



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

საერთაშორისო სამეცნიერო
რეცენზირებადი ჟურნალი
International Scientific
Refereed Journal

4

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



4

2020

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

№ 4



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

თბილისი 2020 Tbilisi

კავკასიის უნივერსიტეტი

Caucasus University

მთავარი რედაქტორი:

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

Editor-in-Chief:

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

PRINT ISSN 2960-9992

ONLINE ISSN 2960-9984



კავკასიის უნივერსიტეტი
CAUCASUS UNIVERSITY

სარედაქციო კოლეგია:

კახა შენგელია - ისტორიის და ეკონომიკის დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)
ბორის ლეჟავა - ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)
გიორგი მახარაშვილი - მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლის დეკანი (კავკასიის უნივერსიტეტი)
ზვიად კირტავა - მედიცინის დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)
ოთარ გერზმავა - მედიცინის დოქტორი (გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი)
ნატა ყაზახაშვილი - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
ლელა სტურუა - მედიცინის დოქტორი (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი)
რევაზ ჯორბენაძე - მედიცინის დოქტორი (ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი)
რიმა ბერიაშვილი - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი)
იაგო კაჭკაჭიშვილი - სოციოლოგიის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
ნინო მაჩუროშვილი - პოლიტიკის მეცნიერების დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)
დევი ტაბიძე - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი)
კახაბერ ჯაყელი - ეკონომიკის დოქტორი (შავი ზღვის საერთაშორისო უნივერსიტეტი)
ერეკლე პირველი - ეკონომიკის დოქტორი (კავკასიის უნივერსიტეტი)
დიმიტრი კორძაია - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
ოთარ ვასაძე - მედიცინის დოქტორი (საქართველოს უნივერსიტეტი)
ოთარ ჩოკოშვილი - მედიცინის დოქტორი (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი)
ნონა გელიტაშვილი - ეკონომიკის დოქტორი (თბილისის ჰუმანიტარული სასწავლო უნივერსიტეტი)
ილია ნადარეიშვილი - მედიცინის დოქტორი (დ.ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი)
ნინო ჩიხლაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
ზურაბ სიხარულიძე - მედიცინის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი)
ლალი კოკაია - მედიცინის დოქტორი (თამარ მეფის უნივერსიტეტი)
მანანა ჩიხლაძე - მედიცინის დოქტორი (ავ. წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
სოფიო ბერიძე - მედიცინის დოქტორი (ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
იმედა რუბაშვილი - ქიმიის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
დიმიტრი ჯაფარიძე - ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორი (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
ირმა კორთაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
გივი ბედიანაშვილი - ეკონომიკის დოქტორი (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)
თამარ ლობჯანიძე - ჯანმრთელობის მეცნიერებათა სკოლის დირექტორი, (საქართველოს უნივერსიტეტი)

სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები:

ლეილა კარიმი - ფსიქოლოგიის და სტატისტიკის დოქტორი, RMIT უნივერსიტეტი, (ავსტრალია)
მეთიუ იოვეტი - დოქტორი, ჯანდაცვის დაფინანსების უფროსი სპეციალისტი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (დიდი ბრიტანეთი)
კამელია ქრისტინა დაიაკონუ - ჟურნალ “Archives of the Balkan Medical Union” რედაქტორი, ბალკანეთის მედიცინის კავშირის პრეზიდენტი (ბუქარესტი, რუმინეთი)
ვივიანა მანგიატერა - პროფესორი, ბოკონის უნივერსიტეტი (მილანი, იტალია)
თეა ი. კოლინზი - არაგადამდებ დაავადებათა გლობალური კოორდინაციის მრჩეველი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჟენევა, შვეიცარია)
რევათი ფალკვი - ნოტინგემის უნივერსიტეტი (ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი)
ლეილა აფმარი - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
თისა ვიჯარეთნი - დოქტორი, პროფესორი, მელბურნის უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
ჯირი რადა - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
სტივ პოლგერი - დოქტორი, პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტი (ავსტრალია)
გიორგი მაქარიშვილი - სოციალურ მეცნიერებათა დოქტორი (შვეიცარია)
არანკა იგნასიაკ-შულცი - ეკონომიკის დოქტორი, ნიკოლაუს კოპერნიკის უნივერსიტეტი (პოლონეთი)

Scientific Editorial Board

Kakha Shengelia - Doctor of Economics (Caucasus University)
 Buba Lezhava - Doctor of Business Administration (Caucasus University)
 Giorgi Makharashvili - Dean of the School of Medicine and Healthcare Management (Caucasus University)
 Zviad Kirtava - Doctor of Medicine (Caucasus University)
 Otar Gerzmava - Doctor of Medicine (Grigol Robakidze University)
 Nata Kazakhashvili - Doctor of Medical Science (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)
 Revaz Jorbenadze - Doctor of Medical Science (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)
 Lela Sturua - Doctor of Medicine (National Center for Disease Control and Public Health)
 Devi Tabidze - Doctor of Medicine (Tbilisi State Medical University)
 Rima Beriashvili - Doctor of Medicine (Tbilisi State Medical University)
 Iago Kachkachishvili - Doctor of Social Sciences (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)
 Nino Machurishvili - Doctor of Political Science (Caucasus University)
 Otar Chokoshvili - Doctor of Medicine (Center for Infectious Pathology, AIDS and Clinical Immunology)
 Kakhaber Jakeli - Doctor of Economics (Black sea international university)
 Erekle Pirveli - Doctor of Economics (Caucasus University)
 Dimitri Kordzaia - Doctor of Medicine (Tbilisi State University)
 Otar Vasadze - Doctor of Medicine (University of Georgia)
 Nona Gelitashvili - Doctor of Economics (Tbilisi Humanitarian Teaching University)
 Ilia Nadareishvili - Doctor of Medicine (David Tvildiani Medical University)
 Nino Chikhladze - Doctor of Public Health (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)
 Zurab Sikharulidze - Doctor of Medicine (Tbilisi State Medical University)
 Manana Chikhladze - Doctor of Medicine (Ak. Tsereteli State University)
 Sophio Beridze - Doctor of Medicine (Batumi State University)
 Imeda Rubashvili - Doctor of Chemistry (Ivane Javakhishvili Tbilisi State University)
 Lali Kokaia - Doctor of Medical Science (King Tamar University)
 Dimitri Japaridze - Doctor of Business Administration (Ilia State University)
 Irma Kirtadze - Doctor of Public Health (Ilia State University)
 Givi Bedianashvili - Doctor of Economics (European University)
 Tamar Lobzhanidze - Director of the School of Health Sciences, (University of Georgia)

Foreign part of Editorial board members:

Leila Karimi - Doctor of Psychology and Doctor of Statistics, Professor, RMIT University (Australia)
 Camelia Cristina Diaconu - Editor-in-Chief “Archives of the Balkan Medical Union”, President of the Balkan Medical Union (Bucharest, Romania)
 Matthew Jowett - PhD, Senior Health Financing Specialist, World Health Organization (Great Britain)
 George Shakarishvili – Doctor of Social Sciences (Switzerland)
 Viviana Mangiaterra - Professor, University of Bocconi (Milan, Italy)
 Téa E. Collins - Adviser of The World Health Organization Global Coordination Mechanism on NCDs (Geneva, Switzerland)
 Revati Phalkey - Professor, University of Nottingham (London, UK)
 Leila Afshari - PhD, Director of HRM and Management Programs, La Trobe University (Australia)
 Tissa Wijeratne - PhD, Professor, University of Melbourne (Australia)
 Jiri Rada - PhD, Professor, La Trobe University (Australia)
 Steve Polgar - PhD, Professor, La Trobe University (Australia)
 Aranka Ignasiak-Szulc - Doctor of Economics, Nicolaus Copernicus University in Torun (Poland)

რედაქტორი - ეკა ელიავა

Editor - Eka Eliava

სარჩევი

1. დავით ნემსაძე, თენგიზ ვერულავა. თამბაქოს მოხმარების დაწყების მიზეზები ახალგაზრდებში
2. გიორგი ბერია, ვახტანგ სურგულაძე, თეა გიორგაძე. უწყვეტი სამედიცინო განათლების პრობლემატიკა და მნიშვნელობა საქართველოში
3. თინათინ გზირიშვილი, ანა გიგუაშვილი, ნინო ჩიხლაძე. საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების რისკების აღქმა და ქცევები
4. მარიამ ლიკლიკაძე, მარიამ ჯიბუტი, ანა პაპიაშვილი, თენგიზ ვერულავა. ნარკოტიკის მომხმარებელი C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ბენეფიციართა ინფორმირებულობა და ქცევა
5. მარიამ მუქერია, ბესო კიკნაძე, თენგიზ ვერულავა. თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონის ზემოქმედება ახალგაზრდების მიერ თამბაქოს მოხმარებაზე
6. ელენე ფიცხელაური. მეცნიერება, ტექნოლოგიები და ინოვაციები ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში: მოსახლეობის დამოკიდებულებები
7. თენგიზ ვერულავა, ქეთი დიასამიძე, თამთა სიჭინავა, მარიამ ხუბულავა. სტუდენტების აკადემიური სტრესი
8. ქეთევან თვალავაძე, თენგიზ ვერულავა. საქართველოს საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის თავისებურებები
9. ლევან გოგიჩაიშვილი. ჰეპატოცელულური კარცინომის ეპიდემიოლოგია

Content

1. Davit Nemsadze, Tengiz Verulava. Reasons for smoking among the teenagers of Georgia
2. Giorgi Beria, Vakhtang Surguladze, Tea Giorgadze. Problems and importance of continuous medical education in Georgia
3. Ana Giguashvili, Nino Chikhladze. Perception of road traffic safety among road users and their behavior. Tinatin Gzirishvili,
4. Mariam Liklikadze, Mariam Jibuti, Ana Papiashvili, Tengiz Verulava. Awareness and Behavior of Beneficiaries of Hepatitis C Elimination Program
5. Mariam Mukeria, Beso Kiknadze, Tengiz Verulava. The impact of tobacco control law on adolescent smoking
6. Elene Pitskhelauri. Science, Technology and Innovation in Health and Medical Care: Public Attitude
7. Tengiz Verulava, Ketii Diasamidze, Tamta Sichinava, Mariam Khubulava. Academic Stress Among University Students
8. Ketevan Tvalavadze, Tengiz Verulava. Health characteristics of the State Ballet of Georgia's artists
9. Levan Gogichaishvili. Epidemiology of hepatocellular carcinoma

თამბაქოს მოხმარების დაწყების მიზეზები ახალგაზრდებში

დავით ნემსაძე¹, თენგიზ ვერულავა²

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

² მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

აბსტრაქტი

შესავალი. თამბაქოს მოხმარებაზე გავლენას ახდენს სოციალური გარემო, განსაკუთრებით ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა განათლების და ინფორმირებულობის დონე, ახლო სოციალური წრე, მშობლების ქცევა, ოჯახის წევრთა მხარდაჭერა. კვლევის მიზანია იმ თვისებათა და ფაქტორთა გამოვლენა, რაც ხელს უწყობს თამბაქოს მოხმარების დაწყებას თინეიჯერობის ასაკში. **მეთოდოლოგია.** ჩატარდა თვისებრივი კვლევა, პირდაპირი გამოკითხვისა და ფოკუს-ჯგუფის სახით, არაშემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შერჩეულ ახალგაზრდებში. **შედეგები.** რესპონდენტების უმრავლესობა თამბაქოს მოხმარებას იწყებს არასრულწლოვან ასაკში. ამ მხრივ ასევე მნიშვნელოვანია სამეგობრო წრის და ოჯახის გავლენა. თამბაქოს მოხმარების დაწყებისადმი გადამწყვეტი როლი ახლო სოციუმმა ითამაშა. ახალგაზრდებში უფრო დადებითად აღიქმება თამბაქოს მოხმარება ვიდრე უარყოფითად. რესპოდენტებმა თამბაქოს მოხმარება პირველად მეგობრებისა და კლასელების წრეში დაიწყეს. იმისმიუხედავად, რომ ახალგაზრდების ორგანიზმი უარყოფითად რეაგირებდა თამბაქოს მოხმარებაზე, ისინი ამ ქცევას მაინც აგრძელებდნენ. **დისკუსია.** ახალგაზრდები საკუთარი პიროვნული მომწიფების სადემონსტრაციოდ მოიხმარენ თამბაქოს, ამგვარი ქცევა სხვაზე ორიენტირებულია, მათთვის ახდენს იმის აფიშირებას, რომ ისინი საზოგადოების სრულფასოვანი და ზრდასრული წევრები არიან, ემსახურება სხვათა მიმართ მათი ქცევითი, ნებითი თუ ვიზუალური მხარის დადებითი რეპუტაციის შექმნის მიზანს. **დასკვნა.** მიზანშეწონილია თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ღონისძიებების ხელშეწყობა. ამ მხრივ, მისასაღმებელია საქართველოში „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ კანონის ამოქმედება, რომელიც კრძალავს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში, კერძოდ, სასწავლო და სხვა სახის დაწესებულებებში თამბაქოს მოხმარებას და რეკლამირებას, ასევე სკოლებთან ახლოს თამბაქოს ნაწარმის გაიყიდვას.

საკვანძო სიტყვები: თამბაქოს მოხმარება, ქცევა.

ციტირება: დავით ნემსაძე, თენგიზ ვერულავა. თამბაქოს მოხმარების დაწყებაზე მოქმედი ფაქტორები ახალგაზრდებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4).

Reasons for smoking among the teenagers of Georgia

Davit Nemsadze¹, Tengiz Verulava²

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

² Doctor of Medicine, Professor of Caucasus University

Abstract

Introduction: Influence on tobacco consumption makes social environment. Especially such factors as the friend's and parent's attitude towards behavior, also level of the information about tobacco real damages. This research aims to identify the characteristics and factors that contribute to tobacco use in the launch of the teenager. **Methodology:** Qualitative research method was carried out in direct interviews, among young people selected by the non-random selection principle. **Results:** All respondents have consumed tobacco consumption at a juvenile age. In all cases, the community played a decisive role in tobacco consumption. Respondents started smoking in the circle of friends and classmates. Interviews show, that the youth's organism responded negatively to tobacco consumption, but despite this, they continued to do this behavior. The surveyor showed that consumption of tobacco, in the teenagers, is perceived as good reputable social behavior. Those who didn't consumption nowadays tobacco, says, that they didn't have communication with those community, in which relationship times was started smoking. **Conclusion:** It is advisable to encourage tobacco use restrictions. In this regard, it is welcome to introduce the Law on Tobacco Control in Georgia that prohibits tobacco consumption and advertising in public places, particularly in educational and other institutions, as well as selling tobacco products near schools.

Keywords: tobacco consumption, behavior.

Quote: David Nemsadze, Tengiz Verulava. Reasons for smoking among the teenagers of Georgia. Health Policy, Economics and Sociology 2020; (4)

შესავალი

მსოფლიოში, თამბაქოს მოხმარება სიკვდილის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. იგი იწვევს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებებს, ფილტვის კიბოს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით [1], გლობალურად ყოველწლიურად 7 მილიონი ადამიანი კვდება თამბაქოს მოხმარების შედეგად. აქედან 6 მილიონზე მეტი ადამიანი თამბაქოს პირდაპირი მოხმარების, ხოლო 890 000 ადამიანი პასიური მწვევლობის (თამბაქოს მოწვევის პროცესში გამოყოფილი მეორადი კვამლის ზემოქმედების) მსხვერპლია. მსოფლიოში მილიარდი ადამიანი თამბაქოს მოხმარებელია, რომელთაგან 80% განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს, სადაც თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადებების და სიკვდილის ტვირთი მძიმეა [2]. თამბაქოს მოხმარებით განსაკუთრებით გამოირჩევიან მამაკაცები, მოზარდები, დაბალი სოციალურეკონომიკური სტატუსის და განათლების ადამიანები [3].

თამბაქოს მოხმარება აქტუალური პრობლემაა საქართველოშიც [4]. 2016 წელს ჩატარებული „არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის“ მონაცემებით [5], ზრდასრული მოსახლეობის 31% (მამაკაცების 57% და ქალების 7%), რაც მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია.

სიკვდილის გამომწვევ ძირითად რისკ ფაქტორებს შორის მას მე-3 ადგილი უკავია. მიუხედავად იმისა, რომ ქალებს შორის მწვევლების ოფიციალური მაჩვენებელი ჯერ კიდევ შედარებით დაბალია (დაახლოებით 10%), ბოლო წლების განმავლობაში მწვეველი ქალების რაოდენობა თითქმის გაორმაგდა საქართველოში. ყოველი მეოთხე სკოლის მოსწავლე

მოიხმარს თამბაქოს რომელიმე პროდუქტს. მოსახლეობის 40%-ზე მეტი, მათ შორის ბავშვები და ორსულები, თამბაქოს კვამლის ზეგავლენის ქვეშ იმყოფება.

მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს მოზარდებში თამბაქოს მოხმარება [6]. მსოფლიო ბანკის ცნობით, ყოველდღე 18 წლამდე ასაკის 82 000-დან 99 000-მდე მოზარდი და ახალგაზრდა ხდება თამბაქოს რეგულარული მომხმარებელი [7]. აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, თამბაქოს ახალი მომხმარებლების დაახლოებით 60%-ს 18 წლამდე ასაკის მოზარდები და ახალგაზრდები შეადგენდნენ [8]. ჩინეთში 15- 18 წლის ახალგაზრდების 28% მოიხმარს თამბაქოს [9]. თურქეთში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, სტუდენტებს შორის თამბაქოს მოხმარება მერყეობს 24%- დან 52%-მდე [10].

2016 წელს საქართველოში ჩატარებული კვლევის მიხედვით [11], მასში მონაწილე 14-დან 25 წლამდე ასაკის 210 რესპონდენტიდან 40%-ს გასინჯული ჰქონდა თამბაქო. სიგარეტის გასინჯვის ასაკი ვარირებდა 4-დან 19 წლამდე; სიგარეტის ყოველდღიური მოხმარების დაწყების ასაკი მერყეობდა 12-დან 24 წლამდე, საშუალო ასაკი იყო 15 წელი. თამბაქოს რეგულარულ მომხმარებლებს შორის, დღეში 1-5 ღერ სიგარეტს ეწევა გამოკითხულთა 15%, დღეში 6-10 სიგარეტს - 10%, დღეში ერთ კოლოფამდე ეწევა ახალგაზრდების 11%, ხოლო დღეში ერთ კოლოფზე მეტის მოხმარებას აღიარებს გამოკითხულთა 4%. მოზარდები სათანადოდ ვერ აცნობიერებენ ყოველდღიურად თამბაქოს მოხმარების საფრთხეს; ყოველდღიურად 10 ღერ სიგარეტზე ნაკლების მოხმარებას მაღალი რისკის შემცველად გამოკითხულთა მხოლოდ 40% მიიჩნევს, ხოლო ყოველი მესამე რესპონდენტის აზრით, დღეში 1 კოლოფი სიგარეტის მოწევა არ შეიცავს მაღალ რისკს. კვლევა ხაზს უსვამს, რომ ბავშვობიდან მოზარდობასა და ზრდასრულ ცხოვრებაში გადასვლისას განსაკუთრებით მძაფრდება თამბაქოს მოხმარების, როგორც სიახლის გამოცდის ფაქტორი.

2016 წელს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით [12], ქართველ მოსწავლეებში თამბაქოს მოხმარების გავრცელება 43%-ია (გოგონებში - 30%, ბიჭებში - 54%). მოსწავლეების 18%-მა განაცხადა, რომ სიგარეტი მოწია უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში (ბიჭებში - 26%, გოგონებში - 9%). რეგულარული მწეველია მოსწავლეთა 12% (ბიჭების 19% და გოგონების 4%). მოსწავლეთა 21%-მა (ბიჭების 28% და გოგონების 13%) მოწევა პირველად 13 წლის ან უმცროს ასაკში სცადა. მოსწავლეთა 4% (ბიჭების 6% და გოგონების 2%) აღნიშნავს, რომ ყოველდღიური მოწევა 13 წლის ასაკში ან უფრო ადრე დაიწყო. 60%- მა განაცხადა, რომ სიგარეტის შოვნა საკმაოდ ადვილი ან ძალიან ადვილია.

კვლევები ადასტურებენ, რომ თამბაქოს მოხმარებაზე გავლენას ახდენს სოციალური გარემო, განსაკუთრებით ოჯახი. ამ მხრივ, გამოიკვეთა ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა ოჯახის განათლების და ინფორმირებულობის დონე, მშობლების ქცევა, ოჯახის წევრთა მხარდაჭერა, ახლო სოციალური წრე [13; 14].

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, თამბაქოს მოხმარება ხდება მიუხედავად იმისა, რომ მომხმარებელი აცნობიერებს მის მავნე ზემოქმედებას. თამბაქოზე დამოკიდებულებას ხელს უწყობს, როგორც რუტინულად დასწავლილი ქცევა და სოციალური ფაქტორები, ასევე თამბაქოში შემავალი ნიკოტინი, რომელიც დამოკიდებულების, შეჩვევის მაღალი მაჩვენებელით ხასიათდება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, თამბაქოზე დამოკიდებულება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა დაავადებათა შორის [15].

2015 წელს საქართველოში ჩატარდა კვლევა, რომლის მიზანს შეადგენდა თამბაქოს და სხვა ქცევითი რისკ-ფაქტორების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და

ქვეყნის შესწავლა [16]. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ არსებობს კავშირი თამბაქოს მოხმარებასა და ცოდნადამოკიდებულებს შორის. მოსახლეობაში დაბალია თამბაქოს აქტიური და პასიური მოხმარების შედეგად განვითარებული დაავადებების (მაგ., გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) შესახებ ცოდნის დონე, განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე პირებში. რესპოდენტებს, ვისაც არ ჰქონდა ინფორმაცია თამბაქოს მავნებლობის შესახებ ჯანმრთელობისათვის, ან ვისაც მიაჩნდა რომ, თამბაქოს მეორადი კვამლი არაა საზიანო, საშუალოდ 1.3-ჯერ მეტი შანსი ჰქონდათ ყოფილიყვნენ თამბაქოს მოხმარებლები. თითქმის 8-ჯერ მაღალი იყო თამბაქოს მოხმარების შანსი იმ პირებში, რომელთა მეგობრები მოიხმარდნენ სიგარეტს. 1.2-ჯერ და 1.3-ჯერ მაღალი იყო თამბაქოს მოხმარების შანსი მათში ვისაც არ ჰქონდა თამბაქოს მოხმარების აკრძალვის წესი სახლში და მანქანაში. თითქმის სამჯერ მაღალი იყო თამბაქოს მოხმარების შანსი პირებში, რომლებიც არ ეთანხმებოდნენ საზოგადოებრივ თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების აკრძალვისა და თამბაქოს პროდუქტებზე გადასახადების გაზრდის პოლიტიკას.

თამბაქოს მოხმარების შემცირებაზე ყველაზე უფრო ეფექტურად მოქმედებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები: საზოგადოებრივი განათლება, სიგარეტზე გადასახადების გაზრდა და თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვა საზოგადოებრივ ადგილებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენცია, რომელიც ძალაში 2005 წლის 27 თებერვალს შევიდა. საქართველომ მოახდინა თამბაქოს კონტროლის ჩარჩოკონვენციის რატიფიცირება (2005 წ.), რითაც აიღო ვალდებულება ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის კუთხით სრულფასოვანი ღონისძიებების გატარებაზე. თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ხელშეწყობის მიზნით, 2017 წლის 17 მაისს საქართველოში მიღებულ იქნა კანონი „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“, რომლის მიხედვით, თამბაქოს მოხმარება აკრძალა 2018 წლის 1 მაისიდან დახურულ საზოგადოებრივ და სამუშაო ადგილებში, აგრეთვე ზოგიერთი ღია ტერიტორიაზე და საზოგადოებრივ ტრანსპორტში. ასევე იკრძალება თამბაქოს ნებისმიერის გზით რეკლამირება, პოპულარიზაცია და სპონსორობა.

კვლევის მიზანია იმ თვისებათა და ფაქტორთა გამოვლენა, რაც ხელს უწყობს თამბაქოს მოხმარების დაწყებას თინეიჯერობის ასაკში.

კვლევის კითხვა - რატომ იწყებენ ახალგაზრდები თამბაქოს მოხმარებას?

კვლევის ჰიპოთეზა - ახალგაზრდები სტუდენტობის პერიოდში საკუთარი პიროვნული მომწიფების სადემონსტრაციოდ მოიხმარენ თამბაქოს, ამგვარი ქცევა სხვაზე ორიენტირებულია, მათთვის ახდენს იმის აფიშირებას, რომ ისინი საზოგადოების სრულფასოვანი და ზრდასრული წევრები არიან, ემსახურება სხვათა მიმართ მათი ქცევითი, ნებითი თუ ვიზუალური მხარის დადებითი რეპუტაციის შექმნის მიზანს.

მეთოდოლოგია

ჩატარდა თვისებრივი კვლევა, პირდაპირი გამოკითხვისა და ფოკუს-ჯგუფის სახით, არაშემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შერჩეულ ახალგაზრდებში, რაც აჩვენებს მოხმარების დაწყების ტენდენციებს ახალგაზრდებში.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 17 დან 21 წლამდე ასაკის 4 რესპოდენტი, სიღრმისეული ინტერვიუს პრინციპით. ინტერვიუს მიმდინარეობის პროცესში დაისვა დამატებითი კითხვები. თითო რესპოდენტის გამოკითხვის დრო 90 წუთი. თანაბრად არის წარმოდგენილი ორივე სქესი.

შედეგები

ინტერვიუ 1 - 17 წლის, მამრობითი სქესის

ზოგად შეკითხვაზე თუ რატომ იწყებენ ახალგაზრდები თამბაქოს მოხმარებას, რესპონდენტმა უპასუხა, რომ გასინჯვის ინტერესით. ინტერვიუს შემდგომ მიმდინარეობიდან კი გამოირკვა, რომ გასინჯვის ინტერესი პირდაპირ დაკავშირებული იყო მის ახლო სოციუმთან, მეგობრებთან:

„მე-6 კლასში დავიწყე მარკეტის შეგროვება, რომელიც სიგარეტის კოლოფებისგან კეთდებოდა. რადგან ისეთი წრე ჩამოყალიბდა, სადაც მსგავსი თემა იყო აქტუალური, მარკეტს ვინც აგროვებდა ჩვენზე ორი წლით უფროსები იყვნენ, 14 წლისები, და ისინი ეწეოდნენ. მაშინ ჩემთვის ისინი დიდები იყვნენ. შემდეგ მე და ჩემმა თანატოლმაც მოვინდომეთ მოწვევა, მაგრამ ნაფაზის დარტყმა არ ვიცოდით და რო გავესინჯეთ შევეშვიტით“.

ორგანიზმის უარყოფითი რეაქციის მიუხედავად განაგრძობდა მოწვევას, რაც სხვაზე ორიენტაციის ჰიპოთეზის მნიშვნელობას კიდევ უფრო წარმომადგენლობითს ხდის.

„ბავშვობიდან ვვარჯიშობდი და ჩემი ორგანიზმი ვერ ეგუება. ერთი ღერის ან ორი ღერის მერე ცუდად ვხდები და გული მერევს.“

მოცემული რესპონდენტი სიგარეტის ხელახალ მოხმარებას უბრუნდება 15 წლის ასაკში, მე-9 კლასში. ხაზი უნდა გაესვას გარემოებას, რომ სიგარეტის განმეორებითი მოხმარებაც სოციუმთან კავშირმა გამოიწვია:

„გარემომ იმოქმედა. ორი დღით ვიყავით კლასი წასული ექსკურსიაზე და ერთი ღერი მოვწიე. ერთი ბიჭი ეწეოდა ამ პერიოდში ხშირად და იმან შემოგვთავაზა დანარჩენებს.“

ინტერვიუ აჩვენებს, რომ თამბაქოს მოხმარებას კლასელები ზრდასრულობის, სიმწიფის, გამომხატველ ქცევად მიიჩნევენ და მათი ქცევა, უწინარესად თუ არა, მნიშვნელოვანწილად იყო განპირობებული სხვაზე ორიენტაციის საფუძველით.

„სიგარეტს უკიდებდნენ გოგოებთან და კაცობდნენ, ეგონათ ამით სხვაზე ძლიერად წარმოაჩენდნენ თავს“.

ასევე რესპონდენტის მშობლებიც იყვნენ თამბაქოს მოხმარებლები.

შეკითხვაზე, "თამბაქოს მოხმარება ახალგაზრდებში უფრო დადებითად აღიქმება თუ უფრო უარყოფითად?", რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მისი აზრით, ეს ქცევა, ახალგაზრდებში, უფრო დადებითად აღიქმება. კითხვაზე, თუ რატომ თვლიდა ასე მნიშვნელოვნად, შენიშნავს ასაკობრივ გამოცდილებას:

„ბევრის გონება გვიან ყალიბდება, ზოგს ახალგაზრდა ასაკში უყალიბდება, მაგრამ უმეტესი ვერ ხვდება. მაგ ასაკში მე რომ ეს ჭკუა მქონოდა, მაშინ არანაირ სიგარეტს არ გავსინჯავდი, მაგრამ ბევრი ჩემს ასაკშიც ვერ ხვდება.“

ქცევისა და ორგანიზმის ბიოლოგიურ მიმართებათა დამოკიდებულებებს შორის დომინანტური წილის საპოვნელად, რესპონდენტს დაესვა შეკითხვა, თუ ძირითადად რა სიტუაციებში მოიხმარდა თამბაქოს და თვლიდა თუ არა ამას აკვიატებულ ქცევად, თუ უფრო მეტად ფიზიოლოგიურ სიამოვნების განცდას თვლიდა ამ ქცევის მასტიმულირებლად.

„სიგარეტი აწყნარებსო იმახიან, მაგრამ მე მაინც მგონია რომ მაგ დროს ფსიქოლოგიურად გგონია, რომ გაწყნარებს, ისე არანაირ ზეგავლენას არ ახდენს ნერვებზე“.

კვლევის ძირითადი ჰიპოთეზის გარდა, ინტერვიუს პროცესში გამოიკვეთა კიდევ ერთი ფაქტორი, სტრესის როლი.

„მე-9 კლასი რომ მოვრჩი დიდი ტრავმა გადავიტანე და მინდოდა რამე მექნა და ყოველდღე 1 პაჩკას ვეწეოდი ალბათ.“

უნდა აღნიშნოს, რომ ამ პერიოდისათვის თამბაქოს მოხმარება ინდივიდს უკვე დასწავლილი ჰქონდა ახლო სოციუმის გავლენით, ამდენად ეს წმინდა ტიპის, თავისთავად, ავტონომიურ ფაქტორად ვერ იქნება მხედველობაში მიღებული, ვინაიდან არ ვიცით, მოწევდა თუ არა თამბაქოს სტრესის დროს მოცემული ინდივიდი, რომ არა მოხმარებასთან დაკავშირებული წინარე გამოცდილება.

ინტერვიუ 2 - 21 წლის, მდედრობითი სქესის

რესპონდენტმა თამბაქოს მოხმარება დაიწყო უნივერსიტეტში სწავლის დაწყების პერიოდში, როდესაც მშობლიური ქალაქიდან თბილისში გადავიდა საცხოვრებლად, რამაც მისი ახლო სოციუმის შემადგენლობა დიდწილად განაახლა. შესაძლოა, ეს ერთის შეხედვით ცვლილებისადმი სტრესის გამო წარმოქმნილი ქცევაა, მაგრამ რესპონდენტის გამოკითხვით დასტურდება, რომ უმთავრესი როლი, ძირითადი ზეგვალენა, კვლავ სოციუმის მხრიდან, თამბაქოს მოხმარების, დადებითი რეპუტაციის მქონე ქცევად დანახვამ მოახდინა.

"ამ ქცევაში თავისუფლებას ვხედავდი." - ეს ციტატა ხაზს უსვამს სწორედ იმას, რომ ინდივიდი ამას თვლიდა, როგორც ზრდასრულობის, სიმწიფის გამომხატველ ქცევას, რის დემოსტრირებასაც ახდენდა იმ ინდივიდების მიმართ, რომელნიც მისი სოციუმის მნიშვნელოვანი წევრები იყვნენ.

კითხვაზე, თუ როგორ აღიქვამდა თავდაპირველად მისი თანატოლების მხრიდან თამბაქოს მოხმარებას, ვიდრე თავად დაიწყებდა მოწევას, რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ დადებითად მიიჩნევდა.

დღეისათვის მოხმარებას თავი დაანება და შენიშნავს:

"დღეს იშვიათად ვხედავ, ადრე ყოველდღიურად ვხედებოდი მაგ ადამიანებს, ვისთან ურთიერთობის დროსაც დავიწყე მოწევა".

ინტერვიუ 3 - 19 წლის, მამრობითი სქესის

რესპონდენტთან ინტერვიუში პირდაპირ და ცხადად გამოიკვეთა ჰიპოთეზის პირდაპირი დადასტურება:

"აქტიური სპორტით ვიყავი დაკავებული და როცა ამ საქმიანობას ჩამოვშორდი, სკოლაში კლასელების გავლენის გამო გადავდგი ეს ცუდი ნაბიჯი."

პირველ ინტერვიუში გამოკითხულმა პიროვნებამ აღნიშნა სტრესის როლი, შესაბამისად, შემდგომ ინტერვიუშიც არ დარჩა სტრესის და სიამოვნების ფაქტორები ყურადღების მიღმა, და რესპონდენტს დაესვა შესაბამისი კითხვები ამ ცვლადების მნიშვნელობის გამოსარკვევად, მის შემთხვევაში.

" - როგორ ფიქრობთ რატომ მოიხმარენ ადამიანები თამბაქოს?

- სიამოვნების მისაღებად ან სტრესული გარემოს შესამსუბუქებლად.

- მოხმარების დაწყების მიზეზადაც ამას თვლით თუ არა?

- არ ვთვლი. ზოგი ადრეულ ასაკში ინტერესდება და მიმზადველი ხდება ამ მანერ ჩვევის მიმართ."

ამრიგად ეს პასუხი ხაზს უსვამს კვლევის ჰიპოთეზის სწორ ფორმულირებას, რომ მოხმარების დაწყების მიზეზები, ახალგაზრდებში, სწორედ, რომ სოციალურად არსებულ რეპუტაციულ ქცევად აღიქმება, რაც იწვევს მათ ინტერესს თამბაქოს მოხმარებისადმი.

შეკითხვაზე, ახლო სოციუმის გარდა, სხვა რა ფაქტორებს გამოკვეთდა სიგარეტის მიმართ მისი ინტერესის გამოწვევაში, შენიშნავს კინოს როლს, რამაც ეს ქცევა კიდევ უფრო ესთეტიკურად წარმოუდგინა.

„უფრო მეტად „ესთეტიკის“ გამო მოვიხმარდი, კინოკულტურის გავლენაც იყო.“

ასევე გამოკითხული პიროვნება თვლიდა, რომ ახალგაზრდებში კინოგმირების მიერ თამბაქოს მოხმარება, უმეტესობისათვის დადებითად აღიქმება. ჩამიებულ შეკითხვაზე, თუ რატომ თვლიდა ასე, რესპონდენტმა უპასუხა:

„მაგ ასაკში ყურადღება არ ექცევა იმ ცუდ ფაქტორებს, რაც შეიძლება თამბაქომ გამოიწვიოს. ამ ცუდ შედეგებზე არც მეფიქრებოდა ოდნავადაც კი, სანამ თმის ცვენა არ გამიხშირდა და მივხვდი, რომ საშინელება იყო თამბაქოს მოხმარება.“

გამოიკვეთა ასევე მოხმარების სიხშირე და გარემოება, თუ რა ვითარებაში მოიხმარდა ძირითადად თამბაქოს.

„კვირაში დაახლოებით 2 კოლოფს, მეგობრების ან კლასელების გარემოცვაში.“

ფიზიოლოგიურ სიამოვნებასთან დაკავშირებით შენიშნა, რომ ამას ყველაზე ნაკლებად განიცდიდა.

„ეგ ყველაზე ნაკლებად იყო, დიდ დისკომფორტს განვიცდიდი, რადგანაც აქტიური სპორტით ვიყავი დაკავებული. იმ მაგნე ნივთიერებებს ჩემი ორგანიზმი მარტივად ვერ ეგუებოდა, ენდოკრინული სისტემა განსაკუთრებით.“

რამდენადაც ჰიპოთეზაში აღნიშნულია სხვაზე ორიენტაციის მიზანი, იმდენად მრავალფეროვანია სხვისთვის საკუთარი დადებითი რეპუტაციის მოხდენის განზომილებები, ქცევით რამდენიმე ასპექტი იხსნება, როგორც საკუთარი სიმწიფის ასევე საკუთარი, მსუბუქი ფორმის "ნარცისიზმის" აფიშირება ხდება, ფრომის [17] თვალსაზრისით, აუცილებელი არ არის ნარცისულმა ადამიანმა თავისი ნარცისიზმის ობიექტად მთელი პიროვნება აქციოს: ზოგჯერ ნარცისულ შეფერილობას იძენს პიროვნების რაიმე ასპექტი - ფიზიკური უნარები, მახვილგონიერება, ქცევითი შესაძლებლობა თუ სხვა. ამ შემთხვევაში კი რესპონდენტმა თამბაქოს მოხმარების ქცევაში, შემდეგი რამ აღნიშნა:

„მოწევით მეგობრებთან ლამაზ, გრძელ თითებს ვუხდენდი აფიშირებას. თითქოს თავდაჯერებულს გხდის.“

ინტერვიუ 4 - 18 წლის, მდედრობითი სქესის

რესპონდენტმა თამბაქოს მოხმარება მეცხრე კლასში დაიწყო, როცა ძველი სკოლიდან ახალ სკოლაში გადავიდა. შეკითხვას, მოიხმარდა თუ არა მისი ახალი კლასის უმეტესი ნაწილი თამბაქოს, მან დადებითი პასუხი გასცა. გარდა ამისა, სხვაზე საორიენტაციო „მაქსიმად“, იქცა სიმპათია ბიჭის მიმართ, რომელიც თავად მოიხმარდა თამბაქოს.

კითხვაზე, თუ რატომ დაიწყო თამბაქოს მოხმარება, აღნიშნა:

„ყველა ერთი მიზეზით იწყებს რა, რო კაი ტიპი გამოჩნდეს.“

ასევე მისი ოჯახის წევრებიც მოიხმარენ თამბაქოს, მამა და ძმა.

ინტერვიუში გამოიკვია, რომ მას არაერთხელ უცდია თავის დანებება, თუმცა, მუდამ ხვდებოდა ისეთ სიტუაციაში, სადაც სოციუმის უმეტესობას მწევლეები შადგენდნენ და ხელახლა იწყებდა მის მოხმარებას. ამასთან, ჯგუფისადმი იდენტობის გამოსახატავად, გოგონა მიმართავდა თამბაქოს მოხმარებას.

სტრესის როლი მოცემული რესპონდენტის შემთხვევაში გამოიკვეთა, შევნიშნავ, რომ სტრესთან თამბაქოს მოხმარებით გამკლავება, როგორც პასუხებიც გვიჩვენებს, წარმოადგენს შედეგს იმისა, რომ მოცემული ქცევა დანახულია სწორ ნორმად, რომელიც გამოხატავს პიროვნების სიმწიფეს, თავდაჯერებულობასა და დამოუკიდებლობას.

დასკვნა

რესპონდენტების უმრავლესობა თამბაქოს მოხმარებას იწყებს არასრულწლოვან ასაკში. ამ მხრივ ასევე მნიშვნელოვანია სამეგობრო წრის და ოჯახის გავლენა. გამოკითხული ოთხი რესპონდენტიდან ორმა სრულად დაანება თამბაქოს მოხმარებას თავი, ერთი პასიურ მწვეველად რჩება, ერთი კი კვლავ აქტიურად აგრძელებს. სამმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მათ აღარ აქვთ მჭიდრო კავშირი იმ სოციუმთან რომელშიც ყოფნის დროსაც დაიწყეს თამბაქოს მოხმარება. ხსენებულ სამს შორის არის ორი რესპონდენტი, რომელმაც თავი დაანება მოხმარებას და ერთი, რომელიც პასიურად განაგრძობს სიგარეტის მოწევას. ერთი, რომელიც აქტიური მწვეველია, კვლავ ურთიერთობს იმ სოციუმთან ინტენსიურად, რომელთან ურთიერთქმედების პერიოდშიც დაიწყო თამბაქოს მოხმარება.

ჩატარებული ინტერვიუებიდან გამომდინარე, დამატებით შეინიშნება შემდეგი:

- იმის მიუხედავად, რომ ახალგაზრდების ორგანიზმი უარყოფითად რეაგირებდა თამბაქოს მოხმარებაზე, ისინი ამ ქცევას მაინც აგრძელებდნენ.

- ოთხივე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ახალგაზრდებში უფრო დადებითად აღიქმება თამბაქოს მოხმარება ვიდრე უარყოფითად.

- ოთხივე მათგანის შემთხვევაში, თამბაქოს მოხმარების დაწყებისადმი გადამწყვეტი როლი ახლო სოციუმმა ითამაშა.

- ოთხივემ მეგობრებისა და კლასელების წრეში მოწია პირველად თამბაქო.

ინტერვიუს ბოლოს ოთხივე რესპონდენტს წარედგინა კვლევის ჰიპოთეზა. ოთხივე მათგანმა ცალსახად დაადასტურა თანხმობა, მოცემული ჰიპოთეზის შინაარსის მიმართ.

კვლევის ხასიათიდან გამომდინარე ის არ გენერირდება სრულ ერთობლიობაზე, პოპულაციაზე, თუმცა კვლევის შედეგები საგულისხმოა ტენდენციის გამოსაკვეთად, ოთხივე შემთხვევაში საერთო ფაქტორები მეორდებოდა.

მიზანშეწონილია თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ღონისძიებების ხელშეწყობა. ამ მხრივ, მისასალმებელია საქართველოში „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ კანონის ამოქმედება, რომელიც კრძალავს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში, კერძოდ, სასწავლო და სხვა სახის დაწესებულებებში თამბაქოს მოხმარებას და რეკლამირებას, ასევე სკოლებთან ახლოს თამბაქოს ნაწარმის გაიყიდვას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO. (2018). Tobacco, Key facts. World Health Organization.
2. Hosseinpoor, A. R., Parker, L. A., Tursan d'Espaignet, E., & Chatterji, S. (2011). Social determinants of smoking in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. PLoS one, 6(5), e20331.
3. Bergman, A. W. Caporaso, N. Cigarette smoking. journal of the national cancer Institute, 1999; 91 (16)
4. ვერულავა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი 2016.

5. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2016. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2017.

6. Reddy KS, Gupta PC, editors. Report of tobacco control in India. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India; 2004.

7. Jha P, Chaloupka FJ, eds. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington DC: The World Bank; 1999.

8. Smoking and Adolescent. National institute on drug abuse.

9. Grenard J. L., Guo Q., Jasuja G. K., et al. (2006). Influences affecting adolescent smoking behavior in China. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(2): 245–255.

10. Suzuki K., Ohida T., Yokohama E., Kaneita Y., Takemura S. (2005). Smoking among Japanese nursing students: nationwide survey. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(3): 268–275.

