არა მხოლოდ ინფორმაციულ მრავალფეროვნებას, არამედ თვით დემოკრატიულ მმართველობასაც (Sunstein, 2018).

ციფრული დემოკრატიის თეორიული დებატები ძირითადად ორი პარადიგმის ირგვლივ ვითარდება: ციფრული გაძლიერების (Empowerment) და მონაცემთა ექსპლუატაციის (Exploitation). ერთის მხრივ, ტექნოლოგიები აღქმულია როგორც ინსტრუმენტი მოქალაქეების გაძლიერებისა, რაც უწყობს ხელს უფრო მეტ მობილიზაციას, მრავალმხრივ ჩართულობას და გამჭვირვალობას. მეორეს მხრივ, სწორედ ამ მექანიზმებით ხდება ინფორმაციის მანიპულაცია, საზოგადოებრივი აზრის სტრუქტურირება და პოლიტიკური კონტროლის გაძლიერება. ზუბოფის ხედვით, ციფრული ეპოქა წარმოადგენს „მეთვალყურეობის კაპიტალიზმის“ (surveillance capitalism) სივრცეს, სადაც მონაცემებზე დაფუძნებული ეკონომიკური მოდელები მოქალაქეებს არ აღიქვამენ, როგორც აქტიურ პოლიტიკურ სუბიექტებს, არამედ როგორც მონაცემთა რესურსებს, რაც მათი თანხმობის გარეშე ხდება და საფრთხეს უქმნის დემოკრატიულ თავისუფლებებსა და პიროვნულ ავტონომიას (Zuboff, 2019).

აღნიშნული თეორიული პანორამა, რომელიც აერთიანებს ოპტიმისტურ და კრიტიკულ პერსპექტივებს, მნიშვნელოვან კონტექსტს ქმნის ტრანზიციული დემოკრატიისთვის, როგორცაა საქართველო. ინსტიტუციური ნდობის კრიზისის პირობებში, სოციალური მედია პლატფორმებზე დაფუძნებული ციფრული მონაწილეობის ფორმები შესაძლოა წარმოშვას როგორც ახალი დემოკრატიული ჩართულობის შესაძლებლობები, ასევე პოლიტიკური აქტივობის იმიტაციის რისკები.

დეზინფორმაცია და დემოკრატიული პროცესების დეგრადაცია

ციფრული მედიის პოპულარობამ არსებითად შეცვალა პოლიტიკური ინფორმაციის მიღების, გავრცელებისა და ინტერპრეტაციის ფორმები. თუმცა, ამავე პროცესთან ერთად, მზარდი საფრთხეები წარმოიშვა, რომელთაგან ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვანია დეზინფორმაციის ზრდა და მისი ზემოქმედება დემოკრატიული პროცესების დეგრადაციაზე (Wardle & Derakhshan, 2017).

თანამედროვე საინფორმაციო ეკოსისტემაში სოციალური მედიის პლატფორმები — განსაკუთრებით Facebook და YouTube — დეზინფორმაციული კამპანიების მთავარი არხებად იქცა (Allcott & Gentzkow, 2017). აღნიშნული კამპანიები არ შემოიფარგლება მხოლოდ არასწორი ინფორმაციის გავრცელებით; ისინი სისტემატურად უწყობენ ხელს მოქალაქეთა ნდობის შერყევას დემოკრატიული ინსტიტუტების — მათ შორის პოლიტიკური პარტიებისა და

საარჩევნო მექანიზმების — მიმართ, რაც საფრთხეს უქმნის დემოკრატიული მმართველობის სტაბილურობას.

„ჩვენ ვხედავთ კარგად ორგანიზებულ კამპანიებს, რომლებიც მიზანმიმართულად ცდილობენ პოლიტიკური პროცესის დისკრედიტაციას. მაგალითად, 2021 წლის ადგილობრივი არჩევნების დროს Facebook-ზე გამოჩნდა ათობით გვერდი, რომელიც მიზანმიმართულად ავრცელებდა ყალბ სიახლეებს და პოლარიზებულ მესიჯებს“

ჟურნალისტური ეთიკის ქარტიის ანალიტიკოსი, ინტერვიუ, 2024 წ.

დეზინფორმაციული შეტევები იწვევს ე.წ. „კოგნიტიური დაღლილობის“ ეფექტს, რაც ართულებს მოქალაქეთა მიერ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებას და ზრდის პოლიტიკურ აპათიას (Bawden & Robinson, 2009). სოციალური მედიის ალგორითმები ამლიერებენ ემოციური შინაარსის ტირაჟირებას, რომელიც ხშირად არაა კრიტიკულად ანალიზებული ან დაფუძნებული სანდო წყაროებზე. შედეგად, ონლაინ სივრცე ხდება რეალობის მანიპულაციისა და საზოგადოებრივი ცნობიერების გაფანტვის იარაღი (Sunstein, 2018).

საქართველოში ახალგაზრდობა ერთ-ერთი ყველაზე აქტიური ჯგუფია ციფრული აქტივიზმის თვალსაზრისით. ბოლო წლებში გაიზარდა სოციალური ქსელების გამოყენება პოლიტიკურ პროცესებში ჩასართავად — იქნება ეს ე.წ. ჰეშთეგ კამპანიები (#), ელექტრონული პეტიციების გავრცელება თუ ონლაინ პროტესტების ორგანიზება. თუმცა, ამ ჩართულობის პარალელურად იზრდება ინსტიტუციური უნდობლობა, რაც საფრთხეს უქმნის დემოკრატიის მდგრადობას (CRRC, 2022). საინფორმაციო ბაზლების ფარგლებში მოქალაქეთა მიღებული ინფორმაცია ხშირად წარმოადგენს მხოლოდ მათი შეხედულებების დამადასტურებელ ნარატივს, რაც ამცირებს მედია პლურალიზმს და ართულებს კრიტიკულ დისკუსიას.

CRRC-ის 2022 წლის მონაცემებით, მოქალაქეთა მხოლოდ 21% ენდობა პოლიტიკურ პარტიებს, მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდობის 60%-ზე მეტი ბოლო ერთი წლის განმავლობაში აქტიურად მონაწილეობდა ონლაინ-პეტიციებსა და კამპანიებში (CRRC, 2022). ამ პარადოქსის მიზეზად მიიჩნევა განცდა, რომ ციფრული აქტივობა რეალურ ცვლილებებს ვერ იწვევს. როგორც ერთ-ერთმა არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენელმა აღნიშნა:

„აქტივიზმის ფორმა გადადის კლავიშებზე, მაგრამ რეალური გავლენა კვლავ რჩება ელიტური ძალების ხელში. მოქალაქეებს ნაკლებად აქვთ განცდა, რომ მათი ციფრული აქტივობა რეალურ ცვლილებას იწვევს“

ინტერვიუ, 2024 წ. აპრილი

პოლიტიკური პარტიების ციფრული კომუნიკაციის ანალიზი აჩვენებს, რომ მათი მესიჯები იშვიათად ეფუძნება დისკურსულ დიალოგს ან მოქალაქეთა ჩართულობის წახალისებას. ხშირად გამოიყენება ემოციური აპელაციები და ბინარული ნარატივი, რაც პოლარიზაციის გაღრმავებას უწყობს ხელს. ამ კონტექსტში განსაკუთრებულ როლს თამაშობენ მითები, ნაციონალისტური დისკურსი და შეთქმულების თეორიები, რომლებიც ამლიერებენ უნდობლობას როგორც პროევროპულ, ასევე პრორუსულ ძალებს შორის (Mitchell et al., 2020).

ციფრული ჩართულობის გააქტიურება საჭიროებს საფუძვლიან ანალიზს იმ საფრთხეებისა და ბარიერების გათვალისწინებით, რომლებიც დემოკრატიული პროცესის იმიტაციას ქმნის. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მედიაწიგნიერების გაძლიერებას, ალგორითმული გამჭვირვალობის უზრუნველყოფასა და ონლაინ-პლატფორმების რეგულირებას, წინააღმდეგ შემთხვევაში ციფრული გარემო შესაძლოა იქცეს მხოლოდ იმიტაციურ პლატფორმად, სადაც მოქალაქეთა ჩართულობა ნაკლებად ექვევება ზემოქმედების პოზიციას და პირიქით — პოლიტიკური დეზორიენტაციის ინსტრუმენტად (Napoli, 2019).

საქართველოში ციფრული დემოკრატიის პროცესს თან ახლავს ორმხრივი დინამიკა: ერთი მხრივ, ხელმისაწვდომი გახდა მეტი ინფორმაცია და აზრის გამოხატვის თავისუფლება, მეორე მხრივ კი — გაიზარდა დეზინფორმაციის გავრცელების შესაძლებლობები და პოლიტიკურ უნდობლობასთან დაკავშირებული პრობლემები (Freedom House, 2023).

პოლიტიკური ნდობის სტრუქტურა ციფრულ ეპოქაში: დეზინფორმაციისა და პოლარიზაციის გავლენა

პოლიტიკური ნდობა დემოკრატიული საზოგადოების ფუნქციონირების ერთ-ერთი ბირთვული კომპონენტია, რომელიც განსაზღვრავს როგორც ინსტიტუციური ლეგიტიმაციის ხარისხს, ისე მოქალაქეთა ჩართულობის დონეს (Levi & Stoker, 2000). ნდობის სერიოზული ეროზია შესაძლოა დემოკრატიული პროცესების ლეგიტიმურობასა და მდგრადობას გამოუსწორებელი ზიანი მიაყენოს (Newton, 2001).

საქართველოს შემთხვევაში, ბოლო წლებში პოლიტიკური ნდობის კრიზისი განსაკუთრებული სიმწვავეთ გამოიკვეთა, რაც გამოხატულია როგორც ფორმალურ ინსტიტუტებზე უნდობლობაში, ისე საზოგადოებრივ ცხოვრებაში პოლიტიკური აპათიის ზრდით (CRRC, 2023). კვლევების მიხედვით, საქართველოს მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი აღარ ენდობა ძირითად პოლიტიკურ ინსტიტუტებს. მაგალითად, 2023 წელს ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად, მხოლოდ 33% მიიჩნევს, რომ პარლამენტი რეალურად იღებს მათ პრობლემებს განსახილველად, ხოლო 51% არ ენდობა არც ერთ ტელეარხს (CRRC, 2023). პოლიტიკური პარტიებისადმი ნდობის დინამიკა კიდევ უფრო საგანგაშოა: 2012-2017 წლებში მათი მხარდაჭერა 21%-დან 8%-მდე შემცირდა, რაც პირდაპირ კავშირშია როგორც არჩევნებში მონაწილეობის, ისე მოხალისეობრივი და აქტივისტური ქცევის კლებასთან (Freedom House, 2023).

დეზინფორმაციისა და პოპულისტური რიტორიკის გავრცელება მნიშვნელოვანი კატალიზატორია ნდობის ეროზიის პროცესში. თანამედროვე მედიაგარემოში, სადაც მოქალაქეები ინფორმაციის დიდ ნაწილს სოციალური მედიის საშუალებით იღებენ, არასანდო და მიზანმიმართულად მანიპულაციური შინაარსი ზრდის სკეპტიციზმს და ასუსტებს საზოგადოებრივ თანხმობას (Vaccari & Chadwick, 2020). ინტერნეტში ინფორმაციის ალტერნატიული წყაროების ძიება, რაც ზოგჯერ მიიჩნევა კრიტიკული აზროვნების გამოვლენად, დეზინფორმაციის მაღალი გავრცელების პირობებში ხშირად უკუეფექტს იწვევს და ამყარებს უნდობლობის ნარატივებს (Benkler et al., 2018).

გლობალური ტენდენციების მსგავსად, საქართველოშიც ციფრული გარემო მჭიდროდ უკავშირდება პოლიტიკურ პოლარიზაციას. Freedom House-ის (2023) შეფასებით, სოციალურ მედიაში პოლარიზებული დისკურსის გაძლიერება უშლის ხელს დემოკრატიის ფუნდამენტური ღირებულებების კონსოლიდაციას. პოლიტიკური მოწინააღმდეგეების დემონიზაცია, შეთქმულების თეორიების გავრცელება და მიკრო-ტარგეტირებული დეზინფორმაციული კამპანიები მნიშვნელოვნად ამცირებს საზოგადოებრივ ნდობას და აფერხებს რაციონალურ დებატებს (Freedom House, 2023).

ერთ-ერთი განსაკუთრებული გამოწვევა საქართველოში ეროვნული უმცირესობების მიმართ მიზანმიმართული დეზინფორმაციაა, რომელიც მიზნად ისახავს ეთნიკურ დაპირისპირებასა და სოციალური დაყოფის გაღრმავებას. მსგავსი კამპანიები არა მხოლოდ ინსტიტუციურ ნდობას აზიანებს, არამედ საფრთხეს უქმნის სოციალური თანაარსებობის ფუნდამენტურ პრინციპებს. საზოგადოებრივი რეზისტენტობის ზრდის მიზნით, როგორც სახელმწიფო, ისე არასამთავრობო სექტორი აქტიურად მუშაობს საპასუხო მექანიზმების განვითარებაზე. ეს მოიცავს მედია ეთიკის კოდექსების შემუშავებას, ფაქტ-ჩეკინგ პლატფორმების მხარდაჭერასა და საერთაშორისო პარტნიორებთან თანამშრომლობას (Transparency International Georgia, 2023). მიუხედავად ამისა, სისტემური ცვლილებების მიღწევა საჭიროებს როგორც პოლიტიკური ნების გაძლიერებას, ისე მოსახლეობის მედია-კომპეტენციის ამაღლებას, რათა მოქალაქეებმა შეძლონ ინფორმაციის კრიტიკული შეფასება და დემოკრატიულ პროცესებში ინფორმირებული მონაწილეობა (McQuail, 2010).

ციფრული პლატფორმების გავლენა პოლიტიკურ ნდობაზე და სამოქალაქო ჩართულობის ციფრული ფორმები საქართველოში

ციფრული ტექნოლოგიების მზარდი გავლენა თანამედროვე დემოკრატიულ გარემოზე განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ისეთ ქვეყნებში, სადაც პოლიტიკური ნდობის ტრადიციული მექანიზმები მყიდვია (Norris, 2011). საქართველოში ბოლო წლებში ციფრულ მედიასაშუალებებს

მნიშვნელოვანი როლი ერგოთ როგორც პოლიტიკური ინფორმირების, ისე სამოქალაქო მობილიზაციის პროცესში (CRRC, 2023). თუმცა, პარალელურად, სოციალურ ქსელებში დეზინფორმაციისა და პოლიტიკური პოლარიზაციის ზრდამ გააძლიერა მოქალაქეთა უნდობლობა ინსტიტუციური სისტემის მიმართ (Freedom House, 2023).

კვლევების მონაცემებით, მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი პოლიტიკურად ინფორმირდება სოციალური მედიის საშუალებით, რაც ცვლის ტრადიციული მედიის როლს (Pew Research Center, 2022). თუმცა, შინაარსობრივი პოლარიზაცია, არასწორი ინფორმაციის გავრცელება და მიზანმიმართული მანიპულაციები ხშირად აფერხებს ინფორმირებულ გადაწყვეტილებებზე დაფუძნებულ პოლიტიკურ მონაწილეობას (Vaccari & Chadwick, 2020). ეს განსაკუთრებით გამოხატულია ახალგაზრდებში, რომლებიც აქტიურად იყენებენ ციფრულ პლატფორმებს, თუმცა იმავდროულად გამოხატავენ უკმაყოფილებას პოლიტიკური სისტემის მიმართ და არ ენდობიან პოლიტიკურ ინსტიტუტებს (CRRC, 2023).

ციფრული ჩართულობის ფორმები საქართველოში ძირითადად მოიცავს შემდეგ პრაქტიკებს: სოციალური მედიის კამპანიები, ონლაინ პეტიციები, ციფრული სამოქალაქო ინიციატივები (მაგალითად, „manifest.ge“) და თემატური Facebook-ჯგუფები (Georgia's Civic Education Association, 2022).

ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაგალითია 2021 წელს ჩატარებული ციფრული კამპანია – „გადავარჩინოთ ჩვენი ადამიანები“, რომელიც მიმართული იყო მიგრანტი მუშახელის პრობლემების ადვოკატირებისკენ. მიუხედავად მობილიზაციის მაღალი დონისა, კამპანიამ მხოლოდ შეზღუდული ინსტიტუციური გამოხმაურება მიიღო, რაც ასახავს ციფრული ჩართულობის შედეგიანობის სისტემურ დაბრკოლებებს

ინტერვიუ, 2022 წ. დეკემბერი

მსგავსი მაგალითები მიუთითებს, რომ ციფრული აქტივიზმი ხშირად ვლინდება როგორც სოციალური პროტესტის სიმბოლური გამოხატულება და არა როგორც პოლიტიკური პროცესების რეალური ტრანსფორმაციის ინსტრუმენტი (Tufekci, 2017). შესაბამისად, მნიშვნელოვანია განსხვავება ფორმალურ და ფაქტობრივ ჩართულობას შორის — აქტიურობისა და მისი ზემოქმედების ხარისხს შორის (Loader & Mercea, 2011).

ციფრული ჩართულობის ეფექტიანობას საქართველოში რამდენიმე ძირითადი ფაქტორი ზღუდავს:

- დეზინფორმაცია და პოლიტიზებული მედია: ციფრულ მედიაში ინფორმაცია ხშირად მიკერძოებულია და პარტიულ ინტერესებზეა მორგებული, რაც ართულებს ობიექტურ ნავიგაციას და აზიანებს ნდობას (Benkler et al., 2018).

- ციფრული უთანასწორობა: ინტერნეტზე წვდომა და ციფრული კომპეტენცია მნიშვნელოვნად განსხვავდება რეგიონებსა და სოციალურ ფენებს შორის. მაგალითად, სოფლად მცხოვრებთა ინტერნეტზე წვდომა ბევრად დაბალია, რაც ზღუდავს მათ სამოქალაქო აქტივობებში მონაწილეობას (National Statistics Office of Georgia, 2022).

- კიბერუსაფრთხოების დაბალი დონე: პირადი ინფორმაციის გაჟონვის შიშის გამო მოქალაქეები ხშირად თავს არიდებენ ონლაინ აქტივობებს, განსაკუთრებით პეტიციებში მონაწილეობას (Transparency International Georgia, 2023).

- ინსტიტუციური ინერტულობა: ონლაინ პეტიციები და კამპანიები იშვიათად გარდაიქმნება პრაქტიკულ პოლიტიკურ ქმედებად. მთავრობის და საჯარო უწყებების გვერდის ავლა ზრდის პოლიტიკური აპათიის რისკს და ქმნის განცდას, რომ ციფრული ჩართულობა რეალურ გავლენას ვერ ახდენს (CRRC, 2023).

მიუხედავად ამ სირთულეების, ციფრული სივრცე საქართველოში ინარჩუნებს პოტენციალსახალი პოლიტიკური მონაწილეობის მექანიზმად. ამისთვის საჭიროა ტექნოლოგიური ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება და დემოკრატიული კულტურის გაძლიერება, რომელიც ეფუძნება ნდობას, ანგარიშვალდებულებას და მონაწილეობის პრინციპებს (Diamond & Plattner, 2016).

ციფრული დემოკრატიის პარადოქსი საქართველოში: სამოქალაქო ჩართულობა, პოლიტიკური ნდობა და ტრიანგულაციური კვლევის ანალიტიკა

ციფრული ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ არსებითად გარდაქმნა სამოქალაქო ჩართულობისა და პოლიტიკური მონაწილეობის ტრადიციული ფორმები. თუმცა, ამავე დროს, შექმნა ახალი გამოწვევები, რაც თანამედროვე აკადემიურ ლიტერატურაში აღიარებულია როგორც „ციფრული დემოკრატიის პარადოქსი“ (Coleman & Blumler, 2019). აღნიშნული პარადოქსი გულისხმობს, რომ მიუხედავად ციფრული სივრცის მიერ შეთავაზებული ფორმალური მონაწილეობის შესაძლებლობებისა, რეალურ პოლიტიკურ პროცესებში ეფექტური ჩართულობა და ინსტიტუციური ნდობა ხშირად დაბალია. ეს ვითარება განსაკუთრებით თვალსაჩინოა საქართველოში, სადაც ბოლო წლების პოლიტიკური დინამიკა და სოციალური მობილიზაცია სწორედ ციფრულ სივრცეში იძენს ძალას, თუმცა მისი ტრანსფორმაციული შედეგიანობა კვლავ შეზღუდულია (NDI, 2023).

პოლიტიკური ნდობის დეფიციტი: რაოდენობრივი მონაცემები და ისტორიული ტენდენციების ანალიზი

2023 წლის NDI-ის მონაცემებით, მხოლოდ 18% საქართველოს მოქალაქე ენდობა პოლიტიკურ პარტიებს, ხოლო პარლამენტისადმი ნდობა 20%-ზე ნაკლებია. მსგავსი მაჩვენებლები რეგულარულად მეორდება წინა წლების კვლევებშიც, რაც ადასტურებს სახელმწიფოს ინსტიტუტებისადმი ქრონიკულად დაბალ ნდობას (NDI, 2023). პოლიტიკური ნდობის დეფიციტი განპირობებულია როგორც ინსტიტუციური წარსულით, ასევე პოლიტიკოსთა პასუხისმგებლობის მექანიზმების სიმწირითა და ანგარიშვალდებულების დაბალი მაჩვენებლით (Freedom House, 2022).

თანამედროვე პოლიტიკური ქცევის ტენდენციები

თანამედროვე პოლიტიკური ქცევა ასახავს ციფრულ სივრცეში მოქალაქეობის, ჩართულობისა და იდენტობის ტრანსფორმაციას. თვალსაჩინოა პირადი დემოკრატიის კონცეფციის დინამიკა, როდესაც მოქალაქეები თანდათან ეშვებიან კოლექტიური პოლიტიკური მონაწილეობის ტრადიციულ ფორმებს (მაგალითად, პარტიული მობილიზაცია ან პროტესტი) და უპირატესობას ანიჭებენ ინდივიდუალურ თვითგამოხატვის ციფრულ პრაქტიკებს — პოლიტიკური აზრის გამოხატვას სოციალურ მედიაში, ვიზუალური შინაარსის გაზიარებას ან სიმბოლური სოლიდარობის გამოხატვას ონლაინ სივრცეში (Bennett & Segerberg, 2012). აღნიშნული მიდგომა მიუთითებს, რომ დემოკრატიული ჩართულობა დღეს უფრო მეტად ინდივიდუალიზებულია, რაც იწვევს როგორც ახალი შესაძლებლობების გამოჩენას, ასევე დეზინტეგრაციისა და ფრაგმენტაციის საფრთხეებს.

ციფრული მობილიზაციის პარადოქსი: აქტივიზმი და შედეგიანობა

სოციალური მედიის როლი განსაკუთრებით გამოიკვეთა 2023 წლის მარტში, ე.წ. „უცხოელი აგენტების“ შესახებ კანონპროექტის საწინააღმდეგო მობილიზაციაში, რომელიც ძირითადად ციფრულ სივრცეში დაიგეგმა და გავრცელდა. როგორც ერთ-ერთი აქტივისტი აღნიშნავს: „სოციალური ქსელები მოქმედების კატალიზატორად იქცა, თუმცა შედეგიანობა მაინც ქუჩაში გასვლაზე და საერთაშორისო ზეწოლაზე დამოკიდებული“ (აქტივისტი, 2023). თუმცა, მსგავსი მობილიზაციები ხშირად ემოციური, სპონტანური და არამდგრადია. ბენეტი და სეგერბერგი განმარტავენ, რომ ციფრულ აქტივიზმს ახასიათებს „კავშირგაბმულობით მოქმედების ლოგიკა“, რაც განსხვავდება ტრადიციული კოლექტიური ორგანიზების სტრატეგიებისგან და ნაკლებად უზრუნველყოფს სტრუქტურულ ზეგავლენას (Bennett & Segerberg, 2012).

პოლიტიკური კომუნიკაციის ციფრული დინამიკა: დისკურსული პოლარიზაცია

პოლიტიკური კომუნიკაციის შინაარსობრივი ანალიზი, რომელიც დაფუძნებულია სამი ძირითადი პარტიის (ქართული ოცნება, ერთიანი ნაციონალური მოძრაობა, სტრატეგია აღმაშენებელი) Facebook გვერდებზე 2022–2024 წლებში გამოქვეყნებულ 500-ზე მეტ პოსტზე, ცხადყოფს, რომ:

- შინაარსი ძლიერ პოლარიზებულია;

- პრაქტიკულად არ განიხილება კონკრეტული პოლიტიკის შეთავაზებები (მაგალითად, განათლება, სოციალური პოლიტიკა);

- ძირითადი აქცენტი კეთდება ოპონენტების დისკრედიტაციაზე და ემოციურ დაპირისპირებაზე (თბილისის პოლიტიკის კვლევის ცენტრი, 2024).

როგორც ერთ-ერთი ინტერვიუერი აღნიშნავს: „პოლიტიკური კომუნიკაცია ონლაინ სივრცეში ემსახურება იდენტობის პოლარიზაციას და არა ჩართულობის გაზრდას. მომხმარებელი უფრო მხარდამჭერია, ვიდრე კრიტიკული მოქალაქე“ (ინტერვიუ, 2023).

ციფრული პლატფორმების ინსტიტუციური მხარდაჭერის დეფიციტი

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს მიერ შექმნილია რამდენიმე ელექტრონული სერვისი (მაგალითად, my.gov.ge, ichange.gov.ge), მოქალაქეთა ინიციატივებზე ინსტიტუციური რეაგირება იშვიათია. ISFED-ის 2022 წლის მონაცემებით: „დემოკრატიული ინიციატივების ონლაინ პლატფორმებზე გამოხატული მხარდაჭერის მიუხედავად, პოლიტიკის შემქმნელთა რეაგირება მინიმალურია — პროცედურები გაუმჭვირვალე და ხშირად ფორმალურია“ (ISFED, 2022). ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს კოულმენის და ბლუმლერის პოზიციას, რომ ციფრული დემოკრატია არ შეიძლება განიხილებოდეს მხოლოდ ტექნოლოგიური ინფრასტრუქტურის კონტექსტში — მის ეფექტიანობას განსაზღვრავს კულტურული და ინსტიტუციური კონტექსტი (Coleman & Blumler, 2019).

ინფორმაციული ბუშტები და მიკრომიზანობრივი პოლარიზაცია

ციფრული მედიის მომხმარებლები ხშირად მოქმედებენ ინფორმაციულ ბუშტებში (echo chambers), სადაც განსხვავებული აზრი იშვიათად იჭრება. ეს ტენდენცია განსაკუთრებით თვალსაჩინოა TikTok და YouTube პლატფორმებზე, სადაც ვრცელდება კონსპირაციული ნარატივები და პოლიტიკურად მიკერძოებული ინფორმაცია (მეორეა, 2024). მედია ექსპერტი აღნიშნავს: „სოციალური მედია აღარ არის მხოლოდ სივრცე მონაწილეობისთვის — ის გახდა ბრძოლის ველი, სადაც ნდობა იშლება“ (მედია ექსპერტი, 2023). მოროზოვი ამას უწოდებს „ტექნო-ოპტიმიზმის ილუზიას“ — რწმენას, რომ ტექნოლოგიების არსებობა თავისთავად უზრუნველყოფს დემოკრატიის გაძლიერებას, რაც რეალობაში ხშირად არ დადასტურდება (Morozov, 2011).

დასკვნა

ტრიანგულაციური ანალიზის შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში ციფრული დემოკრატია მოქცეულია დინამიურ და წინააღმდეგობრივ ველში: ერთი მხრივ, ის ქმნის ახალ შესაძლებლობებს სამოქალაქო თვითგამოხატვისა და ინფორმირებისათვის; მეორე მხრივ, ამ პროცესების ინსტიტუციური გარდაქმნა შეფერხებულია დაბალი ნდობის, პოლიტიკური პოლარიზაციის, ციფრული უთანასწორობისა და სახელმწიფოს გაუმჭვირვალე რეაგირების ფონზე. მოსახლეობის მიერ გამოხატული ციფრული აქტივიზმი ჯერ კიდევ ვერ გარდაიქმნა მყარი და სტრუქტურირებული სამოქალაქო ჩართულობის ფორმად. შესაბამისად, საჭიროა არა მხოლოდ ტექნოლოგიური ხელმისაწვდომობის გაფართოება, არამედ დემოკრატიული კულტურის, მედიაწიგნიერების და ინსტიტუციური პასუხისმგებლობის პარალელური განვითარება (NDI, 2023; ISFED, 2022).

ციფრული ტექნოლოგიები ააძლიერებენ სამოქალაქო აქტივობას და ხდება ინსტრუმენტი საჯარო პოლიტიკის პროცესებში მონაწილეობისთვის, თუმცა პარალელურად ქმნიან პოლიტიკურ ნდობაზე ზემოქმედების წინააღმდეგობებს და ზრდიან უნდობლობის ფაქტორებს.

სოციალური მედიის პლატფორმებზე დეზინფორმაციის სწრაფი გავრცელება და დახურული საინფორმაციო გარემოები მნიშვნელოვნად ამძიმებს საზოგადოებრივ დისკურსს და დემოკრატიულ პროცესებს.

მიუხედავად ციფრული სივრცის გაფართოებისა, მოქალაქეთა ნდობა პოლიტიკური ინსტიტუტების მიმართ რჩება დაბალი, რაც იწვევს პოლიტიკურ პასიურობას და ნიჰილიზმს;

ციფრული დემოკრატიის მდგრადი განვითარებისთვის საჭიროა ტექნოლოგიური განვითარების გაძლიერება, ინკლუზიური პოლიტიკის, გამჭვირვალეობისა და ნდობის აღდგენის ხელშეწყობა;

ციფრული დემოკრატიის პარადოქსის დეტალური კვლევა მოითხოვს ახალი მეთოდების დანერგვას და მასშტაბური მონაცემების სისტემატიზაციას, განსაკუთრებით საქართველოს სპეციფიკურ პოლიტიკურ და სოციალურ კონტექსტში.

გამოყენებული ლიტერატურა

CRRC საქართველო. (2022). მოსახლეობის პოლიტიკური განწყობები და ციფრული ჩართულობის კვლევები საქართველოში.

CRRC საქართველო. CRRC საქართველო. (2023). მოსახლეობის პოლიტიკური განწყობები და ციფრული ჩართულობის კვლევები საქართველოში. CRRC საქართველო.

CTC – ტრენინგისა და კონსულტაციის ცენტრი. (2022). ციფრული ტრანსფორმაცია და სამოქალაქო ჩართულობა საქართველოში. CTC.

Georgia's Civic Education Association. (2022). ციფრული სამოქალაქო ინიციატივები საქართველოში.

ISFED – თავისუფალი და სამართლიანი არჩევნებისთვის საერთაშორისო საზოგადოება. (2022). სოციალური მედიის მონიტორინგის ანგარიში 2020 წლის საპარლამენტო არჩევნების პერიოდში. ISFED.

NDI – ეროვნული დემოკრატიული ინსტიტუტი. (2020–2023). საქართველოს მოსახლეობის განწყობების კვლევა. NDI.

NDI – ეროვნული დემოკრატიული ინსტიტუტი. (2023). საქართველოს მოსახლეობის განწყობების კვლევა. NDI.

National Statistics Office of Georgia. (2022). ინფორმაციულ-საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენება საქართველოში. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

Social Justice Center. (2022). დემოკრატიული მონაწილეობა და პოლიტიკური ნდობა საქართველოში. Social Justice Center.

Transparency International Georgia. (2023). ანგარიში დეზინფორმაციისა და მედია-გარემოს შესახებ.

თბილისის პოლიტიკის კვლევის ცენტრი. (2024). პოლიტიკური პარტიების ციფრული კომუნიკაციის ანალიზი.

Allcott, H., & Gentzkow, M. (2017). Social media and fake news in the 2016 election. *Journal of Economic Perspectives*, 31(2), 211–236. <https://doi.org/10.1257/jep.31.2.211>

Bawden, D., & Robinson, L. (2009). The dark side of information: Overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of Information Science*, 35(2), 180–191. <https://doi.org/10.1177/0165551508095781>

Benkler, Y., Faris, R., & Roberts, H. (2018). *Network propaganda: Manipulation, disinformation, and radicalization in American politics*. Oxford University Press. Bennett, W. L., & Segerberg, A. (2012). The logic of connective action: Digital media and the personalization of contentious politics. *Journal of Communication*, 62(5), 739–768. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2012.01631.x>

Castells, M. (2011). *The rise of the network society* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Coleman, S., & Blumler, J. G. (2019). *The internet and democratic citizenship: Theory, practice and policy*. Cambridge University Press.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). SAGE Publications.

Dahl, R. A. (1989). *Democracy and its critics*. Yale University Press.

Dalberg, T. (2015). *The global impact of digital democracy*. Dalberg.

Diamond, L., & Plattner, M. F. (Eds.). (2016). *Democracy in decline?* Johns Hopkins University Press. Freedom House. (2022). *Freedom on the net 2022*. <https://freedomhouse.org> [უკანასკნელი გადამოწმება: 05.08.2025].

Freedom House. (2023). *Freedom on the net 2023*. <https://freedomhouse.org> [უკანასკნელი გადამოწმება: 05.08.2025].

Freedom House. (2023). Nations in transit 2023: Georgia country report. <https://freedomhouse.org> [უკანასკნელი გადამოწმება: 05.08.2025].

Jenkins, H., Ford, S., & Green, J. (2016). *Spreadable media: Creating value and meaning in a networked culture*. New York University Press.

Levi, M., & Stoker, L. (2000). Political trust and trustworthiness. *Annual Review of Political Science*, 3, 475–507. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.3.1.475>

Loader, B. D., & Mercea, D. (Eds.). (2011). *Social media and democracy: Innovations in participatory politics*. Routledge.

McQuail, D. (2010). *McQuail's mass communication theory* (6th ed.). SAGE Publications.

Mitchell, A., Jurkowitz, M., Oliphant, J. B., & Shearer, E. (2020). Americans who mainly get their news on social media are less engaged, less knowledgeable. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org> [უკანასკნელი გადამოწმება: 05.08.2025].

Morozov, E. (2011). *The net delusion: The dark side of internet freedom*. PublicAffairs. Morozov, E. (2013). *To save everything, click here: The folly of technological solutionism*. PublicAffairs.

Napoli, P. M. (2019). *Social media and the public interest: Media regulation in the disinformation age*. Columbia University Press. Newton, K. (2001). Trust, social capital, civil society, and democracy. *International Political Science Review*, 22(2), 201–214. <https://doi.org/10.1177/0192512101222004>

Norris, P. (2011). *Democratic deficit: Critical citizens revisited*. Cambridge University Press. Pew Research Center. (2022). *Social media and politics: A global perspective*. <https://www.pewresearch.org> [უკანასკნელი გადამოწმება: 03.06.2025].

Sunstein, C. R. (2018). *#Republic: Divided democracy in the age of social media*. Princeton University Press.

Tufekci, Z. (2017). *Twitter and tear gas: The power and fragility of networked protest*. Yale University Press.

Vaccari, C., & Chadwick, A. (2020). The challenge of online political misinformation in established democracies. *The International Journal of Press/Politics*, 25(3), 517–538. <https://doi.org/10.1177/1940161219900126>


Wardle, C., & Derakhshan, H. (2017). *Information disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policymaking*. Council of Europe. <https://rm.coe.int/information-disorder-report/1680764666> [უკანასკნელი გადამოწმება: 05.07.2025].

Zuboff, S. (2019). *The age of surveillance capitalism: The fight for a human future at the new frontier of power*. PublicAffairs.



ყბა-სახის ქირურგიულ სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის
შეფასება საქართველოში

Assessment of population access to maxillofacial surgical services in Georgia

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.09>

ალეკო სოფრომაძე¹, ნატა ყაზახაშვილი^{1a}, ნიკა სოხაძე²

Aleko Sopromadze¹, Nata Kazakhashvili^{1a}, Nika Sokhadze²

¹ მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² მედიცინის ფაკულტეტი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

² Faculty of Medicine, Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia

^a Correspondence: nata.kazakhashvili@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9795-4078>

აბსტრაქტი

შესავალი: ყბა-სახის ქირურგიული სერვისები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის, ასევე რეგიონებში ტურიზმის განვითარების ხელშეწყობაში. საქართველოში სერვისების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი რეგიონების მიხედვით მნიშვნელოვნად განსხვავდება, რაც სერიოზულ პრობლემებს ქმნის პაციენტებისთვის. **მეთოდოლოგია:** ჩატარდა რაოდენობრივი ანალიზი, რომელიც ეფუძნებოდა ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და პაციენტების ინტერვიუებს, ასევე არსებული სტატისტიკური მონაცემების შესწავლას. კვლევის მიზანი იყო სერვისების ხელმისაწვდომობის, ხარისხისა და მომხმარებელთა კმაყოფილების შეფასება საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა, რომ სერვისებზე წვდომა ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება. მოსახლეობის უკმაყოფილება უკავშირდება ფინანსურ ბარიერებს, კვალიფიციური სპეციალისტების სიმცირეს, მოძველებულ ტექნოლოგიებსა და მომსახურების არასათანადო

ხარისხს. ყველაზე კრიტიკული სიტუაცია დაფიქსირდა გურიასა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში, მაშინ როცა შედარებით უკეთესი მდგომარეობა შეინიშნება თბილისსა და იმერეთში. რეგიონული დისბალანსის გამო ხშირია პაციენტების სხვა რეგიონებში გადამისამართება. **დისკუსია:** მიღებული მიგნებები მიუთითებს, რომ რეგიონული უთანასწორობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტთა კმაყოფილებასა და მომსახურების ეფექტიანობაზე. ტურისტულ ზონებში მოთხოვნის ზრდა კიდევ უფრო მეტად აძლიერებს სერვისების გაუმჯობესების აუცილებლობას. **დასკვნა:** ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების გაუმჯობესებისთვის საჭიროა თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვა, სპეციალისტთა უწყვეტი პროფესიული განვითარება და რეგიონებში თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ეს ნაბიჯები ხელს შეუწყობს როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, ასევე ქვეყნის ტურისტული პოტენციალის გაძლიერებას.

საკვანძო სიტყვები: ყბა-სახის ქირურგიული სერვისები, ხელმისაწვდომობა, პაციენტთა კმაყოფილება, სამედიცინო ხარისხი

რეკომენდირებული ციტირება: სოფრომაძე, ა., ყაზახაშვილი, ნ., სოხაძე, ნ. (2025). ყბა-სახის ქირურგიულ სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის შეფასება საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.09>.

Abstract

Introduction: Maxillofacial surgical services play a crucial role not only in safeguarding public health but also in promoting tourism development in different regions. In Georgia, the accessibility and quality of these services vary significantly across regions, creating serious challenges for patients. **Methodology:** A quantitative analysis was conducted based on interviews with healthcare specialists and patients, as well as a review of available statistical data. The aim of the study was to assess accessibility, quality, and patient satisfaction with maxillofacial surgical services across various regions of Georgia. **Results:** The findings revealed that access to services remains one of the most pressing issues. Public dissatisfaction is primarily associated with financial barriers, a shortage of qualified specialists, outdated technologies, and inadequate service quality. The most critical situation was observed in Guria and Racha-Lechkhumi-Lower Svaneti, whereas relatively better conditions were noted in Tbilisi and Imereti. Due to regional imbalances, patients are frequently referred to other regions for treatment. **Discussion:** The results indicate that regional disparities have a significant impact on patient satisfaction and service effectiveness. The growing demand in tourist areas further underscores the urgent need for service improvement. **Conclusion:** To enhance maxillofacial surgical services, it is essential to introduce modern technologies, ensure continuous professional development of specialists, and guarantee equal access across regions. These measures will contribute both to improving population health and strengthening the country's tourism potential.

Keywords: Maxillofacial surgical services, accessibility, patient satisfaction, medical quality.

Recommended Citation: Sopromadze, A., Kazakhashvili, N., Sokhadze, N. (2025). Assessment of population access to maxillofacial surgical services in Georgia. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.09>

შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვა თანამედროვე სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთ ფუნდამენტურ კომპონენტს წარმოადგენს. ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი არა მხოლოდ მოსახლეობის საერთო ჯანმრთელობის დონეს განსაზღვრავს, არამედ მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს ქვეყნის ეკონომიკურ და დემოგრაფიულ მდგრადობაზე (WHO, 2023). თანამედროვე ჯანდაცვა აღარ შემოიფარგლება მხოლოდ დაავადებების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე ორიენტირებული მოდელით; იგი მოიცავს კოორდინირებულ, მაღალტექნოლოგიურ და თანაბრად ხელმისაწვდომ სერვისთა სისტემურ მიწოდებას (OECD, 2022).

ამ კონტექსტში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ყბა-სახის ქირურგია — ინტერდისციპლინური დარგი, რომელიც აერთიანებს ტრავმატოლოგიას, ონკოლოგიას, ორთოგნათიას, ინფექციური დაავადებების მართვასა და რეკონსტრუქციულ ესთეტიკურ მედიცინას. მისი ეფექტური განხორციელება მოითხოვს მაღალი კვალიფიკაციის

სპეციალისტებს, თანამედროვე ინფრასტრუქტურას და ტექნოლოგიურ ბაზას, ასევე ინტენსიურ თანამშრომლობას ნევროლოგებთან, ოტორინოლარინგოლოგებთან, სტომატოლოგებთან და პლასტიკურ ქირურგებთან (Speight et al., 2020).

საქართველოში ყბა-სახის ქირურგიის განვითარება შედარებით ახალი მოვლენაა. მისი ინსტიტუციონალიზაციის საწყისები XX საუკუნის შუა წლებიდან იღებს სათავეს, როდესაც პირველად გამოჩნდნენ სპეციალიზებული კადრები სტომატოლოგიურ და ზოგად ქირურგიულ კლინიკებში. საბჭოთა და პოსტსაბჭოთა პერიოდებში კადრების მომზადება მიმდინარეობდა როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ, რამაც საფუძველი ჩაუყარა დამოუკიდებელი სტრუქტურების ჩამოყალიბებას. დღეს საქართველოში მოქმედებს არაერთი სახელმწიფო და კერძო კლინიკა, სადაც ტარდება როგორც გადაუდებელი, ისე გეგმური ოპერაციები, თუმცა ხელმისაწვდომობასა და სერვისების ხარისხს შორის კვლავ რჩება რეგიონული უთანასწორობები (ჯანდაცვის სამინისტრო, 2023; Gzirishvili et al., 2020).

ყბა-სახის ქირურგიის კვალიფიკაციის მისაღებად აუცილებელია სტომატოლოგიური ფაკულტეტის დასრულება და შემდგომი სპეციალიზაცია რეზიდენტურის საფუძველზე. თანამედროვე პრაქტიკა მოითხოვს რეგულარულ პროფესიულ განვითარებასა და საერთაშორისო გამოცდილების ათვისებას. ამასთანავე, ახალი ტექნოლოგიების — CT, MRI, CAD/CAM სისტემების და 3D ბიოპრინტინგის — გამოყენება განიხილება პროფესიული კომპეტენციის აუცილებელ კომპონენტად (Kesting et al., 2021).

საქართველოში, როგორც გარდამავალ ეკონომიკურ ქვეყანაში, მკვეთრად იჩენს თავს სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისების უთანასწორო განაწილება. რეგიონული მოსახლეობა ხშირად აწყდება გეოგრაფიულ, ფინანსურ და ინფორმაციულ ბარიერებს, ასევე კადრების დეფიციტსა და შესაბამისი ინფრასტრუქტურის ნაკლებობას (UNDP Georgia, 2022).

კვლევის მიზანია ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების სისტემური ანალიზი საქართველოში, რათა დასაბუთებულად შეფასდეს არსებული სიტუაცია და შემუშავდეს ეფექტიანი რეკომენდაციები თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი იქნება ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისა და პრაქტიკოსი სპეციალისტებისთვის, რაც ხელს შეუწყობს როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, ისე სერვისების სამართლიან განაწილებას.

მეთოდი

კვლევა განხორციელდა რაოდენობრივი კვლევის დიზაინის ფარგლებში. შერჩევის კრიტერიუმად განისაზღვრა 18–70+ ასაკის ინდივიდები, რომელთაც ერთხელ მაინც ესაჭიროათ ყბა-სახის ქირურგიული სერვისი ან მიუმართავთ კონსულტაციისთვის ყბა-სახის ქირურგთან. სულ გამოკითხულ იქნა 300 რესპონდენტი.

მონაცემთა შეგროვებისთვის გამოყენებულ იქნა სტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც წინასწარ შეიქმნა კვლევის მიზნებისა და ამოცანების შესაბამისად. შერჩევა განხორციელდა შემთხვევითი პრინციპით, თუმცა გამოკითხვა მიზანმიმართულად მოიცავდა იმ სეგმენტს, ვინც საქართველოს მასშტაბით უკვე ჰქონდათ ყბა-სახის ქირურგიული სერვისის გამოცდილება.

გამოკითხვა ჩატარდა ონლაინ პლატფორმებისა და სოციალური ქსელების საშუალებით, რაც შესაძლებელს ხდიდა ფართო გეოგრაფიული მასშტაბის დაფარვასა და განსხვავებული სოციალური ჯგუფების ჩართვას.

მონაცემთა სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა პროგრამა SPSS 22.0-ის გამოყენებით. აღწერითი სტატისტიკის პარალელურად ჩატარებულ იქნა ცვლადებს შორის ასოციაციების იდენტიფიკაცია, რაც შესაძლებელს ხდიდა რეგიონული განსხვავებებისა და მომხმარებელთა კმაყოფილების ფაქტორების გამოვლენას.

შედეგები

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 300-მა რესპოდენტმა, მათგან 58% (n=174) იყო ქალი, ხოლო 42% (n=126) – კაცი. ასაკობრივი სტრუქტურის მიხედვით, ყველაზე დიდი ნაწილი (47%; n=142) შედგებოდა 18–39 წლამდე პირებისგან. დასაქმებულთა რაოდენობა შეადგენდა 71%-ს (n=214). კვლევამ მოიცვა საქართველოს 11 რეგიონი; მონაწილეთა უმრავლესობა თბილისიდან (22%; n=65) და იმერეთიდან (18%; n=54) იყო.

რესპოდენტთა 40% (n=120) გამოხატავს კმაყოფილებას ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების მიმართ, ხოლო უკმაყოფილო აღმოჩნდა 18% (n=54). ეს მიუთითებს საშუალო დონეზე კმაყოფილებაზე, შედარებით დაბალი უკმაყოფილების ფონზე.

ყბა-სახის ქირურგიის პროფესიონალიზმის მიმართ კმაყოფილება უფრო მაღალია – 45%, მაშინ როდესაც უკმაყოფილება შეადგენს 16%-ს. აქედან გამომდინარე, ქირურგებთან დაკავშირებული კმაყოფილება აღემატება ზოგადი სერვისით კმაყოფილებას.

სერვისის რეკომენდაციის მაჩვენებელი (Net Promoter Score) დაბალია და შეადგენს მხოლოდ 19%-ს, რაც ნიშნავს, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა სერვისს არ რეკომენდაციას არ უწევს.

ცხრილი 1. ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების რეკომენდაციის სტრუქტურა

რეკომენდაცია	%
პრომოუტერ მომხმარებლები (კმაყოფილი და სერვისის ერთგული მომხმარებლები)	27%
პასიური მომხმარებლები (ნეიტრალურად განწყობილი მომხმარებლები)	27%
დეტრაქტორ მომხმარებლები (აგრესიულად განწყობილი მომხმარებლები)	46%
რეკომენდაციის ქულა	19%

მონაცემებმა აჩვენა, რომ იმერეთში გამოკითხული მომხმარებლების მნიშვნელოვანი ნაწილი (26%; n=14) ხშირად მიმართავს ყბა-სახის ქირურგიულ სერვისს, მაშინ როდესაც გურიასა (84%; n=16) და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში (56%; n=12) მოსახლეობის უმრავლესობა საერთოდ არ მიმართავს.

სერვისის ხელმისაწვდომობა მკვეთრად განსხვავდება რეგიონების მიხედვით. აჭარაში გამოკითხულთა 100% მიიჩნევს, რომ სერვისი ხელმისაწვდომია, ხოლო გურიაში 95% და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში 72% ფიქრობს, რომ სერვისი საერთოდ არ არის ხელმისაწვდომი.

ცხრილი 2: რეგიონებში ყბა-სახის ქირურგიული სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

რეგიონი	სრულიად ხელმისაწვდომია	ნაკლებადაა ხელმისაწვდომი	არ არის ხელმისაწვდომი
აჭარა	85%	15%	0%
გურია	0%	5%	95%
თბილისი	82%	17%	2%
იმერეთი	69%	19%	13%
კახეთი	38%	57%	5%
მცხეთა-მთიანეთი	11%	84%	5%
რაჭა-ლეჩხუმი- ქვემო სვანეთი	6%	39%	56%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	20%	80%	0%
სამცხე-ჯავახეთი	12%	80%	8%
ქვემო ქართლი	11%	84%	5%
შიდა ქართლი	20%	70%	10%

კვლევამ აჩვენა, რომ ხელმისაწვდომობა ყველაზე მაღალია აჭარაში, თბილისში და იმერეთში, ხოლო ყველაზე დაბალი – გურიასა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში.

რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში გამოკითხულთა 72% მიიჩნევს, რომ ადგილობრივ ქირურგებს სჭირდებათ კვალიფიკაციის ამაღლება. რესპოდენტები ასევე ხშირად აღნიშნავენ თანამედროვე აპარატურის ნაკლებობას, განსაკუთრებით გურიასა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში.

კვლევამ აჩვენა, რომ რეგიონებში მიმართვიანობა ზოგადად დაბალია, რაც უკავშირდება ფინანსურ ბარიერებს, ადამიანური რესურსებისა და ტექნიკური აღჭურვილობის დეფიციტს. მიუხედავად ამისა, თბილისსა და იმერეთში ყბა-სახის ქირურგიული მომსახურება შედარებით მაღალი ხარისხით არის ხელმისაწვდომი.

რეგიონებში ხშირად აღინიშნა შემთხვევები, როდესაც პაციენტებმა სერვისის მიღების შემდეგ სხვა რეგიონში მიმართეს, რადგან ადგილობრივმა კლინიკამ ვერ უზრუნველყო სათანადო დახმარება ან მკურნალობა არასწორად განხორციელდა.

ქირურგების მიმართ კმაყოფილების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა იმერეთში (76%), ასევე თბილისსა (58%) და მცხეთა-მთიანეთში (58%). უკმაყოფილების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღმოჩნდა რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში (39%).

სერვისის მიმართ კმაყოფილების მიხედვით, ლიდერობს იმერეთი (55%), თბილისი (55%) და მცხეთა-მთიანეთი (47%). ყველაზე ცუდი პოზიცია უკავია რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთს (50% უკმაყოფილება) და სამცხე-ჯავახეთს (40% უკმაყოფილება).

რესპოდენტებმა გამოყვეს ექვსი ძირითადი ფაქტორი, რომელთა გაუმჯობესებას ისურვებდნენ:

- მომსახურების გაუმჯობესება;
- ქირურგების პროფესიონალიზმის გაზრდა;
- ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- თანამედროვე აპარატურის დანერგვა;
- რეგიონებში სერვისის ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- „ყველაფერი მომწონს/არაფერს შევცვლიდი“.

ყველაზე ხშირად დასახელებული პრობლემა არის ფინანსური ხელმისაწვდომობა (42%), ხოლო ყველაზე ნაკლებად – სრული კმაყოფილება სერვისით (5%).

ცხრილი N3 გაუმჯობესების პრიორიტეტები

ფაქტორი	%
ფინანსური ხელმისაწვდომობა	42%
მეტი პროფესიონალიზმი	20%
მომსახურების გაუმჯობესება	16%
თანამედროვე აპარატურა	9%
რეგიონებში ხელმისაწვდომობის გაზრდა	9%
მომწონს ყველაფერი/არაფერს შევცვლიდი	5%

დისკუსია

კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ ყბა-სახის ქირურგიული სერვისის ხელმისაწვდომობა რეგიონებში წარმოადგენს სერიოზულ გამოწვევას. განსაკუთრებით მწვავედ იკვეთება ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა, რომელიც თითქმის ყველა გამოკვლეულ რეგიონშია გავრცელებული და მნიშვნელოვან ბარიერს უქმნის პაციენტებს საჭირო მომსახურების მიღების პროცესში.

მომსახურების მომხმარებელთა უდიდესი ნაწილი უკმაყოფილებას გამოხატავს მიღებული სერვისის ხარისხის მიმართ. უკმაყოფილების ძირითადი მიზეზებია: თანამედროვე მეთოდებისა და ტექნოლოგიების არარსებობა, ქირურგების პროფესიონალიზმის დაბალი დონე, პასუხისმგებლობის ნაკლებობა და მომსახურების ორგანიზაციული ხარვეზები. ეს ფაქტი განსაკუთრებულად თვალსაჩინოა იმ გარემოებიდან, რომ რეგიონებში მომსახურების მიღების შემდეგ პაციენტების უმრავლესობა იძულებული ხდება მიმართოს სხვა რეგიონებში არსებულ დაწესებულებებს. ამის მიზეზებად დასახელებულია არასწორი მკურნალობა, გართულებების განვითარება ან ადგილობრივ დონეზე შესაბამისი დახმარების მიუწვდომლობა.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ რეგიონში ყბა-სახის ქირურგიული სერვისი საერთოდ არ ფუნქციონირებს, ხოლო იქ, სადაც არსებობს, მისი მუშაობა სერიოზული პრობლემებით

ხასიათდება. ეს გარემოება პაციენტებს აიძულებს დამატებითი ფინანსური და დროითი რესურსის გაღებას სხვა რეგიონებში სამკურნალოდ მოგზაურობისთვის, რაც კიდევ უფრო ამძაფრებს უკმაყოფილებას. რიგ შემთხვევებში მომსახურება იმდენად ძვირადღირებულია, რომ პაციენტები საერთოდ ვერ სარგებლობენ მასთან წვდომით, რაც სერიოზულ სოციალურ-ეკონომიკურ უთანასწორობას იწვევს.

გამოკვეთილი პრობლემები პირდაპირ აისახება მომხმარებელთა კმაყოფილებაზე: პაციენტებში მაღალია აგრესიული განწყობა როგორც უშუალო სერვისის, ისე მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის მიმართ. კვლევამ აჩვენა, რომ ზოგიერთ რეგიონში უკმაყოფილების ინდექსი განსაკუთრებით მაღალია, ხოლო უმრავლესობა საერთოდ არ უწევს რეკომენდაციას ადგილობრივ ყბა-სახის ქირურგიულ სერვისს. ეს ფაქტი მიანიშნებს იმაზე, რომ რეგიონული ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ნდობა სერიოზულად შერყეულია.

რეგიონულ ჭრილში განსაკუთრებით სავალალო მდგომარეობა შეინიშნება გურიასა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთში, სადაც სერვისის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა მინიმალურია. შედარებით უკეთესი სურათი ფიქსირდება თბილისში, იმერეთსა და ზოგ შემთხვევაში აჭარაში, სადაც კმაყოფილების მაჩვენებლები სხვა რეგიონებთან შედარებით მაღალია.

ამრიგად, კვლევა ნათლად აჩვენებს, რომ ყბა-სახის ქირურგიული სერვისის არსებული მდგომარეობა რეგიონებში ვერ პასუხობს მოსახლეობის საჭიროებებს და ხშირად თავად პრობლემის გამწვავებასაც კი უწყობს ხელს. ამ გამოწვევის დაძლევა მოითხოვს როგორც ინფრასტრუქტურისა და თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვას, ასევე სპეციალისტების კვალიფიკაციის ამაღლებას, სერვისის ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას და რეგიონულ დონეზე ხარისხის მართვის მექანიზმების გაძლიერებას. მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში იქნება შესაძლებელი სერვისის მიმართ ნდობის აღდგენა და მომხმარებელთა კმაყოფილების ზრდა.

დასკვნა

კვლევამ ცხადყო, რომ ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების ხელმისაწვდომობა რეგიონებში დღესაც სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს. მოსახლეობის ძირითადი უკმაყოფილება უკავშირდება მომსახურების დაბალ ხარისხს, მოძველებულ მეთოდებსა და ტექნიკას, სპეციალისტების არაპროფესიონალიზმს, ასევე ფინანსურ ხელმიუწვდომლობას. აღნიშნული ფაქტორები ქმნის მოსახლეობის ნეგატიურ დამოკიდებულებას და განაპირობებს იმას, რომ პაციენტები ნაკლებად რეკომენდაციას უწევენ ამ სერვისით სარგებლობას.

რეგიონული ჭრილით ყველაზე მწვავე პრობლემები გამოიკვეთა გურიასა და რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთის რეგიონში, სადაც სერვისისადმი უარყოფითი განწყობა ყველაზე მაღალია. შედარებით უკეთესი მდგომარეობა შეინიშნება თბილისში და იმერეთში, თუმცა დანარჩენ რეგიონებში კმაყოფილება და უკმაყოფილება თითქმის თანაბრად ნაწილდება, ზოგადად მაინც უარყოფითი ფონის შენარჩუნებით.

ამ მდგომარეობამ გამოიწვია ის, რომ პაციენტები ხშირად იძულებული ხდებიან მიმართონ სხვა რეგიონების კლინიკებს, სადაც სერვისი მეტ-ნაკლებად გამართულად ფუნქციონირებს. ამასთან, პრობლემად რჩება ქირურგების სიმცირე რეგიონებში, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს არსებული მდგომარეობას.

რეკომენდაციები

კვლევის საფუძველზე მიზანშეწონილია შემდეგი ნაბიჯების გადადგმა:

- რეგიონებში ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების განვითარება და თანამედროვე ტექნოლოგიებისა და მეთოდების დანერგვა;
- სპეციალისტების პროფესიული მომზადებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა;
- რეგიონებში ქირურგების რაოდენობის გაზრდა, მათ შორის სტიმულირების მექანიზმების გამოყენებით;
- ყბა-სახის ქირურგიული სერვისების სრული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა რეგიონის მაცხოვრებლისთვის, განსაკუთრებით იმ რეგიონებში, სადაც ტურიზმი სწრაფად ვითარდება (სვანეთი, რაჭა-ლეჩხუმი).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ჯაფარიძე ი., კალანდაძე ლ. ყბა-სახის ქირურგიის განვითარება საქართველოში. საქართველოს სამედიცინო ჟურნალი. 2015;12(3):41-47.
2. ბოჭორიშვილი თ., მაღლაკელიძე გ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები და სპეციალიზებული ქირურგიის ხელმისაწვდომობა საქართველოში. ჯანდაცვა და საზოგადოება. 2019;7(1):23-30.
3. ჯავახიშვილი ნ. საქართველოში ყბა-სახის ტრავმატიზმის ეპიდემიოლოგიური ანალიზი. სტომატოლოგია. 2021;13(2):11-18.
4. ჩიგოგიძე ი. სტომატოლოგიური სერვისების ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. საქართველოს ჯანდაცვა. 2018;10(1):29-34.
5. ქობულაძე თ. სამედიცინო პროფესიის რეგულაციები და სპეციალისტთა მომზადება საქართველოში. აკადემიური მიმოხილვა. 2020;15(4):55-61.
6. AAOMS. (2022). Scope of Oral and Maxillofacial Surgery. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.
7. Ackerman, M., & Nguyen, L. (2018). The impact of oral and maxillofacial surgery on public health. *Journal of Oral Health*, 14(3), 123-130.
8. Adekeye, E. A., et al. (2019). Maxillofacial Surgical Services in Developing Countries: Challenges and Solutions. *African Journal of Oral Health*, 15(2), 45-53.
9. Alpert, B. (2018). The Evolution of Oral and Maxillofacial Surgery Over the Past 100+ Years—With Special Emphasis on the Role of Fluoride and the High-Speed Handpiece. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30053939/>
10. American College of Surgeons. (2022). *Surgical Workforce and Access to Surgical Care in the United States*. Chicago, IL: ACS.
11. Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic Approaches to a Successful Literature Review*. Sage Publications.
12. Ministry of IDPs, Labour, Health and Social Affairs of Georgia. (2023). *Annual Report*. <https://www.moh.gov.ge>
13. WHO. (2016). *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*.
14. WHO. (2017). *Ethical Standards in Surgical Care*. Geneva: World Health Organization.
15. WHO. (2019). *Oral Health and Maxillofacial Surgery Report*. Geneva: World Health Organization.
16. WHO. (2020). *Health Systems Strengthening and Surgical Services*. Geneva: World Health Organization.
17. WHO. (2023). *Primary Health Care and Health Systems Resilience*. <https://www.who.int>
18. Wilson, P., & Taylor, D. (2020). Communication in surgical practice. *Medical Communication Quarterly*, 15(1), 77-85



Ischemic Stroke in Young Adults: Emerging Trends and Risk Factors

იშემიური ინსულტი ახალგაზრდა მოზრდილებში: ტენდენციები და რისკ-ფაქტორები

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.01>

Neha Eldhose ^{1a*}

ნეჰა ელდჰოსი ^{1a*}

¹ School of Medicine, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

¹ მედიცინის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

*corresponding author: n_eldhose@cu.edu.ge <https://orcid.org/0009-0000-7002-7928>

Abstract

Introduction: Ischemic stroke, once predominantly associated with older adults, is increasingly affecting individuals aged 18–50, commonly regarded as the most productive age group in society. This shift poses significant physical, psychological, social, and economic consequences. The objective of this study is to investigate the rising incidence of ischemic stroke among young adults, analyze associated risk factors, examine diagnostic challenges, and explore preventive strategies. **Methodology:** A systematic literature search was conducted in PubMed, Sci-Hub, and Google Scholar using keywords related to ischemic stroke in young adults. Peer-reviewed English-language articles published between April 2009 and August 2023 were screened. Following title and abstract review, 10 relevant studies were selected for detailed analysis based on predefined inclusion criteria focusing on incidence trends, risk factors, diagnosis, and prevention. **Results:** Out of 232 initially identified studies, 10 met the inclusion criteria and were analyzed. Five studies documented a significant rise in ischemic stroke cases among young adults over recent decades. Three studies highlighted modifiable lifestyle-related risk factors such as smoking, dyslipidemia, hypertension, obesity, and substance use. Two studies addressed diagnostic challenges, emphasizing misdiagnoses or delayed recognition due to the age of patients. Additional studies underscored the lack of awareness and inadequate prevention strategies, especially in low- and middle-income populations. Socioeconomic factors and gender disparities were also identified, with males and economically disadvantaged individuals more frequently affected. **Discussion:** The findings point to a multifactorial rise in stroke incidence among young adults, driven largely by lifestyle changes and unmet healthcare



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

needs. Despite existing data, inconsistencies in age classification, geographic coverage, and diagnostic approaches limit comprehensive understanding. Notably, diagnostic errors and lack of tailored clinical guidelines contribute to delayed interventions. Preventive measures such as tobacco control, digital health tools, and affordable screenings remain underutilized, especially in resource-constrained settings. **Conclusion:** The increasing incidence of ischemic stroke in young adults demands urgent public health attention. There is a need for more granular, region-specific data and consistent age-group analysis. Greater clinical vigilance, awareness campaigns, and preventive strategies—especially among vulnerable populations—are essential. By improving early detection and addressing lifestyle and socioeconomic risk factors, healthcare systems can reduce premature mortality and long-term disability in young adults.

Keywords: Ischemic stroke, Young adults, Stroke incidence, Risk factors, Stroke diagnosis, Stroke prevention, Lifestyle factors, Socioeconomic disparities, Stroke trends, Early-onset stroke, Public health, Stroke awareness

Citation: Neha Eldhose. Role of Gut Microbiome in Polycystic Ovarian Syndrome and Insulin Resistance. Health Policy, Economics and Sociology, 2025; 9 (2). doi: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.01>

აბსტრაქტი

შესავალი: იშემიური ინსულტი, რომელიც ადრე ძირითადად მოხუცებთან ასოცირდებოდა, დღევანდელობაში დღითი დღე უფრო მეტ ახალგაზრდა (18–50 წლის) ადამიანებს ეხება. ეს ცვლილება მნიშვნელოვანი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ეკონომიკური შედეგების მომტანია. კვლევის მიზანია ახალგაზრდაებში იშემიური ინსულტის ზრდის ტენდენციის შესწავლა, მისი რისკ-ფაქტორების ანალიზი, დიაგნოსტიკური პრობლემების გადაჭრა და პრევენციული სტრატეგიების გამოვლენა. **მეთოდოლოგია:** სისტემატური კვლევა ჩატარდა PubMed, Sci-Hub და Google Scholar პლატფორმებზე, გამოყენებული იყო იშემიურ ინსულტთან დაკავშირებული საკვანძო სიტყვები. სტატიები შეირჩა 2009 წლის აპრილიდან 2023 წლის აგვისტომდე გამოქვეყნებული, ინგლისურენოვანი, რეცენზირებული სამეცნიერო ჟურნალებიდან. სათაურებისა და რეზიუმეების გადახედვის შემდეგ, წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების შესაბამისად, 10 კვლევა შეირჩა, რომლებიც შეეხებოდა ინსულტის გავრცელების ტენდენციებს, რისკ-ფაქტორებს, დიაგნოსტიკასა და პრევენციას. **შედეგები:** შერჩეული კვლევებიდან 5 კვლევამ დადასტურა იშემიური ინსულტის მნიშვნელოვანი ზრდა ახალგაზრდაებში ბოლო რამდენიმე დეკადის განმავლობაში. 3 კვლევამ ყურადღება გაამახვილა ცხოვრების წესთან დაკავშირებულ რისკ-ფაქტორებზე, როგორცაა თამბაქოს მოხმარება, დისლიპიდემია, ჰიპერტენზია, სიმსუქნე და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება. 2 კვლევამ დააფიქსირა დიაგნოსტიკური სირთულეები, კერძოდ, არასწორი დიაგნოზები ან დაგვიანებული აღიარება პაციენტის ასაკის გამო. დამატებითი კვლევები მიუთითებდნენ, რომ დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე მოსახლეობაში ცნობადობის ნაკლებობა და არასაკმარისი პრევენცია განსაკუთრებით მაღალია. ასევე გამოვლინდა სოციალური და გენდერული უთანასწორობები — მამაკაცები და ეკონომიკურად დაუცველები უფრო ხშირად იყვნენ დაავადებულნი. **დისკუსია:** მიღებული მონაცემები მიუთითებს იშემიური ინსულტის ზრდაზე ახალგაზრდაებში, ძირითადად ცხოვრების წესის ცვლილებებისა და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის პრობლემების გამო. არსებული მონაცემების მიუხედავად, ასაკობრივი კლასიფიკაციის, გეოგრაფიული გავრცელებისა და დიაგნოსტიკური მიდგომების არაერთგვაროვნება ხელს უშლის სრული სურათის ჩამოყალიბებას. განსაკუთრებით აღსანიშნავია დიაგნოსტიკური შეცდომები და კლინიკური რეკომენდაციების ნაკლებობა, რაც აფერხებს დროულ ჩარევას. პრევენციული ღონისძიებები, როგორცაა თამბაქოს კონტროლი, ციფრული ჯანდაცვის ინსტრუმენტები და ხელმისაწვდომი სკრინინგები, ხშირად ვერ გამოიყენება სრულად, განსაკუთრებით რესურსებით შეზღუდულ რეგიონებში. **დასკვნა:** იშემიური ინსულტის მზარდი მაჩვენებელი ახალგაზრდაებში გადაუდებელი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოადგენს. აუცილებელია უფრო დეტალური, რეგიონული და ასაკობრივად სტანდარტიზებული მონაცემების შეგროვება. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს კლინიკურ სიფხიზლეს, ცნობადობის ამაღლებასა და პრევენციულ

ღონისძიებებს მოწყვლად ჯგუფებში. ადრეული გამოვლენის გაუმჯობესებით, ცხოვრების წესისა და სოციალური ფაქტორების მართვით შესაძლებელია შემცირდეს ახალგაზრდა პაციენტებში დროებითი სიკვდილიანობა და ხანგრძლივი შეზღუდული შესაძლებლობა.

საკვანძო სიტყვები: იშემიური ინსულტი, ინსულტის გავრცელება, რისკ-ფაქტორები, ინსულტის დიაგნოზი, ინსულტის პრევენცია, ცხოვრების წესი, სოციალური-ეკონომიკური უთანასწორობა, ინსულტის ტენდენციები, ადრეული ასაკის ინსულტი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, ინსულტის შესახებ ცნობიერება

ციტირება: ნეჰა ელდჰოუსი. იშემიური ინსულტი ახალგაზრდა მოზრდილებში: ტენდენციები და რისკ-ფაქტორები. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2025; 9 (2). doi: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.01>.

Introduction

Ischemic stroke in young adults, defined as those between the ages of 18 and 50, has emerged as a growing public health concern. Once considered a disease predominantly affecting the elderly, recent decades have witnessed a significant rise in stroke incidence among younger individuals. This trend is especially alarming given that this age group represents the most productive segment of society. Stroke at a young age not only impacts the physical, mental, and emotional well-being of individuals but also poses a broader socioeconomic burden on families and nations.

As a young adult myself, learning about this trend was deeply unsettling. The idea that stroke is no longer confined to the elderly population is both surprising and troubling. It signals the need for greater awareness, proactive prevention, and timely diagnosis. A stroke at this stage in life can lead to long-term disability, premature mortality, and diminished quality of life, all of which underline the urgency of understanding and addressing this condition.

The objective of this research is to explore the rising incidence of ischemic stroke in young adults, with a focus on its causes, diagnostic challenges, and potential preventive strategies. The study is guided by four main research questions:

To what extent has the incidence of ischemic stroke in young adults increased in recent years?

Is this increase primarily associated with lifestyle changes, or are there other significant contributing factors?

Does the occurrence of stroke in young adults lead to misdiagnosis or delayed diagnosis by healthcare professionals?

Can increased awareness and education help reduce the incidence of stroke in this population?

A review of existing literature provides valuable insights. For example, Moosa et al. (2023) conducted a retrospective hospital-based study comparing young and older stroke patients, revealing a marked increase in stroke incidence among younger adults. Kivioja et al. (2018) identified several early-onset ischemic stroke risk factors, while Putaala et al. (2009) noted a high percentage of cases with undetermined etiology, which may contribute to missed diagnoses. Ji et al. (2013) emphasized the importance of timely diagnosis and intervention.

Lifestyle factors such as smoking, poor diet, and sedentary behavior are widely acknowledged contributors. However, less common but critical causes—such as patent foramen ovale (PFO), inherited or acquired thrombophilia, and cervicocerebral arterial dissection—also play significant roles. Despite existing research, gaps remain in both etiology and prevention, highlighting the need for more targeted efforts.

This study aims not only to identify trends and risk factors but also to emphasize the importance of early recognition and prevention. By synthesizing findings from various sources, this research seeks to raise awareness, inform clinical practice, and ultimately contribute to reducing the burden of ischemic stroke among young adults.

Methodology

A comprehensive literature search was conducted using medical databases including PubMed, Sci-Hub, and Google Scholar. The search utilized the keywords: “increasing incidence of stroke in young adults”

and “ischemic stroke in young adults.” The search was limited to peer-reviewed journal articles published in English between April 2009 and August 2023, to ensure the inclusion of recent and relevant studies.

Inclusion criteria for the selected studies were:

- Articles discussing trends in the risk of stroke among young individuals;
- Research focused specifically on ischemic stroke in young adults;
- Studies addressing risk factors, etiology, incidence, and outcomes of ischemic stroke;
- Preference for open-access research publications;
- Articles published in English.

The selection process involved an initial screening of titles and abstracts to identify potentially relevant studies. Full-text articles were then retrieved and assessed against the predefined eligibility criteria.

From an initial pool of 232 studies, 210 were excluded for not meeting the inclusion criteria. Of the 22 studies retained for full-text screening, 12 were further excluded for irrelevance. Ultimately, 10 studies met all criteria and were included in this systematic review.

Literature Review

Among the selected studies, five focused on analyzing the rising trend of ischemic stroke among young adults, three examined the associated risk factors, two highlighted diagnostic gaps in clinical practice, and two emphasized the need for greater awareness and preventive strategies. A detailed summary of each selected study is presented in the accompanying table.

Table: Summary of selected studies

Authors	Research Objectives	Research Findings	Comments
Kissela et al., 2012	To observe the rising trend in young adults' ischemic stroke incidence.	From the age 20-50 there is a significant increase in the rate of incidence of stroke especially ischemic stroke.	It is surprising to see how the rate of incidence of stroke is increasing among young age due to increasing risk factors and decreasing among older ones from 75 years till 84 years.
Putaalaa et al., 2009	<ul style="list-style-type: none"> • To see the gap in diagnosis by the doctors. • To see the risk factors associated with increasing incidence of ischemic stroke. 	<ul style="list-style-type: none"> • Use of MRI in finding an infarct or ischemic stroke has increased over the years. • Most common risk factors are dyslipidemia, hypertension, smoking, obesity, heavy drinking, illicit drug use, migraine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doesn't this mean that the small subclinical infarcts which are not scanned with MRI and the infarcts that have occurred years back before the frequent use of MRI has led to missing of diagnosis by doctors? • The life style of the young adults have severely contributed to the increasing incidence of stroke in young adults
Bejot et al., 2013	To observe the rising trend in young adults' ischemic stroke incidence.	The incidence of ischemic stroke has increased in such a way that the Incidence rate ration comparing the years between 2003-2011 and 1994-2002 shows 1.697 (95% CI).	The trend of incidence of ischemic stroke has only increased over the years among young adults in various geographical location such as Greater Cincinnati/Northern Kentucky region, France, USA.
Tibæk et al., 2016	To observe the rising trend in young adults' ischemic stroke incidence.	The rate is almost doubled when considering the years from 1994-2012. Also, both in men and female the trend though increasing, is steeper	In this article the trends are observed from 1994-2012 year wise more specifically. And the results are again confirming the

		from 2006-2012. And in this study, the Estimated Annual Percentage Change (EAPC) of ischemic stroke is more in males than females.	increasing pattern of incidence of ischemic stroke.
Kivioja et al., 2018	To see the risk factors associated with increasing incidence of ischemic stroke.	Type 1 diabetes and current smoking status were found to be substantially linked with ischemic stroke out of the 918 cases and 1392 controls that were evaluated. Cardiovascular illness, low HDL cholesterol, type 2 diabetes, a family history of stroke, and hypertension were additional risk factors. Among individuals from age group 25-39 family history of stroke turned out to be greatest risk factor. Lifestyle risk factors account for the entire young adult age group.	Our lifestyle has a major role in our life. It is of utmost importance to create significant changes in it for a better future. It is also very important to implement policies like 'Tobacco control policy' which has been implemented in Finland since 1980's.
Ji et al., 2013	Need for better awareness for prevention.	It is noted that multiple infarcts were more common among the age group 18-35, while single infarcts are most common among the age group 36-45. Though the diagnostic methods help in fast diagnosis, it is still of great importance to note that the major cause of ischemic stroke among young adults are modifiable risk factors.	The need to bring forth strategies to prevent stroke by targeting major modifiable risk factors which can be managed by proper lifestyle such as smoking cessation programs, dietary changes to control dyslipidemia, hypertension and diabetes mellitus is increasing day by day for the safety of our future generation.
Feigin et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> To observe the rising trend in young adults' ischemic stroke incidence. Need for better awareness for prevention. 	<ul style="list-style-type: none"> The increase in incidence of ischemic was noted among lower- and middle-income people comparing with upper income people. Since the lower income people are less aware about the risk factors and diagnosis and management of stroke, it is noted that they have increased number. of cases reported among them. So it is very important that sufficient awareness is provided to identify risk factors. Inexpensive simple screening tests can also be done. Primary stroke prevention by prophylactic drug therapy along with Secondary prevention methods can also be implemented. Digital Clinical 	To be able to provide equal amount of care and awareness among all sectors of people irrespective of their income is important as it can reduce the amount of disability-adjusted life-year which had increased from 91.5 million to 125 million over the gap of 29 years (from 1990-2019).

		decision-making tools have found to be of great use by studying the impact of this method carried out in Finland.	
Larrue et al., 2011	To see the gap in diagnosis by the doctors.	To determine the cause of stroke ASCO (atherosclerosis, small-vessel disease, cardiac source, other cause) criteria is generally used which is not very specific and can only diagnose probably only 45.5% adults leaving the rest undetermined due to lack of investigations. The prevalence of Patent Foramen Ovale (PFO) and Atrial Septal Aneurysm (ASA) is not correctly calculated leading to a gap in early identification of risk factors for stroke. It is also noted that there are few patients who had incomplete evaluation. All of these have created a huge gap in diagnosis of stroke itself.	It is of great importance to identify what and where things have gone wrong to correct the gap in diagnosis by doctors so that incidence of stroke, particularly ischemic stroke can be prevented.
Béjot et al., 2016	To observe the rising trend in young adults' ischemic stroke incidence.	The studies conducted in the region Greater Cincinnati/Northern Kentucky (between 1993-2005), France (between 2000 and 2007), Sweden (between 1989 and 1991; 1998 and 2000), United States (between 1995 and 2008) showed an increase in incidence of ischemic stroke among young adults. So did the Dijon Stroke Registry, a French population-based study (between 1993 and 2005). This study also confirmed the decreasing trend in older adults (65-84 years) which contradicts the results among young adults.	This article confirms again the increasing trend of ischemic stroke among young people'.
Moosa et al., 2023	To see the risk factors associated with increasing incidence of ischemic stroke.	According to this article the major two causes for ischemic stroke among young adults are large artery atherosclerosis (39.8%) and small artery atherosclerosis (37.6%). In this article, an increasing trend of risk factors due to lifestyle changes and reduced exercises in developing countries are noted leading to increase in incidence of	As mentioned above, it is highly important that proper awareness along with adequate life style changes among young adults are important.

		ischemic stroke in young adults	
--	--	---------------------------------	--

The reviewed literature consistently indicates a growing incidence of ischemic stroke in young adults over the past decades. Interestingly, this increase contrasts with a declining trend among older adults aged 65–84 years, suggesting a shifting burden of disease. Several studies also noted that middle- and low-income populations are disproportionately affected, likely due to limited awareness and reduced access to preventive healthcare. Financial constraints further contribute to poorer outcomes in these groups.

Tibæk et al. (2016) observed a higher stroke incidence among young males compared to females. Studies by Béjot et al. (2013) and Béjot et al. (2016), conducted in different years but on similar topics, found that the upward trend in ischemic stroke was not localized to a single region but was observed globally. They reported an incidence rate ratio of 1.697 (95% CI) when comparing the periods 2003–2011 and 1994–2002, reinforcing the global significance of the issue.

The most frequently cited risk factors included:

- Lifestyle-related factors: dyslipidemia, hypertension, smoking, obesity, excessive alcohol intake, and illicit drug use.
- Medical and anatomical factors: migraine, cardiovascular diseases, cardioembolism, patent foramen ovale (PFO), and atrial septal aneurysm (ASA).

Moosa et al. (2023) categorized these risk factors into two main types: large artery atherosclerosis (accounting for 39.8% of cases) and small artery atherosclerosis (37.6%).

Diagnostic challenges were also a recurring theme. Missed or delayed diagnosis in young adults was attributed to incomplete clinical evaluations, limited access to advanced diagnostic tools, and the high cost of diagnostic procedures. The growing use of MRI has helped reduce misdiagnoses, but challenges remain. Larrue et al. (2011) highlighted the insufficient sensitivity of the ASCO classification criteria in younger populations and called for the development of more specific diagnostic frameworks.

These findings raise two critical questions:

- What preventive measures have been implemented so far?
- How effective are these strategies, and what more can be done?

In terms of existing interventions, the literature revealed a scarcity of comprehensive preventive measures. One notable exception is Finland’s tobacco control policy, implemented since the 1980s, which has shown promising outcomes. Kivioja et al. (2018) also discussed the integration of digital clinical decision-making tools, which have improved patient outcomes by facilitating timely interventions.

Ding et al. (2021) emphasized that increasing awareness, particularly in low- and middle-income communities, is crucial to identifying and reducing modifiable risk factors. Suggested strategies include:

- Primary prevention through prophylactic drug therapy.
- Secondary prevention through ongoing risk management.
- Broader implementation of digital consultation tools to facilitate periodic monitoring.
- Use of affordable screening tests to detect early signs of vascular risk among young adults.

Several knowledge gaps were also identified. For example, Ji et al. (2013) reported that single infarcts were more common in individuals aged 36–45 years—a detail not noted by Putaala et al. (2009), potentially due to differences in study design or population demographics. Kissela et al. (2012) pointed out the lack of consistent population-wide data on risk factor trends in younger adults, limiting our ability to track and predict disease patterns.

Overall, these findings point to an undeniable reality: the incidence of ischemic stroke among young adults is rising, and urgent action is needed. Lifestyle modification—such as adopting a healthy diet, quitting smoking, regular exercise, and routine health screening—must be prioritized by individuals and public health systems alike.

The diagnostic gaps discussed in this paper highlight the importance of understanding where clinical practices may fall short, so improvements can be made in early and accurate stroke identification. Prevention strategies, including public education, accessible primary care, and targeted policy

implementation, are essential to reducing disability-adjusted life years (DALYs) and premature mortality among young adults.

Discussion

The findings from this systematic review underscore a growing public health concern: the rising incidence of ischemic stroke among young adults aged 18–50. Once considered a condition predominantly affecting the elderly, stroke is now increasingly observed in younger populations, leading to significant personal, societal, and economic consequences.

Several studies in the review consistently demonstrated a marked increase in the incidence of ischemic stroke among young adults over the past two to three decades. This rise appears to contrast with a declining trend in older age groups, suggesting a shift in the demographic distribution of stroke burden. The implications are particularly serious because young adulthood represents the most economically productive period in a person's life, and the long-term disability associated with stroke can result in years of lost productivity, increased dependency, and psychosocial distress.

Lifestyle-Related Risk Factors

The review identified a range of modifiable lifestyle-related risk factors contributing to this trend, including dyslipidemia, hypertension, smoking, alcohol abuse, obesity, physical inactivity, and drug use. These risk factors are largely preventable and are closely associated with modern sedentary lifestyles, poor dietary habits, and increased psychosocial stress. The clustering of these risk factors in low- and middle-income populations may also explain the disproportionate burden in these groups.

In addition to lifestyle factors, several non-traditional and structural causes such as patent foramen ovale (PFO), atrial septal aneurysm (ASA), inherited thrombophilias, and cervical arterial dissection were also identified. These conditions are often under-recognized and can contribute to cryptogenic strokes, complicating diagnosis and treatment in young adults.

Diagnostic Challenges

One of the concerning themes emerging from this review is the delay or failure in diagnosing ischemic stroke in younger individuals. Physicians may have a lower index of suspicion due to the patient's age, leading to misdiagnosis or delayed treatment. Furthermore, traditional diagnostic criteria such as the ASCO classification system have shown limited sensitivity in younger populations. This diagnostic gap underscores the urgent need for the development of age-specific stroke recognition protocols and training.

Preventive Measures and Policy Gaps

The review also highlighted a general lack of effective stroke prevention strategies targeted specifically at young adults. While tobacco control policies, such as those implemented in Finland, have demonstrated success, broader preventive efforts remain fragmented or underdeveloped. The use of digital health tools, community screening programs, and increased public awareness campaigns were proposed as promising strategies to bridge this gap.

Providing accessible and affordable primary prevention—particularly in low-resource settings—is critical. This includes regular blood pressure and cholesterol screenings, counseling on lifestyle modification, and early intervention for identified risk factors. Equally important is secondary prevention, aimed at minimizing recurrence and improving long-term outcomes in young stroke survivors.

Knowledge Gaps and Future Research

Despite the growing body of literature, several knowledge gaps remain. Population-wide longitudinal data on risk factor trends in young adults are limited, making it difficult to assess temporal changes or evaluate the effectiveness of interventions. Inconsistencies in study design, case definitions, and regional differences also hinder the generalizability of findings. Future research should focus on large-scale, multi-regional cohort studies and the development of standardized diagnostic tools suitable for younger populations.

Implications for Clinical Practice and Public Health

This review reinforces the need for heightened clinical vigilance in evaluating stroke symptoms in young adults. Emergency departments and primary care providers must be trained to recognize atypical presentations and consider stroke as a differential diagnosis, regardless of age. Public health systems must also prioritize stroke awareness campaigns tailored to youth and young adults, emphasizing the role of lifestyle in disease prevention.

The findings also call for an interdisciplinary approach, linking neurologists, primary care physicians, policymakers, educators, and digital health innovators, to implement cost-effective, culturally appropriate, and scalable interventions aimed at reversing this trend.

Conclusions

As a young adult, the motivation behind conducting this research stemmed from the alarming rise in the incidence of ischemic stroke among individuals in the 18–50 age group. The findings of this study confirm that this trend has indeed been increasing steadily since the late 20th century, as seen in multiple studies published since 1989. This upward trend appears consistent across different genders and geographic regions, although it is more pronounced among individuals from low- and middle-income backgrounds. This suggests a strong correlation between socioeconomic status and the increasing incidence of ischemic stroke in young adults.

The results also reinforce that lifestyle-related risk factors—such as dyslipidemia, smoking, hypertension, diabetes, and sedentary behavior—play a major role in this growing public health issue. However, non-lifestyle-related contributors, including vascular abnormalities, migraine, and inherited thrombophilic conditions, should not be overlooked. Importantly, several studies identified missed or delayed diagnoses in young patients, highlighting the urgent need for heightened clinical awareness and improved diagnostic strategies among healthcare providers.

The evidence suggests that controlling this increasing trend requires a combination of approaches, including lifestyle modification, increased public awareness, early diagnosis, and the implementation of preventive tools such as prophylactic therapy and digital clinical decision-making aids.

Recommendations

Expand Regional and Demographic Research - More extensive data collection is needed from diverse regions and populations to improve the sensitivity and specificity of findings. This includes gathering age-specific and gender-specific data to better understand the variations and patterns in stroke incidence among young adults.

Standardize Age Group Categories in Research - Future studies should adopt consistent and clearly defined age groupings for both case and control populations. Inconsistencies in age classification across different studies hinder the comparability and comprehensiveness of results.

Address Socioeconomic Disparities - Public health interventions should prioritize low- and middle-income populations, where the burden of stroke appears to be higher. Strategies should include subsidized screening, free or low-cost preventive care, and culturally appropriate education campaigns.

Enhance Clinical Awareness and Training - Emergency department and primary care physicians should receive training focused on stroke recognition in young adults, especially when symptoms are subtle or atypical. Developing age-specific diagnostic protocols and guidelines would support early and accurate identification.

Implement and Promote Preventive Strategies - Proven interventions—such as tobacco control policies, community health screenings, and digital clinical decision-making tools—should be scaled and adapted across different health systems. These tools can support early risk detection and guide timely interventions.

Monitor and Evaluate Emergency Department Practices - Systematic evaluation of how emergency departments respond to potential stroke cases in young adults could provide valuable insights into diagnostic delays or gaps, ultimately guiding improvements in acute care response.

Strengthen Public Awareness Campaigns - Public health authorities should launch targeted awareness programs to educate young adults about the risk factors, early warning signs, and prevention strategies for ischemic stroke.

By addressing these areas through coordinated research, policy changes, and healthcare system improvements, we can work towards reversing the rising trend of ischemic stroke in young adults and safeguarding the health of the most productive age group in society.

References

- Béjot, Y., Daubail, B., Jacquin, A., Durier, J., Osseby, G. V., Rouaud, O., & Giroud, M. (2014). Trends in the incidence of ischaemic stroke in young adults between 1985 and 2011: the Dijon Stroke Registry. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 85(5), 509–513. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-306203>
- Béjot, Y., Delpont, B., & Giroud, M. (2016). Rising Stroke Incidence in Young Adults: More Epidemiological Evidence, More Questions to Be Answered. *Journal of the American Heart Association*, 5(5), e003661. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003661>
- GBD 2019 Stroke Collaborators (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Neurology*, 20(10), 795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
- Ji, R., Schwamm, L. H., Pervez, M. A., & Singhal, A. B. (2013). Ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults: risk factors, diagnostic yield, neuroimaging, and thrombolysis. *JAMA neurology*, 70(1), 51–57. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2013.575>
- Kissela, B. M., Khoury, J. C., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., Adeoye, O., Flaherty, M. L., Khatri, P., Ferioli, S., De Los Rios La Rosa, F., Broderick, J. P., & Kleindorfer, D. O. (2012). Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology*, 79(17), 1781–1787. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318270401d>
- Kivioja, R., Pietilä, A., Martinez-Majander, N., Gordin, D., Havulinna, A. S., Salomaa, V., Aarnio, K., Curtze, S., Leiviskä, J., Rodríguez-Pardo, J., Surakka, I., Kaste, M., Tatlisumak, T., & Putaala, J. (2018). Risk Factors for Early-Onset Ischemic Stroke: A Case-Control Study. *Journal of the American Heart Association*, 7(21), e009774. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009774>
- Larrue, V., Berhoun, N., Massabuau, P., Calviere, L., Raposo, N., Viguier, A., & Nasr, N. (2011). Etiologic investigation of ischemic stroke in young adults. *Neurology*, 76(23), 1983–1988. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821e5517>
- Moosa, A., Osama, D., Alnidawi, F., Algillidary, S., Hussein, A., & Das, P. (2023). Risk Factors, Incidence, and Outcome of Stroke: A Retrospective Cross-Sectional Hospital-Based Study Comparing Young Adults and Elderly. *Cureus*, 15(6), e40614. <https://doi.org/10.7759/cureus.40614>
- Putala, J., Metso, A. J., Metso, T. M., Konkola, N., Kraemer, Y., Haapaniemi, E., Kaste, M., & Tatlisumak, T. (2009). Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki young stroke registry. *Stroke*, 40(4), 1195–1203. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.529883>
- Tibæk, M., Dehlendorff, C., Jørgensen, H. S., Forchhammer, H. B., Johnsen, S. P., & Kammergaard, L. P. (2016). Increasing Incidence of Hospitalization for Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults: A Registry-Based Study. *Journal of the American Heart Association*, 5(5), e003158. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.003158>



ძილის დარღვევის კავშირი ნეირონების დაზიანებასთან. მიკროგლიისა და გლიის გააქტიურებით განპირობებული მექანიზმების მიმოხილვა

DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.04>

Jacquin Jose Maliyil¹, Sophio Tatishvili^{2a}

ჯაქვინ ჟოზე მალიილ¹, სოფიო ტატიშვილი^{2a}

¹ School of Medicine, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

² New Vision University, Tbilisi, Georgia

¹ მედიცინის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² ნიუ ვიჟენ უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

^a statishvili@cu.edu.ge

<https://orcid.org/0000-0001-6651-5574>

Abstract

Introduction: Sleep deprivation is rapidly emerging as a critical factor in accelerating neurodegeneration, as it is becoming recognized as a key cause of cognitive decline and neurodegeneration. This review examines the complex relationship between prolonged wakefulness, microglial activation, and neuronal injury. It discusses the central role of glial-mediated immune responses in sleep-deprived brain pathology, drawing on various research studies. **Methods:** A comprehensive literature review was conducted using PubMed, Scopus, and Google Scholar. Peer-reviewed, open-access articles published in English from 2011 to 2022 were included. The review examines how the pathways of inflammation, oxidative stress and excitotoxicity are mediated by microglia in stress, culminating in synaptic and neuronal loss. Some of the various triggers to microglial dysfunction are discussed, including TREM2-dependent impairment of Amyloid-beta clearance and the impact of CRH-mediated HPA axis activation. Furthermore, the cross-talk between astrocytes and microglia highlights how glial overload contributes to lysosomal dysfunction and chronic inflammation. **Results:** The review identified strong evidence linking sleep deprivation to heightened microglial activation, increased pro-inflammatory cytokine release, and oxidative stress, all contributing to neuronal and synaptic loss. Studies showed that disrupted TREM2 signaling impairs Amyloid-beta clearance, while HPA axis overactivation intensifies microglial-mediated neuroinflammation. Cross-talk between astrocytes and microglia under prolonged wakefulness was found to exacerbate lysosomal dysfunction and chronic inflammation. These findings were particularly pronounced in models of Alzheimer's disease, where sleep loss accelerated amyloid deposition and tau pathology. Experimental interventions targeting glial modulation and glymphatic function demonstrated potential neuroprotective effects. **Discussion:** The findings highlight the pivotal role of microglial dysfunction in the neuropathological consequences of sleep deprivation. Chronic sleep loss activates glial-mediated immune responses, disrupts clearance mechanisms, and fosters a neuroinflammatory environment conducive to synaptic degradation and neuronal injury. These mechanisms are particularly relevant in neurodegenerative diseases such as Alzheimer's, where impaired glial regulation correlates with accelerated plaque accumulation and tau pathology. **Conclusion:** This review underscores sleep deprivation as a modifiable risk factor for neurodegeneration, primarily through glial dysregulation. Targeting microglial and astrocytic pathways, enhancing glymphatic clearance, and reducing oxidative stress may offer promising neuroprotective strategies. Further translational research is essential to develop clinically viable interventions.

Keywords: Sleep deprivation, neurodegeneration, inflammation, oxidative stress and excitotoxicity, microglia, neuronal loss.

Quote: Jacquin Jose Maliyil, Sophio Tatishvili. Linking Sleep Deprivation to Neuronal Injury: A Review of Microglial and Glia-Mediated Mechanisms. Health Policy, Economics and Sociology, 2025; 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.04>

აბსტრაქტი

შესავალი: უძილობა სწრაფად ხდება ნეიროდეგენერაციის დაჩქარების კრიტიკული ფაქტორი, რადგან იგი ცნობილია როგორც კოგნიტური უნარების დაქვეითებისა და ნეიროდეგენერაციის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი. ეს მიმოხილვა იკვლევს ხანგრძლივი ფხიზლობის, მიკროგლიის აქტივაციისა და ნეირონული დაზიანების შორის რთულ ურთიერთობას. განხილულია გლიური უჯრედების მიერ მართულ იმუნურ პასუხთა ცენტრალური როლი ძილის დანაკლისით გამოწვეულ ტვინის პათოლოგიებში, სხვადასხვა კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით. **მეთოდები:** ჩატარდა კომპლექსური ლიტერატურის მიმოხილვა PubMed, Scopus და Google Scholar-ის გამოყენებით. შესწავლილი იქნა 2011-2022 წლებში გამოქვეყნებული რეცენზირებული, ღია წვდომის მქონე ინგლისურენოვანი სტატიები. მიმოხილვა აჩვენებს, თუ როგორ მართავს მიკროგლია ანთების, ოქსიდაციური სტრესისა და ექსციტოტოქსურობის მექანიზმებს სტრესის პირობებში, რაც საბოლოოდ იწვევს სინაფსურ და ნეირონულ დანაკარგს. განხილულია მიკროგლიის დისფუნქციის რამდენიმე გამომწვევი ფაქტორი, მათ შორისაა TREM2-ით დამოკიდებული ამილოიდ-ბეტას კლირენსის დარღვევა და CRH-ის გავლენა ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზურ-თირკმელზედა ღრუს (HPA) ღერძის გააქტიურებაზე. აგრეთვე, ასტროციტებსა და მიკროგლიას შორის ორმხრივი კავშირი ცხადყოფს, თუ როგორ უწყობს გლიური გადატვირთვა ხელს ლიზოსომული დისფუნქციისა და ქრონიკული ანთების განვითარებას. **შედეგები:** მიმოხილვამ გამოავლინა სარწმუნო მტკიცებულებები, რომლებიც აჩვენებს, რომ ძილის დანაკლისი უკავშირდება მიკროგლიის გააქტიურებას, პროანთებითი ციტოკინების გაძლიერებულ გამოყოფასა და ოქსიდაციურ სტრესს — რაც ხელს უწყობს ნეირონული და სინაფსური დაზიანებას. კვლევებმა აჩვენა, რომ TREM2-ის სიგნალიზაციის დარღვევა ამილოიდ-ბეტას კლირენსის დაქვეითებას იწვევს, მაშინ როცა HPA ღერძის ჰიპერაქტივაცია აძლიერებს მიკროგლიის მედიირებულ ნეიროანთებას. ასტროციტებისა და მიკროგლიის შორის კოაქტივაციამ ხანგრძლივი ფხიზლობის პირობებში გაზარდა ლიზოსომული დისფუნქცია და ქრონიკული ანთება. ეს პროცესები განსაკუთრებით თვალსაჩინო იყო ალცჰაიმერის დაავადების მოდელებში, სადაც ძილის დარღვევამ დააჩქარა ამილოიდური ფოლაქების დაგროვება და ტაუ პათოლოგიის განვითარება. გლიური მოდულაციისა და გლიმფატიკური ფუნქციის გაუმჯობესების მიმართულებით ექსპერიმენტულმა ჩარევებმა აჩვენეს პოტენციური ნეიროპროტექტორული ეფექტები. **განხილვა:** მიგნებები წარმოაჩენს მიკროგლიის დისფუნქციის გადამწყვეტ როლს უძილობის ნეიროპათოლოგიურ შედეგებში. ქრონიკული ძილის დანაკლისი ააქტიურებს გლიური იმუნური რეაქციებს, არღვევს ნარჩენების გაწმენდის მექანიზმებს და ქმნის ანთებით გარემოს, რომელიც ხელს უწყობს სინაფსურ დაშლასა და ნეირონულ დაზიანებას. ეს მექანიზმები განსაკუთრებით აქტუალურია ნეიროდეგენერაციულ დაავადებებში, როგორცაა ალცჰაიმერის დაავადება, სადაც გლიური რეგულაციის დარღვევა კორელაციაშია ფოლაქების დაგროვების დაჩქარებასა და ტაუ პათოლოგიასთან. **დასკვნა:** ეს მიმოხილვა კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს უძილობის როლს როგორც ნეიროდეგენერაციის მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორს, რომელიც მოქმედებს გლიური დისრეგულაციის გზით. მიკროგლიური და ასტროციტული გზების მოდულაცია, გლიმფატიკური გაწმენდის გაუმჯობესება და ოქსიდაციური სტრესის შემცირება შეიძლება გახდეს პერსპექტიული ნეიროპროტექტორული სტრატეგიები. აუცილებელია შემდგომი ტრანსლაციური კვლევები ეფექტიანი კლინიკური ინტერვენციების განვითარებისთვის.