11. თამარ სირბილაძე, მათა კობაძე, მათა ჯავახიშვილი, დავით ღონღაძე, გიორგი თავბერიძე, თამარ ჭიჭინაძე. (2016). ჯანსაღი ცხოვრების წესთან წესთან დაკავშირებული ქცევა თელავის მუნიციპალიტეტის მოზარდებსა და ახალგაზრდებში. კვლევის ანგარიში. თბილისი.

12. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2016). ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასწავლო კვლევა. გვ: 16-17.

13. Telli C. G., Aytemur S. Z., Ozol D., Sayiner A. (2004). The smoking habits of new university students. *Respiratory Journal*, 6(3): 101–106.

14. Inal S., Yildiz S. (2006). The investigation of the knowledge and belief of smoking in elementary school students and the smoking status of the family members and teachers. *Journal of Ataturk University Nursing School*, 9(1): 1-9.

15. Çavuşoğlu F., Bahar Z. Influence of Socioeconomic Factors and Family Social Support on Smoking and Alcohol Use among Health School Students. *International Journal of Caring Sciences*, 2010; 3 (2).

16. თამბაქოსა და სხვა ქცევითი რისკ-ფაქტორების შესახებ, ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის კვლევა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2015.

17. სოციალურ და პოლიტიკურ ტერმინთა ლექსიკონი–ცნობარი /- თბ.: ლოგოს პრესი, 2004 - 351გვ.; 20სმ. - (სოციალურ მეცნ. სერია/რედ.: მარინე ჩიტაშვილი). - ISBN 99928-926-9-2)

საქართველოს საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებები

ქეთევან თვალავაძე¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი.

² მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი: ცეკვა მოიცავს სხეულის, გონებისა და ემოციების ერთობლივ მოქმედებას, რომელიც ერთი შეხედვით მარტივი პროცესია. რეალურად კი ამ სასიამოვნო სანახაობას თან ახლავს დაავადებები და ტკივილი. ნებისმიერი ცეკვის შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი ცეკვის ისეთი რთული სახეობის შემთხვევაში, როგორც ბალეტია, ჩართულია მთელი რიგი ბიოფსიქოსოციალური ფაქტორები, რომელიც გავლენას ახდებს ბალეტის მსახიობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ბალეტს შეუძლია იყოს როგორც განკურნების და სტრესის დაძლევის ერთ-ერთი საშუალება, ასევე მთელი რიგი სერიოზული დაავადებების გამოწვევი მიზეზი. კვლევის მიზანია საქართველოს საბალეტო დასის წევრთა/მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა საქართველოს საბალეტო დასის 7 წევრის (4 უცხოელი და 3 ქართველი მოცეკვავე) სიღრმისეული ინტერვიუ. **შედეგები და დისკუსია:** ბალეტის დიდი სიყვარულის მიუხედავად, დიდია ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემები. მოცეკვავეებს მუდმივად უწევთ ტკივილის ატანა. ხშირია ექიმთან ვიზიტის გადადების შემთხვევები. დაბალია ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა. საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ბიოფსიქოსოციალურ მდგომარეობაზე გავლენას ახდენს როგორც ფიზიკური დატვირთვა, ტრავმების მაღალი რისკი, ასევე მუდმივი სტრესი და საზოგადოების სტერეოტიპული დამოკიდებულება, რომელიც უკვე არსებულ ძლიერ სტრესს კიდევ უფრო ამწვავებს. **რეკომენდაცია:** ბალეტის მსახიობთა ბიოფსიქოსოციალური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, სტრესორების, ექიმთან მიმართვიანობისა და დაზღვევის ფუნქციონირების თავისებურებების იდენტიფიცირება, რაც საშუალებად მოგვცემს არა მხოლოდ ობიექტურად შევამოთ ამ პროფესიისთვის დამახასიათებელი რისკები, არამედ ეფექტური ხერხებით ვიზრუნოთ მათ გამოსწორებასა და მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე.

საკვანძო სიტყვები: ბალეტის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობა, პროფესიული დაავადებები

ციტირება: ქეთევან თვალავაძე, თენგიზ ვერულავა. საქართველოს საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4)

Health characteristics of the State Ballet of Georgia's artists

Ketevan Tvalavadze¹, Tengiz Verulava²

¹ School of Humanities and Social Sciences, Caucasus University.

² Doctor of Medicine, Professor, Caucasus University.

Abstract

Introduction: Dancing involves a combination of body, mind, and emotions, which at first glance seems to be a simple process. In reality, this pleasant performance is followed by some physical injuries and pain. In any dance category, especially in case of difficult ones such as ballet, a set of biopsychosocial factors are involved, which affects ballet artists' health condition. Ballet can, simultaneously, be a way of healing and dealing with stress, while being a cause for a number of serious illnesses. The following research aims to study the Health state characteristics of the State Ballet of Georgia's artists.

Methodology: In frames of the qualitative method, 7 in-depth interviews were conducted with ballet artists of the State Ballet of Georgia (4 foreign and 3 Georgian artists). **Results and discussions:** Despite a passion and love for ballet, there are numerous physical and psychological problems. Artists have to deal with constant pain. Postponed visits to medical centers are very common, as well as low levels of trust to family doctors. Physical activities, high risk of traumas, in addition to constant stress and stereotyped attitude from the society affects ballet artists' biopsychosocial condition, which on the other hand, aggravates the already existing stress. **Recommendation:** In order to enhance the ballet artists' biopsychosocial condition, improving their health condition, identifying characteristics of their stressors, visits to doctors and functioning of insurance is crucial. This will enable us not only to objectively evaluate characteristics of the risks typical to this profession but also will help us to take effective actions for improving the artists' health condition.

Keywords: Ballet, Health of dancers

Quote: Ketevan Tvalavadze, Tengiz Verulava. Health characteristics of the State Ballet of Georgia's artists. Health Policy, Economics and Sociology 2020; (4).

შესავალი

ბევრისთვის საყვარელი ხელოვნების დარგი - ცეკვა, რომელშიც მხატვრული სახეები იქმნება ადამიანის სხეულის გამომსახველი მდგომარეობებისა და პლასტიკურ მოძრაობათა მეშვეობით, იმაზე ბევრად უფრო რთული და კომპლექსური ფენომენია, ვიდრე ეს ერთი შეხედვით ჩანს.

ცეკვის სხვადასხვა სახეობა ნებისმიერი საზოგადოებისა და კულტურის მნიშვნელოვანი კაპიტალია, რომელიც ღირებულია არა მხოლოდ ესთეტიკური თვალსაზრისით, არამედ იმიტაც, რომ ის ამა თუ იმ კულტურის ტრადიციებს, ადათ-წესებსა თუ ტემპერამენტს გამოხატავს.

ცეკვის სარგებლისა და დადებითი გავლენის შესახებ მკვლევართა აზრი ორად იყოფა. კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ცეკვის სხვადასხვა ფორმა პრევენციული მედიცინისა და განკურნების პროცესის საკმაოდ მნიშვნელოვანი კომპონენტია [1]. თუმცა, ასევე

მრავალფეროვანი მასალა მოიპოვება იმ პრობლემების შესახებ, რომელსაც ცეკვის კონკრეტული ფორმები იწვევს მოცეკვავის ჯანმრთელობისა თუ ფსიქიკური მდგომარეობის კუთხით [2].

აღსანიშნავია, რომ ადრეული ისტორიიდან მოყოლებული ცეკვა განიხილებოდა როგორც სტრესთან თუ სხვადასხვა დაავადებებთან გამკლავების საშუალება [3]. თუმცა, ამ მოსაზრების მართებულების მიუხედავად არ უნდა დაგვავიწყდეს მეორე მხარე, რომელიც ძირითადად განპირობებულია ცეკვის სახეობის, ვარჯიშის დატვირთვისა და ფსიქო-სოციალური ფაქტორებით. სწორედ ამიტომ, როდესაც ცეკვა განიხილება, როგორც სტრესის გამკლავებისა და განკურნების ეფექტური მეთოდი, ითვალისწინებენ ცეკვის სახეობას, ცეკვაში ჩართულობის ინტენსივობას, ცეკვის სირთულეს, ვარჯიშის თავისებურებებს და ა.შ. შესაბამისად, ცეკვის ამ ფუნქციის ყველა სახეობაზე განზოგადება არ არის მართებული.

ცეკვამ შესაძლოა პრევენციული როლი შეასრულოს იმის გათვალისწინებით, რომ ამ დროს გამოიყოფა ენდორფინები, რომლებიც თავის მხრივ იწვევს ეიფორიას. ასევე, ცეკვა საშუალებას აძლევს ინდივიდებს გაეცნენ სტრესს ფანტასტიკის სამყაროში გადანაცვლებით, სადაც შეუძლიათ მოირგონ ნებისმიერი პერსონაჟის როლი, თუმცა ამან არ უნდა მიიყვანოს ისინი რეალური ცხოვრების დავიწყებასთან.

ცეკვამ შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის პრობლემები, კერძოდ, ტრავმები, რომელთა მიღების ალბათობა იზრდება ხანგრძლივი ცეკვისა და ვარჯიშის დროს. აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის პრობლემები განსაკუთრებით დამახასიათებელია ისეთი ცეკვების სახეობების შემთხვევაში, როგორიცაა საკონკურსო ცეკვები, ბალეტი და ა.შ.

2017 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად, რომელიც მოიცავდა ირლანდიური საკონკურსო ცეკვის და ბალეტის მოცეკვავებს, გამოვლინდა, რომ ყველაზე ხშირია ტერფისა და კოჭის დაზიანებები, განსაკუთრებით კი ბალეტის შემთხვევაში, რადგან ცეკვის სპეციფიკიდან გამომდინარე ძალიან დიდი დატვირთვა მოდის ტერფსა და კოჭის სახსარზე [4]. ამ პრობლემას ამწვავებს მათი სპეციალური საცეკვაო ფეხსაცმლის - პუნტის სტრუქტურა, რომლითაც მთელი სხეულის მასა სწორედ კოჭის სახსარს აწვება. ტრავმების რისკი იზრდება საბალეტო ახტომებისა და ტრიალების შესრულებისას, რაც თავის მხრივ საფრთხეს უქმნის ხერხემალს.

თანამედროვე მდგომის შედეგად, ცეკვა, კონკრეტულად კი ბალეტი ზიანს აყენებს არა მარტო პიროვნების ფიზიკურ ჯანმრთელობას, არამედ ამ პროცესში ჩართულია ბიოფსიქოსოციალური ფაქტორები, რაც გამოიხატება მუდმივი კონკურენციითა და დატვირთული გრაფიკით გამოწვეული სტრესით და მასთან გამკლავების გზების ნაკლებობით.

მოცეკვავეთა ინტენსიური ფიზიკური და ფსიქოემოციური დაძაბვა იწვევს პათოლოგიური მდგომარეობის განვითარებას [5]. მოცეკვავეთა შორის ხშირია კისრისა და წელის მალეების ოსტეოქონდროზი, ორთოპედიული დაავადებები, ბრტყელტერფიანობა, ტერფისა და კოჭის დაზიანება [6], ასევე, მუხლის, ტერფის და მენჯ-ბარძაყის ართროზი, ტერფისა და კოჭის იოგების დაჭიმვა [7]. კვლევები ადასტურებენ, რომ მოცეკვავეთა შორის ნევრასთენიული სინდრომის მაღალი მაჩვენებელი, მიმდინარე უპირატესად პიპერტონიურილი ტიპის ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი დისტონიით, განპირობებულია შრომის სპეციფიკით (სპექტაკლების მიმდინარეობა, როგორც წესი, საგასტროლო პირობებში შესაბამისი ფსიქოემოციური და საყოფაცხოვრებო სიმძლეების თანხლებით) [8].

2015 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ კვირაში 8.5 საათზე მეტი ხანგრძლივობის ვარჯიშის შედეგად 38%-ით იზრდება ზურგის დაზიანების რისკი [9].

განსაკუთრებით მწვავეა ისეთი დაზიანებები, რომელთაც დროულად არ მიექცა სათანადო სამედიცინო ყურადღება. ამავე კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გამოკითხულთა 50%-ს ვარჯიშით გამოწვეული პრობლემებისას არ მიუმართავს შესაბამისი სამედიცინო დახმარებისთვის. აქვე აღსანიშნავია, რომ ხშირია ჯანმრთელობის პრობლემების დამალვა, განსაკუთრებით ქალების შემთხვევაში, რადგან მათ არ სურთ პარტნიორის დაკარგვა იქედან გამომდინარე, რომ მამაკაცი ბალეტის მსახიობის მოძებნა ყოველთვის უფრო რთულია. ასეთ შემთხვევაში, გამოკითხულთა 54% არ წყვეტდა ვარჯიშებს, თავიდან იცილებდა ექიმთან კონსულტაციას და შესაბამისად, რისკის ქვეშ აყენებდა საკუთარ ჯანმრთელობას.

ქართული კლასიკური ბალეტის ისტორია XIX საუკუნის შუა წლებიდან იწყება. ვახტანგ ჭაბუკიანის სახელს უკავშირდება ქართული ბალეტის შემდგომი წარმატებები, რომელმაც ბრწყინვალე ეპოქა შექმნა ქართული ბალეტის ისტორიაში. დღეს მის გზას აგრძელებს მსოფლიო ბალეტის პრიმა-ბალერინა ნინო ანანიაშვილი.

საქართველოს ფარგლებს გარეთ, მნიშვნელოვანი რაოდენობის კვლევა ჩატარებული ამ დარგის სხვადასხვა კუთხით შესასწავლად. თუმცა, საქართველოში საბალეტო დასის წევრთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებების ან მსგავსი თემატიკის კვლევა ძალიან სიმცირეა. სწორედ ამან განაპირობა ჩვენი ინტერესი აღნიშნული თემისადმი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოს საბალეტო დასის წევრთა/მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებების შესწავლა.

კვლევის ამოცანებია:

1. ბალეტის მოცეკვავეთათვის დამახასიათებელი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების იდენტიფიცირება საქართველოს საბალეტო დასის მაგალითზე;
2. ამ კონკრეტული პროფესიისთვის დამახასიათებელი სტრესორების და სტრესთან გამკლავების ტექნიკების იდენტიფიცირება;
3. ბალეტის მოცეკვავეთათვის სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობის დადგენა.

მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა საქართველოს საბალეტო დასის წევრები სიღრმისეული ინტერვიუ. სამიზნე ჯგუფს შეადგენდა საქართველოს საბალეტო დასის წევრები (საშუალოდ ცეკვის არანაკლებ 5 წლიანი გამოცდილება. უცხოელი მოცეკვავეების შემთხვევაში საქართველოს საბალეტო დასში ყოფნის პერიოდი განსხვავებულია). ინტერვიუ ჩატარდა ქართულ და ინგლისურ ენებზე (დასის უცხოელ წევრებთან). რესპონდენტების მოძიება მოხდა თოვლის გუნდის პრინციპით. გამოიკითხა საქართველოს საბალეტო დასის 7 წევრი (4 უცხოელი მოცეკვავე, 3 ქართველი მოცეკვავე)

შედეგები

ჩატარებული ჩაღრმავებული ინტერვიუების შედეგად, საშუალება მოგვეცა ზოგადი წარმოდგენა შეგვექმნოდა ქართული საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თავისებურებების შესახებ. ცხადია, ამ კვლევის შეზღუდულობიდან და ზოგადად თვისებრივი ინტერვიუს თავისებურებებიდან გამომდინარე არ შეგვიძლია შედეგების განზოგადება, თუმცა, ვფიქრობ, ისეთი გამოუკვლეველი სემანტიკისთვის როგორც ქართული საბალეტო დასია, საინტერესო ინფორმაცია მოვიპოვეთ. რესპოდენტთა ნაწილი არის წამყვანი სოლისტი, ნაწილი კი სოლისტი. როგორც გამოვლინდა, ბალეტს ადრეულ ასაკში, 7-8 წლისას იწყებენ, პროფესიულ დონეზე კი 14 წლიდან გადადიან. წამყვან სოლისტთა

რეპეტიციების დატვირთვა არის კვირაში 6 საათი, დღეში - მაქსიმუმ 7 საათი, თუმცა როგორც შვიდივე მათგანმა აღნიშნა, გააჩნია დღეს და რეპერტუარს. დემოგრაფიული მონაცემების გარდა, კითხვარის სტრუქტურამ საშუალება მოგვცა მონაცემები მიგველო შემდეგ კატეგორიებზე: ჯანმრთელობა, ექიმთან მიმართვიანობა/ დაზღვევა, სტრესი, სამომავლო გეგმები.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის განხილვისას უკლებრივ ყველამ განაცხადა, რომ მათი პროფესია იწვევს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ პრობლემებს. ზემოთაღნიშნულ კვლევებთან თანხვედრით ქართული საბალეტო დასის შემთხვევაშიც გაირკვა, რომ ძირითადი დაზიანებები დაკავშირებულია მუხლის, კოჭისა და ზურგის პრობლემებთან. როგორც ერთ-ერთმა მათგანმა აღნიშნა, ახტომებისა და ტრიალების სირთულიდან გამომდინარე მუხლი ყველაზე უფრო ხშირად უზიანდება. ასევე გაირკვა, რომ ბიჭების შემთხვევაში ყველაზე მეტი დატვირთვა მარცხენა ფეხზე მოდის, რის გამოც ხშირია კუნთის და მარცხენა მუხლის დაზიანებები. ერთერთი რესპონდენტის შემთხვევაში, ტრავმის გამო ცეკვის დროებითმა შეწყვეტამ მას ფსიქიკური პრობლემები შეუქმნა და პანკრეატიტის განვითარებასაც სწორედ ამას უკავშირებს. ასევე აღინიშნა მყესის, მენჯისა და სახსრის პრობლემები, მუხლისა და კოჭის დეფორმაცია. ერთ-ერთი წამყვანი სოლისტის შემთხვევაში კარიერის მანძილზე 20 მცირე სირთულის ტრავმა და 4 სერიოზული ტრავმა გადაიტანა. საყურადღებოა, რომ შვიდივე მათგანმა (ცხადია, განზოგადების გარეშე) აღნიშნა რომ მუდმივად აქვთ სხეულის სხვადასხვა ნაწილის ტკივილი.

რაც შეეხება ექიმთან მიმართვიანობას და დაზღვევას, როგორც აღმოჩნდა, ყველა გამოკითხული დაზღვეულია. უცხოელმა მოცეკვავეებმა განმარტეს, რომ მათთვის საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის ქონა კონტრაქტით არის გათვალისწინებული. ბალეტის და ტრავმების სფეციფიკიდან გამომდინარე, ისინი ძირითადად სტუმრობენ ტრავმატოლოგს, ქიროპრაქტიკოსს და ფიზიოთერაპევტს. საინტერესოა, რომ დაზღვევის ქონის მიუხედავად, იშვიათად იყენებენ მას. თითქმის ყველას შემთხვევაში დაზღვევის გამოყენება იყო საშუალოდ წელიწადში 2-3 ჯერ.

უცხოელი მოცეკვავეების შემთხვევაში ოთხივე მათგანს ჰყავს სანდო ექიმი თავის ქვეყანაში, რომელსაც სამშობლოში დაბრუნებისას აუცილებლად სტუმრობს. დაზღვევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, სტუმრობენ ოჯახის ექიმსაც. თუმცა, უცხოელების შემთხვევაში, როგორც ერთ-ერთმა მათგანმა აღნიშნა, ოჯახის ექიმს მათთვის მხოლოდ მიმართვის გამოწერის ფუნქცია აქვს, რადგან სხვანაირად დაზღვევას ვერ გამოიყენებენ და ვერ მიმართავენ იმ სპეციალისტს, რომლის ნახვაც სურთ.

„ოჯახის ექიმთან მივდივარ მხოლოდ იმიტომ რომ სპეციალური ფურცელი მომცეს, რომლითაც ტრავმატოლოგს გავესინჯები“.

ქართველი მოცეკვავეების შემთხვევაში აღმოჩნდა, რომ დაზღვევა ნებაყოფლობითია, თუმცა, გამოკითხულთაგან ყველა იყო დაზღვეული. ასევე აღინიშნა, რომ დაზღვევის ქონა მათთვის ხელსაყრელია, რადგან გასტროლების შემთხვევაში მათი დასაზღვეო პოლისი უფასოდ უზრუნველყოფს სამოგზაურო დაზღვევასაც. რაც შეეხება პრევენციის მიზნით ექიმთან ვიზიტს, როგორც ერთ-ერთი რესპონდენტი განმარტავს:

„ექიმი პრობლემის მოგვარების მხოლოდ ერთი გზაა, უფრო მნიშვნელოვანი კი არის საკუთარ თავზე ზრუნვა“.

შვიდივე რესპონდენტმა დაასახელა შემთხვევა, როდესაც მათ უარი უთქვამთ ექიმთან ვიზიტზე რეპეტიციის ან სპექტაკლის გამო და გადაუდიათ ვიზიტი მანამ, სანამ ტკივილის გაძლგება შეეძლოთ.

„უკვე ვგრძნობ როგორი ტკივილის გაძლგება შემძლია და როდის უნდა მივმართო ექიმს“.

„ერთხელ მახსოვს გედების ტბის პრემიერისთვის ვემზადებოდი, წინა დღეებში გავცივდი და 4 დღე გადაბმულად სიცხიანი ვრეპეტიციობდი, პრემიერის დღეს კი 40 სიცხით მომიწია ცეკვა“.

„იქედან გამომდინარე რომ მეორე დღის გრაფიკს ძალიან გვიან ვიგებთ ისიც კი რთულია ექიმთან ჩავეწერო და ვიზიტი შევათანხო, რის გამოც ასევე მიწევს ტკივილის მოთმენა და ექიმთან ვიზიტის გადადება“.

„მუდმივად მაქვს ტკივილი სხეულის სხვადასხვა ნაწილში და ყოველ ჯერზე ვერც მივმართავ ექიმს, მივდივარ როცა ვხვდები რომ საქმე სერიოზულადაა“.

ფიზიკური პრობლემების გარდა ეს პროფესია სავსეა ფსიქოლოგიური პრობლემებით და სტრესით.

„არავინ მუშაობს ფსიქოლოგიური სტრესის გარეშე, მაგრამ ჩვენ გვაქვს დაუსრულებული ფსიქოლოგიური და ფიზიკური სტრესი“.

პროფესიის ასეთი სტრესულობა განპირობებულია იმითაც, რომ ის დაფუძნებულია იმიჯზე, იმაზე თუ როგორ გამოიყურები სცენაზე და როგორ აღგიქვამს მაყურებელი.

„შესაბამისად უნდა გამოიყურებოდე რათა აუდიტორიაზე გავლენა მოახდინო და ასევე თავი უნდა მოაწონო პედაგოგ-რეპეტიტორებსაც, რომ დაიმსახურო შესაბამისი როლი“.

ბალეტი ასევე მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული პერფექციონიზმთან.

„ჩვენს სამუშაოს არასდროს აქვს საბოლოო მიზანი. ყოველთვის ვცდილობთ გაუმჯობესებას, ვვარჯიშობთ უფრო და უფრო მეტს, მაგრამ ეს არასოდეს არის საკმარისი“.

„ბალეტში იდეალურ შესრულებას ვერასდროს მიაღწევ“.

ასევე დიდია კონკურენცია, რაც თავის მხრივ იწვევს ფსიქოლოგიურ სტრესს.

„ყველას უნდა წამყვანი პარტია, მაგრამ ეს პარტის კონკრეტულს სპექტაკლში მხოლოდ ერთია და ვერ გვეყოლება ორი რომელი“.

სტრესი, რომელიც გამოწვეულია ვიზუალური იმიჯით, რესპონდენტებმა ასევე დააკავშირეს მოცეკვავეების ექსტრემალურ დიეტებთან და იმის მუდმივ მცდელობასთან რომ ძალიან გამხდრები იყვნენ.

„ზოგი მოცეკვავე თვლის რომ თუ კიდევ უფრო გამხდარი იქნება პედაგოგ-რეპეტიტორს უფრო მოეწონება და მეტი შანსი აქვს როლი მიიღოს, ეს კი ხშირად ანორექსიით და ფსიქიკური პრობლემებით დასრულებულა“.

ზემოთაღნიშნულ სტრესორებს ისიც ემატება, რომ საზოგადოება სტერეოტიპულად აფასებს ბალეტს. ოთხივე ბალერონმა საზოგადოების დამოკიდებულებაზე საუბრისას აღნიშნა, რომ ხალხი ბალეტს არ მიიჩნევს ბიჭის პროფესიად და ამის გამო თავის აზრს ახვევენ.

„ძალიან ხშირად, განსაკუთრებით კი იაპონიაში უთქვამთ ჩემთვის, რომ ბალეტი ბიჭის საქმე არ არის, თუმცა უკვე ამას აღარ ვაქცევ ყურადღებას“.

ასევე აღინიშნა, რომ უმრავლესობა არ აღიქვამს ბალეტს სერიოზულ პროფესიად.

„ხალხი ბალეტს სერიოზულად არ აღიქვამს, ძირითადად იმიტომ რომ მასთან უშუალო შეხება არ აქვთ. დარბაზიდან სპექტაკლის ყურება მარტივი და სასიამოვნოა“.

„ცარიელი კომპლიმენტებით პირფერობის შთაბეჭდილებას მიტოვებენ, რაც მალიზიანებს“.

ფსიქოლოგიურ სტრესს იწვევს ის ფაქტიც, რომ ბალეტის პროფესიაში კარიერას გარკვეული საზღვრები აქვს ასაკის მხრივ. როგორც ერთერთი რესპონდენტი აღნიშნავს:

„ბალეტი ახალგაზრდების პროფესიაა, იმის გააზრება კი რომ შენს კარიერას მრავალწლიანი მომავალი არ დარჩენია დეპრესიას იწვევს“.

კარიერის შეზღუდულობა ტრავმებთანაც არის დაკავშირებული.

„ერთი სერიოზული ტრავმა და შეიძლება შენი კარიერა ერთ დღეში დასრულდეს, ვეღარასდროს შეძლო სცენაზე დადგომა. ჩვენს დასში არა, მაგრამ ჩემს სანაცნობო წრეში ამის ბევრი მაგალითი ვიცი“.

სტრესთან გამკლავებისთვის თითოეული მათგანი სხვადასხვა ხერხს მიმართავს, ერთისთვის ეს მედიტაციაა, მეორესთვის კარგი წიგნის წაკითხვა, ზოგისთვის კი ბუნებაში სეირნობა ან უბრალოდ მეგობართან გულახდილი საუბარი. მართალია, სოციალური ინტეგრაცია ადამიანს ეხმარება სტრესის დაძლევაში, მაგრამ აქ გარკვეულ განსხვავებებს წავაწყდით ქართველ და უცხოელ მოცეკვავეებს შორის. იქედან გამომდინარე, რომ ქართველებს საქართველოში მეტი ნაცნობი და ნათესავი ჰყავთ, ინტეგრაციის ბარიერი ნაკლებია, უცხოელების შემთხვევაში კი ახალ გარემოსთან ადაპტაცია და კულტურის გაცნობა დამატებითი სტრესორია, სანამ საბოლოოდ ადაპტირდებიან. ერთ-ერთმა უცხოელმა მოცეკვავემ ისიც კი აღნიშნა, რომ *„ბალეტის მოცეკვავეს სოციალური ცხოვრება არ აქვს“.*

კარიერის ხანგრძლივობის შეზღუდულობიდან გამომდინარე ყველა მათგანს უფიქრია მომავალზე კარიერის დასრულების შემდეგ. ერთ-ერთი სწორედ წელს აბარებს უნივერსიტეტში, მაგრამ უნდა ისევ ბალეტს დაუკავშირდეს.

„ვფიქრობ ბალეტის მასწავლებელი ან მრჩეველი ფსიქოლოგი გავხდე მოცეკვავეებისთვის, რადგან ვფიქრობ ეს ჩვენ ძალიან გვჭირდება.“

ზოგ ქვეყანაში ამის მართლაც კარგი პრაქტიკა აქვთ, საქართველოში კი მსგავსი არაფერი გამოიკვეთა. ერთ-ერთმა ისიც აღნიშნა, რომ ბალეტზე თავის დანებებაზე ხშირად უფიქრია, მაგრამ არა ჯანმრთელობის პრობლემების გამო, არამედ უფრო სტრესის გამო.

„ვფიქრობ, ადამიანი ფსიქოლოგიურად ძალიან ძლიერი უნდა იყოს ამ სფეროში თავი რომ დაიმკვიდროს“.

დასკვნა

ბალეტის დიდი სიყვარულის მიუხედავად, იმდენად დიდია ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემები და რიგი სტრესორები, რომ რესპონდენტებისთვის შეუძლებელი აღმოჩნდა მათი უგულებელყოფა. ის ფაქტი, რომ მუდმივად უწევთ ტკივილის ატანა და ხშირია ექიმთან ვიზიტის გადადების შემთხვევები, ვფიქრობ, საყურადღებოა და საჭიროებს იმ ინსტიტუტების ჩარევას, რომელიც დაიცავს მოცეკვავეთა უფლებებს და გაუწევს მათ შესაბამის სამედიცინო თუ ფსიქოლოგიურ დახმარებას. სპეციალისტი ფსიქოლოგის საჭიროება თავად რესპონდენტებმაც აღნიშნეს, რადგან ასეთი პრაქტიკა საქართველოში არ არის დამკვიდრებული. მეტიც, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი არც თუ ისე მაღალი ნდობით სარგებლობს და მათი ფუნქცია ძირითადად დაზღვევის გამოსაყენებელი მიმართვის გაცემამდე დაიყვანება, რადგან არ აქვთ ოჯახის ექიმისადმი შესაბამისი ნდობა.

საბალეტო დასის მოცეკვავეთა ბიოფსიქოსოციალურ მდგომარეობაზე გავლენას ახდენს როგორც ფიზიკური დატვირთვა, ტრავმების მაღალი რისკი, ასევე მუდმივი სტრესი და საზოგადოების სტერეოტიპული დამოკიდებულება, რომელიც უკვე არსებულ ძლიერ სტრესს კიდევ უფრო ამწვავებს. ბალეტისთვის დამახასიათებელი პროფესიული დაავადებები და ბიოფსიქოსოციალური ფაქტორები სერიოზულ ყურადღებას საჭიროებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Hanna JL. The Power of Dance: Health and Healing. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 1995; 1(4): 323-331.
2. Chia JK. Survey Study on the Injury Patterns, Dance Practices and Health Seeking Behavior amongst Dancers in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2017 Feb;46(2):76-78.
3. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის სოციოლოგია. ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტი. თბილისი, 2017.
4. Cahalan R, Purtill H, O'Sullivan K. Biopsychosocial Factors Associated with Foot and Ankle Pain and Injury in Irish Dance. *Med Probl Perform Art* 2017; 32(2):111
5. Smith, TO, Davies L, Medici A, Haddad F, Macgregor A. Prevalence and profile of musculoskeletal injuries in ballet dancers: : A systematic review and metaanalysis. *Physical Therapy in Sport* 2016; 19:50-56.
6. Sobrino FJ, Guillen P. Overuse Injuries in Professional Ballet: Influence of Age and Years of Professional Practice. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine* 2017.
7. Corsta MSS, Ferriera AA, Orsini M, Silva EB, Felicio LR. Characteristics and prevalence of musculoskeletal injury in professional and non-professional ballet dancers. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2016.
8. Kvaratskava M, Saakadze V, Tsimakuridze M, Zurashvili D, Khachapuridze N. Health Peculiarities Among Georgian National Ballet Dancers. *Georgian Medical News* (2006).
9. Miletic D, Miletic A, Lujan IK, Kezic A. Health Care Related Problems Among Female Sport Dancers. *Human Kinetics Journal* 2015; 20(1):57-62.

გიორგი ბერია, ვახტანგ სურგულაძე, თეა გიორგაძე

მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. უწყვეტი სამედიცინო განათლება ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განვითარების ნაწილია და ითვალისწინებს პერსონალის მთელი სიცოცხლის მანძილზე სწავლებას, მისი კომპეტენციის შემოწმების ეფექტური სისტემის არსებობას. საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება როგორც სისტემა არ ფუნქციონირებს. ნაშრომის მიზანია დაადგინოს პირდაპირი კავშირი უწყვეტი სამედიცინო განათლების ეფექტურობასა და სამედიცინო სერვისების მიწოდების ხარისხს შორის, საქართველოში არსებული ნებაყოფლობითი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის, მისი ნაკლოვანებების, კანონდებლობის დონეზე არსებული შეუსაბამობების და განვითარების პრესპექტივების ანალიზი. **მეთოდოლოგია.** განხორციელდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ ექიმების ცოდნადამოკიდებულების შესწავლა რაოდენობრივი მეთოდით და დამსაქმებლების (სამედიცინო დაწესებულების დირექტორების) ხარისხობრივ კვლევა ე.წ. „დეფის მეთოდით“. **შედეგები და დისკუსია.** საქართველოში მწვავედ დგას უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემების შექმნის აუცილებლობა. კვლევებმა გამოაჩინა სამედიცინო პერსონალის მზაობა, ჩაერთოს ამ პროცესში. კვლევამ ნათლად გამოავლინა პირდაპირი კორელაცია პაციენტის უსაფრთხოებას, სერვისების ხარისხსა და უწყვეტი სამედიცინო განათლებას შორის. **დასკვნა.** ქვეყანაში უნდა მოხდეს სისტემური განახლება და ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომა. საჭიროა ჰოსპიტალის აკრედიტაციის სტანდარტების შემუშავება და ამ მხრივ საუკეთესო უცხოური გამოცდილების გამოყენება. აკრედიტაცია დადებით და ნაყოფიერ ნიადაგს შეუქმნის უწყვეტი სამედიცინო განათლების ეფექტურ ფუნქციონირებას. აუცილებელია ექიმთა რეიტინგების სისტემის შექმნა, რომელიც დაემყარება უწყვეტი სამედიცინო განათლების საერთაშორისო კლასიფიკატორებს.

საკვანძო სიტყვები: უწყვეტი სამედიცინო განათლება, სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

ციტირება: გიორგი ბერია, ვახტანგ სურგულაძე, თეა გიორგაძე. უწყვეტი სამედიცინო განათლების პრობლემატიკა და მნიშვნელობა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4).

Giorgi Beria, Vakhtang Surguladze, Tea Giorgadze

School of Medicine and Health Management, Caucasus University.

Abstract

Introduction. Continuous medical education is part of the continuous professional development of physicians and provides effective system of its competence. Continuous medical education in Georgia is not functioning as a system. The purpose of the work is to establish direct connection between the effectiveness of continuous medical education and the quality of medical services delivery, the analysis of the developmental perspectives at the level of voluntary continuing medical education system in Georgia, its shortcomings, legislation. **Methodology.** The study of the knowledge-dependence of doctors towards continuous medical education was carried out by quantitative methods and the qualitative research of the employers (directors of the medical institution). **Results and discussion.** In Georgia there is a need to create continuous medical education and continuous professional development systems. Studies have shown the willingness of medical personnel to engage in this process. The study clearly demonstrated the direct correlation between patient safety, quality of service and continuous medical education. **Conclusion.** It is necessary to develop hospital accreditation standards and to use the best foreign experience in this regard. Accreditation will provide positive and fertile grounding for the effective functioning of continuous medical education. It is necessary to create a physician rating system that will be based on international classification of continuing medical education.

Keywords: continuous medical education, accreditation of medical institutions, quality of medical service.

Quote: Giorgi Beria, Vakhtang Surguladze, Tea Giorgadze. Problems and importance of continuous medical education in Georgia. Health policy, economics and sociology, 2020; (4)

შესავალი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის უსაფრთხოების მაღალი სტანდარტის უზრუნველსაყოფად, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (WHO), კლინიკური სერვისების საერთაშორისო მაკრედიტებელი ორგანიზაციები წამყვან როლს ანიჭებენ სამედიცინო პერსონალს და განსაკუთრებით, მათი პროფესიული კვალიფიკაციის დონეს. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ხარისხს „უწყვეტი სამედიცინო განათლების“ (უსგ) სისტემის არსებობა მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს.

დამოუკიდებელ საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) სისტემას მოკლე და დრამატული ისტორია აქვს. ქართველ სამედიცინო პერსონალს საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ არ ჰქონია შესაძლებლობა ეფექტური უსგ სერვისებით ესარგებლა, ხოლო 2006 წელს იგი მთლიანად გაუქმდა. შესაბამისად გაიცემა საექიმო სპეციალობის დამადასტურებელი უვადო სერთიფიკატები და არ არსებობს სერთიფიცირებული ექიმების პროფესიული ცოდნის შემოწმების არც ერთი ინსტრუმენტი. საქართველოში არ ჩატარებულა არც ერთი კვლევა, რომელიც დაადასტურებდა ან უარყოფდა უსგ სისტემის აუცილებლობას სამედიცინო შეცდომების შემცირებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის მიმართულებით. არ ჩატარებულა კვლევები, რომელიც წარმოაჩენდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მზაობას და ინფორმირებულობის დონეს. დაბოლოს, არ მოიპოვება

სამედიცინო თუ აკადემიური ნაშრომი, რომელიც ეხება ან ნაწილობრივ მოიცავს აღნიშნული მიმართულების საკითხებს.

ნაშრომის მიზანია საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის შესწავლა და შეფასება, მისი საჭიროების დადგენა. ამ მიმართულებით არსებული პრობლემატიკის და მოქმედი პროცედურების ანალიზი, ასევე დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება აღნიშნული სისტემის განვითარების ხელშეწყობის შესახებ.

ნაშრომის ამოცანას წარმოადგენს განვითარებულ ქვეყნებში ეფექტური უსგ სისტემისა და მაღალი ხარისხის მომსახურებას შორის კორელაციის დადგენა და უსგ სისტემის შედარებითი ანალიზი. აღწერილი იქნება საქართველოში უსგ სისტემის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა და გამოიკვეთება ის შეუსაბამობები, რომლებიც ამ მიმართულებით არსებობს. გაანალიზებული იქნება საქართველოში ამჟამად არსებული უსგ სისტემა, მისი ნაკლოვანებები და დადებითი მხარეები. კვლევა უზრუნველყოფს უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ ექიმთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლას და დარგის გამოცდილი სპეციალისტებისა და კლინიკის დამსაქმებელთა პოზიციის შეფასებას.

ლიტერატურის მიმოხილვა

უწყვეტი სამედიცინო განათლება საერთაშორისო კონტექსტში უწყვეტი სამედიცინო განათლების განსაზღვრებას ამ პროცესთან დაკავშირებული მრავალი საერთაშორისო ინსტიტუცია იძლევა. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME) დეფინიციის თანახმად „უსგ ფართე გაგებაა და მოიცავს სამედიცინო პერსონალის ყველა სახის უწყვეტ საგანმანათლებლო აქტივობას, რათა დაეხმაროს ექიმებს მათი პროფესიული მოვალეობა შეასრულონ უფრო ეფექტურად და ეფექტიანად“ [1]. კიბოს სწავლების საერთაშორისო საზოგადოების განმარტებით „უწყვეტი სამედიცინო განათლება მოიცავს საგანმანათლებლო აქტივობას, რომელიც ემსახურება ცოდნის, უნარებისა და პროფესიული საქმიანობის შენარჩუნებას, განვითარებას, ან ზრდას და იმ ურთიერთობას, რომელსაც ექიმი იყენებს რათა უზრუნველყოს პაციენტის, საზოგადოებისა პროფესიის მომსახურება.“ [2]

შეჯამებული დეფინიციით შეგვიძლია დავასკვნათ რომ თანამედროვე საერთაშორისო გაგებით უწყვეტი სამედიცინო განათლება არის სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი პერსონალის მიერ დიპლომის შემდგომი საგანმანათლებლო აქტივობა, რომელიც გამოიხატება სასემინარო, სატრენინგო, სალექციო, საკონფერენციო, სასერტიფიკაციო, კლინიკური უნარ-ჩვევების განვითარებისა და სამედიცინო აკადემიური აქტივობებით, მათ შორის თვითგანათლებლასა და ონლაინ განათლებაში ე.წ. e-learning-ის მეშვეობით, ხორციელდება უწყვეტად მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და მიზნად ისახავს და მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისის მიწოდებას. გარდა ამისა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება მოიაზრებს პერსონალის ყველა სახის საგამოცდო და რესერტიფიკაციის/რელიცენზირების აქტივობებს.

უწყვეტ სამედიცინო განათლებას განვითარების საუკუნოვანი ისტორია აქვს. მისი პირველადი ფორმები მე-20 საუკუნის 30-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში დარგობრივი ასოციაციების განვითარებასთან ერთად ჩამოყალიბდა, რასაც 1937 წელს უროლოგიაში პირველი სავალდებულო კურსი მოყვა, ხოლო 1957 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ კლინიკური გაიდლაინების პირველი სისტემა გამოსცა. თანამედროვე სახით უწყვეტი სამედიცინო განათლების შექმნა მე-20 საუკუნის 60-იანი წლებიდან დაიწყო. 1970

წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ შეიმუშავა პირველი ჯილდოს სახის სერთიფიკატი იმ ექიმებისთვის რომლებმაც 150 კრედიტი 3 წელიწადში დააგროვეს. ამ ფაქტს სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან ასეთი სახის ექიმებზე მოთხოვნის ზრდა მოყვა, პარალელურად იგივე პროცესები მიმდინარეობდა სხვა დარგობრივ სამედიცინო ასოციაციებში, რომელმაც საბოლოოდ 1981 წელს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME) ჩამოყალიბებით თანამედროვე სახე მიიღო [3].

მოგვიანებით მსგავსი პროცესები წარიმართა კანადაში, 1996 წელს „ექიმთა დაქირურგთა სამეფო კოლეჯმა“ გამოსცა საექიმო სპეციალობათა კომპეტენციებისა და პოსტდიპლომური განვითარების გეგმა, ხოლო 2000 წლის დასაწყისში უსგ კანადაში სავალდებულო გახდა ექიმთა რესერტიფიცირების სახით. კანადის პარალელურად იგივე პროცესები მიმდინარეობდა ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში 1994- 2000 წლებში [4]. ევროკავშირის ქვეყნებში აღნიშნული პროცესი 70-იანი წლებიდან ნელნელა ვითარდებოდა, რომელსაც მძლავრი იმპულსი მისცა სამედიცინო სპეციალისტთა ევროპული კავშირის (The European Union of Medical Specialists UEMS) მიერ 1993 წელს უწყვეტი სამედიცინო განათლების წესდების გამოცემამ, ხოლო 1999 წელს UEMS-ის მიერ დაფუძნდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპული სააკრედიტაციო საბჭო (European Accreditation Council for Continuing Medical Education EACCME), რომელიც დღესაც კოორდინაციას უწევს ევრო კავშირის ტერიტორიაზე და მის ფარგლებს გარეთ ევროპის რეგიონში სხვადასხვა უსგ კურსების, სასწავლო ცენტრების აკრედიტაციასა და უსგ აქტივობებს [5].

უწყვეტი პროფესიული განვითარება არის პროცესი, რომლის მეშვეობითაც სამედიცინო პერსონალი ვითარდება პროფესიულად რათა შეესაბამებოდეს პაციენტის მოთხოვნებსა და ჯანდაცვის სერვისებს. დღეს დღეისობით რთულია მკვეთრი განმასხვავებელი ხაზი გაეკლოს უპგ-სა და უსგ-ს შორის რადგან ბოლო ათწლეულებში უწყვეტმა სამედიცინო განათლებამ შეითავსა მენეჯერული, სოციალური, პერსონალური უნარ-ჩვევების საკითხები განსხვავებით ტრადიციული კლინიკური სწავლებისა, რომელსაც მანამდე ქონდა ადგილი.

ტერმინი უწყვეტი პროფესიული განვითარება (უპგ) თავის თავში მოიცავს არამარტო კომპეტენციების ფართე სპექტრს, რომელიც საჭიროა მაღალი ხარისხის მკურნალობისთვის, არამედ პაციენტზე ზრუნვის მულტიდისციპლინარულ კონტექსტს რომელშიც ჩართული არიან სხვადასხვა მოთამაშეები, ექიმების და სხვა უპგ მიმწოდებლების ჩათვლით. მათი ვალდებულებების მოცულობა და ურთიერთდამოკიდებულება განსხვავებული ხასიათისაა მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში. უწყვეტი სამედიცინო განათლება მიიჩნევა უპგ-ს საბაზისო კომპონენტად მაშინ როდესაც უპგ ქვეშ მოაზრება უნარ-ჩვევების ფართე სპექტრი განათლების, ტრენინგის, აუდიტის, მენეჯმენტის, გუნდის ჩამოყალიბებისა და კომუნიკაციის ჩათვლით. ტერმინები უპგ და უსგ ხშირად ურთიერთშემცვლელად გამოიყენება, უსგ-ს თავისი სერთიფიცირებითა და რეაკრედიტაციით მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს უწყვეტ პროფესიულ განვითარებაში (უპგ). უმეტეს შემთხვევაში, მთავარი როლი ეკისრება სამედიცინო პროფესიულ ორგანიზაციებს, რომლებიც ახორციელებენ უპგ-ს ღონისძიებების ზოგად დაგეგმვასა და კოორდინაციას, აღნიშნული ღონისძიებების რეგისტრაციისა და დოკუმენტაციის ჩათვლით.

სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციები არიან უპგ-ს მთავარი ინიციატორები, მიმწოდებლები და მხარდამჭერები. უპგ პროცესში მნიშვნელოვანი როლს თამაშობენ თავად ექიმებიც. კანადაში კომპეტენციის მხარდაჭერის პროგრამა ხელს უწყობს კლინიცისტებს მართონ თავიანთი უწყვეტი პროფესიული განვითარება იმაზე ფოკუსირებით, თუ რა

მაგალითისა და ცოდნის შექმნა შეიძლება ყოველდღიური პრაქტიკის საფუძველზე. 2000 წლიდან ისინი ვალდებულნი არიან ანგარიში წარუდგინონ თავიანთი უპე აქტივობის შესახებ ხუთ წლიანი ციკლის საფუძველზე [6].

უწყვეტი სამედიცინო განათლების ძირითადი სახეები ევროკავშირსა და აშშ-ში უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსების იმპლემენტაცია სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებულადაა, თუმცა მისი განმახორციელებელი ინსტიტუციები მეტ-ნაკლებად მსგავსია. იმ ქვეყნებში სადაც უსგ რეგულირებადი და სავალდებულოა, იგი ხორციელდება სამეცნიერო საზოგადოებების, სამედიცინო სასწავლებლების, აკადემიური ცენტრების, ჰოსპიტალებისა და კერძო კომპანიების მეშვეობით, რომლებიც აკრედიტებულნი არიან სამედიცინო ასოციაციების ან საჯარო სტრუქტურის მიერ. მაგალითად, აშშ-ში ყველა ის ორგანიზაცია რომელიც ახორციელებს უსგ სწავლებას აკრედიტებულნი უნდა იყვნენ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (ACCME) ან ამ საბჭოს მიერ დამტკიცებული სამედიცინო საზოგადოების მიერ [7]. ევროკავშირის ტერიტორიაზე კი ევროპის უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭო (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME) უზრუნველყოფს უსგ პროგრამების ხარისხს.

ევროპის ქვეყნებში არსებობს უსგ აკრედიტაციის ნაციონალური ორგანოები, რომლებიც უსგ მიმწოდებლებისა და უსგ აქტივობების აკრედიტაციისას ხელმძღვანელობენ ევროპული კონსესუსით, რომელიც ჩამოყალიბებულ იქნა სამედიცინო სპეციალისტების ევროპის კავშირის წესდებაში „უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ“ და მის დანართებში, ასევე კავშირის მიერ შემუშავებულ სახელმძღვანელო პრინციპებში (გაიდლაინებში). აკრედიტაციის ნაციონალური ორგანოები ანიჭებენ ასევე კრედიტებს, რომელთა დაგროვებაც აუცილებელია იმ ქვეყნებში, სადაც უსგ რესერტიფიცირებისა და რელიცენზირების სავალდებულო პირობაა. გარდა ამისა, საერთაშორისო უსგ აქტივობების მიმწოდებლების აკრედიტაციას ევროპის დონეზე ახორციელებს სსეკ-თან არსებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპის აკრედიტაციის საბჭო, რომელიც არსებობს 2000 წლიდან. თუმცა აღნიშნული საბჭო საბოლოო დასტურის მისაღებად მაინც შესაბამისი ქვეყნის (იმ ქვეყნის, სადაც კონკრეტული უსგ აქტივობა ტარდება) აკრედიტაციის ნაციონალურ ორგანოს მიმართავს [8].

დღეს დღეისობით ევროპის ქვეყნების დიდ უმრავლესობაში ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობას სავალდებულო ფორმას ანიჭებს. მაგალითისთვის, ავსტრიაში, გერმანიაში და უნგრეთში უსგ-ში მონაწილეობა ექიმებისთვის სავალდებულოა, იტალიაში ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმებისათვის უსგ-ში მონაწილეობა სავალდებულოა, ჰოლანდიაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა იმისათვის, რომ არ დაკარგონ რეგისტრაცია, უნდა დააგროვონ გარკვეული რაოდენობით უსგ საათები, უსგ ფაქტობრივად სავალდებულოა ნორვეგიაში მომუშავე ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვისაც, პორტუგალიაში უსგ კრედიტსათვის დანერგვის სისტემა განხილვის ეტაპზეა, შვეიცარიის ექიმთა ფედერაციის წევრებისთვის უსგ-ში მონაწილეობა სავალდებულოა და სხვა.

სავალდებულო ან/და რეგულირებადი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა ძირითადად 3 სახით ხორციელდება: 1) საათობრივი კრედიტ ქულების დაგროვება დროის გარკვეულ პერიოდში; 2) საგამოცდო რესერტიფიცირება; 3) ორივე მეთოდის მეშვეობით. გარდა ამისა არსებობს ნებაყოფლობითი უსგ მაგრამ ევროპისა და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში ნებაყოფლობითი უწყვეტი პროფესიული განვითარება მიბმულია ან ექიმის რეიტინგზე რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს მის კარიერაში ან წახალისებულია სხვადასხვა აქციებით. მაგალითად, ლუქსემბურგსა და პორტუგალიაში, ექიმები რომლებიც მონაწილეობას

არ მიიღებენ უსგ აქტივობებში კარგავენ სადაზღვეო კომპანიებთან კონტრაქტირების შესაძლებლობას [9].

საათობრივი კრედიტ ქულების დაგროვება უფრო დამახასიათებელია ევრო კავშირის ქვეყნებისათვის. ევრო კავშირის 22 ქვეყნიდან 12-ში კრედიტ ქულების დაგროვით სისტემა სავალდებულოა, აქედან 7 ქვეყანაში ერთდროულად მოქმედებს კრედიტების სისტემაც და რესერტიფიცირებაც (ავსტრია, ბელგია, საფრანგეთი, საბერძნეთი, ირლანდია, იტალია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი). ხოლო ბულგარეთსა და პორტუგალიაში არ მოქმედებს არც კრედიტების სისტემა და არც რესერტიფიცირება. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ევრო კავშირის ქვეყნების 95%-ში უსგ ან უპგ ერთი რომელიმე სისტემა ხორციელდება, რომელიც პროფესიული ზრდის და მზადების ხარისხის შესაძლებლობას იძლევა (იხ. ცხრილი). წინამდებარე ცხრილი შედგენილია ქვეყანათა თანმიმდევრული რეიტინგის მიხედვით, სადაც პირველ ადგილებზე ყველაზე ეფექტური უსგ სისტემის მქონე ქვეყნები განთავსდნენ.

ცხრილი N1: უწყვეტი სამედიცინო გნათლების სისტემა ევრო კავშირის ქვეყნებსა და თურქეთში [10].

ქვეყანა	უსგ მოთხოვნა	მაკრედიტებელი ორგანო	რესერტიფიცირება	რელიცენზირება	სტიმული	სანქცია
აშშ	სავალდებულო • 250 კრედიტი ყოველ 5 წელში	Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME	x	x	x	x
დიდი ბრიტანეთი	• სავალდებულო • 250 კრედიტი ყოველ 5 წელიწადში (50 კრედიტი ყოველ წელს) • უპგ/უსგ და პრაქტიკა	National accreditation authority is the Academy of Medical Royal Colleges responsible for CPD division of revalidation into re-licensure. General Medical Council (GMC)	X	X	X	X
ბელგია	• სავალდებულო • 200 კრედტ. ყოველ წელს	State Insurance System (INAMI/RIZIV) with profession, universities, scientific organizations and Insurance Companies	x	x	x	x
ნიდერლანდები	• სავალდებულო რესერტიფიცირებისთვის • 40 კრედიტი ყველ წელს 5 წლის განმავლობაში	34 აღიარ. სპეციალობა აკრედიტ. ორგანოში. EACCME მიერ აკრედიტებული პროფესიული ასოციაციები	X			X
გერმანია	• სავალდებულო • 250 კრედიტი 5-წელიწადში (50 კრედიტი ყოველ წელს)				x	• 1 წ. 10% დაქვიოვა; • 2 წ: 25% დაქვიოვა; • 2 წლის შედეგ ლიცენზიის

						ჩამორთმევ ა.
იტალია	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო • 50 კრედიტი ყოველ წელს (3-წელიწადში) • 2010 წლიდან აკრედიტაცია დისტანციური სწავლება და შემდეგ ლექცია 	National Committee of the Ministry of Public Health and Regional Boards	X		X	
საფრანგეთი	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო თუმცა ნებაყოფლობითი პრაქტიკაში. • რეკომენდირ 250 კრედიტ ყოველ 5-წ. 	Accreditation system for hospitals, GPs and private doctors by the Ministry of Health	x		x	x
ირლანდია	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო • 250 კრედიტი 5 წელიწადში. 			ყოველ 5 წელიწადში უსგ/უპგ კლინიკური აუდიტი		
ესპანეთი	ნებაყოფლობითი, არანაირი კრედიტების სიტემა	Autonomous Authorities, Ministry of Health, National Commission for Continuing Education	X	X	X	X
ავსტრია	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო • 150 კრედიტ. 3 წელიწადში 	Austrian Medical Chamber and Academy of Physicians. Providers can be certified.	x			
ჩეხეთი	სავალდებულო	Medical Chamber is National Accreditation Authority	x			პირველ 6 წელ
პოლონეთი	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო • 200 კრედიტი ყოველ 5 წელში 				X	<ul style="list-style-type: none"> • 1 წ. 10% დაქვითვა; • 2 წ: 25% დაქვითვა; • 2 წლის შემდეგ ლიცენზიის ჩამორთმევ ა.

დანია	ნებაყოფლობითი	Danish Medical Association with National Scientific Societies	x		x	
ფინეთი	<ul style="list-style-type: none"> • ნებაყოფლობითი • 150 კრედიტ. 2 კვირის განმ. ყოველ წელს 		x			
საბერძნეთი	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო საყოველთაო ჯანდაცვის ექიმებისთვის. • ნებაყოფლობითი არასაყოველთაო ჯანდ. ექიმ 	Scientific Societies, Medical Schools and NHS Hospitals		X		
ნორვეგია	ნებაყოფლობითი		X		20% ხელფასიდან	
რუმინეთი	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო • 200 კრედიტი ყოველ 5 წელში 	Romanian College of Physicians has				
ბალტიის ქვეყნები (ლიტვა, ლატვია, ესტონეთი)	<ul style="list-style-type: none"> • ნებაყოფლობითი • 200 კრედიტი ყოველ 5 წელში 	50% სახელმწიფო 50% უნივერსიტეტები	X			
შვეიცარია	სავალდებულო	კარგად სტრუქტურირებული და რეგულირებადი სამეცნიერო ასოციაციები				
თურქეთი	<ul style="list-style-type: none"> • ნებაყოფლობითი • 150 კრედიტ. 5 წელიწადში 			X		
ბულგარეთი	<ul style="list-style-type: none"> • ნებაყოფლობითი • 150 კრედიტ. 3 წელიწადში 					
უნგრეთი	<ul style="list-style-type: none"> • სავალდებულო • 250 კრედიტი 5 წელიწადში. 	Medical Chamber is National Accreditation Authority				
პორტუგალია	ნებაყოფლობითი, არანაირი კრედიტების სიტემა					

ცხრილი ნათლად წარმოაჩენს რეიტინგის ლიდერ პირველ 7 ქვეყანას (აშშ, დიდი ბრიტანეთი, ბელგია, ნიდერლანდები, გერმანია, იტალია, საფრანგეთი) სადაც უსგ და უპგ

სისტემები რესერტიფიცირებასთან და რეაკრედიტაციასთან ერთად თნარსებობენ და რომელთაც ამ სისტემების განვითარებისა და მათი უწყვეტობის შედარებით ხანგძლივი ისტორია აქვთ. რეიტინგის ბოლოს არსებულ ქვეყნებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების გავლის ნებაყოფლობითი ან მხოლოდ რესერტიფიკაციის მოდელი აქვთ. აღსანიშნავია ის ფაქტი რომ ცხრილში მოცემულ ყველა ქვეყანაში ასე თუ ისე არსებობს უწყვეტი სამედიცინო განათლების ან უწყვეტი პროფესიული განვითარების გარკვეული მოდელები, რომლებიც ან სამედიცინო პერსონალის სავალდებულო კრედიტ ქულების დაგროვებით, რეაკრედიტაციით ან კურსების გავლის წამახალისებელი აქტივობებით გამოირჩევა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში სისტემა უფრო ორგანიზაციულ სერტიფიცირებასთანაა დაკავშირებული, რომელიც მაგალითად, შეიძლება მოთხოვნილ იქნეს სამედიცინო ასოციაციებისა და საზოგადოებების, ჯანდაცვის ორგანიზაციების, სადაზღვეობისა და მათი პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ. სამედიცინო სპეციალობის საბჭო აწესებს რესერტიფიცირების სტანდარტებს, თუმცა უსგ საგანმანათლებლო რესურსებსა და სასწავლო კურსებს უზრუნველყოფენ სხვადასხვა სამედიცინო საზოგადოებები, აკადემიური ინსტიტუტები, სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციები. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს ხარისხის უზრუნველყოფის უმკაცრესი სისტემა აქვს, რომელშიც აკრედიტებულია 600-ზე მეტი ორგანიზაცია.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება და ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობა - შედარებითი ანალიზი

სამედიცინო შეცდომები მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და აშშ ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის კვლევების თანახმად სამედიცინო შეცდომები სიკვდილობის ნომერ მესამე მიზეზად სახელდება აშშ-ში, რომელიც ყოველწლიურად 250 000 სიკვდილობის მიზეზი ხდება [11].

სამედიცინო შეცდომების აღრიცხვიანობის ან და და ამ შეცდომების შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის სატისტიკა შედარებით ეფექტურად წარმოებს აშშ-ში. თავად სტატისტიკის ერთმნიშვნელოვნად დადგენა ძალიან რთულია რადგან მრავალ ფაქტორებზეა დამოკიდებული და შედარებით პირობით ხასიათს ატარებს. აღნიშნული სტატისტიკის შედგენას საფუძვლად უდევს მრავალწახნაგოვანი კვლევები დაწყებული პაციენტის კმაყოფილებიდან, დასრულებული თითოეული სამედიცინო შემთხვევების ანალიზით და გასაჩირებული ქეისების სტისტიკით. შესაბამისად განვითარებად ქვეყნებსა და საქართველოში ასეთი სტისტიკა ან პირობითია ან არ არსებობს.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის თანახმად ევრო კავშირის ქვეყნების სამედიცინო შეცდომები მერყეობს 8%-12% ინტერვალში. მაგალითად, დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის ანგარიშის თანახმად, რომელიც ემყარებოდა 850 000 შემთხვევის გახილვას, სამედიცინო შეცდომის სტატისტიკა საშუალოდ 11% დაფიქსირდა. ჰოსპიტალთან ასოცირებული ინფექცია ჯანმრთელობის საგრძნობ დაზიანებას იწვევს 20-ი ჰოსპიტალიდან რომელიმე 1 ჰოსპიტალის პაციენტზე და ეხება 4.1 მილიონ პაციენტს ყოველწლიურად.

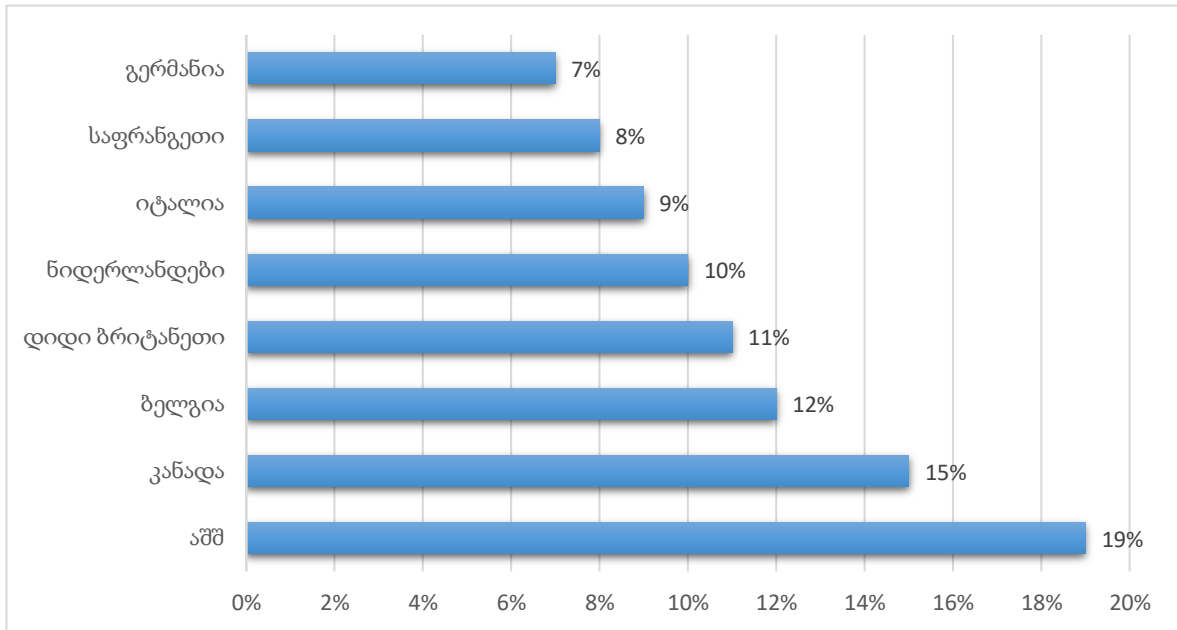
ევროკავშირის მოქალაქეების 23% ირწმუნება რომ პირადად იყო მსხვერპლი რომელიმე სამედიცინო შეცდომისა საიდანაც 18% სერიოზული ჯანმრთელობის დაზიანება მიაღწა.

წინამდებარე ანალიზისათვის მოყვანილია აშშ და ევრო პის გარკვეული ქვეყნების სტატისტიკა, რომელიც შედარდა ამავე ნაშრომში ცრილი 1-1 ში მოცემულ უსგ ეფექტურობის მიხედვით დადგენილ რეიტინგებს. აღნიშნული ცხრილი შედგენილია უსგ სისტემის

ეფექტურობის თანმიმდევრობის მიხედვით და პირველ 5 ერთეულში განთავსებულია ყველაზე ეფექტური უსგ/უპგ სისტემის მქონე ქვეყნები ხოლო ცხრილის ბოლოს შედარებით ნაკლებად ეფექტური ან უსგ სისტემის არ მქონე ქვეყნები.

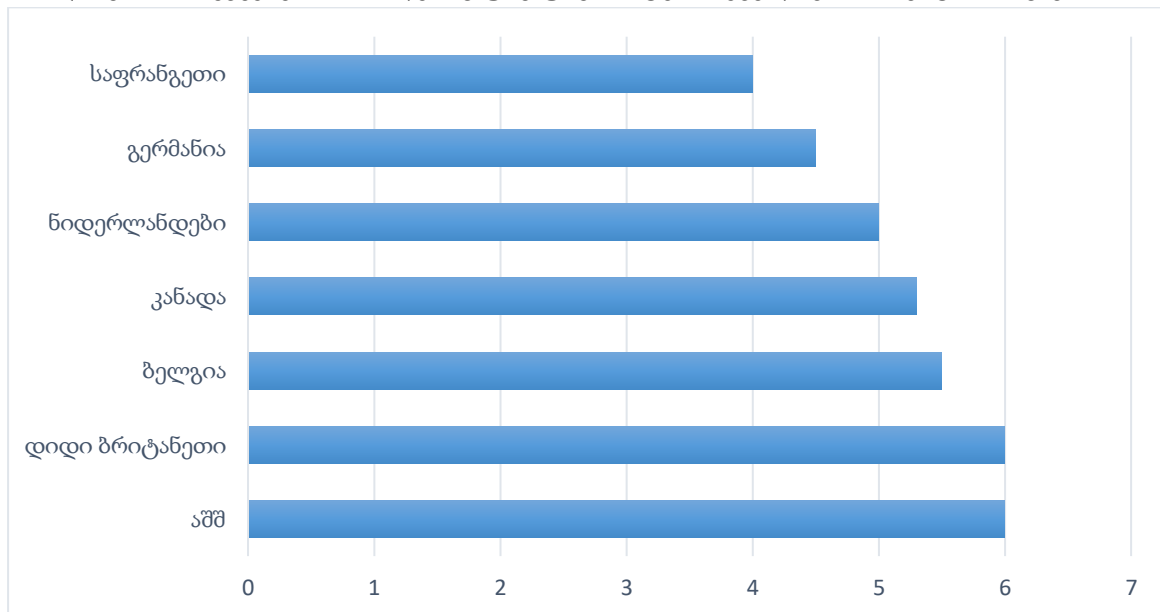
დიაგრამა 1 გვიჩვენებს 2014-2016 წლების ექიმთა მხრიდან დიაგნოსტიკასა და მკურნალობით მიდგომაში დაშვებული სამედიცინო შეცდომების სტატისტიკას განვითარებულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი პროცენტული მონაცემებით [12].

დიაგრამა 1: ყველაზე დაბალი სამედიცინო შეცდომების რეიტინგი ქვეყნების მიხედვით 2014-2016 წ.



დიაგრამა 2 გვიჩვენებს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ყველაზე მძლავრი სისტემის მქონე 7 ქვეყანას.

დიაგრამა 2: ქვეყნები, რომლებიც უსგ/უპგ სისტემის ყველა კომპონენტს მოიცავს



აღნიშნული დიაგრამები გვიჩვენებენ კორელაციას ქვეყნების მიხედვით ეფექტურ უსგ სისტემასა და სამედიცინო შედეგების პროცენტულ მაჩვენებლებს შორის. შეიძლება მონაცემები პირდაპირ ერთმანეთს არ მიყვება, თუმცა 5%-7%-იანი სხვაობით ქვეყანათა ჩამონათვალი იგივეა. მონაცემებიდან გამომდინარე, აშშ-ს ერთი ყველაზე მძლავრი უსგ სისტემა აქვს თუმცა წამყვანი პოზიციას იკავებს სამედიცინო შედეგების პროცენტული მაჩვენებლის მიხედვით. ეს გამონაკლისი, შესაძლებელია სხვა ქვეყნებთან შედარებით, სამედიცინო შედეგების ზუსტი და მკაცრი აღრიცხვით იყოს განპირობებული.

სამედიცინო შედეგების სტატისტიკა საქართველოში

ჯანდაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოს 2018 წლის ანგარიშის თანახმად, წლის განმავლობაში ჩატარდა რეგულირების სააგენტოს პროფესიული განვითარების საბჭოს 8 სხდომა. საბჭომ განიხილა პაციენტთათვის გაწეულ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული 162 საკითხი (სულ – 348 ექიმი). შედეგად, 342 ექიმს პროფესიული პასუხისმგებლობა დაეკისრა. მათ შორის, 235 ექიმს „წერილობითი გაფრთხილება“ მიეცა; 105 ექიმს სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება სხვადასხვა ვადით შეუჩერდა (1 თვით – 54 ექიმს, 2 თვით – 36 ექიმს, 3 თვით – 11 ექიმს, 4 თვით – 3 ექიმს, 5 თვით – 1 ექიმს); 2 ექიმს – გაუუქმდა სახელმწიფო სერტიფიკატი; ხოლო 6 ექიმს პროფესიული პასუხისმგებლობა არ დაეკისრა [13].

თუ გავითვალისწინებთ საქართველოში არსებულ ექიმთა საერთო რაოდენობას რომელიც 27.4 ათას აღწევს, ხოლო ექიმთან მიმართვიანობის 2017 წლის მონაცემებს - 1 149 300, გამოდის რომ 342 ექიმზე დაკისრებული პროფესიული პასუხისმგებლობით იდენტიფიცირება გაუკეთდა წლის განმავლობაში მომხდარ 342 სამედიცინო შეცდომას რითად დასტურდება რომ საქართველოში სამედიცინო შეცდომების მონაცემი 0.003%, მაშინ როდესაც ეროპის წამყვანი ქვეყნების სტატისტიკა 7%-იდან 12%-მდე მერყეობს [14].

ეს ციფრები თავისთავად გვეუბნება რომ საქართველოში სამედიცინო შეცდომების ინსტიტუციური აღრიცხვიანობა არ ხდება და მხოლოდ პაციენტის საჩივრის საფუძველზე იწარმოება. საქართველოში სამწუხაროდ არ ხდება პაციენტის კმაყოფილების ინსტიტუციური და პერმანენტული სახელმწიფო კვლევა, არ ხდება ჰოსპიტალური ინფექციების გამოვლინება. ქვეყანაში დღემდე ზუსტად არაა დადგენილი მოქმედი ექიმების რაოდენობა რადგან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სახელმწიფო სერტიფიკატი უვადოა და არ არის მიბმული უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემას. ბუნდოვანია ის მექანიზმები თუ რის საფუძველზე ახორციელებს პროფესიული განვითარების საბჭო ექიმთა პროფესიულ პასუხისმგებლობას. ძალიან სუსტია სამედიცინო ასოციაციების როლი და არ ხდება შეცდომების ანალიზი.

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე შეგვიძლია დავასკვნათ რომ როგორც საქართველოდან, ასევე განვითარებადი ქვეყნებიდან სამედიცინო შეცდომების სარწმუნო მონაცემების მიღება შეუძლებელია რათა დადგინდეს რაოდენობრივი კავშირი უწყვეტი სამედიცინო განათლების აუცილებლობასა და კლინიკური მკურნალობის ხარისხს შორის როგორც ეს ევროპისა და ამერიკის კონტინენტის ქვეყნების შემთხვევაში გახდა შესაძლებელი. უფრო მეტიც, უწყვეტი პროფესიული განვითარების მოქმედი სისტემის არ არებობა, ხელს უშლის ანალიზი გაუკეთდეს მოქმედი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების, მათი რაოდენობისა და საქმიანობების შესახებ ინფორმაციას.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება საქართველოში

საქართველოში როგორც სხვა პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში საბჭოთა კავშირის დაშლამდე არსებობდა უწყვეტი პროფესიული მზადების საბჭოთა სისტემა. საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია დაარსდა 1935 წელს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების ინსტიტუტის სახით, ხოლო 1941 წელს მას ეწოდა “თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი”.

საბჭოთა კავშირის მინისტრთა საბჭოს 1965 წლის 8 დეკემბრის და საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს 1966 წლის 25 იანვრის დადგენილებებით თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი გადავიდა საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროს უშუალო დაქვემდებარებაში, სტატუსით გათანაბრებული იყო უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებასთან და იწოდებოდა “სსრ კავშირის ჯანდაცვის სამინისტროს ექიმთა დახელოვნების თბილისის სახელმწიფო ინსტიტუტი”.

საქართველოს მინისტრთა კაბინეტის 1990 წლის 30 აგვისტოს განკარგულებით თბილისის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების გარდა დაევალა სტუდენტ-მედიკოსთა სწავლებაც, რის გამოც საქართველოს რესპუბლიკის პრემიერ-მინისტრის 1993 წლის 3 თებერვლის განკარგულებით ინსტიტუტს მიენიჭა სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლის სტატუსი და ეწოდა “თბილისის სამედიცინო აკადემია”.

თბილისის სამედიცინო აკადემიაში სტუდენტთა ფაკულტეტის გაუქმებასთან დაკავშირებით, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს 1996 წლის 13 დეკემბრის ბრძანებით აკადემიას შეეცვალა სახელი და ეწოდა “ექიმთა დიპლომისშემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია” ექიმთა დიპლომისშემდგომი მომზადებისა და დახელოვნების სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლის სტატუსით.

საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 24 ნოემბრის N478 ბრძანებულებით კი აკადემიას დაეკისრა სამედიცინო პერსონალის უმაღლესიშემდგომი პროფესიული მზადების (რეზიდენტურა) და უწყვეტი სამედიცინო განათლების, ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის გადამზადების ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვაში საბაზისო დაწესებულების ფუნქცია და ეწოდა “საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია”. სწორედ ამ დროიდან იღებს სათავეს დამოუკიდებელი საქართველოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა რომელმაც 4 წელი იარსება. აღნიშნული ბრძანებით ჩამოყალიბდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების მეტ-ნაკლებად თანამედროვე სისტემა, რომელშიც იმ თავითვე განისაზღვრა რომ ამ ბრძანებით ჩამოყალიბებული ინსტიტუცია - „საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია“ უნდა გამხდარიყო ევროპის „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპის სააკრედიტაციო საბჭოსა“ და „მედიკოს სპეციალისტთა ევროპული გაერთიანების“ წევრი. გარდა ინსტიტუციური თანამშრომლობისა, აკადემიას დაევალა მისი საქმიანობა გაევრცელებინა როგორც ექიმებზე ასევე საშუალო სამედიცინო მედ-პერსონალზე. პრეზიდენტის ბრძანების მიხედვით აკადემიის სტრუქტურა და დასახული ამოცანები მთლიანად პასუხობდა იმდროინდელ ევროპულ სტანდარტს რომელიც 2000-იან წლებში ევრო კავშირის ტერიტორიაზე უსწრაფესი ტემპებით ვითარდებოდა [15]. უფრო მეტიც, მოგვიწოდებთ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 22/01/2004 წლის N 25/ნ ბრძანებაში „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადის გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ აისახა საქართველოს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული მზადების 5 წლიანი სტრატეგია, რომელიც ემყარებოდა როგორც რესერტიფიცირების ასევე კრედიტქულების დგოვებით სისტემას.

მართალია წყაროებში მწირე ინფორმაცი მოცემული თუ რა სასწავლო კურსებსა და მასალებს ემყარებოდა მაშინდელი ტრენინგები და კრედიტ-ქულები, ხარისხის უზრუნველყოფისა და ტრენერთა გადამზადების რა მექანიზმები გააჩნდა და როგორი იყო ერთიანი ბაზის აღრიცხვიანობის სისტემა, თუმცა ინსტიტუციური მოდელი როგორც დამწყები პროექტი შეესაბამებოდა მაშინდელ მოთხოვნებს [16].

რეალობაში კი პროცესი სულ-სხვაგვრად წარიმართა, იმ პერიოდში გამეფებულმა კორუფციულმა სისტემამ აღნიშნული რეფორმაც მოიცვა. პროცესი არ ხორციელდებოდა, კრედიტ ქულების დაგროვება სხვადასხვა არაოფიციალური გადასახადებით იყო განფასებული, რომელსაც კურირებას სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია უწევდა. ხოლო რესურთიფიცირების გამოცდის ჩაბარება ექიმებს საკმაოდ დიდი თანხა უჯდებოდათ. შედეგად საქართველოს პრეზიდენტის 2006 წლის 24 მარტის „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“ ერთაბზაციანი ბრძანებულება №226 საფუძველზე სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს შეუერთდა ხოლო სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულო პირობას აღარ წარმოადგენდა. გაუქმდა აგრეთვე ექიმთა და საშუალო მედპერსონალის რესურტიფიცირების მექანიზმები და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი უვადო სერთიფიკატების გაცემა დაიწყო [17]. აღსანიშნავია ის ფაქტი რომ მაშინდელი ხელისუფლების პირობებში ადგილი არ ქონდა მცდელობას მომხდარიყო უსგ სისტემის რეფორმირება რადგან მიიჩნეოდა რომ სამედიცინო ბაარი თვითრეგულირების მექანიზმებს უნდა დაყრდნობოდა ხოლო სამედიცინო პერსონალს თვითგანვითარების პრინციპებით ეხელმძღვანელა.

უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქართული საკანონმდებლო ბაზის შეუსაბამობები

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში უწყვეტი პროფესიული განვითარება განმარტებულია, როგორც უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი.

იმავე კანონის 97-ე მუხლის შესაბამისად, უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ექიმის პროფესიული მზადება-დახელოვნება მოიცავს უმაღლესისშემდგომ პროფესიულ მზადებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას. უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მიზანია რომელიმე საექიმო სპეციალობის დაუფლება, ხოლო უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანი - ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება მის საექიმო სპეციალობაში, ისე, რომ მისი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე-100 მუხლის თანახმად, ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტები, შესაბამისი ფორმები და მათში ექიმის მონაწილეობის შეფასების კრიტერიუმები და წესი უნდა განისაზღვრებოდეს „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონითა და სხვა საკანონმდებლო აქტებით [18].

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, უწყვეტი პროფესიული განვითარების დეფინიციასთან ერთად, რომელიც მცირედ განსხვავდება ჯანმრთელობის დაცვის კანონში მოცემული დეფინიციისაგან (უწყვეტი პროფესიული განვითარება - უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული

მზადების) მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა) მართლაც განსაზღვრავს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტებს.

კანონის 291 მუხლის შესაბამისად, უპგ-ს კომპონენტებია: ა) უწყვეტი სამედიცინო განათლება; ბ) უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა; გ) პროფესიული რეაბილიტაცია; და დ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება [19]. იმავე კანონში განმარტებულია თითოეული ზემოაღნიშნული კომპონენტი.

ცხრილი 1: უწყვეტი პროფესიული განათლების (უპგ) კომპონენტები

<p>უწყვეტი სამედიცინო განათლება</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებული სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ- ჩვევების განმტკიცებას და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა);</p>
<p>უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს კონკრეტულ სპეციალობაში უწყვეტ პრაქტიკულ კლინიკურ საქმიანობას და ფასდება სათანადო მახასიათებლებით (პაციენტების რაოდენობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა, პრაქტიკული საქმიანობის ხანგრძლივობა და სხვა)</p>
<p>პროფესიული რეაბილიტაცია</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს შედარებით ხანგრძლივი (1-5-თვიანი) სწავლების/ მზადების კურსის გავლას და რომლის მიზანია ექიმის პროფესიული კომპეტენციის აღდგენა კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში;</p>
<p>სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას.</p>

საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის იმავე 291-ე მუხლის თანახმად, უპგ-ს პირველი კომპონენტის - უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეულ ფორმებს, ისევე როგორც მეორე კომპონენტის - პროფესიული რეაბილიტაციის წესებს, აგრეთვე, აკრედიტაციის წესსა და კრიტერიუმებს შეიმუშავებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული პროფესიული განვითარების საბჭო და ამტკიცებს სამინისტრო. იმავე კანონის 20.7(ე)-ე მუხლის შესაბამისად, პროფესიული განვითარების საბჭო უზრუნველყოფს, აგრეთვე, უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების პროცესების ორგანიზების, მართვისა და მონიტორინგის ღონისძიებების გატარებას. უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესში პროფესიული განვითარების საბჭოს უფლებამოსილებას და ფუნქციებს უფრო აკონკრეტებს საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 16 მაისის №122/5 ბრძანებით დამტკიცებული საბჭოს დებულება, რომლის მე-2 მუხლის შესაბამისად, საბჭო ახორციელებს შემდეგ საქმიანობებს:

➤ უზრუნველყოფს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების პროცესების ორგანიზებას, მართვასა და მონიტორინგს;

➤ განიხილავს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების საკითხებს, ამზადებს სათანადო რეკომენდაციებს და მონაწილეობს ნორმატიული აქტების შემუშავებაში;

➤ შეიმუშავებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების (მათ შორის, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობებსა და სუბსპეციალობებში) აკრედიტაციის კრიტერიუმებს და წესს, ასევე უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და პროფესიული რეაბილიტაციის წესს, აკრედიტაციის წესსა და კრიტერიუმებს; ახდენს ამ პროგრამების აკრედიტაციას და კანონმდებლობის მოთხოვნათა შესაბამისად, წარუდგენს მინისტრს დასამტკიცებლად;

➤ ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს და იღებს შესაბამის გადაწყვეტილებებს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების საკითხებთან დაკავშირებით, თუ კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

ამრიგად, პროფესიული განვითარების საბჭოს ეკისრება უპგ სფეროში ყველა მნიშვნელოვანი მარეგულირებელი და საზედამხებდველო ფუნქცია, თუმცა მას, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონების მოთხოვნების მიუხედავად, რომ 2009 წლის 1 მარტამდე შეემუშავებინა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმები და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესები და კრიტერიუმები, დღემდე რაიმე ნორმატიული აქტი არ გამოუცია და არც რაიმე კონკრეტული ღონისძიება განუხორციელებია.

ამავე დროს, უწყვეტ პროფესიულ განვითარებასთან დაკავშირებით საქართველოში მიღებული იყო და 2018 წლის ივლისამდე მოქმედებდა ორი ნორმატიული აქტი: (ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 23 იანვრის №25/5 ბრძანება „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადით გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ და (ბ) 2005 წლის 1 ნოემბრის №274/5 ბრძანება „უწყვეტი პროფესიული განვითარების ცალკეული კომპონენტის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების გარეშე სახელმწიფო სერტიფიკაციის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისათვის საჭირო უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების მინიჭების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

აღნიშნული აქტები უკვე სათაურიდან გამომდინარე, ეწინააღმდეგებოდა საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 25-ე მუხლს, რომელიც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელი სუბიექტების რესერტიფიცირებას არ ითვალისწინებს. აღნიშნული მუხლის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატი, მას შემდეგ, რაც ის მინიჭებული იქნება, მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით. შესაბამისად, უპგ-ს მოთხოვნების დაკმაყოფილება რესერტიფიცირების განმსაზღვრელი კრიტერიუმები არ არის. მიუხედავად ამისა, ზემოაღნიშნული აქტები 2018 წლამდე მოქმედებდა და ქმნიდა ერთგვარ სირთულეს უპგ-ს როგორც პროფესიული განვითარების მექანიზმის გამოყენებისთვის.

ამჟამად საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისის ბრძანებამ №01-3/ნ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ გააუქმა 2004 წლის N25/ნ და 2005 წლის N274/ნ ბრძანებები [20].

თუმცა ეს ყველაფერი არ არის. კანონმდებელი უპგ-ს საექიმო საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად და ექიმების პროფესიული დახელოვნების აუცილებელ კომპონენტად აღიარებს და მას სახელმწიფო რეგულირების სფეროში აქცევს (სახელმწიფო ორგანოს - პროფესიული განვითარების საბჭოს აკისრებს უპგ ორგანიზების, მართვის, მონიტორინგის, უპგ პროგრამების აკრედიტაციის კრიტერიუმებისა და წესის განსაზღვრისა და ამ პროგრამების აკრედიტაციის ფუნქციას), რასაც თითქოს უპგ-ს სავალდებულოდ აღიარებამდე მივყავართ; მეორე მხრივ კი აცხადებს, რომ უპგ ექიმის მხოლოდ უფლებაა და არა ვალდებულება. საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 291-ე მუხლის მიხედვით დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტს შეუძლია (ე.ი. ვალდებული არ არის) მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტის პროფესიული განვითარების სისტემაში, თავისი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა მიუსადაგოს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებს და გააუმჯობესოს ამ საქმიანობის ყველა ასპექტი.

ამრიგად, საქართველოში ექიმი, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, მხოლოდ ნებაყოფლობით მონაწილეობს უპგ აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებში მონაწილეობა კი, მართალია, კანონმდებელს მისი საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად მიაჩნია, საბოლოოდ არანაირ კონკრეტულ სამართლებრივ შედეგთან არ არის დაკავშირებული.

რეკომენდაციები:

უპგ-ს სავალდებულობა - ნებისმიერი გადაწყვეტილება უპგ სისტემის სავალდებულობასთან დაკავშირებით საჭიროებს არგუმენტებს და მტკიცებულებებს. უპგ-ს სავალდებულოდ მიჩნევის შემთხვევაში, უპგ ღონისძიებებში მონაწილეობა და შესაბამისი ქულების (კრედიტების) დაგროვება ექიმისათვის გარკვეული სამართლებრივი შედეგების დადგომას უნდა უკავშირდებოდეს (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკაციის შენარჩუნება, რესერტიფიცირება, შრომითი კონტრაქტის გაგრძელება და სხვ.). მხოლოდ ამის შემდგომ საჭიროა კანონმდებლობის მოყვანა შესაბამისობაში პოლიტიკის განსაზღვრულ მიმართულებასთან.

უპგ-ს შემდგომი რეგულირება - სამინისტროს/საბჭოს მიერ მიღებულ იქნას ნორმატიული აქტები, რომლებითაც განისაზღვრება უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმები და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესები და კრიტერიუმები. სასურველია სახელმწიფოს მხრიდან შემუშავდეს გარკვეული მოთხოვნები უპგ-ს მიმწოდებელთა მიმართაც. განისაზღვროს უპგ პროცესში ვის ენიჭება წამყვანი როლი: სამედიცინო პროფესიულ ორგანიზაციებს, სამედიცინო სკოლებს და უნივერსიტეტებს, დამქირავებლებს თუ სახელმწიფო დაწესებულებებს. უნდა განისაზღვროს მიმწოდებელთა აკრედიტაციის კონკრეტული პროცედურა. თუ კანონმდებლის მიზანი უპგ-ს ნებაყოფლობითობაა, მაშინ მთავარი აქცენტი რეგულირებისათვის შესაძლებელია გადატანილ იქნას პროფესიულ ორგანიზაციებზე, რათა მათ შეიმუშავონ უპგ-ს ძირითადი სისტემა და

სტანდარტები. ამ პროცესში სასურველია გათვალისწინებულ იქნას გლობალურ სტანდარტებში მოცემული მოთხოვნები, აგრეთვე, ევროპის ქვეყნების გამოცდილება [21].