საკვანძო სიტყვები: ძილის უკმარისობა, ნეიროდეგენერაცია, ანთება, ოქსიდაციური სტრესი და ექსციტოტოქსურობა, მიკროგლია, ნეირონების დაკარგვა.

ციტატა: ჯაქვინ ჟოზე მალილი, სოფიო ტატიშვილი. ძილის დარღვევის კავშირი ნეირონების დაზიანებასთან. მიკროგლიისა და გლიის გააქტიურებით განპირობებული მექანიზმების მიმოხილვა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 2025; 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.04>.

Introduction

Sleep is an essential biological activity that regulates physiological and cognitive activities. The fundamental objective of this review is to study the processes by which sleep deprivation (going to be addressed as SD from henceforth) causes neuronal injury, with a particular emphasis on the involvement of microglial activation. Microglia, CNS-resident immune cells, contribute significantly to neurodegenerative mechanisms by clearing synaptic debris and releasing neurotoxic chemicals when activated excessively. (Colonna & Butovsky, 2017; Qin et al, 2023).

Various sleep deprivation studies establish the link between poor sleep and a variety of illnesses, including elevated blood pressure, weight gain and diabetes, cardiovascular disease and reduced immunological function (Worley, 2018). There are three major harmful processes caused by microglia under SD: inflammatory, oxidative, and excitotoxic mechanisms (Cai et al, 2022; Colonna & Butovsky, 2017). Consistent with these findings, multiple investigations have supported with evidence the involvement of pro-inflammatory cytokine release, oxidative stress with subsequent mitochondrial dysfunction, and an imbalanced synaptic transmission resulting in excitotoxicity (Colonna & Butovsky, 2017). The cumulative effects of these pathways contribute to long-term neuronal damage and predispose the brain to neurodegenerative diseases (Cai et al, 2022).

Additionally, the review examines how these pathways interact via microglial activation, regulating synaptic pruning and neuronal degeneration. Understanding the multifactorial processes underlying sleep deprivation-induced neuronal damage is crucial for future research and developing targeted therapeutic interventions.

Research problem: Gaps in the understanding of microglial activation patterns, along with limited insight into related pathways such as oxidative stress-induced neuronal damage, collectively contribute to the exacerbation of neuronal damage.

Modern lifestyles have contributed to turning sleep deprivation and prolonged wakefulness into a widespread phenomenon. The aim of this research is to critically evaluate the mechanisms by which sleep deprivation contributes to neuronal damage, find the links between various pathways and introduce preventive solutions.

Literature Review

Sleep Deprivation and Neuroglial Environment

Sleep deprivation is more than just a lack of sleep; it is a situation that sets off a chain reaction of molecular and cellular events that impact neurons (Worley, 2018). Several studies have found substantial alterations in brain homeostasis following extended durations of wakefulness. Sleep loss, both acute and chronic, can alter microglial morphology, elevate pro-inflammatory mediators, and cause synaptic remodeling. SD affects both synaptic plasticity and immune cells in the brain, which contribute to neurodegenerative disorders (Worley, 2018).

SD can be divided into two. When there is a short-term period of insufficient sleep or no sleep lasting around 24 to 48 hours, it is called acute sleep deprivation (ASD). It becomes chronic sleep deprivation (CSD) when there is less than 7 hours per night for multiple consecutive nights (Worley, 2018).

SD activates microglia through multiple interconnected mechanisms, as below: TREM2-Dependent Microglial Activation [CSD] The study found that chronic sleep deprivation not only stimulates microglia but also impairs their ability to remove Amyloid-beta deposits (Parhizkar et al, 2023). Sleep loss in mouse models, specifically the 5xFAD model of cerebral amyloidosis, was linked to aberrant lysosomal architecture and a reduction in microglia cleaning function for Amyloid-beta clearance (Parhizkar et al, 2023). This impairment is intimately connected to the TREM2 pathway, suggesting that activated microglia and related chronic SD may indirectly contribute to the neurodegenerative cascade observed in diseases like Alzheimer's (Parhizkar et al, 2023).

Parhizkar et al, 2023, stated *that* chronic sleep deprivation enhances microglial reactivity via TREM2 signaling pathways. This activation occurs independently of amyloid-beta plaque presence, indicating that sleep loss alone can trigger microglial activation.

CRH-Mediated Mechanisms [CSD]

Sleep disturbances extend their impact beyond metabolic and synaptic processes by engaging the body’s stress response system. In particular, the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and the associated release of corticotropin-releasing hormone (CRH) play critical roles in mediating neuroinflammatory responses via microglial activation (Guo et al, 2022).

Models of chronic sleep fragmentation show that increased CRH levels in the hippocampus trigger microglial activation. (Guo et al, 2022) CRH, a key mediator of the HPA axis response, activates galectin 3 in microglia, disrupting autophagy by impairing lysosomal membrane integrity (Guo et al, 2022). The release of lysosomal enzymes caused by this rupture impairs the regular turnover of damaged proteins and organelles, worsening neuronal stress and damage (Guo et al, 2022).

Disrupted CX3CR1 signaling [ASD & CSD]

The study by Xin J et al 2021, discussed C3 complement factor involvement in microglia-mediated synaptic pruning post sleep deprivation. The results of the study indicated that CX3CR1 has a pivotal function in modulating the neurological reaction to SD and the interaction of environmental stimuli and brain function, and its absence aids in the recovery from insomnia-related cognitive deterioration. (Xin J et al 2021)

Table: Overview of microglia activation pathways

Pathway	Type of SD	Mechanism	Reference
TREM 2 dependent	Chronic	Enhances microglial reactivity via TREM2, and Aβ plaques.	Parhizkar et al, 2023
CRH-mediated	Chronic	Elevated CRH in the hippocampus upregulates Galectin-3, impairing microglial lysosomes and activating microglia	Guo et al, 2022
Elevated Inflammatory Cytokines	Chronic	Increases IL-1β and TNF-α, activating microglia, contributing to neuroinflammation	Wisor et al, 2011
Mitochondrial Dysfunction and oxidative stress	Acute	Mitochondrial DNA release and oxidative stress trigger inflammation.	Hu et al, 2024
Disrupted CX3CR1 signaling	Acute, Chronic	Disruption of neuron-microglia signaling impairs synaptic pruning and activates microglia.	Xin J et al 2021
Altered microglial morphodynamics	Acute	Changes in process motility and surveillance capacity alter microglial morphology and activates them.	Hristovska et al, 2022
Impaired Autophagic and Lysosomal Pathways	Chronic	Impaired degradation pathways lead to cellular debris accumulation and microglial activation.	Parhizkar et al, 2023
Sustained microglial activation post sleep deprivation	Acute	Microglial activation persists even after recovery sleep.	Liu et al, 2023
Disruption of circadian clock genes	Chronic	Disrupts BMAL1 and REV-ER Bα expression, promoting neuroinflammation	Griffin et al, 2019

Pathways of Neuronal Damage in Sleep Deprivation

Microglial activation initiates primarily three pathways of neural damage. Additionally, crosstalk between glial cells can further amplify the neuronal damage, particularly through dysregulated interactions between microglia and astrocytes. These pathways are briefly described below:

- **Inflammatory Pathways:** Characterized by the enhancement of cytokines (Interleukin-1 β , Tumor Necrosis Factor- α , Interleukin-6) and complement proteins, which contribute to a sustained inflammatory milieu (Cai et al, 2022).
- **Oxidative Stress:** Involves increased synthesis of ROS, lipid peroxidation, and mitochondrial DNA (mtDNA) damage that further exacerbate neuronal injury (Atrooz et al, 2019).
- **Excitotoxicity:** Results from excessive glutamatergic signaling, dysregulation of receptors, and imbalance of inhibitory and excitatory neurotransmission, ultimately leading to synaptic excitotoxic damage. (Nicosia et al, 2024; Colonna & Butovsky, 2017)
- **Cross-Talk Between Glial Cells:** During sleep deprivation, the interaction of astrocytes and microglia is critical (Carvalho et al, 2023). Initially, astrocytic phagocytosis functions as a protective mechanism, removing damaged synaptic components. However, continuous sleep deprivation exceeds astrocytes' compensatory capacities, resulting in chronic microglial activation (Bellesi et al, 2017). Persistent inflammation stresses neurons, leading to oxidative stress and toxic protein buildup, including beta-amyloid (Carvalho et al, 2023).

Inflammatory Pathway: Microglial Activation and Cytokine release

Microglia are inherently highly motile cells with continuous monitoring activity (Carvalho et al, 2023). Under standard conditions, they contribute to synaptic plasticity and debris clearance (Carvalho et al, 2023). However, during sleep deprivation, these cells undergo significant morphological changes and become activated—a process marked by the upregulation of inflammatory mediators (Bellesi et al, 2017). Cytokines, mainly Interleukin-1 β and 6, and Tumor Necrosis Factor- α are released by activated microglia (Bellesi et al, 2017). These cytokines potentiate the inflammatory response by further recruiting immune cells and activating local astrocytes, which can also become phagocytic under conditions of prolonged wakefulness. (Bellesi et al, 2017)

The priming that occurs due to sleep deprivation increases microglia's sensitivity to secondary insults, such as amyloid deposition and environmental toxins. (Bellesi et al, 2017) Such changes corroborate that a prolonged inflammatory state may underlie the neural degeneration observed in conditions like Alzheimer's disease (Bellesi et al, 2017).

Oxidative Stress and Lysosomal Dysfunction

The biochemical environment of sleep loss is further exacerbated by oxidative stress. ROS and lipid peroxidation can damage neuronal membranes and affect lysosomal integrity, as observed in investigations on astrocytic and microglial cells (Atrooz et al, 2019). The combination of oxidative stress and compromised autophagy mechanisms leads to the accumulation of cellular waste, rendering neurons more susceptible to injury (Atrooz et al, 2019).

Excitotoxicity: Complement Cascade Activation

Along with cytokine production, complement cascade is activated during the microglial response. (Bellesi et al, 2017) Chronic SD has been shown to significantly upregulate proteins such C3, which are part of the complement cascade. (Bellesi et al, 2017) Complement activation causes synaptic pruning, which is normally advantageous during development but can be harmful if it occurs abnormally in the human brain. (Bellesi et al, 2017) Overactivation of the complement system can lead to synapse loss, impairing cognitive activities and promoting neurodegeneration. (Bellesi et al, 2017)

TREM2 and Amyloid- β consequences

Inadequate clearance of Amyloid-beta can negatively impact neuronal health. Amyloid-beta plaques impede synaptic function, cause oxidative stress, and can lead to tau pathology, which is a characteristic of Alzheimer's disease. (Zhou et al, 2018) TREM2-dependent reduction in microglial cleaning function may synergize with additional SD-induced mechanisms, including as metabolic

dysregulation and astrocytic overload, causing a complex vulnerability of neurons. (Zhou et al, 2018; Parhizkar et al, 2023).

Implications for Neurodegenerative Diseases and Potential Therapeutic Targets

Sleep deprivation causes significant cellular and molecular changes that have far-reaching implications in neural illnesses including Alzheimer's, Parkinson's, along with other cognitive dysfunctions. (Ahmadian et al, 2018) Chronic SD promotes the buildup of neurotoxic proteins such beta-amyloid-13 and primes the immune system to respond disproportionately to secondary insults through microglial activation. (Ahmadian et al, 2018)

Neurodegenerative Outcomes

The failure of proper A β clearance due to TREM2-dependent microglial dysfunction is a central pathway that links sleep loss and Alzheimer's disease emergence (Parhizkar et al, 2023). In parallel, CRH-mediated activation of microglia and the ensuing disruption in autophagy contribute to a neuroinflammatory environment that, over time, can lead to tau pathology and synaptic loss (Guo et al, 2022). Such processes have been correlated with declines in cognitive performance and memory impairment, as validated by both animal models and human studies. (Parhizkar et al, 2023)

Therapeutic Approaches:

Interventions aimed at mitigating SD-induced neuronal damage target multiple aspects of the pathology:

Enhancing Glymphatic Function: Strategies to boost glymphatic clearance may reduce the accumulation of beta-amyloid and other metabolites. Research has shown that exercise can accelerate glymphatic clearance and reduce amyloid-beta accumulation (Murdock et al, 2024). Studies have also shown that multisensory gamma stimulation and focused ultrasound treatment promote amyloid removal and stimulate glymphatic activity in mice. (Murdock et al, 2024)

Modulating Glial Activation: Pharmacological agents that regulate microglial activity—such as CRHR2 blockers to counteract CRH-mediated effects or compounds that restore TREM2 function—could help maintain a more homeostatic glial environment (Guo et al, 2022).

Discussion

Research papers highlight the complex lineage between neurodegeneration and sleep deprivation, focusing on the pivotal role played by microglial activation in mediating inflammatory, oxidative, and synaptic damage. Sleep deprivation initiates a cascade of pathological events, including the stimulation of inflammatory cytokine production, intensified reactive oxygen species activity, and altered glutamate stability. (Bellesi et al, 2017; Atrooz et al, 2019; Nicosia et al, 2024). The findings align with current literature that positions glial dysfunction, especially that of microglia, as a key contributor to neurodegenerative processes. (Colonna & Butovsky, 2017)

A central mechanism identified involves the TREM2 signaling pathway, which, when disrupted by chronic sleep loss, impairs microglial capacity to clear β -amyloid, thus facilitating amyloid plaque formation—a hallmark of Alzheimer's disease (Zhou et al, 2018). Simultaneously, CRH-induced microglial activation via the HPA axis highlights a systemic component to the localized neuroinflammatory process (Guo et al, 2022). This dual influence - one molecular and the other neuroendocrine - suggests that sleep deprivation primes microglia not only to initiate inflammation but also to respond aberrantly to subsequent neurotoxic challenges (Guo et al, 2022).

Furthermore, pertaining to the relationship between astrocytes and microglia, particularly in relation to chronic glial overload, accentuates the vulnerability of neurons under sustained wakefulness (Carvalho et al, 2023). The astrocytic failure to regulate synaptic homeostasis leads to a chronic activation state in microglia, perpetuating low-grade inflammation and accelerating oxidative damage (Zhou et al, 2018). The review also emphasizes the breakdown of lysosomal and autophagic pathways, compounding neuronal stress and impairing cellular repair mechanisms. (Guo et al, 2022)

While this review synthesizes current knowledge effectively, limitations remain. First, a substantial portion of the cited research is based on animal models, limiting direct translation to human pathology. Additionally, the heterogeneity in experimental protocols, such as duration and type of sleep deprivation,

introduces variability that complicates comparison across studies. The absence of long-term human data and the lack of consideration for sex and age-specific factors further constrain the potential of these results to be generalized. Further research ought to strive to include systematic reviews or meta-analyses, and encourage longitudinal clinical studies to strengthen causal conclusions.

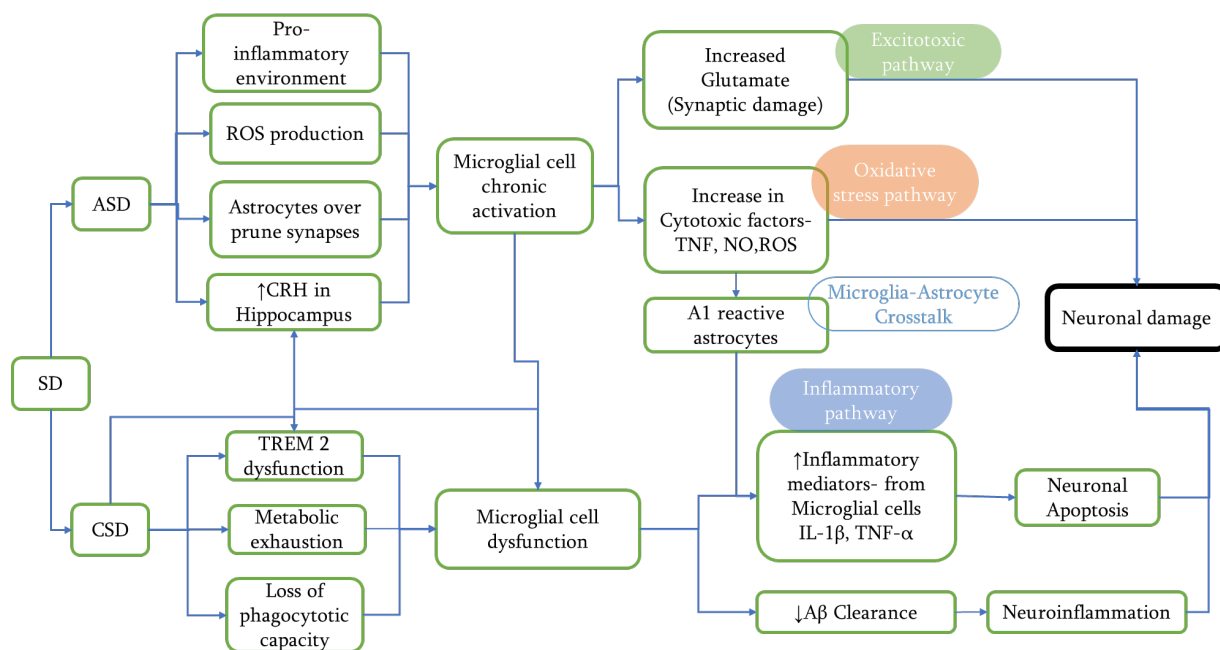


Figure 1: Overview of SD leading to Neuronal Damage.

Legend: SD: Sleep Deprivation; ASD: Acute Sleep Deprivation; CSD: Chronic Sleep Deprivation; CRH: Corticotropin-releasing Hormone; ROS: Reactive Oxygen Species; TREM: Triggering receptor expressed on myeloid cells; $A\beta$: Amyloid beta; TNF: Tumor Necrosis Factor; NO: Nitric Oxide; IL-1 β : Interleukin 1 beta

Sleep deprivation, categorized as Acute or Chronic, initiates a cascade of pathophysiological processes that establishes a sustained state of neural activation. This environment is characterized by a proinflammatory milieu, excessive synaptic pruning mediated by astrocytes, and elevated levels of Corticotropin-releasing hormone (CRH). Their alterations are subsequently accompanied by TREM2 signaling dysfunction, metabolic compromise, and diminished phagocytic capacity of microglial cells. Collectively, these factors exert detrimental effects on microglial function, ultimately leading to the activation of neurotoxic cascades. These pathophysiological pathways include: Excitotoxic pathway characterized by glutamate accumulation and consequent synaptic injury; Oxidative stress pathway, involving the release of cytotoxic mediators such as tumor necrosis factor (TNF), nitric oxide (NO), and reactive oxygen species (ROS); and Inflammatory pathway, driven by the upregulation of proinflammatory cytokines and chemokines secreted by activated microglia. Impaired amyloid-beta clearance, resulting from microglial dysfunction, further exacerbates neuroinflammation through extracellular plaque buildup. These pathological mechanisms are further modulated by bidirectional glial cell interactions, particularly between microglia and astrocytes.

Conclusion

Sleep deprivation exerts profound effects on brain health by activating complex inflammatory, oxidative and metabolic pathways, predominantly mediated by glial cells (Parhizkar et al, 2023). Microglial activation, mainly through TREM2 and CRH signaling, disrupts essential functions such as synaptic pruning and Amyloid-beta ($A\beta$) clearance, resulting in persistent neuroinflammation (Guo et al, 2022; Zhou et al, 2018).

Cross-talk between astrocytes and microglia, coupled with oxidative stress, further exacerbates neurodegeneration. These findings highlight the pressing need to address sleep disturbances not only as lifestyle issues, but also as significant neurobiological challenges (Carvalho et al, 2023).

Therapeutic methods targeting glial modulation, glymphatic enhancement and oxidative damage mitigation may hold promise for mitigating the cognitive decline associated with chronic sleep loss. Further translational and clinical research is essential to validate these pathways and develop effective interventions.

By understanding the interdependent roles of the underlying pathways, and particularly the central involvement of microglial activation, researchers can better identify effective interventions to preserve neuronal integrity. Future studies should continue to refine our knowledge of these mechanisms and integrate findings into medical practice with the ultimate goal of mitigating the risk of neurodegenerative disease.

References

1. Colonna M, Butovsky O. **Microglia Function in the Central Nervous System During Health and Neurodegeneration.** *Annu Rev Immunol.* 2017 Apr 26;35:441-468. doi: 10.1146/annurev-immunol-051116-052358. Epub 2017 Feb 9. PMID: 28226226; PMCID: PMC8167938. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8167938/>
2. Qin J, Ma Z, Chen X, Shu S. **Microglia activation in central nervous system disorders: A review of recent mechanistic investigations and development efforts.** *Front Neurol.* 2023 Mar 7;14:1103416. doi: 10.3389/fneur.2023.1103416. PMID: 36959826; PMCID: PMC10027711. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10027711/>
3. Worley SL. **The Extraordinary Importance of Sleep: The Detrimental Effects of Inadequate Sleep on Health and Public Safety Drive an Explosion of Sleep Research.** *P T.* 2018 Dec;43(12):758-763. PMID: 30559589; PMCID: PMC6281147. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6281147/>
4. Atrooz F, Salim S. **Sleep deprivation, oxidative stress and inflammation.** *Adv Protein Chem Struct Biol.* 2020;119:309-336. doi: 10.1016/bs.apcsb.2019.03.001. Epub 2019 Apr 24. PMID: 31997771. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187616231930029X?via%3Dihub>
5. Cai Y, Liu J, Wang B, Sun M, Yang H. **Microglia in the Neuroinflammatory Pathogenesis of Alzheimer's Disease and Related Therapeutic Targets.** *Front Immunol.* 2022 Apr 26;13:856376. doi: 10.3389/fimmu.2022.856376. PMID: 35558075; PMCID: PMC9086828. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9086828/>
6. Nicosia N, Giovenzana M, Misztak P, Mingardi J, Musazzi L. **Glutamate-Mediated Excitotoxicity in the Pathogenesis and Treatment of Neurodevelopmental and Adult Mental Disorders.** *Int J Mol Sci.* 2024 Jun 13;25(12):6521. doi: 10.3390/ijms25126521. PMID: 38928227; PMCID: PMC11203689. (Nicosia et al, 2024) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11203689/>
7. Bellesi M, de Vivo L, Chini M, Gilli F, Tononi G, Cirelli C. **Sleep Loss Promotes Astrocytic Phagocytosis and Microglial Activation in Mouse Cerebral Cortex.** *J Neurosci.* 2017 May 24;37(21):5263-5273. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3981-16.2017. PMID: 28539349; PMCID: PMC5456108. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5456108/>
8. Xin J, Wang C, Cheng X, Xie C, Zhang Q, Ke Y, Huang X, Chen X, Pan X. **CX3C-chemokine receptor 1 modulates cognitive dysfunction induced by sleep deprivation.** *Chin Med J (Engl).* 2021 Nov 3;135(2):205-215. doi: 10.1097/CM9.0000000000001769. PMID: 34732662; PMCID: PMC8769116. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8769116/>
9. Zhou Y, Ulland TK, Colonna M. **TREM2-Dependent Effects on Microglia in Alzheimer's Disease.** *Front Aging Neurosci.* 2018 Jul 9;10:202. doi: 10.3389/fnagi.2018.00202. PMID: 30038567; PMCID: PMC6046445. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6046445/>
10. Parhizkar S, Gent G, Chen Y, Rensing N, Gratuzze M, Strout G, Sviben S, Tycksen E, Zhang Q, Gilmore PE, Sprung R, Malone J, Chen W, Remolina Serrano J, Bao X, Lee C, Wang C, Landsness E, Fitzpatrick

- J, Wong M, Townsend R, Colonna M, Schmidt RE, Holtzman DM. **Sleep deprivation exacerbates microglial reactivity and A β deposition in a *TREM2*-dependent manner in mice.** *Sci Transl Med.* 2023 Apr 26;15(693):eade6285. doi: 10.1126/scitranslmed.ade6285. Epub 2023 Apr 26. PMID: 37099634; PMCID: PMC10449561. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10449561/#ABS2>
11. Guo L, Reed KM, Carter A, Cheng Y, Roodsari SK, Martinez Pineda D, Wellman LL, Sanford LD, Guo ML. **Sleep-Disturbance-Induced Microglial Activation Involves CRH-Mediated Galectin 3 and Autophagy Dysregulation.** *Cells.* 2022 Dec 30;12(1):160. doi: 10.3390/cells12010160. PMID: 36611953; PMCID: PMC9818437. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9818437/>
 12. Ahmadian N, Hejazi S, Mahmoudi J, Talebi M. **Tau Pathology of Alzheimer Disease: Possible Role of Sleep Deprivation.** *Basic Clin Neurosci.* 2018 Sep-Oct;9(5):307-316. doi: 10.32598/bcn.9.5.307. Epub 2018 Sep 1. PMID: 30719245; PMCID: PMC6360494. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6360494/>
 13. Murdock MH, Yang CY, Sun N, Pao PC, Blanco-Duque C, Kahn MC, Kim T, Lavoie NS, Victor MB, Islam MR, Galiana F, Leary N, Wang S, Bubnys A, Ma E, Akay LA, Sneve M, Qian Y, Lai C, McCarthy MM, Kopell N, Kellis M, Piatkevich KD, Boyden ES, Tsai LH. **Multisensory gamma stimulation promotes glymphatic clearance of amyloid.** *Nature.* 2024 Mar;627(8002):149-156. doi: 10.1038/s41586-024-07132-6. Epub 2024 Feb 28. PMID: 38418876; PMCID: PMC10917684. <https://www.nature.com/articles/s41586-024-07132-6>
 14. Carvalhas-Almeida C, Serra J, Moita J, Cavadas C, Álvaro AR. **Understanding neuron-glia crosstalk and biological clocks in insomnia.** *Neurosci Biobehav Rev.* 2023 Apr;147:105100. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105100. Epub 2023 Feb 17. PMID: 36804265. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763423000696>
 15. Wisor JP, Schmidt MA, Clegern WC. **Evidence for neuroinflammatory and microglial changes in the cerebral response to sleep loss.** *Sleep.* 2011 Mar 1;34(3):261-72. doi: 10.1093/sleep/34.3.261. PMID: 21358843; PMCID: PMC3041702. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3041702/>
 16. Hu Y, Wang Y, Wang Y, Zhang Y, Wang Z, Xu X, Zhang T, Zhang T, Zhang S, Hu R, Shi L, Wang X, Li J, Shen H, Liu J, Noda M, Peng Y, Long J. **Sleep Deprivation Triggers Mitochondrial DNA Release in Microglia to Induce Neural Inflammation: Preventative Effect of Hydroxytyrosol Butyrate.** *Antioxidants (Basel).* 2024 Jul 12;13(7):833. doi: 10.3390/antiox13070833. PMID: 39061901; PMCID: PMC11273532. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11273532/>
 17. Hristovska I, Robert M, Combet K, Honnorat J, Comte JC, Pascual O. **Sleep decreases neuronal activity control of microglial dynamics in mice.** *Nat Commun.* 2022 Oct 21;13(1):6273. doi: 10.1038/s41467-022-34035-9. PMID: 36271013; PMCID: PMC9586953. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9586953/>
 18. Griffin P, Dimitry JM, Sheehan PW, Lananna BV, Guo C, Robinette ML, Hayes ME, Cedeño MR, Nadarajah CJ, Ezerskiy LA, Colonna M, Zhang J, Bauer AQ, Burris TP, Musiek ES. **Circadian clock protein Rev-erba regulates neuroinflammation.** *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2019 Mar 12;116(11):5102-5107. doi: 10.1073/pnas.1812405116. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30792350; PMCID: PMC6421453. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6421453/>




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

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

ნეოლიბერალიზმი და მენტალური ჯანმრთელობა: კრიტიკული თეორიული
ანალიზი

Neoliberalism and Mental Health: A Critical Theoretical Analysis

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.03>

ალექსანდრა აროშვილი ^{1a}

Alexandra Aroshvili ¹⁵

¹ მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტი ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ Faculty of Sciences and Arts, Ilia State University, Tbilisi, Georgia



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org>)



აბსტრაქტი

ნაშრომი მიმოიხილავს ნეოლიბერალიზმის, როგორც ეკონომიკური მოდელისა და სოციალურ-პოლიტიკური მმართველობის სტილის გავლენას მენტალურ ჯანმრთელობაზე, რაც ძირითადად ინდივიდუალიზაციის კულტურას, ბაზრის ლოგიკის დომინაციასა და სახელმწიფო პასუხისმგებლობის შემცირების მექანიზმებს ეფუძნება. აღნიშნული სოციალური რეალობა, ერთი მხრივ, ზრდის მენტალური ჯანმრთელობის გამოწვევებს, ხოლო მეორე მხრივ ზღუდავს შესაბამის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას. მენტალური ჯანმრთელობის სფეროში გავრცელებული ხდება მომსახურებების გასაქონლება, თერაპიისა და დიაგნოსტიკის კომერციალიზება და მკურნალობის ისეთი მოდელების გაძლიერება, რომლებიც ფარმაცევტულ ინდუსტრიებზეა ორიენტირებული. ნაშრომი ეფუძნება კრიტიკული თეორეტიკოსების, მათ შორის მარკ ფიშერისა და ნიკ როუზის, ანალიზს და აერთიანებს კვლევებს, რომლებიც აჩვენებენ ნეოლიბერალური პოლიტიკების კავშირს მენტალური ჯანმრთელობის ინდივიდუალიზებასთან, ბიომედიკალიზებასა და აპოლიტიკურ დისკურსად გარდაქმნასთან. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ნეოლიბერალური ლოგიკის შემოსვლას პოსტსოციალისტურ სივრცეში, რაც ამწვავებს სოციალური უთანასწორობიდან გამომდინარე ფსიქიკურ ტანჯვას. ნაშრომი ასკვნის, რომ თანამედროვე კაპიტალიზმის პირობებში მენტალური ჯანმრთელობის განხილვა საჭიროებს სოციალურ და პოლიტიკურ ჩარჩოს და არა მხოლოდ ინდივიდუალურ ან კლინიკურ მიდგომებს. მენტალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება საჭიროებს სისტემურ ცვლილებებს, რომლებიც აღიარებენ ფსიქიკური ტანჯვის სტრუქტურულ მიზეზებს და სცილდებიან ინდივიდუალურ ინტერვენციებზე დაფუძნებულ პრაქტიკებს.

საკვანძო სიტყვები: ნეოლიბერალიზმი, მენტალური ჯანმრთელობა, ბიომედიკალიზაცია, ფარმაცევტული ინდუსტრია, სტრუქტურული უთანასწორობა, სოციალური ტანჯვა.

რეკომენდირებული ციტირება: აროშვილი, ა. (2025). ნეოლიბერალიზმი და მენტალური ჯანმრთელობა: კრიტიკული თეორიული ანალიზი. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.03>.

Abstract

This paper explores the impact of neoliberalism, as both an economic model and a style of socio-political governance, on mental health. It focuses on how neoliberalism, rooted in the culture of individualization, the dominance of market logic, and mechanisms of diminishing state responsibility, shapes the conditions under which mental health is experienced and addressed. The social reality constructed by neoliberal regimes both challenges mental well-being and limits access to related services. It commodifies mental health care by reshaping therapeutic and diagnostic practices to align with market demands and by developing treatment pathways that are increasingly oriented toward pharmaceutical industries. The study draws on the work of critical theorists—most notably Mark Fisher and Nikolas Rose—and compiles research and data that demonstrate the direct connection between neoliberal policies and the individualization, biomedicalization, and depoliticization of mental health. Particular attention is given to the introduction of neoliberal logic into post-socialist contexts, which exacerbates suffering rooted in structural inequality. The paper concludes that under contemporary capitalism, mental health must be understood not merely through individual or clinical frameworks but within broader social and political contexts. Its improvement requires systemic changes that move beyond individual approaches and acknowledge the structural sources of psychological distress.

Keywords: Neoliberalism, mental health, biomedicalization, pharmaceutical industry, structural inequality, social suffering.

Recommended Citation: Aroshvili, A. (2025). Neoliberalism and Mental Health: A Critical Theoretical Analysis. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.03>

მესავალი

ნეოლიბერალიზმი, როგორც ეკონომიკური და პოლიტიკური დოქტრინა, რომელიც გულისხმობს ბაზრის უპირატესობას, სახელმწიფოს შემცირებას, სახელმწიფოს ეკონომიკასა და სხვა სფეროებში ჩარევის მინიმიზაციას და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის კულტურაზე დაფუძნებულ მმართველობას, დღეს უკვე მნიშვნელოვან სოციალურ ჩარჩოდ ითვლება მენტალური ჯანმრთელობის საკითხების განხილვისთვის. 1980-იანი წლებიდან მოყოლებული, ნეოლიბერალური მმართველობა თანდათან ცვლის არა მხოლოდ ეკონომიკის მართვას, არამედ ცხოვრების სხვა, ყოველდღიურ განზომილებებს, მათ შორის არა მხოლოდ სოციალურს, არამედ ფსიქიკურსა და მენტალურს, რაც ხშირად აღიქმება როგორც მხოლოდ შინაგანი, ორგანული ან სოციალურისგან (და ყველა გარე შოკისგან) დამოუკიდებელი — მათ შორის, ცვლის იმ გზებსაც, თუ როგორ აღვიქვამთ, ვაფასებთ და ვუმკლავდებით საკუთარ (ან სხვების) მენტალურ ჯანმრთელობას - ე.ი ნეოლიბერალიზმი, როგორც კონკრეტული ეკონომიკური პოლიტიკებისა და მმართველობის სტილის პაკეტი, აღწევს სოციალურ, კოგნიტურ, ემოციურ და მენტალურ სფეროშიც. აღნიშნული გარდაქმნა განსაკუთრებით თვალსაჩინოა იმგვარ სტრუქტურებში, ინსტიტუტებსა და თუ კულტურებში, რომლებიც ადრე კოლექტიურ სოლიდარობაზე და სახელმწიფო პასუხისმგებლობაზე იყო დაფუძნებული, ამ ისტორიული პერიოდიდან კი სულ და უფრო მეტად მორგებულია ინდივიდის ქცევის მოდელირებაზე - მისი პროდუქტიულობისა და ეფექტიანობის უტილიზაციისთვის.

მენტალური ჯანმრთელობის სფეროში ნეოლიბერალიზმის გავლენა გამოიხატება როგორც პოლიტიკურ-ინსტიტუციურ, ისე კულტურულ დონეზე. კლინიკური ფსიქიატრია და თერაპია სულ უფრო მეტად ექვემდებარება შედეგებზე ორიენტირებულ მოდელს, რაც ხშირად ფოკუსირებულია სიმპტომების სწრაფ მართვასა და ინდივიდის ბაზრისთვის მომზადებაზე, იმის ნაცვლად, რომ გაიაზროს და/ან იმუშაოს პრობლემების სოციალურ კონტექსტზე. მაგალითად, ბრიტანეთში „IAPT“ (Improving Access to Psychological Therapies) პროგრამის კრიტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ხაზი უკავშირდება სწორედ იმას, რომ პროგრამას ჰქონდა ეკონომიკური იმპერატივი, რაც შეიძლება მეტი მოქალაქე დაებრუნებინა შრომის ბაზარზე (Thomas, 2013). თერაპიის მიზნად განისაზღვრებოდა არა პაციენტის ცხოვრების ხარისხის ამაღლება, არამედ მისი ფუნქციური სარგებლიანობის აღდგენა. მსგავსი მიდგომა უარყოფს მენტალური ტანჯვის პოლიტიკურ და სოციალურ განზომილებებს, აწევს ნორმატიულ კრიტერიუმებს და ამოცანებს და ქმნის ერთგვარ „ეფექტურობის ეთიკას“, რომელიც იშვიათად ითვალისწინებს პიროვნულ, სტრუქტურულ ან ისტორიულ გარემოებებს.

ნეოლიბერალური მოდელის პირობებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები თანდათან კომოდიფიცირდა, პრივატიზდა და იქცა საბაზრო სერვისად (Esposito and Perez, 2014). ფსიქოთერაპია, ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკა და მედიკამენტოზური მკურნალობა მთლიანად ბაზრის ლოგიკას დაექვემდებარა. ჯანდაცვის, როგორც სერვისის სტანდარტიზაციამ და კერძო სექტორის გაძლიერებამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ხელახლა განსაზღვრა კლინიკური ურთიერთობები: პაციენტი იქცა მომხმარებლად, პროფესიონალი კი — მომსახურების მიმწოდებლად, რომელიც ხშირად პაციენტს სამეცნიერო, სამედიცინო თუ კლინიკური ცოდნის ნაცვლად, იგივე ბაზრის მიერ ჯანდაცვის ბიზნესში შექმნილ პროდუქტებს სთავაზობს. ეს დინამიკა მძლავრად აისახა ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკის გაფართოებაზე და იმ დისკურსებზე, რომელიც შრომის „შეწყვეტის“, ბაზრისადმი „არაეფექტურობის“ ან „მოუშვადებლობის“ ინდივიდუალიზებულ მეტაფორებს უტრიალებს.

ერთ-ერთი ცენტრალური საკითხი, რომელსაც კრიტიკული კვლევები უსვამს ხაზს, არის სოციალური სტრესორების იგნორირება ნეოლიბერალურ გარემოში. როგორც მონკრიფი და კუპერი (Moncrieff & Cooper, 2015) ამტკიცებენ, თანამედროვე ფსიქიატრია მოწყობილია არა სოციალური უსამართლობის, სიღარიბისა და უთანასწორობის შედეგების დასადგენად, რომლებიც პირდაპირ გავლენას ახდენენ ადამიანების მენტალურ ჯანმრთელობაზე, არამედ პირიქით, ამ ვითარებებს აღიქვამს და გარდაქმნის ინდივიდუალურ პათოლოგიებად. გარდა ამისა, კრიტიკა მიემართება ამ პრობლემის აღმოფხვრის საშუალებებსაც, რომლებიც ფუნდამენტურ შეცდომას უშვებს, მკურნალობს რა ინდივიდს ქიმიურად, კლინიკურად თუ მედიკამენტოზურად, მკურნალობს მის ორგანიზმსა თუ ფსიქიკას იმისთვის, რომ მან

განსხვავებულად აღიქვას სოციალური სტრესორები და ისწავლოს მათი იგნორირება ან მათზე რეაგირება, თუმცა რეალურად, პრობლემა ხშირად შეიძლება მოდიოდეს გარემოდან და არა ინდივიდის ორგანიზმიდან თუ დამოკიდებულებებიდან, ხოლო რეაქციების მართვა, ხშირ შემთხვევაში ემსგავსება არანორმალურ გარემოზე ნორმალური რეაქციის გამომუშავების ლიკვიდრებას იმისთვის, რომ პაციენტი დარჩეს შრომისუნარიანი და ეფექტური. ეს პროცესი უფრო ფართო, ჯგუფურ სოციალურ პროცესებსაც მიემართება, ჩანაცვლებულია რა კოლექტიური პოლიტიკური ბრძოლა ამ საერთო სოციალური სტრესორების გამოსწორებისთვის პირად ცვლილებაზე ორიენტირებული გადაჭრის გზებით — მედიკამენტებით, ქვევითი თერაპიით და თვითკონტროლის ტექნიკებით, რომლებიც ხშირად შეუსაბამოა სტრუქტურული ძალადობით გამოწვეული ტანჯვის მიმართ.

ამრიგად, ნეოლიბერალიზმის გავლენა მენტალურ ჯანმრთელობაზე არ შემოიფარგლება მხოლოდ პოლიტიკის, სერვისების ხელმისაწვდომობის ან დაფინანსების საკითხებით. ის ცვლის, ასევე, წარმოდგენებს, თუ რას ნიშნავს „ჯანმრთელობა“, რა ითვლება „ნორმალურად“, და როგორ უნდა ვუპასუხოთ ფსიქიკურ თუ მენტალურ ტანჯვას. ეს გავლენა მძლავრად აღწევს პროფესიულ პრაქტიკაში, მოქალაქეების თვითშეფასებასა და იმ სტანდარტებში, რომლის მიხედვითაც ადამიანები საკუთარ სიცოცხლეს აფასებენ. სწორედ ამიტომ, ნეოლიბერალიზმი უნდა განვიხილოთ როგორც არა მხოლოდ ეკონომიკური პროექტი, არამედ როგორც ექსპლიციტური ფსიქო-პოლიტიკური სტრუქტურა, რომელიც თავისებურად განსაზღვრავს სუბიექტურობას, ჯანმრთელობას და პათოლოგიას.

ნეოლიბერალიზმი, როგორც მენტალური ტანჯვის პოლიტიკური და ეკონომიკური სისტემა

ნეოლიბერალიზმისა და მენტალური ჯანმრთელობის ურთიერთობის ანალიზის გასაღრმავებლად, აუცილებელია იმ ავტორების განიხილვა, რომლებმაც მნიშვნელოვნად ჩამოაყალიბეს კრიტიკული ჩარჩო ამ სფეროში. ასეთი ავტორები გვთავაზობენ განსხვავებულ, თუმცა ურთიერთდამაკავშირებელ გზებს იმის ასახსნელად, თუ როგორ იქცევა მენტალური ტანჯვა ინდივიდის პირად პასუხისმგებლობად იმ სოციალურ-ეკონომიკურ კონტექსტში, რომელშიც სწორედ სტრუქტურული ფაქტორები და პოლიტიკები ქმნის ტანჯვის საფუძველს.

მარკ ფიშერი თავის ცნობილ ნაშრომში “Capitalist Realism: Is There No Alternative?” (2009) ასახავს იმ კულტურულ განწყობას, რომლის მიხედვითაც უკვე წარმოუდგენელია კაპიტალიზმის ალტერნატივა. ფიშერისთვის მენტალური ჯანმრთელობის გავრცელება არ არის ფსიქოლოგიური თუ ბიოლოგიური მიზეზების შედეგი, არამედ პირდაპირი შედეგია იმ სტრუქტურებისა, რომლებშიც ვცხოვრობთ. ფიშერი წერს: “დეპრესია არ არის კერძო მარცხი — ის პოლიტიკური მდგომარეობაა.” ამით ფიშერი ამხელს იმ კულტურულ მექანიზმებს, რომლებიც ინდივიდს საკუთარ ტანჯვაში ადანაშაულებს, მაშინ როდესაც სინამდვილეში ეს ტანჯვა ნეოლიბერალური ცხოვრების წესის შედეგია — შრომითი დაუცველობა, სოციალური ფრაგმენტაცია, კოლექტიური მხარდაჭერის ქსელების ნგრევა. ფიშერის თქმით, ფსიქიკური დაავადების „ეპიდემია“ არ გვესაუბრება მხოლოდ ადამიანების მდგომარეობაზე, არამედ, იგი გვაუწყებს კულტურულ მარცხზე, რომლის პირობებში საზოგადოებამ დაკარგა კოლექტიური წარმოდგენა მომავალზე.

ნიკ როუზი — გავლენიანი სოციოლოგი და ფსიქოპოლიტიკის თეორეტიკოსი — რომელსაც ეკუთვნის წიგნი “Governing the Soul: The Shaping of the Private Self” (1989) გვთავაზობს ანალიზს იმის შესახებ, თუ როგორ ხდებოდა ფსიქოლოგიისა და ფსიქიატრიის ინსტიტუციონალიზაცია ლიბერალურ დემოკრატიებში. როუზი აჩვენებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს თანამედროვე სუბიექტის ფორმირებაში, რომელიც მართავს საკუთარ ემოციებს, აკონტროლებს ქცევას და პასუხისმგებელია თავის მდგომარეობაზე. ნეოლიბერალური პირობებში ეს მმართველობა ხდება კიდევ უფრო ინტენსიური: პაციენტი უნდა გახდეს თვითრეგულირებადი, თვითმმართველი ინდივიდი, რომელიც არ მოითხოვს სტრუქტურულ ცვლილებებს, არამედ ცდილობს არსებული სისტემის პირობებში “შემლოს, გაართვას თავი”. როუზის ხედვით, მენტალური ჯანმრთელობა ნეოლიბერალიზმში იქცევა მმართველობის ერთ-ერთ ფორმად —

გამართული პირადი ფუნქციონირება და ემოციური სტაბილურობა ხდება სოციალური მიღების მთავარი პირობა.

წიგნში „De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition“ შესულ ერთ-ერთ ესეში ჯეიმს ბურნი ხაზს უსვამს, რომ სწორედ ნეოლიბერალიზმის მიერ შექმნილი მოლოდინები და ამ მოლოდინების დაუკმაყოფილებლობა - ნეოლიბერალიზმისავე შექმნილი სოციალური პირობების გამო, ადამიანებისთვის „წაგებულობის“ შეგრძნებად იქცევა, რასაც ისინი საკუთარ პრობლემად, შემდგომ კი სამედიცინო პრობლემად აღიქვამენ: „ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის იდეა ჩვენი კულტურის ცენტრალური ელემენტია. თუ საზოგადოების „წაგებულებს“ შორის ხარ და ცხოვრება გიჭირს, ეს შენი პირადი პრობლემაა, ნეოლიბერალური ეკონომიკური და სოციალური წესრიგის მეორე მხარეს კი დგას უთანასწორობისა და შრომითი დაუცველობის ზრდა, რასაც თან ერთვის მოლოდინების ზრდაც, რომელიც ვარსკვლავური ცხოვრების დემონსტრაციული მოხმარებით ყალიბდება. ამ ფონზე, სწორედ ნეოლიბერალიზმში “წაგებულებისთვის” იქცა უკმაყოფილება სამედიცინო პრობლემად.“ (Bourne, 2011)

ზოგიერთი კვლევა ყურადღებას ამახვილებს იმაზე, თუ როგორ გავრცელდა ნეოლიბერალური ლოგიკა ყოფილ საბჭოთა სივრცეში და როგორ მოახდინა მან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელახალი ფორმატირება - ამგვარი განაზრებები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ სპეციფიკური კონტექსტებისთვის, რომლებიც პოსტ-საბჭოთა სახელმწიფოებში შეიმჩნევა, მათ შორის საქართველოში. მკვლევრები ამტკიცებენ, რომ ნეოლიბერალიზმმა ამ სივრცეში უკანა გზით შემოიტანა ფსიქიკური დაავადების ინდივიდუალიზაცია, მაშინ როდესაც ტანჯვა ხშირად უკავშირდება სიღარიბეს, ძალადობას, კოლექტიური სივრცეების დანაწევრებას, დეინდუსტრიალიზაციას, ინსტიტუტების ჩამოშლას, თაობების ფრუსტრაციას, გაზრდილ ნარკომანიასა და ალკოჰოლიზმს და სხვა. პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში მენტალური დაავადებებისთვის განკუთვნილი სერვისები ან არ არსებობს, ან სრულად კომოდიფიცირებულია, ხოლო ის მოქალაქეები, ვინც ვერ ახერხებენ ამ წესრიგის ფარგლებში ფუნქციონირებას, მარგინალიზებულნი და ხშირად, დასჯილნი არიან. „როცა სახელმწიფოები ნელ-ნელა აუქმებენ სოციალურ მხარდაჭერებს ან მათ ბაზარზე დაფუძნებული მექანიზმებით ანაცვლებენ, ინდივიდებს უწევთ და მათ ასწავლიან, რომ თავად აიღონ პასუხისმგებლობა საკუთარ მოწყვლადობასა და თუ სურვილების მართვაზე - თითქოს იყვნენ 'საკუთარი თავის პორტფელის მფლობელები', როგორც ბიზნესმენები“ (Martin, 2000, გვ.582; Gershon, 2011). ამ არგუმენტების თანახმად, პოსტსოციალისტური საზოგადოებები ყალიბდება სივრცეებად, სადაც ადამიანებმა თავად უნდა ისწავლონ ცხოვრების მართვა რადიკალურად გარდაქმნილ სოციალურ და პოლიტიკურ-ეკონომიკურ გარემოში (Raikhel and Bemme, 2016).