არაფორმალური/არასავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლება და კურსების აკრედიტაციის სისტემა საქართველოში

საკანონმდებლო ჩარჩოს გახილვისა და შეუსაბამობების მიმოხილვის კვალდაკვალ ნაშრომის მიზნის მისაღწევად მნიშვნელოვანია გავიაზროთ რა სახის უწყვეტი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა არსებობს საქართველოში? როგორია მისი ეფექტურობა და რამდენად შეასრულებს იგი გარდამავალ როლს ქვეყანაში ამ სისტემის ჩამოყალიბებისათვის? არსებობს თუ არა დაკვეთა პროფესიული წრეებისგან, ან სახელმწიფოს ნებასურვილი ჩამოყალიბდეს უსგ და რა ქმედითი ნაბიჯები იდგმება ამ მიმართულებით? როგორ მოწმდება სამედიცინო პერსონლის პროფესიული კომპეტენცია და რა რისკებს შეიცავს არასავალდებულო უსგ?

როგორც ზემოთ არაერთხელ აღინიშნა, საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება ნებაყოფლობითია. დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის დამადასტურებელი სერთიფიკატი გაიცემა უვადოთ და ამ სერთიფიკატზე არ არის მიბმული მიღების შემდგომ პროფესიული განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების (ან შენარჩუნების) კრიტერიუმები - ექიმს არ ევალება რესერტიფიკაციის გავლა ან კრედიტების ქულების მოგროვება. როგორც წინმდებარე კვლევა გვიჩვენებს, არც დამსაქმებლებს და ბაზარს გააჩნია ამ ცოდნის შემოწმების შიდა სტანდარტი ან განსაკუთრებული ინტერესი. თუმცა მეორეს მხრივ გვაქვს დეფიციტური სპეციალობები და კვალიფიციურ კადრზე მოთხოვნა დიდია.

იმ კითხვაზე პასუხის გასაცემად თუ რა სახის ნებაყოფლობითი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა გვაქვს საქართველოში, საილუსტრაციოდ გამოგვადგება მინისტრის 2018 წლის ბრძანების №01-3/ნ დანართი „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“. ამ ბრძანების მე-2 მუხლის თანახმად, ბრძანების ამოქმედებამდე (2018 წლის ივლისამდე), აკრედიტებული ყველა უსგ პროგრამას განესაზღვრა 2 წლიანი ვადა შესაბამისი კრედიტ ქულების მინიჭების გარეშე. მიუხედავად იმისა რომ აკრედიტაციისას ამ კურსებს მიენიჭათ კრედიტ ქულები, ხოლო მათი მოქმედების ვადა განსაზღვრული არ იყო.

საქართველოს უსგ-ს თავისებურებას წარმოადგენს ის ფაქტი რომ 2005 წლიდან, მას შემდეგ რაც უსგ როგორც სავალდებულო კომპონენტი გაუქმდა, მოყოლებული პროფესიული საბჭოს გააჩნია სასწავლო კურსის აკრედიტაციის კომპონენტები, თუმცა რა მიზანს ემსახურება აღნიშნული შესაძლებლობა დღემდე ნათელი არ არის. თავდაპირველად მიიჩნეოდა რომ ეს იყო ერთგვარი გარდამავალი და მოსამზადებელი პროცესი იმისათვის რათა დაწყებულიყო უსგ სახელმწიფო სისტემის რეფორმირება და ჩამოყალიბება, თუმცა 12 წლიანი პერიოდი გვიჩვენებს რომ ამ მიმართულებით ჯერაც არ იდგმება ქმედითი ნაბიჯები. მაშასადამე პასუხგაუცემელი რჩება შეკითხვა რა მიზანს ემსახურება აღნიშნული ბრძანების მე-2 მუხლი დღეს, მაშინ როდესაც სხვა დანარჩენი სისტემური მახასიათებლები უცვლელი რჩება.

აღნიშნული ბრძანების დანართის მე-3 მუხლი გვაუწყებს რომ „საქართველოში აღიარებულია №1.1 დანართით განსაზღვრული ქვეყნების შესაბამისი ორგანოების, ასევე, ევროპის უწყვეტი პროფესიული განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს – EACCME მიერ აკრედიტებული უსგ აქტივობები/მიმწოდებლები და მათ დამატებითი აკრედიტაცია არ

სჭირდებათ“ ხოლო მე-5 მუხლის თანახმად განისაზღვრება უსგ კრედიტ ქულები, ხოლო უსგ განმახორციელებელი ორგანიზაციები ვალდებული არიან სამინისტროს ინფორმაცია მიაწოდონ დაგეგმილი აქტივობების შესახებ.

EACGME -ს მიერ აკრედიტებული კურსების აღიარება დადებით ნაბიჯად შეიძლება ჩაითვალოს, თუმცა იგი ახალი არ არის და ზემოთ განხილული 2001 წლის პრეზიდენტის ბრძანებულების მე-8 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტშიმითიებულია იგივე პოსტულატი [22]. არც ერთი ნორმატიული აქტი, ან საინფორმაციო პორტალი არ განმარტავს რა მიზანს ემსახურება არასავალდებულო ნებაყოფლობით კურსებზე კრედიტ ქულების მინიჭება, არ საზღვრავს წესსა და ფორმას თუ როგორ უნდა მოხდეს ორგანიზაციის მიერ ამ კრედიტ ქულების აღრიცხვა, სად შეიძლება ექიმმა ნახოს მის მიერ დაგროვილი ქულები. არ არსებობს არც ერთი სარეკომენდაციო ხასიათის დებულება რომელიც განმარტავდა რამდენი კრედიტ ქულის დაგროვება იქნებოდა სასურველი და ეფექტური ამა თუ იმ სპეციალობის ექიმთა განვითარებაში და დროს რა მონაკვეთში. თუ ჩვენ ეს ცვლილება უნდა მივიჩნიოთ უსგ ჩამოყალიბების მორიგ მცდელობად და გარდამავალ პროცესად მაშინ იგი მინიმუმ ზემოთ ჩამოთვლილ საბაზისო შეკითხვებს პასუხს უნდა სცემდეს.

ბრძანების ამოქმედების შემდეგ მოხდა ზოგიერთი აკრედიტებული კურსების რეაკრედიტაცია, ზოგიც კი ახალი დაემატა. 2018 წლის ივლისიდან დღემდე სულ განხორციელდა 44 სასწავლო კურსის აკრედიტაცია, აქედან 20 კურსი მოდის მეანგინეკოლოგიასა და ახალშობილთა გადაუდებელი მედიცინის მიმართულებით. ხშირად ერთსა და იგივე მიმართულებით არსებული სხვადასხვა პროგრამების დასახელებებიც კი თითქმის იდენტურია, რაც გვაფიქრებინებს რომ პროფესიული განვითარების საბჭოზე არ ხდება რეალურად ამ პროგრამების ხარისხისა და შესაბამისობის განხილვა.

ბრძანება ასევე უსგ/უსგ აქტივობად განიხილავს დამოუკიდებელ საგანმანათლებლო საქმიანობას, კონფერენციებში მონაწილეობას, სტატიების გამოქვეყნებას, გაიდლაინებზე მუშაობას და სხვ. ქვემოთ მოცემული კვლევა გვიჩვენებს რომ გამოკითხულ ექიმთა 100% არ ფლობს არანაირ ინფორმაციას ქვეყანაში შესაძლო უსგ და უსგ აქტივობებისა და კრედიტ ქულების დაგროვების შესაძლებლობების შესახებ. უფრო მეტიც, ზოგადად არაა ჩამოყალიბებული თუ სად და რა ფორმით უნდა წარადგინოს ექიმმა ინფორმაცია მის მიერ დამოუკიდებელი აქტივობის განხორციელების შედეგ. არ არის დეკლარირებული თუ რას ემსახურება სამომავლოს უსგ/უსგ ქულების დაგროვების შესაძლებლობა და რა ნაბიჯებია დაგეგმილი ამ მიმართულებით. სამედიცინო პერსონალთან და აკრედიტებული პროგრამების პოტენციურად განმახორციელებელ ორგანიზაციებთან, სამინისტროს მხრიდან წარმოებს თითქმის ნულოვანი კომუნიკაცია უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემასთან და ამ ცვლილებებთან დაკავშირებით.

აღნიშნულ ფაქტებზე დაყრდნობით, ზემოთგამოთქმული ანალიზი გვამლევს იმ დასკვნის გაკეთების საშუალებას რომ სახელმწიფოს მხრიდან დღეს დღეისობით არსებული აქტივობები ატარებს ფორმალურ ხასიათს და არ ემსახურება სამომავლოდ ამ სისტემის გადასვლისაკენ ქმედითი ნაბიჯების გადადგმისათვის მოსამზადებელ სამუშაოს განხორციელებას. როგორც დასავლურმა პრაქტიკამ გვაჩვენა ნებაყოფლობითი უსგ/უსგ არსებობის დროს გარდამავალ ეტაპზე სახელმწიფო აქტიურად ახორციელებდა რინარე რეფორმის მოსამზადებელ სამუშაოს რაც გამოიხატებოდა სისტემურ განახლებაში, პერსონალთან და ორგანიზაციებთან ინტენსიური კომუნიკაციის დაწყებაში და მათი ჩართულობაში, სხვადასხვა სახის წამახალისებელი აქტივობების გაგეგმვაში რათა ნებაყოფლობითი უსგ პროგრამების გავლის

სურვილი სულ უფრო მეტ ექიმს გასჩენოდა და სხვ. საქართველოში სახელმწიფოს მხრიდან არც ერთი მსგავსი აქტივობა არ შეინიშნება. ახალი ბრძანებით განსაზღვრული დებულებები დიდად არ განსხვავდება მისი წინამორბედი არაეფექტური და ქმედუუნარო დოკუმენტისგან. შეიძლება ითქვას რომ საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემას გაურკვეველი ფორმა გააჩნია. ერთის მხრივ საკანონმდებლო ბაზაზე დეკლარირებულია უსგ/უპგ ფორმები, ხოლო მეორეს მხრივ პრაქტიკაში სრული უძრაობის ხანა დგას.

სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების სერვისების ხარისხის მიმართ არათანაბარმა და ზერელე დამოკიდებულებამ, ქართულ ჯანდაცვის სისტემაში და აღნიშნულ ბაზარზე სამედიცინო პერსონალის განთვითარებაზე კერძო სექტორის დაინტერესება შეასუსტა რაც თავის მხრივ უარყოფითად აისახება უსგ სისტემის განვითარებაზე.

მეთოდოლოგია

კვლევის პროცესში გამოყენებული იქნა შეკრების, სისტემატიზაციის, აღწერის, შედარების და ანალიზის მეთოდები. გამოყენებული იქნება შემთხვევითი შერჩევის და პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდები - შემუშავებულ იქნება კვლევის ინსტრუმენტი - კითხვარი რომელიც განსაზღვრავს „ექიმების ცოდნადამოკიდებულების შესწავლა უსგ მიმართ“. გამოკითხვის შემდეგ მასალები დამუშავდა SPSS პროგრამით.

კვლევის მეორე ეტაპზე მოხდა დარგის კვლავიციური სპეციალისტების გამოკითხვა, გამოყენებული იქნა „დელოფის“ მეთოდი, რომლის საფუძველზე ჩატარდება ინტერვიუ 2 სხვადასხვა კლინიკის ხელმძღვანელთან წინასწარ მომზადებული კითხვარის მიხედვით.

კვლევის შედეგები

უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ ექიმთა ცოდნადამოკიდებულების კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 4 კლინიკის 60-მა პერსონალმა. აღსანიშნავია რომ გამოკითხვაში მონაწილეობდა 2 რეგიონალური და 2 თბილისის კლინიკა. ეს კლინიკებია:

- 1) „რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრი - ამბროლაურის რაიონული საავადმყოფო“ – 15 ექიმი;
- 2) „რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრი - დედოფლის წყაროს სამედიცინო დაწესებულება“ – 15 ექიმი;
- 3) „შპს გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი“ – 15 ექიმი;
- 4) „ნიუ ვიჯენ საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი“ – 15 ექიმი.

გამოკითხვა წარმოებდა ანონიმური ინტერვიუების მეთოდი და გამოყენებულ იქნა 20 კითხვიანი ანკეტა. პროცესის მსვლელობისას ავტორის მხრიდან იყო მცდელობა გამოკითხვა არ წარმოებულყო შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით არამედ კლინიკის ყველა დეპარტამენტიდან პარიტეტული პრინციპით თანაბრად მიეღოთ მონაწილეობა რესპოდენტებს, თუმცა ეს მცდელობა ნაწილობრივ დაკმაყოფილდა.

გამოკითხულთა უმრავლესობა (62%) საშუალო ასაკისაა რომლთაც საექიმო საქმიანობის 15 წელზე მეტი სტაჟი აქვთ. შეკითხვაზე: „ფიქრობთ თუ არა რომ აუცილებელია შემოღებულ იქნეს სამედიცინო პერსონალის სავალდებულო ატესტაცია/ტესტირება ყოველ რამოდენიმე წელიწადში ერთხელ, ხოლო ისინი ვინც ვერ გაივლის ატესტაციას უნდა შეუჩერდეთ საქმიანობის უფლება“, რესპოდენტთა 57.6% ეთანხმება აღნიშნულ პირობას ხოლო 34.6 არ ეთანხმება. სასიამოვნოა ის ფაქტი რომ დადებითი მოსაზრების მქონე რესპოდენტები უმრავლესობას წარმოადგენენ.

შეკითხვას რომელიც ეხებოდა სახელმწიფოს ან დამსაქმებლის მხრიდან, უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ კომუნიკაციის ხარისხს, აბსოლიტურმა უმრავლესობამ უარყოფითი პასუხი გასცა. საინტერესო კორელაცია დადგინდა მუშაობის ინტენსივობასა და განათლების სურვილს შორის, მათ ვისაც მეტი პაციენტის მიღება უწევს, უწყვეტი განათლების სურვილი მაღალი აქვთ. პერსონალის 60% რომლებიც დღეში 5-იდან 20 პაციენტზე მდე ღებულობს, ეთანხმება უსგ სავალდებულო შემოღების საჭიროებას.

გამოკითხულ რესპოდენტთა უმრავლესობას საკუთარ პროფესიულ კომპეტენციის დონეზე მაღალი მოსაზრებისაა, თუმცა მათ, ვისაც წელიწადში ერთხელ მაინც გაუვლია ინტენსიური ტრენინგი თვითშეფასება შედარებით ნაკლები აქვთ. მათ შორის მზაობა მეტია რომ თანხა გადაიხადონ ტრენინგში (უარყოფითი პასუხი საერთოდ არ დაფიქსირებულა კვლევის მიხედვით).

ექიმები რომლებიც მზად არიან სრულად ან ნაწილობრივ გადაიხადონ თანხა უსგ-ში, ბაზარზე არსებული ტრენინგების დეფიციტის მიუხედავად ახერხებენ სწავლის გაგრძელებას. მათ მიერ შერჩეული კურსების უმრავლესობა დადებითად კორელირებს მათ სპეციალობასთან. საპირისპირო სიტუაცია იმ ექიმებში ვისაც არ აქვს სურვილი თანხა გადაიხადოს ტრენინგში.

კვლევის მეორე ეტაპზე მოხდა დარგის კვლავიციური სპეციალისტების გამოკითხვა, გამოყენებული იქნა “დელფის” მეთოდი, რომლის საფუძველზე ჩატარდება ინტერვიუ 2 სხვადასხვა კლინიკის ხელმძღვანელთან წინასწარ მომზადებული კითხვარის მიხედვით.

ხარისხოვრივი კვლევა ჩატარდა თბილისში არსებული 2 კლინიკის დირექტორთან. განსხვავებით სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვისაგან, კლინიკის ხელმძღვანელები ნაკლები ენთუზიაზმით ჩაერთნენ არსებულ კვლევაში. ჩაფიქსირდა კლინიკის დირექტორმა, მინიმალური და სიმბოლური პასუხები მოგვაწოდა. მოუხედავად ამისა ნათლად ჩანს ანალიზისათვის საჭირო ინფორმაცია.

„დელფის მეთოდით“ გამოკითხვა მოიცავდა 8 შეკითხვას, რომელთა პასუხებიც ჩაფიქსირდა კლინიკის ხელმძღვანელთან ინტერვიუში შემდეგნაირად განაწილდა:

თქვენ კლინიკაში თუ ხდება ექიმების ექიმების კვალიფიკაციას / ცოდნის დონის შეფასება და თუ კი რა ინდიკატორები გამოიყენება?

ძირითადად მათზე მიბმული კმაყოფილი პაციენტების რაოდენობის მიხედვით, ასევე კლინიკაში სამუშაოს დაწყებისას ვამოწმებთ სტაჟს, რეკომენდაციას სხვა კლინიკიდან, სამუშაო გამოცდილებას, განათლების დამადასტურებელ სერთიფიკატებს.

ხართ თუ არა დაინტერესებული თქვენი კლინიკის ექიმი მუდმივად ეწეოდეს აგრძელებს სამედიცინო განათლებას, დადებითი პასუხის შემთხვევაში რა მექანიზმით ამოწმებთ ზემოთ აღნიშნულს?

დიახ, ჩვენი კლინიკის ადამიანური რესურსების დეპარტამენტი ატარებს კლინიკის შიდა ტესტირებებს რომელიც ბოლოს შარშან ჩავატარეთ და ექიმების უმრავლესობამ 90% მიიღო და ასევე ექიმებს მოაქვთ სერთიფიკატები მათ მიერ გავლილი ტრენინგების შესაბამისად.

გაქვთ თუ არა სამედიცინო პერსონალის (ექიმების) პერფორმანსის რეიტინგის სისტემა, წახალისების, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ბონუს ქულების ან სვა პროცედურები? დადებით პასუხის შემთხვევაში რა ადგილი და როლი უკავია პერსონალის უწყვეტ განათლებას ამ რეიტინგში?

ტრეიტინგი არ გვაქვს, თუმცა ვატარებთ ტრენინგებს და ტესტირებებს. ტრენინგები ძირითადად ჩავატარებთ ბაზისურ გულფილტვის რეანიმაციაში, ასევე თვეში ერთხელ

ფარმაცევტული კომპანიების ორგანიზებით მიმდინარეობს კონფერენციები სხვადასხვა თემებზე. ტესტირების შესახებ ზემოთ მოგახსენეთ.

დაფინანსებლით თუ არა ექიმის პროფესიული განვითარების ტრენინგს საქართველოში ან საზღვარგარეთ?

სამწუხაროდ საქართველოში არსებული ფინანსური ფონის და სერვისების დაფინანსების გათვალისწინებით ძირითადად ვერ ვაფინანსებთ, თუმცა ექიმები თავად იგებენ სხვადასხვა გრანტებს და ჩვენ მათ ხელს ვუწყობთ. ასევე მოდიან უკვე თვითგადამზადებულები.

რამდენად ხშირად გაქვთ ტრენინგის/სწავლების აუცილებლობა თქვენს კლინიკაში და ტრენინგის ორგანიზების რა მეთოდს მიმართავთ (თანამშრომელთა გაგზავნა, სპეციალისტის, მოწვევა, კლინიკის შიგნით რესურსების მოძიება და სხვ)?

აუცილებლობა ასე თუ ისე გვაქვს, თუმცა მისი უზრუნველყოფა ძვირიანი სიამოვნებაა. თუ გარდაუვალი აუცილებლობაა ჩვენ ყველა მეთოდს მივმართავთ.

რა სახის ტრენინგებს ახორციელებთ თქვენს კლინიკაში და რა პრინციპს ემყარება მისი საჭიროების გამოვლენა?

ტრენინგები ძირითადად ჩავატარებთ ბაზისურ გულფილტვის რეანიმაციაში, ასევე თვეში ერთხელ ფარმაცევტული კომპანიების ორგანიზებით მიმდინარეობს კონფერენციები სხვადასხვა თემებზე.

რამდენად სწორად მიგაჩნიათ სახელმწიფომ ამ ვითარებაში შემოიღოს ექიმთა რესერტიფიკაციისა და უწყვეტი განათლების სისტემა?

აბსოლუტურად ვეთანხმები

აღნიშნული გამოკითხვის შედეგად გამოჩნდა რომ დამსაქმებლებს არ აქვთ წარმოდგენა თანამშრომელთა უწყვეტი განათლების შესახებ, მათი ადმინისტრაციული და მენეჯერული რგოლი დაბალი კვალიფიკაციისაა, რათა აღნიშნული ინიციატივებით გამოვიდნენ. ხელმძღვანელებისთვის ტრენინგების უზრუნველყოფა პრიორიტეტული არ არის, რადგან ვერ ხედავენ პირდაპირ კავშირს მოგებასა და ტრენინგში დახარჯულ რესურსებს შორის. გარდა ამისა, ორიენტირებულნი არიან სწრაფ და პირდაპირ მოგებაზე რასაც კადრის გაზრდითა და განვითარებით ვერ ხედავენ. საქართველოში არსებული ჯანდაცვის სისტემა არ არის ხარისხზე ორიენტირებული და არ მოითხოვს ან ახალისებს სამედიცინო დაწესებულებებს უზრუნველყონ კადრის უწყვეტი გადამზადება. დამსაქმებლებს ურჩევნიათ კონკურენციაში შევიდნენ სხვა კლინიკებთან და მეტის შეთავაზების გზით გადმოიბირონ ესა თუ ის კადრი რომელიც ბევრ პაციენტებს მოიყვანს.

რეკომენდაციები და დასკვნითი დებულებები

ყველივე ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით დასვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ რომ საქართველოში მწვავედ დგას უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემების შექმნის აუცილებლობა. თუმცა ეს კომპონენტები დამოუკიდებლას ვერ შეიქმნება და განვითარდება. ქვეყანაში უნდა მოხდეს სისტემური განახლება და ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომა. უნდა დაიწყოს ჰოსპიტალის აკრედიტაციის სტატდარტების შემუშავება და გამოყენებულ იქნას საუკეთესო უცხოური გამოცდილება. მაგალითისათვის გარკვეულ არაბულ ქვეყნებში (ომანი, კუვეიტი, ლიბანი) სახელმწიფოებმა ხელშეკრულებები გააფორმეს საერთაშორისო მაკრედიტებელ ინტიტუტებთან. აკრედიტაცია დადებით და

ნაყოფიერ ნიადაგს შეუქმნის უსგ-ს ეფექტურ ფუნქციონირებას. გარდა ამისა უმთავრესი მოთხოვნაა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არსებობა.

იმისათვის რათა უსგ მძლავრი სისტემა მივიღოთ უნდა გაძლიერდეს სახელმწიფო რეგულირება და საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც მიმართული იქნება კლინიკური ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ. უნდა შეიქმნას ექიმთა რეიტინგების სისტემა, რომელიც დაემყარება უსგ/უსგ საერთაშორისო კლასიფიკატორებს. აღნიშნული სისტემა ძალიან წარმატებით ფუნქციონირებს რიგ დასავლურ ქვეყნებში. ეს ყველაფერი უნდა განხორციელდეს კომპლექსურად მანამ სანამ უშუალოდ უსგ სისტემის ჩამოყალიბებისა და ინტელექტუალური რესურსების მობილიზაციის პროცესი დაიწყებოდეს. კვლევებმა გამოაჩინა სამედიცინო პერსონალის მზაობა, ჩაერთოს ამ პროცესში. უნდა გაძლიერდეს საინფორმაციო კამპანია და კომუნიკაცია პროცესში ჩართულ ყველა მხარეთან.

აღნიშნული ნაშრომის მიზანს არ წარმოადგენს სარეკომენდაციო ნაწილში დეტალური ანალიზი იმისა თუ რა ეტაპები უნდა იქნას გავლილი რათა უზრუნველ ყოფილ იქნას ეფექტური უსგ-ს შექმნა. ნაშრომით შევეცადეთ გვეჩვენებინა უსგ სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემატიკა და სისტემის არ არსებობის შედეგად სამედიცინო სფეროს წინაშე მდგარი გამოწვევები როგორც ამჟამად ასევე მომავალში. ნაშრომმა გამოავლინა სახელმწიფოს ზერელე დამოკიდებულება აღნაშნულ სისტემასთან მიმართებაში. სახელმწიფო მესვეურები კვლევების არ არსებობის გამო ვერ იაზრებენ უსგ-ს შედეგად არსებულ და მოსალოდნელ საფრთხეებს ხოლო საზოგადოება ამ მიმართულებით ნაკლებადაა ინფორმირებული. საერთაშორისო კონტექსტმა, კვლევებმა და ლიტერატურის (მათ შორის წყაროების) ანალიზმა ნათლად გამოავლინა პირდაპირი კორელაცია პაციენტის უსაფრთხოებას. სერვისების არსებობა და უსგ-ს შორის, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში დანახარჯების შემცირების მხრივ. ქვეყანაში არც საზოგადოებრივი აზრის, ბიზნესისა და ბაზრის მოთხოვნის მხრივ გვაქვს სახარბიელო ვითარება. როგორც კვლევაში აღინიშნა ბიზნესი ვერ ხედავს ამ მიმართულებით რესურსების ხარჯვის აუცილებლობას. თუმცა არის იმედის მომცემი 2 კომპონენტი: 1) მოსახლეობაში ნათლად მუსირებს აზრი იმის შესახებ რომ პროფესიონალი ექიმის პოვნა მკურნალობის ნახევარია ამიტომ მოთხოვნა განვითარებულ კადრებზე დიდია და 2) სამედიცინო პერსონალი მეტ-ნაკლებად გამოხატავს მზაობას ჩაერთოს ამ როცესში რადგან ხედავს მის მნიშვნელობას. მაღალი ალბათობითაა შესაძლებელი თავად სამედიცინო პერსონალის მხრიდან უამრავ წინააღმდეგობასა და გამოწყვევას ქონდეს ადგილი უსგ რეფორმირების პერიოდში, თუმცადა სხვა ალტერნატივა უნრალოდ არ არის.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. CME Content: Definition and Examples. Accreditation Council for Continuing Medical Education - www.accme.org
2. „Definition of CME” International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) - www.iaslc.org
3. „History of continuing medical education in the United States“ – NCBI Journal, Presse Med. 2001 Mar 17;30(10):493-7.
4. „Redesigning Continuing Education in the Health Professions“ - Institute of Medicine (US) Committee on Planning a Continuing Health Professional Education Institute. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. გვ: 235 -240

5. „Continuing Medical Education in Europe: Evolution or Revolution?“ MedEd Global Solutions, May 2010. გვ: 42-45
6. Royal Australasian College of Physicians. Review of the maintenance of professional standards program, 1999. www.racp.edu.au (Accessed October 1999.)
7. Garattini L, Gritti S, De Compadri P, et al. Continuing Medical Education in six European countries: A comparative analysis. Health Policy. 2010;94:246–54. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.017. . Epub 2009 Nov 12
8. „The effectiveness of continuing medical education for specialist recertification“ –Canadian Urological Association Journal Can Urol Assoc J. 2013 Jul-Aug; 7(7-8): 266–272. Published online 2013 Aug 19. doi: 10.5489/cuaj.378
9. „Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons“ – The BMJ Journal Published 12 February 2010) Cite this as: BMJ 2000;320:432
10. Continuing Medical Education in Europe: Evolution or Revolution? Eric Jean Desbois, Helios Pardell, Alfonso Negri, Thomas Kellner, Peter Posel, Thomas Kleinoeder, Bernard Maillet. MedEd Global Solutions, May 2010. გვ -6-10
11. „Johns Hopkins patient safety research“ Release Date: May 3, 2016 https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us
12. Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care (The Commonwealth Fund, July 2017) Rate of medical errors. <https://www.healthsystemtracker.org/indicator/quality/rate-medical-errors/>
13. საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოს 2018 წლის ანგარიში. პროფესიული რეგულირება: <http://rama.moh.gov.ge/geo/list/9/profesiuli-regulireba>
14. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2017 წლის მონაცემები http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=196&lang=geo
15. საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N478 „უმაღლესი შემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ“ <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/115330?publication=0>
16. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 22/01/2004წ N 25/ნ ბრძანება: „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადის გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/57460?publication=0>
17. საქართველოს პრეზიდენტის 2006 წლის 24 მარტის ბრძანებულება №226 „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/97684?publication=0>
18. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ 10/12/1997. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=41>

19. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ. 2001 წ. 8 ივნისი
http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30-03.pdf
20. საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისი ბრძანებამ №01-3/ნ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4265442?publication=0>
21. „ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი“ საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა. მაისი 2017 წ.
22. საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N478 „უმალესი შემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ“
<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/115330?publication=0>

საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების რისკების აღქმა და ქცევები

თინათინ გზირიშვილი, ანა გიგუაშვილი, ნინო ჩიხლაძე

მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. საგზაო უსაფრთხოება გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა. კვლევის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების რისკების აღქმის და ქცევის შეფასება. **მეთოდოლოგია.** გამოკითხვა ჩატარდა სპეციალურად შედგენილი სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. შემთხვევითი შერჩევით გამოიკითხა 250 რესპონდენტი თბილისში. **შედეგები და დისკუსია.** კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ მოსახლეობის უმეტესობას აწუხებს ქვეყანაში არსებული ავტოსაგზაო შემთხვევების მაღალი რაოდენობა, მაგრამ გამოკითხულთაგან უმრავლესობამ აღიარა რომ არღვევს მოძრაობის წესებს, აჭარბებს სიჩქარის ლიმიტს, განსაკუთრებით ავტომაგისტრალზე და ქალაქებს შორის გზებზე. **დასკვნა.** მნიშვნელოვანია, რომ ავტოსაგზაო უსაფრთხოება განისაზღვროს ქვეყნის პრიორიტეტად. ავტოსაგზაო უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად უნდა განხორციელდეს რიგი ღონისძიებები, მათ შორის საგზაო ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება, მოსახლეობის განათლება და სხვა.

საკვანძო სიტყვები: ტრავმული დაზიანება, საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების რისკები, აღქმა, მოსახლეობა.

ციტირება: თინათინ გზირიშვილი, ანა გიგუაშვილი, ნინო ჩიხლაძე. საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების რისკების აღქმა და ქცევები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4).

Perception of road traffic safety among road users and their behavior

Tinatin Gzirishvili, Ana Giguashvili, Nino Chikhladze

Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University.

Abstract

Introduction. Disease caused by injuries is one of the main problems in public health all over the world. According to the European status report on road safety (2009), the general tendency of mortality caused by road accident trauma in Georgia corresponds to the general European tendency. In Georgia, there is a lack of research on Road Traffic Safety. **Objectives.** The aim of the study is to explore the attitudes of the population regarding road traffic safety issues in Georgia. **Methodology.** Special questionnaire was designed for the survey. 250 randomly selected respondents were interviewed in Tbilisi (capital of Georgia). **Results.** Population across Georgia are informed about the road traffic safety issues; however, respondents declare risky behavior. **Conclusion.** It is important to prioritize road traffic safety, raise the awareness of the population toward road traffic safety issues, and improve the infrastructure.

Key words: injury, road traffic safety risks, perception, population.

Quote: Tinatin Gzirishvili, Ana Giguashvili, Nino Chikhladze. Perception of road traffic safety among road users and their behavior. Health policy, economics and sociology, 2020; (4)

შესავალი

2010 წელს მსოფლიო მასშტაბით საგზაო-სატრანსპორტო სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 100 000 სულ მოსახლეზე იყო 18, საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 20.1, ხოლო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში 8.7 (1, 2).

საგზაო სატრანსპორტო შემთხვევებით გამოწვეული სიკვდილიანობის 80% აღირიცხება საშუალო შემოსავლების მქონე იმ ქვეყნების ჯგუფში, სადაც არის მსოფლიო მოსახლეობის 72% და მსოფლიოში რეგისტრირებული ავტოსატრანსპორტო საშუალებების 52% და რომლებსაც ახასიათებთ სწრაფი მოტორიზაციის პროცესი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ათწლეულის მიზნის (რომელიც 2011 წელს დაიწყო) პერიოდული მონიტორინგის განხორციელებისათვის შეგროვილ საბაზისო მონაცემებთან შედარებით (2007, 2010) ანგარიშები გვიჩვენებს, რომ მაღალი შემოსავლების ქვეყნების უმეტესობაში აღინიშნება საგზაოსატრანსპორტო ავარიებში სიკვდილიანობის შემცირების ტენდენცია, ხოლო საშუალო შემოსავლის ქვეყნების უმრავლესობაში ადგილი აქვს სიკვდილიანობის მაჩვენებლების ზრდის ტენდენცია.

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებისაგან განსხვავებით საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში გზით მოსარგებლეთა გაცილებით დიდ წილს შეადგენენ ფეხით მოსიარულეები, ველოსიპედისტები და მოტორიზებული ორ ან სამბორბლიანი სატრანსპორტო საშუალებების მძღოლები. გლობალური საგზაო მოძრაობის სიკვდილიანობის ნახევარზე მეტი მოდის მოწყვლად გზით მოსარგებლებზე - მოტოციკლეტისტები (23%), ფეხით მოსიარულეები (22%) და ველოსიპედისტები (5%), ხოლო დანარჩენი - ავტომობილების მგზავრებზე 31% და დაუზუსტებელი ტიპის გზით მოსარგებლებზე 19%.

დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებს აქვთ ფატალური ტრამვატიზმის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მოწყვლად გზით მოსარგებლეთა ჯგუფშია, სადაც მაჩვენებელი უტოლდება 57%-ს, იგივე მაჩვენებელი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში უტოლდება 51%-ს, ხოლო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში 39%-ს (1, 2).

სიკვდილიანობისა და სხეულის სერიოზული დაზიანებების მონაცემების შედარებისას, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებშიც კი მეტწილად სწორედ მოწყვლადი გზით მოსარგებლენი არიან ყველაზე ხშირად დაზარალებულები. მაგალითად, დიდი ბრიტანეთის გზებზე, შორ დისტანციებზე სხვადასხვა რეჟიმის გზებით სარგებლობის შედარებისას (მილიარდი მილის), ათჯერ მეტი ფეხით მოსიარულე და ველოსიპედისტი დაიღუპა, ვიდრე მანქანაში მყოფი მგზავრი. (მოტოციკლისტების შემთხვევაში ეს განაკვეთი დაახლოებით 40-ჯერ მაღალი იყო). ეს განსხვავება კიდევ უფრო იზრდება, როდესაც განვიხილავთ სიკვდილიანობის ან სერიოზული ტრავმების რისკს მილიარდი მილის მასშტაბით. დიდ ბრიტანეთში ყოველ ავტომობილის მძღოლზე მოდის 20-ჯერ მეტი ფეხით მოსიარულისა და დაახლოებით 40-ჯერ მეტი ველოსიპედისტის გარდაცვალება ან სერიოზული ტრავმირება საგზაო მოძრაობის ავარიებში. მოტოციკლეტისტები უფრო მეტად ექვემდებარებიან რისკს, რამდენადაც არსებობს მათი დაღუპვის ან სერიოზული დაზიანების 75-ჯერ დიდი რისკი,

ვიდრე მანქანის მძღოლებისა (4, 5) 15-დან და 44 წლამდე ასაკის პირები გლობალური საგზაო მოძრაობის სიკვდილიანობის 59%-ს შეადგენს.

ყველა საგზაო შემთხვევის დაზარებულთა სამი მეოთხედი (77%) მამაკაცები არიან. მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, 70 წელზე მეტი ასაკის ადამიანთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელს. ძირითადი გავლენის მქონე ფაქტორად შეიძლება განვიხილოთ ამ ქვეყნებში დღეგრძელობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი და მასთან შერწყმული უნარების შეზღუდვა, რაც იწვევს ამ შედეგების მიღებას (1, 2).

საგზაო-სატრანსპორტო სიკვდილიანობის მაჩვენებლებში სხვადასხვა რეგიონებსა და რეგიონების ფარგლებში არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებები. ფატალური ტრავმის უდიდესი რისკი დაფიქსირებულია აფრიკაში 24.1 შემთხვევით 100,000 სულ მოსახლეზე, ხოლო აღნიშნული რისკი ყველაზე დაბალია ევროპაში - 100,000 სულ მოსახლეზე 10.3 შემთხვევა. დადგენილია, რომ დაახლოებით აფრიკული ქვეყნების ნახევარზე მეტში შეიძლება ფატალური ტრავმის მაჩვენებელი იყოს 30 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე ან მეტი (3).

2010 წლის მონაცემებით ყველაზე დაბალი გლობალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები აღინიშნებოდა, ისლანდიაში (100 000 მოსახლეზე 2.5 შემთხვევა) და შვედეთში (100 000 მოსახლეზე 2.8 შემთხვევა).

ისტორიული გლობალური ტენდენციების მოდელირება მიუთითებს, რომ თუ საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები გადაწყვეტენ სიკვდილიანობისა და ტრავმატიზმის შემცირებისათვის გამოიყენონ მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების ძვირადღირებული ევოლუციური გზა, მაშინ ქვედა საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები, საგზაო-სატრანსპორტო სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საგრძნობლად შემცირდება (კოპიტსი და კროპერი, 2003; ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია 2013b). მიმდინარე ტენდენციებზე დაყრდნობით, პროგნოზირებულადაა, რომ 2030 წლისთვის მთლიანი გლობალური საგზაო სიკვდილიანობის 96% სავარაუდოდ საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში დაფიქსირდება (1).

ყველაზე მასშტაბური რეგიონალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები (100,000 ადამიანზე) 2030 წლისათვის ნავარაუდებია საჰარის სამხრეთ აფრიკაში (38), სამხრეთ აზიაში (29), ახლო აღმოსავლეთში და ჩრდილოეთ აფრიკის რეგიონში (28), ხოლო აღნიშნული მაჩვენებლების ცვლილება ნავარაუდებია აღმოსავლეთ აზიისა და წყნარი ოკეანის, ლათინური ამერიკისა და კარიბის რეგიონებში, განსაკუთრებით, კი ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონებში 2015 და 2030 წლებში. საგულისხმო რეგიონალური სხვაობა 100000 მოსახლეზე სიკვდილიანობის რაოდენობის მონაცემებში შეიმჩნევა საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში, სადაც ყველაზე მაღალი მონაცემები ოთხჯერ აღემატება ყველაზე დაბალს.

2015 წლისათვის საგზაო მოძრაობის ავარიით გამოწვეული 100 000 პირზე სიკვდილის დაახლოებით 8 შემთხვევაა ნავარაუდები მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, 2030 წლისათვის ეს რიცხვი 6-მდე შემცირდება, ხოლო საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 100000 მოსახლეზე პროგნოზის თანახმად 20 გარდაცვალების შემთხვევაა მოსალოდნელი 2030 წლისათვის (1,2).

ნავარაუდებია, რომ საგზაო მოძრაობის ტრავმების ფარდობითი მნიშვნელობა სხვა დაავადებების ტვირთთან მიმართებაში, ასევე მკვეთრად გაიზარდება. 2030 წლის გლობალური სიკვდილიანობის ტენდენციების პროგნოზები მიუთითებს, რომ სიკვდილიანობის მიზეზებში

საგზაო მოძრაობის ტრავმატიზმით გამოწვეული სიკვდილიანობა მე-9 პოზიციიდან მე-7 პოზიციაზე გადაინაცვლებს (1,2).

ქვეყნის საგზაო უსაფრთხოების მართვის დონის მიმოხილვა და სხვა კვლევები ცხადყოფს, რომ საგზაო შემთხვევების უმეტესობა ხდება გზების გარკვეულ მცირე მონაკვეთში. ასეთი გზები, როგორც წესი, არის როგორც ურბანული, ასევე სოფლის ტიპის დასახლებებში. ინდოეთში, სიკვდილიანობის დაახლოებით ორ მესამედს ადგილი აქვს ეროვნულ და სახელმწიფო გზატკეცილებზე, რაც მთლიანი ქსელის მხოლოდ 6% -ს შეადგენს (6). ბანგლადეშში არტერიული გზების მხოლოდ 3%-ზე ადგილი აქვს საგზაო სიკვდილიანობის შემთხვევების 40%-ს (6). მთელი რიგი ქვეყნების სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ როგორც წესი, საგზაო სიკვდილიანობის შემთხვევების 50%-ს ადგილი აქვს გზათა ქსელი მხოლოდ 10%-ზე (6). ამ გზებს აქვს მაღალი სტრატეგიული პრიორიტეტი, იზიდავს მსხვილ ინვესტიციებს და განსაკუთრებით გამოდგება საგზაო მოძრაობის უსაფრთხოების მიზანმიმართული მეთოდების უზრუნველსაყოფად.

როგორც წესი, მთავარ საავტომობილო ქსელში, ტრანსპორტის მოცულობა და ავტომობილის სიჩქარეები მაღალია, შერეულია ძრავიანი და ძრავის არ მქონე ტრანსპორტი და ასევე შერეულია სიჩქარის რეჟიმები. მთავარი პრობლემა ისაა, რომ გზის სტანდარტები, რომლებიც გამოიყენება საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში გზების დაპროექტებისას არ ითვალისწინებს გზის ქსელის გამოყენების პროცესში ჩართულ ადამიანთა მოწყვლადობის ხარისხს.

გარდა ამისა, ამ ჯგუფის ქვეყნებში არ არის შემუშავებული უსაფრთხო ქცევის შედეგიანი და ეფექტური პოლიტიკა, რომელიც ხელს შეუწყობდა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში დამკვიდრებული საგზაო უსაფრთხოების საინჟინრო სტანდარტების დანერგვის უზრუნველყოფას. შემაერთებელი ხაზების საპროექტო სტანდარტები და საგზაო მართვა იყენებს, როგორც დაბალი, ასევე მაღალი ზღვრული სიჩქარეების რეჟიმებს. იმის მოლოდინს რომ გზით მოწყვლადი მოსარგებლენი შეძლებენ კონკურენცია გაუწიონ უფრო სწრაფ და დიდ ავტოსატრანსპორტო საშუალებებს მთავრდება ტრავიკული შედეგებით. მიუხედავად იმისა, რომ ახალი გზები ქმნის განვითარების ახალ შესაძლებლობებს, ასევე ზრდის სიკვდილისა და სერიოზული დაზიანებების რისკს, განსაკუთრებით როდესაც მოძრაობის ხაზები განცალკევებულია და დაშვებულია უფრო მაღალი სიჩქარით გადაადგილება. ასევე მაშინ, როდესაც არ არის თავიდან აცილებული ხაზოვანი დასახლებები და არ არის მაღალი კლასის ბილიკები ფეხით მოსიარულეთათვის, ველოსიპედისტებისა და მოტოციკლეტებისათვის.

სკანდინავიაში საგზაო უსაფრთხოებაში არსებული პრობლემების დიდი მოცულობის ანალიზზე დაყრდნობით (7, 8) საგზაო უსაფრთხოების მთავარი პრობლემები დაჯგუფდა რამდენიმე კატეგორიებად. განისაზღვრა ავტოსაგზაო შემთხვევების ხელისშემწყობი სულ 20 მიზეზი, რომელიც საგზაო უსაფრთხოების ეროვნულ პროგრამის შემუშავების პროცესში გათვალისწინებული უნდა იყოს ნებისმიერ ქვეყანაში.

საგზაო საფრთხეებს მიეკუთვნება მაგალითად, გზის სავალ ნაწილზე ჩამოწოლილი მთის ქანები ან ხეები, ცუდად დაპროექტებული საავტომობილო გზების ელემენტები, მაგალითად გზის სტანდარტის მოულოდნელ ცვლილება ან მკვეთრი მოსახვევები, რომლებიც მძღოლზე გარკვეულ ზეგავლენას იწვევენ.

საგზაო ნიშნების გამოყენება უმეტეს ქვეყნებში დეტალური სახელმძღვანელო მითითებების დაცვით ხორციელდება. თუმცა ცნობილია, რომ ყველა საგზაო ნიშანი არ შეესაბამება ამ სახელმძღვანელო მითითებებს და ბევრი ძველი ნიშნის სიბნელეში აღმქა ძნელი

ან შეუძლებელია. ასევე სერიოზული პრობლემაა პირისპირ შეჯახებები, რეგიონთაშორის დამაკავშირებელ გზებზე, რომლებზეც ინტენსიური მოძრაობაა. ეს პრობლემა შეიძლება მოგვარდეს გზებზე დამცავი მოწყობილობების გამოყენებით, ან ავტომაგისტრალების აგებით.

ავტოსაგზაო შემთხვევებისას შეჯახების სიჩქარისა და დაზიანებათა სიმძიმეს შორის კავშირი გვიჩვენებს, რომ ქვეითები და ველოსიპედისტები არ აღმოჩნდებიან საგზაო შემთხვევებში 30 კმ/სთ სიჩქარის გადაადგილების დროს. შესაბამისად, ფეხით მოსიარულებების, ველოსიპედისტების და ავტომანქანების ერთდროული მოძრაობა არ არის უსაფრთხო ისეთ გზებზე, სადაც დაშვებულია 30 კმ/სთ-ზე მაღალი სიჩქარე. ფართოდ არის აღიარებული, რომ კომპლექსური სატრანსპორტო გარემო ავარიული შემთხვევების ხელშემწყობი ფაქტორია. ავტომობილები განსხვავდება შეჯახებისადმი მდგრადობის თვალსაზრისით; იმის გამო, რომ ყველა ავტომობილი ვერ უზრუნველყოფს შეჯახებისგან საუკეთესო დაცვას, ეს საგზაო უსაფრთხოების პრობლემად უნდა იქნას მიჩნეული. საგზაო შემთხვევების ხელშემწყობი გარემო ფაქტორებია სიბნელე, ნალექი, თოვლი ან ყინვა და გარეული ცხოველები.

გზის მომხმარებლები ძალიან დაუცველი არიან, ვინაიდან მათ არ შეუძლიათ პასუხისმგებლობა აიღონ როგორც საკუთარ, ასევე შვილების უსაფრთხოებაზე. ავარიის მაღალი რისკის წინაშე დგანან ასევე ახალგაზრდა მძღოლებიც, რადგან ისინი უფრო ნაკლებად არიან დაცული ტრავმებისგან, ვიდრე გზის სხვა მომხმარებლები (ხანდაზმული მძღოლები, დაუცველი გზის მომხმარებლები). საბოლოოდ მაინც, ავტოსაგზაო შემთხვევების გამომწვევი მთავარი მიზეზი, ყველა ქვეყანაში, არის გზის მომხმარებელთა მხრიდან მოძრაობის წესების დარღვევა. გზის მომხმარებელთა ქცევის სამი უმნიშვნელოვანესი ასპექტი, რომლებიც უბედურ შემთხვევების წარმოქმნას უწყობს ხელს, არის სიჩქარის გადამეტება, ნასვამ მდგომარეობაში მართვა და დამცავი მოწყობილობების გამოუყენებლობა, როგორცაა ღვედი ან ჩაფხუტი. კიდევ ერთი პრობლემა, ეს არის ავტოავარიების დაგვიანებული შეტყობინება, განსაკუთრებით ცენტრიდან მოშორებულ რეგიონებში. შედეგად გვიან გაწეული სამედიცინო დახმარება ამძიმებს ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობას და აბრკოლებს მათი სიცოცხლის გადარჩენის შესაძლებლობის შანსს. ასევე მნიშვნელოვანია, ჩატარებული მკურნალობის ხარისხი, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დაზარალებულთა სრული განკურნების შესაძლებლობაზე.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული საგზაო უსაფრთხოების სამოქმედო გეგმის ამბიციური მიზანია "მთელს მსოფლიოში საგზაო მოძრაობის დროს სიკვდილიანობის საპროგნოზო მაჩვენებლის სტაბილიზაცია და შემდგომი შემცირება" (9,10). ამ მიზნის მიღწევის შემთხვევაში, შესაძლებელი გახდება 5 მილიონი სიცოცხლის გადარჩენა და 50 მილიონი სერიოზული ტრავმის თავიდან აცილება, რისი დადგენილი სოციალურეკონომიკური სარგებელიც შეადგენს 3 ტრილიონ აშშ დოლარს 2020 წლისთვის (1,2).

საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ ჯანმრთელობის სერიოზული დაზიანებები საგზაო ტრანსპორტის შეჯახებისას უმეტესწილად პრევენციული და პროგნოზირებადია. ადამიანის მიერ შექმნილი პრობლემა ღია რაციონალური ანალიზისა და ეფექტური საგზაო უსაფრთხოების მართვისთვის.

კვლევა ჩატარდა 2018 წლის იანვარ-აპრილში. კვლევა მიზნად ისახავდა მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულებების შეფასებას საგზაო უსაფრთხოების საკითხების მიმართ თბილისის მოსახლეობის მაგალითზე. კვლევის პირველ ეტაპზე განხორციელდა კითხვარის შემუშავება და ეთიკის კომისიის თანხმობის მოპოვება, მეორე ეტაპზე განხორციელდა

მოსახლეობის გამოკითხვა ქალაქ თბილისში, ხოლო მესამე ეტაპზე - კითხვარების დამუშავება და ანალიზი, შედეგების საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის ინსტრუმენტი: კვლევის ჩასატარებლად შემუშავდა კითხვარი, რომელიც მოიცავდა როგორც კითხვებს რესპონდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლების შესახებ, ისე კითხვებს მოსახლეობის საგზაო უსაფრთხოების საკითხების მიმართ დამოკიდებულებების შესახებ.

კვლევის შედეგები

სულ გამოკითხული იქნა გამოკითხული 250 შემთხვევითი პრინციპით შერჩეული რესპონდენტი, რომელთა შორის ყველაზე მეტი იყო 25-34 ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები (55,2%). 65 და მეტი ასაკის პირებმა შეადგინეს რესპონდენტთა 0.8 %. გამოკითხულთა უმეტესობა (54.4 %) იყო არის მდებარეობითი სქესის რესპონდენტი.

გამოკითხულმა რესპონდენტების უმეტესობა იყო სპეციალისტ/პროფესიონალი 66.8%, არაკვალიფიციური მუშა-2%, დაუსაქმებელი 9.6%. ხელოსანი/მონათესავე პროფესიების მუშა 4.8%. რესპონდენტების გამოკითხვის შედეგად გამოკითხულთა 16% არის სტუდენტი, 1.6 % პენსიონერი, ხოლო უმუშევარია 10.4 %. შეკითხვაზე რამდენი წელია რაც მძღოლი ხართ, გამოკითხულთა 44.4 % უპასუხა რომ 5 წელზე მეტია, 28.80 % არ ჰქონდა მართვის მოწმობა, გამოკითხულთა 14.4% უპასუხა რომ 3-4 წელია, 4.4% 1-2 წელია რაც მძღოლია, ასევე 4.4 % ფლობს მათვის მოწმობას 1-2 წელზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში. შეკითხვაზე ავტომობილის მართვისას თუ თავს დადლილად გრძნობთ, რა ხერხს მიმართავთ ამ მდგომარეობისაგან თავის დასაღწევად, რესპონდენტთა პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: არასოდეს იძინებს 57.3%, არასოდეს ჩერდება და ისვენებს გამოკითხულთა 37.4%, არასოდეს იღებს კოფეინს ან ენერგეტიკულ სასმელს 33 %.

რესპონდენტთა 26,2% აღნიშნა რომ არასოდეს ესაუბრება მგზავრებს, 28.10% არასოდეს ადებს ფანჯარას/რთავს კონდიციონერს, მხოლოდ გამოკითხულთა 12.2% აღნიშნა რომ ყოველთვის ჩერდება და ისვენებს, ყოველთვის იძინებს 2.9%, ასევე ყოველთვის იღებს კოფეინს ან ენერგეტიკულ სასმელს 2.6%, რესპონდენტების 7% ყოველთვის ადებს ფანჯარას/რთავს კონდიციონერს, 0.9 % მგზავრს სთხოვს მის მაგიერ მართოს ავტომობილი.

შეკითხვაზე ბოლო 3 წლის განმავლობაში რამდენჯერ მოხვედრილხართ ავარიაში როდესაც თავად მართავდით მანქანას. გამოკითხულთა 49.6 % აღნიშნა რომ არ მოხვედრილა ავარიაში ამ პერიოდში, 12.8 % აღნიშნა რომ ერთხელ, 4% აღნიშნა ორჯერ, 2.40% სამჯერ ან მეტჯერ.

შეკითხვაზე საგზაო შემთხვევების რისკების არსებობის გათვალისწინებით რამდენად უსაფრთხოა ქვეყნის გზებზე გადაადგილება, გამოკითხულთა ნახევარზე მეტმა უპასუხა რომ არც ისე 56.4 %, 18.8 % ფიქრობს რომ საკმაოდ, 18 % აღნიშნა რომ საერთოდ არა, მხოლოდ 4% აღნიშნავს რომ ძალიან უსაფრთხოა.

შეკითხვაზე თუ რამდენად ეთანხმებიან იმ აზრს, რომ ბოლოდ 10 წლის განმავლობაში საგზაო უსაფრთხოება გაუმჯობესდა რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი თვლის რომ არც ისე - 52.00 %, რესპონდენტთა 28% ფიქრობს რომ საკმაოდ, რესპონდენტთა 13.60 % აღნიშნა რომ საერთოდ არა, მხოლოდ რესპონდენტთა 4.40 % უპასუხა რომ ძალიან.

ავტოსაგზაო უსაფრთხოებისათვის გასაუმჯობესებლად გასატარებელი კონკრეტული ზომების შესახებ, პასუხები ასე გადანაწილდა: გამოკითხულთა 50 %- ზე მეტი თვლის რომ ავტომატიზირებული კამერების არსებობა გზებზე მკვეთრად შეამცირებს შუქნიშნების დაუმორჩილებლობის და სიჩქარის გადაჭარბების სიხშირეს, ასევე უმეტესობისთვის

სასურველია მეტი საველოსიპედო ბილიკი, ტროტუარი და ავტომობილებისგან თავისუფალი ზონები მჭიდროდ დასახლებულ უბნებში

შეკითხვაზე თუ რამდენად უსაფრთხოდ მიიჩნევენ კონკრეტული გადაადგილების საშუალებებს უბედური შემთხვევების მხრივ, მოსახლეობის უმეტესობამ (22.4 %) დაასახელა ფეხით მოსიარულეები, 12.8 % ავტომობილი, ხოლო მოტოციკლი უმეტესობის მხრიდან ყველაზე სახიფათო ტრანსპორტად იქნა მიჩნეული.

შეკითხვაზე თუ რამდენად ხშირად არღვევენ სხვა მძღოლები სიჩქარის ლიმიტს, კონკრეტული ტიპის გზებზე, მაგალითად ავტომაგისტრალზე, გამოკითხულთა თითქმის 30.8 % ფიქრობს, რომ ნაკლებად ან საერთოდ არ არღვევენ, ხოლო 60 % ფიქრობს რომ საკმაოდ ხშირად ან/და ყოველთვის. ქალაქებს შორის გზებზე 24.8 % ფიქრობს რომ არ არღვევენ, ხოლო 59.6 % ფიქრობს უფრო რომ აღვევენ. მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებს რაც შეეხება, 40.4% ფიქრობს რომ არღვევენ, ხოლო 42% ფიქრობს რომ არღვევენ.

ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვასთან დაკავშირებით რესპონდენტების უმრავლესობა (72.4%) თვლის რომ ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა დაუშვებელია, მიუხედავად ფრთხილად მოძრაობისა, ვინაიდან საკმაოდ დიდი რისკის ქვეშ აყენება გზის სხვა მომხმარებლებს (78.4% აზრით), იზრდება პოლიციის მხრიდან დაჯარიმების რისკი (52.4%), გამოკითხულთა თითქმის მესამედი ფიქრობს რომ მათი მეგობრების უმრავლესობა არ მიუჯდება საჭეს ნასვამ მდგომარეობაში.

შეკითხვაზე რა ტიპის გზებზე გადაადგილებისას უფრო გაიკეთებდით უსაფრთხოების ღვედს, გამოკითხულთა 50 %-ზე მეტმა აღნიშნა, რომ რომ მძღოლის ამჟღაში და ყველა მოცემულ სიტუაციაში (მაგისტრალური გზები, ქალაქებს შორის გზები, რაიონების გზები, საზოგადოებრივი გზები, ქალაქის გზები, ქალაქის გარეთ გზები) გაიკეთებდა უსაფრთხოების ღვედს, წინ მჯდომი მგზავრების თითქმის 39% ანალოგიურად მოიქცეოდა, მხოლოდ უკან მჯდომი მგზავრებიდან ყველაზე მაღალმა 9.9% აღნიშნა რომ მაგისტრალურ გზებზე გამოიყენებდა უსაფრთხოების ღვედს.

შეკითხვაზე თქვენი აზრით შემდეგი ფაქტორებიდან რომელი რამდენად ხშირად ხდება ავტო ავარიაში მოხვედრის მიზეზი, გამოკითხულთა ყველაზე მაღალმა ხვედრითმა წილმა (46.4%) აღნიშნა, რომ ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა ძალიან ხშირად არის ავტოავარიის გამომწვევი მიზეზი. 36.8 % თვლის რომ ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა ასევე ხშირად არის ავტოავარიის გამომწვევი მიზეზი, 32%-ის აზრით - გამოუცდელიობა, ცუდი ამინდი გამოკითხულთა 30% ის აზრით იშვიათად არის ავტოავარიის გამომწვევი მიზეზი.

გამოიკვეთა შემდეგი კორელაციური კავშირები: „შეკითხვაზე ხართ თუ არა შემჩნეული ავტოსაგზაო დარღვევებში „მძღოლები რომელთაც ჰქონდათ ერთ წელზე ნაკლები მართვის გამოცდილება 60% უპასუხა რომ არა, ხოლო 40 % დადებითად. 1-2 წლის გამოცდილების მქონე მძღოლების 72.7% უპასუხა რომ არ არის შემჩნეული ავტოსაგზაო დარღვევებში, ხოლო 27.3% უპასუხა რომ დადებითად. 3-4 წლიანი გამოცდილება მქონე პირებში პროცენტული მაჩვენებელი შემდეგნაირად გადანაწილდა: რესპონდენტების 61%-ის პასუხი იყო უარი, ხოლო 39 % დადებითი პასუხი გასცა. შედარებით სტაჟიანი მძღოლების შემთხვევაში კი პროცენტული მაჩვენებელი თითქმის თანაბრად გადანაწილდა (დიახ 50.9%, არა 49.1%). როგორც შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს გამოცდილების მატებასთან ერთად გაიზარდა ავტოსაგზაო დარღვევებში გამოკითხულთა მონაწილეობა, რაც სავარაუდოდ რესპონდენტთა მხრიდან დაუსჯელი შემთხვევებით და ამის შედეგად მეტი გამბედაობით აიხსნება. გამოიკვეთა შემდეგი სახის კორელაცია უსაფრთხოების ღვედის ტარებასა და სქესთან კავშირში: მდედრობითი სქესის

წარმომადგენლების 90.2% ყოველთვის იკეთებს უსაფრთხოების ღვედს, ხოლო მამაკაცების 65.6 % ყოველთვის, 26.9 % უმეტესწილად, ხოლო 4.3% ზოგჯერ.

კორელაცია უსაფრთხოების ღვედის ტარებასა და ასაკობრივ კატეგორიასთან კავშირში: გამოიკვეთა რომ 55-64 წლამდე რესპონდენტების 100 % ყოველთვის იკეთებს უსაფრთხოების ღვედს, ასევე ყოველთვის იკეთებს უსაფრთხოების ღვედს 16-24 წლამდე გამოკითხულთა 86 %, არასოდეს იკეთებს მხოლოდ 25-34 წლამდე გამოკითხულთა 1%. უსაფრთხოების ღვედის ასეთი მაღალი პროცენტულობით გამოყენების მაჩვენებელი, სავარაუდოდ განპირობებულია ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობით, ავტოსატრანსპორტო საშუალებით მოძრაობისას მძღოლის ან მგზავრის მიერ უსაფრთხოების ღვედის გამოუყენებლობის შემთხვევაში არსებული ჯარიმებით.

დასკვნა

როგორც კვლევის შედეგებიდან იკვეთება, მოსახლეობის უმეტესობას აწუხებს ქვეყანაში არსებული ავტოსაგზაო შემთხვევების მაღალი რაოდენობა, მაგრამ გამოკითხულთაგან უმრავლესობამ აღიარა რომ არღვევს მოძრაობის წესებს, აჭარბებს სიჩქარის ლიმიტს, განსაკუთრებით ავტომანქანებზე და ქალაქებს შორის გზებზე. ავტოსაგზაო უსაფრთხოება უნდა განისაზღვროს ქვეყნის პრიორიტეტად, რომლის გასაუმჯობესებლად უნდა განხორციელდეს რიგი ღონისძიებები, მათ შორის საგზაო ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება, მოსახლეობის განათლება და სხვა. ავტომანქანებზე, ქალაქებს შორის გზებზე, მეტად უნდა გამკაცრდეს სიჩქარის ლიმიტის გადაჭარბების კონტროლი, ვინაიდან აღნიშნული საფრთხე ექმნებათ როგორც უშუალოდ კონკრეტული ავტომობილის მგზავრებს, ასევე გზის სხვა მომხმარებლებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. World Health Organization WHO (2013a), Global Status Report on Road Safety, World Health Organization, Geneva.
2. World Health Organization WHO (2013b), Global Health Estimates Summary Tables: Projection of Deaths by Cause, Age and Sex by various regional grouping, Geneva, World Health Organization.
3. AfDB (2012), Road Safety in Africa: an overview, African Development Bank, MDBs Training Initiative Global Road Safety Facility, Washington DC.
4. Commission for Global Road Safety (2011), Make Roads Safe: Time for Action, London.
5. Commission for Global Road Safety (2013), Safe Roads for All, London.
6. Bliss T & Breen J (2011), Improving Road Safety Performance: Lessons from International Experience a resource paper prepared for the World Bank, Washington DC for the National Transport Development Policy Committee (NTDPC), Government of India, Delhi.
7. Elvik, R., Christensen, P., & Helene Amundsen, A. (2004). Speed and road accidents: an evaluation of the power model. TØI, Transportøkonomisk Institutt, Oslo - Norge: Transportøkonomisk Institutt.
8. Nilsson, G. (2004) Traffic Safety Dimensions and the Power Model to Describe the Effect of Speed on Safety, Doctoral thesis Lund Institute of Technology, Lund.
9. United Nations Road Safety Collaboration (UNRSC) (2011a), Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011 – 2020, World Health Organization, Geneva.

10. United Nations Road Safety Collaboration (UNRSC) (2011b), Safe Roads for Development: A policy framework for safe infrastructure on major road transport networks, World Health Organization, Geneva.

კვლევა დაფინანსდა ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დაფინანსებით მიმდინარე აიოვას უნივერსიტეტის „iCREATE – კვლევის მოცულობის გაზრდა აღმოსავლეთ ევროპაში“ პროექტის ფარგლებში

თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონის ზემოქმედება ახალგაზრდების მიერ თამბაქოს მოხმარებაზე

მარიამ მუქერია¹, ბესო კიკნაძე¹, თენგიზ ვერულავა²

¹ მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

² მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი: თამბაქოს მოხმარება ერთ-ერთი გლობალური პრობლემაა, რომელიც მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში ქმნის ჯანმრთელობის სერიოზულ რისკებს. თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ხელშეწყობის მიზნით, მისი მოხმარება აიკრძალა 2018 წლიდან დახურულ საზოგადოებრივ და სამუშაო ადგილებში, აგრეთვე ზოგიერთი ღია ტერიტორიაზე და საზოგადოებრივ ტრანსპორტში. კვლევის მიზანია თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონის ზემოქმედების შესწავლა სტუდენტთა მხრიდან თამბაქოს მოხმარებაზე. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა ფოკუს-ჯგუფის მეთოდი. **შედეგები:** რესპონდენტები ინფორმირებულნი იყვნენ როგორც თამბაქოს მავნებლობის, ასევე კანონში შეტანილი ცვლილებების შესახებ. რესპონდენტთა დიდმა ნაწილმა მოწევა გარდატეხის ასაკში თანატოლების ზეგავლენით დაიწყო, ხოლო მეორე ნაწილმა სტუდენტობის პერიოდში სოციალური სასურველობისა და რაიმე ახლის გასინჯვის ინტრიგით. მწვევლი რესპონდენტების ნაწილს არაერთხელ უშედეგოდ უცდია თამბაქოსათვის თავის დაწებება, ხოლო მეორე ნაწილმა წარმატებით მოახერხა მავნე ჩვევისგან თავის დაღწევა. რესპონდენტების უმრავლესობა, რომლებმაც მოწევას თავი დაანებეს აღნიშნავს, რომ ამაზე საბოლოო გადაწყვეტილება სწორედ კანონში შესულმა ცვლილებებმა მიაღებინა. როგორც მწვევლი, ასევე არამწვევლი და წარსულში მწვევლი რესპონდენტების დიდი ნაწილი დადებითად აფასებს მიღებულ კანონს და თვლის რომ ეფექტურია, თუმცა, გამონაკლის შემთხვევებში ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებს არ მოწონთ კანონში შესული ზოგიერთი ცვლილება და თვლიან რომ ეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას საერთოდ არ ემსახურება და სულაც არღვევს ადამიანების უფლებებს. **დასკვნა:** მიზანშეწონილია თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ღონისძიებების ხელშეწყობა. ამ მხრივ, მისასალმებელია საქართველოში „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ კანონის ამოქმედება, რომელიც კრძალავს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში, კერძოდ, სასწავლო და სხვა სახის დაწესებულებებში თამბაქოს მოხმარებას და რეკლამირებას, ასევე სკოლებთან ახლოს თამბაქოს ნაწარმის გაიყიდვას.

საკვანძო სიტყვები: თამბაქოს მოხმარება, ქცევა.

ციტირება: მარიამ მუქერია, ბესო კიკნაძე, თენგიზ ვერულავა. თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონის ზემოქმედება სტუდენტთა მიერ თამბაქოს მოხმარებაზე. 2020 (4).

The impact of tobacco control law on adolescent smoking

Mariam Mukeria¹, Beso Kiknadze¹, Tengiz Verulava²

¹ Faculty of Sciences and Arts, Ilia State University

² Doctor of Medicine, Professor, Health and Insurance Institute, Caucasus University

Abstract

Introduction: Tobacco consumption is one of the global problems that create serious health risks in any country around the world. In order to limit tobacco use, it has been prohibited, Since 2018, in public transport, indoor public and work places, and in several public open areas. The research aims to study the effectiveness of tobacco control legislation on tobacco consumption by students. **Methodology:** Focus group method has been used within qualitative research. **Results:** Respondents were informed about the negative health effects of tobacco and all the concerning legislative changes. The majority of respondents started smoking in their teenage years under the impact of smoking peers. While others -seeking new experiences and social sympathy during their bachelor studies. Part of the smoker respondents have repeatedly and unsuccessfully tried to quit, while other part easily disposed of this harmful habit. The majority of the respondents who quit smoking said that the decision to do so was mostly an effect of the changes made in law. Smokers, non-smokers and exsmokers positively respond on the adopted law and are sure in its effectiveness. Although, in some cases, participants do not think that new legislations are connected to health improvement, moreover they believe that these changes even violate human rights. **Conclusion:** It is advisable to support the prevention of tobacco consumption. In this regard, law on tobacco control in Georgia is compliant; as it prohibits tobacco consumption and advertising in public areas, particularly in educational, medical and other institutions, and selling tobacco products near schools as well.

Keywords: tobacco consumption, health, prevention

Quote: Mariam Mukeriia, Beso Kiknadze, Tengiz Verulava. The impact of tobacco control law on adolescent smoking. Health Policy, Economics and Sociology 2020; (4).

შესავალი

თამბაქოს მოხმარება ერთ-ერთი გლობალური პრობლემაა, რომელიც მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში ქმნის ჯანმრთელობის სერიოზულ რისკებს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალურად ყოველწლიურად 8 მილიონი ადამიანი კვდება თამბაქოს მოხმარების შედეგად, აქედან 7 მილიონი თამბაქოს პირდაპირი მოხმარების, ხოლო 1 მილიონზე მეტი ადამიანი პასიური მწველობის (თამბაქოს მოწევის პროცესში გამოყოფილი მეორადი კვამლის ზემოქმედების) მსხვერპლია [1]. მსოფლიოში მილიარდი ადამიანი თამბაქოს მოხმარებელია, რომელთაგან 80% განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს, სადაც თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადებების და სიკვდილის ტვირთი მძიმეა [2]. თამბაქოს მოხმარებით განსაკუთრებით გამოირჩევიან მამაკაცები, მოზარდები, დაბალი სოციალურეკონომიკური სტატუსის და განათლების ადამიანები [3, 4, 5].

თამბაქოს მოხმარება აქტუალური პრობლემაა საქართველოშიც [6]. 2016 წელს ჩატარებული „არაგადამდებ დაავადებათა რისკფაქტორების კვლევის“ მონაცემებით [7], ზრდასრული

მოსახლეობის 31% (მამაკაცების 57% და ქალების 7%) თამბაქოს მომხმარებელია, რაც მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა თამბაქოს კონტროლის ჩარჩოკონვენცია, რომელიც ძალაში 2005 წლის 27 თებერვალს შევიდა. საქართველომ მოახდინა თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციის რატიფიცირება (2005 წ.), რითაც აიღო ვალდებულება ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის კუთხით სრულფასოვანი ღონისძიებების გატარებაზე.

თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ხელშეწყობის მიზნით, 2017 წლის 17 მაისს საქართველოში მიღებულ იქნა კანონი „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“, რომლის მიხედვით, თამბაქოს მოხმარება აიკრძალა 2018 წლის 1 მაისიდან დახურულ საზოგადოებრივ და სამუშაო ადგილებში, აგრეთვე ზოგიერთი ღია ტერიტორიაზე და საზოგადოებრივ ტრანსპორტში. გამონაკლისს მიეკუთვნება მხოლოდ კერძო ბინა, ფსიქიატრიული საავადმყოფო, სამორინე და სასჯელაღსრულების დაწესებულება. ასევე იკრძალება თამბაქოს ნებისმიერის გზით რეკლამირება, პოპულარიზაცია და სპონსორობა.

აღნიშნულ შეზღუდვებსა და თამბაქოს მოხმარების რეგულირების კუთხით გატარებულ სხვა ცვლილებებს საზოგადოების მხრიდან არაერთგვაროვანი შეფასებები მოჰყვა. დღესაც აქტიურად მიმდინარეობს დისკუსია გატარებული ცვლილებების საჭიროებისა და ეფექტურობის შესახებ.

კვლევის მიზანია თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონის ზემოქმედების შესწავლა სტუდენტთა მხრიდან თამბაქოს მოხმარებაზე.

კვლევის ამოცანებია:

1. გამოვიკვლიოთ რამდენად ფლობენ ინფორმაციას თამბაქოს მავნებლობის შესახებ
2. დავადგინოთ როგორი დამოკიდებულება აქვს სტუდენტებს თამბაქოს მოხმარების მიმართ?
3. დავადგინოთ როგორ აფასებენ სტუდენტები თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონში ცვლილებების შეტანას
4. შევაფასოთ რამდენად იმოქმედა თამბაქოს კონტროლის შესახებ კანონში ცვლილებების შეტანამ სტუდენტთა მხრიდან თამბაქოს მოხმარებაზე

მეთოდოლოგია

რადგან კვლევა ორიენტირებული იყო სიღრმისეული მონაცემების მიღებასა და დამოკიდებულებების შესწავლაზე ჩატარდა თვისებრივი მეთოდოლოგიის გამოყენებით, კერძოდ კი ფოკუს-ჯგუფის მეთოდით. ფოკუს-ჯგუფმა საშუალება მოგვცა სიღრმისეულად გვეკვლია საკითხი და დავკვირვებოდით რესპონდენტთა არავერბალურ ქცევას, რამაც კვლევისათვის დამატებითი მასალა მოგვაწოდა.

კვლევის ფარგლებში გამოვიყენეთ მიზნობრივი შერჩევა. გენერალურ ერთობლიობას წარმოადგენდა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბაკალავრიატისა და მაგისტრატურის საფეხურის სტუდენტები. სულ გამოიკითხა 14 რესპონდენტი, აქედან 6 იყო მდებდრობითი სქესის წარმომადგენელი, ხოლო 8- მამრობითის. მონაწილეების საშუალო ასაკი 20- იდან 24 წლამდე მერყეობდა.

კვლევის ძირითადი ინსტრუმენტი გახლდათ ნახევრად სტრუქტურული ინტერვიუ. არამწვევლებისა და ყოფილი ან მოქმედი მწვევლებისთვის შემუშავდა განსხვავებული

გზამკვლევეები, რომლებიც მოიცავდა შემდეგ პუნქტებს: 1) თამბაქოს მაცნებლობა 2) თამბაქოს მოხმარება 3) თამბაქოს მოხმარების კონტროლი და სახელმწიფო.

კვლევის ფარგლებში ჩავატარეთ ორი ფოკუს-ჯგუფი, არამწვევლი და წარსულში ან ამჟამად მწვევლი სტუდენტებისათვის, რადგან გვქონდა განსხვავებული მოსაზრებების შედარების საშუალება, შემდეგ კი თითოეული მათგანისთვის გავაკეთეთ ტრანსკრიფტი, სადაც კონფიდენციალობის დასაცავად თითოეულ რესპონდენტს მივანიჭეთ კოდი. ამ ნედლი მასალის გასაანალიზებლად საჭირო იყო მონაცემების კატეგორიზება და თემატური ანალიზი.

კვლევას გააჩნია კონკრეტული შეზღუდვები. პირველ რიგში, შეზღუდვა უკავშირდება შერჩევას, რესპონდენტთა უმრავლესობა წარმოადგენს ერთი და იმავე ფაკულტეტის სტუდენტებს, რაც არ გვადლევს მიღებული შედეგების ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტზე განზოგადების საშუალებას. აღსანიშნავია ისიც, რომ კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მხოლოდ 2 ფოკუს-ჯგუფი, რაც, ასევე, შესაძლოა გახდეს მონაცემთა გენერალიზებაში ხელის შემშლელი ფაქტორი, შესაბამისად კვლევას აქვს დაბალი გარეგანი ვალიდობა.

მიუხედავად შეზღუდვებისა, კვლევა ღირებულია. იგი მომავალში უფრო დიდი რაოდენობრივი კვლევის დროს გამოყენებული იქნება ინსტრუმენტის შესამუშავებლად, რაც საშუალებას მოგვცემს გავზარდოთ რაოდენობრივი კვლევის შინაგანი ვალიდობა.

შედეგები

ინფორმირებულობა თამბაქოს მაცნებლობის შესახებ

როგორც მწვევლი, ასევე არამწვევლი რესპონდენტები ინფორმირებულნი იყვნენ თამბაქოს მოხმარების რისკების შესახებ. მათი აზრით, თამბაქოს მოხმარება იწვევს ისეთ დაავადებებს როგორებიცაა: ფილტვის კიბო, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.

„ზოგადად ვიცი, რომ თამბაქო გამოყოფს ბევრ ძალიან მავნე ნივთიერებას, რომელიც ქმნის კარგ გარემოს დაავადების გაჩენისა და გავრცელებისთვის ორგანიზმში“.

ყველა რესპონდენტმა იცოდა თუ რას ნიშნავდა პასიური მწვევლი და მათი უმრავლესობა ყოფილა პასიური მწვევლი. მწვევლი რესპონდენტების გარკვეულ ნაწილს კი თავადაც შეუქმნია მსგავსი სიტუაცია. ისინი ძირითადად პასიური მწვევლები ხდებოდნენ მასობრივი თავშეყრის ადგილებში, სტადიონებზე, ბარებსა და ტაქსებში, ასევე კერძო სახლებსა და მანქანებში.

თამბაქოს მოხმარების პირადი გამოცდილება

რესპონდენტების ნაწილმა მოწევა გარდატეხის ასაკში (14-16), ხოლო მეორე ნაწილმა სრულწლოვნობის შემდეგ უნივერსიტეტში ჩაბარებასთან ერთად დაიწყო (19-20). რაც შეეხება მიზეზებს თუ რატომ დაიწვეს რესპონდენტებმა მოწევა ისინი ამ გადაწყვეტილებას ძირითადად რაიმე ახლისადმი ინტერესსა და სოციალურ სასურველობას უკავშირებენ.

„რადგა ახალი იყო, რადგა ისეთი იყო ძერსკვი, თან საშინელი გემო ჰქონდა, მაგრამ მაინც ძალით ვეწეოდით მე და ჩემი მეგობარი“.

„ერთი ბიჭი მომწონდა, რომელიც ეწეოდა და მოწონდა გოგოები რომ ეწეოდნენ და მაშინ დავიწყე მოწევა, თავიდან ნაფაზსაც ვერ ვურტყამდი და უბრალოდ ბოლს ვუშვებდი ხოლმე, ვითომ ვეწეოდი“.

ზოგი მოწევის დაწყებას ისეთ სოციალურ ჯგუფებს უკავშირებს, როგორც მეგობრებია.

„ჩემმა სამეგობრო წრემ დაიწყო და მათ ავყევი“.

რესპონდენტთა ნაწილისათვის მოწევა ყურადღების გადატანის საშუალება იყო.

„რაც სახის ემოციებს ვდებდი და გადამქონდა სიგარეტზე, ასე ვთქვათ ჩამნაცვლებელი იყო ჩემთვის რაც სახის მოთხოვნილებებისა და ემოციების“.

რესპონდენტთა უმეტესობას არაერთხელ უცდია უარი ეთქვა თამბაქოს მოხმარებაზე, მაგრამ რაც პერიოდის შემდგომ კვლავ თავიდან იწყებდნენ მოწევას, რასაც სხვადასხვა მიზეზებით ხსნიან.

„მეტი ემოციური დატვირთვა ცხოვრების მიმართ იყო საკმარისი, რომ დამენებებინა მოწვევისთვის თავი, თუნდაც სიყვარულიც ყოფილა მიზეზი და შემდგომ, როცა ეს ყველაფერი ქრებოდა ამის შესავსებად თავიდან ვიწყებდი მოწევას“.

ზოგიერთ მათგანს სიგარეტისთვის თავის დანებება სიგარეტის უარყოფითმა მხარეებმა გადააწყვეტინა, როგორებიცაა სუნი, ჯანმრთელობის რისკის ქვეშ დაყენება და ასე შემდეგ, თუმცა მათი ნაწილისთვის ეს მხოლოდ დროებითი აღმოჩნდა.

„დამინებებია თავი რამოდენიმეჯერ სიგარეტის უარყოფითი ზეგავლენის გამო, თუნდაც სუნიც მაღიზიანებდა, ენერჯიას მართმევდა, მაგრამ რამოდენიმე თვის მერე დავმთვრალვარ და თავიდან დამიწყია, ასე ხდება ყველა ჯერზე“.

რესპონდენტთა ნაწილმა მოწევას თავი რამოდენიმე თვის წინ დაანებეს და თვლიან, რომ ეს მათი საბოლოო გადაწყვეტილებაა, რადგან ამ პერიოდში არც კი მონდომებით ისევ მწეველები გამხდარიყვნენ. ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეების აზრით, მოწევაზე დიდწილად ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება ჰქონდათ, რაც აისახა ფიზიკურ დამოკიდებულებაშიც.

„ერთხელ მეგობრები წავედით აგარაკზე, სიგარეტი გამითავდა, მაღაზია დაკეტილი იყო. გამთენიისას მოწევა ისე მიხდოდა ბიჩოკებს ვეწეოდი რო ფსიქოლოგიურად მოწვევის იმიტაცია შემექმნა, დილით როგორც კი გავიღვიძე ეგრევე მაღაზიაში გავვარდი და სიგარეტი ვიყიდე“.

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეები მოწევას ადარებენ რიტუალს, და გამოყოფენ ისეთ სოციალურ სიტუაციებს, სადაც მწეველი ადამიანისთვის მოწევა უბრალოდ ჩვევაა და სხვა არაფერი. მაგალითად: ნერვიულობა, ყავის დალევასთან ერთად მოწევა, ალკოჰოლური სასმლის დალევასთან ერთად მოწევა და ა.შ.

„ფსიქოლოგიურია, რადგან როგორც ვიცი მწეველ ადამიანს 6-7 ღერი სჭირდება დღეში ფიზიკური დამოკიდებულების შემთხვევაში და დანარჩენი მან ფსიქოლოგიურია იმიტომ, რომ რაც მოქმედებებთან ვაკავშირებთ მაგალითად პირადად მე რომ გამოვალ სახლიდან უნდა მოვწიო მინდა არ მინდა ვეწევი ხოლმე“.

მწეველების მიმართ დამოკიდებულება

არამწეველთა და მწეველთა უმრავლესობას თანაბრად არ მოსწონთ როდესაც სხვა მოიხმარს თამბაქოს.

„სხვათაშორის სხვების სუნიც კი მაღიზიანებს. სხვა რო მოიხმარს თამბაქოს მაგის სუნი უფრო მაღიზიანებს ვიდრე მე რო ვეწევი“.

ასევე ისინი თანხმდებიან იმაზეც, რომ მოწევა ცუდია არამარტო გამაღიზიანებელი სუნის ან ჯანმრთელობის საფრთხის გამო არამედ საჯაროდ მოწევით მწეველი ადამიანები ცუდ მაგალითს აძლევენ სხვებს, რამაც შესაძლოა სხვასაც უბიძგოს მსგავის ქმედებისკენ. მხოლოდ ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ მოწონს როდესაც სხვა მოიხმარს თამბაქოს, მაგრამ მისი დამოკიდებულება განსაზღვრულია დემოგრაფიული მახსიათებლით, კერძოდ მწეველის სქესით.

„ძალიან მომწონს გოგო რო სიგარეტს ეწევა თუ უხდება გოგოს ძალიან სექსუალურია“.

საპასუხოდ კი გამოკითხულთა მცირე ნაწილს პირიქით სწორედ ქალის მხრიდან მოწვევა აღიზიანებს ყველაზე მეტად.

„აუ არ ვიცი, ახლა შეიძლება თქვან ჩამორჩენილიაო, მარა ქალი რო ეწვევა განსაკუთრებით მალიზიანებს, იმიტო კი არა რო აი რას კადრულობს, არა მომავალი დედაა და ჯანმრთელობის საფრთხის ქვეშ ჩაგდება უფრო არ ეპატიება, ვიდრე კაცს“.

გამოკითხულთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ განსაკუთრებით აღიზიანებთ, როცა თამბაქოს მოხმარებლები არასრულწლოვნები არიან და ცდილობენ გარკვეული ზომების მიღებასაც.

„როცა მალაზიაში არასწრულწლოვანი მთხოვს, რომ სიგარეტი ვუყიდო რადგან თვითონ ვერ ყიდულობს, ძალიან ვბრაზდები და არა მარტო უარით ვისტუმრებ, ხურდაში ვმოდვრავ კიდეც, რადგან როგორც მწვეველმა ყველაზე კარგად ვიცი რა საზიზღრობაცაა მოწვევა“.

თამბაქოს მოხმარებაზე მოქმედი ფაქტორები

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა აზრით, თამბაქოს მოხმარებაზე უამრავი ფაქტორი მოქმედებს. რესპონდენტთა აზრით, ყველაზე მეტად თამბაქოს მოხმარებას ხელს უწყობს სოციალური გარემო, პასიური მწვეველობა, მიმბაძველობა და ა.შ. მათ შორის, შესაძლოა სოციალური გარიყულობაც გამოიწვიოს

„დასვენების დროს, რომ ვილაცეები ერთად გადიან სადღაც ჯგუფად, თუ არ ეწვევი, შეიძლება უცებ თავი გარიყულად იგრძნო.“

ასევე მოქმედებს სტრესი და არაჯანსაღი გარემო.

თამბაქოს მოხმარების პრევენციაზე გავლენას ახდენს ჯანსაღი ცხოვრებისა და თამბაქოს მვენებლობის შესახებ წარმოებული პიარ კამპანიები, თამბაქოს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში მოხმარებაზე დაწესებული ჯარიმები, თამბაქოს ფასის ზრდა, თამბაქოს შეფუთვაზე დატანილი ფოტოები და ა.შ. თუმცა, რესპონდენტების უმრავლესობის აზრით სიგარეტის ფასის ზრდა არ არის კარგი პრევენციის საშუალება, რადგან ვინც სიგარეტზეა დამოკიდებული ძვირსაც იხდის ან სულაც მას ანაცვლებს ალტერნატიული საშუალებით მაგალითად თუთუნით.

თამბაქოს მოხმარების კონტროლი და სახელმწიფო

თამბაქოს კონტროლის კანონში შესულ ცვლილებებს რესპონდენტთა ნაწილი გუგული მადრადის კანონის სახელით იცნობს. ისინი მეტნაკლებად ინფორმირებულები არიან თუ რა აკრძალვები მოჰყვა ამ კანონს და როგორი სანქციებით დაისჯება კანონდარღვევა.

„ვიცი რომ ბარებში მოწვევა არ შეიძლება, ასევე სტადიონებზე, უნივერსიტეტების ეზოებში და ტრანსპორტში“.

„მე რადგან ვეწვევი და ყველა ცვლილება ვიცი ასე თუ ისე, ყველაზე შესამჩნევია სიგარეტის ახალი შეფუთვები“.

„მე არ ვარ მწვეელი მაგრამ ვიცი რასაც მოიცავს ეს კანონი, თან ისედაც ეტყობა უნივერსიტეტის ეზოები დაცარიელდა“.

რესპონდენტები ასევე ფლობდნენ ინფორმაციას თუ რომელი რიცხვიდან შევიდა აკრძალვები ძალაში და ასევე იმასაც თუ დამატებით რა რეფორმების გატარება იგეგმება. რაც შეეხება უშუალოდ შეფასებებს რესპონდენტთა ნაწილი დადებითად აფასებს ამ ცვლილებებს და თვლის, რომ მოკლედ დროშიც პოზიტიური შედეგი შესამჩნევია. არამწვეელ

რესპონდენტთა თითქმის სრული უმრავლესობა ყველა ცვლილებას პოზიტიურად აფასებს და მიაჩნია, რომ ასე მათი უფლებები აღარ დაირღვევა და მათ ჯანმრთელობას ნაკლები ზიანი მიაღებდა.