ამ ავტორთა შორის არსებობს ძლიერი თეორიული თანხვედრა: ყველა მათგანი მიუთითებს, რომ მენტალური ჯანმრთელობის საკითხი არა მხოლოდ ინდივიდუალური განზომილების, არამედ პოლიტიკური და კულტურული საკითხია. ფიშერი ამხელს ტანჯვის კულტურულ და იდეოლოგიურ წარმოშობას, როუზი - პოლიტიკური და ეკონომიკური მმართველობის სისტემებს და მათ მიერ სუბიექტურობის ჩამოყალიბებას, პოსტ-საბჭოთა კვლევები კი მიუთითებენ ტრანზიციულ პროცესებსა და ხელმიუწვდომელ ჯანდაცვაზე, რაც ასეთ საზოგადოებებში კიდევ უფრო ამწვავებს გვიანდელი კაპიტალიზმის მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებს. ამ ნაშრომების ერთობლივად გააზრება გვხმარება, რომ მენტალური ჯანმრთელობა განვიხილოთ, როგორც სოციალური სამართლიანობის საკითხი — რომელიც მოითხოვს არა მხოლოდ თერაპიულ და ინდივიდუალურ, არამედ სოციალურ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ ჩარევას. რა შეიძლება იყოს ამგვარი ჩარევა ნეოლიბერალიზმის პირობებში? სწორედ ის შესაძლებლობათა სივრცე, სადაც ალტერნატიული სოციალური წესრიგის და შესაბამისად, საერთო მენტალური კეთილდღეობის ფორმების წარმოდგენა, ზოგადად ჯანსაღი გარემოსა და შინაგანი ჰარმონიის წარმოდგენა ხდება შესაძლებელი.

თუმცა, როგორც ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს, ნეოლიბერალიზმის მიერ წარმოშობილი მენტალური ცვლილებები და მენტალური ჯანდაცვის სიტემების რეაგირება არამხოლოდ ზრდის უკმაყოფილებასა და შფოთვის ზრდის, არამედ ხელს უშლის ადამიანებს ამ

ტიპის სოციალური ცვლილების წარმოდგენაში - ან მისთვის ბრძოლაშიც და შესაბამისად, ინარჩუნებს ნეოლიბერალურ მოდელს.

„ფარმაცევტულმა ინდუსტრიამ პოპულარიზაცია გაუწია იდეას, რომ პრობლემათა დიდი ნაწილი ტვინის ქიმიური დისბალანსით არის გამოწვეული. ეს გზავნილი უწყობს ხელს ნეოლიბერალური ეკონომიკური და სოციალური პოლიტიკის მიზნების განხორციელებას, რადგან აღძრავს არასრულფასოვნებისა და შფოთვის განცდებს. სწორედ ეს გრძნობები ამოძრავებს მზარდ მოხმარებას, აიძულებს ადამიანებს მიიღონ უფრო სტრესული სამუშაო პირობები და აფერხებს სოციალურ და პოლიტიკურ რეაგირებას“ (Moncrieff, 2006).

ნეოლიბერალიზმი და მენტალური ჯანმრთელობა: პირდაპირი კავშირები?

2021 წელს გამოქვეყნებულ სიმულაციურ ოთხეტაპიან კვლევაში, რომელმაც 1 026 ადამიანი გამოკითხა იმის შესახებ, თუ რამდენად აღიქვამენ ისინი საკუთარ საზოგადოებას და მათ ჯანმრთელობას ნეოლიბერალურ მდგომარეობად, მეოთხე ეტაპზე (N=303) დადგინდა, რომ “ნეოლიბერალური იდეოლოგიის გაფართოება ზრდის მარტოობას და ამცირებს მენტალურ კეთილდღეობას” . (Becker et al., 2021)

ზოგიერთ კვლევაში დეტალურადაა განხილული, თუ როგორ იზრდება დიაგნოსტიკების სტატისტიკა და ფართოვდება მისი შინაარსობრივი ველი ნეოლიბერალიზმის პირველ ტალღასთან ერთად, მის შედეგებთან გასამკლავებელ ერთადერთ შესაძლო გამოსავლად კი ეს პროცესი მედიკამენტოზურ მკურნალობას სახავს. მაგალითად, DSM III-ის (ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის (APA) მიერ 1980 წელს გამოშვებული ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკაციის მეშვეობით გამოყენებული სახელმძღვანელო) გამოსვლამ გაზარდა დიაგნოსტიკების შემთხვევები, რომლებიც „ქიმიური იმბალანსის“ ცნებაზე დაფუძნებულ ვარაუდებს ემყარებოდა. ეს უკანასკნელი ფარმაცევტულმა კომპანიებმა საკუთარი მარკეტინგისთვის გამოიყენეს (Raven and Perry, 2012).

ჟურნალ Sociology of Health & Illness-ის 30 ნომერში ვკითხულობთ, რომ: „ფარმაცევტული კომპანიები აქტიურად არიან ჩართული დაავადებათა დენიფინიციების დაფინანსებაში, იმით, რომ გარდაქმნიან ე.წ. ‘ჩვეულებრივ წუხილებს’- მაგალითად, შეუძლოდ ყოფნას - სამედიცინო პრობლემებად ... ხოლო პიროვნულ პრობლემებს აქცევენ სამედიცინო პრობლემად“ (Williams et al., 2011).

აღსანიშნავია, რომ 2001–2006 წლებში ანტიდეპრესანტების კლინიკურ მიმდებთა 70%-ზე მეტი პლაცებო ეფექტით გათანაბრებული აღმოჩნდა: მაგალითად Merck-ის ახალმა წამალმა „MK 869“ ვერ აჯობა პლაცებოს. ირვინგ კირში ჰარვარდის ფსიქოლოგია, რომელმაც მოწინავე კვლევების მეტა-ანალიზით აჩვენა, რომ ანტიდეპრესანტების ეფექტურობა უმეტესად პლაცებო ეფექტს არ სცდება, განსაკუთრებით - მსუბუქი და ზომიერი დეპრესიის შემთხვევებში. მისი კვლევების საფუძველი იყო FDA-ში წარმოდგენილი, გამოუქვეყნებელი კლინიკური კვლევების ანალიზი, რაც აჩვენებდა, რომ პაციენტების რეაქცია ხშირად არ განსხვავდებოდა პლაცებო კონტროლისგან. Merck-ის პრეპარატმა „MK-869“ (ახალი ტიპის ანტიდეპრესანტი) - რომელიც საბოლოოდ ბაზარზე არ გამოვიდა - ვერ აჩვენა საკუთარი უპირატესობა, რადგან მას პლაცებო ეფექტთან შედარებით უსუსტესი ეფექტი ჰქონდა (Kirsch, 2009).

ნეოლიბერალური ეკონომიკური პოლიტიკები, რომლებიც განსაკუთრებით 1980-იანი წლებიდან ძლიერდებოდა აშშ-ში, მნიშვნელოვნად დაკავშირებულია მენტალური ჯანმრთელობის კრიზისის გაღრმავებასთან. კერძოდ, 1999 წლიდან მკვეთრად მოიმატა ე.წ. „უიმედობისგან გამოწვეული სიკვდილის“ (deaths of despair) შემთხვევებმა — თვითმკვლელობებმა, ალკოჰოლიზმითა და ნარკოდამოკიდებულებით გამოწვეულმა სიკვდილმა თუ სხვა, რაც ყველაზე მძაფრად შეეხო უმაღლესი განათლების არმქონე თეთრკანიან მამაკაცებს, რომლებიც არასტაბილურ და დაუცველ შრომით პოზიციებზე მუშაობდნენ. ნეოლიბერალიზმის პირობებში, სადაც სახელმწიფო თანდათან უკან იხევს სოციალური დაცვის სისტემებიდან და ინდივიდს აბარებს პასუხისმგებლობას საკუთარი ბიოგრაფიისა და წარმატების სრულ მართვაზე, სწორედ ის ადამიანები, რომლებსაც არ აქვთ საკმარისი რესურსი კონკურენციისთვის, განსაკუთრებულად მოწყვლადები ხდებიან. შრომის უსაფრთხოების

შესუსტება, სიღარიბე, სოლიდარობის ქსელების დაშლა და უიმედობა, რომელსაც ვერ ართმევს თავს ფსიქიკური ჯანდაცვის არაეფექტური სისტემა, ქმნის წნეხს, რომელიც საბოლოოდ სიცოცხლის შემცირებულ ხანგრძლივობასა და თვითდესტრუქციულ ქცევებში ვლინდება (Case and Deaton, 2020).

ზოგიერთი ავტორი აღწერს, თუ როგორ გადაიზარდა ფსიქიატრიული მოვლა სისტემური რეპრესიების მექანიზმად, როცა ჩამოიშალა სახელმწიფოსგან მხარდაჭერილი ინსტიტუციური ზრუნვა და გაიზარდა კრიმინალი, რის შედეგადაც ადამიანები ციხეებში აღმოჩნდნენ. სახელმწიფო სოციალური სერვისების ჩამოშლა ან შეკვეცა ნეოლიბერალიზმის ერთ-ერთი ფუნდამენტური პრინციპია. ენ პარსონსი აღწერს, თუ როგორ მოხდა ფსიქიატრიული საავადმყოფოების შემცირება და როგორ ჩანაცვლდა ის ციხეებით. მისი თქმით 1955 წელს, ერთი ფსიქიატრიული საწოლი დაახლოებით 300 ადამიანზე იყო გათვლილი, 21-ე საუკუნეში კი ეს რიცხვი 3000-ზე მეტით გაიზარდა (Parsons, 2018).

კრიტიკული ჯანდაცვის სოციოლოგებისა და ანთროპოლოგების მიერ ნეოლიბერალიზმისა თუ გვიანდელი კაპიტალიზმის შედეგად მენტალური ჯანმრთელობის გამოწვევების დამძიმების კონცეპტუალიზაცია საკმაოდ ფართოა, თუმცა შედარებით ნაკლებია კონკრეტული მონაცემები თუ კვლევები თუ როგორ მიმდინარეობს ეს პროცესი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. პოლონეთის მაგალითის უახლესი კვლევა აჩვენებს, რომ დეპრესიის ფსიქიატრიული კონცეპტუალიზაცია უფრო და უფრო მეტად შეესაბამება გლობალური მენტალური ჯანმრთელობის ჩარჩოებს, რაც ამდაფრებს პოლონურ ფსიქიატრიაში ბიომედიცინის დომინაციისა და მენტალური ჯანმრთელობის ეკონომიკურ ჩარჩოში მოქცევის ტენდენციებს, რაც კარგად ჩანს პოლონეთის ფსიქიატრთა ასოციაციის ოფიციალურ ჟურნალში, ისევე, როგორც 2010-იანი წლებიდან გამოქვეყნებულ ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტებში, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს განცხადებებში (Szulecka, 2024). ამ კვლევის მიხედვით, დასავლეთთან დაახლოების მიზნით პოლონეთში, ერთი მხრივ, თავისებურად იწარმოება და ინტერპრეტირდება დეპრესიის გავრცელების მონაცემები; მეორე მხრივ კი ხდება მენტალური აშლილობების გააზრება ეკონომიკურ ჩარჩოში, რაც დეპრესიისადმი დომინანტურ მიდგომად იქცევა პოლონურ ფსიქიატრიაში და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში. ამგვარად, პოლონეთის კონკრეტულ კონტექსტში გლობალური მენტალური ჯანმრთელობის დღის წესრიგის შეღწევის ანალიზი, რომელიც ხელს უწყობს ინდივიდუალიზებული და ბიომედიკალიზებული ხედვების გაძლიერებას, შესაძლებელს ხდის მენტალური ჯანმრთელობის პოსტკოლონიური კრიტიკის გაღრმავებას.

დასკვნა

სხვადასხვა მეთოდისა თუ პერიოდის (როგორც ადრეულ, ისე გვიანდელ; ასევე, როგორც როგორც თვისებრივ, ისე რაოდენობრივ) აკადემიურ კვლევებში მკაფიოდ ჩანს, რომ ნეოლიბერალური პოლიტიკები - იქნება ეს სოციალური დაცვის სერვისების შემცირება, ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის იდეოლოგია, სოციალური უთანასწორობა, დაუცველი შრომითი ურთიერთობები, „უკეთესი ცხოვრების“ მოლოდინები და სურვილები თუ მრავალი სხვა; აგრეთვე მზარდი ფარმაცევტული ინდუსტრიული მიმოქცევა და ჯანდაცვის სისტემების ფარმაცევტულ ბაზარზე და კერძო ჯანდაცვის კომპანიებზე ორიენტირება იწვევს მნიშვნელოვან ცვლილებებსა და პროცესებს სოციალურ ცხოვრებაში, რაც უკავშირდება როგორც მენტალური ჯანმრთელობის გაუარესებას, ისე ამ პროცესის თანმდევ პროცესებს, როგორცაა დიაგნოსტირება და მკურნალობა, რიგ შემთხვევებში კი ამ სერვისებზე ხელმიწვდომლობის გამო ფსიქიკური და მენტალური მოვლის სისტემების რეპრესიული და სადამსჯელო ორგანოებით ჩანაცვლებას. პოსტ-საბჭოთა საზოგადოებებში და იმ ქვეყნებში, სადაც გარდამავალი, ტრანზიციული რეფორმები მიმდინარეობს საბაზრო ეკონომიკურ სისტემასთან ან დასავლეთთან უკეთესი ადაპტაციის მიზნით, ეს პრობლემები კიდევ უფრო გამწვავებულია. ჩამოთვლილი ტენდენციები დასტურდება რიგი მონაცემებით, მაგალითად - თვითმკვლელობისა და თვითდესტრუქციის მაჩვენებლებით, დეპრესიით, სოციალური სტრესით, კრიმინალის ზრდით, პლაცებო-დამოკიდებული მკურნალობით და სხვა. სოციალური სერვისების შემცირების ზრდის ფონზე, თანამედროვე ნეოლიბერალური სისტემა აგრძელებს არამხოლოდ მენტალური ტანჯვის წარმოებას ან ინტენსიფიკაციას, არამედ მისი

მკურნალობის პროცესით საბაზრო მოგების კვებას, ეს ყველაფერი კი ჯერ კიდევ აღიქმება არა როგორც სისტემური გამოწვევა, არამედ როგორც ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის საკითხები.

გამოყენებული ლიტერატურა

Becker, J.C., Hartwich, L., Haslam, S.A. (2021). Neoliberalism Can Reduce Well-Being by Promoting a Sense of Social Disconnection, Competition, and Loneliness. *British Journal of Social Psychology* 60 (3): 947–965.

Bourne, J. (2011). From Bad Character to BPD: The Medicalization of ‘Personality Disorder.’ In *De-medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition*, edited by Mark Rapley, Joanna Moncrieff, and Jacqui Dillon, 66–85. London: Palgrave Macmillan.

Case, A., Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Esposito, L., Perez, F.M. (2014). Neoliberalism and the Commodification of Mental Health. *Humanity & Society* 38 (4): 414–442.

Fisher, M. (2009). *Capitalist Realism: Is There No Alternative?* Winchester, UK: Zero Books.

Gershon, I. (2011). Neoliberal Agency. *Current Anthropology* 52 (4): 537–555.

Kirsch, I. (2009). Antidepressants and the Placebo Response. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 18 (4): 318–322.

Martin, E. (2000). Mind–Body Problems. *American Ethnologist* 27 (3): 569–590.

Moncrieff, J. (2006). Psychiatric Drug Promotion and the Politics of Neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry* 188 (4): 301–302.

Parsons, A.E. (2018). *From Asylum to Prison: Deinstitutionalization and the Rise of Mass Incarceration in America*. New York: Routledge.

Raikhel, E., Dörte B. (2016). Postsocialism, the Psy-ences and Mental Health. *Transcultural Psychiatry* 53 (2): 151–175.

Raven, M., Parry, P. (2012). Psychotropic Marketing Practices and Problems: Implications for DSM-5. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 200 (6): 512–516.

Rose, N. (1989). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London: Routledge.

Szulecka, B. (2024). The ‘Diagnostic Gap’ and ‘Economic Burden’ of Depression: Global Mental Health in Neoliberal Poland (2010s–2020s). *Social Science & Medicine* 344: 116649.

Thomas, C. (2013). “Some Perspectives on Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).” *Counselling Directory* 17.

Williams, S.J., Gabe, J., Davis, P. (2011). The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects. *Sociology of Health & Illness* 33 (5): 719–733.




ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics & Sociology PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში: ესტონეთის გამოცდილების ანალიზი
Implementing a Results-Based Financing Model in the Primary Health Care Sector of Georgia: An Analysis of the Estonian Experience

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.11>


თენგიზ ვერულავა^{1ა}

Tengiz Verulava^{1a}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

⁶verulava@cu.edu.ge

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

აბსტრაქტი

შესავალი: პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, დაავადებების პრევენციისა და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირების ფუნდამენტურ ინსტრუმენტს. საქართველოში მოქმედი დაფინანსების მოდელი ეფუძნებოდა ერთიან ფიქსირებულ კაპიტაციას, რომელიც სრულად ვერ ითვალისწინებს ასაკთან



⁶ This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

დაკავშირებულ განსხვავებულ ჯანმრთელობის საჭიროებებს და არ უზრუნველყოფს ხარისხის გაუმჯობესების საკმარის სტიმულებს. ამ გამოწვევების საპასუხოდ, საქართველო 2025 წლის ივლისიდან იწყებს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმას, რომელიც ითვალისწინებს ასაკზე მორგებული კაპიტაციისა და შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების მექანიზმების დანერგვას. მოცემული კვლევა მიზნად ისახავს რეფორმის მოსალოდნელი გავლენის ანალიზს ესტონეთის წარმატებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით. **მეთოდი:** გამოყენებულ იქნა შედარებითი პოლიტიკის ანალიზის მიდგომა. გაანალიზდა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელის შესახებ ოფიციალური დოკუმენტები, მინისტრის ბრძანებები და ნორმატიული აქტები. ჩატარდა ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის გამოცდილების ლიტერატურული მიმოხილვა. **შედეგები:** საქართველოში რეფორმა ცვლის ერთიან ფიქსირებულ კაპიტაციას ასაკზე მორგებული ანაზღაურების მოდელით, რომელიც უკეთესად ასახავს ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე არსებული ჯანმრთელობის საჭიროებებს. შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მექანიზმი ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს შემდეგი კლინიკური ინდიკატორების შესრულებას: არტერიული წნევის კონტროლი, ბავშვთა იმუნიზაცია. ინდიკატორების 30%-ზე ნაკლები შესრულების შემთხვევაში დაწესებულება დაკარგავს გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლის სტატუსს. დაწესებულებებს ასევე მოეთხოვებათ კონკრეტული სტრუქტურული პირობების დაკმაყოფილება, მათ შორის ქრონიკული დაავადებების ელექტრონული რეესტრების წარმოება, გაფართოებული სერვისპაკეტების მიწოდება და სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა. ესტონეთის გამოცდილებამ აჩვენა ასეთი მექანიზმების ეფექტიანობა. მსგავსი სისტემის დანერგვამ 2006 წლიდან მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ქრონიკული დაავადებების ადრეული გამოვლენა, გაზარდა პრევენციული შემოწმებების სიხშირე და გააუმჯობესა პაციენტთა შედეგები, ხელი შეუწყო პაციენტის კმაყოფილების ამაღლებას და შეამცირა ზედმეტი ჰოსპიტალიზაცია. **დისკუსია:** ასაკზე მორგებული კაპიტაცია უზრუნველყოფს რესურსების სამართლიან განაწილებას პაციენტთა საჭიროებების შესაბამისად, ხოლო შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება ქმნის ძლიერ სტიმულებს ხარისხის გაუმჯობესებისა და პრევენციული ჯანდაცვის განვითარებისათვის. წარმატებული განხორციელება მოითხოვს რამდენიმე გამოწვევის გადაჭრას: კვალიფიციური სამუშაო ძალის უზრუნველყოფას, ციფრული ჯანმრთელობის ინფრასტრუქტურის გაძლიერებას და პირველადი ჯანდაცვის გუნდების უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას. ასევე აუცილებელია მონიტორინგის მექანიზმების დანერგვა და ინდიკატორების რეგულარული შეფასება, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასასურველი შედეგები, როგორცაა მომწოდებლების დემოტივაცია. **დასკვნა:** ასაკზე მორგებული და შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა მნიშვნელოვანი ცვლილებაა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. ევროპულ საუკეთესო პრაქტიკებზე დაყრდნობით და ესტონეთის წარმატებული მაგალითის გათვალისწინებით, რეფორმას აქვს პოტენციალი მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგები და გაზარდოს ხარჯთეფექტიანობა. მისი წარმატება დამოკიდებული იქნება პოლიტიკის კოორდინირებულ განხორციელებაზე, ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობაზე და სისტემის უწყვეტ მონიტორინგზე. კვლევა ხაზს უსვამს საერთაშორისო გამოცდილების მნიშვნელობას ეროვნულ კონტექსტში როგორც უფრო ეფექტიანი და სამართლიანი პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გზას.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა, კაპიტაცია, შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება, ესტონეთი, ჯანდაცვის რეფორმა.

რეკომენდირებული ციტირება: ვერულავა თ. (2025). შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში: ესტონეთის გამოცდილების ანალიზი. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.11>

Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) is a fundamental instrument for improving population health, preventing diseases, and reducing healthcare costs. In Georgia, the existing financing model was based on a uniform fixed capitation, which does not adequately account for age-related differences in health needs and fails to provide sufficient incentives for quality improvement. In response to these challenges, Georgia will launch a primary health care financing reform in July 2025, introducing age-adjusted capitation and performance-based payment mechanisms. This study aims to analyze the expected impact of the reform, drawing on Estonia’s successful experience. **Methods:** A comparative policy analysis approach was used. Official documents, ministerial decrees, and normative acts related to Georgia’s primary health care financing model were reviewed. Additionally, a literature review of Estonia’s primary health care experience was conducted. **Results:** The reform in Georgia will replace the single fixed capitation with an age-adjusted payment model that better reflects health needs across different life stages. The performance-based financing mechanism incentivizes primary care providers to achieve specific clinical indicators such as blood pressure control and childhood immunization. If less than 30% of these indicators are met, the facility will lose its status as a provider of planned outpatient services. Facilities will also be required to meet specific structural conditions, including maintaining electronic registries for chronic diseases, providing expanded service packages, and ensuring continuous medical education for staff. Estonia’s experience has demonstrated the effectiveness of such mechanisms. Since the introduction of a similar system in 2006, Estonia has significantly improved early detection of chronic diseases, increased the frequency of preventive check-ups, enhanced patient outcomes, improved patient satisfaction, and reduced unnecessary hospitalizations. **Discussion:** Age-adjusted capitation ensures equitable allocation of resources according to patient needs, while performance-based payments create strong incentives for quality improvement and the development of preventive care. Successful implementation, however, requires addressing several challenges: ensuring a qualified workforce, strengthening digital health infrastructure, and promoting continuous professional development of primary care teams. Additionally, establishing monitoring mechanisms and regularly evaluating indicators are essential to prevent undesirable outcomes, such as provider demotivation. **Conclusion:** The introduction of an age-adjusted and performance-based financing model represents a significant shift in Georgia’s primary health care system. Drawing on European best practices and Estonia’s successful example, the reform has the potential to substantially improve service quality, population health outcomes, and cost-effectiveness. Its success will depend on coordinated policy implementation, stakeholder engagement, and continuous system monitoring. This study underscores the importance of leveraging international experience within the national context as a pathway toward more effective and equitable primary health care financing.

Keywords: Primary health care, capitation, results-based financing, Estonia, healthcare reform.

Recommended Citation: Verulava, T. (2025). Implementing a Results-Based Financing Model in the Primary Health Care Sector of Georgia: An Analysis of the Estonian Experience. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.11>

შესავალი

პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭეა“, სადაც ხდება პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან (ვერულავა და აბაშიძე, 2024). პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც სამედიცინო მომსახურების ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესების, ასევე ხარჯების კონტროლის უმთავრესი მექანიზმი (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2022). საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სათანადოდ არ არის განვითარებული, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ადამიანის

ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (ასრათაშვილი და სხვ., 2019; ვერულავა და ჯორბენაძე, 2020; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019).

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა ოჯახის ექიმის და ექთნის სათანადო ანაზღაურება (ვერულავა, 2018). ბევრ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დაფინანსებისას გათვალისწინებულია მოტივაცია, რაც გულისხმობს შესრულებული სამუშაოს ხარისხს, ადრეულ სტადიაზე დაავადებების გამოვლენას (ვერულავა და სხვ., 2022). განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ამ მხრივ, ოჯახის ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს (ვერულავა, 2024).

2025 წლის 1-ლი ივლისიდან საქართველო იწყებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმას, რომელიც ეტაპობრივად განხორციელდება და 2028 წლამდე გაგრძელდება. რეფორმის მთავარი მიზანია მოსახლეობაში დაავადებების ადრეული გამოვლენა და პრევენცია, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში მნიშვნელოვნად შეამცირებს სახელმწიფოს ფინანსურ დატვირთვას, გააუმჯობესებს ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხს.

მოქმედი ერთიანი, ფიქსირებული ანაზღაურების მოდელის ნაცვლად, რეფორმა ითვალისწინებს ასაკზე დაფუძნებული კაპიტაციის დანერგვას. ეს გულისხმობს, რომ სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებზე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები მიიღებენ დიფერენცირებულ დაფინანსებას, რაც შესაძლებლობას იძლევა დაფინანსება უფრო მეტად დაეყრდნოს მოსახლეობის რეალურ სამედიცინო საჭიროებებს.

რეფორმის მეორე მნიშვნელოვანი კომპონენტია შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი (Performance-based financing). ის ეფუძნება მკაფიოდ განსაზღვრულ კლინიკურ ინდიკატორებს, როგორცაა:

- არტერიული წნევის რეგულარული მონიტორინგი ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში,
- მიკროალბუმინურიის ტესტის დანიშვნა თირკმლის ფუნქციის შესაფასებლად,
- ბავშვების სრულად იმუნიზაციის მაჩვენებელი წითელას, წითურასა და ყბაყურას საწინააღმდეგოდ.

დაწესებულებები, რომლებიც ინდიკატორებს დააკმაყოფილებენ, მიიღებენ დამატებით ფინანსურ წახალისებას. ინდიკატორების 30%-ზე ნაკლებ შესრულების შემთხვევაში კი, დაწესებულებებს შეუწყდებათ პირველადი ჯანდაცვის გეგმური ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებლის სტატუსი.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში, გეგმური ამბულატორიული სერვისების მომწოდებელ დაწესებულებებს ეკისრებათ რიგი სტრუქტურული, ტექნიკური და პროფესიული სტანდარტების დაკმაყოფილების ვალდებულება. მათ შორისაა:

- გაფართოებული გეგმური ამბულატორიული სერვისების პაკეტის მიწოდება, რაც მოიცავს ქრონიკული დაავადებების პრევენციასა და მართვას;
- თანამედროვე სამედიცინო აპარატურით აღჭურვა (მათ შორის, წნევის, შაქრის, წონის, სიმალის, სისხლისა და შარდის სწრაფი ტესტირების აპარატურა);
- ინფორმაციის მიწოდება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრალური სამედიცინო ჩანაწერების სისტემაში (C-EMR), რაც უზრუნველყოფს პაციენტთა ისტორიის ელექტრონულ მართვასა და ზედამხედველობას;
- სამედიცინო პერსონალის მონაწილეობა უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამებში, როგორც ექიმებისთვის, ისე ექთნებისთვის;
- ელექტრონული რეესტრების წარმოება ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის – მათ შორის არტერიული ჰიპერტენზიისა და შაქრიანი დიაბეტისთვის;
- იმუნიზაციის მაღალი მოცვა: წითელა-წითურა-ყბაყურას მეორე დოზით და ჰექსავალენტური ვაქცინის მესამე დოზით აცრის მოცვა არანაკლებ 80%-ით;
- დაკომპლექტებული გუნდი – ოჯახის ექიმებისა და ექთნების განსაზღვრული რაოდენობა და მათი კვირაში მინიმუმ 40-საათიანი სამუშაო დრო.

დაწესებულებებმა 2025 წლის 1 ნოემბრამდე უნდა წარადგინონ განაცხადი ზემოაღნიშნული კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შესახებ საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოში. სააგენტო განახორციელებს შეფასებას, რის საფუძველზეც 2026 წლის 1 მარტიდან მხოლოდ დადებითი შეფასების მქონე დაწესებულებები მიიღებენ მონაწილეობას განახლებული დაფინანსების მოდელში.

2026 წლის იანვრიდან ივნისის ჩათვლით ყველა მიმდინარე მიმწოდებელი ვალდებული იქნება უზრუნველყოს პაციენტების ხელახალი რეგისტრაცია გეოგრაფიული პრინციპით. 2028 წლის 1-ლი იანვრიდან, განახლებულ მოდელში სოფლის ექიმების სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებლებიაც ჩაერთვებიან.

მომავალში მოხდება მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული ინდიკატორების სისტემის გაძლიერება, რომელთაგან უმთავრესებია:

- ქრონიკული დაავადებების შედეგად 30–70 წლის ასაკში სიკვდილიანობის მაჩვენებელი,
- ტიპი 2 დიაბეტით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობა (100,000 მოსახლეზე),
- ონკოლოგიური და რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები,
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ამბულატორიულად მართვადი დაავადებებისთვის,
- იმ პაციენტთა წილი, რომლებიც განიცდიან კატასტროფულ დანახარჯებს ჯანდაცვაზე,
- მოსახლეობის სკრინინგის მოცვა პრიორიტეტული დაავადებების მიმართ.

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა მნიშვნელოვან პარალელებს ავლენს ესტონეთის წარმატებულ მოდელთან, რომელმაც ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში შეძლო ძლიერი, შედეგებზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა. ორივე ქვეყნის მიზანია — ქრონიკული დაავადებების პრევენცია, სამედიცინო სერვისების ხარისხის ამაღლება და ხარჯთეფექტური მენეჯმენტის უზრუნველყოფა.

ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი ხშირად განიხილება როგორც წარმატებული მაგალითი, განსაკუთრებით პოსტსაბჭოთა სივრცეში. ის ეფუძნება სოლიდარობისა და სოციალური დაზღვევის პრინციპებს, რაც უზრუნველყოფს სამართლიანობასა და ხელმისაწვდომობას.

ჩვენი ნაშრომის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის შეფასება ესტონეთის მაგალითზე. ესტონეთის გამოცდილების ანალიზი იძლევა შესაძლებლობას გაანალიზდეს, თუ როგორ შეიძლება დაფინანსების მექანიზმების ცვლილება გამოიყენოს სახელმწიფომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის, ეფექტიანობისა და ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად.

აღნიშნული ინფორმაცია წარმოადგენს მნიშვნელოვან ანალიტიკურ რესურსს საქართველოსთვის, სადაც პოლიტიკის შემუშავებლები უკვე მრავალი წელია ცდილობენ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას სხვადასხვა რეფორმების გზით.

ესტონეთის შემთხვევა განსახილველად საინტერესოა როგორც წარმატებული, ეტაპობრივი და სტრატეგიულად გათვლილი ცვლილებების მაგალითი, რომელიც განსაკუთრებით ფასეულია იმ ქვეყნებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან გარდამავალ პერიოდში და ცდილობენ ჯანდაცვის სისტემის მოდერნიზებას.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების ესტონეთის გამოცდილება

1990-იანი წლების დასაწყისში ესტონეთმა დაიწყო საკუთარი ჯანდაცვის სისტემის მიდგომების გადახედვა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. მისი მიზანი იყო ოჯახის ექიმებზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოდელის შექმნა, რისთვისაც ესტონეთმა მაგალითად გამოიყენა ისეთი ქვეყნები, როგორებიცაა ფინეთი, დიდი ბრიტანეთი და ნიდერლანდები.

1991 წელს ესტონეთმა დაიწყო მოქმედი ექიმების გადამზადების კურსები და დაამკვიდრა საოჯახო მედიცინა როგორც კლინიკური სპეციალობა. შეიქმნა 3-წლიანი რეზიდენციის

პროგრამა ოჯახის ექიმების მოსამზადებლად, რომელიც 2019 წელს 4 წლამდე გახანგრძლივდა. დამატებით, 2003 წლამდე პრაქტიკის ექიმებს საშუალება ჰქონდათ ჩაებარებინათ გადამზადების სპეციალური პროგრამა და მიეღოთ ოჯახის ექიმის სპეციალიზაცია (Kasekamp და სხვ., 2022).

პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი რეფორმის გარდამტეხი ეტაპი დაიწყო 1998 წელს, როდესაც ოჯახის ექიმთა საკმარისი რაოდენობა იყო გადამზადებული და მზად იყვნენ დამოუკიდებლად ემუშავათ ახალი რეგულაციების და დაფინანსების შესაბამისად. მას შემდეგ ეტაპობრივად გაგრძელდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება.

ესტონეთმა ჯგუფური პრაქტიკის წახალისების აუცილებლობა ხარისხის გასაუმჯობესებლად და ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ჯერ კიდევ 2003 წელს აღიარა. 2009 წლიდან ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჩამოყალიბდა მრავალპროფილური პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე გადასვლა, რაც გულისხმობს მულტიდისციპლინური პირველადი ჯანდაცვის გუნდების შექმნას (Koppel და სხვ., 2003).

ესტონეთში წლების განმავლობაში მიმდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების რეფორმა, რომლის მთავარი მიზანი იყო პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ფინანსური სტიმულირება, რომ მათ მეტი პასუხისმგებლობა აეღოთ დიაგნოსტიკურ მომსახურებასა და მკურნალობაზე, უზრუნველყოთ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა, გაეუმჯობესებინათ ხანდაზმულ პაციენტებზე ზრუნვა და ემუშავათ დამორეგულ რეგიონებში.

ამ რეფორმებს თან ახლდა იმის გაცნობიერება, რომ მცირე რაიონული საავადმყოფოები უნდა გარდაქმნილიყვნენ საზოგადოებრივ საავადმყოფოებად, რომლებიც ინტეგრირდებოდნენ პირველადი ჯანდაცვის ქსელის აუცილებელ ნაწილად. მიუხედავად იმისა, რომ ეს რეფორმები ეტაპობრივად ხორციელდებოდა, ისინი ტექნიკურად და პოლიტიკურად რთული იყო.

ოჯახის ექიმი - პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მეკარიბჭე

ესტონეთში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა დაიწყო 1998 წელს. მისი მიზანი იყო ისეთ მოდელზე გადასვლა, სადაც მოსახლეობის პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებების უმეტეს ნაწილს ოჯახის ექიმი უზრუნველყოფდა.

რეფორმის თანახმად, სტანდარტული ოჯახის ექიმის პრაქტიკა უნდა შემდგარიყო ოჯახის ექიმისა და ოჯახის ექთნისგან, რომლებიც ერთად იმუშავებდნენ. მოქალაქეები რეგისტრირდებოდნენ ოჯახის ექიმთან სარეგისტრაციო სიების სისტემით.

2001 წლის ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციის შესახებ კანონმა განსაზღვრა ოჯახის ექიმებისა და ოჯახის ექთნების პასუხისმგებლობები და დაადგინა ისინი როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში პირველი კონტაქტის წერტილი. ამ კანონით ოჯახის ექიმს წამყვანი როლი უკავია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. თითოეულ მოქალაქეს ჰყავს ოჯახის ექიმი, რომელიც არის სისტემის კარიბჭე, მომსახურების კოორდინატორი. პაციენტი უმეტეს სპეციალისტთან ვერ მოხვდება ოჯახის ექიმის გარეშე (გარდა გადაუდებელი შემთხვევებისა), რაც უზრუნველყოფს მიმართვიანობის მართვასა და რესურსების რაციონალურ განაწილებას. ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე სპეციალისტთან კონსულტაციის შემთხვევაში პაციენტმა სრულად უნდა გადაიხადოს მომსახურების ღირებულება საკუთარი ჯიბიდან.

თუმცა, პაციენტებს შეუძლიათ მიმართონ შემდეგ სპეციალისტებს ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე: ოფთალმოლოგი, დერმატოვენეროლოგი, გინეკოლოგი, ფსიქიატრი, სტომატოლოგი და პულმონოლოგი (ტუბერკულოზის შემთხვევაში), ასევე ნებისმიერი სპეციალისტი გადაუდებელი ტრავმის ან სხვა საგანგებო შემთხვევისას საავადმყოფოს გადაუდებელ განყოფილებაში.

ესტონეთის ეროვნული აუდიტის სამსახურმა აღნიშნა, რომ პაციენტები ხშირად გვერდს უვლიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს და პირდაპირ მიდიან საავადმყოფოს გადაუდებელ განყოფილებებში: მათგან 40%-მა განაცხადა, რომ ოჯახის ექიმი ხელმისაწვდომი არ იყო, ხოლო 25%-მა აღნიშნა, რომ არ სურდა ოჯახის ექიმთან მისვლა სხვადასხვა მიზეზის გამო (NAO, 2019).

ოჯახის ექიმების სტატუსი

კანონი ასევე განსაზღვრავს ოჯახის ექიმების სტატუსს როგორც კერძო პრაქტიკოსებისა, რომლებიც კონტრაქტით არიან დაკავშირებულნი ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდთან. ოჯახის ექიმები გახდნენ ინდივიდუალური მეწარმეები (როგორც

თვითდასაქმებულები) ან ოჯახის ექიმების საკუთრებაში არსებული კერძო კომპანიების დაქირავებული თანამშრომლები.

თუმცა, ოჯახის ექიმების კომპანიებს არ შეუძლიათ იყვნენ პარტნიორები ან აქციონერები იმ კომპანიებში, რომლებიც სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფენ. მაგალითად, თუ ოჯახის ექიმი არის მცირე კლინიკის მფლობელი ან თანამფლობელი, ამ კლინიკას არ შეუძლია ჰქონდეს კაპიტალური წილი (მფლობელობა, აქციები, პარტნიორობა) ისეთ კომპანიაში, რომელიც, ვთქვათ, გათავაზობთ კარდიოლოგიურ, ნევროლოგიურ ან ქირურგიულ მომსახურებას.

ასევე, სპეციალიზებული მომსახურების მომწოდებლებს ეკრძალებათ პირველადი ჯანდაცვის კომპანიების კაპიტალში მონაწილეობა. მაგალითად, თუ სპეციალისტი ექიმი ან სპეციალიზებული კლინიკა ფლობს სამედიცინო დაწესებულებას, მას არ შეუძლია გახდეს ოჯახის ექიმების კლინიკის მფლობელი ან ინვესტორი.

ეს რეგულაცია ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემაში მიზნად ისახავს პირველადი (ოჯახის ექიმების) და სპეციალიზებული (სპეციალისტების მიერ გაწეული) სამედიცინო მომსახურების მკაფიო დაყოფას როგორც მმართველობით, ისე ფინანსურ დონეზე. იგი დაწესებულია იმისათვის, რომ პირველადი ჯანდაცვა არ მოექცეს სპეციალიზებული მედიცინის გავლენის ქვეშ და შეინარჩუნოს დამოუკიდებლობა. ასევე, თავი აარიდოს ინტერესთა კონფლიქტს: მაგალითად, არ მოხდეს სპეციალისტებზე გადამისამართება მხოლოდ იმ მიზეზით, რომ ოჯახის ექიმს ეკონომიკური სარგებელი აქვს ამ კლინიკაში. ეს წესი უზრუნველყოფს, რომ ოჯახის ექიმები პაციენტის საჭიროებებზე იყვნენ ორიენტირებულნი და არა კერძო კლინიკების მოგებაზე.

2003 წლამდე პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებაზე პასუხისმგებელი იყვნენ რეგიონული ხელისუფლებები, რის შემდეგაც ეს ფუნქცია გადაეცა ჯანმრთელობის საბჭოს (Health Board). 2008 წლიდან ადგილობრივ თვითმმართველობებს მიეცათ უფლება, იყვნენ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის პარტნიორები და აქციონერები. 2022 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებაზე პასუხისმგებელია ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი. 2022 წლისთვის მხოლოდ <1%-ს ჰქონდა მუნიციპალური მფლობელობა.

ოჯახის ექიმებს, რომელთაც ჰყავთ პაციენტთა სია, უნდა ჰქონდეთ კონტრაქტი ესტონეთის ჯანდაცვის დაზღვევის ფონდთან. არსებობს სხვადასხვა ტიპის კონტრაქტები ჯგუფური და ინდივიდუალური პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკისთვის.

თითოეულ ოჯახს ექიმს გააჩნია თავისი მომსახურების არეალი (როგორც წესი, ეს ადგილობრივი თვითმმართველობის ტერიტორიაა). დადგინდა ერთ ოჯახის ექიმთან რეგისტრაციისათვის საჭირო მოსახლეობის რაოდენობა. ზოგადად, თითოეული ოჯახის ექიმის სარეგისტრაციო სიაში უნდა ყოფილიყო 1,200-დან 2,000-მდე პაციენტი, საშუალოდ კი დაახლოებით 1,600 დაზღვეული. გამონაკლისს წარმოადგენდნენ შორეული რაიონები და მცირე კუნძულები. გამოთვლილ იქნა, რომ ქვეყნის მასტაბით პირველადი სამედიცინო მომსახურებისათვის საკმარისი იყო 808 ოჯახის ექიმი. 2022 წელს ესტონეთში რეგისტრირებული იყო 749 ოჯახის ექიმის პრაქტიკის სია. 2022 წლის დეკემბრის მონაცემებით, საშუალო სია მოიცავდა დაახლოებით 1728 პირს.

2022 წლიდან სოციალური საქმეთა სამინისტრომ გაზარდა სუბსიდიები იმ ექიმებისთვის, რომლებიც მოღვაწეობას იწყებენ დაშორებულ რეგიონებში, და ასევე გაამარტივა პაციენტთა სიის მიღების პროცედურები.

პაციენტებს აქვთ უფლება ნებისმიერ დროს შეცვალონ ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმს შეუძლია უარი თქვას ახალი პაციენტის მიღებაზე მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი პაციენტთა სია აჭარბებს 2000 ადამიანს ან თუ პაციენტი არ ცხოვრობს ექიმის მომსახურების ზონაში. მიუხედავად ამისა, ოჯახის ექიმს შეუძლია მიიღოს პაციენტი, თუკი მისი ოჯახის რომელიმე წევრი უკვე დარეგისტრირებულია ამ ექიმთან.

ყველა ესტონელი ახალშობილი ავტომატურად ირიცხება დედის ოჯახის ექიმის სიაში. თუმცა, 2019 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, ჯანმრთელობის საბჭომ, ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდმა და ოჯახის ექიმთა ასოციაციამ ხელი მოაწერეს კეთილი ნების შეთანხმებას, რომლის მიხედვითაც ოჯახის ექიმის ოპტიმალურ

პაციენტთა რაოდენობად განისაზღვრა 1600 ადამიანი. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ ოჯახის ექიმების სამუშაო ტვირთი გაიზარდა (Family Physicians Association, 2019). შედეგად, ბევრმა ოჯახის ექიმმა დაიწყო ახალი პაციენტების მიღებაზე უარის თქმა ამ შეთანხმების მითითებით, რაც ახალ პაციენტებს ართულებს ოჯახის ექიმის მოძიებას.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრები

2014 წელს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მოდელი ოფიციალურად იქნა აღიარებული. დღეისათვის ესტონეთში არსებობს 59 პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრი, რომელშიც დასაქმებულია 341 პრაქტიკის მქონე ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმების გაერთიანება ჯგუფურ პრაქტიკებში ან გაფართოებული სერვისების მქონე ჯგუფურ პრაქტიკის ცენტრებში წარმოადგენს ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ პრიორიტეტს. თუმცა, ფინანსური წახალისების მიუხედავად, ბევრი ესტონელი ექიმი კვლავ ამჯობინებს ინდივიდუალურ პრაქტიკას, რაც ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებისთვის.

ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებში ემსახურებიან იმ ადამიანების 45%-ს, რომლებიც დარეგისტრირებულნი არიან ოჯახის ექიმის სიებში. მხოლოდ ამ ტიპის ცენტრებშია სავალდებულო ფიზიოთერაპიის, ბეზიაქალისა და შინმოვლის სერვისების მიწოდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. 2022 წელს ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებიდან 30%-ს ჰყავდა დასაქმებული ფიზიოთერაპევტი, 33%-ს – შინმოვლის მედდა და 56%-ს – ბეზიაქალი.

ევროკავშირის როლი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების განვითარებაში

2020 წელს მიღებულ იქნა ესტონეთის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების გეგმა, რომელიც გამოყენებულ იქნა როგორც საფუძველი ევროკავშირის სტრუქტურული ფონდებიდან დაფინანსების მისაღებად, რათა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ინფრასტრუქტურაში განხორციელებულიყო ინვესტიცია.

ეს ინვესტიციები უკიდურესად საჭირო იყო, რადგან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა ინფრასტრუქტურა მოძველებული იყო და წარმოადგენდა ერთ-ერთ მთავარ ბარიერს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაფართოების გზაზე, ჯგუფური პრაქტიკის დანერგვის პროცესში და მრავალპროფილური გუნდების ჩამოყალიბების მიმართულებით.

ევროკავშირის სტრუქტურული ფონდებიდან პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების მშენებლობის ან განახლებისთვის გრანტებზე წვდომის უფლებამოსილების მისაღებად საჭირო იყო მინიმუმ სამი ოჯახის ექიმისგან შემდგარი ჯგუფები სოფლად ან მინიმუმ ექვსი ოჯახის ექიმისგან შემდგარი ჯგუფები ქალაქად. ჯანდაცვის სამინისტრომ ეს მიდგომა გამოიყენა იმისთვის, რომ წახალისებინა მცირე, ფრაგმენტული და არამდგრადი პრაქტიკების გაერთიანება.

მულტიდისციპლინური გუნდების განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, ინვესტიციისთვის უფლებამოსილ ცენტრებს აუცილებლად უნდა მიეწოდებინათ ბეზიაქალის მომსახურება, შინ მოვლა და ფიზიოთერაპიული სერვისები.

ოჯახის ექთნების როლის გაძლიერება პირველადი ჯანდაცვის გუნდებში

ეტაპობრივმა რეფორმებმა დროთა განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ოჯახის ექთნების როლი და მოვალეობები პირველადი ჯანდაცვის გუნდებში.

ექთნები პასუხისმგებელნი არიან ქრონიკულად ავადმყოფების, ორსული ქალებისა და ჯანმრთელი ახალშობილების მეთვალყურეობაზე, ავადმყოფობისას შვებულების ფურცლების გაცემაზე და გარკვეული მედიკამენტების დანიშვნაზე (სათანადო ტრენინგის გავლის შემთხვევაში). ამან მნიშვნელოვნად გაზარდა მოთხოვნა კვალიფიციურ ოჯახის ექთნებზე. ამასთან ერთად, გაიზარდა დისტანციური კონსულტაციების რაოდენობაც — ექთნები ხშირად უწევენ პაციენტებს კონსულტაციას ტელეფონით ან ელექტრონული ფოსტით.

მიუხედავად კვალიფიციური ოჯახის ექთნების მნიშვნელოვანი დეფიციტისა, დღეისათვის ესტონეთში თითოეულ ოჯახის ექიმს ჰყავს მინიმუმ ერთი ექთანს თავის გუნდში. რეფორმის ადრეულ ეტაპებზე ხშირად არ სრულდებოდა კრიტერიუმი, რომლის მიხედვითაც

ყველა ოჯახის ექიმს უნდა ჰყოლოდა სრული განაკვეთით მომუშავე ერთი ოჯახის ექთანი მაინც. ამიტომ შემუშავდა ფინანსური წახალისების მექანიზმი: იმ პროვაიდერებს, რომლებსაც არ ჰყავდათ სრული განაკვეთით მომუშავე ექთანი, კაპიტაციის ანაზღაურების 80% გადაუხადეს. ეს მოთხოვნა დღესაც ძალაშია.

2013 წლიდან ამოქმედდა ძლიერი ფინანსური წახალისება პრაქტიკის სიაში მეორე ექთნის დასაქმებისთვის. შედეგად, 2021 წლისთვის ოჯახის ექიმების 79%-ს უკვე ჰყავდა მეორე ექთანი. თუმცა, მეორე ექთნის დასასაქმებლად პირველადი ჯანდაცვის გუნდებმა უნდა დააკმაყოფილონ სამუშაო სივრცის გარკვეული მოთხოვნები.

2021 წლიდან ჯგუფურ პრაქტიკებს შესაძლებლობა აქვთ მიიღონ დამატებითი დაფინანსება მესამე ექთნის ან სხვა დამხმარე მედიკოსის დასაქმებისთვის (მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთანი ან კლინიკური ფსიქოლოგი). პროვაიდერები თავად წყვეტენ, რომელი სპეციალისტის დამატება არის მათთვის ყველაზე საჭირო.