„ძალიან მომწონს ეს კანონი რაა, განსაკუთრებით ის ნაწილი ბარებში რო არ უნდა მოწიო. კონცერტებზე, რომ მივდიოდი შებოლილი მოვდიოდი იქედან სიგარეტის სუნად ვყარდი და პალტოდან 1 კვირა ვერ გამყავდა სუნი, ეგ სუნი რო არ ამივიდეს და ეგ კვამლი რო არ ვყლაპო მაგიტო არ ვეწევი და მაიძულებდნენ მეყლაპა“.

თუმცა არამწვეველი რესპონდენტების უმცირესობა (მხოლოდ 2 რესპონდენტი) თვლის, რომ ადამიანის თავისუფლების დარღვევაა მსგავსი ცვლილებები.

„მე არ ვარ მწვეველი, მაგრამ მგონია რომ მწვეველი ადამიანების უფლებებს ვარღვევთ რა, ადრე თუ არამწვეველთა უფლებები ირღვეოდა ახალა პირიქითაა ის ადამიანი, რომელიც ეწევა და შედის ბარში იქ იხდის ფულს ღირსია, რომ თავი იგრძნოს კომფორტულად რაღაცნაირად უნდა დავაბალანსოთ ეს თემა“.

რაც შეეხება მწვეველ ან წარსულში მწვეველ რესპონდენტებს აქ აზრი ორად გაიყო მათ ნაწილს მოსწონს გატარებული ცვლილებები და აღნიშნეს, რომ ეს აკრძალვები დაეხმარათ თავი დაენებებინათ ან შეემცირებინათ თამბაქოს მოხმარება.

„ჯერ ფასი მოემატა ძალიან სიგარეტს და ვიფიქრე ნაკლებს მოვწევთქო თან სამსახურში ადრე სამზარეულოში ვეწეოდი და ეხლა მე-5 სართულიდან ქვევით სიარული ყველა საათში მეზარება. ამიტომ გაცილებით ნაკლებს ვეწევი“.

„ყველაზე მეტს ვეწეოდი ხოლმე დალევის დროს ბარში და ახლა გარეთ გასვლა ისეთ დისკომფორტს მიქმნის გაცილებით ნაკლებს ვეწევი“.

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებს შორის აღმოჩნდნენ ისეთებიც, ვინც მოწევას თავი სწორედ ამ რეგულაციების გამო დაანება.

„ნ თვეა საერთოდ არ მომიწევია, სიგარეტი იმდენად გაძვირდა დავფიქრდი რაში ვყრიდი ფულს, მერე ვარჯიში დავიწყე და სურვილიც ნელ-ნელა დამეკარგა“.

თუმცა აღნიშნულს მოსაზრებას ყველა არ იზიარებს. რესპონდენტთა ნაწილი ფიქრობს, რომ ეს ცვლილებები უშედეგოა და მხოლოდ მოსახლეობის უფრო გაღარიბებას ემსახურება.

„ოღონდ თვითონ იშოვონ ფული მაგ სიგარეტებით და სულ არ აინტერესებთ მოსახლეობის ჯანმრთელობა“.

„მე, მაგალითად, თუთუნზე გადავედი. რა მნიშვნელობა აქვს ახლა ჩემი ფილტვებისთვის თუთუნს მოვწევ თუ სიგარეტს ორივე არ მავნებს?“

საბოლოო ჯამში რესპონდენტთა უმრავლესობა მაინც დადებითად აფასებს გატარებულ ცვლილებებს და იმედოვნებს, რომ ეს პოზიტიურად იმოქმედებს ჯანსაღი ცხოვრების სტილის დამკვიდრებაზე და შეამცირებს ისეთი დაავადებების რისკს რასაც თამბაქოს მოხმარება იწვევს.

დასკვნა

შესაჯამებლად შეიძლება ითქვას, რომ რესპონდენტები ინფორმირებულნი იყვნენ როგორც თამბაქოს მავნებლობის, ასევე კანონში შეტანილი ცვლილებების შესახებ. მათი დიდი ნაწილი გამხდარა საზოგადოებრივ თავშეყრის ადგილებში პასიური მწვეველი. რაც შეეხება უშუალოდ მწვეველ ან წარსულში თამბაქოს მოხმარებელ რესპონდენტებს, მათმა დიდმა ნაწილმა მოწევა გარდატეხის ასაკში თანატოლების ზეგავლენით დაიწყო, ხოლო მეორე ნაწილმა სტუდენტობის პერიოდში სოციალური სასურველობისა და რაიმე ახლის გასინჯვის ინტრიგით.

მწვეელი რესპონდენტების ნაწილს არაერთხელ უშედეგოდ უცდია თამბაქოსათვის თავის დანებება, ხოლო მეორე ნაწილმა წარმატებით მოახერხა მავნე ჩვევისგან თავის დაღწევა. რესპონდენტების უმრავლესობა, რომლებმაც მოწევას თავი დაანებეს აღნიშნავს, რომ ამაზე საბოლოო გადაწყვეტილება სწორედ კანონში შესულმა ცვლილებებმა მიაღებინა.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეების უმრავლესობას აღიზიანებს, როდესაც სხვა მოიხმარს თამბაქოს და რიგ შემთხვევებში ეს დამოკიდებულება განპირობებულია სქესით. მაგალითად არ მოწონთ ქალის მხრიდან თამბაქოს მოხმარება, ამის საპირისპიროდ კი ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მიესალმება, როდესაც ქალი მოიხმარს თამბაქოს.

რაც შეეხება კანონს, როგორც მწვეელი ასევე არამწვეელი და წარსულში მწვეელი რესპონდენტების დიდი ნაწილი დადებითად აფასებს მას და თვლის რომ ეფექტურია, თუმცა, გამონაკლის შემთხვევებში ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეებს არ მოწონთ კანონში შესული ზოგიერთი ცვლილება და თვლიან რომ ეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას საერთოდ არ ემსახურება და სულაც არღვევს ადამიანების უფლებებს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO (2018). Tobacco, Key facts. World Health Organization.
2. Hosseinpoor, A. R., Parker, L. A., Tursan d'Espaignet, E., & Chatterji, S. (2011). Social determinants of smoking in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. *PloS one*, 6(5).
3. Bergman, A. W. Caporaso, N. Cigarette smoking. *journal of the national cancer Institute*, 1999; 91 (16)
4. მარიამ კახეთელიძე, ქეთევან წულაძე, მარიამ ხალიბაური, მარიამ შაქარიშვილი. თამბაქოს მოხმარებელთა ქცევის პატერნებისა და ინფორმირებულობის დონის კვლევა. IV სამეცნიერო კონფერენციის „ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკისა და სოციოლოგიის აქტუალური საკითხები“ შრომების კრებული. თბილისი, 2018.
5. დავით ნემსაძე, თენგიზ ვერულავა. თამბაქოს მოხმარების დაწყებაზე მოქმედი ფაქტორები ახალგაზრდებში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2019; 5 (2).
6. ვერულავა თ. *ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი*. თბილისი 2016.
7. *ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2016. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2017.*

მეცნიერება, ტექნოლოგიები და ინოვაციები ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში: მოსახლეობის დამოკიდებულებები

ელენე ფიცხელაური¹

¹ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. თანამედროვე ეტაპზე, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასა და ახალი იდეების გენერირებაში არსებით მნიშვნელობას სამოქალაქო საზოგადოების აზრს და ხმას ანიჭებს. ევროპული ქვეყნების საზოგადოების შეხედულების, განწყობისა და დამოკიდებულების შესწავლის მიზნით, ევროკომისიის მიერ სისტემატურად ტარდება კვლევები მეცნიერებაზე, ტექნოლოგიებზე და ინოვაციებზე. ჩვენ მიზნად დავისახეთ შეგვესწავლა მოსახლეობის დამოკიდებულება მეცნიერებისა, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების მიმართ და პირველ ეტაპზე ჩავატარეთ პილოტური კვლევა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში. **მეთოდოლოგია.** კვლევისათვის გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. რესპონდენტთა შერჩევა განხორციელდა შემთხვევითი პრინციპის გამოყენებით. გამოკითხვა ჩატარდა სპეციალურად შემუშავებული სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. **შედეგები და დისკუსია.** ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში კვლევის შედეგად გამოვლინდა რესპონდენტების უპირატესად პოზიტიური დამოკიდებულება მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების მიმართ. და ამასთან ერთად, ადამიანის საქმიანობისა და ქვეყნის ზემოქმედების ხარისხთან შედარებით გამოვლინდა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროზე მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების პოზიტიური პოტენციალის უპირატესობა. **დასკვნა.** კვლევამ გამოავლინა ინფორმირებულობის დაბალი დონე, მაგრამ გამოკითხული რესპონდენტების ზოგადი განწყობა სამეცნიერო-ტექნოლოგიური განვითარებისა და ინოვაციების მიმართ პოზიტიურია. სასურველია ფართომასშტაბიანი კვლევის ჩატარება, რაც დეტალურად შეგვიქმნის წარმოდგენას საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულებებზე მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების მიმართ.

საკვანძო სიტყვები: მეცნიერება, ტექნოლოგიები და ინოვაციები, ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფერო, მოსახლეობის დამოკიდებულება, ინფორმირებულობის დონე.

ციტირება: ელენე ფიცხელაური. მეცნიერება, ტექნოლოგიები და ინოვაციები ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში: მოსახლეობის დამოკიდებულებები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4).

Science, Technology and Innovation in Health and Medical Care: Public Attitude

Elene Pitskhelauri¹

¹ Faculty of Economics and Business, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia.

Abstract

Introduction: World Health Organization underlines the importance of public opinion in regard to the quality of health care and innovative ideas in health care. Studies are conducted in European countries by the European Commission in a regular manner in order to have a better understanding about the public attitude and opinion towards science, technologies and innovation. Our aim is to study population's attitude towards science, technologies and innovation. We have conducted the pilot study in area of Health and Medical Care. **Methodology.** For our study we have used quantitative methods. Respondents were selected randomly. We have used specially elaborated and structured questionnaire for this particular study. **Results and discussion.** The majority of the respondents are having a positive attitude towards science, technology and innovation in Health and Medical Care field. According to the majority of respondents they are giving priority to the positive potential of the technologies and science in Health and Medical Care compared to the human actions and behaviors and its affect's grade. **Conclusion.** The research revealed that the level of Information about new discoveries in Health and Medical Care among respondents is low, however generally the respondents have positive attitudes towards science, technology and innovation. It is important to conduct a large-scale survey in order to explore the public attitude of Georgian population towards science, technology and innovation more in detail.

Keywords: Science, technology and innovation, Health and medical service, Public attitude, Level of information

Quote: Elene Pitskhelauri. Science, Technology and Innovation in Health and Medical Care: Public Attitude. Health Policy, Economics and Sociology 2020; (4).

შესავალი

საზოგადოების მიერ მათ ცხოვრებაში მეცნიერების, ტექნოლოგიების და ინოვაციებისათვის მინიჭებული მნიშვნელობა სათანადოდ ასახავს ქვეყნის კულტურას, კეთილდღეობას და ეკონომიკას. ამავდროულად იგი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ამ საზოგადოების განვითარების შესაძლებლობებზე. მეცნიერების, ტექნოლოგიების და ინოვაციების განვითარება დაკავშირებულია როგორც სარგებელთან, ისე რისკებთან. მათი თანაფარდობის გამოვლენას ხშირად გარკვეული დრო სჭირდება. თუმცა სწორედ სარგებლის და რისკის თანაფარდობა და ასევე ინოვაციური ტექნოლოგიების განვითარების დროს აღმოცენებული მორალური საკითხები წარმოადგენს მეცნიერების, ტექნოლოგიების და ინოვაციების თემაზე საზოგადოებაში არსებული მწვავე დისკუსიების ძირითად თემას.

განსაკუთრებული კომპლექსურობით და სირთულით გამოირჩევა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში მეცნიერების, ტექნოლოგიების და ინოვაციების დანერგვის დროს აღმოცენებული ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები. მიჩნეულია, რომ

თანამედროვე ეტაპზე, არსებულ გამოწვევებზე ეფექტური რეაგირება უფრო მარტივია, თუ საზოგადოების ყველა წევრი აქტიურად იქნება ჩართული ინოვაციური გადაწყვეტილებების, პროდუქტებისა და მომსახურების შექმნაში. ეს ყოველივე კი მოითხოვს, რომ კვლევებისა და ინოვაციების პროცესში ჩართული და ინფორმირებული უნდა იყოს უშუალოდ საზოგადოება, რათა საწყის ეტაპზე უზრუნველყოფილი იქნეს უკეთესი კავშირი ერთის მხრივ კვლევის პროცესსა და შედეგებს და მეორეს მხრივ, მოქალაქეების ღირებულებებს, საჭიროებებსა და მოლოდინს შორის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დოკუმენტში „ჯანმრთელობა 2020: ევროპის პოლიტიკის ჩარჩო მთავრობებისა და საზოგადოების ქმედების მხარდასაჭერად ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის“ აღნიშნულია, რომ თანამედროვე ეტაპზე არსებითი მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასა და ახალი იდეების გენერირებაში სწორედ სამოქალაქო საზოგადოების აზრს და ხმას ენიჭება (WHO, 2013).

ევროკომისიის მიერ სისტემატურად ტარდება კვლევები მეცნიერებაზე, ტექნოლოგიებზე და ინოვაციებზე ევროპის ქვეყნების საზოგადოების შეხედულების, განწყობისა და დამოკიდებულების შესწავლის მიზნით. კვლევების შედეგად ნათელი ხდება თუ რომელ სფეროებში სურთ მეცნიერული კვლევის ფოკუსირება მოქალაქეებს, რომელია მათთვის პრიორიტეტული მიმართულება და რა არის მათი მოლოდინი მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების განვითარებიდან საზოგადოების კეთილდღეობისათვის შესაძლო წვლილთან დაკავშირებით (EC, 2005, 2005a, 2006, 2008, 2008a, 2010, 2013, 2014, 2015).

საქართველოში ამ ტიპის კვლევები ჩატარებული არ არის. ამდენად, ჩვენ მიზნად დავისახებთ შეგვესწავლა მოსახლეობის დამოკიდებულება მეცნიერებისა, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების მიმართ და პირველ ეტაპზე ჩავატარებთ პილოტური კვლევა ერთ კონკრეტულ, კერძოდ კი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების, სფეროში.

ევროკომისიის მიერ 2015 წელს ჩატარებული კვლევა მიზნად ისახავდა ევროპის ქვეყნების მოსახლეობის მიერ მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების აღქმის შესწავლას და ამავე დროს მოქალაქეების განწყობას იმ ინოვაციების მიმართ, რომლებიც მომავალი 15 წლის განმავლობაში დაინერგება შემდეგ ოთხ სფეროში: ბინა და საცხოვრებელი (1), ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურება (2), საყოველთაო კომუნიკაცია და ინტერაქცია (3) და გარემო (4). კვლევამ გამოავლინა მოქალაქეების პოზიტიური დამოკიდებულება მეცნიერებისა და ინოვაციური ტექნოლოგიების მიმართ და ამავე დროს მათ მიერ შესაძლო თანმდევი ნაკლოვანებების გაცნობიერება. რესპონდენტების მიერ მეცნიერებისა და ინოვაციური ტექნოლოგიების ყველაზე მნიშვნელოვან მაგალითად დასახელდა ინტერნეტი და მობილური ტექნოლოგიები, ხოლო სპონტანური პროგნოზირებისას, კი - მომავალში მეცნიერებისა და ინოვაციური ტექნოლოგიების განვითარების ყველაზე მნიშვნელოვან შესაძლო ინოვაციად დასახელდა საცხოვრებელი, ასევე ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურება (EC, 2015).

2014 წელს ევროკომისიის მიერ ჩატარდა კვლევა, რომელშიც შესწავლილი იქნა როგორც მოსახლეობის აზრი მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების მომავალი განვითარების შესახებ, ასევე მოსახლეობის მიერ მეცნიერების, ტექნოლოგიებისა და ინოვაციების აღქმა. აღნიშნულ კვლევაში გამოვლენილი იქნა მომავალი 15 წლის განმავლობაში მეცნიერებისა და ტექნოლოგიური ინოვაციების პრიორიტეტები მოსახლეობისათვის, ასევე მეცნიერებისა და ტექნოლოგიური ინოვაციების გავლენა სხვადასხვა პრიორიტეტულ მიმართულებებზე, როგორცაა: კლიმატის ცვლილება, გარემოს დაცვა, მოქალაქეთა უსაფრთხოება, სამუშაო ადგილების შექმნა, ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურება და ა.შ. კვლევების შედეგებმა გამოავლინა, რომ ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში რესპონდენტების უმეტესობას შესწავლილი

ჰქონდა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების საკითხები მათი განათლების სხვადასხვა ეტაპზე (სკოლა, კოლეჯი, უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება). ქვეყნებში ძირითად პრიორიტეტად დასახელებული იქნა ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურება და სამუშაო ადგილების შექმნა. ამასთანავე 16 ქვეყანაში პირველ პრიორიტეტად სამუშაო ადგილების შექმნა დასახელდა, 10 ქვეყანაში (ლუქსემბურგი, ბელგია, ავსტრია, დიდი ბრიტანეთი, მალტა, ჰოლანდია, სლოვაკეთი, ჩეხეთი, ესტონეთი) - ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურება, ხოლო ორ ქვეყანაში (დანია და შვედეთი) - კლიმატის ცვლილებებზე ზრუნვა. კვლევაში რესპონდენტების უმეტესობამ გამოხატა რწმენა, რომ მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარებას დადებითი გავლენა ექნება მომავალი 15 წლის განმავლობაში ისეთ დარგებში, როგორცაა: ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურება, განათლება და უნარები, ტრანსპორტი და სატრანსპორტო ინფრასტრუქტურა, ენერჯის მოხმარება, გარემოს დაცვა, კლიმატის ცვლილებაზე ზრუნვა, საცხოვრებლის ხარისხი (EC, 2014).

2010 წელს ევროკომისიის მიერ ჩატარდა კვლევა, რომელშიც შესწავლილი იქნა მოქალაქეების ინტერესი მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების მიმართ, მათი ინფორმირებულობა აღნიშნულ საკითხებზე და მათი ჩართულობა საქმიანობებში, რომლებიც დაკავშირებულია მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარებასთან. აღნიშნულის გარდა, შესწავლილი იქნა მოსახლეობის დამოკიდებულებები ჯანდაცვაში მეცნიერებასა და ტექნოლოგიებთან მიმართებაში EC (2010).

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა თბილისში, 2019 წლის იანვარში. კვლევისათვის გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. რესპონდენტთა შერჩევა განხორციელდა შემთხვევითი პრინციპის გამოყენებით. კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმი იყო ასაკი (16 წელი და მეტი) და საქართველოს მოქალაქეობა.

გამოკითხვა ჩატარდა სპეციალურად შემუშავებული სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. ინტერვიუს დაწყებამდე რესპონდენტებს მიეწოდათ ინფორმაცია კვლევის ანონიმურობის შესახებ.

შედეგები და დისკუსია

კვლევაში მონაწილეობა შეთავაზებული იქნა 206 მოქალაქისათვის, დაფიქსირდა 27,18% უარის თქმა. საპილოტე გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო სულ 150 რესპონდენტმა. გამოკითხულთა შორის უმეტესობა იყო 25-39 ასაკის ქალი რესპონდენტი. დემოგრაფიული მონაცემები ასახულია ცხრილში №1.

ცხრილი №1 რესპონდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები

დამოუკიდებელი ცვლადები	რაოდენობა n	პროცენტი %
სქესი		
ქალი	83	55,3
კაცი	67	44,7
ასაკი		
15-24	64	42,7
25-39	45	30,0
40-54	24	16,0
55+	17	11,3

კვლევის შედეგად გამოვლინდა რესპონდენტების უპირატესად პოზიტიური და ოპტიმისტური (რესპოდენტთა სულ 57%) დამოკიდებულება პირველი დებულების „მეცნიერება და ტექნოლოგიები ჩვენს ცხოვრებას უფრო ჯანმრთელს ხდის” - მიმართ. ამასთანავე, დებულებას სრულიად დაეთანხმა 33%, დაეთანხმა - 24%, ხოლო დებულებას არ დაეთანხმა რესპოდენტთა 27%.

ევროკომისიის მიერ 2010 წელს ჩატარებულ გამოკითხვაში, პოზიტიური პასუხების ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო და შეადგინა 71% (სრულიად დაეთანხმა 50% და დაეთანხმა 21%). დებულებას არ დაეთანხმა 19%. ყველაზე ნაკლებად ოპტიმისტური აღმოჩნდა ლატვიის მოსახლეობა, სადაც პოზიტიური პასუხების ჯამმა 64% (სრულიად დაეთანხმა 38% და დაეთანხმა 26%) შეადგინა. პოზიტიური პასუხების ყველაზე მაღალი 82% (სრულიად დაეთანხმა 69% და დაეთანხმა 13%) მაჩვენებელი დაფიქსირდა ესპანეთში. დებულებას არ დაეთანხმა 12% (EC, 2010).

ცხრილი 2: რესპოდენტთა აზრი დებულებასთან: „მეცნიერება და ტექნოლოგიები ჩვენს ცხოვრებას უფრო ჯანმრთელს ხდის” მიმართებაში

ქვეყანა	სრულიად დაეთანხმა	დაეთანხმა	არ დაეთანხმა	არ ვიცი
საქართველო	33%	24%	27%	16%
ევროკავშირი	50%	21%	19%	4%
ლატვია	38%	26%	31%	4%
ესპანეთი	69%	13%	12%	6%

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპოდენტების უმეტესობას (45% სრულიად დაეთანხმა, ხოლო 29% დაეთანხმა) მიაჩნია, რომ შესაძლებელია მეცნიერებამ და ტექნოლოგიებმა ხანდახან ადამიანებს მორალური ზიანი მიაყენოს. დებულებას არ დაეთანხმა რესპოდენტების 12%. ევროკომისიის მიერ 2010 წელს ჩატარებულ გამოკითხვაში, პოზიტიური პასუხების ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო და შეადგინა 81% (სრულიად დაეთანხმა 62% და დაეთანხმა 19%). დებულებას არ დაეთანხმა 15%. მოცემული დებულება ყველაზე ნაკლებად მისაღები აღმოჩნდა ირლანდიის მოსახლეობისთვის, სადაც პოზიტიური პასუხების ჯამმა 70% (სრულიად დაეთანხმა 47% და დაეთანხმა 23%) შეადგინა. პოზიტიური პასუხების ყველაზე მაღალი 92% (სრულიად დაეთანხმა 82% და დაეთანხმა 10%) მაჩვენებელი დაფიქსირდა კვიპროსში. დებულებას არ დაეთანხმა 3% (EC, 2010).

ცხრილი 3: რესპოდენტთა აზრი დებულებასთან: „შესაძლებელია მეცნიერებამ და ტექნოლოგიებმა ხანდახან ადამიანებს მორალური ზიანი მიაყენოს” მიმართებაში.

ქვეყანა	სრულიად დაეთანხმა	დაეთანხმა	არ დაეთანხმა	არ ვიცი
საქართველო	45%	29%	27%	14%
ევროკავშირი	62%	29%	15%	4%
ირლანდია	47%	23%	16%	14%
კვიპროსი	82%	10%	3%	5%

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გამოკითხული რესპონდენტების უმეტესობის 83% (51% სრულიად დაეთანხმა, ხოლო 32% დაეთანხმა) აზრით, თუ ახალ ტექნოლოგიებს აქვთ დაუზუსტებელი რისკი, მისი განვითარება უნდა შეჩერდეს იმ შემთხვევაშიც თუკი სარგებელი მოსალოდნელია. დებულებას არ დაეთანხმა რესპონდენტების 10%.

ევროკომისიის მიერ 2010 წელს ჩატარებულ გამოკითხვაში, პოზიტიური პასუხების ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელი უფრო ნაკლები იყო და შეადგინა 72% (სრულიად დაეთანხმა 49% და დაეთანხმა 23%). დებულებას არ დაეთანხმა 22%. მოცემული დებულება ყველაზე ნაკლებად მისაღები აღმოჩნდა ირლანდიის მოსახლეობისთვის, სადაც პოზიტიური პასუხების ჯამმა 70% (სრულიად დაეთანხმა 47% და დაეთანხმა 23%) შეადგინა. პოზიტიური პასუხების ყველაზე მაღალი 82% (სრულიად დაეთანხმა 66% და დაეთანხმა 16%) მაჩვენებელი დაფიქსირდა საფრანგეთში. დებულებას არ დაეთანხმა 14% (EC, 2010).

ცხრილი 4: რესპონდენტთა აზრი დებულებაზე: „თუ ახალ ტექნოლოგიებს აქვთ დაუზუსტებელი რისკი, მისი განვითარება უნდა შეჩერდეს იმ შემთხვევაშიც თუკი სარგებელი მოსალოდნელია“

ქვეყანა	სრულიად დაეთანხმა	დაეთანხმა	არ დაეთანხმა	არ ვიცი
საქართველო	51%	32%	10%	7%
ევროკავშირი	49%	23%	22%	6%
ნიდერლანდები	36%	20%	42%	2%
საფრანგეთი	66%	16%	14%	4%

შეკითხვაზე, თუ როგორია თქვენი ინფორმირებულობის დონე ახალ სამედიცინო აღმოჩენებთან მიმართებაში, გამოკითხულ რესპონდენტთა მხოლოდ 5%-მა აღნიშნა, რომ არის საკმარისად კარგად ინფორმირებული, 31%-მა - საშუალოდ, ხოლო 57%-მა - მწირედ.

ევროკომისიის მიერ 2010 წელს ჩატარებულ გამოკითხვაში რესპონდენტების 11% აღმოჩნდა საკმარისად კარგად ინფორმირებული, 54%- კარგად ინფორმირებული, ხოლო 34%-მწირედ (EC, 2010).

ცხრილი 5: რესპონდენტთა ინფორმირებულობის დონე ახალ სამედიცინო აღმოჩენებთან მიმართებაში

ქვეყანა	ძალიან კარგად ინფორმირებული	კარგად ინფორმირებული	მწირედ ინფორმირებული	არ ვიცი
საქართველო	5%	31%	57%	7%
ევროკავშირი	11%	54%	34%	1%

გამოკითხული რესპონდენტების უმეტესობა 57%, ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებლის ანალოგიურად (55%), დაეთანხმა დებულებას, რომ მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარებისთვის მომავალი 15 წლის განმავლობაში განსაკუთრებული პრიორიტეტი უნდა იყოს ჯანმრთელობა და სამედიცინო მომსახურების სფერო (EC, 2014).

ევროკავშირის ქვეყნებში (გარდა იტალიისა, გერმანიისა და სლოვენისა) რესპონდენტთა უმეტესობის მიერ პრიორიტეტულად დასახელდა ჯანრთელობისა და სამედიცინო

მომსახურების სფერო. ამასთანავე, აღნიშნული სფერო განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ესპანეთში (69%), ნიდერლანდებში (64%), კვიპროსში (65%), საბერძნეთში (64%), საფრანგეთში (62%), ირლანდიაში (62%), ლატვიასა (62%) და პორტუგალიაში (61%).

ამავე დროს, რესპონდენტების 51%-მა გამოხატა რწმენა, რომ მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარებას განსაკუთრებით დადებითი გავლენა ექნება მომავალი 15 წლის განმავლობაში ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში. ევროკომისიის კვლევის შედეგების თანახმად აღმოჩნდა, რომ ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში, გარდა იტალიისა, რესპონდენტების უმეტესობამ (51%-83%) გამოხატა რწმენა, რომ მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარებას განსაკუთრებით დადებითი გავლენა ექნება მომავალი 15 წლის განმავლობაში ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში (EC, 2014).

ცხრილი 6: ქვეყნების რანჟირება მოსახლეობის დამოკიდებულებების შესაბამისად

მეცნიერებისა და ტექნოლოგიური ინოვაციების პოზიტიური გავლენა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროზე			
71%-84%	61%-70%	51%-60%	50% და ნაკლები
ბელგია, ბულგარეთი, ჩეხეთი, დანია, ესტონეთი, ირლანდია, ესპანეთი, საფრანგეთი, კვიპროსი, მალტა, ნიდერლანდები, ფინეთი, შვედეთი	ევროკავშირი, გერმანია, ხორვატია, ლატვია, ლიუქსემბურგი, ავსტრია, პორტუგალია, სლოვაკეთი, დიდი ბრიტანეთი	საქართველო, საბერძნეთი, უნგრეთი, პოლონეთი, რუმინეთი, სლოვენია	იტალია

ევროკავშირის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების ანალოგიურად, ჩვენმა კვლევის შედეგებმაც (45%) დაადასტურა, რომ ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროზე ადამიანის საქმიანობისა და ქცევის ზემოქმედების ხარისხთან შედარებით, ევროპის უმეტეს ქვეყანაში, გამოიხატა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების პოზიტიური პოტენციალის უპირატესობა (EC, 2014).

ცხრილი 7: ქვეყნების რანჟირება მოსახლეობის დამოკიდებულებების შესაბამისად

ადამიანის საქმიანობისა და ქცევის პოზიტიური გავლენა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროზე			
71%-84%	61%-70%	51%-60%	50% და ნაკლები
მალტა	დანია, ესტონეთი, ფინეთი, შვედეთი	ბელგია, ბულგარეთი, ირლანდია, ესპანეთი, კვიპროსი, ლიტვა, ნიდერლანდები	საქართველო, ევროკავშირი, ჩეხეთი, გერმანია, საბერძნეთი, საფრანგეთი, უნგრეთი, ხორვატია, იტალია, ლატვია, ლიუქსემბურგი, ავსტრია, პოლონეთი, პორტუგალია, რუმინეთი, სლოვენია, სლოვაკეთი, დიდი ბრიტანეთი

კვლევის შეზღუდვა. საპილოტე კვლევაში მონაწილეთა მცირე რაოდენობის გამო მიღებული შედეგების განზოგადებას ვერ მოვახდენთ საქართველოს მოსახლეობაზე, თუმცა კვლევამ მოახდინა ევროკავშირის სხვადასხვა წლებში ჯანმრთელობასა და სამედიცინო მომსახურების საკითხების კვლევისთვის გამოყენებული კითხვარების ვალიდაცია და გარკვეული წარმოდგენა შეგვიქმნა რესპონდენტთა დამოკიდებულებაზე.

დასკვნა

სამეცნიერო-ტექნოლოგიური განვითარებისა და ინოვაციების შესახებ საზოგადოების დამოკიდებულებების და ინფორმირების გარკვეული დონე სხვადასხვა სფეროში, მათ შორის ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში, მნიშვნელოვანი წინაპირობაა იმისათვის, რომ საზოგადოებამ შეძლოს ჩამოაყალიბოს მოსაზრება ამ საკითხებთან მიმართებაში, რაც თავის მხრივ განაპირობებს საზოგადოების აქტიურ ჩართულობას. მართალია კვლევამ გამოავლინა ინფორმირებულობის დაბალი დონე, მაგრამ გამოკითხული რესპონდენტების ზოგადი განწყობა სამეცნიერო-ტექნოლოგიური განვითარებისა და ინოვაციების მიმართ პოზიტიურია. სასურველია ფართომასშტაბიანი კვლევის ჩატარება, რაც წარმოდგენას შეგვიქმნის საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულებებზე მეცნიერების, ტექნოლოგიების და ინოვაციების მიმართ.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization, Regional Office for Europe.
2. EC (2005). Social values, science and technology. European Commission, Brussels.
3. EC (2005). Europeans, science and technology. European Commission, Brussels.
4. EC (2006). Medical and health research. European Commission, Brussels.
5. EC (2008). Young people and science. European Commission, Brussels.
6. EC (2008). The image of science and the research policy of the EU. European Commission, Brussels.
7. EC (2010). Science and technology. European Commission, Brussels.
8. EC (2013). Responsible research and innovation, science and technology. European Commission, Brussels.
9. EC (2014). Public perceptions of science, research and innovation. European Commission, Brussels.
10. EC (2015). Public opinion on future innovations, science and technology. European Commission, Brussels.

სტუდენტების აკადემიური სტრესი

თენგიზ ვერულავა¹, ქეთი დიასამიძე², თამთა სიჭინავა², მარიამ ხუბულავა²

¹ მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი, კავკასიის უნივერსიტეტი

² ჰუმანიტარულ და სოციალურ მეცნიერებათა სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი: სკოლის დამთავრების შემდეგ უნივერსიტეტი არის მნიშვნელოვანი, გარდამტეხი ეტაპი სტუდენტების ცხოვრებაში. მათზე ზემოქმედებენ აკადემიურ წარმატებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა სტრესორები. სტუდენტები, რომლებიც განიცდიან აკადემიურ სტრესს აღენიშნებათ დაბალი სასწავლო უნარები, არაეფექტური დროის მენეჯმენტი, სწავლა გამოცდებისათვის, რომლებმაც შეიძლება განაპირობოს დაბალი აკადემიური მოსწრება. კვლევის მიზანია აკადემიური სტრესის ეფექტის შესწავლა სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებაზე. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა კავკასიის უნივერსიტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები. **შედეგები და დისკუსია.** კვლევამ გამოავლინა, რომ აკადემიური სტრესი პირდაპირ კორელაციაში სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებასთან და უარყოფითად მოქმედებს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. განსაკუთრებით მაღალი აკადემიური სტრესის მაჩვენებელი შეიმჩნევა დასაქმებულ სტუდენტებში. **რეკომენდაცია:** აკადემიურ სტრესთან ეფექტურად გასამკლავებლად საჭიროა სტუდენტებმა შეიმუშაონ სტრესის დაძლევის სტრატეგიები.

საკვანძო სიტყვები: აკადემიური სტრესი, დასაქმებული სტუდენტების აკადემიური სტრესი, სასწავლო უნარ-ჩვევები, აკადემიური სტრესის დაძლევის მეთოდები

ციტირება: თენგიზ ვერულავა, ქეთი დიასამიძე, თამთა სიჭინავა, მარიამ ხუბულავა. სტუდენტების აკადემიური სტრესი. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4).

Academic Stress Among University Students

Tengiz Verulava¹ Ketii Diasamidze², Tamta Sitchinava², Mariam Khubulava²

¹ MD, PhD, Professor, Caucasus University

² School of Humanities and Social sciences, Caucasus University

Abstract

Introduction: University life is a major transition for undergraduate students. As a result, students are affected by different stressors related to academic success. Students, who experience academic stress, have bad study habits, poor time management, studying for exams and overload coursework. The aim of the study is to determine the effect of academic stress on bachelor student's academic performance.

Methodology: The study of student's academic stress was carried out by quantitative method (online survey) and qualitative method (in-depth interview) among the bachelor students of Caucasus University. **Results and discussion:** The problem of academic stress is acute problem in students. The study clearly showed that academic stress is directly correlated with students' academic performance

and have negative effects on their health. Especially, high academic stress indicators are observed in employed students. **Conclusion:** It is necessary to develop special methods and strategies to effectively deal with academic stress.

Keywords: Academic stress, employed students' academic stress, study habits.

Quote: Tengiz Verulava, Ketii Diasamidze, Tamta Sichinava, Mariam Khubulava. Academic stress of students. Health Policy, Economics and Sociology, 2020; (4).

შესავალი

სკოლის დამთავრების შემდეგ უნივერსიტეტი არის მნიშვნელოვანი, გარდამტეხი ეტაპი სტუდენტების ცხოვრებაში, რადგან შეუძლიათ მიიღონ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებები სოციალურ და აკადემიური აქტივობებთან დაკავშირებით მშობლების ჩარევების გარეშე. თუმცა, ახლად მოპოვებული დამოუკიდებლობის ფონზე, სტუდენტები ცდილობენ ეს გადაწყვეტილებები მშობლების მოლოდინებს შეესაბამებოდეს (Smith, T & Renk, K 2007). ამასთან ერთად, საზოგადოება დარწმუნებულია, რომ რეიტინგული უნივერსიტეტის დამთავრება არის კარგი სამსახურის, მაღალი შემოსავლებისა და სოციალური სტატუსის გარანტი (Ang, R.P., &Huan, V.S 2006).

სტუდენტებზე ზემოქმედებენ სხვადასხვა სტრესორები, რომლებიც დაკავშირებულია აკადემიურ წარმატებასთან (Sreeramareddy, C.T at al 2007). კვლევები ადასტურებენ, რომ სტუდენტები, რომლებიც განიცდიან აკადემიურ სტრესს აღენიშნებათ დაბალი სასწავლო უნარები, მათ შორის, დროის არაეფექტური მენეჯმენტი (Macan, T.H., Shahani, C., Dipboye, R.L.,&Philips A.P 1990), სწავლა მხოლოდ გამოცდებისათვის (Baldwin, D.A., Willkinson, F.C.,&Barkley, D.C. 2009), რომლებმაც შეიძლება განაპირობოს დაბალი აკადემიური მოსწრება. აკადემიურ სტრესთან ეფექტურად გასამკლავებლად საჭიროა სტუდენტებმა შეიმუშაონ სტრესის დამლევის სტრატეგიები (Smith, T & Renk, K 2007). აკადემიური სტრესის დასაძლევად სტუდენტები სხვადასხვა სახის სტრატეგიებს იყენებენ. ზოგი სტუდენტი თავს არიდებს სტრესთან გამკლავებას და მიმართავს ალკოჰოლს და ნარკოტიკებს, ხოლო ზოგი ცდილობს აქტიურად ებრძოდეს მას სტრატეგიების შემუშავებით და საჭირო ნაბიჯების გადადგმით (Sreeramareddy, C.T at al 2007).

სასწავლო უნარ-ჩვევები აკადემიურ მოსწრებაზე დადებით გავლენას ახდენენ (Abid 2006). მათ მიეკუთვნება: დროს სწორი მენეჯმენტი, რეალისტური აკადემიური მიზნების დასახვა, გარკვეული წახალისება დავალების შესრულებისთვის, გამეორება, მასალების ორგანიზება და ჩანაწერების გაკეთება ლექციების დროს (D. (. Fontana 1995) (Goof, T.L.,& Brophy, J.E 1986). აქედან გამომდინარე, კარგი სასწავლო უნარ-ჩვევები ეხმარება სტუდენტებს აკადემიური სტრესის დამლევაში, თან ისე, რომ მათ ამავედროულად მიაღწიონ იმ მოთხოვნებს, რომელსაც აკადემიური გარემო ითხოვს მათგან. კვლევები ადასტურებენ რომ სასწავლო ჩვევები დადებით კორელაციაშია აკადემიურ მოსწრებასთან. (Struthers C.W. et al 2000); (Aluja, A., & Blanch A. 2004).

სტუდენტების აკადემიურ სტრესზე ძალიან მწირი კვლევებია. კვლევის მიზანია, განსაზღვროს სწავლის უნარ-ჩვევების და აკადემიური სტრესის ეფექტი ბაკალავრიატის სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებაზე.

ლიტერატურის მიმოხილვა

სასწავლო უნარ-ჩვევები არის მიზანმიმართული სწავლების სტრატეგიები და მეთოდები და უმთავრესად მოიცავს წერას და კითხვას. ეფექტური სასწავლო უნარები აუცილებელია სტუდენტებისთვის კარგი შეფასებების მისაღებად, ცოდნის ასამაღლებლად, კარიერის

გასაუმჯობესებლად (Aluja, A., & Blanch A. 2004) (Elliot. T.R., Godshell, F., Shrou, J.R., & Witty, T.E 1990)

დროის მენეჯმენტი, რეალისტური აკადემიური მიზნების შექმნა, მასალების ორანიზება, განმეორება, ჩანაწერების წარმოება ეს ყოველივე არის კრიტიკული სწავლების უნარები და აქვს გავლენა მოსწავლეების აკადემიურ მოსწრებაზე (D. (. Fontana 1995) (Goof, T.L., & Brophy, J.E 1986).

დროის მენეჯმენტი აუცილებელია, რადგან იგი მიზნად ისახავს დროის კონტროლს, დაგეგმვას და ორანიზებას. ქალები უფრო უკეთესად იცავენ დროის მენეჯმენტს ვიდრე მამაკაცები (Misra.R., & McKean. M. 2000). კვლევები ადასტურებენ, რომ პირები, რომლებიც ყურადღებას აქცევენ დროის მენეჯმენტს, ნაკლებად განიცდიან ფსიქოლოგიური სტრესის სიმპტომებს (Macan, T.H., Shahani, C., Dipboye, R.L., & Philips A.P 1990) (Misra.R., & McKean. M. 2000) სტუდენტები ცდილობენ დააყოვნონ და გადადონ საკურსო ნაშრომი ან მოემზადონ გამოცდისთვის ბოლო მომენტში (Brinthaup, T.M., & Shin, C.M 2001). დროის ასეთი არასწორი მენეჯმენტი განაპირობებს ფსიქოლოგიურ დისტრესს და დაბალ აკადემიურ მოსწრებას (Blummer. H.N., & Richards, H.C 1997). კვლევები ადასტურებენ, რომ დროის მენეჯმენტი კორელაციაშია აკადემიურ მოსწრებასთან (Culler, R.E., & Holahan, C.J 1980) (Britton, B.K., & Tesser, A 1991).

კონცენტრირების უნარი სწავლის საკვანძო კომპონენტია (Talib & Zai-urRehman 2012). დამამთავრებელი კურსის სტუდენტებს კონცენტრირების ნაკლები პრობლემა აქვთ პირველი წლის სტუდენტებთან შედარებით (Slate, J.R.Jones, C.H & Harlan, E.J. 1998). კვლევები ადასტურებენ, რომ სტუდენტის გარკვეული სფეროსადმი ინტერესი გავლენას ახდენს მათ კონცენტრირების უნარზე (Winne, P. H., & Nesbit. J.C 2009). აქედან გამომდინარე, აკადემიური პროგრამის არჩევისას საჭიროა უნივერსიტეტში სწავლების პირველივე წელსვე სწორი აქცენტების გაკეთება (Goldfinch, J., & Hughes, M. 2007).

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, სტუდენტების პოზიტიური უნარებია: მოტივაცია, ჩანაწერების წარმოება და დროის მენეჯმენტი. მოტივაცია გულისხმობს ლექციასემინარებზე რეგულარულ დასწრებას, მაშინაც კი როცა კურსი არჩევითა და სავალდებულო არ არის (Slate, J.R.Jones, C.H & Harlan, E.J. 1998). სტუდენტებს აქვთ მოტივაცია დაესწრონ მათთვის საინტერესო და სარგებლიან სასწავლო კურსს, სადაც შეუძლიათ გაცვალონ იდეები (Simons. J. Dewitte, S & Lens, W 2004). ზოგი სტუდენტისათვის უკეთ სწავლის მოტივატორია სტიმულები და კარგი აკადემიური მიღწევისათვის ჯილდოები ან მაღალი ქულებით შეფასება (Schmamel 2008).

მნიშვნელოვანია სასწავლო მასალის დამახსოვრების უნარი (Hansen, R.S., & Hansen, K. 2008). სტუდენტები გამოცდებისთვის სხვადასხვანაირად ემზადებიან. ხშირად, სტუდენტები კითხვისას იყენებენ პასიურ სტრატეგიებს, რაც გულისხმობს მნიშვნელოვანი საკითხის დამახსოვრებას მხოლოდ მომავალი გამოცდისათვის, რაც მოითხოვს საკითხის სიღრმისეულად გაგების ნაკლებად საჭიროებას (Gettinger, M. & Seibert, J.K 2002). იმისთვის რომ სასწავლო მასალის შესახებ ინფორმაცია დიდი ხნით დაამახსოვრდეთ სტუდენტები აქტიურ სტრატეგიას მიმართავენ, რაც გულისხმობს უკეთ გასაგებად კითხვის პროცესში საკითხზე ჩაღრმავებას, მნიშვნელოვანი ასპექტების და იდეების გამოყოფას, ხაზგასმას, მასალის ვიზუალიზაციის გამოყენებას, ასევე საკითხის სწავლებას სხვებისთვის (Hansen, R.S., & Hansen, K. 2008). როდესაც კითხვის მიზანია სასწავლო მასალიდან ძირითადი ასპექტების

იდენტიფიკაცია, უმჯობესდება აკადემიური მოსწრება, თუმცა, საჭიროა მისი სიღრმისეულად გაგება (Blummer. H.N., & Richards, H.C 1997).

სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებაზე დადებით გავლენას ახდენს მნიშვნელოვან საკითხებზე ჩანაწერების, ჩანიშვნების წარმოება (Pressley, M., Yokoi, L., Van Meter, P., Van Etten, S., & Freebam, G 1997). კვლევები აჩვენებს, რომ სტუდენტები მნიშვნელოვნად ეყრდნობიან სწორედ ლექციის დროს წარმოებულ ჩანიშვნებს (Peverly, S.T., Ramaswamy, V., Brown, C., Sumowski, J., Alidoost, M., & Garner. J 2007) ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, როდესაც სალექციო მასალების ხელმისაწვდომობას ხელს უწყობს ლექტორი, სტუდენტებმა შესაძლოა შეწყვიტონ ლექციაზე დასწრება (Durkin, K., & Main, A. 2002). ზოგი კვლევის მიხედვით, სალექციო მასალებზე და მნიშვნელოვან საკითხებზე ჩანაწერების, ჩანიშვნების ხელმისაწვდომობა არ არის საკმარისი, თუმცა დადებითად ზემოქმედებს დროის მენეჯმენტზე და შესაბამისად, აკადემიურ მოსწრებაზე (Nonis, S.A., & Hudson, G.I 2010).

გამოცდების ჩატარების სტრატეგიები პირდაპირ კავშირშია სტუდენტთა აკადემიურ მოსწრებასთან (Gurung 2005) (Jiao, O.G., & Onwuegbuzie, A.J n.d.). გამოცდებისათვის მზადების პროცესში სტუდენტები განიცდიან სტრესს. კვლევები აჩვენებს რომ გამოცდებთან დაკავშირებული სტუდენტთა სტრესი მცირდება მას შემდეგ რაც მათ ჩაუტარეს გამოცდების ჩაბარების სტრატეგიების ტრენინგები (Beidel.D.C., Tumer S.M., & Taylor-Ferreira, J.C. 1999). კვლევების ხაზს უსვამს, რომ სტუდენტების სწავლის პროცესს ხელს უშლის კონცენტრირების დაბალი უნარი. (Gettinger, M. & Seibert, J.K 2002), სწავლა ტელევიზორის ყურებისას ან მუსიკის ქვეშ, ხმაურიან ადგილას (მაგალითად, სამზარეულოში), ან როდესაც დიდ დროს უთმობენ შესვენებებს სწავლის პროცესში (Beidel.D.C., Tumer S.M., & Taylor-Ferreira, J.C. 1999).

აკადემიური მოსწრება სწავლის ხარისხის ერთერთი მთავარი ინდიკატორია (McKenzie.K.&Schweitzer.R 2001). უნივერსიტეტის სტუდენტების აკადემიური მოსწრება გულისხმობს სასწავლო კურსების წარმატებით თუ წარუმატებლად დამთავრებას (Goldfinch, J., & Hughes, M. 2007). უნივერსიტეტში სტუდენტების აკადემიური მოსწრება იზომება ნიშნების საშუალო მაჩვენებლით (GPA - Grade Point Average). ნიშნების საშუალო მაჩვენებელი (GPA) არის სემესტრული და კუმულაციური (დაგროვილი). საშუალო ნიშნის (GPA) დაანგარიშების დროს გათვალისწინებულია სტუდენტის მიერ უნივერსიტეტში სწავლების შესაბამის საფეხურზე მიღებული ყველა შეფასება. GPA-ს მაღალი მაჩვენებელი ზრდის ცხოვრებისეული შესაძლებლობებს, სასურველ სამსახურში დასაქმებას, უკეთეს ანაზღაურებას (Ang, R.P., & Huan, V.S 2006).

კვლევები აჩვენებს, რომ აკადემიურ მოსწრებაზე გავლენას ახდენს სქესი და ოჯახური მდგომარეობა. მდებარეობითი სქესის სტუდენტებს აქვთ უკეთესი აკადემიური მოსწრება ვიდრე მამრობითი სქესის სტუდენტებს, განსაკუთრებით სწავლის პირველ წელს (Surridge.I. 2008) და ოჯახებულ სტუდენტებს აქვთ უკეთესი აკადემიური მოსწრება ვიდრე ქორწინებაში არ მყოფებს (Smith, T., & Renk, K 2007)

საცხოვრებელ გარემოს აქვს დიდი გავლენა მის აკადემიურ მოსწრებაზე (Astin 1973). სტუდენტები ვინც კამპუსში უფრო მეტ დროს ატარებდნენ ჰქონდათ უფრო მაღალი GP (Bliming 1989). სტუდენტთა დასაქმება უარყოფით გავლენას ახდენს აკადემიურ მოსწრებაზე (Robotham 2008). დასაქმებულ სტუდენტებს აქვთ დაბალი GPA (Plant. E.A, Ericsson, K.A., Hill, L., & Asberg.K 2005). სტუდენტთა უმრავლესობა დარწმუნებულია, რომ დასაქმებამ შეიძლება ხელი შეუშალოს მათ აკადემიურ მოსწრებას (Knause, K., Hurlley, R, James, R. & McInnes, C. 2005).

ამგვარად, საუნივერსიტეტო ცხოვრება მოითხოვს, რომ სტუდენტმა გაითვალისწინოს დროის მენეჯმენტის მოთხოვნები, გამოიყენოს დროის განაწილების ცხრილები, დაიცვას საკურსო ნაშრომის დედლაინი და სხვა სოციალური პასუხისმგებლობები (Atibuni 2012). აღნიშნული სტუდენტებს საშუალებას აძლევს სწორად დასახონ პრიორიტეტები და ადვილად გაუმკლავდნენ სტრესულ მდგომარეობას. სწავლის უნარ-ჩვევები სტუდენტებს ეხმარება ამავდროულად მაქსიმალურად გამოიყენონ დრო, ფინანსები, სოციალური და ოჯახური თანადგომა, და გაუმკლავდნენ პოტენციურ სტრესორებს.

უნივერსიტეტში სწავლა და დიპლომის მიღება პირდაპირპროპორციულია მომავალში კარიერული წინსვლისა. ბევრი ადამიანი ცდილობს სამსახური ადრეულ პერიოდში იშოვოს, რათა განავითაროს საკუთარი პროფესიული უნარ-ჩვევები, მიიღონ გამოცდილება და მომავალში დაიკავონ მაღალი სტატუსის მქონე თანამდებობები. ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევის მონაცემებით, სტუდენტები ადრეულ ასაკში იწყებენ სამსახურის ძიებას, სანამ ისინი დაეუფლებიან საკუთარ პროფესიას სრულფასოვნად და დაამთავრებენ უნივერსიტეტს. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, სტუდენტების 2/5-ზე მეტი სამუშაოს ძებნას უნივერსიტეტის დამთავრებამდე სულ მცირე ერთი წლით ადრე იწყებს.

როდესაც სტუდენტებს არ აქვთ სათანადო პერსონალური რესურსები, როგორცაა ფინანსები, განიცდიან მაღალ სტრესს (Bang 2009). ფინანსური პრობლემების გადასაჭრელად სტუდენტები ცდილობენ დასაქმდნენ სხვადასხვა, თუნდაც ნახევარ განაკვეთიან სამუშაოებზე და ამით შექმნან ერთგვარი დამაკავშირებელი ხიდი მომავალ პროფესიულ ცხოვრებასთან. კვლევები ადასტურებენ, რომ აკადემიურ სტრესთან ერთად სტუდენტები განიცდიან დასაქმებასთან დაკავშირებულ სტრესს (Ross 1999). ზოგი კვლევის მიხედვით, დასაქმებული სტუდენტების სტრესი განსაკუთრებით მაღალია შუალედური და ფინალური გამოცდების პერიოდში. დასაქმებული სტუდენტების 30% იძულებული იყო გაეცდინა ლექციები, ხოლო 20%-მა ვერ მოახერხა სამსახურში ვალდებულების შესრულება დროულად (Robotham 2008).

სტუდენტები ცდილობენ სწავლა და სამსახური ერთმანეთს შეუთავსონ, თუმცა ეს მარტივი საქმე არ არის და ხელს უწყობს რიგი პრობლემების განვითარებას. ამ პრობლემათა რიგს მიეკუთვნება ქრონიკული დაღლილობა, ძილის დარღვევა, არასწორი კვება და ა.შ. ეს პრობლემები პირდაპირი ხილული ნიშნებით არ არის წარმოდგენილი, მაგრამ დროთა განმავლობაში ნელნელა ილექება ადამიანის ორგანიზმში და ბევრი დაავადების გამომწვევი ფაქტორი შეიძლება გახდეს. მოცემულ კვლევაში მთავარი აქცენტი კეთდება აკადემიურ სტრესსზე, რადგან მიჩნეულია, რომ აკადემიური სტრესი ძალიან მაღალია დასაქმებულ სტუდენტებში და უარყოფითად აისახება მათ აკადემიურ მოსწრებაზე.

უნივერსიტეტში სწავლისას სტუდენტები იღებენ არა მარტო განათლებას, არამედ ცდილობენ დაეუფლონ სხვადასხვა უნარ-ჩვევებს. ცდილობენ მიიღონ გამოცდილება სხვადასხვა სფეროებში, ჩაერთონ სხვადასხვა აქტივობებში, დაესწრონ ტრენინგებსა და სემინარებს. დღევანდელ შრომით ბაზარს თუ გადავხედავთ, ვნახავთ რომ არც თუ ისე სახარბიელო სიტუაციაა სტუდენტების დასაქმების კუთხით. მათ არ გააჩნიათ დიდი არჩევანის თავისუფლება და უმეტესად მათი სამუშაო განაკვეთი არის სრული. 2018 წლის მონაცემებით, სტუდენტების უმეტესობის დასაქმება ხდება მეორადი დასაქმებით, რაც გულისხმობს იმ ფაქტს, რომ უმეტესობა არა საკუთარი პროფესიით არის დასაქმებული, არამედ სხვადასხვა დამატებითი სამუშაოებით, რომელიც უმეტესად მათი ფინანსური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებასთან არის დაკავშირებული და ნაკლებად პროფესიული გამოცდილების გაღრმავებასთან. (თენგიზ ვერულავა, ანი ჯოლბორდი 2018)

მეთოდოლოგია

კვლევა განხორციელდა რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევის მეთოდების გამოყენებით. კვლევისათვის შერჩეულ იქნა კავკასიის უნივერსიტეტის საბაკალავრო საფეხურის პირველი, მეორე, მესამე და მეოთხე კურსის სტუდენტები. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სტუდენტების ონლაინ გამოკითხვა - ანკეტირება. სულ გამოიკითხა კავკასიის უნივერსიტეტის საბაკალავრო საფეხურის პირველი, მეორე, მესამე და მეოთხე კურსის 163 სტუდენტი. გამოყენებული იყო შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი.

კვლევის მიზანს ასევე წარმოადგენდა აკადემიური სტრესის შესწავლა დასაქმებულ სტუდენტებში. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა საბაკალავრო საფეხურის დამამთავრებელი კურსის 10 დასაქმებული სტუდენტის სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევისთვის გამოყენებული იყო მიზნობრივი შერჩევის მეთოდი.

კვლევის შეზღუდვად განვსაზღვრეთ შერჩევის არაალბათური მეთოდი, რომელიც შეურჩეული იქნა ნაკლები დანახარჯებით, მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო და ჩატარდა მხოლოდ კავკასიის უნივერსიტეტში. რესპოდენტების შერჩევის ტიპი იყო შემთხვევითი ანკეტირების დროს, ხოლო ფოკუს ჯგუფი და სიღრმისეული ინტერვიუ იყო მიზნობრივი.

მოცემული კვლევის მიზანია განსაზღვროს სწავლის უნარ-ჩვევების და აკადემიური სტრესის ეფექტი ბაკალავრიატის სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებაზე. კვლევის ობიექტს წარმოადგენს კავკასიის უნივერსიტეტის ბაკალავრიატის სტუდენტები (IIV კურსი). კვლევის ჰიპოთეზას წარმოადგენს აკადემიური სტრესი პირდაპირ კორელაციაშია სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კვლევის ამოცანებია:

- განვსაზღვროთ აკადემიური სტრესის გამომწვევი ფაქტორები.
- განვსაზღვროთ აკადემიური სტრესი სქესის მიხედვით.
- განვსაზღვროთ როგორ უმკლავდებიან სტუდენტები აკადემიურ სტრესს.
- განვსაზღვროთ რამდენად ახდენს დასაქმება გავლენას აკადემიურ სტრესზე.

შედეგები

გამოკითხულთა 54% (n=88) შეადგენდნენ ქალები, ხოლო 46% (n=75) - კაცები. კურსის მიხედვით განაწილება: პირველი კურსი - 33% (n=54), მეორე კურსი - 29% (n=47), მესამე კურსი - 24% (n=39) და მეოთხე კურსი - 14% (n=23).

ცხრილი 1. გამოკითხული სტუდენტების მონაცემები

	ინდიკატორები	N=163	%
I	სქესი		
	ქალი	88	54
	კაცი	75	46
II	სასწავლო კურსი		
	I კურსი	54	33
	II კურსი	47	29
	III კურსი	39	24
	IV კურსი	23	14

უნივერსიტეტის აკადემიური სტრესის საწყისი ეტაპები სკოლის დამთავრებიდან უნდა ვიკვლიოთ. სკოლის დამთავრების შემდეგ, აბიტურიენტებს უწევთ ბევრი გადაწყვეტილების მიღება, რომელიც დაკავშირებულია პროფესიის და უნივერსიტეტის არჩევასთან. გამოკითხული რესპოდენტების 44% (n=72) თვლის, რომ სკოლის დამთავრებისას ყველაზე სტრესულია მომავალი პროფესიის განსაზღვრა. გამოკითხულთა 37%-სთვის (n=60) სტრესული აღმოჩნდა ეროვნულ გამოცდებზე არსებული კონკურენციის მაღალ დონე, სადაც ისინი ათასობით სტუდენტთან ერთად ერთგვარ მართონში არიან ჩართულები. რესპოდენტთა 12% (n=20) თვლის რომ მათთვის უმნიშვნელოვანესი სტრესორია სტუდენტობასთან დაკავშირებული დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყება, ხოლო 7% (n=11) - საცხოვრებელი ადგილის შეცვლას მიიჩნევს მნიშვნელოვან სტრესორად.

ცხრილი 2. სტუდენტების გამოკითხვის შედეგები

ინდიკატორები	n = 163	(%)
1 ყველაზე სტრესული მოვლენა		
მომავალი პროფესიის განსაზღვრა მასალის მოცულობა	72	44%
ეროვნულ გამოცდებზე არსებული კონკურენციის მაღალი დონე	60	37%
სტუდენტობასთან დაკავშირებული დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყება	11	7%
2 სტუდენტობის პერიოდში სტრესის უმთავრესი მიზეზები		
შუალედური/ფინალური გამოცდები	44	27%
სასწავლო	77	47%
GPA-ის პროცენტულობა	20	12%
კონკურენტუნარიანი გარემოს სტუდენტებთან მიმართებაში	23	14%
დროის რა პერიოდში ემზადებით გამოცდებისათვის?		
გამოცდისთვის ვემზადები 2-3 დღით ადრე	78	48%
გამოცდისთვის ვემზადები 1 დღით ადრე	49	30%
გამოცდისთვის ვემზადები 1 კვირით ადრე.	28	17%
გამოცდისთვის ვემზადები მთელი სემესტრის განმავლობაში	8	5%
3 აკადემიური სტრესი და სქესი		
ქალები	143	88%
კაცები	20	12%
4 სტრესის რომელი სიმპტომები აღგენიშნებათ?		
ფიზიკური სიმპტომები: თავის ტკივილი, წარბების თამაში, ნესტოების თრთოლვა, პირის ან ყელის სიმშრალე, გართულებული ყლაპვა, წყლულები ენაზე, კისრის არეში ტკივილი, თავბრუს ხვევა, ენის მოკიდება, ზურგის არეში ტკივილი, კუნთების ტკივილი და ა.შ.	21	13%
ემოციური სიმპტომები: გაღიზიანებულობა, ცუდი განწყობა, დათრგუნულობა, უჩვეულო აგრესიულობა, კონცენტრაციის უნარის და მეხსიერების გაუარესება, აღზნებადობა და	130	80%

	დაუცხრომლობა, მეწვრილმანეობა, დამის კომმარები, სხვა ადამიანებისაგან იზოლაცია და ა.შ		
	ქცევის სიმპტომები: კბილების კრაჭუნი, მოღუშულობა, ნერვიული სიცილი, თითებით და ფეხებით ბაკუნი, ფრჩხილების კვნეტა, სიგარეტის უზომოდ ბევრი მოწევა, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება, საჭმლის უზომო მიღება, უზომო დიეტა და ა.შ.	11	7%
5	კვირის ყველაზე სტრესული დღე		
	ორშაბათი	35	22%
	სამშაბათი	27	17%
	ოთხშაბათი	45	28%
	ხუთშაბათი	11	7%
	პარასკევი	18	11%
	შაბათი	25	16%
	კვირა	2	1%
6	აკადემიური სტრესის დაძლევის ტექნიკები		
	დროის ეფექტური მენეჯმენტი	68	42%
	სპორტული აქტივობები	29	18%
	დავალების წახალისება	15	9%
	მეგობრებთან ერთად გართობა	33	20%
	ძილი	13	8%
	ალკოჰოლის და ნარკოტიკის მოხმარება	5	3%
7	სწავლის რომელი უნარები უწყობენ ხელს აკადემიური სტრესის დაძლევას?		
	ძირითადი ასპექტების იდენტიფიკაცია	26	16%
	მახსოვრობა	18	11%
	კონცენტრაცია	80	49%
	დავალების დედლაინამდე შესრულება	16	10%
	ჩანიშვნების წარმოება	23	14%
8	ვის მიმართავთ სტრესულ სიტუაციაში?		
	მეგობარს	90	55%
	ოჯახის წევრს	28	17%
	საკუთარ თავში პოულობს სამშვიდეს	26	16%
	შეყვარებულს	8	5%
	ფსიქოლოგს	8	5%
	არავის	3	2%
9	რა მიგაჩნიათ კავკასიის უნივერსიტეტის ყველაზე ძლიერ მხარედ აკადემიური სტრესის დაძლევაში?		

ინფრასტრუქტურა	74	45%
აკადემიური პერსონალი	37	22%
დასვენებები გამოცდის მერე	28	17%
სხვადასხვა ღონისძიებები (ექსკურსია, ივენტები)	16	10%
არაფერი	8	5%

კოლექტივისტურ საზოგადოებაში ჯგუფის ინტერესები ინდივიდის ინტერესებზე მაღლა დგას. ასეთ საზოგადოებაში ოჯახი წამყვანი ღერძია, რომელიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. კითხვაზე, თუ რა როლს ასრულებენ მშობლები მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღებაში გამოკითხული რესპოდენტების დიდი ნაწილი თვლის, რომ მშობლებს უდიდესი როლი უკავია გადაწყვეტილების მიღებაში. აღმოჩნდა, რომ გადამწყვეტი როლი რიგ საკითხებში სწორედ მშობლების აზრს ენიჭება.

„ჩემი მშობლები ყოველთვის ერეოდნენ ჩემს ცხოვრებაში, მარტო გადაწყვეტილების მიღებაში კიარა, წვრილმანებშიც, როგორც თვითონ უნდოდათ ის უნდა მცმოდა, ისე უნდა შემეკრა თმა, გაპრანჭვა ხომ ზედმეტი იყო და ა.შ. ზოგადად შეზღუდული ვიყავი ძალიან და ახლაც ასეა“.

რესპოდენტთა ნაწილი თვლის, რომ მშობლები შემოიფარგლებიან რჩევით და საბოლოო გადაწყვეტილება მაინც თვითონ უნდა მიიღონ.

“რჩევების მოსმენა მათგან ერთ-ერთი საჭირო რამაა, თუმცა გადაწყვეტილებას საბოლოოდ მხოლოდ მე ვიღებ.“

სტუდენტების სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი მნიშვნელოვანი სტრესორი აღმოჩნდა. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე სტუდენტები განიცდიან უფრო მეტ აკადემიურ სტრესს, რადგან ისინი ცდილობენ გაამართლონ მშობლების მოლოდინები. იგივე შედეგებს ადასტურებენ სხვა კვლევები, რომლის მიხედვით, კაცებში უფრო მეტია მაღალი აკადემიური მოსწრების და წარმატების სოციალური მოლოდინები, რაც ხელს უწყობს აკადემიური სტრესის განვითარებას (Bang 2009).

გამოკითხული რესპოდენტების 99% (n=142) თვლის რომ სოციალურ ეკონომიკური ფაქტორი დიდ როლს თამაშობს აკადემიური სტრესის განვითარებაში. სტუდენტები, რომლებიც ფინანსურად არ არიან უზრუნველყოფილნი, მუდმივად ცდილობენ საკუთარი სწავლით შეცვალონ მომავალი და მშობლების მოლოდინები გაამართლონ. ასევე სტუდენტობის პერიოდში ფინანსური მხარდაჭერა გამოუცხადონ ოჯახს სწავლის გადასახადში და სწავლას სამსახური შეუსაბამონ. სწორედ მსგავსი ცხოვრებისეული ბარიერები აყალიბებს ადამიანის მზაობას სამომავლო კარიერული წინსვლისთვის. გამოიკვეთა ბულინგის საკითხი, რომელიც დაბალ სოციალურ ფენას ახლავს თან.

„დიდ გავლენას ახდენს რადგან გარემოს დიდი მნიშვნელობა აქვს განათლების მიღებაში, ოჯახი, მეგობრები ხელს უნდა გიწყობდნენ იმაში , რომ განათლება მიიღო. იმ სოციალურ გარემოში განათლება თუ დაფასებული არ არის რთულია წარმატებას მიაღწიო.“

კოლექტიური საზოგადოების მიერ ხშირად ხდება ინდივიდუალური სურვილების, პიროვნული თვისებების უგულვებელყოფა. რესპოდენტთა აზრით, სოციალური გარემო უდიდეს გავლენას ახდენს სტუდენტზე. ხშირ შემთხვევაში იგი იძულებული ხდება მოერგოს ამა თუ იმ საზოგადოების წესებს და გარკვეულწილად მიჩქმალოს თავისი

პიროვნული დამოკიდებულებები. სოციალური გარემოს ასეთი გავლენა ხშირად ნეგატიურად ზემოქმედებს ადამიანზე და განიხილება როგორც ერთ-ერთი ძლიერი სტრესორი.

სტრესის დონე განსხვავებულია არამართო სასწავლო წლების, არამედ სტუდენტთა სქესის მიხედვითაც. გოგონები (88%, n=143) უფრო მეტად განიცდიან აკადემიურ სტრესს, ვიდრე მამრობითი სტუდენტები (12%, n=20). ქალები განიცდიან უფრო მაღალ აკადემიურ სტრესს, რადგან მათგან ყოველთვის უფრო მეტს მოელიან მეგობრები, ოჯახის წევრები. მათთვის დამახასიათებელია მაღალი ემოციურობა და დეტალიზაცია, ყურადღების გამახვილება ყველა წვრილმან დეტალზე. ამასთან, ქალები ნეგატიურად აფასებენ მათთვის სტრესულ მოვლენას და ფოკუსირებას ახდენენ სტრესული მოვლენის ემოციურ გამოწვევებზე. მსგავს შედეგებს ადასტურებენ სხვა კვლევები (Abrouseria 1994); (Bang 2009). თუმცა, მდებარეობითი სქესის სტუდენტებს აქვთ სწავლის უკეთესი უნარ-ჩვევები (Suneeta et al. 2010), მათში უფრო მაღალია აკადემიური მოსწრება და GPA ვიდრე მამრობითი სქესის სტუდენტებში, მაშინაც კი როცა ისინი იმყოფებიან დიდი სტრესის ქვეშ.

„ქალებში უფრო მაღალია აკადემიური მოსწრება, რადგან მგონია რომ ჩვენი კულტურიდან გამომდინარე სწავლაზე პასუხისმგებლობას გოგონები უფრო იღებენ.“

„ქალებს უფრო აღნიშნებათ ნერვიულობის მაღალი დონე, რადგან უფრო მეტად არიან ორიენტირებულები ქულებზე“.

რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (71%, n=116) მიიჩნევს რომ საქართველოს კულტურაში მსგავსი საკითხები ნაკლებად პრობლემატურია კაცებისათვის, რადგან მათ საზოგადოება არ ავალდებულებს და არ მოელის მათგან სწავლას. პირიქით ხდება ქალების შემთხვევაში: "გოგო ხარ და უკეთ უნდა სწავლობდე!" კაცები საზოგადოების მიერ აღიქმება, როგორც ოჯახის მომავალი ფინანსური ხერხემალი, ამიტომ ისინი დიდ ენერგიას დებენ არსებული მოლოდინების გამართლებაში.

სტუდენტები აკადემიურ სტრესს სხვადასხვა აქტივობებით უმკლავდებიან. რესპოდენტების 42% (n=68) თვლის, რომ სტრესს უმკლავდება დროის ეფექტური მენეჯმენტით, 18% (n=29) თვლის რომ სპორტული აქტივობები არის სტრესის გამკლავების საუკეთესო საშუალება, 9% (n=15) აღნიშნავს დავალების წახალისებას, 20%-მა (n=33) უპირატესობა მეგობრებთან ერთად გართობას მიანიჭა, 8%-მა (n=13) ძილს. 3%-მა (n=5) სტრესული რელობიდან გაქცევის ყველაზე კარგ საშუალებად ალკოჰოლის და ნარკოტიკის მოხმარება დაასახელა.

კვლევის შედეგი გვიჩვენებს, რომ აკადემიური სტრესი გავლენას ახდენს არამართო აკადემიურ მოსწრებაზე, არამედ სტუდენტების ცხოვრების წესზე, კოგნიტურ პროცესებზე, ქცევაზე, ლექციებზე დასწრებაზე. ამიტომ მნიშვნელოვანი ფაქტორია სტრესის დაძლევის მეთოდების შემუშავება. სტრესის დასაძლევად სტუდენტები გამოიყენებენ დაძლევის სხვადასხვა ფორმებს: სპორტი, მუსიკა, მეგობრებთან ერთად სეირნობა, ძილი და განმარტობას ტუდენტები, რომელთაც შეუძლიათ გადაჭრან მათ წინაშე მდგარი პრობლემები, უკეთესად ახდენენ საუნივერსიტეტო ცხოვრებასთან ფსიქოსოციალურ ადაპტირებას, აქვთ აკადემიური სტრესის დაბალი დონე. მსგავს შედეგებს ადასტურებენ სხვა კვლევები (Lumley 2003) (Shaikh 2004) (Baker 2003).

გამოკითხული სტუდენტების ნახევარზე მეტი 55% (n=90) სტრესულ სიტუაციაში მიმართავს მეგობარს, 17% (n=28) - ოჯახის წევრს, 16% (n=26) - საკუთარ თავში პოულობს სამშვიდეს, 5-5% (n=8; n=8) - შეყვარებულს და ფსიქოლოგს და 2% (n=3) - არავის.

რესპოდენტები თვლიან, რომ გამოცდებთან და ლექციებთან დაკავშირებული სტრესი ყველაზე კარგად ისევ სტუდენტებს ესმით, შესაბამისად, საუკეთესო გამოსავალს სწორედ მეგობრებთან გაზიარებაში ხედავენ. ასევე, კვლევის შედეგებიდან ჩანს რომ ოჯახური თანადგომა ძალიან ბევრ სტუდენტს ეხმარება სტრესის დაძლევაში. სტუდენტები მეტნაკლებად ითვალისწინებენ მშობლების და ოჯახის სხვა წევრების აზრს. თუმცა, ამავდროულად, მნიშვნელოვან როლს ანიჭებენ საკუთარ თავში პრობლემის მოგვარებას, თვითონ ცდილობენ გაუმკლავდნენ ამა თუ იმ დაბრკოლებას.

ჩატარებული კვლევა ადასტურებს, რომ სტრესის დონე დამოკიდებულია სტუდენტის სწავლების წლებზე. ყველაზე სტრესული აღმოჩნდა პირველი და მეოთხე კურსი. პირველ წელს სტუდენტები სწავლის სხვა წლებთან შედარებით უფრო სერიოზულ სტრესს განიცდიან. პირველი კურსი ცხოვრების ახალი ეტაპის დასაწყისია, ახალი გამოწვევები, ახალი სოციალური გარემო, რომელთანაც ადაპტაციისთვის გარკვეული პერიოდი საჭირო. პირველი კურსის სტუდენტები იძულებული არიან დატოვონ საკუთარი სახლი და საცხოვრებლად გადავიდნენ ქალაქში, სადაც მათი რჩეული უნივერსიტეტი მდებარეობს. ახალ გარემოსთან ადაპტირება და მაღალი დონის აკადემიური მოსწრების შენარჩუნება დაკავშირებულია სტრესთან. ამას ხელს უწყობს სკოლიდან უნივერსიტეტში გარდამავალ პერიოდში სტუდენტთა მიმართ დაბალი სოციალური მხარდაჭერა, რაც მოითხოვს ახალ გარემოში ადაპტირების ახალ პასუხისმგებლობებს და გამოწვევებს. მსგავს შედეგებს ადასტურებენ სხვა კვლევები (Robotham 2008).

თავის მხრივ, დამამთავრებელი კურსის სტუდენტები განიცდიან სტრესის უფრო მაღალ დონეს შესაბამისი აკადემიური მოთხოვნების გათვალისწინებით. იგი დაკავშირებულია ფინალურ გამოცდებთან, რომლისთვისაც მაქსიმალურად უნდა იყოს სტუდენტი მობილიზირებული. აკადემიური სტრესის ფონზე, ნაკლებმა კონცენტრაციამ შესაძლებელია ხელი შეუშალოს სტუდენტს დიპლომის აღებაში. მეოთხე კურსელებისთვის უნივერსიტეტის დამთავრებაზე ფიქრიც კი მნიშვნელოვანი სტრესორია.

„რაც უფრო ნაკლები დრო რჩება, მით უფრო ვღელავ. ვფიქრობ, რა მოხდება თუ გამოცდებს ვერ ჩავაბარებ და ვერ შევძლებ დიპლომის აღებას. ერთი სული მაქვს მოვიდეს ივლისი“

მსგავს შედეგებს ადასტურებენ სხვა კვლევები (Shaikh 2004). (Ross 1999).

სტრესს გააჩნია დამახასიათებელი სიპტომები, რომელიც სამ ძირითად კატეგორიად დავყოთ:

ფიზიკური სიმპტომები: თავის ტკივილი, წარბების თამაში, ნესტოების თრთოლვა, პირის ან ყელის სიმშრალე, გართულებული ყლაპვა, წყლულები ენაზე, კისრის არეში ტკივილი, თავბრუს ხვევა, ენის მოკიდება, ზურგის არეში ტკივილი, კუნთების ტკივილი და ა.შ.

ემოციური სიმპტომები: გაღიზიანებულობა, ცუდი განწყობა, დათრგუნულობა, უჩვეულო აგრესიულობა, კონცენტრაციის უნარის და მეხსიერების გაუარესება, აღზნებადობა და დაუცხრომლობა, მეწვრილმანეობა, ღამის კოშმარები, სხვა ადამიანებისაგან იზოლაცია და ა.შ.

ქცევის სიმპტომები: კბილების კრაჭუნი, მოღუშულობა, ნერვიული სიცილი, თითებით და ფეხებით ბაკუნი, ფრჩხილების კვნეტა, სიგარეტის უზომოდ ბევრი მოწევა, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენება, საჭმლის უზომო მიღება, უზომო დიეტა და ა.შ.

გამოკითხულ რესპოდენტებში დომინირებდა ემოციური სიმპტომები (80%; n=130), შემდეგ მოდის ფიზიკური სიმპტომები (13%, n=21) და ქცევის სიმპტომები (7%, n=11).

სტუდენტები გამოცდებისთვის მომზადების პროცესს მიიჩნევენ ყველაზე სტრესულ მოვლენად. გამოკითხული სტუდენტების 47% (n=77) მიიჩნევენ, რომ აკადემიურ სტრესს განაპირობებს შუალედური/ფინალური გამოცდები, 27% (n=44) -სასწავლო მასალის მოცულობა, 12% (n=20) - GPA-ის პროცენტულობას, 14% (n=23) - კონკურენტუნარიანი გარემოს სტუდენტებთან მიმართებაში. მსგავს შედეგებს ადასტურებენ სხვა კვლევები (Ang, R.P., & Huan, V.S 2006); (Dobson 1980).

კვლევა ადასტურებს, რომ აკადემიურ სტრესს განსაკუთრებით ხელს უწყობს გამოცდების პერიოდი, როდესაც ხდება დიდი მასალის მცირე დროში მომზადება. სტუდენტების 48% (n=78) გამოცდისთვის ემზადება 2-3 დღით ადრე, 30% - 1 (n=49) დღით ადრე, ხოლო 17% (n=28) - 1 კვირით ადრე. მხოლოდ 5% (n=8) ცდილობდა მთელი სემესტრის განმავლობაში თანაბრად ესწავლა საკითხები და გამოცდების წინ მხოლოდ გადაემორებინა საგამოცდო მასალა. ცხადია, მთელი სემესტრის საგნის 2-3 დღეში სწავლა არის ძალიან სტრესული, რადგან საკუთარ თავს „ამალებ“, დააზებირებინო 3-4 თვის მასალა მოკლე დროში.

სხვა კვლევებშიც სასწავლო კურსის გადატვირთულობა და შეზღუდული დრო დასახელდა აკადემიური გარემოს ერთ-ერთ მთავარ სტრესორად, რომელიც გავლენას ახდენს მათ GPA-ზე (Talib & Zai-urRehman 2012). გამოცდების დროს სტუდენტებს უხდებათ ნასწავლი დიდი მასალის გამეორება ძალიან მოკლე პერიოდში, ამასთან, სტრესულია იმაზე ფიქრი, ჩააბარებ თუ ჩაიჭრები, რადგან ეს ყოველივე გავლენას ახდენს მომავალ კარიერაზე და პროფესულ ცხოვრებაზე (Mani 2010).

აკადემიურ გარემოში სტრესის მთავარი წყაროებია ინფორმაციული გადატვირთვა, აკადემიური ზეწოლა, არარეალისტური ამბიციები, შეზღუდული შესაძლებლობები და მაღალი კონკურენტუნარიანი გარემო, რომლებიც ქმნიან შიშს, დაძაბულობას და შფოთვის სტუდენტებში (Sinha. 2001).

სასწავლო უნარ-ჩვევები არის მიზანმიმართული სწავლების სტრატეგიები, რომლებიც აუცილებელია სტუდენტებისთვის, კარგი შეფასებების მისაღებად, ცოდნის ასამაღლებლად, კარიერის გასაუმჯობესებლად. კარგი სასწავლო უნარჩვევები კარგი საშუალებაა აკადემიური სტრესის დაძლევაში. სასწავლო უნარებიდან აკადემიური სტრესის დაძლევაში ყველაზე მეტად უწყობს ხელს კონცენტრაცია (49%, n=80), შემდეგ - ძირითადი პრობლემების იდენტიფიკაცია (16%, n=26), მახსოვრობა (11%, n=18) და ჩანიშვნების წარმოება (14%, n=23).

სტუდენტური გარემო, კულტურული კონტექსტი და თანატოლებთან დამოკიდებულება გავლენას ახდენს აკადემიურ სტრესზე. აკადემიური გარემო მნიშვნელოვანი მახასიათებელია, რომელიც სტუდენტებს ეხმარება აკადემიური და სოციალური წარმატების მისაღწევად (Kuh 200). ასეთი გარემო საშუალებას აძლევს სტუდენტებს აკადემიური მოთხოვნების დაკმაყოფილებას, რაც ხელს უწყობს სტუდენტების ურთიერთობას თანაკურსელებთან, ფაკულტეტის თანამშრომლებთან და უნივერსიტეტის

ადმინისტრაციასთან. აკადემიურ და სოციალურ გარემოში ინტეგრირების უუნარობამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოლოგიური დისტრესი (Parker, M.N. & Jones, R.T 1999).

უნივერსიტეტის სპეციფიკიდან გამომდინარე გამოიკვეთა დამახასიათებელი სტრესორები: ფინალურ გამოცდებზე არსებული ბარიერი (18 ქულა, რაც ფინალური გამოცდის 60% უდრის)

„რაც ბარიერი შემოიღეს, მის მერე შიშის გრძნობა მეუფლება გამოცდის წერისას და ხშირად მეფანტება ყურადღება ქულების მიახლოებით თვლაში“.

ასევე, მნიშვნელოვანი სტრესორი აღმოჩნდა ყოველდღიური გამოკითხვები, რომელიც ხელს უშლით მათ კონცეტრაცია მოახდინონ ახალ მასალის ახსნაზე, რადგან მუდმივად გამეორების პროცესში არიან და ქვიზი კარგად დაწერონ.

„სტრესის გამომწვევია ყოველ ლექციაზე ქვიზის წერაც. ფაქტობრივად ლექციას ვერ/არ ვუსმენთ და გადართულები ვართ იმაზე, რომ შემდეგ საათზე ქვიზი გვაქვს და ქულა გვჭირდება.“

2019 წელს ბრიტანელმა მეცნიერებმა უარყვეს მტკიცებულება, რომ ორშაბათი კვირის ყველაზე მძიმე დღეა. მეცნიერების კვლევაში მონაწილეობა 3 ათასამდე ადამიანმა მიიღო. Daily Mail-ის მიხედვით გამოკითხულთა 53%-მა აღნიშნა, რომ ორშაბათობით დიდ ენერჯიას არ ხარჯავენ და ცდილობენ, რომ საქმე მომდევნო დღისთვის გადადონ, რადგან უქმე დღეების შემდეგ მათ ეზარებათ სამსახურის დაწყება და სამშაბათისთვის გროვდება უამრავი დავალება. ამგავარად, სამშაბათი კვირის ყველაზე რთული დღედ დასახელდა. (იმედი 2017)

რესპოდენტთა აზრით, ყველაზე სტრესულ დღედ მიიჩნეოდა ის დღე, როცა ბევრი ლექცია ან/და რთული ლექცია ჰქონდათ. კვირის ყველაზე სტრესულ დღედ დასახელდა ოთხშაბათი (28%).

სტრესულ მდგომარეობაში ადამიანს შეუძლია განახორციელოს შეუძლებელი. პიროვნებას უყალიბდება არასტანდარტული აზროვნება და შესაძლოა მოძებნოს პრობლემის გადაჭრის სხვა გზა, რომელსაც აქამდე ვერ ხედავდა. რესპოდენტების დიდი ნაწილი პირიქით თვლის, რომ სტრესი შეიძლება გახდეს მოტივაციის ფაქტორი და ორგანიზმმა აკადემიურ სტრესს საპირისპიროდ უპასუხოს. აკადემიური სტრესი არის კარგი გამოცდილება, რითაც ადამიანს შეუძლია ისწავლოს დროის მენეჯმენტი და რთული საქმის მარტივად მოგვარება, მაგ: დიდი მასალის მოკლე დროში სწავლა.

„ვფიქრობ კი. იმის მიუხედავად რომ სტრესი ადამიანის როგორც ფსიქიკური ასევე ფიზიოლოგიური მდგომარეობისთვის ცუდია მაინც აქვს დადებითი მხარე, რომ შეგიძლია ეს წინააღმდეგობა შენს მხარეს შემოატრიალო და რაიმეს სწავლა დაიწყო, მაგალითად დროის სწორი მართვის ხელოვნება, პრობლემებთან გამკლავების უნარების გამომუშავება. რა თქმა უნდა, ეს ასეთი მარტივი არაა, ამიტომ რადგან ამ დროს ნებისყოფა დიდ როლს თამაშობს, მთავარია ადამიანმა დაიწყო პრობლემის ძიება საკუთარ თავში და გარემოში.“

„ნებისმიერ სტრესულ სიტუაციაში ადაპტაციის უნარის გამომუშავება არის შესაძლებელი, თუმცა, უნდა იცოდე როგორ უნდა მართო ნებისმიერი სახის სტრესი, თუ არ იცი, მაშინ უნდა გყავდეს გარშემო ისეთი ადამიანები ვინც ამ ყველაფერში დაგეხმარება და გასწავლის.“

აკადემიური სტრესის დროს სტუდენტი უფრო მეტად ორგანიზებულია და ცდილობს გაუმკლავდეს მის წინაშე არსებულ პრობლემებს. სტუდენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ

სტრესის პროცესი და შემდეგ სასურველი შედეგის მიღწევა მეტად სასიამოვნოა, რაც არის ერთგვარი მოტივაცია რათა მაქსიმალურად დაიხარჯონ ამა თუ იმ პრობლემის მოგვარებისას. უფრო ბრძოლისუნარიანები და მიზანმიმართულები ხდებიან. აკადემიური სტრესი პრობლემებთან გამკლავებაში "გამოგაწრთობს".

აკადემიური სტრესის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი უკავია გარემოს, კერძოდ, უნივერსიტეტს, რომელიც სტუდენტებს განათლების მიღების შესაძლებლობებთან ერთად, სთავაზობს სემინარებს, ტრენინგებს, სპორტულ აქტივობებს და ა. შ. გამოკითხული სტუდენტების 45,1%-მა კავკასიის უნივერსიტეტის ყველაზე ძლიერ მხარედ აკადემიური სტრესის დამლევაში ინფრასტრუქტურა დაასახელა.

„ჩემთვის უნივერსიტეტის კამპუსი არის რაღაც მიქსი თანამედროვე და ძველი დროისა. ასევე ძალიან მიყვარს ჩვენი ეზო, სულ მინდა ვისეირნო“

რესპოდენტების 22,7%-მა აკადემიური სტრესის დამლევას უკავშირებს აკადემიურ პერსონალს. უნივერსიტეტში სტუდენტებს უშუალო დამოკიდებულება აქვთ მენეჯერებთან, დეკანთან, ლექტორებთან. რესპოდენტების 17,2%-თვის მნიშვნელოვანი აღოჩნდა გამოცდების შემდგომი არდადეგების პერიოდი, რაც ხელს უწყობს ერთგვარ განტვირთვას. მხოლოდ 5%-მა განაცხადა, რომ კავკასიის უნივერსიტეტი არანაირად არ უწყობს ხელს სტუდენტებს დამლიონ აკადემიური სტრესი.