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების რეგულირება

ესტონეთში ჯანდაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს მინიმალურ სტანდარტებს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ოთახებისა და აღჭურვილობისთვის, ასევე ოჯახის ექიმის მომსახურების მოცულობას, რაც განსაზღვრულია მისი კონტრაქტით ესტონეთის ჯანდაცვის დაზღვევის ფონდთან. დროთა განმავლობაში ოჯახის ექიმების მიერ გაწეული მომსახურების მოცულობა გაიზარდა, რასაც ხელი შეუწყო ფინანსურმა სტიმულებმა.

ჯანდაცვისა და სოციალური საქმეთა სამინისტრო, ჯანმრთელობის საბჭო და ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდი აკონტროლებენ პირველადი ჯანდაცვის ხარისხსა და ხელმისაწვდომობას. პრაქტიკის მიმღები ოფისი უნდა იყოს ღია სამუშაო დღეებში მინიმუმ 8 საათის განმავლობაში, საიდანაც ერთი დღე უნდა გაგრძელდეს მინიმუმ 18:00 საათამდე. პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრები კი ვალდებული არიან იყვნენ ღია ყოველდღე 08:00–დან 18:00 საათამდე.

ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს კვირაში მინიმუმ 20 საათი უნდა ჰქონდეთ გამოყოფილი პაციენტებთან ვიზიტებისთვის. ოჯახის ექიმი ვალდებულია, მწვავე მდგომარეობის შემთხვევაში პაციენტი იმავე დღეს მიიღოს, ხოლო არასასწრაფო შემთხვევებში – ხუთ სამუშაო დღეში.

2018 წელს პროვაიდერების 99%-მა დააკმაყოფილა მოთხოვნები მწვავე შემთხვევებზე, ხოლო 98%-მა – არასასწრაფო შემთხვევებზე მომსახურების მიწოდებაში (EHIF, 2018). თუმცა 2019 წლიდან ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდმა შეწყვიტა ოჯახის ექიმებთან ლოდინის დროის მონიტორინგი.

2005 წლიდან ესტონეთში მოქმედებს ოჯახის ექიმის ცხელი ხაზი, რომელიც მოქალაქეებს 24-საათიან რეჟიმში სთავაზობს პირველადი ჯანდაცვის კონსულტაციებს. ცხელი ხაზი შექმნილია იმისთვის, რომ მოქალაქეებმა მიიღონ სამედიცინო რჩევა მაშინ, როცა ოჯახის ექიმის კაბინეტები დახურულია, და ამავდროულად, შემცირდეს გადაუდებელი დახმარების სამსახურებზე და სასწრაფო დახმარებაზე დატვირთვა. აღნიშნული სერვისი ხელმისაწვდომია ყველასთვის, მიუხედავად დაზღვევის ან რეზიდენციის სტატუსისა.

ცხელი ხაზის გამოყენება გაიზარდა: 2005 წელს საშუალოდ დღეში 380 ზარი მიიღებოდა, ხოლო 2021 წელს ეს მაჩვენებელი 1 400 ზარს გაუტოლდა (EHIF, 2021b). ცხელი ხაზის მომხმარებელთა წილი გაიზარდა 4%-დან (2006) 32%-მდე (2021) (Kantar EMOR, 2022). COVID-19-ის პანდემიის პერიოდში ცხელი ხაზი ყველაზე აქტიურად გამოიყენებოდა. იმ პერიოდში ცხელი ხაზის მედპერსონალს შესაძლებლობა ჰქონდა, პაციენტის სურვილის შემთხვევაში, ესტონეთის ჯანდაცვის ელექტრონული სისტემიდან მიეღო წვდომა პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებზე. ამან შესაძლებელი გახადა, რომ მომხმარებლებს შაბათ-კვირას და დღესასწაულებზე წამლების რეცეპტები გაეგრძელებინათ. ასევე, ცხელი ხაზი იძლეოდა COVID-19 ტესტირებაზე მიმართვის საშუალებას.

დაფინანსების სისტემა

ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი დამფინანსებელია ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (Estonian Health Insurance Fund). ფონდის ბიუჯეტის 90%-ზე მეტი მოდის სავალდებულო სოციალური გადასახადებიდან. დაზღვევის შენატანი (13%) იკრიბება შრომითი

შემოსავლებიდან, რომელსაც იხდის დამსაქმებელი დასაქმებულის სახელით. უმუშევარი ან არამუშაობისუნარიანი ჯგუფების (ბავშვები, პენსიონერები, სტუდენტები და სხვ.) დაფინანსება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში ტრანსფერების გზით.

ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა გამორჩეულია თავისი ეფექტიანობით, გამჭვირვალობითა და შედეგებზე ორიენტირებული მიდგომით (Habicht და სხვ., 2022). პირველადი ჯანდაცვა ფინანსდება ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის ბიუჯეტიდან.

ესტონეთის ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდს პირდაპირი კონტრაქტები აქვს გაფორმებული პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან. დროთა განმავლობაში, პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტი გადაკეთდა უფრო კომპლექსურ და შერეულ გადახდის მოდელად.

1998 წელს დანერგილი მარტივი გადახდის სისტემა მოიცავდა ხუთ კომპონენტს:

- ასაკობრივად შეწონილი კაპიტაციის საფასური თითოეული რეგისტრირებული დაზღვეული პირისთვის თვეში;
- შესრულებულ მომსახურებაზე დაფუძნებული გადახდები (fee-for-service);
- ყოველთვიური საბაზისო დანამატი;
- შორეულ უბნებში (დისტანციური მუშაობის) კომპენსაცია;
- საოჯახო მედიცინის ტრენინგის დასრულებისთვის გაცემული ერთჯერადი ბონუსი;

ზემოთ ჩამოთვლილი ხუთი კომპონენტის გარდა, 2022 წლისთვის ოჯახის ექიმებს დაემატათ დამატებითი წახალისების სისტემები, მათ შორის:

- ხარისხზე დაფუძნებული ანაზღაურება;
- არასამუშაო საათებში მომსახურების ანაზღაურება;
- გუნდის გაფართოების შემთხვევაში (მაგალითად, ექთნების ან სხვა სპეციალისტების დამატება)

ამგვარად, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ეფუძნება შერეულ მოდელს, რომელიც აერთიანებს კაპიტაციას, შედეგებზე დაფინანსებას, და მომსახურებაზე დაფუძნებულ ანაზღაურებას.

ძირითადი მეთოდია სულადობრივი (კაპიტაციის) დაფინანსება – ოჯახის ექიმი იღებს ფიქსირებულ ყოველთვიურ თანხას თითო პაციენტზე, რაც დამოკიდებულია ასაკზე და რეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობაზე (დაფინანსება არ არის დაკავშირებული ვიზიტების რაოდენობასთან). მაგალითად: თუ ექიმს ჰყავს 1 728 პაციენტი (რაც ესტონეთში საშუალოა), და თითო პაციენტზე თვეში იგეგმება 6.24 ევრო, მაშინ კაპიტაციის შემოსავალი შეადგენს დაახლოებით 10 780 ევროს.

კაპიტაციის თანხა განსხვავდება პაციენტის ასაკის მიხედვით. გამოიყენება კაპიტაციის ხუთი ჯგუფი: 3 წლამდე ასაკის პაციენტები, 3-6 წლის, 7-49 წლის, 50-69 წლის და 70 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები. უმაღლესი ტარიფი ვრცელდება ბავშვებზე (0-3 წელი) და ხანდაზმულებზე. საშუალო ტარიფი – 3-69 წლის მოსახლეობაზე.

კაპიტაციის დაფინანსება არის ოჯახის ექიმის ძირითადი და სტაბილური შემოსავალი, და განაპირობებს პაციენტის მოზიდვის მოტივაციას. მისი მიზანია წახალისოს დარეგისტრირებული მოსახლეობის მართვა და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ასევე, არ მოხდეს მხოლოდ ვიზიტებზე ორიენტირება, არამედ პაციენტის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

გარდა კაპიტაციისა, სადაზღვევო ფონდი დამატებით ანაზღაურებს ზოგიერთი კონკრეტული მომსახურების საფასურს:

- პრევენციული პროგრამების განხორციელება (მაგ. ვაქცინაცია, სკრინინგი),
- ქრონიკული დაავადებების მართვა (მაგ. ჰიპერტენზიის ან დიაბეტის რეგულარული კონტროლი),
- ბავშვთა ჯანმრთელობის შემოწმება კონკრეტულ ასაკობრივ ეტაპებზე.
- სატელეფონო ან დისტანციური კონსულტაციები,
- დიაგნოსტიკური კვლევები,

- სამუშაო დღის მიღმა მომსახურება.

დამატებითი ანაზღაურება დამოკიდებულია შედეგებზე (Pay-for-Performance, P4P). ეს არის ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი, რომელიც აჯილდოებს ოჯახის ექიმებს წინასწარ განსაზღვრული დასახული შედეგების ან ხარისხის მაჩვენებლების შესრულებისთვის. ანაზღაურება დამოკიდებულია:

- ქრონიკული დაავადებების მართვაზე
- ვაქცინაციის მაჩვენებლებზე,
- პრევენციულ შემოწმებებზე (მაგ. კიბოს სკრინინგი),
- ანგარიშგების სიზუსტეზე.

ეს ნიშნავს ოჯახის ექიმები დამატებით იღებენ ანაზღაურებას, თუ:

- მათი პაციენტები დროულად გადიან სქრინინგსა და პრევენციულ კვლევებს (მაგ., იმუნოზაცია, PAP ტესტი, ჰიპერტენზიის მონიტორინგი);
- მკურნალობის შედეგები გაუმჯობესებულია (მაგ., დიაბეტის ან ასთმის უკეთესი კონტროლი),
- აკმაყოფილებენ ჯანმრთელობის დაზღვევის მიერ დადგენილ ხარისხობრივ სტანდარტებს.

ესტონეთში შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება ერთ-ერთია იმ ფინანსური სტიმულების შორის, რომლებიც გამოიყენება ოჯახის ექიმების მუშაობის გაუმჯობესებისთვის. ეს სტიმულები შეიძლება იყოს:

- დამატებითი ბონუსები ხარისხობრივი ინდიკატორების მიღწევისთვის;
- დამატებითი დაფინანსება გუნდის გაფართოებისთვის (მეორე ექთანი, ფსიქოლოგი);
- მოტივაცია შორეულ რეგიონებში მუშაობისთვის.

შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების დადებითი მხარეებია:

- ხელს უწყობს ხარისხის გაუმჯობესებას და მოსახლეობის საჭიროებებზე მორგებულ მომსახურებას.
- აქცენტს აკეთებს პრევენციასა და შედეგებზე, და არა მხოლოდ პროცედურების რაოდენობაზე;
- უწყობს ხელს გუნდურ მუშაობას და პაციენტის საჭიროებებზე ფოკუსირებას.

თუმცა, ხარისხის გაზომვა ყოველთვის არ არის მარტივი ან ობიექტური. რისკია, რომ ექიმებმა დაფინანსების მისაღებად მიაქციონ ყურადღება მხოლოდ გაზომვად ინდიკატორებს, ხოლო სხვა მნიშვნელოვანი ასპექტები უყურადღებოდ დარჩეს. გარდა ამისა, საჭიროებს სანდო და ეფექტურ მონიტორინგის სისტემას.

ოჯახის ექიმს ეძლევა საბაზისო ყოველთვიური სუბსიდია, რომელიც ფარავს ისეთი ხარჯებს, როგორცაა: პრაქტიკის შენობის შენახვა, სამედიცინო აპარატურა, პროფესიული მომზადება და საინფორმაციო ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული ხარჯები (მაგ., პროგრამული უზრუნველყოფა).

მაღალი საბაზისო სუბსიდია გაიცემა პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებზე, რათა დაფაროს უფრო დიდი შენობების ხარჯები, ინფორმაციული ტექნოლოგიების განვითარების ხარჯები და პრაქტიკის მენეჯერის ხელფასი. საბაზისო სუბსიდიის ოდენობა დამოკიდებულია ჯგუფურ პრაქტიკაში დაფუძნებული კონტრაქტირებული ოჯახის ექიმების საერთო რაოდენობაზე. რაც უფრო დიდია პრაქტიკა, მით ნაკლებია ერთ ექიმზე გადახდილი თანხა, რადგან ერთობლივი სივრცისა და აღჭურვილობის გაზიარებით შესაძლებელია ხარჯების შემცირება, ანუ ეფექტიანობის გაზრდა.

დისტანციური სუბსიდია გაიცემა მათთვის, ვინც მუშაობს შორეულ ან ხელმიუწვდომელ ტერიტორიებზე. იმის გამო, რომ ასეთი რეგიონებისთვის ექიმების მოძიება რთულია, 2020 წელს დისტანციური სუბსიდია მნიშვნელოვნად გაიზარდა და გაფართოვდა იმ მიმწოდებლების სია, რომლებსაც ეს შემწეობა ეკუთვნით — იგი ახლა ეძლევათ ყველა იმ მიმწოდებელს, რომელიც მუშაობს ტალინისა და ტარტუს (ესტონეთის ორი უდიდესი ქალაქი) გარეთ და მათ მეზობელ მუნიციპალიტეტებში.

2013 წლიდან არსებობს დამატებითი ფინანსური სტიმული იმ ოჯახის ექიმებისთვის, რომლებიც მეორე ექთანს ასაქმებენ. 2021 წლიდან კი პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფურ პრაქტიკებს შეუძლიათ დამატებით აიყვანონ მეორე ექთანი ან სხვა სამედიცინო დამხმარე პერსონალი (მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთანი ან კლინიკური ფსიქოლოგი). თუმცა, ამ დამატებითი ანაზღაურების მისაღებად პროვაიდერები უნდა აკმაყოფილებდნენ გარკვეულ კრიტერიუმებს, როგორცაა: ექთნისთვის გამოყოფილი ვიზიტის დროები და დამატებითი ოთახების მოთხოვნები.

ოჯახის ექიმების დაფინანსების წყაროები პროცენტულად შემდეგი ნაწილებისგან შედგება: ოჯახის ექიმების შემოსავლის უდიდესი ნაწილი (46%) მოდის კაპიტაციის სისტემიდან, რაც ნიშნავს, რომ ექიმი ფიქსირებულ თანხას იღებს თითოეულ რეგისტრირებულ პაციენტზე. დამატებითი დაფინანსება მოიცავს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებას და შეადგენს 24%-ს. შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება (Pay-for-Performance, P4P) შეადგენს 3%-ს. ოჯახის ექიმების დაფინანსების 27% მოდის შემდეგ სახეობაზე: ოთახის ქირის დასაფარად საბაზისო დაფინანსება, მეორე ექთნის დაფინანსება, დისტანციურ და სამუშაო საათების შემდეგ მომსახურებაზე დაფინანსება.

2023 წელს პრაქტიკის თითოეული სიის საშუალო ყოველთვიური შემოსავალი კაპიტაციის მიხედვით შეადგენდა დაახლოებით 10 780 ევროს, ხოლო საბაზო დანამატი – 2 382 ევროს. საბაზო დანამატი არის ფიქსირებული თანხა, რომელსაც სახელმწიფო ან ესტონეთის ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდი გადაუხდის თითოეულ პრაქტიკულ ერთეულს (ოჯახის ექიმს ან კლინიკას), დამატებითი ხარჯების დასაფარავად, როგორცაა: სივრცის (ინფრასტრუქტურის) მართვა, ტექნიკის შენახვა, ძირითადი საქმიანობის მხარდაჭერა. ამგვარად, ესტონეთის ოჯახის ექიმს 2023 წელს თვეში საშუალოდ ჰქონდა შემოსავალი: 10 780 ევრო კაპიტაციის ფორმით და 2 382 ევრო საბაზო დანამატის სახით, მთლიანობაში: დაახლოებით 13 162 ევრო თვეში თითო პრაქტიკულ სიაზე. აღსანიშნავია, რომ ეს თანხები არ წარმოადგენს ექიმის პირად ხელფასს — ისინი მოიცავს გუნდის შენახვის, აღჭურვილობის და სხვა საოპერაციო ხარჯებსაც.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრის კონტრაქტი გათვალისწინებული მეანობის მომსახურება ფინანსდება მომსახურების ერთეულის მიხედვით (fee-for-service), ლიმიტის გარეშე, მათ შორის შედის ლაბორატორიული ანალიზებიც. ფიზიოთერაპიული სერვისები პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფურ პრაქტიკებში ანაზღაურდება ასევე მომსახურების ერთეულის მიხედვით, მაგრამ ლიმიტით — საერთო კაპიტაციის 10%-მდე.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრები ასევე იღებენ დაფინანსებას შინმოვლის სერვისებისთვის მომსახურების ერთეულის საფუძველზე, ლიმიტის გარეშე. პროვაიდერებს აქვთ არჩევანი — თავად დაასაქმონ ფიზიოთერაპევტი, ბეზიაქალი ან ექთანი, ან ითანამშრომლონ სხვა მომსახურების მიმწოდებელთან.

ოჯახის ექიმებს შეუძლიათ მიიღონ დამატებითი კაპიტაციის გადახდები, მაქსიმუმ 41%-მდე, იმ შემთხვევაში, თუ ისინი კარგად ასრულებენ სამუშაოს ხარისხის კონტროლის სტანდარტების შესაბამისად. ოჯახის ექიმებისთვის, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებენ ხარისხის მიზნებს, მაქსიმალური ტარიფი 39%-ია. ეს დიფერენცირებული ტარიფები მიზნად ისახავს ოჯახის ექიმებისთვის სტიმულის მიცემას, რათა მიაღწიონ კარგ შედეგებს და ხელი შეუწყონ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. არსებობს დამატებითი თერაპიული ფონდი, რომლის ლიმიტიც კაპიტაციის განაკვეთის 10%-ია, და აქტივობების ფონდი ლიმიტის გარეშე (ესენია ზემოთ ხსენებული ბეზიაქალისა და ფიზიოთერაპიის მომსახურება). მომსახურების საფასურის საფუძველზე დაფინანსებული სერვისების სია თანდათან ფართოვდება.

2014 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს ასევე შეუძლიათ მიიღონ დაფინანსება ზეგანაკვეთური, სამუშაო საათების მიღმა გაწეული ვიზიტებისთვის (08:00 საათამდე ან 18:00 საათის შემდეგ). თუმცა, ამ სახის დაფინანსების მოთხოვნისთვის არსებული ბიუროკრატიული სირთულეების გამო, პროვაიდერები მას იშვიათად იყენებენ.

პირველადი ჯანდაცვისთვის ხარისხის მართვის სისტემა 2006 წლიდან მოქმედებს. მისი მიზანია პრევენციული მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის გაუმჯობესება და ქრონიკული დაავადებების მონიტორინგი. 2021 წელს, ამ სისტემაზე მოდიოდა პირველადი

ჯანდაცვის ბიუჯეტის დაახლოებით 3%. კვლევებმა აჩვენა, რომ ხარისხზე დაფუძნებული სისტემა სტიმულს აძლევს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს, მოახდინონ ქრონიკული დაავადებების ადრეული გამოვლენა და უზრუნველყონ ბავშვების გეგმიური იმუნიზაცია. აღნიშნული მექანიზმი მიზნად ისახავს პრევენციული მომსახურებების გაძლიერებასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებას (Merilind, 2016).

პირველადი ჯანდაცვისთვის ხარისხის მართვის სისტემა მოიცავს ოთხ სფეროს: დაავადებათა პრევენციას, ქრონიკული დაავადებების მართვას, დამატებით აქტივობებს და სკრინინგის პროგრამებში ჩართულობას. ეს არის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდისა და ესტონეთის ოჯახის ექიმების ასოციაციის ერთობლივი ინიციატივა. 2020 წელს, პირველადი ჯანდაცვის ექიმების 65%-მა მიიღო ბონუსი გადახდა ამ სისტემით. ხარისხის მართვის სისტემა ხაზს უსვამს კლინიკური გაიდლაინებისა და შესრულების მონიტორინგის მნიშვნელობას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (Kasekamp, Habicht & Kalda, 2022). 2016 წელს QBS-ში შემოიღეს ცალკე გადახდა აკრედიტებული პროვაიდერებისთვის. აკრედიტაციის პროცესს ხელმძღვანელობს ესტონეთის ოჯახის ექიმების ასოციაცია.

ელექტრონული ჯანდაცვის როლი ფინანსურ მართვაში

ესტონეთი ერთ-ერთი მოწინავე ქვეყანაა ელექტრონული ჯანდაცვის დანერგვაში. მოქალაქეების ყველა სამედიცინო მონაცემი ხელმისაწვდომია ელექტრონულ ჯანდაცვის სისტემაში. რეცეპტები, მიმართვები, კვლევების პასუხები და ისტორია მარტივად ხელმისაწვდომია როგორც ექიმებისთვის, ისე პაციენტებისთვის. ამან მნიშვნელოვნად გაზარდა მომსახურების ეფექტიანობა და შეამცირა ადმინისტრაციული დანახარჯები.

ყველა ანგარიშგება და რეფერალი ხდება ელექტრონულ ფორმატში, რაც გამორიცხავს დუბლირებულ მომსახურებას, ამცირებს არამიზნობრივ ხარჯვას და აძლიერებს კონტროლს მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე.

ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი ანაზღაურებს პროვაიდერებს ელექტრონული კონსულტაციების შესრულებისთვის, როცა ოჯახის ექიმი სხვა სპეციალისტებთან კონსულტაციებს ატარებენ ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის მეშვეობით პაციენტის სპეციალისტთან გაგზავნის გარეშე. ასეთი ელექტრონული კონსულტაციები თავდაპირველად დაინერგა ოჯახის ექიმების დასახმარებლად, რათა მათ მეტი პასუხისმგებლობა აეღოთ პაციენტის მოვლაზე და გაეუმჯობესებინათ თანამშრომლობა სპეციალიზებული მომსახურების მიმწოდებლებთან.

მიუხედავად იმისა, რომ ელექტრონული კონსულტაციები ოჯახის ექიმებისთვის ხელმისაწვდომია 2013 წლიდან, 2021 წელს მხოლოდ 424 ოჯახის ექიმმა განახორციელა 51 076 ელექტრონული კონსულტაცია, რაც შეადგენს სპეციალისტთან ამბულატორიულ კონტაქტთან მხოლოდ 1%-ს (Kasekamp და სხვ., 2023).

პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი ძლიერი და სუსტი მხარეები

ესტონეთის მოსახლეობა გამოხატავს მაღალი ხარისხის კმაყოფილებას ოჯახის ექიმებისგან მიღებული მომსახურებით. 2000 წელს 85%-მა გამოხატა კმაყოფილება, ხოლო 2021 წელს – 83%-მა. ათიდან რვა ესტონელი დარწმუნებულია, რომ მათი ოჯახის ექიმი უმეტეს სამედიცინო საჭიროებას გაუმკლავდება (Kantar EMOR, 2022). აღნიშნული მიუთითებს პაციენტსა და პროვაიდერს შორის დადებით ურთიერთობაზე. რეგულაციების მყარი ჩარჩოები უზრუნველყოფს ოჯახის ექიმებისა და ექთნების მიერ გაწეული მომსახურების სტანდარტს, რაც მოიცავს როგორც წვდომის კრიტერიუმებს, ისე ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მინიმალურ სტანდარტებს. წლების განმავლობაში ოჯახის ექიმების მომსახურების სპექტრი თანდათან გაფართოვდა. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენება მუდმივად იზრდება. გადადგმულია ნაბიჯები მრავალპროფილური გუნდის ფორმირების მიმართულებით, ხოლო ექთნების როლი მნიშვნელოვნად გაძლიერდა.

მიუხედავად ძლიერი მხარეებისა, ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის სისტემას აქვს სუსტი მხარეები. პირველადი ჯანდაცვის ბევრი პროვაიდერი ამჯობინებს ინდივიდუალურად მუშაობას ჯგუფური პრაქტიკის ნაცვლად, რაც შესაძლოა ნაკლებად ეფექტიანი იყოს. გაფართოებულ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე (მაგალითად, ბებიაქალის მომსახურება, ფიზიოთერაპია, შინმოვლის სერვისები) წვდომა კვლავ შეზღუდულია. მწვავე პრობლემას

წარმოადგენს ოჯახის ექიმებისა და მედღების დეფიციტი, განსაკუთრებით შორეულ და სოფლად მდებარე ტერიტორიებზე.

დასკვნა

ამრიგად, საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა წარმოადგენს სტრატეგიულ ნაბიჯს, რომელიც ეფუძნება ევროპულ, მათ შორის ესტონეთის წარმატებულ გამოცდილებას. ესტონეთის მოდელი ნათლად აჩვენებს, რომ ეფექტიანად სტრუქტურირებული და ხარისხზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა ზრდის სისტემის ეფექტიანობას, ამცირებს ჰოსპიტალიზაციასა და დანახარჯებს, და მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგებს. რეფორმის ფარგლებში საქართველოში შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების, ასაკ-სპეციფიკური კაპიტაციისა და ხარისხის ინდიკატორების დანერგვა წარმოადგენს ევროპული მიდგომების ადაპტაციის მცდელობას, რაც, სათანადო განხორციელების შემთხვევაში, გაზრდის ჯანდაცვის სისტემის ხარისხს, სამართლიანობასა და მდგრადობას.

გამოყენებული ლიტერატურა


- ასრათაშვილი ა., მინდიაშვილი ს., წიქორიძე თ., ქაფიანიძე შ. (2019). პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 1, 29–34.
- ვერულავა თ, აბაშიძე გ. (2024). პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან პაციენტის ნდობაზე მოქმედი ფაქტორები. ეკონომისტი. 20 (4); 164-176
- ვერულავა თ., (2024). პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდები საქართველოში: გამოწვევები და პერსპექტივები. ეკონომიკა და ბიზნესი, 16 (1)
- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების 1995-2003 წლების გამოცდილება და რეკომენდაციები. ეკონომისტი. 2022;2:23-41.
- ვერულავა თ., ჭილაძე გ., ბარკალაია თ. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მოტივაციის და სამუშაოთი კმაყოფილების გამოწვევები საქართველოში. ეკონომისტი. 2022; 3.
- ვერულავა თ, ჯორბენაძე რ. (2020). პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი. 12 (1).
- ვერულავა თ., ბერუაშვილი დ. (2019). ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 5 (1).
- ვერულავა თ. (2018). პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. (5): 259-262.
- EHIF (2018). Estonian Health Insurance Fund Yearbook 2018. Tallinn. (https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/2018_majandusaastaaruanne_eng_0.pdf)
- Family Physicians Association (2019). Hea tahte koostöökokkulepe „Perearstiabi jätkusuutlikkuse tagamine” [Goodwill cooperation agreement ‘Ensuring the sustainability of family medical care’]. (<https://www.perearstiselts.ee/eestiperearstide-selts/meist/organisatsioon/hea-tahte-leppe>)
- Habicht T, Kasekamp K, Webb E (2022). Primary health care reforms in Estonia: using financial incentives to encourage multidisciplinary care. European Journal of Public Health, 32(Supplement_3). doi: 10.1093/EURPUB/CKAC129.625.
- Kantar EMOR (2022). Eesti elanike hinnangud arstiabile [Patient Evaluation of Health and Health care]. Tallinn. (https://www.tervissekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/Elanike_hinnangud_arstiabile_2022_KantarEmor.pdf)
- Kasekamp K, Habicht T, Kalda R (2022). The Milestones of Reforming Primary Health Care in Estonia. The Milestones of Refoming Primary Health Care in Estonia. <https://www.lshtm.ac.uk/media/59811>
- Kasekamp K, Habicht T, Võrk A, Köhler K, Reinap M, Kahur K, Laarmann H, Litvinova Y. Estonia: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(5): i–204.

• Koppel A, Meisaar K, Valtonen H, Metsa A. Evaluation of primary health care reform in Estonia. Soc Sci Med 2003;56:2461–6.



თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაციის მნიშვნელობა ვაქცინაციის
პროგრამების წარმატებით განხორციელებისთვის

The importance of consistent health communication for the successful
implementation of vaccination programs

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.13>

დავით შოვნაძე ^{1a}

David Shovnadze ¹⁷

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a davitshovnadze@cu.edu.ge

აბსტრაქტი

შესავალი: ვაქცინაცია არის ერთ-ერთი ყველაზე წარმატებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენცია, რომელმაც მნიშვნელოვნად შეამცირა ინფექციური დაავადებების ტვირთი. მიუხედავად მისი ეფექტიანობისა, საზოგადოებაში პერიოდულად ჩნდება სკეპტიციზმი და დეზინფორმაცია, რაც ხშირად გამოწვეულია ჯანდაცვის კომუნიკაციის არათანმიმდევრობით. COVID-19-ის პანდემიამ მკაფიოდ აჩვენა, რომ ურთიერთგამომრიცხავი გზავნილები ამცირებს ნდობას და აფერხებს იმუნიზაციის პროგრამების წარმატებით განხორციელებას. კვლევის მიზანია შეაფასოს ჯანდაცვის კომუნიკაციის თანმიმდევრულობის მნიშვნელობა ვაქცინაციის პროგრამების ეფექტიანობისთვის და გააანალიზოს ის ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავს ნდობასა და კომუნიკაციის სანდოობას. **მეთოდები:** ნაშრომი ეფუძნება თვისებრივ კვლევას და 2015–2025 წლების შუალედში გამოქვეყნებული საერთაშორისო ორგანიზაციების (WHO, UNICEF, OECD, Gavi) ანგარიშებისა და სამეცნიერო ლიტერატურის სისტემურ მიმოხილვას. შერჩევის კრიტერიუმებია თანამედროვეობა, რელევანტურობა და სამეცნიერო ავტორიტეტულობა. **შედეგები:** ლიტერატურის ანალიზმა აჩვენა, რომ თანმიმდევრული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კომუნიკაცია ზრდის ნდობას, ამცირებს დეზინფორმაციის გავლენას და ხელს უწყობს ვაქცინაციისადმი საზოგადოებრივი თანხმობის ჩამოყალიბებას. კვლევები ცხადყოფს, რომ კოორდინირებული კომუნიკაციური სტრატეგიები მნიშვნელოვნად ზრდის იმუნიზაციის მოცვას და ეფექტიანობას. **დასკვნა:** ჯანდაცვის კომუნიკაციის თანმიმდევრულობა არა მხოლოდ ტექნიკური, არამედ ეთიკური და მორალური ვალდებულებაა. საზოგადოების წევრებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა ერთგვაროვან და სანდო ინფორმაციაზე, რაც უზრუნველყოფს ინფორმირებულ არჩევანსა და სამართლიანობას. შესაბამისად, თანმიმდევრული კომუნიკაცია უნდა აღიქმებოდეს როგორც გლობალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტრატეგიული ინვესტიცია, რომელიც უზრუნველყოფს იმუნიზაციის მდგრადობას, სოციალური ნდობის გაძლიერებას და სიცოცხლის გადამრჩენი პროგრამების ეფექტიან რეალიზაციას.



საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის კომუნიკაცია, ვაქცინაცია, დეზინფორმაცია, შეთქმულების თეორიები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, ეთიკა.

რეკომენდირებული ციტირება: შონაძე დ. (2025). თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაციის მნიშვნელობა ვაქცინაციის პროგრამების წარმატებით განხორციელებისთვის. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.13>.

Abstract

Introduction: Vaccination is one of the most successful public health interventions of the past two centuries, having saved millions of lives and significantly reduced the burden of infectious diseases, both economically and in terms of health and mortality. Despite its proven effectiveness, negative public attitudes toward vaccination have periodically emerged and intensified over time. This phenomenon is reflected in the creation and spread of disinformation and conspiracy theories, often fueled by inconsistent communication campaigns from health authorities. The COVID-19 pandemic marked a major turning point, clearly demonstrating the dangers that arise when the public receives contradictory messages and ambiguous information. Such inconsistency undermines trust, fosters skepticism, and hampers the successful implementation of immunization programs, thereby reducing coverage rates. Against this backdrop, consistent, transparent, and evidence-based health communication has become one of the main pillars of global public health protection. This study aims to examine and evaluate the importance of consistency in health communication for the effective implementation of vaccination programs, analyze the theoretical foundations of health communication, explore global experiences, and assess the principles of strategic communication in combating disinformation. It also seeks to identify key factors that determine the credibility of communication and the degree of public trust. **Methods:** Methodologically, the study employs a qualitative approach and a systematic review of the literature. The analysis draws upon reports from the World Health Organization (WHO), UNICEF, OECD, and Gavi, as well as authoritative scientific publications from 2015 to 2025. Selection criteria included modernity, relevance, and scientific credibility. Content analysis of the literature revealed key trends, including the impact of communication consistency on trust, the psychological mechanisms underlying disinformation, the social origins of conspiracy theories, and the ethical considerations in health communication. **Results:** The findings demonstrate that consistent communication is essential for maintaining public trust, promoting behavioral change, and enhancing resilience to disinformation. Unified and coordinated messaging—across levels from international organizations to local health personnel - promotes public awareness and adherence to vaccination programs. This is evidenced by the cases of New Zealand, Finland, and Rwanda, where coordinated communication strategies contributed significantly to vaccination success. **Conclusion:** The study concludes that consistency in health communication is not merely a technical matter but an ethical and moral imperative. The core principles of public health ethics—autonomy, fairness, and non-maleficence—require that all individuals receive equally reliable, consistent, and comprehensible information, which is essential for informed decision-making. Consistency also represents a form of democratic accountability, as transparent communication strengthens public engagement. Ultimately, the success of immunization programs depends substantially on consistent health communication, which should be regarded as a strategic investment ensuring the sustainability of immunization, the strengthening of social cohesion, and the effectiveness of life-saving health interventions.

Keywords: Health communication, vaccination, disinformation, conspiracy theories, public health, ethics.

Recommended Citation: Shovnadze D. (2025). The importance of consistent health communication for the successful implementation of vaccination programs. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.13>.

შესავალი

ვაქცინაცია რჩება ისტორიაში ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის ინტერვენციად, რომელიც ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანს სიკვდილს აცილებს თავიდან და ამცირებს ინფექციური დაავადებების ტვირთს მთელ მსოფლიოში (WHO, 2023a). მიუხედავად დამტკიცებული სარგებლისა, საზოგადოების მხრიდან მათ მიღებას სულ უფრო მეტად უქმნის პრობლემებს და შეფერხებებს ფართოდ გავრცელებული დეზინფორმაციული ნაკადები, ინსტიტუტებისადმი უნდობლობა და ჯანდაცვის ორგანოების არათანმიმდევრული კომუნიკაცია (Betsch et al., 2020). COVID-19-ის გლობალურმა პანდემიამ კარგად აჩვენა, თუ როგორ შეუძლია ფრაგმენტულ და წინააღმდეგობრივ ჯანმრთელობის მესიჯებს შეარყიოს საზოგადოების ნდობა, გამოიწვიოს დაბნეულობა და გააძლიეროს შეთქმულების თეორიები (Dubé et al., 2021).

თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაცია ვაქცინაციის პროგრამების პოპულარიზაციისა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვის განათლების ქვაკუთხედაა. ის უზრუნველყოფს იმას, რომ ინდივიდებმა მიიღონ მკაფიო, სანდო და თანმიმდევრული მესიჯები ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ყველა დონეზე — გლობალური ორგანიზაციებიდან ადგილობრივ მედპერსონალის ჩათვლით. მესიჯების თანმიმდევრულობა აძლიერებს ნდობას, აუმჯობესებს გაგებას და ამცირებს დეზინფორმაციის მავნე ზემოქმედებას (Omer et al., 2020).

ეს სტატია განიხილავს ვაქცინაციის კამპანიებში თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაციის შენარჩუნების მნიშვნელობას გლობალური პერსპექტივიდან. ის იკვლევს, თუ როგორ აყალიბებს თანმიმდევრულობა ნდობას, როგორ უპირისპირდება შეთქმულების ნარატივებს და როგორ აძლიერებს საზოგადოების დამყოლობას ვაქცინაციის რეკომენდაციებთან მიმართებაში. გარდა ამისა, იგი განიხილავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სტრატეგიებსა და საუკეთესო პრაქტიკებს, რომლებიც გლობალურად არის დანერგილი ჯანდაცვის კომუნიკაციაში თანმიმდევრულობისა და გამჭვირვალობის უზრუნველსაყოფად.

მეთოდები

წარმოდგენილი კვლევა ეფუძნება ლიტერატურის მიმოხილვის მეთოდოლოგიას, რომლის მიზანია თემასთან დაკავშირებული მეცნიერული და პრაქტიკული გამოცდილების გაანალიზება. კვლევის პროცესში გამოყენებულია სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციის ოფიციალური დოკუმენტები, ასევე ავტორიტეტული სამეცნიერო სტატიები და პუბლიკაციები.

ლიტერატურის შერჩევა განხორციელდა შემდეგი კრიტერიუმების გათვალისწინებით:

ავტორიტეტულობა: გამოყენებულია მაღალი იმპაქტის მქონე სამეცნიერო ჟურნალებში გამოქვეყნებული ნაშრომები და საერთაშორისო ორგანიზაციების (WHO, UNICEF, OECD, Gavi და სხვ.) ანგარიშები.

რელევანტურობა: შერჩეული მასალები უშუალოდ ეხება ჯანდაცვის კომუნიკაციის თანმიმდევრულობის მნიშვნელობას, მის ელემენტებსა და პრაქტიკულ მაგალითებს.

თანამედროვეობა: ლიტერატურის უმრავლესობა მოიცავს უკანასკნელი ათწლეულის (2015–2025 წწ.) კვლევებსა და პუბლიკაციებს.

მიმოხილვის პროცესში გამოყენებულია თემატური შინაარსობრივი ანალიზი, რომლის მეშვეობითაც იდენტიფიცირდა და შეჯერდა სხვადასხვა წყაროში წარმოდგენილი ძირითადი თემები და ტენდენციები. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ჯანდაცვის კომუნიკაციაში თანმიმდევრულობის როლის გაანალიზებას, დეზინფორმაციისა და შეთქმულების თეორიებთან ბრძოლის მექანიზმების შესწავლას, ასევე საზოგადოებრივ ნდობის შენარჩუნების სტრატეგიების შეფასებას.

ლიტერატურის მიმოხილვა

თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაციის თეორიული საფუძვლები

ჯანდაცვის კომუნიკაცია დაფუძნებულია სიცხადის, გამჭვირვალობისა და ემპათიის პრინციპებზე (Kalke et al., 2021). თეორიული მოდელები, როგორცაა ჯანმრთელობის რწმენის მოდელი (Health Belief Model), დაგეგმილი ქცევის თეორია (Theory of Planned Behavior) და რისკის სოციალური გაძლიერების ჩარჩო (Social Amplification of Risk Framework), ხაზს უსვამენ კომუნიკაციის კრიტიკულ როლს ჯანმრთელობის ქცევების ფორმირებაში.

არათანმიმდევრული ან ორაზროვანი მესიჯები არღვევს ფსიქოლოგიურ მექანიზმებს, იწვევს დაბნეულობას, უნდობლობას და ეჭვს. თანმიმდევრულობა კი არ შემოიფარგლება მესიჯების განმეორებით; იგი გულისხმობს ინფორმაციის შინაარსობრივ და ტონალურ შეთანხმებას დროის, წყაროსა და პლატფორმების ჭრილში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, 2022) განმარტებით, თანმიმდევრული კომუნიკაცია მოიცავს სიზუსტეს, უწყვეტობასა და ჰარმონიას ყველა საკომუნიკაციო არხში, რაც გამორიცხავს წინააღმდეგობებსა და გაურკვევლობებს გლობალურ, ეროვნულ და ადგილობრივ დონეებს შორის.

თანმიმდევრული მესიჯები ასევე ხელს უწყობს კოგნიტურ გამართულობას (cognitive fluency), რაც გულისხმობს იმ სიმარტივეს, რომლითაც ინდივიდები ამუშავებენ მიღებულ ინფორმაციას. სტაბილური და პროგნოზირებადი მესიჯი აღიქმება უფრო სანდოდ და ჭეშმარიტად (Pennycook et al., 2018), ხოლო წინააღმდეგობრივი ან მერყევი კომუნიკაცია — მაგალითად, მკაფიო განმარტებების გარეშე შეცვლილი გაიდლაინები — ასუსტებს ნდობას. მსგავსი მაგალითი გამოიკვეთა COVID-19-ის პანდემიის ადრეულ ეტაპებზე, როდესაც ურთიერთგამომრიცხავი გზავნილები ნიღბების, ვაქცინაციისა და გადაცემის გზების შესახებ მნიშვნელოვან დაბნეულობას იწვევდა (Hornsey et al., 2021).

თანმიმდევრულობის როლი ნდობის ჩამოყალიბებაში

ნდობა წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის კომუნიკაციის საკვანძო საფუძველს. ნდობის გარეშე, ყველაზე მეცნიერულად დასაბუთებულმა მესიჯებმაც კი შეიძლება ვერ მოახდინონ გავლენა ქცევაზე (Larson et al., 2018). კომუნიკაციის თანმიმდევრულობა ზრდის სანდოობას, ხელს უწყობს გამჭვირვალობას და ქმნის სტაბილურ საინფორმაციო გარემოს.

ჯანმოსა და UNICEF-ის 2021 წლის საკომუნიკაციო ჩარჩოს მიხედვით, თანმიმდევრულობა განისაზღვრება როგორც ერთ-ერთი ხუთი გადამწყვეტი ფაქტორი საზოგადოებრივი ნდობის შესანარჩუნებლად საგანგებო სიტუაციებში (WHO, 2021b). როდესაც ჯანდაცვის ორგანოები უზრუნველყოფენ შეთანხმებულ და სტაბილურ ინფორმაციას, საზოგადოება მათ აღიქვამს კომპეტენტურ და საიმედო ინსტიტუტებად. საპირისპიროდ, არათანმიმდევრული მესიჯები ქმნის შთაბეჭდილებას დეზორგანიზაციისა ან ფარული მიზნების არსებობის შესახებ, რაც აძლიერებს უნდობლობას და ხელს უწყობს შეეთქმულების თეორიების გავრცელებას.

ჯანდაცვის პროფესიონალები — ექიმები, ექთნები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტები — რჩებიან ვაქცინების შესახებ ინფორმაციის ყველაზე სანდო წყაროებად. როდესაც ისინი ერთიან მესიჯებს ავრცელებენ, სხვადასხვა არხიდან მოსული თანხვედრილი ინფორმაცია აძლიერებს მის მიღებას. ოფიციალურ განცხადებებსა და ადგილობრივ კომუნიკაციას შორის შეუსაბამობა კი ამცირებს ნდობას და ვაქცინაციისადმი მზადყოფნას.

დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა ფრაგმენტულია, თანმიმდევრულობა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მრავალენოვან და კულტურულად მრავალფეროვან გარემოში. ერთიანი მესიჯები ამცირებს გაუგებრობებს და უზრუნველყოფს ჯანდაცვის ინფორმაციის სამართლიან გავრცელებას (Gavi, 2022).

თანმიმდევრულობა არ არის მხოლოდ მესიჯების განმეორება, არამედ გულისხმობს ინფორმაციის შეთანხმებას დროის, წყაროებისა და პლატფორმების კონტექსტშიც. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, 2022) განმარტებით, თანმიმდევრული კომუნიკაცია მოიცავს მესიჯის სიზუსტეს, უწყვეტობას და ჰარმონიას ყველა საკომუნიკაციო

არხში, რაც უზრუნველყოფს გლობალურ, ეროვნულ ან ადგილობრივ დონეებს შორის წინააღმდეგობების და გაურკვევლობების არარსებობას.

გლობალური გამოცდილება: ვაკცინაციის კამპანიებიდან

COVID-19 პანდემია

COVID-19-ის პანდემია მნიშვნელოვანი გამოცდა იყო გლობალური ჯანდაცვის კომუნიკაციის სისტემებისთვის. ადრეულ ეტაპზე სწრაფად ცვალებადი სამეცნიერო ცოდნა და არათანმიმდევრული გზავნილები — ნიღბების გამოყენებაზე, ვაკცინების უსაფრთხოებაზე და დაავადების გადაცემის მექანიზმებზე — იწვევდა დაბნეულობასა და სკეპტიციზმს (Betsch et al., 2020).

ქვეყნებმა, როგორცაა ახალი ზელანდია, ფინეთი და სამხრეთ კორეა, რომლებიც ახორციელებდნენ გამჭვირვალე და თანმიმდევრულ კომუნიკაციას, აჩვენეს ვაკცინაციისადმი დამყოლობის მაღალი დონე (OECD, 2022). მათ მიმართეს რეგულარული ბრიფინგების პრაქტიკას, ექსპერტთა ჩართულობას და მრავალარხიან კომუნიკაციას, რაც უზრუნველყოფდა ინფორმაციის თანხვედრას. საპირისპიროდ, ქვეყნებში, სადაც პოლიტიკური და სამეცნიერო მესიჯები წინააღმდეგობრივად ჟღერდა, დაფიქსირდა ვაკცინაციის დაბალი მაჩვენებლები და დეზინფორმაციისადმი მაღალი მგრძობელობა (Burki, 2021).

პოლიომიელიტის აღმოფხვრის კამპანიები

პოლიომიელიტის გლობალური აღმოფხვრის ინიციატივამ (WHO, UNICEF, Rotary International) აჩვენა, რომ თანმიმდევრული კომუნიკაცია ხანგრძლივად ინარჩუნებს საზოგადოებრივ ნდობასა და ჩართულობას (WHO, 2020). სამხრეთ აზიასა და აფრიკაში კულტურულად მორგებულმა და თანმიმდევრულმა მესიჯებმა მნიშვნელოვნად შეამცირა ვაკცინაციისადმი წინააღმდეგობა. 2003–2004 წლებში ჩრდილოეთ ნიგერიაში პოლიოვაკცინაციის ბოიკოტი, რომელიც გავრცელებულმა შეთქმულების თეორიებმა გამოიწვია, მოგვარდა მხოლოდ მაშინ, როცა მესიჯები შეთანხმდა ადგილობრივ რელიგიურ ლიდერებსა და საერთაშორისო ორგანიზაციებს შორის (Jegede, 2007).

HPV ვაკცინის კომუნიკაცია

ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) ვაკცინის დანერგვის პროცესში არათანმიმდევრულმა კომუნიკაციამ მნიშვნელოვნად იმოქმედა საზოგადოებრივ დამოკიდებულებაზე. იაპონიაში მედიამ გააძლიერა დაუდასტურებელი გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაცია, რამაც ვაკცინაციის მოცვა 70%-დან 1%-ზე ნაკლებამდე შეამცირა ერთ წელიწადში (Wilson et al., 2020). საპირისპიროდ, ავსტრალიაში თანმიმდევრული და პოზიტიური ნარატივით — რომელიც ფოკუსირდებოდა კიბოს პრევენციაზე — მიღწეული იქნა მსოფლიოში ერთ-ერთი უმაღლესი იმუნიზაციის დონე (Oketch et al., 2023).

წარმატებული თანმიმდევრული კომუნიკაციის მაგალითები

ფინეთის საკომუნიკაციო სტრატეგია COVID-19-ის წინააღმდეგ

ფინეთის ჯანდაცვის ორგანოებმა, ფინეთის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ინსტიტუტის ხელმძღვანელობით, შექმნეს მრავალენოვანი საინფორმაციო პლატფორმა, რომლის მეშვეობითაც საზოგადოებას ყოველდღიურად მიეწოდებოდა ერთიანი, განახლებული და მკაფიო ინფორმაცია. კამპანიის მთავარ ხაზს წარმოადგენდა საზოგადოების წინაშე პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება, რაც უზრუნველყოფდა ევროპაში საზოგადოებრივი ნდობის ერთ-ერთ ყველაზე მაღალ დონეს (OECD, 2022).

რუანდის ვაკცინაციის კამპანიები

რუანდის ჯანდაცვის სამინისტრომ HPV-ისა და COVID-19-ის ვაკცინაციის ეროვნული კამპანიები განახორციელა კოორდინირებული კომუნიკაციის საფუძველზე — ეროვნული დონიდან სოფლის დონემდე. ერთიანი მესიჯების თანმიმდევრულობა, რომელიც გაძლიერებული იყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების აქტიური ჩართულობით, უზრუნველყოფდა მოსახლეობის ინფორმირებულობას და ვაკცინაციის 90%-ზე მეტი მოცვის მიღწევას (Gavi, 2022).

ახალი ზელანდიის გამჭვირვალე მესიჯები

ახალი ზელანდიის პრემიერ-მინისტრი და ჯანდაცვის ოფიციალური პირები რეგულარულად მართავდნენ საჯარო ბრიფინგებს თანმიმდევრული, მკაფიო და ემპათიური ტონით. „ხუთი მილიონიანი გუნდის“ (Team of Five Million) ნარატივმა მოახერხა საზოგადოების გაერთიანება, ნდობის შენარჩუნება და დეზინფორმაციის ეფექტური შეჩერება (OECD, 2022).