დასაქმებული სტუდენტების აკადემიური სტრესი

კვლევის მიზანს ასევე წარმოადგენდა აკადემიური სტრესის შესწავლა დასაქმებულ სტუდენტებში. გამოკითხა საბაკალავრო საფეხურის დამამთავრებელი კურსის 10 დასაქმებული სტუდენტი.

თითოეული რესპოდენტი დასაქმებული იყო სრული განაკვეთით, რაც ზღუდავდა მათი სწავლებისთვის საჭირო დროს. ყველაზე დიდ სირთულედ დასახელებული იქნა სამსახურისა და სწავლის ერთმანეთთან შეთავსება. მათი დღიური გრაფიკი ძალიან გადატვირთულია, დღის პირველი ნახევარი სამსახურებრივი მოვალეობების შესრულებას ეთმობა, ხოლო მეორე ნახევარი უნივერსიტეტს. მნიშვნელოვანი სტრესორი სწორედ გადატვირთული გრაფიკია, რომელიც სტრესულ სიტუაციაში ამყოფებს სტუდენტს.

„დროის უკმარისობა, ზოგჯერ უბრალოდ ვერ ვასწრებ ლექციაზე მისვლას გადატვირთული სამუშაო გრაფიკის გამო. აღარც მეცადინეობა გამოდის ისე ხარისხიანად“

რესპოდენტებს დროის გადატვირთულობის გამო უარის თქმა უწევდათ სხვადასხვა ტიპის აქტივობაზე, მათ შორის გართობა და მეგობრებთან დროის გატარება. ზოგადად, მიჩნეულია რომ აკადემიური სტრესის დასაძლევად კარგი ხერხია სხვადასხვა აქტივობები, რადგან ამ დროს ხდება ადამიანის ორგანიზმის რელაქსაცია და საკუთარი უნარების და შესაძლებლობების თავიდან აღდგენა.

ქრონიკული დაღლილობა აღმოჩნდა ფართოდ გავრცელებული სტრესორი, რომელიც გამოწვეული იყო ცხოვრების დაძაბული რიტმით, ემოციური და ფსიქოლოგიური დატვირთვით.

„დაღლილობის გამო, უარის თქმა მიწევს სხვადასხვა აქტივობებზე. ენერჯია საერთოდ აღარ მაქვს დღის ბოლოს“

ძილის დარღვევა დასაქმებული სტუდენტებისთვის მნიშვნელოვანი პრობლემა აღმოჩნდა. დაძაბულ და სტრესულ გარემოში, დროის სიმწირის და არასწორი მენეჯმენტის გამო,

სტუდენტებს უხდებათ გვიანობამდე სწავლა, განსაკუთრებით გამოცდების პერიოდში. ძილის დარღვევა განაპირობებს ადამიანის ორგანიზმის ბუნებრივი განვითარების რიტმის მოშლას. ძილის ნაციონალური ფონდის მონაცემებით, ახალგაზრდების ძილის ხანგრძლივობა უნდა იყოს 7-9 საათი. (National Sleep Foundation n.d.) გამოკითხული რესპოდენტების ძილის საშუალო ხანგრძლივობა კი 5-6 საათი იყო.

„სამსახურში ძალიან ვიღლები, გვიან მეცადინეობის მერე კი ძილის დრო თითქმის აღარ მრჩება“

გამოიკვეთა ასევე კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები. სამსახურისა და სწავლის შეთავსება დროის ძალიან დიდ ნაწილს მოითხოვს, ამიტომ დასაქმებული სტუდენტების დიდ ნაწილს უხდება სწრაფი კვების გამოყენება. სწრაფი კვების პროდუქტებით რესპოდენტთა უმეტესობა (40%) კვირაში რამდენჯერმე იკვებება, და მხოლოდ 5% იკვებება ყოველდღიურად, 21 % კი თვეში ერთხელ. მიუხედავად იმისა, რომ რესპოდენტები ინფორმირებულნი იყვნენ თუ რა უარყოფითი შედეგები ახლდა თან სწრაფი კვების მიღებას, ამბობენ რომ მათი ყოველდღიური რუტინა სხვა ალტერნატივას არ იძლევა.

რესპოდენტები ეთანხმებიან მოსაზრებას, რომ აკადემიური სტრესი მაღალია დასაქმებულ სტუდენტებში. მთავარ პრობლემებად კი სწავლისა და სამსახურის გრაფიკის შეთავსება სახელდება. როგორც ჩანს, ეს ორი ინსტიტუტი ერთმანეთს ხელს ფაქტობრივად არ უწყობს, რამდენიმე გამონაკლის გარეშე. სტუდენტების აკადემიურ სტრესზე მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს უნივერსიტეტს. რესპოდენტების მიხედვით, კავკასიის უნივერსიტეტი ხელს უწყობს სტუდენტებს, რომ მოახერხონ სწავლის სამსახურთან შეთავსება. სალექციო დროები გაწერილია საღამოთი, კერძოდ ლექციები იწყება 18:00 ან 20:00 საათზე. ლექციების ასეთი ცხრილი კი სტუდენტებს საშუალებას აძლევს დასაქმდნენ სრული განაკვეთით.

„მესამე და მეოთხე კურსელებისთვის შესაბამისი პირობებია - ლექციები გვაქვს გვიან, 7 საათზე“

„სალექციო გრაფიკი საშუალებას იძლევა რომ სტუდენტი სრულ განაკვეთზე დასაქმდეს“

დასაქმებულ სტუდენტებს არ აქვთ მოდუნების დრო, რაც ინდივიდუალურად აისახება მათზე. ზოგისთვის ეს სტიმულია რომ უფრო მეტი გააკეთონ და მაქსიმალურად დაიხარჯონ, ზოგისთვის პირიქით, ეკარგებათ როგორც სწავლის ასევე მუშაობის სტიმული, რაც კიდევ უფრო ამძაფრებს აკადემიურ სტრესს. მათ უწევთ პასუხისმგებლობების დაბალანსებულად განაწილება და დროის მენეჯმენტის კონტროლი. მათი აზრით, რთულია ისეთ რეალობაში როგორც საქართველოშია, იყო დასაქმებული და ამავდროულად სტუდენტი, და მითუმეტეს რთულია თუ კავკასიის უნივერსიტეტის სტუდენტი ხარ. მუდმივად გიწევს ქვიზებისთვის მომზადება, ლექციებზე მუდმივი დასწრება. თუმცა, რთულია საქართველოში ისეთი სამსახურის მოძებნა სადაც გრაფიკი სტუდენტზეა მორგებული, შესაბამისად სტუდენტებს უწევთ სრულ გრაფიკზე მუშაობა და დამლელი სამუშაო დღის შემდეგ ლექციებზე ქვიზების წერა, რაც პირდაპირ კავშირშია აკადემიურ სტრესთან.

„სამსახურში ცალკე იტვირთება სტუდენტი და სწავლაც დროს და ენერჯიას მოითხოვს. ხშირ შემთხვევაში სწავლისთვის განსაზღვრული ენერჯია სამსახურს ხმარდება, შესაბამიდან მასალის მომზადება სრულყოფილად ან საერთოდ ვერ ხერხდება.“

მნიშვნელოვანი მიგნება იყო აკადემიური სტრესის შედეგად რესპოდენტებში ინტერპერსონალური პრობლემები, როგორცაა დიდი პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე

აღება, რომ მოირგონ ორი სოციალური როლი, იყვნენ დასაქმებულები და ამავე დროს სტუდენტებიც. პირადი ცხოვრების პრობლემებისთვის არასაკმარისი დრო უფრო მეტად აღვივებს აკადემიურ სტრესს და საბოლოოდ მიყვავართ საკუთარი იდენტობის მსხვრევასთან. ინდივიდებში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია საკუთარ იდენტობას, განსაკუთრებით კი მოზრდილებში, რადგან სწორედ ამ ეტაპზე ახდენენ ისინი საკუთარი იდენტობის ჩამოყალიბებას. იდენტობა ეს არის წარმოდგენების სისტემა საკუთარ თავსა და თვისებებზე, უნარებზე, გარეგნობაზე, სოციალურ ღირებულებაზე. სწორედ ამის მიხედვით ახდენს ადამიანი სხვადასხვა ურთიერთობის აღდგენას სხვა ადამიანებთან. ამერიკელი ფსიქოლოგი ერიკ ერიქსონის მიხედვით ის ყალიბდება სოციალურ ინტერაქციაში და განსაზღვრულია სოციალურ-კულტურული კონტექსტით.

„დროის უქონლობა, უარი გართობაზე, მეგობრებთან კონტაქტის დაკარგვა, უშეყვარებულობა, საკუთარი თავის მოწესრიგებისთვის დროის არქონა; მოვლილი დაბედნიერი ადამიანებისადმი ბოღმა და ამის შედეგად საკუთარი თავის შეძულება“

აზრთა სხვადასხვაობა გამოიწვია ნიშნების საშუალო მაჩვენებლისა (GPA - Grade Point Average) და დასაქმების ურთიერთდამოკიდებულებამ. გამოკითხული რესპოდენტების 60%-თვის დასაქმებამ უარყოფითი გავლენა იქონია მათ ნიშნებზე, რის გამოც ზოგს სამსახურის დატოვება მოუწია. მეორე ნაწილისთვის (40%) კი GPA არ შეცვლილა და ამის მთავარ მიზეზად დასახელდა დროის სწორი მენეჯმენტი, მნიშვნელოვან საკითხებზე აქცენტირება, სასწავლო მასალის შაბათ-კვირას მომზადება.

„სხვათაშორის არ შეცვლილა, რადგან ძალიან დიდი პრაქტიკა მომცა სამსახურმა და მეცადინეობის გარეშეც ვახერხებ ქვიზების და გამოცდების კარგად დაწერას“

სასწავლო პროცესი ეს არის ორგანიზებული აკადემიური წელიწადი, სადაც სხვადასხვა ეტაპების გავლა უწევთ სტუდენტებს, როგორცაა შუალედური და ფინალური გამოცდები, ყოველდღიური გამოკითხვები, პრეზენტაციები, პროექტები და ა.შ. დასაქმებული სტუდენტებისთვის ყველაზე სტრესულ პერიოდად დასახელდა ფინალური გამოცდები (33,3%), ყოველდღიური გამოკითხვები (33,3%), ლექციების აღდგენები (34%), შუალედური გამოცდები (16%), პრეზენტაცია (11%).

დასაქმებული სტუდენტებისთვის აკადემიური სტრესის გამკლავების ყველაზე დომინანტური მეთოდი აღმოჩნდა სწორი დროის მენეჯმენტი. მეორე ფაქტორად დასახელდა გართობა, რადგან ამ დროს ისინი სრულიად ივიწყებენ საკუთარ ვალდებულებებს, ცდილობენ დროებით მოწყდნენ სტრესულ სიტუაციას და აღიდგინონ საკუთარი ძალები ახალი სამუშაო კვირის დასაწყებად.

მოცემულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სტუდენტებისთვის სირთულეს წარმოადგენს სამუშაოსა და სწავლის ურთიერთშეთავსება. დროის უქონლობა, ძილის დარღვევა და არაჯანსაღი კვება აღმოჩნდა მთავარი პრობლემები, ასევე გამოიკვეთა ფსიქოლოგიური პრობლემები როგორცაა საკუთარი იდენტობის მსხვრევა.

დასკვნა

კვლევის შედეგების მიხედვით, აკადემიური სტრესის დონე საკმაოდ მაღალია კავკასიის უნივერსიტეტის სტუდენტებში. ეს სტრესი იწყება აბიტურიენტობის პერიოდიდან, სადაც მთავარი სტრესორები მომავალი პროფესიის განსაზღვრა და ეროვნული გამოცდების დროს მაღალკონკურენტუნარიანი გარემოა.

კვლევამ აჩვენა, რომ სტრესი მაღალია დაბალი სოციალური-ეკონომიკური სტატუსის მქონე სტუდენტებში. გამოკითხული სტუდენტების 99% თვლის რომ სოციალურ ეკონომიკური ფაქტორი დიდ როლს თამაშობს აკადემიური სტრესის განვითარებაში.

აკადემიური სტრესის დონე განსხვავებულია სქესის მიხედვით. მდებარეობითი სქესის სტუდენტები უფრო არიან მიდრეკილნი აკადემიური სტრესისკენ.

კვლევა ადასტურებს, რომ აკადემიური სტრესი გავლენას ახდენს არამარტო აკადემიურ მოსწრებაზე, არამედ სტუდენტების ცხოვრების წესზე, კოგნიტურ პროცესებზე, ქცევაზე, ლექციებზე დასწრებაზე. რესპოდენტებში დომინირებდა ემოციური სტრესის სიმპტომები (80%). რაც შეეხება, აკადემიური სტრესის დაძლევა, გამოკითხული რესპოდენტების 42,2% თვლის, რომ სტრესს უმკლავდება დროის ეფექტური მენეჯმენტით.

რესპოდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ დასაქმებულ სტუდენტებში არის აკადემიური სტრესის მაღალი მაჩვენებელი, რადგან მათ ორმაგი დატვირთვა აქვთ. ისინი მუშაობენ სრულ განაკვეთზე, შესაბამისად, ძალიან რთულია სწავლისა და დასაქმების ერთმანეთთან შეთავსება. აღნიშნული იწვევს მათში ქრონიკულ დაღლილობას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას.

დაწყებითი და დამამთავრებელი კურსის სტუდენტები სწავლის სხვა წლებთან შედარებით უფრო სერიოზულ სტრესს განიცდიან. მთავარი სტრესორებია: ახალ გარემოსთან ადაპტირება და პასუხისმგებლობები. სტუდენტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ აკადემიურ სტრესს განაპირობებს შუალედური/ფინალური გამოცდები, ამასთან, უმეტესი ნაწილი გამოცდებისთვის ემზადება 2-3 დღით ადრე. გამოკითხული რესპოდენტების მეტი ნაწილი ფიქრობს, რომ აკადემიურ სტრესს აქვს დადებითი მხარე და ხელს უწყობს მოტივაციის ფაქტორის ამღლებას.

აკადემიური სტრესის დაძლევაში მნიშვნელოვანი როლი უკავია უნივერსიტეტს. გამოკითხული სტუდენტების უმრავლესობამ კავკასიის უნივერსიტეტის ყველაზე ძლიერ მხარედ აკადემიური სტრესის დაძლევაში ინფრასტრუქტურა დაასახელა. ჩვენ მიერ წამოყენებული ჰიპოთეზა იმის შესახებ, რომ აკადემიური სტრესი პირდაპირ კორელაციაში სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დადასტურდა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Abid, H.C. 2006. Effect of guidance services on study attitudes, study habits and academic achievement of secondary school students. Bulletin of Education and Research 35-45.
2. Abrouseria, R. 1994. Sources and levels of stress in relation to locus of control and selfesteem in university students. Educational Psychology 323-330.
3. Aluja, A., & Blanch, A . 2004. Socialized personality, scholastic aptitudes, study habits, and academic achievement; Exploring the link. European Journal of Psychological Assessment, 20, 157-165.
4. Ang, R.P., &Huan, V.S. 2006. Academic expectations Stress Inventory: Development, factor analysis, reliability and validity. Educational and Psychological Measurment 522-539.
5. Astin, A. 1973. Impact of dormitory living on students. The educational record, 54,204-210.
6. Atibuni, D.Z. 2012. Academic attitudes, religiosity, locus of control and work readiness among university students. Unpublished Master of Educational Psychology dissertation.

7. Baldwin, D.A., Willkinson, F.C., & Barkley, D.C. 2009. Effective management of student employment: Organizing for standard deployment in academic libraries.
8. Bang, E. 2009. The effects of gender, academic concerns and social support on stress for international students.
9. Beidel, D.C., Tumer S.M., & Taylor-Ferreira, J.C. 1999. Teaching study skills and test-taking strategies to elementary school students: The test busters program. *Behavior Modification*. 23.630-646.
10. Bliming, G.S. 1989. A meta-analysis of the influence of college residence halls on academic performance. *Journal of College Student Development*, 30, 298-308.
11. Blummer, H.N., & Richards, H.C. 1997. Study habits and academic achievement of engineering students. *Journal of engineering Education* 86, 125-132.
12. Brinthead, T.M., & Shin, C.M. 2001. The relationship of academic cramming to flow experience. *College Student Journal*, 35. Alabama: Project Innovation.
13. Britton, B.K., & Tesser, A. 1991. Effects of time-management practices on college grades. *Journal of Educational Psychology* 83, 405-410.
14. Culler, R.E., & Holahan, C.J. 1980. Test anxiety and academic performance: The effect of study-related behaviors. *Journal of Educational Psychology* 72, 16-20.
15. Dobson. 1980. Sources of stress from adolescence. *Journal of Adolescence*.
16. Durkin, K., & Main, A. 2002. Discipline-based study skill, support for first year undergraduate students. *Active Learning in Higher Education*. 3.24-39.
17. Elliot, T.R., Godshell, F., Shrout, J.R., & Witty, T.E. 1990. Problem solving appraisal, self-reported study habits and performance of academically at-risk college students. *Journal of Counseling Psychology* 37, 203-207.
18. Fontana, D. 1995. *Psychology for Teachers* (3rd ed). New York: Long Inc.
19. Gettinger, M. & Seibert, J.K. 2002. Contributions of study skills to academic competence. *School Psychology Review* 31, 350-365.
20. Goldfinch, J., & Hughes, M. 2007. Skills, learning styles and success of first year undergraduates.
21. Good, T.L., & Brophy, J.E. 1986. *Educational Psychology* (3rd ed.) New York: Longman Inc.
22. Gurung, R.A.R. 2005. „How do students really study (and does it matter)?“ *Teaching of Psychology* 32, 239-241.
23. Hansen, R.S., & Hansen, K. 2008. *The complete idiot's guide to study skills*. New York: Alpha Books.
24. Jiao, O.G., & Onwuegbuzie, A.J. 2008. „Reading ability as a predictor of library anxiety.“ *Library Review* 52, 159-169.
25. Knause, K., Hurlley, R., James, R. & McInnes, C. 2005. „The first year experience in Australian universities: Findings from a decade of national studies.“ Department of Education, Science and Training.
26. Kuh, G.D. 2000. „Understanding campus environments.“
27. Lumley, M & Privenzano, K. M. 2003. „Stress management through emotional disclosure improves academic performance among college students.“

28. Macan, T.H., Shahani, C., Dipboye, R.L & Philips A.P. 1990. „College students' time management: Correlations with academic performance and stress.“ *Journal of Educational Psychology* 82, 760-768.
29. Mani. 2010. „Student's perception of the impact of course work on exam stress.“ *International Journal; of Arts and Sciences* 104-110.
30. McKenzie.K.&Schweitzer.R. 2001. „Who succeeds at university? Factors predicting academic performance in first year Australian university students.“ *Higher Education Research and Development*. 20,21-33.
31. Misra.R., & McKean. M. 2000. „College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure Satisfaction.“ *American Journal of Health Studies* 16,41-51.
32. Nonis, S.A., & Hudson, G.I. 2010. „Performance of college students; Impact of study time and study habits.“ *Journal of Education for Business*, 85,229-238.
33. Parker, M.N. & Jones, R.T. 1999. „Minority status stress: Effect on the psychological and academic functioning of African-American students.“ *Journal of Gender,Culture and Health* 61-82.
34. Peveryly, S.T., Ramaswamy, V., Brown, C., Sumowski. J., Alidoost, M., & Garner. J. 2007. „Skill in Lecture Note-taking: What Predicts?“ *Journal of Educational Psychology*. 99, 167- 180.
35. Plant. E.A, Ericsson, K.A., Hill, L., & Asberg.K. 2005. „Why study time does not predict grade point average across college students. Implications of deliberate for academic performance.“ *Contemporary Educational Psychology* 30,96-116.
36. Pressley, M., Yokoi, L., Van Meter, P., Van Etten, S., & Freebam, G. 1997. „Some of the reasons why preparing for exams is so hard: What can be done to make it easier?“ *Educational Psychology Review*, 9, 21-37.
37. R, Baker S. 2003. „A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health and academic motivation and performance.“
38. Robotham.D. 2008. „Stress among higher education students: Towards a research agenda.“ *Higher Education* 56,735-746.
39. Ross, S.E et al. 1999. „Sources of stress among college students.“ *College Student Journal* 312-317.
40. Schmakel, P.O. 2008. „Early adolescents' perspectives on motivation and achievement in academics.“ *Urban Education*. 43, 723-749.
41. Shaikh, et al.,. 2004. „Students, stress and coping strategies: A case of Pakistani medical school.“ *Education for Health* 346-353.
42. Simons. J. Dewitte, S & Lens, W. 2004. „The role of different types of instrumentally in motivation, study strategies, and performance: Know why you learn, so you'll know what you learn.“ *British Journal of Educational Psychology*, 74,343-360.
43. Sinha., et al. 2001. „Development of a scale for assessing academic stress: A preliminary report.“ *Journal of the institute od Medicine* 96-102.
44. Slate, J.R.Jones, C.H & Harlan, E.J. 1998. „Study skills of students at a post-secondary vocational-technical institute.“ *Journal of Industrial Teacher Education*, 35,57-70.

45. Smith, T & Renk, K . 2007. „Predictors of academic-related stress in collage students: an examination of coping, social support, parenting and anxiety.“ *NASPA Journal* 405-431.
46. Smith, T., & Renk, K. 2007. „Determinants of degree performance in UK universities; A statistical analysis of the 1993 cohort.“ *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 63,29- 60.
47. Sreeramareddy, C.T at al. 2007. „Psychological morbidity,sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal.“ *BMC medical Education*.
48. Struthers C.W. et al. 2000. „An examination of the relationship between acadenic stress,coping, motivation and perfomance in collage.“ *Research in Higher Education* 581- 592.
49. Suneeta et al. 2010. „Study Habits in relation to academic performance og high school students.“ *Asian Journal od Development MAtters* 209-215.
50. Surrige.l. 2008. „Accounting and finance degrees;Is the academic performance of placement students better?“ *Accounting education* 18,17,2012.
51. Talib, N., & Zia-ur-Rehman. M. 2012. „Academic performance and perceived stress among university students.“ *Educational Research and Review*, 7, 127-132.
52. Winne, P. H., & Nesbit. J.C. 2009. „The psychology of academic achievement.“ *Annual Review of Psychology*, 61, 653-678.
53. თენგიზ ვერულავა, ანი ჯოლბორდი. 2018. დასაქმებული სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სტრესი. ჯანდაცვის პოლიტიკა,ეკონომიკა და სოციოლოგია.
54. ირმა თავართქილაძე, ლიკა დიდებაშვილი, ანა შალამბერიძე, ნათია გობეჯიშვილი, ანა გორთამაშვილი, ნია ხუროშვილი. თ. გ. „ჯანსაღი კვება და სტუდენტები.“ ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია .

ჰეპატოცელულური კარცინომის ეპიდემიოლოგია

ლევან გოგიჩაიშვილი¹

¹ მედიცინის ფაკულტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

ჰეპატოცელულური კარცინომა (ჰცც) დღეს მსოფლიოში ერთ-ერთი გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეა. ჰცც თითქმის ყოველთვის ფულმინანტურ ხასიათს ატარებს და აქვს განსაკუთრებით მძიმე პროგნოზი. მას აქვს დაბალი რეზექტაბელურობა და ქირურგიული ჩარევის შემდეგ მაღალი რეციდივის მაჩვენებელი, ასევე პრაქტიკულად არ ექვემდებარება ანტიტუმორულ და რადიოთერაპიას. ჰცც-ს არ გააჩნია ერთიანი გეოგრაფიული გადანაწილება: უფრო მაღალი ინციდენტობით ხასიათდება აღმოსავლეთ და სამხრეთ აზიის ქვეყნები, ასევე სუბ-საჰარული აფრიკის შავკანიან მოსახლეობაში. აღნიშნულ რეგიონებსა და პოპულაციებში ადგილი აქვს სიმსივნის მნიშვნელოვან გადანაცვლებას ახალგაზრდა ასაკის ადამიანებში. ჰცც ყველა სახის პოპულაციაში ჭარბობს მამრობითი სქესის ადამიანებში. ყველაზე მაღალ რისკფაქტორს წარმოადგენს ქრონიკული C და B ჰეპატიტის ვირუსებით ინფიცირება, ასევე საკვებში ჰეპატოკარცინოგენის აფლატოქსინის არსებობა, რომელსაც გამოყოფენ უმდაბლესი სოკოები. საქართველოში ჰცც-ს ძირითად გამომწვევია ქრონიკული C ვირუსული ჰეპატიტი. ჩამოთვლილი რისკფაქტორები, ქრონიკული ზემოქმედების შედაგად იწვევენ ღვიძლის პარენქიმული ნაწილის პერმანენტულ დაზიანებას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, რომელსაც თან ერთვის ორგანოს ფიბროზული და ციროზული გადაგვარება, ხოლო ჰცც პრაქტიკულად ღვიძლის ციროზთან ერთად წარმოადგენს ღვიძლის ტერმინალურ დაავადებას. C ვირუსული ჰეპატიტის შემთხვევაში ინფიცირება ხდება გვიან ასაკში და შესაბამისად ჰცც-ც ვითარდება გაცილებით გვიან ვიდრე ქრონიკული B ვირუსული ჰეპატიტებისა და ალიმენტარული გზის შემთხვევაში. ასევე აღსანიშნავია, რომ ბოლო წლებში ჩატარებული კვლევებით, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჰცც-ს განვითარების რისკფაქტორს წარმოადგენს სიმსუქნე და სხვა მეტაბოლური პრობლემები, ალკოჰოლით ინდუცირებული ციროზის ფონზე ალკოჰოლური ჰეპატი და თანდაყოლილი ჰემოქრომატოზის დროს რკინის ჭარბი დეპონირება.

საკვანძო სიტყვები: ჰეპატოცელულური კარცინომა, ეპიდემიოლოგია, რისკფაქტორები.

ციტირება: ლევან გოგიჩაიშვილი. ჰეპატოცელულური კარცინომის ეპიდემიოლოგია. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; (4).

Epidemiology of hepatocellular carcinoma

Levan Gogichaishvili

Faculty of Medicine, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University.

Abstract

Hepatocellular carcinoma (HCC) is the sixth most common cancer and the second leading cause of cancer mortality worldwide. Incidence rates of liver cancer vary widely between geographic regions and are highest in Eastern Asia and sub-Saharan Africa. In the United States, the incidence of HCC has increased since the 1980s. HCC detection at an early stage through surveillance and curative therapy has considerably improved the 5-year survival. Therefore, medical societies advocate systematic screening and surveillance of target populations at particularly high risk for developing HCC to facilitate early-stage detection. Risk factors for HCC include cirrhosis, chronic infection with hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), excess alcohol consumption, non-alcoholic fatty liver disease, family history of HCC, obesity, type 2 diabetes mellitus, and smoking. Medical societies utilize risk estimates to define target patient populations in which imaging surveillance is recommended (risk above threshold) or in which the benefits of surveillance are uncertain (risk unknown or below threshold). All medical societies currently recommend screening and surveillance in patients with cirrhosis and subsets of patients with chronic HBV; some societies also include patients with stage 3 fibrosis due to HCV as well as additional groups. Thus, target population definitions vary between regions, reflecting cultural, demographic, economic, healthcare priority, and biological differences.

Key words: Epidemiology; Hepatocellular carcinoma; Incidence; Prevalence; Review article; Risk factors.

Quote: Levan Gogichaishvili. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Health policy, economics and sociology, 2020; (4).

ჰეპატოცელულური კარცინომის დემოგრაფია

ჰეპატოცელულური კარცინომა გეოგრაფიული რეგიონების მიხედვით იყოფა მაღალი, საშუალო, და დაბალი ინციდენტობის არეებად. მაღალი ინციდენტობის არეებშია ჩინეთი, სამხრეთი აზია, იაპონია და სუბსაჰარული აფრიკა. ინციდენტობის სიხშირე 20/100000 მოსახლეზე.

საქართველოს დაავადებათა კონტროლის 2014 წლის მონაცემებით ცვირუსით ინფიცირება გამოუვლინდა 2647 ადამიანს. სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ მოწოდებული ცნობა (170 შემთხვევა 2014-2018 წელზე) არ შეესაბამება რეალურ ციფრებს, ვინაიდან ცალკეული ამბულატორიული ცენტრების და კლინიკების მიერ ამბულატორულად გამოვლენილი და არამორფოლოგიურად დადასტურებული შემთხვევათა რაოდენობა მნიშვნელოვნად ჭარბობს ოფიციალურ მონაცემებს. ქრონიკული ცვირუსით ინფიცირებულეში ჰეპ-ს განვითარების რისკი თუ წარმოადგენს 4%-ს [1], საქართველო მიეკუთვნება საშუალო არეებს, სადაც ინციდენტობა წარმოადგენს 5-20/100000 მოსახლეზე და რომელშიც შედის სამხრეთ და აღმოსავლეთ ევროპა, ჩრდილოეთი ევროპა და სკანდინავია და აშშ. უმრავლეს არეებში ჰეპ ჭარბობს მამაკაცებში, რომელთა ასაკიც 60 წელზე მეტია. ჩვენი ცალკეული

ცენტრის მონაცემებით (ამჟამად მიმდინარეობს კვლევა სადაც გამოყენებულია 34 ათასი პაციენტის მონაცემები საქართველოში) პრევალირებს 52- 65 წლის მამაკაცებში. ასევე ასაკი მნიშვნელოვნად დაბალია სუბსაჰარულ აფრიკაში. მიზეზი მამაკაცებში ჰცვ-ს სიჭარბისა ამ დროისთვის უცნობია, თუმცა, რეგიონული ვარიაციები ინციდენტობისა ნათლად გამოთვლილია არეებში მომატებული რისკფაქტორების გავრცელების მიხედვით.

რისკ-ფაქტორები

B ჰეპატიტის ვირუსი: კვლევები ადასტურებენ HBV-ს ინფექციის კავშირს ჰცვ-სთან. ერთი კვლევის მიხედვით, რომელიც ჩატარდა 22707 HBV ინფიცირებულებში 5 წლის განმავლობაში, ჰცვ-ის ინციდენტობის წლიური სიხშირე 100 ჯერ ჭარბობდა საკონტროლო ჯგუფთან მიმართებაში [2]. შესაბამისად, დადგინდა რომ HBV ინფექცია წარმოადგენს ეტიოლოგიურ ფაქტორს ჰცვ-ს განვითარებაში, რაზედაც დაფუძნდა მასობრივი პრევენციული სტრატეგია.

HBV- ინფექციის გავრცელების მექანიზმები დღეისათვის კარგადაა შესწავლილი [3, 4]. HBV გადაეცემა დედიდან შვილს, მშობიარობის მომენტში. კვლევების გათვალისწინებით დაიწყო HBV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, რომელიც ინიცირდა ტაივანში 1984 წელს. ვაქცინა წარმოადგენს ძალიან უსაფრთხო და მაღალეფექტურ საშუალებას. თუმცა, ვაქცინაცია არ მოიცავს მოსახლეობის 100%-ს, მათ შორის იმ ქვეყნებში სადაც ის ხელმისაწვდომია. კვლევებმა აჩვენა, რომ ვაქცინაციის შედეგად, HBV ინფიცირებულთა რაოდენობა შემცირდა 10 დან 2 % მდე. შესაბამისად ჰცვ-ს რაოდენობა მნიშვნელოვნად შემცირდა უკანასკნელი 30 წლის განმავლობაში.

დასავლეთ ევროპის HBV ინფიცირებულთა რაოდენობა იზრდება ნარკოტიკების ინტრავენურ მომხმარებლებში და სქესობრივი გზით ტრანსმისიის ხარჯზე. ასევე, HBV ინფექციის მაღალაქტიური კერებიდან დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში იმიგრირებული ადამიანები ძალიან განწყობილნი არიან ჰცვ-ს განვითარებისადმი. სავარაუდოდ იმუნიზაცია არ არის მაღალეფექტური HBV მატარებლებში, თუმცა მიმდინარე კვლევების მიხედვით ანტივირუსული მკურნალობის ფონზე ჰცვ-ს ინციდენტობა მნიშვნელოვნად შემცირდა. დღეისათვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს HCV ინფექციის კონტროლი და მკურნალობის ღირებულება, თუმცა, მომავალ 10 წელიწადში მოსალოდნელია ჰცვ-თი ავადობის მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი შეცვლა ანტივირუსული მკურნალობის და HBV ვაქცინაციასთან ერთად. ყველა სახის თერაპიული ღონისძიების წვლილი ძალიან მცირეა მასობრივ იმუნიზაციასთან შედარებით ჰცვ-ს განვითარების პრევენციაში, როცა ამ გზით შესაძლებელია მასზე კონტროლი ან მისი ელიმინაცია.

ჰეპატიტი C ვირუსი და ჰცვ-ს ეპიდემიოლოგიის ცვლილება დასავლეთის ქვეყნებში.

პირველად კლასიფიცირებული როგორც არც A და არც B ჰეპატიტი, HCV პირველად იდენტიფიცირდა 1989 წელს. თუმცა, ისეთი დეტალური კვლევა, როგორც ნაჩვენებია HBV ინფექციის შემთხვევაში ზემოთ, არასოდეს ჩატარებულა. ქეის-კონტროლ კვლევამ დასავლეთის ქვეყნებში აჩვენა რომ ჰცვ მკაცრად და ასოცირებული HCV ინფექციასთან.

როგორც წესი, დასავლეთში მისი გავრცელება განპირობებულია ინტრავენური გზით ან ჰემოტრანსფუზიით. მეორე მსოფლიო ომის ბოლოდან, იაპონიაში დაფიქსირდა 35000 ახალი შემთხვევა წელიწადში, 50 წლის განმავლობაში, რომელიც განპირობებული იყო ინფიცირებული სისხლის პრეპარატების ტრანსფუზიით. ბოლო რამდენიმე წლის

განმავლობაში გაჩნდა HCV-ს საწინააღმდეგო მკურნალობა, რომელიც იძლევა საბოლოო განკურნებას რამდენიმე თვიანი მკურნალობის შემდეგ. ვიროლოგიური რემისიის მიღწევის შემდეგ ჰცვ -თი ავადობა მნიშვნელოვნად შემცირდა შესაბამისად ვირუსით ინდუცირებული ეტიოლოგიური ფაქტორისა. [5]

ალკოჰოლი: ალკოჰოლური ციროზი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ითვლებოდა ჰცვ-ს განვითარების ერთ ერთ მნიშვნელოვან რისკფაქტორად, თუმცა, დღეისათვის ეს შეხედულება შეიცვალა. როგორც ჩანს, ალკოჰოლური ციროზით პაციენტებში არ ხდებოდა სხვა თანხმლები დაავადებების იდენტიფიცირება, რომელთან ერთადაც ალკოჰოლური ციროზი უბრალოდ სტიმულაციის როლს ასრულებდა სხვა თანხმლები დაავადებების არსებობისას. თუმცა, ჰცვ-ს პირდაპირი განვითარების რისკი ალკოჰოლური ციროზის დროს ძალიან დაბალია.

აფლატოქსინი: აფლატოქსინ B1 (AFB1) წარმოადგენს პოტენციურ კარცინოგენს რომელიც გამოიყოფა ობის სოკო *Aspergillus flavus*-იდან, რომელიც თავის მხრივ იზრდება ნესტიან პირობებში შენახულ ხორბალსა და გასუფთავებულ თხილეულში. აღნიშნული ძირითად მიზეზს წარმოადგენს სუბსაჰარულ აფრიკაში და სამხრეთ აღმოსავლეთი აზიის სანაპიროებზე ჰცვ-ს განვითარებისა. [6]. AFB1 ის ექპოზიცია ასოცირებულია დნმ-ის სპეციფიურ მუტაციასთან p53 გენში [7]. მისი სინერგიულობა HBV-სთან ძლიერ ზრდის ჰცვ-ს განვითარების რისკებს.

სუბსაჰარული აფრიკის მოსახლეობის 10-20% იმყოფება ჰცვ-ს განვითარების რისკის ქვეშ. მსოფლიოს იმ ნაწილში სადაც გავრცელებულია AFB1 ქრონიკული HBV ინფექცია მაღალპრევალირებს. ყველაზე მცირე რისი გაკეთებაც შესაძლებელია არის, HBV ინფექციის ელიმინაცია და AFB1-ს ერადიკაცია საკვებიდან. აფრიკის ნაწილში უკვე დანერგილია ამ უკანასკნელის საწინააღმდეგო ღონისძიებები. [8]

ღვიძლის ქრონიკული დაავადებების სხვა ფორმები

ჰცვ აღიარებულია, როგორც ღვიძლის ნებისმიერი ქრონიკული დაავადებისა და ციროზის გართულება, მათ შორის პირველადი ბილიარული ციროზის, ვილსონის დაავადების და ალფა-1 ანტიტრიფსინის დეფიციტთან. ჰცვ წარმოადგენს სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზს ჰემოქრომატოზის დროს, თუმცა შესაძლებელია მისი პრევენცია ვენასექციური თერაპიით თუ ციროზი არ არის დაწყებული. ამგვარად, გამართლებულია იმ ოჯახების დიდი სიფრთხილით დაკვირვება და შესწავლა, რომელთაც აქვთ ჰემოქრომატოზის ისტორია. შესაბამისად შესაძლებელი ხდება ციროზის დაწყებამდე პრევენციული მკურნალობა.

სიმსუქნე/მეტაბოლური სინდრომი და NAFLD

ჰცვ-ს არსებობის 10-30% შემთხვევებში ეტიოლოგიურ ფაქტორის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება. მსგავს შემთხვევებში ადრე ამბობდნენ სიტყვა „კრიპტოგენურს“. ბოლო 20 წლის განმავლობაში ძალიან გაიზარდა სიმსუქნისა და დიაბეტის ინციდენტობა. [9, 10]. ამ შემთხვევაში არსებული მდგომარეობა ფასდება როგორც არაალკოჰოლური ცხიმოვანი ღვიძლი (NAFLD). ამ ტიპის პოპულაციაში გამოიყოფა ქვეჯგუფი, როდესაც ანთებითი პასუხი გაცხიმოვნებაზე იწვევს ღვიძლის სერიოზულ დაზიანებას რომელსაც ეწოდება არაალკოჰოლური სტეატოჰეპატიტი NASH. თუმცა ჰცვ შეიძლება განვითარდეს NAFLD-ის დროსაც ღვიძლის რომელიმე ქრონიკული დაავადების და/ან ციროზის გარეშე [11]. თამბაქოს გამოყენებაც ასევე განიხილება ხელშემწყობ ფაქტორად.

პრევენცია

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა მოახდინა იმ რელევანტური რისკების იდენტიფიცირება ჰეპატიტის განვითარებაში, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნას პრევენციის სტრატეგიის სამიზნედ. არსებობს კიდევ სხვა, გამორჩეული ეპიდემიოლოგიური მიდგომა რომელსაც შეუძლია გავლენა იქონიოს შემდგომი პრევენციული ზომების მისაღებად, ეს დაკავშირებულია დიდი მონაცემთა ბაზების დამუშავებასთან და არა პირდაპირ ჰეპატიტის რისკფაქტორების შესწავლასთან. აღნიშნული მიდგომა საფუძვლად უდევს სიტყვას წამლების „ახალგამოყენება (repurposing)“. ასეთმა დიდმა მონაცემთა ბაზებმა აჩვენა, რომ ზოგიერთი პრეპარატი რომელიც საერთოდ არ გამოიყენება სიმსივნეების საწინააღმდეგო როგორც პრევენციულად ასევე მათ სამკურნალოდ ავლენენ ისეთ თვისებებს რომელიც აქამდე უცნობი იყო. მაგალითად, ასპირინის და სხვა არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენება ამცირებს გასტროინტესტინური ტრაქტის სიმსივნეებით ავადობას, მათ შორის ჰეპატიტის განვითარებას. ასევე მტკიცებულება იმისა რომ სტატინებს გააჩნიათ ასეთივე ეფექტი, ძალიან მნიშვნელოვანია. გარდა ამისა ანტიდიაბეტური პრეპარატი, მეტფორმინი, შემოთავაზებული იყო პრევენციისთვის, თუმცა ბოლო კვლევებმა ეს შემოთავაზება ეჭვქვეშ დააყენა.

ჰეპატოცელულური კარცინომის ეპიდემიოლოგიის სახის ცვლილება

ყოველივე ზემოთაღწერილის გათვალისწინებით, უნდა ჩავთვალოთ რომ ჰეპატიტის წარმოადგენს დაავადებას რომლის პრევენციაც შესაძლებელია და ბოლო 10-მა წელიწადმა პრევენციისა აჩვენა მისი უმნიშვნელოვანესი ზემოქმედება ჰეპატიტის განვითარების შემცირებისა სწორი პროფილაქტიკით.

ქრონიკული HBV ინფექციის შემცირებით აგრის საშუალებით გამოვლინდა ჰეპატიტის მნიშვნელოვანი კლება ჩინეთსა და შორეულ აღმოსავლეთში. დასავლეთში HCV ინფექციის განვითარება ინფიცირებული სისხლის ტრანსფუზიის შედეგად მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ და ინტრავენური ნარკომანიისას შესაძლებელია იქნას ერაღირებული პირდაპირი ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენებით. მიუხედავად ამ დამაიმედებელი ტენდენციისა საჭიროა სიფხიზლე რადგან ჰეპატიტის რჩება კიბოთი სიკვდილიანობის მზარდ მიზეზად მაშინ, როცა სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეებით სიკვდილიანობა წლიდან წლამდე 1-2% ით კლებულობს. (სურ 1.4) მიზეზი ნათელია, ყველა ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორი დამოკიდებულია დასავლური საზოგადოების მჭიდრო კავშირზე ალკოჰოლთან, თამბაქოსთან, საკვებთან.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Page Axley, Zunirah Ahmed, Sujan Ravi, Ashwani K. Singal. Hepatitis C Virus and Hepatocellular Carcinoma: A Narrative Review. J Clin Transl Hepatol 2018; 6(1): 79–84.
2. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC, Chien CS. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus. A prospective study of 22 707 men in Taiwan. Lancet. 1981;2(8256):1129–33
3. McMahon BJ. The natural history of chronic hepatitis B virus infection. Hepatology. 2009;49(5 Suppl): S45–55.
4. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. Vaccine. 2012;30(12):2212–9.

5. El-Serag HB, Kanwal F, Richardson P, Kramer J. Risk of hepatocellular carcinoma after sustained virological response in Veterans with hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2016;64(1):130–7.
6. Liu Y, Wu F. Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: a risk assessment. *Environ Health Perspect*. 2010;118(6):818–24.
7. Hsia CC, Kleiner DE Jr, Axiotis CA, Di Bisceglie A, Nomura AM, Stemmermann GN, Tabor E. Mutations of p53 gene in hepatocellular carcinoma: roles of hepatitis B virus and aflatoxin contamination in the diet. *J Natl Cancer Inst*. 1992;84:1638–41.
8. Chen JG, Egner PA, Ng D, et al. Reduced aflatoxin exposure presages decline in liver cancer mortality in an endemic region of China. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2013;6(10):1038–45.
9. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 2003;348:1625–38.
10. Starley BQ, Calcagno CJ, Harrison SA. Nonalcoholic fatty liver disease and hepatocellular carcinoma: a weighty connection. *Hepatology*. 2010;51:1820–32. 47.
11. Margini C, Dufour JF. The story of HCC in NAFLD: from epidemiology, across pathogenesis, to prevention and treatment. *Liver Int*. 2016;36:317–24.