თანმიმდევრულობის გაზომვა და შეფასება

ეფექტური კომუნიკაცია მოითხოვს სისტემატურ შეფასებას. შეფასების ინდიკატორები მოიცავს:

- მესიჯების თანმიმდევრულობას სხვადასხვა წყაროს შორის,
- განახლებების სიხშირესა და დროულობას,
- საზოგადოების ინფორმირებულობისა და გაგების დონეს.

ასეთი შეფასებისთვის გამოიყენება ინსტრუმენტები, როგორცაა სენტიმენტისა და ემოციების ანალიზი, ფოკუს-ჯგუფები, მედია მონიტორინგი და საზოგადოებრივი აღქმის კვლევები (WHO, 2023a). უწყვეტი მონიტორინგი საშუალებას აძლევს ჯანდაცვის სისტემებს დროულად მოერგონ ცვლილებებსა და გამოწვევებს, თავიდან აიცილონ არათანმიმდევრული მესიჯები და შეინარჩუნონ გრძელვადიანი სანდობა.

დასკვნა

თანმიმდევრული ჯანდაცვის კომუნიკაცია წარმოადგენს ერთ-ერთ მთავარ წინაპირობას ვაქცინაციის პროგრამების წარმატებული განხორციელებისთვის. ის ქმნის და ინარჩუნებს ნდობას, ამცირებს დეზინფორმაციის გავლენას და ხელს უწყობს სამართლიან, ინფორმირებულ საზოგადოებრივ აღქმებს.

გლობალური გამოცდილება — COVID-19-ის, პოლიომიელიტის აღმოფხვრისა და HPV-ის ვაქცინაციის მაგალითებზე დაფუძნებით — ცხადყოფს, რომ მესიჯის თანმიმდევრულობა ხშირად განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ქცევის მიმართულებას, ანუ მიიღებს თუ უარყოფს მოსახლეობა ვაქცინაციის პროცესს.

თანამედროვე საინფორმაციო გარემოში, სადაც შეთქმულების თეორიები და ციფრული დეზინფორმაცია სწრაფად ვრცელდება, თანმიმდევრულობა უნდა იქცეს ყველა პლატფორმასა და მონაწილეს შორის საერთო, გამაერთიანებელ ხაზად. მთავრობებმა, ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა და მედიამ უნდა უზრუნველყონ კოორდინაცია, რათა გავრცელებული გზავნილები იყოს ერთგვაროვანი, გამჭვირვალე და ემპათიური.

საბოლოოდ, ჯანდაცვის სფეროში თანმიმდევრული კომუნიკაცია არის როგორც მეცნიერული, ისე მორალური იმპერატივი — შემაერთებელი ქსოვილი, რომელიც აკავშირებს საზოგადოებრივ ნდობას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შედეგებთან. იგი უზრუნველყოფს, რომ სიცოცხლის გადამრჩენი ვაქცინები ეფექტიანად მიეწოდოს ყველა ჯგუფს და თაობას, საზოგადოებრივი კეთილდღეობის სამართლიანი და მდგრადი განვითარებისთვის.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Betsch, C., Böhm, R., Korn, L., & Holtmann, C. (2020). On the benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. *Nature Human Behaviour*, 4(4), 372–379.
2. Burki, T. (2021). Vaccine misinformation and social media. *The Lancet Digital Health*, 3(5), e219–e220.
3. Childress, J.E., Faden, R.R., Gaare, R.D., Gos M.L., Kahn, J., Bonni, R.J., Kass, N.E., Mastroianni, A.C., Moreno, J.D., Nieburg, P. (2002). Public health ethics: Mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170–178.
4. Cinelli, M., Quattrocioni, W., Galeazzi, A., Valensise, C.M., Brugnoli, E., Schmidt, A.L., Zola, P., Zollo, F., Scala, A. (2020). The COVID-19 social media infodemic. *Scientific Reports*, 10(1), 16598.

5. Douglas, K.M., Uscinski, J.E., Sutton, R.M., Cichocka, A., Nefes, T., Chee Siang Ang., Deravi, F. (2019). Understanding conspiracy theories. *Political Psychology*, 40(S1), 3–35.
6. Dubé, E., Ward, J.K., Verger, P., MacDonald, N.E. (2021). Vaccine hesitancy: An overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(5), 1599–1609.
7. Gavi, The Vaccine Alliance. (2022). *Rwanda's success in vaccination campaigns*.
8. Hornsey, M.J., Harris, E.A., Fielding, K.S. (2021). The psychological roots of anti-vaccination attitudes. *PNAS*, 118(25), e2106445118.
9. Jegede, A.S. (2007). What led to the Nigerian boycott of the polio vaccination campaign? *PLoS Medicine*, 4(3), e73.
10. Kalke, K., Studd, H., Scherr, C.L. (2021). Communicating uncertainty in public health. *Health Communication*, 36(1), 10–18.
11. Larson, H.J., Clarke, R.M., Jarrett, C., Eckersberger, E., Levine, Z., Schulz, W.S., Paterson, P. (2018). Measuring trust in vaccination: A global perspective. *The Lancet*, 392(10161), 2244–2256.
12. Lewandowsky, S., Cook, J., Ecker, U.K.H. (2021). The Debunking Handbook 2020. *PLOS ONE*, 16(10), e0259050.
13. OECD. (2022). *Trust and public communication in times of crisis*. OECD Publishing.
14. Oketch, S.Y., Ochomo, E.O., Orwa, J.A., Mayieka, L.M., Abdullahi, L.H. (2023). Communication strategies to improve human papillomavirus (HPV) immunization uptake among adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis, *BMJ Open*
15. Opel, D.J., Salmon, D.A., Marcuse, E.K. (2020). Building trust and confidence in COVID-19 vaccines. *JAMA*, 324(23), 2215–2216.
16. Pennycook, G., Rand, D.G. (2021). The psychology of fake news. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(5), 388–402.
17. Pennycook, G., Rand, D.G. (2018). Cognitive reflection and the evaluation of fake news. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(12), 1865–1880.
18. van Prooijen, J. W., & Douglas, K. M. (2018). Belief in conspiracy theories: Basic principles of an emerging research domain. *European Journal of Social Psychology*, 48(7), 897–908.
19. Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359(6380), 1146–1151.
20. WHO. (2020). *Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation*. World Health Organization.
21. WHO. (2021b). *Risk communication and community engagement during health emergencies: Interim guidance*.
22. WHO. (2022). *EARS: Early AI-supported response system*.
23. WHO. (2023a). *Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind*. World Health Organization.
24. WHO. (2023b). *WHO partners with digital platforms to counter misinformation*.



ორმაგი თუ სამმაგი ცნობიერება? აფრიკელი იმიგრანტების გამოცდილება ამერიკის შეერთებულ შტატებში

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.14>

Oluwatimileyin Aborisade ¹⁸

ოლუვატიმილეინ აბორისადე ^{1a}

¹ Department of Sociology, Case Western Reserve University, Cleveland, USA

¹ სოციოლოგიის დეპარტამენტი, კეის ვესტერნ რეზერვის უნივერსიტეტი, კლივლენდი, აშშ

^a Oaa55@case.edu

Abstract

This paper employs W. E. B. Du Bois's concept of double consciousness to analyze the lived experiences of African immigrants in the United States. It explores what it means to be Black in a predominantly White society and what it means to navigate life as an immigrant in a country where privileges are largely mediated by citizenship and legal status. The paper argues that the experiences of Black immigrants differ markedly from those of White (European) immigrants because of the intersection of race, nationality, and citizenship. It further questions whether Du Bois's (1903) notion of double consciousness adequately captures the realities of African immigrants, or whether a broader conceptual framework - what I term triple consciousness - more effectively explains their multiple, intersecting identities and social locations.

Keywords: African Immigrants, Race and Citizenship, Structural Racism, Cultural Identity, Acculturation, Double Consciousness, Intersectionality, Racialized Legal Status, Assimilation.

Quote: Oluwatimileyin Aborisade. Double Consciousness or Triple Consciousness? Experiences of African Immigrants in the United States. *Health Policy, Economics and Sociology*, 2025; 9 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.14>

აბსტრაქტი

ნაშრომი იყენებს დიუ ბოისის ორმაგი ცნობიერების კონცეფციას, რათა გააანალიზოს აფრიკელი ემიგრანტების ცხოვრებისეული გამოცდილება ამერიკის შეერთებულ შტატებში. კვლევა ეხება, თუ რას ნიშნავს იყო შავკანიანი უპირატესად თეთრკანიან საზოგადოებაში და რას ნიშნავს ცხოვრების ნავიგაცია, როგორც იმიგრანტისა, ქვეყანაში, სადაც პრივილეგიები ძირითადად განპირობებულია მოქალაქეობითა და სამართლებრივი სტატუსით. შავკანიანი იმიგრანტების გამოცდილება მნიშვნელოვნად განსხვავდება თეთრკანიანი (ევროპელი) იმიგრანტების გამოცდილებისგან რასის, ეროვნებისა და მოქალაქეობის გადაკვეთის გამო. ასევე, ადეკვატურად ასახავს თუ არა დიუ ბოისის (1903) ორმაგი ცნობიერების ცნება აფრიკელი იმიგრანტების რეალობას, თუ უფრო ფართო კონცეპტუალური ჩარჩო, უფრო ეფექტურად ხსნის მათ მრავალჯერად, გადამკვეთ იდენტობებსა და სოციალურ ლოკაციებს.

საკვანძო სიტყვები: აფრიკელი იმიგრანტები, რასა და მოქალაქეობა, სტრუქტურული რასიზმი, კულტურული იდენტობა, აკულტურაცია, ორმაგი ცნობიერება, ინტერსექციულობა, რასიზებული სამართლებრივი სტატუსი, ასიმილაცია.

ციტატა: ოლუვატიმილეინ აბორისადე. ორმაგი თუ სამმაგი ცნობიერება? აფრიკელი იმიგრანტების გამოცდილება ამერიკის შეერთებულ შტატებში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*. 2025; 9 (2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.14>

⁸ radu.dumitrescu@medicover.ro

<https://orcid.org/0009-0008-4481-394X>



Double Consciousness

Du Bois (1903) described double consciousness as the peculiar sensation of “twoness”: “an American, a Negro; two souls, two thoughts, two unreconciled strivings” (p. 16). This captures how African Americans have long perceived themselves through the eyes of a society that denies their full humanity. Although Du Bois wrote at the beginning of the twentieth century, his insight remains relevant in a twenty-first-century America where racial hierarchies persist beneath the language of color-blindness (Alexander, 2010; Bonilla-Silva, 2018).

For Du Bois, this was not simply a psychological state but a social condition produced through daily encounters with exclusion and inequality. The “veil” symbolized both separation and distorted visibility, a filter through which Black Americans viewed themselves as objects of White perception. It exposed the contradiction of being a citizen of the United States while remaining alienated from full belonging (Meer, 2019).

Later scholars have shown that double consciousness operates as a process of negotiation between self-definition and imposed identity (Bulhan, 2015; Itzigsohn & Brown, 2015). African Americans must constantly reconcile the ideals of equality with the lived reality of racism. African immigrants, by contrast, bring additional layers to this experience. Many arrive with national and cultural identities rooted in their home countries and then encounter American racial categories that compress diverse heritages into the single label “Black” (Arthur, 2000; Awad et al., 2021).

Racialization in the United States forces African immigrants to develop the same kind of divided awareness Du Bois described, recognizing themselves as both African and Black within an American racial order. Yet their experience differs from that of African Americans because it is shaped by migration history, accent, and legal status (Joseph & Golash-Boza, 2021). Scholars have called this a “diasporic double consciousness,” in which migrants live between transnational cultural frames and local racial hierarchies (Nunn, 2019).

Symbolic-interactionist theory helps explain how this dual awareness emerges. People form self-concepts through reflected appraisals—the images they believe others hold of them (Cooley, 1902). For Black Americans and immigrants alike, these reflections are often negative because the dominant gaze continues to devalue Blackness (Mead, 1934; Hurst & Cross, 2022). Over time, such stigmatized reflection produces a split sense of self and encourages self-monitoring to navigate racially charged institutions such as schools and workplaces.

Research confirms that structural racism reinforces this inner division. Studies of labor-market discrimination find that equally qualified Black applicants receive fewer callbacks than White candidates (Pager & Shepherd, 2008). Similar patterns appear in housing, finance, and policing (Massey & Denton, 1993; Ray et al., 2017). These external inequalities interact with internalized doubts about belonging, deepening the conflict Du Bois described. The constant need to manage stigma can also damage self-esteem and mastery, two coping resources identified in stress-process theory (Pearlin et al., 1981). When individuals internalize racial stereotypes, they may experience what Frantz Fanon (1952/2008) called the “epidermalization of inferiority,” where race becomes inseparable from a feeling of marginalization. Yet Du Bois also saw in double consciousness a kind of “second sight,” an ability to perceive social contradictions invisible to those in dominant positions.

In modern contexts, double consciousness interacts with gender, class, and migration. Patricia Hill Collins (2019) shows that intersectionality exposes how racism, sexism, and classism intertwine to shape awareness. African and Caribbean immigrants must also navigate cultural adaptation and uncertain legal status (Awad et al., 2021). These overlapping pressures suggest that Du Bois’s idea must be broadened to capture the full complexity of contemporary Black immigrant life.

Double consciousness therefore remains both a lived condition and a framework for understanding how marginalized people make sense of themselves in unequal societies. For African immigrants, the tension between how they see themselves educated professionals, nationals of specific countries, contributors to American society and how they are seen as Black foreigners produces a layered awareness that moves beyond Du Bois’s original formulation. This evolving consciousness prepares the ground for

the idea of triple consciousness, where race, immigration, and citizenship intersect to define belonging in America.

Triple Consciousness?

The idea of triple consciousness has emerged in contemporary scholarship as an extension of Du Bois's original theory. Whereas double consciousness captures the internal conflict of being both Black and American, triple consciousness speaks to the multiple and intersecting identities of those who are simultaneously Black, immigrant, and navigating citizenship in a society stratified by race and legality (Joseph & Golash-Boza, 2021; Pelt-Willis, 2021). This concept reflects an intersectional understanding of oppression and belonging, where the experience of racialized immigrants cannot be reduced to race alone.

African immigrants in the United States often encounter a unique identity formation process that differs from that of U.S.-born African Americans. They must negotiate not only racial difference but also cultural adaptation and legal incorporation (Awad et al., 2021; Tetteh, 2020). Scholars such as Nunn (2019) and Arthur (2000) note that many African migrants initially identify through nationality or ethnicity Nigerian, Ghanaian, Ethiopian before being absorbed into a broad "Black" category that carries the social meanings of American racial history. This forced re-racialization produces what may be called a third consciousness: an awareness of being an immigrant within Blackness itself.

For immigrants on temporary visas, consciousness operates along two main lines. They see themselves as foreigners with limited rights and as racialized individuals within a White-majority society. Over time, some obtain permanent residence or citizenship, which adds a third dimension: legal belonging that does not erase racial and cultural exclusion. Even naturalized citizens who have sworn allegiance to the United States may find their identities questioned because of accent, name, or perceived foreignness (Ramos & Kasinitz, 2015). This creates a cycle of recognition and disavowal that resembles what Du Bois called the "veil," yet now filtered through the additional layer of immigration status.

The experiences of African immigrants illustrate this triple tension clearly. They are often reminded of their "foreignness" by both White Americans and African Americans. White Americans may express surprise at their English fluency or education, revealing a narrow perception of Africa as backward or undeveloped. At the same time, some African Americans may view African immigrants as competitors for jobs or educational opportunities, or as outsiders unfamiliar with the long struggle for civil rights (Kendi, 2019). These encounters generate a form of consciousness that oscillates between pride in origin, awareness of racial subordination, and efforts to claim Americanness.

At the institutional level, African immigrants experience exclusion in subtle but significant ways. Many programs designed for "minorities" restrict eligibility to U.S. citizens or permanent residents. The American Sociological Association's minority fellowship, for instance, limits awards to citizens or green-card holders, thereby excluding non-citizen Black immigrants who also face racial disadvantage. Such experiences reinforce a sense that minority status in the United States is recognized only through citizenship first and race second. This exclusion sharpens the awareness of triple consciousness: being Black, being an immigrant, and being positioned outside the boundaries of full belonging (Bloemraad et al., 2022). Culture shock also deepens this layered consciousness. New arrivals often describe confusion over unfamiliar customs, communication styles, and social expectations (Obeng, 2019). The pressure to "sound American" or assimilate linguistically underscores how accent functions as a racialized marker of difference (Ferguson, 2021). Even after years in the country, many African immigrants report feeling that they must constantly prove their competence and legitimacy, which aligns with what Fanon (1952/2008) described as the psychological burden of colonial difference.

Scholars of intersectionality argue that this combination of racial, cultural, and legal subordination reflects the structural entanglement of racism and nationalism (Crenshaw, 1989; Collins, 2019). For African immigrants, these overlapping hierarchies produce both constraint and insight. The awareness of triple consciousness not only captures marginalization but also highlights resilience and agency. As Du Bois suggested in *The Souls of Black Folk*, the gift of "second sight" allows the oppressed to perceive social realities that remain hidden to others. For immigrants, this sight expands into a "third view," a recognition of how global histories of race, colonialism, and migration converge in their everyday lives.

In the twenty-first century, scholars such as Joseph and Golash-Boza (2021) and Awad et al. (2021) argue that examining race through the lens of racialized legal status clarifies why formal citizenship alone cannot guarantee equality. African immigrants may hold U.S. passports yet still confront barriers to full acceptance. The promise of inclusion coexists with the persistent reality of exclusion, creating an ever-shifting awareness of self and society.

Triple consciousness therefore extends Du Bois's insights into the realm of globalization and mobility. It speaks to the complex negotiations that shape how African immigrants see themselves and are seen by others. It is the consciousness of being simultaneously African, Black, and American of living within and across national and racial borders while striving to belong in all.

Discussion

Understanding double and triple consciousness within the context of African immigrant experiences requires close attention to the structural systems that define who belongs in America. Race and citizenship, though often discussed separately, intersect to determine access to rights, resources, and legitimacy (Golash-Boza, 2015; Menjívar & Abrego, 2012). Structural racism operates through a combination of policies, institutions, and cultural narratives that privilege whiteness as the normative standard of national identity while rendering Blackness—particularly foreign Blackness suspect, inferior, or temporary.

This system functions not only through explicit laws but also through the implicit rules that shape social life. Racialized perceptions of competence, morality, and belonging continue to influence who is trusted, hired, or granted the full protections of citizenship (Bonilla-Silva, 2018; Fox & Mogul, 2022). African immigrants, despite often arriving with high levels of education and professional experience, encounter barriers to employment, housing, and political participation that mirror those faced by African Americans (Arthur, 2000; Awad et al., 2021). Studies by Tetteh (2020) and Nunn (2019) show that these barriers persist even when immigrants possess advanced degrees or English proficiency, suggesting that their exclusion is not based on skill but on the racialized assumptions that underlie American social structure.

Structural racism also shapes the legal boundaries of citizenship itself. Policies that determine who may enter, work, or remain in the United States are deeply intertwined with racial hierarchies inherited from colonialism and slavery (Ngai, 2004; Golash-Boza, 2015). The expansion of immigration enforcement since the 1990s, especially after 9/11, has produced what Armenta (2017) calls the “criminalization of migration,” where immigrants of color are policed and surveilled as potential threats. For African and Caribbean immigrants, this surveillance intersects with the historical stigmatization of Blackness, creating a double burden of racial and legal precarity (Joseph & Golash-Boza, 2021).

At the everyday level, structural racism manifests in what sociologists describe as racialized belonging, the idea that citizenship is socially graded rather than universally shared (Bloemraad et al., 2019; Fox & Mogul, 2022). Immigrants may possess the formal documentation of membership yet remain excluded from full participation in the nation's symbolic community. Everyday encounters reinforce this exclusion: accents are mocked, names are mispronounced, and African immigrants are often asked where they are “really from.” These interactions reveal how national identity remains implicitly coded as White, while Blackness is positioned as permanently foreign.

From the founding of the republic, American citizenship has been racially defined. The Naturalization Act of 1790 limited naturalization to “free White persons,” establishing a legal precedent that tied national belonging to whiteness (Ngai, 2004). This racial foundation of citizenship positioned people of African descent as outsiders to the American polity, even as their labor and presence were integral to the nation's growth. Over time, the language of the law changed, but its social meaning endured. Omi and Winant's (2015) racial formation theory explains how racial categories are continuously re-created through political and legal processes, ensuring that whiteness remains the invisible norm of national identity.

Although overt racial barriers to citizenship were dismantled through legislation such as the Immigration and Nationality Act of 1965, the logic of exclusion persists in more subtle forms. Contemporary immigration policies, visa restrictions, and enforcement priorities reproduce hierarchies

of worthiness that privilege some racial and national groups over others (Golash-Boza, 2015; Armenta, 2017). The preference for “high-skilled” migrants from Europe, Asia, and Canada—coupled with the racialized criminalization of migration from the Global South—continues to mark African and Caribbean immigrants as less desirable entrants to the American project of nationhood (Ryo, 2022). Empirical studies show that Black immigrants are disproportionately detained and deported, even when their immigration infractions mirror those of White or non-Black migrants (Golash-Boza, 2015; Armenta, 2017). These disparities illustrate how the notion of the “good immigrant” remains implicitly coded as non-Black, English-speaking, and culturally assimilable (Brown & Bean, 2021).

The ideology of whiteness also shapes public perceptions of citizenship itself. Legal scholars have documented how media narratives, political discourse, and bureaucratic practices continue to equate Americanness with whiteness, depicting Black immigrants and other people of color as perpetual foreigners (Fox & Mogul, 2022; Shulman, 2023). This perception influences everything from hiring decisions to voting rights enforcement, where Black immigrants are sometimes treated with suspicion or excluded from civic participation despite meeting all formal requirements of citizenship. The internalization of such hierarchies reveals the deep entanglement of race, nation, and belonging that underpins the American social order.

African immigrants thus occupy a complex social position shaped by overlapping hierarchies of race, nationality, and legality. On one level, they share with African Americans the collective burden of anti-Black racism; on another, they must navigate a racialized legal order that frames them as temporary guests whose legitimacy depends on documentation and cultural conformity. Even after naturalization, many encounter conditional acceptance: their accents, names, or religious practices often mark them as perpetually foreign (Tetteh, 2020; Ferguson, 2021). This dual exclusion racial and civic forms the structural foundation for triple consciousness, in which the individual simultaneously experiences awareness as Black, as immigrant, and as a conditional citizen.

Belonging in America, as sociologists have long argued, extends far beyond legal status. It is a sociocultural process through which individuals seek recognition, legitimacy, and participation in collective life (Bloemraad et al., 2019; Fox & Mogul, 2022). African immigrants may acquire formal citizenship yet still find themselves positioned outside the symbolic boundaries of the nation. Everyday interactions in workplaces, classrooms, and neighborhoods often reproduce subtle forms of exclusion: accent policing, assumptions of cultural backwardness, and stereotypes of incompetence. These interactions echo what Du Bois (1903) described as “the veil,” the psychological and social barrier that distorts mutual recognition between dominant and subordinate groups. In this context, the African immigrant’s struggle for recognition is not simply about legal inclusion but about dismantling a racial order that has long defined who counts as truly American.

The concept of racialized legal status (Joseph & Golash-Boza, 2021) helps clarify this condition. It explains how formal citizenship or immigration status interacts with racial hierarchies to create graded forms of belonging within the nation-state. Possessing a U.S. passport or residency card does not automatically confer full civic inclusion. Instead, social acceptance is mediated through race, accent, religion, and perceived cultural proximity to whiteness. As Menjívar (2021) notes, citizenship in the contemporary United States has become “stratified and conditional,” where legality offers only partial protection against exclusion. Some citizens remain symbolically “less American” than others because they are denied cultural recognition and everyday legitimacy. For African immigrants, this tension between legal membership and social exclusion reproduces the paradox that Du Bois articulated more than a century ago: the contradiction between national identity and racial subordination.

Racialized legal status is also reproduced through institutional structures that reward assimilation to dominant norms while penalizing visible difference. Sociologists such as Fox and Mogul (2022) describe how immigration and welfare regimes implicitly rank immigrants by perceived “fit” within the racial order. Black immigrants, regardless of class or education, are often positioned at the bottom of this hierarchy. The result is what Golash-Boza (2015) terms a racialized citizenship regime: a system in which race silently determines who is seen as deserving of rights, protection, and inclusion. For many African

immigrants, this regime is experienced not only in encounters with the state such as visa processing, airport screening, or police surveillance—but also in daily interactions that question their belonging.

Despite these constraints, African immigrants actively reshape what it means to belong in America. Through churches, mosques, hometown associations, mutual-aid groups, cultural festivals, and professional networks, they build community structures that affirm identity and provide material and emotional support (Bloemraad et al., 2022; Okeke-Ihejirika & Bilge, 2021). These spaces function as counterpublics arenas where marginalized voices articulate alternative visions of citizenship and nationhood (Fraser, 1990). Within these networks, immigrants reinterpret Americanness through an Afro-diasporic lens that emphasizes collective responsibility, spirituality, and transnational solidarity. In doing so, they transform experiences of marginalization into collective resilience, producing what Bourdieu (1986) described as social capital: resources embedded in networks of trust and mutual recognition.

Community institutions also operate as cultural bridges that link African traditions with African-American and other diasporic identities. They foster spaces where immigrants can negotiate the complexities of racialization and citizenship while maintaining pride in heritage (Owusu, 2019; Tetteh, 2020). These organizations encourage cultural exchange African drumming in Black History Month events, Ghanaian and Nigerian food festivals in U.S. cities, and mentorship programs pairing African and African-American youth. Such practices exemplify how immigrants contribute to a redefinition of Blackness that is simultaneously global and local, incorporating histories of slavery, colonialism, and migration. This redefinition unsettles essentialist ideas of race and challenges both White and African-American notions of authenticity.

Examining structural racism alongside identity formation thus extends Du Bois's framework beyond psychology to structure. Consciousness does not reside only within the individual mind; it is shaped by the institutional arrangements that govern opportunity, recognition, and belonging. The experiences of African immigrants demonstrate that race, migration, and citizenship operate together as interlocking systems that mold the modern self. Their lives show that belonging is not a fixed legal category but an ongoing negotiation one that must be renewed in every interaction and institutional encounter.

In the era of global mobility, triple consciousness represents more than a personal struggle; it exposes the contradictions of democratic ideals in a racialized world. The presence of African immigrants challenges the United States to confront its unfinished project of equality and to recognize the plural voices that constitute its citizenry. As Collins (2019) reminds us, critical consciousness emerges through engagement with systems of power. In this sense, the African immigrant's awareness of being African, Black, and American at once becomes a political insight rather than a private wound. By tracing how structural racism operates through citizenship and belonging, it becomes clear that Du Bois's early insight remains prophetic: the problem of the color line has not disappeared, it has multiplied and now stretches across borders, languages, and continents.

Conclusion

Du Bois's concept of double consciousness continues to illuminate the lived contradictions of racial identity in the United States. More than a historical description of African American life, it provides a sociological framework for understanding how marginalized people construct the self within structures of inequality. The enduring tension between internal identity and external perception remains central to the experience of those who are racialized as Black, even in a formally inclusive society.

For African immigrants, however, this framework only partially explains their realities. Migration introduces additional dimensions of displacement and adaptation. Black immigrants must reconcile three overlapping identities: racial identity within a White-dominated society, national identity rooted in their countries of origin, and civic identity shaped by citizenship or legal status in the United States. The negotiation of these identities generates what may be called triple consciousness; a state of awareness that is racial, cultural, and political at once.

This layered consciousness emerges not only from interpersonal encounters but also from institutional exclusions. Policies that link access to resources and opportunities to citizenship status

reproduce a hierarchy of belonging. As Bloemraad et al. (2022) and Joseph and Golash-Boza (2021) demonstrate, the intersection of race and legal status creates a system of racialized citizenship in which immigrants of color remain symbolically foreign even when legally American. The experience of being both inside and outside the nation mirrors the contradictions that Du Bois observed a century ago, but in a transnational and postcolonial context.

At the same time, triple consciousness should not be understood solely as a source of alienation. It also enables a more complex understanding of identity and belonging. The ability to navigate multiple cultural and political systems can foster adaptability, resilience, and what Du Bois called a “second sight,” now expanded into a third vision. Through this perspective, African immigrants see the intersections of race, nation, and power from positions that reveal the unfinished project of American democracy.

Future scholarship can build on this idea by examining how triple consciousness operates across gender, class, and generation. Second-generation African immigrants, for example, may internalize a different balance of these identities than first-generation migrants. Comparative studies could also explore how triple consciousness manifests among other racialized immigrant groups who negotiate similar tensions between cultural origin and national belonging.

Du Bois urged readers to confront the “color line” as the central problem of the twentieth century. In the twenty-first, that line intersects with the borders of nations and the boundaries of citizenship. Recognizing triple consciousness allows sociology to extend Du Bois’s insight to an era of global mobility, where race, migration, and nationality together define what it means to belong.

Bibliography

- Alexander, M. (2010). *The new Jim Crow: Mass incarceration in the age of colorblindness*. New Press.
- Armenta, A. (2017). *Protect, serve, and deport: The rise of policing as immigration enforcement*. University of California Press.
- Arthur, J. A. (2000). *Invisible sojourners: African immigrant diaspora in the United States*. Praeger.
- Awad, G. H., Abuelezam, N. N., Ajayi, A., & Tahlil, K. M. (2021). Identity and acculturation among African immigrants in the U.S.: A review of the literature. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 19(2), 178–197. <https://doi.org/10.1080/15562948.2019.1684452>
- Bier, D. J. (2021). The 9/11 legacy for immigration. *The Independent Review*, 26(2), 205–224.
- Bloemraad, I., Chaudhary, A. R., & Gleeson, S. (2022). Immigrant organizations. *Annual Review of Sociology*, 48(1), 319–341. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-030420-015613>
- Bloemraad, I., Kymlicka, W., Lamont, M., & Son Hing, L. (2019). Membership without social citizenship? Deservingness and redistribution as grounds for equality. *Daedalus*, 148(3), 73–104. https://doi.org/10.1162/daed_a_01749
- Bonilla-Silva, E. (2018). *Racism without racists: Color-blind racism and the persistence of racial inequality in America* (5th ed.). Rowman & Littlefield.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood.
- Brown, S. K., & Bean, F. D. (2021). *Race, immigration, and the remaking of America*. Oxford University Press.
- Bulhan, H. A. (2015). Stages of colonialism in Africa: From occupation of land to occupation of being. *Journal of Social and Political Psychology*, 3(1), 239–256. <https://doi.org/10.5964/jspp.v3i1.143>
- Collins, P. H. (2019). *Intersectionality as critical social theory*. Duke University Press.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. Scribner’s.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Du Bois, W. E. B. (1903). *The souls of Black folk: Essays and sketches*. Fawcett.
- Fanon, F. (2008). *Black skin, white masks* (R. Philcox, Trans.). Grove Press. (Original work published 1952)
- Ferguson, T. (2021). Accent and racialization in the American workplace. *Language in Society*, 50(5), 693–717. <https://doi.org/10.1017/S0047404521000042>
- Fox, C., & Mogul, S. (2022). Citizenship, belonging, and the racial state: Immigrant incorporation and exclusion in the twenty-first century. *Sociology Compass*, 16(7), e12985. <https://doi.org/10.1111/soc4.12985>
- Fraser, N. (1990). Rethinking the public sphere: A contribution to the critique of actually existing democracy. *Social Text*, 25/26, 56–80. <https://doi.org/10.2307/466240>
- Golash-Boza, T. (2015). *Deported: Immigrant policing, disposable labor, and global capitalism*. NYU Press.
- Hollander, N. C. (2006). Negotiating trauma and loss in the migration experience. *Studies in Gender and Sexuality*, 7(1), 61–70. https://doi.org/10.2513/s15240657sgs0701_6
- Hunter, M. (2013). A bridge over troubled urban waters: W. E. B. Du Bois’s *The Philadelphia Negro* and the

- ecological conundrum. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 10(1), 7–27. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000015>
- Hurst, E., & Cross, W. E. (2022). Racial identity and psychological well-being: Revisiting Du Bois's double consciousness. *Journal of Black Psychology*, 48(1), 3–27. <https://doi.org/10.1177/00957984211032856>
- Itzigsohn, J., & Brown, K. (2015). *The sociology of W. E. B. Du Bois: Racialized modernity and the global color line*. NYU Press.
- Joseph, T., & Golash-Boza, T. (2021). Double consciousness in the twenty-first century: Du Boisian theory and the problem of racialized legal status. *Social Sciences*, 10(9), 345. <https://doi.org/10.3390/socsci10090345>
- Kendi, I. X. (2019). *How to be an antiracist*. One World.
- Massey, D. S., & Denton, N. A. (1993). *American apartheid: Segregation and the making of the underclass*. Harvard University Press.
- Meer, N. (2019). W. E. B. Du Bois, double consciousness and the “spirit” of recognition. *The Sociological Review*, 67(1), 47–62. <https://doi.org/10.1177/0038026118800010>
- Menjívar, C. (2021). Fragmented citizenship: The changing terrain of migration and membership. *American Journal of Sociology*, 126(5), 1291–1333. <https://doi.org/10.1086/713802>
- Menjívar, C., & Abrego, L. (2012). Legal violence: Immigration law and the lives of Central American immigrants. *American Journal of Sociology*, 117(5), 1380–1421. <https://doi.org/10.1086/663575>
- Ngai, M. M. (2004). *Impossible subjects: Illegal aliens and the making of modern America*. Princeton University Press.
- Nunn, N. (2019). Diasporic double consciousness: African migrants and the racialized imagination of modernity. *Ethnic and Racial Studies*, 42(6), 927–944. <https://doi.org/10.1080/01419870.2018.1467023>
- Obeng, S. G. (2019). Language, culture shock, and African immigrants in the United States. *Journal of African Cultural Studies*, 31(4), 432–449. <https://doi.org/10.1080/13696815.2018.1543668>
- Okeke-Ihejirika, P., & Bilge, S. (2021). Building diasporic communities: African immigrant women's activism in North America. *Gender, Place & Culture*, 28(10), 1497–1515. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2020.1852406>
- Omi, M., & Winant, H. (2015). *Racial formation in the United States* (3rd ed.). Routledge.
- Owusu, T. Y. (2019). Negotiating identity: Ghanaian immigrants and the dynamics of transnational belonging. *African and Black Diaspora: An International Journal*, 12(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/17528631.2018.1505628>
- Pager, D., & Shepherd, H. (2008). The sociology of discrimination: Racial discrimination in employment, housing, credit, and consumer markets. *Annual Review of Sociology*, 34, 181–209. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131740>
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356. <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Pelt-Willis, T. (2021). *Triple consciousness: The intersectionality of race, gender, and identity* [Master's thesis, University of Oklahoma].
- Ramos, H., & Kasnitz, P. (2015). Race, assimilation, and the second generation. *Annual Review of Sociology*, 41, 195–215. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112209>
- Ray, V., Randolph, A., Underhill, M., & Luke, D. (2017). Critical race theory, structural racism, and mapping whiteness in public health. *Social Science & Medicine*, 199, 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.039>
- Ryo, E. (2022). Understanding immigration detention in the United States: A racialized and gendered analysis. *Annual Review of Law and Social Science*, 18, 95–113. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-121620-021529>
- Shulman, H. C. (2023). The myth of the color-blind citizen: Race, media, and belonging in contemporary America. *Journal of Communication Inquiry*, 47(1), 36–54. <https://doi.org/10.1177/01968599221124065>
- Tetteh, M. (2020). African immigrants and the negotiation of Blackness in America. *Journal of Black Studies*, 51(3), 234–253. <https://doi.org/10.1177/00219347198960>



სამედიცინო ინფორმაციის დაცვის ეთიკური და სამართალეზრვი ასპექტები
ელექტრონულ მმართველობაში
Ethical and Legal Aspects of Medical Information Protection
in Electronic Government



<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.15>

ილონა ბიტაროვა^{1ა}, ლუკ მარკსი^{2,3ბ}, გიორგი დუღაშვილი^{4ც}

Ilona Bitarova^{1a}, Luc Marks^{2,3b}, Giorgi Dugashvili^{4c}

¹ საჯარო მმართველობის და პოლიტიკის სკოლა, გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² მედიცინისა და ჯანდაცვის მეცნიერებათა ფაკულტეტი, ანტვერპენის უნივერსიტეტი, ანტვერპენი, ბელგია

³ განსაკუთრებული მზრუნველობის სტომატოლოგიისა და ქალა-ყბა-სახის ქირურგიის განყოფილება, ანტვერპენის უნივერსიტეტის საავადმყოფო, ედემი, ბელგია

⁴ მედიცინის სკოლა, გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Public Administration and Politics, Grigol Robakidze University, Tbilisi, Georgia

² Faculty of Medicine & Health Sciences, University of Antwerp, Antwerp, Belgium

³ Special care in dentistry, department of Cranio-Maxillofacial Surgery, Antwerp University Hospital, Edegem, Belgium

⁴ School of Medicine, Grigol Robakidze University, Tbilisi, Georgia

^a ilona.bitarova@gruni.edu.ge, ^b Luc.Marks@uza.be, ^c giorgi.dugashvili@gruni.edu.ge



* <https://orcid.org/0009-0001-5161-485X>, **<https://orcid.org/0000-0001-5098-6726>,

***<https://orcid.org/0009-0005-2995-3256>

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანდაცვის სისტემის დიგიტალიზაციამ მნიშვნელოვნად გააძლიერა სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობა, ხელმისაწვდომობა და მონაცემებზე სწრაფი წვდომა, თუმცა ამავე დროს წარმოშვა ახალი ეთიკური და სამართლებრივი გამოწვევები პაციენტების პერსონალური სამედიცინო ინფორმაციის დაცვის კუთხით. ელექტრონული მმართველობის განვითარება მოითხოვს მკაფიოდ განსაზღვრულ რეგულაციებს, რომლებიც უზრუნველყოფს კონფიდენციალურობას, ინფორმირებულ თანხმობას, კიბერუსაფრთხოებას და ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ნდობის გაზრდას. **მეთოდოლოგია:** სტატიაში გამოყენებულია დოკუმენტური და სამართლებრივი ანალიზის მეთოდი, რომელიც მოიცავს: საერთაშორისო რეგულაციების (GDPR, HIPAA, 108-ე კონვენცია) შედარებით განხილვას, საქართველოს კანონმდებლობის (პერსონალური მონაცემების დაცვა, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი, სამედიცინო საქმიანობის შესახებ კანონი) ანალიზს, WHO, OECD და სხვა ავტორიტეტული წყაროების შეფასებებს, COVID-19 პანდემიის მაგალითზე დიგიტალიზაციის დაჩქარების ეფექტის შესწავლას. **მეთოდოლოგია** ემყარება ეთიკური პრინციპების (ავტონომია, სამართლიანობა, უვნებლობა, ანგარიშვალდებულება) სისტემურ შეფასებას. **შედეგები:** კვლევამ გამოავლინა რამდენიმე კრიტიკული საკითხი: სამედიცინო მონაცემებზე კიბერშეტევებისა და მონაცემების გამჟღავნების მაღალი რისკი; პაციენტების არასაკმარისი ინფორმირებულობა და რთული თანხმობის ფორმები; პერსონალის არათანაბარი ციფრული უნარები და ინფრასტრუქტურული სირთულეები; საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობის დეკლარირებული, მაგრამ არასრულად განხორციელებული პრაქტიკა; პანდემიით დაჩქარებული დიგიტალიზაცია, რომელმაც ხელი შეუწყო მომსახურების უწყვეტობას, თუმცა გაზარდა მონაცემთა დაცვის გამოწვევები; ხანდაზმულებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის ხელმისაწვდომობის პრობლემები. **ობიექტური უპირატესობების მიუხედავად** (ეფექტიანობა, უწყვეტობა, სწრაფი წვდომა), დიგიტალური მმართველობა მოითხოვს რისკების კომპლექსურ მართვას. **დასკვნა.** დიგიტალური ჯანდაცვის უსაფრთხო ფუნქციონირება დამოკიდებულია სამართლებრივი ჩარჩოს გაძლიერებაზე, კიბერუსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე, თანხმობის გამარტივებულ და გამჭვირვალე მექანიზმებზე, პაციენტებისა და პერსონალის ციფრული განათლების ზრდაზე და საერთაშორისო სტანდარტების ინტეგრაციაზე. აუცილებელია მონაცემთა დაცვის ტექნიკური, სამართლებრივი და ეთიკური სისტემების გაძლიერება, რათა გაიზარდოს ნდობა, ხარისხი და პაციენტთა უფლებების დაცვა ელექტრონულ მმართველობაში.

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო მონაცემები, ელექტრონული მმართველობა, ჯანდაცვის დიგიტალიზაცია, კონფიდენციალურობა, კიბერუსაფრთხოება.

რეკომენდირებული ციტირება: ბიტაროვა ი, მარკსი ლ, დუღაშვილი გ. (2025). სამედიცინო ინფორმაციის დაცვის ეთიკური და სამართლებრივი ასპექტები ელექტრონულ მმართველობაში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.15>.

Introduction: The digital transformation of healthcare systems has significantly enhanced the efficiency, accessibility, and continuity of medical services. Electronic governance and health information technologies enable faster access to medical records, improved coordination among institutions, and data-driven clinical decision-making. However, the rapid integration of digital tools into healthcare introduces substantial ethical and legal challenges related to safeguarding patients' personal medical information. Ensuring confidentiality, informed consent, cybersecurity, and accountability has become essential for maintaining trust in electronic health systems. International regulations such as the General Data Protection Regulation (GDPR), the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and Convention 108, together with national legislative frameworks, require healthcare institutions to implement robust data protection standards. **Methods:** This study employs a document analysis and legal review methodology. International regulatory documents, including GDPR, HIPAA, OECD recommendations, and WHO guidelines, were examined to identify core principles of digital health data governance. Georgian legislation, particularly the Law on Personal Data Protection, the Law on Health Care, and the Law on Medical Practice, was analyzed to assess its alignment with international norms. In addition, ethical principles such as autonomy, justice, non-maleficence, transparency, and accountability were evaluated as guiding frameworks for medical data protection. The analysis also incorporates insights from global literature on digital health transformation during the COVID-19 pandemic, which served as a catalyst for accelerated digital adoption, remote consultations, and large-scale electronic data processing. **Results:** The findings highlight several critical issues associated with the electronic management of medical information. First, the risk of cyberattacks and data breaches remains high, given that medical information is among the most sensitive categories of personal data. Unauthorized access, system errors, and insufficient cybersecurity measures can lead to significant harm, including discrimination, psychological distress, and financial loss. Second, patients frequently lack adequate understanding of informed consent procedures. Complex legal documents and technical terminology make it difficult for individuals to grasp what data are collected, how they are processed, and who has access to them. This undermines autonomy and reduces trust in digital health systems. Third, disparities in digital literacy create additional barriers, particularly for older adults and persons with disabilities, limiting their ability to use electronic health services effectively. Fourth, the rapid digitization triggered by the COVID-19 pandemic improved service continuity but also exposed weaknesses in data protection practices, particularly in contexts with limited infrastructure. Fifth, despite the existence of legal frameworks, practical implementation gaps remain within healthcare institutions, including insufficient staff training and inconsistent application of information security protocols. Nevertheless, electronic governance offers substantial benefits, such as improved transparency, timely access to health information, enhanced coordination, and better allocation of medical resources. These advantages underscore the need for strengthened governance mechanisms rather than retreat from digital systems. **Conclusion:** Ensuring the secure and ethical management of medical information in digital healthcare requires a comprehensive approach. Strengthening the legal framework, improving cybersecurity infrastructure, simplifying informed consent procedures, and enhancing digital competencies among both patients and healthcare professionals are essential steps. International cooperation and harmonization with global standards play a crucial role in creating resilient systems capable of adapting to technological advancements. Ultimately, building trustworthy, transparent, and ethically grounded electronic health governance will not only protect patient privacy but also enhance the quality, equity, and reliability of healthcare services in the digital era.

Keywords: Medical data, electronic governance, healthcare digitalization, confidentiality, cybersecurity.

Recommended Citation: Bitarova Ia I, Marks L, Dugashvili G. (2025). Ethical and Legal Aspects of Medical Information Protection in Electronic Government. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.15>.

შესავალი

ტექნოლოგიების განვითარების ეპოქაში სამედიცინო მონაცემების დაცვა მნიშვნელოვანი ამოცანაა როგორც ეთიკური, ასევე სამართლებრივი თვალსაზრისით. ჯანდაცვის სექტორში ელექტრონული მმართველობის სისტემების განვითარება იწვევს ახალ გამოწვევებს პაციენტების პერსონალური მონაცემების კონფიდენციალურობისა და უსაფრთხოების სფეროში.

ელექტრონული მმართველობის სისტემები სამთავრობო უწყებებს საშუალებას აძლევს ეფექტურად მართონ სამედიცინო ჩანაწერები, უზრუნველყონ სამედიცინო სერვისებზე დისტანციური წვდომა და გააუმჯობესონ პერსონალიზებული მომსახურება. თუმცა, ციფრული ტექნოლოგიების ფართო გამოყენება სამედიცინო სფეროში ქმნის მონაცემთა უნებართვო გამჟღავნების, არაავტორიზებული წვდომისა და კონფიდენციალური ინფორმაციის ბოროტად გამოყენების რისკებს. შედეგად, საჭიროა კომპლექსური მიდგომა, რომელიც აერთიანებს საკანონმდებლო რეგულირებას, ტექნოლოგიურ გადაწყვეტილებებს და ეთიკურ პრინციპებს, რომლებიც მიმართულია პაციენტების პერსონალური მონაცემების დაცვაზე.

კვლევის მიზანია გაანალიზოს სამედიცინო ინფორმაციის დაცვის ეთიკური და სამართლებრივი ასპექტები ჯანდაცვის სისტემის დიგიტალიზაციის პირობებში, შეაფასოს საერთაშორისო (GDPR, HIPAA, 108-ე კონვენცია) და ეროვნული რეგულაციების შესაბამისობა თანამედროვე ტექნოლოგიურ გამოწვევებთან, გამოავლინოს პაციენტის კონფიდენციალურობის, ინფორმირებული თანხმობისა და კიბერუსაფრთხოების ძირითადი პრობლემები და შეიმუშაოს რეკომენდაციები სამედიცინო მონაცემთა დაცვითი მმართველობის გაუმჯობესებისთვის.

მეთოდოლოგია

სტატიაში გამოყენებულია დოკუმენტური და სამართლებრივი ანალიზის მეთოდი, რომელიც მოიცავს: საერთაშორისო რეგულაციების (GDPR, HIPAA, 108-ე კონვენცია) შედარებით განხილვას, საქართველოს კანონმდებლობის (პერსონალური მონაცემების დაცვა, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი, სამედიცინო საქმიანობის შესახებ კანონი) ანალიზს, WHO, OECD და სხვა ავტორიტეტული წყაროების შეფასებებს, COVID-19 პანდემიის მაგალითზე დიგიტალიზაციის დაჩქარების ეფექტის შესწავლას. მეთოდოლოგია ემყარება ეთიკური პრინციპების (ავტონომია, სამართლიანობა, უვნებლობა, ანგარიშვალდებულება) სისტემურ შეფასებას.

სამედიცინო მონაცემთა დაცვის ეთიკური ასპექტები

სამედიცინო ეთიკის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია პაციენტის მონაცემების კონფიდენციალურობის დაცვა. სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით – ადამიანის პატივისა და ღირსების აღიარების, სამართლიანობის, თანაგრძნობის პრინციპებით („ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი, 1997, მუხლი 30).

სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპია:

1. **ავტონომიის პრინციპი** - პაციენტს აქვს უფლება გააკონტროლოს, ვინ და რა მიზნით იყენებს მის პირად სამედიცინო მონაცემებს. ეს პრინციპი ეყრდნობა ადამიანის უფლებების დაცვას და თვითგამორკვევის თავისუფლებას (Beauchamp & Childress, 2019). საქართველოს კონსტიტუციის 15-ე მუხლი იცავს პირად ცხოვრებაში ჩარევისგან (საქართველოს პარლამენტი, 1995).
2. **უვნებლობის პრინციპი** – სამედიცინო მონაცემების უნებართვო გამჟღავნებამ ან ბოროტად გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ფსიქოლოგიური ზიანი, დისკრიმინაცია, სოციალური სტიგმა ან ეკონომიკური ზარალი (Gostin & Halabi, 2020). პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ინსპექტორის ანგარიშები ხშირად მოიცავს შემთხვევებს, როდესაც მონაცემთა უნებართვო გამჟღავნებამ ზიანი მიაყენა მოქალაქეებს (პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური, 2023).
3. **სამართლიანობის პრინციპი** – სამედიცინო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა უნდა დარეგულირდეს ისე, რომ უზრუნველყოფილი იყოს ყველა მოქალაქის თანაბარი უფლებები (Daniels, 2008). ჯანმრთელობის დაცვაზე თანაბარი წვდომის უფლება გათვალისწინებულია „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში (საქართველოს პარლამენტი, 1997, მუხლი 5).
4. **ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი** – პაციენტის თანხმობის მოპოვების მოთხოვნა მისი მონაცემების დამუშავებაზე, („საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, 2001, მუხლი 44, პუნქტი 1).

5. **მონაცემთა მინიმუზაციის პრინციპს** – მხოლოდ სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად საჭირო ინფორმაციის შეგროვება (პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური, 2023).
6. **გამჭვირვალობა** – პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ მკაფიო ინფორმაცია იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ და ვინ იყენებს მათ მონაცემებს. გამჭვირვალობა ზრდის ნდობას და ამცირებს კონფლიქტებს (Nuffield Council on Bioethics, 2015). პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ინსპექტორის ვებგვერდი უზრუნველყოფს მოქალაქეთა ინფორმირებულობას მონაცემთა დამუშავების წესების შესახებ (პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური, 2023).
7. **პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება** – ჯანდაცვის ორგანიზაციებს ეკისრებათ პასუხისმგებლობა, უზრუნველყონ მონაცემთა დაცვა და მზად იყვნენ აიღონ პასუხისმგებლობა დარღვევების შემთხვევაში (OECD, 2021).

2023 წელს მიღებული ცვლილებებით საქართველოს კანონი პერსონალურ მონაცემთა შესახებ აკონკრეტებს ჯანდაცვის დაწესებულებების ვალდებულებებს მონაცემთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კუთხით (საქართველოს პარლამენტი, 2023).

სამედიცინო მონაცემების სამართლებრივი რეგულირება დიგიტალიზაციის პირობებში

საერთაშორისო დონეზე პერსონალური მონაცემების დაცვა რეგულირდება ისეთი აქტებით, როგორცაა:

- **მონაცემთა დაცვის ზოგადი რეგულაცია (GDPR)** – ადგენს მკაცრ წესებს პერსონალური მონაცემების, მათ შორის სამედიცინო მონაცემების დამუშავებისთვის და არეგულირებს მონაცემთა ტრანსსასაზღვრო გადაცემას (European Council, 2024).
- **ჯანმრთელობის დაზღვევის პორტაბელურობისა და ანგარიშვალდებულების აქტი (HIPAA, აშშ)** – არეგულირებს ჯანმრთელობის ინფორმაციისა და პაციენტის უფლებების დაცვას ციფრულ გარემოში (CDC, 2024).
- **ეროვნული რეგულაციები** – თითოეული ქვეყანა შეიმუშავებს საკუთარ კანონებსა და რეგულაციებს, რომლებიც არეგულირებს ჯანმრთელობის მონაცემების ციფრულ სისტემებში დამუშავებას.

108-ე კონვენცია იყო პირველი იურიდიულად სავალდებულო საერთაშორისო დოკუმენტი პერსონალური მონაცემების ავტომატური დამუშავებისას ფიზიკური პირების დაცვის სფეროში (კონვენცია, 2025). რის შედეგად ის საქართველოს კანონმდებლობის ნაწილი გახდა.

ელექტრონული მმართველობის სფეროში ძირითადი სამართლებრივი გამოწვევები მოიცავს პერსონალური მონაცემების დაცვას, კიბერუსაფრთხოებას, საიმედო ციფრული იდენტიფიკაციის სისტემის შექმნას, ქვეყნებს შორის მონაცემების გაცვლის რეგულირებას, სახელმწიფო ორგანოების გამჭვირვალობისა და ანგარიშვალდებულების უზრუნველყოფას, იურიდიულ პროცესებში ელექტრონული სახით მტკიცებულებების გამოყენებას. მნიშვნელოვანია, რომ კანონმდებლობა იყოს მოქნილი და სწრაფად მოერგოს ტექნოლოგიურ ცვლილებებს, რაც უზრუნველყოფს ელექტრონული მმართველობის ეფექტურ და უსაფრთხო ფუნქციონირებას.

სამედიცინო ინფორმაციის ელექტრონული მართვის დანერგვა

სამედიცინო მონაცემების დამუშავების ელექტრონულ ფორმატში დანერგვა აუცილებელი გახდა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად. ელექტრონული სისტემები შესაძლებელს ხდის სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების, შენახვისა და დამუშავების ავტომატიზირებას, რაც აჩქარებს მონაცემებზე წვდომას და აუმჯობესებს პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებას. დიგიტალიზაცია ამარტივებს სამედიცინო ინფორმაციის გაცვლას დაწესებულებებს შორის, რაც გადამწყვეტია გადაუდებელი დახმარებისა და მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად. ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები ეხმარება მედიცინის სფეროს წარმომადგენლებს მიიღონ უფრო ინფორმირებული გადაწყვეტილებები, ამცირებენ შეცდომების ალბათობას და აუმჯობესებენ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარისხს. გარდა ამისა, ასეთი სისტემები ხელს უწყობს რესურსების ეფექტურ

მართვას, რაც უზრუნველყოფს მედიკამენტებისა და აღჭურვილობის ოპტიმალურ განაწილებას. ელექტრონული მმართველობის დანერგვა საშუალებას იძლევა შესრულდეს პერსონალური მონაცემების დაცვის სამართლებრივი მოთხოვნები, ასევე, გაუმჯობესდეს კონტროლი ჯანდაცვის სტანდარტებთან შესაბამისობაზე.

COVID-19-ის პანდემიამ მნიშვნელოვნად დააჩქარა ელექტრონული სამედიცინო სისტემების დანერგვა, მათ შორის პაციენტის ჯანმრთელობის დისტანციური მონიტორინგი (Wosik et al., 2020). ფიზიკური ურთიერთქმედების შეზღუდვით და კონტაქტის მინიმუმამდე შემცირების აუცილებლობით, ჯანმრთელობის ელექტრონული მონაცემების მართვა გახდა არა მხოლოდ მოსახერხებელი, არამედ აუცილებელი ინსტრუმენტი სამედიცინო მომსახურების გაწევის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად. კერძოდ, დისტანციური კონსულტაციის პლატფორმების გამოყენებამ ექიმებს საშუალება მისცა გააგრძელონ პაციენტებზე ზრუნვა ინფექციის რისკის გარეშე. თუმცა, ტექნოლოგიის ამ დაჩქარებულმა მიღებამ ახალი გამოწვევები წარმოშვა პერსონალური მონაცემების დაცვაში. პანდემიის პერიოდში მოქალაქეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ დიდი მოცულობის მონაცემების დამუშავება ხშირად მიმდინარეობდა შეზღუდული ინფრასტრუქტურისა და დიგიტალიზაციის დაჩქარებული ტემპის პირობებში. ამან გამოიწვია მონაცემთა უნებართვო გამჟღავნების რისკის ზრდა, რაც მოითხოვდა პაციენტების კონფიდენციალურობის უფლებების დაცვისა და ეთიკის სტანდარტების დანერგვის მექანიზმების სწრაფ გაუმჯობესებას. მეორე მხრივ, შექმნილმა გარემოებებმა ახალ რეგულაციათა შექმნას მისცა ბიძგი, რაც გადაუდებელ შემთხვევებში სამედიცინო მონაცემების ხელმისაწვდომობასა და დამუშავებას აადვილებს. რიგ ქვეყნებში, როგორცაა ევროპის სახელმწიფოები, აშშ და დიდი ბრიტანეთი, შემოიღეს დროებითი მექანიზმები, რომლებიც პანდემიასთან ბრძოლისთვის პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობაზე დაფუძნებულ მონაცემთა დამუშავების პროცესს ამარტივებს.

ამრიგად პანდემიამ კატალიზატორის როლი შეასრულა სამედიცინო მონაცემების ელექტრონული მართვის განვითარებაში და იმოქმედა არა მხოლოდ სამედიცინო პრაქტიკაზე, არამედ ჯანდაცვის სექტორში პერსონალური მონაცემების რეგულირებასა და დაცვაზე, ასევე ხაზი გაუსვა რეგულაციების მოქნილობის მნიშვნელობას საგანგებო სიტუაციებში.

აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სისტემის დიგიტალიზაცია აადვილებს ჯანმრთელობის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას, გამჭვირვალობას და უსაფრთხოებას, რაც აუმჯობესებს ჯანდაცვის საერთო ხარისხს.

სამედიცინო მონაცემების ელექტრონული დამუშავება და მართვა წარმოშობს ახალ ეთიკურ დილემებს, როგორცაა კონფიდენციალურობისა და საზოგადოებრივი ინტერესების დაბალანსების აუცილებლობა (მაგ. ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის ან სამეცნიერო კვლევის დროს). ასევე, დიდი რაოდენობით მონაცემების შეგროვება და ანალიზი შესაძლებელს ხდის დაავადების გავრცელების ტენდენციების იდენტიფიცირებას და მათთან ბრძოლის ეფექტური სტრატეგიების შემუშავებას, მაგრამ ეს აგრეთვე ზრდის პაციენტის კონფიდენციალურობის დარღვევის რისკს.

გარდა ამისა, ჯანდაცვის ციფრული მართვა და განვითარება მოითხოვს პასუხისმგებლობის საზღვრების მკაფიო განსაზღვრას სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარეებს შორის - სამთავრობო უწყებებს, ჯანდაცვის დაწესებულებებს, კერძო კომპანიებსა და ასევე პაციენტებს შორის. ხელოვნური ინტელექტისა და ციფრული ალგორითმების გამოყენება სამედიცინო მონაცემების ანალიზისას უნდა ემყარებოდეს ეთიკურ სტანდარტებს. მნიშვნელოვანია, რომ ეს ტექნოლოგიები იყოს გამოყენებული გამჭვირვალედ, პაციენტების უფლებების დარღვევისა და დისკრიმინაციული გადაწყვეტილებების გარეშე (ნამორაძე, 2024).

ამრიგად, სამედიცინო ინფორმაციის დაცვა მოითხოვს არა მხოლოდ კონფიდენციალურობის არსებული რეგულაციების მკაცრ დაცვას, არამედ ახალი ეთიკური სტანდარტების შემუშავებას, რომელიც ითვალისწინებს თანამედროვე დროის ტექნოლოგიურ რეალობას.

სამედიცინო მონაცემების დამუშავების ელექტრონული მენეჯმენტის უარყოფითი მხარეები

მრავალი უპირატესობის მიუხედავად, სამედიცინო მონაცემების დამუშავების ელექტრონული მართვის განხორციელებას ასევე აქვს გარკვეული უარყოფითი მხარეები:

ერთ-ერთი მთავარი რისკი კიბერშეტევებისა და მონაცემთა უნებართვო გამჟღავნების საფრთხეა. კიბერშეტევები კვლავაც გამოწვევად რჩება (Weiss, 2025), სამედიცინო ინფორმაცია არის ყველაზე დელიკატური ინფორმაცია და მისმა უნებართვო გამჟღავნებამ, შეიძლება გამოიწვიოს სერიოზული შედეგები, მათ შორის კონფიდენციალურობის დარღვევა და მონაცემთა ბოროტად გამოყენება. ავტომატიზაციის მიუხედავად, მონაცემთა დამუშავების შეცდომები და შესაძლო არაავტორიზებული წვდომა პრობლემად რჩება, ხოლო ტექნოლოგიაზე დამოკიდებულება ზრდის რისკებს სისტემის გაუმართაობის შემთხვევაში. ახალ სისტემებთან მუშაობისას პერსონალის გამოუცდელობამ ასევე შეიძლება შეამციროს მათი გამოყენების ეფექტურობა.

აგრეთვე უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ელექტრონული სისტემების შემუშავების, დანერგვისა და შენარჩუნების მაღალი ფინანსური ხარჯები, რაც შეიძლება იყოს ბარიერი მცირე სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ჯანდაცვის სისტემაში.

ამრიგად, მნიშვნელოვანი უპირატესობების მიუხედავად, როგორცაა სამედიცინო სერვისების გაზრდილი ეფექტურობა და ხელმისაწვდომობა, ელექტრონული მმართველობის დანერგვა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას ამ რისკების გადასაჭრელად. აუცილებელია მონაცემთა საიმედო დაცვის უზრუნველყოფა, პერსონალის ტრენინგის ჩატარება და სისტემების რეგულარულად განახლება და შენარჩუნება ჯანდაცვის სექტორში ციფრულ ტექნოლოგიებზე გადასვლასთან დაკავშირებული პოტენციური საფრთხეებისა და პრობლემების შესამცირებლად.

პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობასთან დაკავშირებული საკითხები სამედიცინო მონაცემების ელექტრონულად დამუშავების პრობლემის ერთ-ერთი ძირითადი ასპექტია პაციენტის თანხმობის საკითხი და მისი ინფორმირებულობა პერსონალური მონაცემების დამუშავების პროცესის შესახებ. სამედიცინო სერვისების დიგიტალიზაციის პროცესში, სადაც ინფორმაციის უმეტესი ნაწილი გროვდება და მუშავდება ელექტრონული სისტემების მეშვეობით, ძალზედ მნიშვნელოვანია იმის უზრუნველყოფა, რომ პაციენტებმა მისცენ ინფორმირებული და ნებაყოფლობითი თანხმობა მათი პერსონალური მონაცემების დამუშავებაზე (ვერულავა, 2018).

„ინფორმირებული თანხმობა წინ უნდა უსწრებდეს ადამიანის ბიოსამედიცინო კვლევაში ჩართვის პროცესს. კვლევაში შესაძლო ჩართულ პირს წინასწარ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია კვლევის მიზნების, მეთოდების, მოსალოდნელი შედეგების, კვლევის რისკისა და მასთან დაკავშირებული დისკომფორტის შესახებ“ (დულაშვილი, 2022).

ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა არის ის, რომ პაციენტებს ყოველთვის ბოლომდე არ ესმით, რას ეთანხმებიან და რა მონაცემები მუშავდება. თანხმობა ხშირად ხდება რთული სამართლებრივი ფორმებითა და შეთანხმებებით, რომლებიც ძნელად გასაგებია ფართო აუდიტორიისთვის. ამან შეიძლება გამოიწვიოს სიტუაცია, როდესაც პაციენტებმა არ იციან რა მონაცემები გროვდება მათ შესახებ, როგორ იქნება გამოყენებული და ვის ექნება მასზე წვდომა. მონაცემთა კონფიდენციალურობის უფლებებისა და დაცვის არარსებობამ შეიძლება შეამციროს ნდობა ციფრული ჯანდაცვის სისტემების მიმართ. არსებული საკანონმდებლო ღონისძიებები, როგორცაა ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნა, საჭიროებს მოდიფიკაციას თანამედროვე ტექნოლოგიების კონტექსტში, რაც იძლევა მონაცემთა შეგროვების და დამუშავების საშუალებას (კარტოზია და სხვ., 2018).

ამ საკითხების გადასაჭრელად აუცილებელია შემუშავდეს უფრო მარტივი და მკაფიო თანხმობის მექანიზმები, ასევე საგანმანათლებლო პროგრამები, რათა გაიზარდოს პაციენტის ცნობიერება მათი უფლებების შესახებ. მნიშვნელოვანია, პაციენტები არამარტო დაეთანხმონ მონაცემთა დამუშავებას, არამედ ადვილად გაიგონ, თუ მათი რა მონაცემები მუშავდება, როგორ არის ისინი დაცული და როგორ გააუქმონ თანხმობა საჭიროების შემთხვევაში.

პაციენტების ინფორმირების მიზნით მათი კონფიდენციალურობის უფლებებისა და მონაცემთა დაცვის შესახებ საჭიროა უფრო გამჭვირვალე და ხელმისაწვდომი მექანიზმების დანერგვა რაც ხელს შეუწყობს ელექტრონული ჯანდაცვის მიმართ ნდობის გაზრდას, ასევე პერსონალური მონაცემების დამუშავების ეთიკური პრაქტიკის გაუმჯობესებას (ვერულავა, 2023).

საქართველოში ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა არის ციფრული უნარების განვითარების არადადამაკმაყოფილებელი დონე მოსახლეობაში (საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო, 2024), განსაკუთრებით ხანდაზმულებში. ეს ზღუდავს წვდომას თანამედროვე ჯანდაცვის სერვისებზე, როგორცაა ონლაინ კონსულტაციები და ელექტრონული რეცეპტები. მიუხედავად პერსონალური მონაცემების დაცვის სფეროში კანონმდებლობის მიღებისა და საერთაშორისო ხელშეკრულებების რატიფიცირებისა, სამედიცინო მონაცემთა დამუშავების სისტემისადმი ნდობის დონე რჩება დაბალი, რაც ზღუდავს ელექტრონული სერვისების ეფექტურ გამოყენებას ჯანდაცვაში.

ევროკავშირის უმეტეს ქვეყნებში ციფრული უნარების განვითარების შედარებით მაღალი დონე აღინიშნება მოსახლეობაში, თუმცა არის პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია ინფორმაციის ხელმისაწვდომობასთან მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისთვის, როგორცაა ხანდაზმული და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. ევროპის ქვეყნებში აქტიურად მუშაობენ პაციენტთა ინფორმირებულობის გაუმჯობესებისთვის მათი მონაცემთა დაცვის უფლებების შესახებ, რასაც მხარს უჭერს ისეთი კანონმდებლობა, როგორცაა GDPR. თუმცა, სამედიცინო მონაცემების გამოყენებისას თანხმობის და გამჭვირვალობის პირობების გაგებასთან დაკავშირებული პრობლემები რჩება, რაც ამცირებს სისტემისადმი ნდობის დონეს.

მიუხედავად იმისა, რომ გაერო დადებითად აფასებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების დაცვის მიმართულებით პოლიტიკის განვითარების პროგრესს და ხაზს უსვამს მისი განხორციელების მნიშვნელობას საქართველოში (OHCHR, 2023), მეტი ძალისხმევაა საჭირო ბარიერების აღმოსაფხვრელად, იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია და სერვისები ხელმისაწვდომი იყოს მოსახლეობის ყველა სეგმენტისთვის, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის.

დასკვნა

ჯანდაცვის მართვის სისტემის დიგიტალიზაცია ზრდის სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობას და ხარისხს, მაგრამ ქმნის რისკებს, რომლებიც დაკავშირებულია პერსონალური მონაცემების დაცვასთან. ელექტრონული მმართველობის გამართული ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია მონაცემთა კონფიდენციალურობის დაცვა და მათი სწრაფი გაცვლის აუცილებლობა. ძირითადი საკითხები მოიცავს კიბერშეტევებს, პაციენტების ინფორმირებულობის ნაკლებობას და კომპლექსურ მარეგულირებელ ჩარჩოებს.

რეკომენდებულია საკანონმდებლო ბაზის გაუმჯობესება, ციფრული ტექნოლოგიების გამოყენების უნარების გაზრდა და კიბერუსაფრთხოების ზომების გაძლიერება. ასევე საჭიროა საერთაშორისო თანამშრომლობა მონაცემთა დაცვის სფეროში და კანონმდებლობის ადაპტაცია ტექნოლოგიურ განვითარებასთან. საიმედო სამედიცინო მონაცემთა მართვის სისტემის შექმნა გაზრდის პაციენტების ნდობას და უზრუნველყოფს მათი პირადი ინფორმაციის დაცვას.

გამოყენებული ლიტერატურა

დულაშვილი, გ. (2022). სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 1(2022), 125 და მომდევნო გვერდები.

ვერულავა, თ. (2018). სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა საქართველოში. III საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში“ შრომების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 134-139.

ვერულავა, თ. (2023). სამედიცინო მომსახურებაზე ინფორმირებული თანხმობა და პაციენტები. აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოამბე. 22 (2): 195-210.

კარტოზია, დ., რვია, ნ., ედიბერიძე, მ., შალამბერიძე, ა., ლიპარტია, თ., ფირცხალაიშვილი, ი., ახმოდიაშვილი, ა. (2018). ქირურგიული ჩარევის შესახებ ინფორმირებული

თანხმობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2. <https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6809>

ნამორაძე, ე. (2024). მედიცინის სფეროში ხელოვნური ინტელექტის დანერგვა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 8(1).

საქართველოს პარლამენტი. (1995). საქართველოს კონსტიტუცია.

საქართველოს პარლამენტი. (1997). საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (№29980). სსიპ სამართლებრივი აქტების ოფიციალური გამოქვეყნების სისტემა „მაცნე“.

საქართველოს პარლამენტი. (2023). საქართველოს კანონი „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ (ცვლილებები 2023). სსიპ სამართლებრივი აქტების ოფიციალური გამოქვეყნების სისტემა „მაცნე“.

საქართველოს ციფრული ეკონომიკისა და საინფორმაციო საზოგადოების განვითარების 2025–2030 წლების ეროვნული სტრატეგია. (2024).

პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური. (2023). პერსონალურ მონაცემთა დაცვის წლიური ანგარიში.

პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური. (2023). პერსონალურ მონაცემთა დაცვის წლიური ანგარიში 2022. სსიპ სახელმწიფო ინსპექტორის სამსახური.

პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური. (2025). მოქალაქეთა ინფორმირებულობა მონაცემთა დამუშავების წესების შესახებ.

„პერსონალური მონაცემების ავტომატური დამუშავებისას ფიზიკური პირების დაცვის შესახებ“ კონვენცია. (2025). სსიპ „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“.

„საეკიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის 1-ლი პუნქტი. (2001). სსიპ „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 30-ე მუხლი. (1997). სსიპ „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.

CDC. (2024, September 10). Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Centers for Disease Control and Prevention.

Countries in the European Region commit to disability-inclusive health systems and societies. (n.d.). World Health Organization.

Daniels, N. (2008). Just health: Meeting health needs fairly. Cambridge University Press.

Digital solutions during the pandemic. (n.d.). European Commission.

European Council. (2024, June 13). The General Data Protection Regulation. Consilium.

Gostin, L.O., Halabi, S.F. (2020). Health data and privacy in the digital era. JAMA, 323(3), 211–212.

Nuffield Council on Bioethics. (2015). The collection, linking and use of data in biomedical research and health care: Ethical issues.

OECD. (2021). OECD recommendation on health data governance. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Weiss, E. (2025, March 13). New cybersecurity policies could protect patient health data. Health-ISAC.

Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., Curtis, S., Roman, M., Poon, E. G., Ferranti, J., Katz, J. N., Tchong, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. Journal of the American Medical Informatics Association, 27(6), 957–962.




ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics & Sociology PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984

დილატაციური კარდიომიოპათია და კოაგულაციის მე-8 ფაქტორის
დეფიციტი, როგორც იშვიათი გენეტიკური კომბინაცია
Dilated cardiomyopathy and coagulation factor VIII deficiency as a rare genetic
combination

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.06>

თამაზ ხელაძე¹; ნატა ყაზახაშვილი^{1a} გიორგი ბაზერაშვილი¹; მარიამ ლომიძე^{1b}
სოფიო ცხვედაძე¹; სოფიო უნგიაძე^{1a}

Tamaz Kheladze¹; Nata Kazakhashvili¹; Giorgi Bazerashvili¹; Mariam Lomidze¹; Sophio
Tskhvedadze¹; Sophio Ungiadze^{1a}

¹ აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი, თბილისი, საქართველო
¹ Chapidze Emergency Cardiology Center, Tbilisi, Georgia

^anata.kazakhashvili@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0001-9795-4078>

^bmariamlomidze05@gmail.com

აბსტრაქტი

გენეტიკური დილატაციური კარდიომიოპათია და ჰემოფილია წარმოადგენს ორ განსხვავებულ დაავადებას. დილატაციურ კარდიომიოპათიის პათოგენეზში ცენტრალურ



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org>)

როლს ასრულებს სხვადასხვა გენის მუტაცია, მათ შორის TTN, LMNA და სხვა კოდირებადი ცილების. მეორეს მხრივ, ჰემოფილია წარმოადგენს სისხლის შედედების გენეტიკურად დეტერმინირებულ დარღვევას, რომელშიც მთავარი როლი ენიჭება VIII ან IX ფაქტორების დეფიციტს (ჰემოფილია A და B). შესაბამისად ორივე დაავადების დიაგნოსტიკა და მართვა დიდწილად დამოკიდებულია გენეტიკურ სკრინინგზე და მოლეკულურ კვლევებზე. დილატაციური კარდიომიოპათიის (DCM) და ჰემოფილიის ერთდროული თანხვედრა უკიდურესად იშვიათია. ჩვენი კლინიკური შემთხვევა მიმოიხილავს ორივე მდგომარეობის გენეტიკურ მახასიათებლებს, თანმხლებ გართულებებს, დიაგნოსტიკურ მიდგომებს, კლინიკურ მნიშვნელობასა და თერაპიულ სტრატეგიას.

საკვანძო სიტყვები: გენეტიკური დილატაციური კარდიომიოპათია, ჰემოფილია, გენეტიკური დაავადებები, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია.

რეკომენდირებული ციტირება: ხელაძე, თ., ყაზახაშვილი, ნ., ბაზერაშვილი, გ., ლომიძე, მ., ცხვედაძე, ს., უნგიაძე, ს. (2025). დილატაციური კარდიომიოპათია და კოაგულაციის მე-8 ფაქტორის დეფიციტი, როგორც იშვიათი გენეტიკური კომბინაცია. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.06>.

Abstract

Genetic dilated cardiomyopathy and hemophilia are two distinct diseases. Mutations in various genes, including TTN, LMNA, and other coding proteins, play a central role in the pathogenesis of dilated cardiomyopathy. On the other hand, hemophilia is a genetically determined blood clotting disorder in which the main role is assigned to the deficiency of factors VIII or IX (hemophilia A and B). Therefore, the diagnosis and management of both diseases largely depend on genetic screening and molecular studies. The simultaneous occurrence of dilated cardiomyopathy (DCM) and hemophilia is extremely rare. Our clinical case reviews the genetic characteristics, associated complications, diagnostic approaches, clinical significance, and therapeutic strategies of both conditions.

Keywords: Genetic dilated cardiomyopathy, hemophilia, genetic diseases, pulmonary embolism.

Recommended Citation: Kheladze, T., Kazakhashvili, N., Bazerashvili, G., Lomidze, M., Tskhvedadze, S., Ungiadze, S. (2025). Dilated cardiomyopathy and coagulation factor VIII deficiency as a rare genetic combination. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.06>

შესავალი

გენეტიკურად დეტერმინირებული დილატაციური კარდიომიოპათია DCM-ის შემთხვევათა დაახლოებით 25-50%-ში ვლინდება გენეტიკური მუტაციებით, რაც ასოცირებულია 50-ზე მეტ გენთან, რომლებიც ძირითადად კოდირებენ სარკომერულ, ციტოქრომჩხის, ბირთვის მემბრანისა და კალციუმის ცვლის ცილებს. სტატისტიკურად DCM-ის გავრცელება მსოფლიო პოპულაციაში DCM-ის 20.2%-შეადგენს DCM-ასოცირებული გენეტიკური ვარიანტებისთვის, 11.4%-ით; DCM-ასოცირებული TTN ვარიანტებისთვის და 3.2%-ით; DCM-ასოცირებული MYH7 ვარიანტებისთვის.

ჰემოფილია კერძოდ, ჰემოფილია A გამოწვეულია F8 გენის მუტაციით. სტატისტიკურად ჰემოფილია A - X-ქრომოსომასთან შეჭიდული რეცესიული დაავადება. ჰემოფილიის გავრცელება ჰემოფილია A შემთხვევაში 1/10,000-დან 1/20,000 ინდივიდამდე, ხოლო ჰემოფილია B შემთხვევაში გავრცელება 1/30,000-დან 1/50,000-მდეა ძირითადი კლინიკური გამოვლინებაა სისხლდენები, რომლებიც შეიძლება იყოს სპონტანური ან ტრავმის შედეგად განვითარებული. სისხლდენები უპირატესად ლოკალიზდება სახსრებში, კუნთებსა და რბილ ქსოვილებში.

კლინიკური შემთხვევა

34 წლის მამაკაცი, გენეტიკა დატვრითული ახლო ნათესავური ქორწინებით. ბავშვობის ასაკიდან აღენიშნებოდა ხშირი სისხლდენის ეპიზოდები. 27 წლის ასაკში მას უკვე დიაგნოსტირებული ჰქონდა გენეტიკური დილატაციური კარდიომიოპათია, ხშირი სისხლდენის ეპიზოდების გამო ასევე ჩატარებული ჰქონდა ჰემოფილიის გენეტიკური გამოკვლევა, რის საფუძველზეც დიაგნოსტირდა ჰემოფილია - D 66 მე-8 ფაქტორის 46.1%

მსუბუქი ფორმა. ექოკარდიოგრაფიულად სისტოლური დისფუნქციის გამო კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის მაღალი რისკის გათვალისწინებით იმპლანტირებულ იქნა ერთკამერიანი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი ICD. იშემიური გენეზის გამორიცხვის მიზნით ჩაუტარდა კორონარული ანგიოგრაფია, სადაც კორონარული არტერიები იყო ინტაქტური.

პაციენტი არ იმყოფებოდა რეგულარულ მედიკამენტურ თერაპიაზე. ჰქონდა ხშირი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები გულის უკმარისობის გამწვავების გამო. 34 წლის ასაკში პაციენტი ჰოსპიტალიზადა კლინიკაში მძიმე მდგომარეობაში. ანამნეზის შეკრება გართულებული იყო მისი მძიმე მდგომარეობის გათვალისწინებით. გამოხატული იყო სუნთქვის მზარდი უკმარისობა, ქოშინი, ორთოპნოე, ტაქიპნოე მდგომარეობა. ვლინდებოდა ცხელება 39 გრადუსი ცელსიუსით.

ლაბორატორიულად ვლინდებოდა ანთებითი მარკერების მკვეთრი მატება. ლეიკოციტი - 22.00 - $10^9/მმ^3$; ჩხირბირთვიანი ნეიტროფილი - 23%; სეგმენტბირთვიანი ნეიტროფილი - 85%; CRP C რეაქტიული ცილა 180 mg/L; CREAT კრეატინინი - 1.41 mg/dl პროკალციტონინი - 5.18 $\mu\text{g/L}$. D დიმერი - 2.5 მკგ/მლ.

ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით: გულის ღრუების დილატაცია და ბივენტრიკულური ნაკლოვანების სურათი. გამოვლინდა მარცხენა პარკუჭის მიოკარდის ექსცენტრული ტიპის ჰიპერტროფია. მკვეთრი ხარისხის მიტრალური რეგურგიტაცია. მკვეთრი პულმონური ჰიპერტენზიით.

იმპლანტირებული კარდიომოწყობილობის (ICD) ტესტირებით, ბოლო ინტეროგაციის შემდეგ ფიქსირდებოდა პარკუჭთა ფიბრილაციისა და პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის 8 ეპიზოდი, რომლის ამოცნობა და ინტრაკარდიული ელექტრული განმუხტვა მოხდა აგრეგატის მიერ.

ჩატარდა ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია (ინფექციის წყაროს ლოკალიზაციის დიაგნოსტიკის მიზნით) ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფიით - შუა ეზოფაგურ და ბიკავალურ (110 გრად.) პოზიციაში ზემო ღრუ ვენის შესართავთან გამოვლინდა ელექტროდზე ფიქსირებული, მოფლოტირე წარმონაქმნი ზომებით 1.3/0.65 სმ.

ჩატარდა გულმკერდის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია, სადაც მიღებული კტ კვლევით გამოვლინდა ორმხრივ ფილტვის ქვემო წილოვანი სეგმენტური და სუბსეგმენტური არტერიების თრომბოემბოლია.

ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში პაციენტის მძიმე მდგომარეობის, არასტაბილური ჰემოდინამიკის გათვალისწინებით მიმდინარეობდა ვაზო-ინოტროპული მხარდაჭერა. ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის გამო რისკისა და სარგებლის გათვალისწინებით მიმდინარეობდა ანტიკოაგულაციური თერაპია დაბალმოლეკულური ჰეპარინით (ფრაქსიპარინი) 0.8მლ. 2 - ჯერ დღეში. ჰოსპიტალიზაციიდან მე-3 დღეს პაციენტთან გამოვლინდა ჰემორაგიული დიათეზი, რის გამოც პაციენტს გადაესხა მე-8 ფაქტორის კონცენტრატი 3000 IU. სეპტიური პროცესის გათვალისწინებით მიმდინარეობდა ანტიბიოტიკოთერაპია ცეფტრიაქსონი 1გ. 2 - ჯერ ვანკომიცინი 1გ. 2ჯერ. კომბინაციით. ჰოსპიტალიზაციიდან მე 15 დღეს ჩატარებული მედიკამენტური თერაპიის ფონზე დინამიკაში პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა; შეწყდა ინოტროპული მხარდაჭერა. გაუმჯობესდა ლაბორატორიული მონაცემები; ლეიკოციტი - 11.45 $10^9/მმ^3$; CRP - 18.21 mg/L; პროკალციტონინი 0.45 $\mu\text{g/L}$. ჩატარდა დინამიკაში ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია, სადაც სარქვლოვან აპარატზე (კარედებზე, რგოლებზე), ელექტროდზე მოცულობითი წარმონაქმნები აღარ დაფიქსირებულა.

დისკუსია

გენეტიკური დაავადებები მრავალფეროვან კლინიკურ გამოვლინებებს იწვევს და განსხვავებული მემკვიდრეობის მოდელით გადაეცემა. დილატაციური კარდიომიოპათია (DCM) და ჰემოფილია ამის კარგი მაგალითებია – ორივე მათგანი მემკვიდრული დაავადებაა, რომელიც ვლინდება ორი სხვადასხვა სისტემის პათოლოგიით.

მნიშვნელოვანია განვიხილოთ ის ფაქტი, რომ არსებობს ისეთი იშვიათი გენეტიკური კომბინაციები, რომლებიც შეიძლება მოიცავდეს, როგორც ჰემოფილიას/ან მსგავს სიხლდენის დარღვევებს, ისე კარდიომიოპათიას, როგორცაა ბართის სინდრომი ასევე, გენეტიკური სინდრომები, რომელთაც თან ახლავს დისტროფინოპათიები (დიუშენის და ბეკერის კუნთოვანი

დისტროფია). ამ დაავადებებს ახასიათებს პროგრესირებადი კუნთების სისუსტე და ხშირად კარდიომიოპათიის განვითარება (უფრო ხშირად DCM).

მიუხედავად იმისა, რომ გენეტიკური სინდრომები არ იწვევს ჰემოფილიას, შესაძლებელია იშვიათ შემთხვევებში გენეტიკური მუტაციების კომბინაცია, როდესაც პაციენტს აქვს, როგორც დისტროფიის გენის, ასევე ჰემოფილიის გამომწვევი გენის მუტაცია. გენეტიკურად დეტერმინებული დილატაციური კარდიომიოპათია და ჰემოფილიის გამოვლენა კი ერთროულად ძალიან იშვიათ გენეტიკურ კომბინაციას წარმოადგენს.

დასკვნა

წაროდგენილი კლინიკური შემთხვევით გვინდა ავლნიშნოთ რომ გენეტიკური დილატაციური კარდიომიოპათიისა და ჰემოფილიის, როგორც ორი მემკვიდრული დაავადების ერთდროული თანხვედრა ძალიან იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. ასევე, გვინდა ხაზი გავუსვათ თერაპიული მკურნალობის იმ რთული სტრატეგიებს, რაც მოიცავს ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის დროს სტანდარტული ანტიკოაგულაციურ თერაპიას, რომელიც ფათე-ს მკურნალობის ქვაკუთხედაა, თუმცა ჰემოფილიის მქონე პაციენტებში სისხლდენის მაღალი რისკის გამო გართულებულია. ასევე დაავადებებიდან ერთად სეპტიური პროცესის არსებობა, რომელიც ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას და ლეტალური გამოსავლის რისკი ძალიან მაღალია, მნიშვნელოვანია სწორი თერაპიული ტაქტიკის შერჩევა, რაც საჭიროებს მულტიპროფილური გუნდის კარდიოლოგების, ინფექციონისტებისა და ჰემატოლოგების ჩართულობას.


ბიბლიოგრაფია

- Myers, M. C., Wang, S., Zhong, Y., Maruyama, S., Bueno, C., Bastien, A., ... & Golchin, N. (2024). Prevalence of Genetically Associated Dilated Cardiomyopathy: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cardiology Research*, 15(4), 233.
- Hirayama, A. B., da Silva, A. K. C., Rocha, J. S., & Roberti, M. D. R. F. (2019). Prevalence of symptoms in hemophilia carriers in comparison with the general population: a systematic review. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 41(4), 349-355.



ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტებთან ასოცირებული კარდიომიოპათია
კლინიკური შემთხვევის განხილვა

Amphetamine-type stimulant-associated cardiomyopathy: a clinical case report

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.08>

თამაზ ხელაძე^{1a}, ვაჩე შიოლაშვილი¹, მარიამ ლომიძე^{1b}, ნანი გონჯილაშვილი¹

Tamaz Kheladze^{1a}, Vache Shiolashvili¹, Mariam Lomidze^{1b}, Nani Gonjilashvili¹

¹ აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი, თბილისი, საქართველო

¹Chapidze Emergency Cardiology Center, Tbilisi, Georgia

^akheladze1986@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0007-4905-7760>

^bmariamlomidze05@gmail.com

აბსტრაქტი

მსოფლიოში მეტამფეტამინისა და სხვა ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტების მოხმარება ყოველწლიურად იზრდება, რაც იწვევს სიკვდილიანობისა და ავადობის მნიშვნელოვან ზრდას. ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტებს შორის ყველაზე კარგად შესწავლილია მეტამფეტამინის ტოქსიკური ეფექტი ნევროლოგიურ, გულ-სისხლძარღვთა, პულმონურ და რენალურ ორგანოთა სისტემებზე. ამფეტამინის ქრონიკულმა მოხმარებამ გვაჩვენა, რომ ამ ნივთიერებებს გააჩნია პოტენციურად მნიშვნელოვანი კარდიოტოქსიკური ეფექტი, რომელიც გამოწვეულია სხვადასხვა მექანიზმით, მათ შორის გაზრდილი ოქსიდაციური სტრესი, ჭარბი სიმპათიკური აქტივობა და პირდაპირი მიოკარდიული ტოქსიკური ეფექტი. მეტამფეტამინთან ასოცირებული კარდიომიოპათია და ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტებთან ასოცირებული კარდიომიოპათია ორივე სახელწოდება მონაცველობით გამოიყენება ლიტერატურაში აღნიშნული კარდიოვასკულური დაავადების დახასიათებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელი ამჟამად ზუსტად განსაზღვრული არ არის, ის უნდა მოვიაზროთ როგორც შეძენილი კარდიოვასკულური დაავადება, რომელიც ხასიათდება ამფეტამინთან ექსპოზიციის დროს სხვა მხრივ ამოუხსნელი კარდიომიოპათიით. ნაშრომში წარმოდგენილია 24 წლის მამაკაცის კლინიკური შემთხვევა, რომელმაც საავადმყოფოს მიმართა სუნთქვის უკმარისობით. ის

ანამნეზში აღნიშნავდა სხვადასხვა ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტის მოხმარებას. პაციენტს ჰოსპიტალიზაციისას აღნიშნა მეტამფეტამინთან ასოცირებული კარდიომიოპათიით/ ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტებთან ასოცირებული კარდიომიოპათიით გამოწვეული მწვავე პარკუჭოვანი დისფუნქცია (LVEF-14%). სტიმულატორების მზარდი პოპულარობის გათვალისწინებით, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, და იმ ამფეტამინის მოხმარების შემთხვევებში, რომელთა როლი გულის უკმარისობის განვითარებაში ჯერ კიდევ არასაკმარისადაა შესწავლილი, აუცილებელია დიაგნოსტიკისთვის და კარდიოვასკულური რისკების შესაფასებლად ყოვლისმომცველი სამედიცინო ისტორიის შეგროვება. ეს საშუალებას გვაძლევს ადეკვატური და დროული ნაბიჯები გადაიდგას გულის შეუქცევადი რემოდელირების პრევენციის, მიოკარდიუმის ფუნქციის გაუმჯობესებისა და საბოლოო ჯამში პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაზრდის მიმართულებით.

საკვანძო სიტყვები: ამფეტამინის მოხმარება, მეტამფეტამინი, კარდიომიოპათია, მწვავე პარკუჭოვანი დისფუნქცია.

რეკომენდირებული ციტირება: ხელაძე თ, შიოლაშვილი ვ, ლომიძე მ, გონჯილაშვილი ნ. (2025). ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტებთან ასოცირებული კარდიომიოპათია კლინიკური შემთხვევის განხილვა. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.08>.

Abstract

The use of methamphetamine and other amphetamine-type stimulants is increasing worldwide, resulting in significant increases in mortality and morbidity. Among the amphetamine-type stimulants, the toxic effects of methamphetamine on the neurological, cardiovascular, pulmonary, and renal organ systems are the best studied. Chronic use of amphetamines has shown that these substances have potentially significant cardiotoxic effects, which are caused by various mechanisms, including increased oxidative stress, excessive sympathetic activity, and direct myocardial toxic effects. Methamphetamine-associated cardiomyopathy and amphetamine-type stimulant-associated cardiomyopathy are both terms used interchangeably in the literature to describe this cardiovascular disease. Although the latter is not yet precisely defined, it should be considered an acquired cardiovascular disease characterized by otherwise unexplained cardiomyopathy during amphetamine exposure. The paper discusses a clinical case. The patient was hospitalized with acute ventricular dysfunction due to cardiomyopathy associated with amphetamine-type stimulants. The aim of the study is to study the role of amphetamine use in the development of heart failure in young people.

Keywords: Amphetamine use, methamphetamine, cardiomyopathy, acute ventricular dysfunction.

Recommended Citation: Kheladze, T., Shiolashvili, V., Lomidze, M., Gonjilashvili N. (2025). Amphetamine-type stimulant-associated cardiomyopathy: a clinical case report. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.08>

შესავალი

ამფეტამინები პირველად სინთეზირდა 1920 -იანი წლების ბოლოს, 1940 -იანი წლების ბოლოს კი ფართოდ გამოიყენებოდა, როგორც ანტიდეპრესანტი და დიეტისთვის განკუთვნილი მედიკამენტი. 1980-იანი წლების ბოლოს პირველად სინთეზირდა კრისტალური მეტამფეტამინი, იგივე "ice". ამფეტამინების ჯგუფის სინთეზური ნარკოტიკ-სტიმულატორებმა (MDMA) პოპულარობა მოიპოვა ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ხელმისაწვდომობისა და დაბალი ღირებულების გამო. მისი დამოკიდებულების პოტენციალის გაცნობიერებამ განაპირობა წარმოებისა და გასაღების შეზღუდვები, თუმცა, შავ ბაზარზე ხელმისაწვდომობის გამო დაიწყო მათი მოხმარების ეპიდემია.

მეტამფეტამინი (METH) განსაკუთრებით აზიანებს ნერვულ და გულ-სისხლძარღვთა სისტემებს. ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ზემოქმედებით მეტამფეტამინი იწვევს ეიფორიასა და გაზრდილ სიფხიზლეს. დოპამინის კონცენტრაციის გაზრდამ მიმდებარე ბირთვში (nucleus accumbens) შეიძლება ხელი შეუწყოს “გამოყენება-დაჯილდოების” ურთიერთობის ჯაჭვის წარმოშობას, რაც პასუხისმგებელია დამოკიდებულების განვითარებაზე. გრძელვადიანი გამოყენება კი საპირისპიროდ იწვევს დოპამინის სინთეზისა და რეცეპტორების დაქვეითებას, რასაც მივყავართ მეხსიერების, ყურადღებისა და გადაწყვეტილების მიღების ფუნქციების

დაქვეითებამდე. ქრონიკულად ან/და მაღალ დოზებში მეტამფეტამინი გამოყენება ხშირად იწვევს ფსიქოზს, დეპრესიასა და ძალადობრივ ქცევას. ზოგადად ცხოვრების განმავლობაში სუიციდის მცდელობები მეტამფეტამინის მომხმარებლებში არის ძალიან მაღალი და შეადგენს ≈30%(Zweben et al., 2004). საზიანო ეფექტი გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე აისახება გაზრდილი კატეჟოლამინერგული მდგომარეობით, მეტამფეტამინის მომხმარებლებთან ჰემორაგიული ინსულტის რისკი ორჯერ არის გაზრდილი (Huang et al., 2016). ამფეტამინთან ასოცირებული კარდიომიოპათიით პაციენტთა დაახლოებით ერთ მესამედთან (≈33%) აღინიშნება ინტრაკარდიული თრომბი (Schürer et al., 2017). ასევე მეტად ხშირია არითმიები - როგორც წინაგულოვანი, ასევე პარკუჭოვანი (Dominic et al., 2022).

ამფეტამინების ჯგუფის სინთეზური ნარკოტიკ-სტიმულატორები (MDMA), რომელიც ასევე ცნობილია როგორც „ექსტაზი“, წარმოადგენს ნახევრად სინთეზურ ენტაქტოგენურ ფენილეთილამინს, რომლის მიღებამაც შესაძლოა გამოიწვიოს სიმპტომები, როგორებიცაა; მადის კარგვა, ტრიზმუსი და ბრუქსიზმი, გულისრევა, მიაღვია, დაღლილობა, ჭარბი ოფლიანობა და ატაქსია. თუმცა, მეტად საყურადღებოა ისეთი გვერდითი მოვლენები, როგორებიცაა: ფსიქოზი ან მწვავე გულის, ღვიძლის, თირკმლისა და ცერებრალური ტოქსიკურობა. ამფეტამინების ჯგუფის სინთეზური ნარკოტიკ-სტიმულატორებით (MDMA) გამოწვეული მწვავე ტოქსიკურობის მრავალი სერიოზული გართულებაა დაფიქსირებული, როგორებიცაა; ჰიპერთერმია, კონვულსიები, არითმიები, რაბდომიოლიზი, დისემინირებული სისხლძარღვშიდა კოაგულაცია, ჰიპონატრიემია, ჰეპატოტოქსიკურობა, აპლასტიური ანემია, პნევმომედიასტინუმი, ინსულტი, ცერებრალური სისხლდენა და სიკვდილი. ამფეტამინების ჯგუფის სინთეზური ნარკოტიკ-სტიმულატორების დოზის გადაჭარბებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მიზეზად, როგორც წესი, ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, სითბური დარტყმა ან ღვიძლის მწვავე უკმარისობა ითვლება(Bonsignore et al., 2019).

გლობალურად, როგორც ATS (Amphetamine Type Stimulants)-ის მოხმარება, ასევე MACM (Amphetamine Associated Cardiomyopathy) /ATSAC (Amphetamine Type Stimulants Associated Cardiomyopathy)-ის შემთხვევები ყოველწლიურად მზარდია. მხოლოდ გასულ წელს 15-64 წლის ასაკის მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 0.6%-მა გამოიყენა ATS(*Online World Drug Report 2024 - Drug Market Patterns and Trends*, n.d.). METH მსოფლიოში ყველაზე ხშირად გამოყენებადი სტიმულანტია ბოლო ათწლეულების განმავლობაში. მარტივი ხელმისაწვდომობისა და დაბალი ღირებულების გამო სავსაოდ გაიზარდა ისეთი ნივთიერებების მოხმარება, როგორებიცაა; MDMA, 4-Fluoroamphetamine, Adderall, alpha-PVP და სხვა. MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine) პოპულარობით სარგებლობს ევროპის ქვეყანებში, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, მისი მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი - 9.3% დაფიქსირდა 2023 წელს ნიდერლანდებში, 15-34 წლის ახალგაზრდებში (“European Union Drugs Agency (2025), European Drug Report 2025: Trends and Developments,” 2025). საქართველოში 2021 წელს ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელ რესპონდენტთა ნახევარზე მეტმა გამოიყენა MDMA მხოლოდ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, ხოლო ამფეტამინის მოხმარება 2016 წლიდან 2022 წლამდე პრაქტიკულად ნულიდან 10%-მდე გაიზარდა (*ნარკოვითარების წლიური ანგარიში 2022, 2023*). ATS-ები აუმჯობესებენ დავალებაზე კონცენტრირების უნარს, ხელს უწყობენ მიზნისკენ მიმართულ ქცევას. ისინი ასევე ხშირად გამოიყენება კლუბურ გარემოში და წვეულებებზე. რითაც აიხსნება, თუ რატომ იყენებენ მათ ასე ფართოდ სტუდენტი ახალგაზრდები, რომლებიც ცდილობენ გააუმჯობესონ აკადემიური მოსწრება. ჩვენი შემთხვევა არ არის ერთად რამდენიმე ტიპის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების იზოლირებული მაგალითი. ხშირია სხვადასხვა ტიპის ATS-ის და ასევე მასთან ერთად ალკოჰოლის მოხმარების შემთხვევები. საქართველოში ნარკობაზარზე პრობლემაა გაყიდული სტიმულანტების სისუფთავე, საიდანაც ამოღებულ MDMA-ს ნახევარზე მეტი (57%), შეიცავს დამატებულ ნივთიერებებს ან წარმოადგენს სრულიად სხვა ნარკოტიკულ ნივთიერებას (*ნარკოვითარების წლიური ანგარიში 2022, 2023*). საზოგადოებაში გავრცელებული აზრია, რომ MDMA ნაკლებად მავნებელია, ვიდრე METH და არსებობს მცდარი წარმოდგენა მისი დაბალი ტოქსიკურობის შესახებ, თუმცა ბოლო ათწლეულის განმავლობაში შეგროვებულმა

მტკიცებულებებმა გვამცნო MDMA-ს კარდიოტოქსიკური ეფექტების შესახებ, რომელიც მექანიზმით ჰგავს METH-ის ტოქსიკურ ეფექტს (Bonsignore et al., 2019).

კლინიკური შემთხვევა

24 წლის სტუდენტმა მამაკაცმა მიმართა ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტს. პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავდა ერთი თვის განმავლობაში მიმდინარე პროგრესირებად ქოშინს, ხოლო ერთი კვირის განმავლობაში მიმდინარე ორთოპნოეს.

თავდაპირველად ის თავს არიდებდა კითხვებს ნარკოტიკულ ნივთიერებათა მოხმარების ფაქტზე, თუმცა, მოგვიანებით, მისივე გადმოცემით, ექვსი წლის განმავლობაში მოიხმარდა სხვადასხვა ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტს. კერძოდ, MDMA-ს, მეტამფეტამინსა და ამფეტამინს, პერიოდულად კი ალკოჰოლთან ერთად. პაციენტის თქმით, ხუთი წლის წინ მან მიიღო ტრამვა, მომხდარი უბედური შემთხვევის დროს ის იყო ზემოქმედების ქვეშ. მნიშვნელოვანი სისხლის დანაკარგის გამო ის მოთავსდა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს, სადაც თირკმლის მწვავე უკმარისობის გამო ჩაუტარდა დიალიზის რამდენიმე პროცედურა. მისი თირკმლის ფუნქცია აღდგა და პაციენტს აცნობეს, რომ ექოკარდიოგრაფიულად მისი მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია (LVEF) შემცირებული იყო ($\approx 40\%$), სხვა დიაგნოსტიკური დამატებითი კვლევა არ ჩატარებულა.

პაციენტმა ინციდენტის შემდგომ შეწყვიტა ყველა ტიპის ნარკოტიკული ნივთიერების მიღება, თუმცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესებისა და დეპრესიის გამო ის მალევე დაუბრუნდა ძველ მავნე ჩვევებს - სტიმულატორების მიღებას. ოჯახური ანამნეზი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით დატვირთული არ იყო. შემოსვლისას იყო ფიზიკურად და ორიენტირებული დროში, ადგილსა და პიროვნებაზე, აღენიშნებოდა ოფლიანობა. სასიცოცხლო ნიშნები: აღენიშნებოდა ტაქიკარდია HR-120 Bpm, SpO₂- 88%, RR-27, T/A-150/90; mmHg, ტემპერატურა 36.6°C, ელექტროკარდიოგრამაზე-სინუსური ტაქიკარდია, T კბილების ინვერსია V4, V5, V6-ში, პარკუჭოვანი ჰიპერტროფიის ნიშნებით (სურათი 1).

ლაბორატორიული შედეგები: მომატებული NT-pro-BNP-2800 pg/mL, ოდნავ მომატებული თრომბოციტების რაოდენობა 367 10³/μL და CRP-8,6 მგ/ლ. HS-TNI-ის დონე ოდნავ მომატებული - 0.016 ნგ/მლ (N=<0.014 ნგ/მლ) დინამიკაში ცვლილების გარეშე, GFR-99 მლ/წთ, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური ტესტები ნორმალური.

ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფიით: მარცხენა პარკუჭის დილატაცია LVEDD-6.9 სმ, მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია მნიშვნელოვნად შემცირებული LVEF-21% გლობალური ჰიპოკინეზია, გარდა ამისა, დილატირებული იყო სხვა კამერებიც, RVEDD-4.1 სმ, LA-4.8 სმ და RA-4.4 სმ, აღინიშნა პულმონური ჰიპერტენზია (PASP-42 mmHg) და მსუბუქი მიტრალური რეგურგიტაცია.

ვილტვის სონოგრაფიამ გამოავლინა პლევრალური ეფუზია ორივე პლევრის დრუში, მარჯვენა პლევრულ სივრცეში 1500 მლ, ხოლო მარცხნივ 1000 მლ სითხით. ჩატარდა თორაკოცენტეზი თავდაპირველად მარჯვენა მხარეს, შემდგომ კი მარცხენა მხარეს. თორაკოცენტეზის შემდეგ სიმპტომების ინტენსივობა შემცირდა, პროცედურის შემდგომ ჩატარდა გულმკერდის რენტგენოგრაფია, რომელმაც აჩვენა გაძლიერებული სისხლძარღვოვანი სურათი, ინტერსტიციული შეშუპებითი რეაქცია, ორმხირვ ლატერალურად კერლის B ხაზები, სინუსები თავისუფალი, გულის საზღვრები გაფართოებული (სურათი 2).

პაციენტი საჭიროებდა ინოტროპულ მხარდაჭერას, მიმდინარეობდა დიურეზის ფორსირება მარყუჟოვანი შარდმდენით, ივაბრადინი გამოიყენებოდა სინშირის კონტროლისთვის, ხოლო ენოქსიპარინი ინტრაკარდიული თრომბის პრევენციის მიზნით.

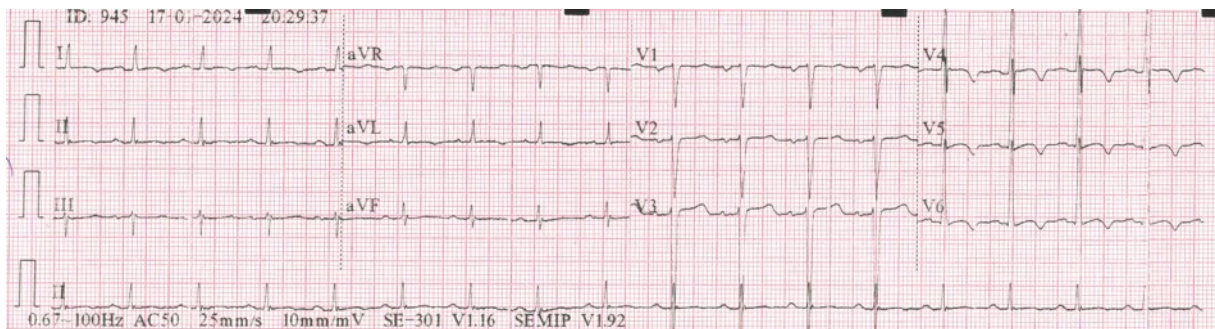
მომდევნო დღეებში ჰემოდინამიკის სტაბილიზაციის შემდგომ დაინიშნა სხვა მედიკამენტებიც: საკუბიტრილი/ვალსარტანი, კარვედილოლი, დაპაგლიფლოზინი, ეპლერენონი, ტორასემიდი. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტი მესამე დღისთვის აღნიშნავდა სუბიექტურად მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, საჭირო იყო მარჯვენა მხარეს განმეორებითი თორაკოცენტეზი, რის შედეგადაც დამატებით 1000 მლ ტრანსუდატი იქნა ევაკუირებული. პაციენტის ასაკის, სამედიცინო ისტორიისა და DCM-ის სავარაუდო ეტიოლოგიის გათვალისწინებით, კორონარული ანგიოგრაფია არ ჩატარებულა.

მდგომარეობის გაუმჯობესებისთანავე ჩატარდა CMR, სადაც: EF-14% LVEDV-313 მლ SV-44 მლ LVCO-5.0 ლ/წთ LVEDV/BSA- 226 მლ/მ², გადოლინიუმის გაძლიერებით ადრეულ და გვიან ფაზებში არ დაფიქსირებულა ინტრამიოკარდიული ლოკალური დაზიანება, ფიბროზი, ანთეზა ან ნეკროზი (სურათი 3). მომდევნო დღეებში პაციენტის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა, შეწყდა ინოტროპული თერაპია. რაც შეეხება SCD-ის პირველად პრევენციას, განხილული იქნა ICD იმპლანტაცია. გათვალისწინებული იქნა ფაქტორები, როგორებიცაა: პაციენტის ასაკი და DCM-ის სავარაუდო ეტიოლოგია, ასევე ის ფაქტი, რომ პაციენტთან არ აღინიშნულა VT/VF-ის ან SCA-ს ეპიზოდი. გადაწყდა ICD-ის იმპლანტაციის საკითხის განხილვა 3 თვიანი OMT-ის შემდგომ. შვიდდღიანი ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა. გაწერამდე პაციენტს ერჩია სპეციალიზებულ რეაბილიტაციის ცენტრში გადამისამართება, რაზეც უარი განაცხადა.

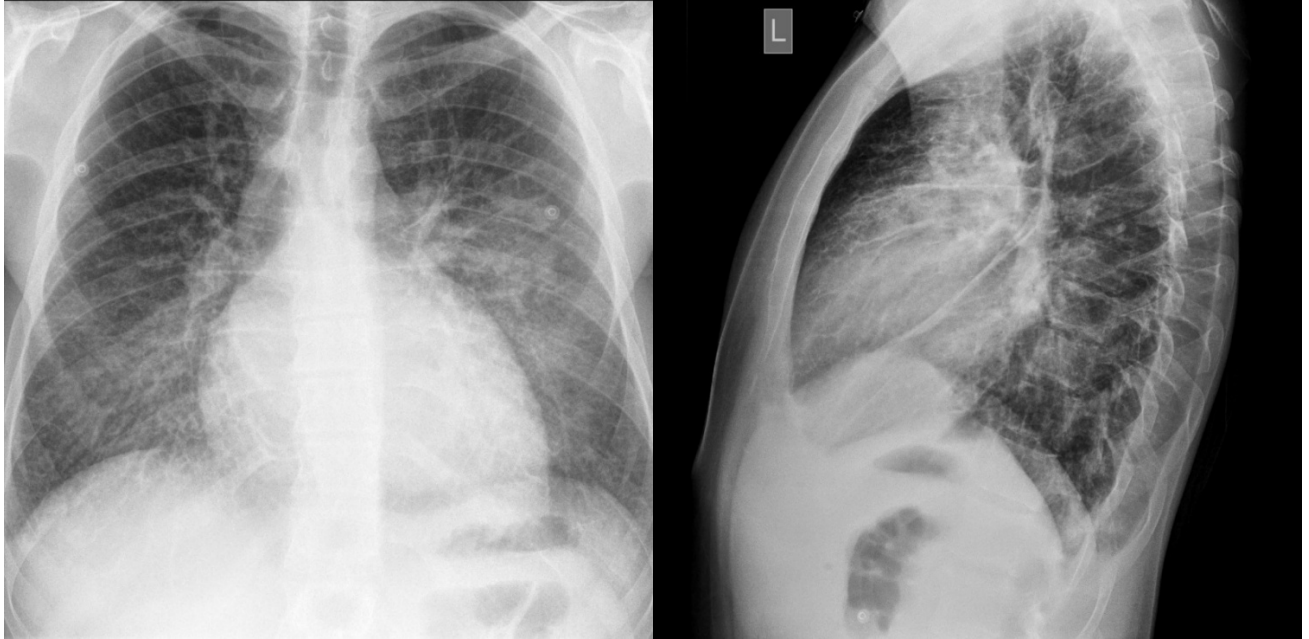
პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა მედიკამენტებით: საკუბიტრილი/ვალსარტანი, კარვედილოლი, დაპაგლიფლოზინი, ეპლერენონი, ტორასემიდი. მან მიიღო გადაწყვეტილება, რომ შეწყვეტდა სტიმულანტების გამოყენებას. ორი თვის შემდგომ პაციენტმა მოგვმართა ამბულატორიულ საკონტროლო ვიზიტზე. იგი თავს კარგად გრძნობდა, გაუმჯობესებული იყო მისი მენტალური სტატუსი, დანიშნული მედიკამენტური რეჟიმის მიმართ დამყოლობა დამაკმაყოფილებელი გახლდათ, მისი გადმოცემით, მეტწილად ოჯახისა და მეგობრების დახმარებით მან წარმატებით დაძლია ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება. რაც მთავარია, აღინიშნა ექოკარდიოგრაფიული პარამეტრების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება - მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია (LVEF) 35%-მდე გაუმჯობესდა და კამერების ზომებიც მნიშვნელოვნად შემცირდა- LVEDD-5.8 სმ, ნატრიორეზული პეპტიდის დონე ნორმალურ საზღვრებში დაფიქსირდა-NT-pro-BNP-85.1 pg/mL.

12 თვის განმავლობაში განმეორებითი ვიზიტებისას დადებითი ექოკარდიოგრაფიული დინამიკა შენარჩუნდა. ბოლო ვიზიტის დროს LVEF 50%-ს შეადგენდა და ყველა კამერის ზომა ნორმალურ რეფერენტულ საზღვრებში იყო. პაციენტი დღემდე თავს ბევრად უკეთ გრძნობს როგორც ფიზიკურად, ასევე ფსიქიკურად, აგრძელებს დანიშნულ მედიკამენტურ თერაპიას.

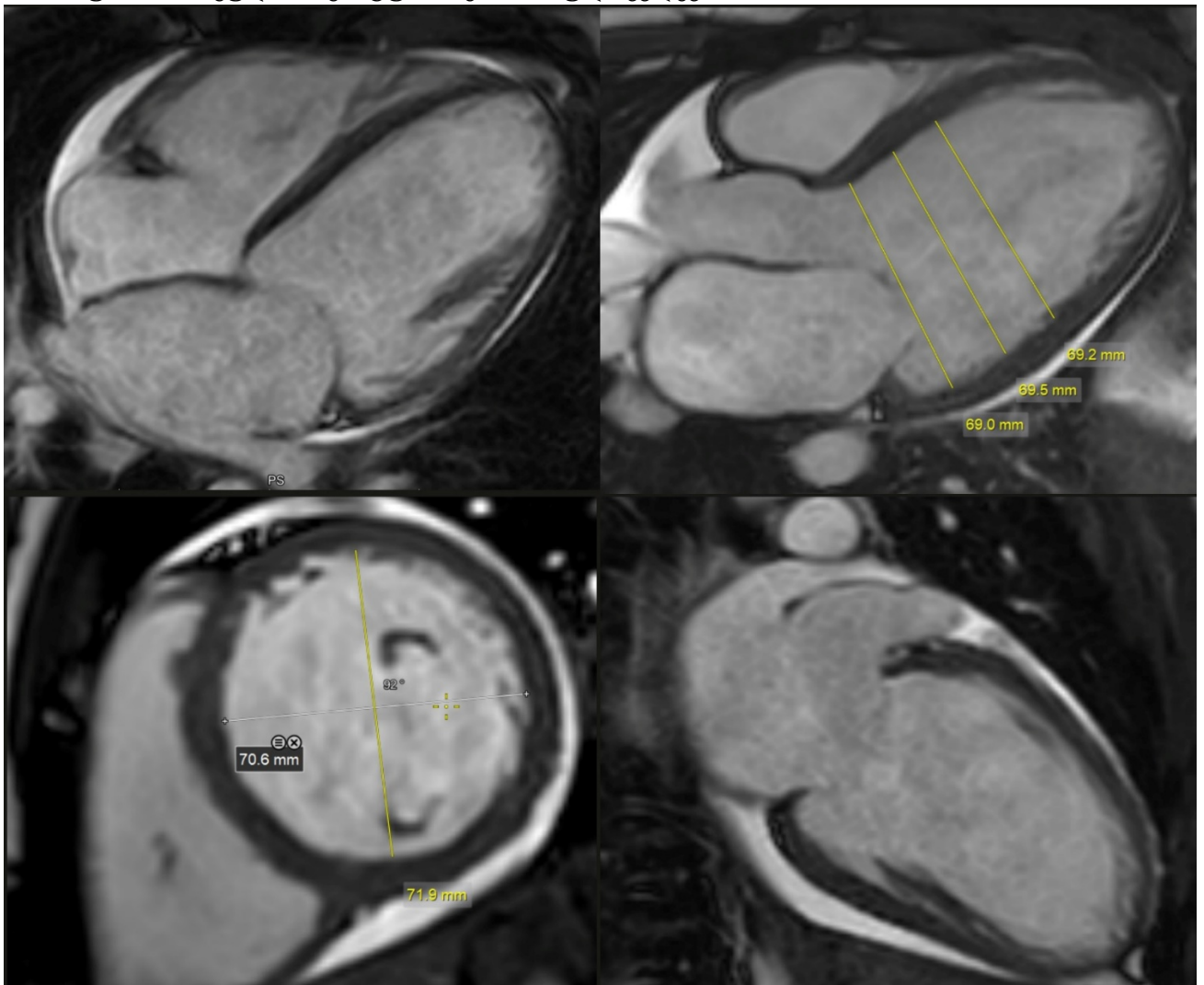
სურათი 1 ინსტრუმენტული კვლევები - ელექტროკარდიოგრამა



სურათი 2. ინსტრუმენტული კვლევები - გულმკერდის რენტგენი



სურათი 3 - გულის მაგნიტურ - რეზონანსული კვლევა



დისკუსია

ამგეტამინის ტიპის ყველა სტიმულანტიდან METH-ის მოხმარებასთან დაკავშირებული გულ-სისხლძარღვთა გართულებები ყველაზე კარგად არის განსაზღვრული და აღწერილი, ესენია: ჰიპერტენზია, არითმიები, აორტის დისექცია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, რომელიც გამოწვეულია ვაზოსპაზმით და/ან CAD-ით, ინსულტი, პულმონური ჰიპერტენზია, ენდოთელუმის დისფუნქცია და კარდიომიოპათია. მისი ძირითადი მექანიზმებია: ოქსიდაციური სტრესი, კატეჟოლამინით გაშუალებული მიოკარდიუმის სტრესი, კარდიომიოციტების წინააღმდეგ კატეჟოლამინების პირდაპირი ტოქსიკურობა და სტიმულანტების პირდაპირი ტოქსიკურობა. გამოჯანმრთელებისთვის მნიშვნელოვანია პაციენტებმა შეწყვიტონ ATS მოხმარება. ერთ-ერთი კვლევით რომელშიც მონაწილეობდნენ METH-ის მოხმარებელი პაციენტები მძიმე სისტოლური დისფუნქციით, დაასკვნეს, რომ METH-ის გამოყენების შეწყვეტის შემდგომ მიოკარდიუმის ფუნქციის გაუმჯობესება დამოუკიდებლად იყო დაკავშირებული მიოკარდიუმის ფიბროზის ხარისხთან, ხოლო METH-ის მოხმარების გაგრძელება ასოცირებული გახლდათ გულის უკმარისობის განგრძობასა და უარეს გამოსავალთან (Schürer et al., 2017). ასე რომ, მოხმარების შეწყვეტა, ასევე მიოკარდიუმის ფიბროზის ხარისხი, როგორც შეუქცევადი მიოკარდიუმის დაზიანების მარკერი, გულის ფუნქციის გაუმჯობესების მთავარი პრედიქტორებია. რევერს-ტაკოცუბოს პატერნი და ნაკლები პარკუჭოვანი დილატაცია პარკუჭოვანი სისტოლური ფუნქციის ადრეული აღდგენის კიდევ ერთი პრედიქტორია (Voskoboinik et al., 2016). რაც შეეხება მედიკამენტურ მკურნალობას, ჯერჯერობით არცერთი კვლევით არ შეფასებულა მედიკამენტური თერაპიის ეფექტურობა MACM-ის მქონე პაციენტებში. თუმცა იმ დრომდე, სანამ დამატებითი ინფორმაცია იქნება ხელმისაწვდომი, მიზანშეწონილია მკურნალობა HFrEF-ის მქონე პაციენტთათვის განკუთვნილი GDMT-ით (Reddy et al., 2020). პაციენტებში მიოკარდიუმის ფიბროზის ხასისხის დადგენის ოქროს სტანდარტად რჩება მიოკარდიუმის ბიოფსია. თუმცა, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ამ მხრივ LGE CMR კვლევაც კლინიკურად რელევანტურია და CMR-ით გაზომილი ფიბროზისა და ანთების ხარისხი ღირებულია LVEF-ის აღდგენის პროგნოზირებისთვის. ჩვენმა პაციენტმა, რომელსაც ანამნეზში ჰქონდა ATS-ის მოხმარების რამდენიმეწლიანი ისტორია, შუალედებში აბსტინენციის რამდენიმეწლიანი ეპიზოდებითა და LGE CMR ფიბროზის გარეშე, 12 თვის განმავლობაში აბსტინენციისა და GDMT-ის ფონზე აჩვენა ნათელი გაუმჯობესება, რაც შეესაბამება ზემოხსენებული კვლევების შედეგებს.

დასკვნა

ATS-ის მოხმარების საკითხი ჯანდაცვისთვის მნიშვნელოვან პრობლემად იქცა, თუმცა ჯერ კიდევ არ არსებობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული და ადრეული გამოვლენის მეთოდები. პრობლემას კიდევ უფრო ამძაფრებს სტიგმა, რომელიც ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებასა და კლინიკურ დეპრესიას უკავშირდება ისეთ განვითარებად ქვეყანაში, როგორიცაა საქართველო. ATSAC ყოველთვის უნდა იყოს განხილული როგორც პოტენციური დიაგნოზი კლინიკურ გარემოში, განსაკუთრებით როდესაც საქმე ეხება ახალგაზრდა მამაკაცებს ამოუხსნელი კარდიომიოპათიით. მიუხედავად იმისა, რომ ATSAC-ის მქონე პაციენტებში საკმარისი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მართვის სტრატეგიები არ არსებობს, პაციენტთა უმრავლესობასთან, მძიმე მიოკარდიუმის ფიბროზის გარეშე, აბსტინენციისა და GDMT-ის პირობებში შესაძლებელია კარდიული ფუნქციის აღდგენა. ATS-ის მოხმარებლებთან დამოკიდებულების დაძლევაში დასახმარებლად და მედიკამენტურ თერაპიაზე მათი დამყოლობის გაუმჯობესებისა და მონიტორინგისთვის მნიშვნელოვანია მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომელშიც ჩართული იქნებიან ოჯახის ექიმები, კარდიოლოგები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები და სოციალური მუშაკები. ეს შემთხვევა კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს, რომ ATS გამოყენების შეწყვეტას შეუძლია მწვავე გულის სტრუქტურული რემოდელირების უკუგანვითარება და ფუნქციური სტატუსის გაუმჯობესება გულის მწვავე უკმარისობის მქონე ახალგაზრდებში, მიუხედავად მისი ხანგრძლივი გამოყენებისა.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Bonsignore, A., Barranco, R., Morando, A., Fraternali Orcioni, G., & Ventura, F. (2019). MDMA Induced Cardio-toxicity and Pathological Myocardial Effects: A Systematic Review of Experimental Data and Autopsy Findings. *Cardiovascular Toxicology*, 19(6), 493–499. <https://doi.org/10.1007/s12012-019-09526-9>
- Dominic, P., Ahmad, J., Awwab, H., Bhuiyan, Md. S., Kevil, C. G., Goeders, N. E., Murnane, K. S., Patterson, J. C., Sandau, K. E., Gopinathannair, R., Olshansky, B. (2022). Stimulant Drugs of Abuse and Cardiac Arrhythmias. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 15(1), e010273. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.121.010273>
- European Union Drugs Agency (2025), European Drug Report 2025: Trends and Developments, (2025). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/3504283>
- Huang, M.-C., Yang, S.-Y., Lin, S.-K., Chen, K.-Y., Chen, Y.-Y., Kuo, C.-J., & Hung, Y.-N. (2016). Risk of Cardiovascular Diseases and Stroke Events in Methamphetamine Users: A 10-Year Follow-Up Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(10), 1396–1403. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09872>
- Online World Drug Report 2024—Drug market patterns and trends. (n.d.). www.unodc.org. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html>
- Reddy, P. K. V., Ng, T. M. H., Oh, E. E., Moady, G., Elkayam, U. (2020). Clinical Characteristics and Management of Methamphetamine-Associated Cardiomyopathy: State-of-the-Art Review. *Journal of the American Heart Association*, 9(11), e016704. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.016704>
- Schürer, S., Klingel, K., Sandri, M., Majunke, N., Besler, C., Kandolf, R., Lurz, P., Luck, M., Hertel, P., Schuler, G., Linke, A., & Mangner, N. (2017). Clinical Characteristics, Histopathological Features, and Clinical Outcome of Methamphetamine-Associated Cardiomyopathy. *JACC: Heart Failure*, 5(6), 435–445. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.02.017>
- Voskoboinik, A., Ihle, J. F., Bloom, J. E., & Kaye, D. M. (2016). Methamphetamine-associated cardiomyopathy: Patterns and predictors of recovery. *Internal Medicine Journal*, 46(6), 723–727. <https://doi.org/10.1111/imj.13050>
- Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi, M., Parent, D., Iguchi, M., & Methamphetamine Treatment Project. (2004). Psychiatric Symptoms in Methamphetamine Users. *The American Journal on Addictions*, 13(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/10550490490436055>
- ნარკოვიტარების წლიური ანგარიში 2022. (2023). ნარკოვიტარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი. <https://justice.gov.ge/files/iz7zjVX7E2Nb.pdf>



მიოკარდიტი როგორც არითმოგენული კარდიომიოპათიის განვითარების ერთ-ერთი რისკფაქტორი

Myocarditis as a risk factor for the development of arrhythmogenic cardiomyopathy

doi https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.12

თამაზ ხელაძე^{1a}, მარიამ ლომიძე^{1b}, გიორგი ბაზერაშვილი¹

Tamaz Kheladze^{1a}, Mariam Lomidze^{1b}, Giorgi Bazerashvili¹

¹ აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი, თბილისი, საქართველო
¹Chapidze Emergency Cardiology Center, Tbilisi, Georgia

^akheladze1986@gmail.com

https://orcid.org/0009-0007-4905-7760

^bmariamlomidze05@gmail.com

აბსტრაქტი

შესავალი: არითმოგენური კარდიომიოპათია პროგრესირებადი მიოკარდიუმის დაავადებაა გენეტიკური ან შეძენილი ეტიოლოგიით, რომელიც დაკავშირებულია პარკუჭოვან არითმიებთან და უეცარი გულის სიკვდილის მაღალ რისკთან. ამ შემთხვევის აღწერის მიზანია არითმოგენური კარდიომიოპათიის დიაგნოსტიკისა და მართვის თავისებურებების წარმოჩენა და გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის მნიშვნელობის ხაზგასმა დიაგნოსტიკაში. **მეთოდი:** წარმოდგენილია ქალის კლინიკური შემთხვევა მიოკარდიტის შორეული ანამნეზით, რომელმაც განიცადა განმეორებადი სინკოპე და მდგრადი პარკუჭოვანი ტაქიკარდია, რომელიც პარკუჭოვან ფიბრილაციაში გადაიზარდა. ჩატარდა სრული კლინიკური და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, მათ შორის ექოკარდიოგრაფია და გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია დიაგნოსტიკისა და რისკის შეფასების მიზნით. **შედეგები:** გამოკვლევებმა აჩვენა ბივენტრიკულური დილატაცია და მიოკარდიუმის ფიბროზი, რაც შეესაბამებოდა არითმოგენური კარდიომიოპათიის დიაგნოზს. პაციენტს ჩატარდა წარმატებული დეფიბრილაცია და შემდგომში, უეცარი გულის სიკვდილის პრევენციის მიზნით კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი. **დასკვნა:** წარმოდგენილი შემთხვევა უსვამს ხაზს გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის კრიტიკულ როლს არითმოგენური კარდიომიოპათია დიაგნოსტიკაში, განსაკუთრებით არაგენეტიკური ეტიოლოგიის შემთხვევებში. ადრეული რისკის სტრატეგიკაცია და მოწყობილობაზე დაფუძნებული თერაპია მნიშვნელოვანწილად ამცირებს უეცარი გულის სიკვდილის რისკს და აუმჯობესებს პაციენტის პროგნოზს.

საკვანძო სიტყვები: არითმოგენური კარდიომიოპათია, მიოკარდიტი, პარკუჭოვანი ტაქიკარდია, პარკუჭოვანი ფიბრილაცია, უეცარი კარდიული სიკვდილი, გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ბივენტრიკულური დისფუნქცია.



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

რეკომენდირებული ციტირება: ხელაძე თ, ლომიძე მ, ბაზერაშვილი გ. (2025). მიოკარდიტი როგორც არითმოგენული კარდიომიოპათიის განვითარების ერთ-ერთი რისკფაქტორი. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.12.

Abstract

Introduction: Ventricular arrhythmias and a high risk of sudden cardiac death are features of arrhythmogenic cardiomyopathy (ACM), a progressive myocardial disease with a genetic or acquired etiology. This case report aims to highlight the significance of cardiac magnetic resonance imaging (MRI) in diagnosis, as well as its diagnostic and treatment aspects in arrhythmogenic cardiomyopathy. **Methods:** We describe a clinical case of a female patient who had a distant history of myocarditis. The patient had ventricular tachycardia that progressed to ventricular fibrillation and recurrent syncope. For risk assessment and diagnostic confirmation, extensive clinical and instrumental investigations were carried out, including cardiac magnetic resonance imaging and echocardiography. **Results:** Arrhythmogenic cardiomyopathy was diagnosed based on the examinations, which showed biventricular dilatation and myocardial fibrosis. To prevent sudden cardiac death, the patient received an implanted cardioverter-defibrillator (ICD) after undergoing successful defibrillation. **Conclusion:** This case highlights the importance of cardiac magnetic resonance imaging in diagnosing arrhythmogenic cardiomyopathy, particularly when the cause is not genetic. The prognosis of patients is improved, and the risk of sudden cardiac death is considerably decreased with early risk stratification and device-based therapy.

Keywords: Arrhythmogenic cardiomyopathy, myocarditis, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation.

Recommended Citation: Kheladze, T., Lomidze, M., Bazerashvili, G. (2025). Myocarditis as a risk factor for the development of arrhythmogenic cardiomyopathy. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.12>

შესავალი

არითმოგენური კარდიომიოპათია არის მიოკარდიუმის დაავადება, რომელიც ხასიათდება მიოკარდიუმის არაიშემიური, ფიბროზული ან ფიბრო-ცხიმოვანი ნაწიბუროვანი დეგენერაციით. ეს ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები პირველად 1994 წელს დადგინდა (Corrado et al., 2021). არითმოგენური კარდიომიოპათია, როგორც წესი, გამოწვეულია დესმოსომური ცილების კოდირების გენების დესტაბილიზაციით, მიოციტების დარღვევით და მიოკარდიუმის რემოდელირებით. თუმცა, ეს შეიძლება იყოს პოსტ-ანთებითი მდგომარეობა ან იდიოპათიური. ეს ცვლილებები უზრუნველყოფს ელექტროფიზიოლოგიურ სუბსტრატს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში პარკუჭოვანი არითმიების განვითარებისთვის. ისინი დაკავშირებულია გულის სიკვდილის ძალიან მაღალ რისკთან, განსაკუთრებით ახალგაზრდა და ფიზიკურად აქტიურ პირებში.

კარდიომიოპათიის პოპულაციური სიხშირე შეფასებულია 1:1000-დან 5000-მდე (Corrado et al., 2017). სტატისტიკურად, შემთხვევათა დაახლოებით 50-60%-ში გვხვდება მარჯვენა პარკუჭის ფორმა, ხოლო 20-30%-ში - მარცხენა პარკუჭის ან ორივე პარკუჭის.

ამ შემთხვევის ანგარიშის მიზანია წარმოადგინოს არითმოგენური კარდიომიოპათიის (ACM) ატიპიური, ორივე პარკუჭის ფორმის კლინიკური სურათი საშუალო ასაკის ქალ პაციენტში, რომელსაც მიოკარდიტის ისტორია აქვს. შემთხვევა განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა, რადგან ის ასახავს დაავადების პროგრესირებას უსიმპტომო ფაზიდან სიცოცხლისთვის საშიშ არითმიებამდე და ასევე ხაზს უსვამს გრძელვადიანი მონიტორინგისა და სტრატეგიული კვლევის მეთოდების (მათ შორის, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის) მნიშვნელობას პაციენტებში, რომლებსაც მიოკარდიტის ან უცნობი წარმოშობის არითმიული მოვლენების ისტორია აქვთ.

შემთხვევის მიმოხილვა

44 წლის ქალი, დაოჯახებული, 2 ორსულობა და 2 შვილი. პროფესიით მზარეული. მის სამედიცინო ისტორიაში წარსულში მიოკარდიტის დიაგნოზი ჰქონდა, რის გამოც კლინიკაში იმყოფებოდა ჰოსპიტალიზაციის ქვეშ. იმავე პერიოდში ექოკარდიოგრაფიულმა კვლევამ აჩვენა მარცხენა პარკუჭში არამოფლოტირე თრომბი, რის გამოც ვარფარინით თერაპიაზე იმყოფებოდა. მედიკამენტური თერაპიის ფონზე, ამ პერიოდში გამოვლინდა დადებითი ექოკარდიოგრაფიული დინამიკა. შემდგომი გამოკვლევების დროს მარცხენა პარკუჭში თრომბის მასა აღარ დაფიქსირებულა. პაციენტი ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში ექიმთან არ მისულა. ის რეგულარულად არ იტარებდა მედიკამენტურ თერაპიას.

მიოკარდიტის დიაგნოზიდან ხუთი წლის შემდეგ, პაციენტს აღენიშნებოდა გულისცემის აჩქარების რამდენიმე ეპიზოდი, ასევე სინკოპეს რამდენიმე ეპიზოდი, სიმძიმისა და დისკომფორტის შეგრძნებასთან ერთად მკერდის არეში, ქოშინის გაძლიერებასთან და ტაქიპნოესთან ერთად, რის გამოც გამოიძახეს სასწრაფო სამედიცინო დახმარება. სასწრაფო დახმარების მანქანაში პაციენტს ეკვ მონიტორზე აღენიშნებოდა პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის და პარკუჭოვანი ფიბრილაციის რამდენიმე ეპიზოდი, რის გამოც ჩატარდა დეფიბრილაცია და ელექტრული განმუხტვის ფონზე აღდგა სინუსური რიტმი. კლინიკაში ჰოსპიტალიზაციის დროს ჩატარებულმა ეკვ აჩვენა ეპსილონ ტალღები V1, V2, V3 განხრებში, ასევე (-T) - V1, V2, V3, V4, V5, V6 განხრებში. ხშირი პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია. ჰისისი კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადა. დაბალი QRS ვოლტაჟი (<0.5 mV) სტანდარტულ განხრებში.

ჩატარდა ექოკარდიოგრაფია - გამოვლინდა მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია. სისტოლური დისფუნქცია. ლოკალური დისინერგია არ გამოვლინდა. მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია იყო რესტრიქციული ტიპის. აორტის ფესვი და ფილტვის ღერო ნორმალური ზომის იყო. დოპლეროგრაფიამ აჩვენა მსუბუქი მიტრალური და საშუალო ზომის სამკარიანი სარქვლის რეგურგიტაცია. ფილტვის არტერიაში წნევა ნორმის ზედა ზღვარზე იყო.

პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის/პარკუჭოვანი ფიბრილაციის ხშირი ეპიზოდების და სტენოკარდიული ტკივილის ხშირი შემთხვევების გათვალისწინებით, მათი იშემიური გენეზისის (TNTs-0.104 ნგ/მლ) გამოსარიცხად, ჩატარდა კორონაროგრაფია, სადაც კორონარულ არტერიებში ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ დაფიქსირებულა. პაციენტის კლინიკური მონაცემების გათვალისწინებით, რაც მოიცავდა

ქომინს, დესატურაციას, ტაქიპნოს. ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის გამოსარიცხად, ლაბორატორიულად განისაზღვრა D დიმერი-1.4 მკგ/მლ, ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ჩატარდა ფილტვის არტერიის კომპიუტერული ტომოგრაფია, სადაც ფილტვების თრომბოემბოლიის კომპიუტერული ნიშნები არ დაფიქსირებულა.

პაციენტის ანამნეზის, კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე გადაწყდა გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის (CMR) ჩატარება, სადაც გამოვლინდა მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვის ფუნქციის მკვეთრი შემცირება, EF-33%. LVEDV-140 მლ. RVEDV/BSA 80 მლ/მ². ასევე, მკვეთრად შემცირდა მარჯვენა პარკუჭის შეკუმშვის ფუნქცია. ის ასინქრონულად იკუმშებოდა EF-21%. RVEDV-246 მლ. RVEDV/BSA-138 მლ/მ².

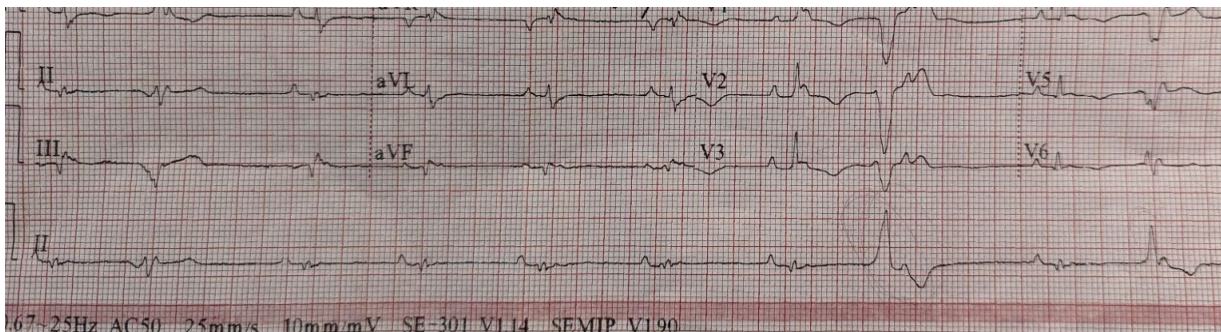
ინტრავენური გადოლინიუმის კონტრასტის გამოყენებით სტრუქტურული შეფასება: მარცხენა პარკუჭის გვერდითი კედელში აღინიშნა სუბპერიკარდიული გადიდება, მარჯვენა პარკუჭი მნიშვნელოვნად გაფართოებული იყო, მარჯვენა პარკუჭის შეკუმშვა დობა შემცირებული და ასინქრონული (ნორმალური Qd/Qs-ის წინააღმდეგ), ასევე მარცხენა პარკუჭში სუბეპიკარდიული გაძლიერების უბნები. გულის მაგნიტურ-რეზონანსულმა ტომოგრაფიამ დაადგინა მარჯვენა და მარცხენა პარკუჭების არითმოგენური კარდიომიოპათია (კომბინირებული).

განდევნის ფრაქციის მკვეთრი შემცირებისა და პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის ხშირი შემთხვევების გათვალისწინებით, პაციენტი შეფასდა, როგორც უეცარი კარდიული სიკვდილის მაღალი რისკის მქონე. ECS I კლასის რეკომენდაციას უწევს ICD იმპლანტაციას, კარდიომიოპათიის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ არითმოგენური კარდიომიოპათია, რომლებმაც გადაიტანეს გულის გაჩერება, პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის ან ფიბრილაციის გამო, ან რომლებსაც აქვთ სპონტანური მდგრადი პარკუჭოვანი არითმიები, რომლებიც იწვევენ სინკოპეს ან ჰემოდინამიკურ არასტაბილურობას შექცევადი მიზეზების გარეშე.

ორკამერიანი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი (ICD) იმპლანტირებული იქნა სასწრაფოდ, დაუყოვნებლივ, პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე. დინამიური ექოკარდიოგრაფიით, თრომბის მასა აღარ იყო გამოვლენილი. პაციენტის გაწერიდან 1 თვის შემდეგ დაფიქსირდა პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის ეპიზოდი, რომელიც კუპირდა ანტიტაქიკარდიული სტიმულაციით იმპლანტირებული აგრეგატის გამოყენებით.

ანტიარითმიული პრეპარატებით მკურნალობის არაეფექტურობის გათვალისწინებით, რეკომენდებული იყო ინვაზიური ელექტროფიზიოლოგიური კვლევა და რადიოსიხშირული აბლაცია. პაციენტს ასევე ურჩიეს გენეტიკური ტესტირების ჩატარება და თრომბოფილიის პანელის დადგენა. პაციენტი გულის უკმარისობის სამკურნალოდ შესაბამის მედიკამენტურ თერაპიას იღებდა. ექოკარდიოგრაფიულად, გულის შეკუმშვის ფუნქცია გაუმჯობესდა, ოპტიმალური მედიკამენტური თერაპიის 5-თვიანი მკურნალობის შემდეგ განდევნის ფრაქციამ 58% შეადგინა.

სურათი 1: ელექტროკარდიოგრამა



ეკგ ზე ჩანს ეპსილონის ტალღები V1, V2, V3 განხრებში, ასევე (-T) - V1, V2, V3, V4, V5, V6. პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია.ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადა. დაბალი QRS ვოლტაჟი (<0.5 mV) სტანდარტულ განხრებში.

დისკუსია

არითმოგენური კარდიომიოპათიის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა მისი ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტიკის სირთულეა. დაავადება ხშირად სრულიად უსიმპტომოდ ვითარდება, სანამ მისი ერთ-ერთი გართულება არ გამოვლინდება. ელექტროკარდიოგრამაზე დამახასიათებელი ცვლილებებია T ტალღის ინვერსია მარჯვენა პრეკორდიალურ განხრებში, ექსილონის ტალღები და პარკუჭოვანი არითმიები.

მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური საშუალებაა, რომელსაც შეუძლია ცხიმოვანი დეპოზიტების, ფიბროზის და გულის კუნთში კედლის მოძრაობის ანომალიების აღმოჩენა, რაც არითმოგენური კარდიომიოპათიის დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

ეს კლინიკური შემთხვევა წარმოადგენს არითმოგენური კარდიომიოპათიის (ACM) რთულ გამოვლინებას 44 წლის ქალი პაციენტის შემთხვევაში, რომელსაც ადრე აღენიშნებოდა მიოკარდიტი და მარცხენა პარკუჭში თრომბი. შემთხვევა ხაზს უსვამს მიოკარდიუმის სტრუქტურული და ელექტრული რემოდელირების დაგვიანებულ პროგრესირებას, რაც საბოლოოდ იწვევს სიცოცხლისთვის საშიშ პარკუჭოვან არითმიებს და ბივენტრიკულურ სისტოლურ დისფუნქციას.

მიუხედავად იმისა, რომ ACM კლასიკურად ასოცირდება გენეტიკურ დესმოსომურ მუტაციებთან და უპირატესად აზიანებს მარჯვენა პარკუჭს, ბოლოდროინდელი მტკიცებულებები ადასტურებს არითმოგენური კარდიომიოპათიის, როგორც სპექტრის დაავადების კონცეფციას, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ერთ ან ორივე პარკუჭს. ამ პაციენტში გულის მაგნიტურ-რეზონანსულმა ტომოგრაფიამ (CMR) დაადასტურა ბივენტრიკულური დაზიანება, ორივე პარკუჭში მძიმე სისტოლური დისფუნქციით (LVEF 33%, RVEF 21%) და RVEDV/BSA-ს მომატებით - მონაცემები შეესაბამება ბივენტრიკულური ACM-ის შორსწასულ სტადიას. გენეტიკური კვლევა არ ჩატარებულა.

ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, მწვავე მიოკარდიტის მქონე 13 შემთხვევიდან ერთს ჰქონდა კარდიომიოპათიასთან ასოცირებულ ძირითად გენში პათოგენური ან სავარაუდოდ პათოგენური ვარიანტი (Lota et al., 2022). ეს ხაზს უსვამს გენეტიკური სეკვენირების პოტენციურ როლს მწვავე მიოკარდიტის მქონე პაციენტებში და ადასტურებს იმ კონცეფციას, რომ გენოტიპ-პოზიტიური პირები შეიძლება ფენოტიპურად ჩუმად დარჩნენ გარემო ფაქტორების გამოვლენამდე.

საჭიროა შემდგომი კვლევები იმ მექანიზმების გასარკვევად, რომლებიც ხელს შეუწყობს მიზნობრივ თერაპიას და უკეთ გავიგოთ, თუ როგორ მოქმედებს გენეტიკური ვარიანტები გრძელვადიან კლინიკურ შედეგებზე, რაც ხაზს უსვამს გენეტიკური ტესტირების მნიშვნელობას.

არითმოგენური კარდიომიოპათიის მართვა ფოკუსირებულია არითმიების პრევენციასა და უეცარი სიკვდილის რისკის შემცირებაზე. ცხოვრების წესის ცვლილებები, განსაკუთრებით დამაბული ვარჯიშის თავიდან აცილება, მნიშვნელოვანია, რადგან, როგორც დადასტურდა, ისინი ანელებენ დაავადების პროგრესირებას. მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისთვის ძირითადი თერაპიული სტრატეგიებია ანტიარითმიული პრეპარატები, კათეტერული აბლაცია და იმპლანტირებადი კარდიოვერტერული დეფიბრილატორები (ICD).

დასკვნა

წარმოდგენილი შემთხვევა ადასტურებს, რომ მიოკარდიტის გადატანამ შეიძლება გამოიწვიოს არითმოგენური კარდიომიოპათიის განვითარების პროვოცირება, რომელიც კლინიკურად საკმაოდ გვიან ვლინდება სიცოცხლისთვის საშიში პარკუჭოვანი არითმიებით და პარკუჭოვანი ფიბრილაციით. ხანგრძლივი უსიმპტომო პერიოდის მიუხედავად, დაავადება პროგრესირებს და მნიშვნელოვნად ზრდის უეცარი გულის გაჩერების რისკს. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გადამწყვეტ როლს თამაშობს გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია და გენეტიკური კვლევები, რამაც შესაძლებელი გახადა დიაგნოზის დაზუსტება და მიოკარდიუმის სტრუქტურული ცვლილებების შეფასება.

განხილული კლინიკური შემთხვევა კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს როგორც მიოკარდიტის პოტენციურ გრძელვადიან გართულებებს, ასევე არითმოგენური კარდიომიოპათიის გვიან და რთულად დიაგნოსტიკურ ბუნებას. დროული დიაგნოზი, შესაბამისი ვიზუალიზაცია და პროფილაქტიკური ჩარევა (ICD) აუცილებელია პაციენტის გადარჩენისა და ცხოვრების დამაკმაყოფილებელი ხარისხის შენარჩუნებისთვის.

ეთიკა

პაციენტისგან მიღებული იქნა წერილობითი და ინფორმირებული თანხმობა გამოქვეყნებაზე.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Corrado D, Zorzi A, Cipriani A, Bauce B, Bariani R, Beffagna G, De Lazzari M, Migliore F, Pilichou K, Rampazzo A, Rigato I. Evolving diagnostic criteria for arrhythmogenic cardiomyopathy. *Journal of the American Heart Association*. 2021;10(18):e021987.
2. Corrado D, Basso C, Judge DP. Arrhythmogenic cardiomyopathy. *Circulation research*. 2017;121(7):784-802.
3. Marcus FI, McKenna WJ, Sherrill D, Basso C, Bauce B, Bluemke DA, Calkins H, Corrado D, Cox MG, Daubert JP. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: Proposed modification of the task force criteria., 2010, 121. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.1533-41>.
4. Öncel CR, Küçük M, Yıldırım AB. The Role of Atrial Myocardial Deformation Parameters in Determining Cardioversion Success in Atrial Fibrillation Patients. *Gazi Medical Journal*. 2019;30(3).
5. Lota AS, Hazebroek MR, Theotokis P, Wassall R, Salmi S, Halliday BP, Tayal U, Verdonchot J, Meena D, Owen R, De Marvao A. Genetic architecture of acute myocarditis and the overlap with inherited cardiomyopathy. *Circulation*. 2022;146(15):1123-34.

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Health Policy, Economics and Sociology

ჟურნალის ელექტრონული ვერსია შეგიძლიათ იხილოთ ჟურნალის ვებ-გვერდზე:
<https://heconomic.cu.edu.ge>

ელ ფოსტა: tverulava@cu.edu.ge

The online version of the journal is available on the website: <https://heconomic.cu.edu.ge>
Email: tverulava@cu.edu.ge

რედაქციის მისამართი: პაატა სააკაძის ქ. 1, ქ.თბილისი 0102, საქართველო
Adress: Paata Saakadze St. 1, Tbilisi 0102, Georgia

PRINT ISSN 2449-2469
ONLINE ISSN 2346-7983