

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

ნანა ჩხიკვიშვილი

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური,
სოციალური და პიროვნული მახასიათებლები

14.00.11 – კანისა და ვენერული სნეულებანი

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი დისერტაციის

ავტორეფერატი

თბილისი

2006წ.

ნაშრომი შესრულებულია სს კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო კვლევით
ინსტიტუტში

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ალექსანდრე კაციტაძე
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: - ირაკლი მჭედლიშვილი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

- სვეტლანა სამარგულიანი
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის «-----» -----, ----- საათზე. თბილისის
სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის m 14.07 N4 სადისერტაციო საბჭოს
სხდომაზე (0177, ქ. თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. 33)

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში. (0160, ქ. თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ.29)

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის «____» -----

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი

დ. გელოვანი

შესავალი

თემის აქტუალობა. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სამედიცინო და სოციალურ პრობლემას, რაც განპირობებულია არა მხოლოდ მათი ფართო გავრცელებით, არამედ ამ ინფექციებით გამოწვეული გართულებებითაც, როგორც შარდსასქესო სისტემის და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოთა ანთებების სახით, ასევე ისეთი მძიმე შედეგებით, როგორიცაა პათოლოგიური ორსულობა და მშობიარობა, ინფერტილობა, ახალშობილთა პათოლოგიები. ამასთან, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები უკანასკნელ პერიოდში მიიჩნევა სიმსივნური დაავადებების განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორად. სგგი-ით ავადობის დროს მეტია აივ-ით დაავადების ალბათობაც. ყოველივე ზემოაღნიშნული ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე (Кубанова А.А., Millstein G., 1999, Мавров И.И., 2002, Хандсфилд Х., 2004).

სგგი-ის ფართო გავრცელების მიზეზები დიდი ხანია იქცევა სპეციალისტების ყურადღებას. ბოლო წლებში საზღვარგარეთის ქვეყნებში შესრულებულია მრავალი სამეცნიერო კვლევა ამ პრობლემასთან დაკავშირებით. იმ მნიშვნელოვანი ფაქტორების რიცხვს, რომლებიც განსაზღვრავენ სგგი-ით ავადობას, მიეკუთვნებიან: ურბანიზაცია, ცხოვრების სოციალურ-ფსიქოლოგიური პირობების შეცვლა, მოსახლეობის მიგრაცია (Baker S.A., Monsou D.M., 2000, Wellings K., Nanchahal K. et al. 2001, Рубинс А., Рубинс С., 2004).

სგგი-ის საყოველთაო მატების ფონზე ეს პრობლემა საქართველოში იძენს მკვეთრად გამოხატულ ხასიათს. უკანასკნელ ათწლეულში შექმნილმა სოციალურმა და ეკონომიკურმა არასტაბილურობამ, ცხოვრების დაბალმა დონემ განაპირობა საზოგადოებაში (განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის) რიგი ნეგატიური ტენდენციების განვითარება: ადრეული სექსუალური დებიუტები, ოჯახური და საქორწილო ურთიერთობების შესუსტება, სექსუალურ დანაშაულთა რიცხვის ზრდა, სუსტი რეპროდუქციული კულტურა. ამრიგად, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები მიკროსოციალური გარემოს ზემოქმედებით განპირობებული სექსუალური ქცევების შედეგია, რომლებიც დაკავშირებულია ისეთ რისკ ფაქტორებთან, როგორიცაა სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ადრეულ ასაკში, ნარკომანია და ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მოხმარება, დევიანტური და დელინკვენტური ქცევები, უსაფრთხო სექსის შესახებ ინფორმაციის არ არსებობა და სხვა.

ყველა ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგად იქმნება მათი ურთიერთგამძლიერების ცნობილი ეფექტი, რომელიც ხელს უწყობს სგგი-ის «ეპიდემიურ აფეთქებებს». ხდება სგგი-ის გავრცელების მუდმივი ეპიდემიოლოგიური არხების ფორმირება, განსაკუთრებით რისკ-ჯგუფებში.

მოსახლეობის სექსუალური განათლების ჩამოუყალიბებელი სისტემა, ამ საკითხზე შეუთანხმებლობა მნიშვნელოვნად აფერხებს ახალგაზრდობის სქესობრივ აღზრდას, რის გამოც იგი ხდება სგგი-ის გავრცელების ნომერ პირველი რისკის ჯგუფი.

ჩვენს ქვეყანაში წინა წლებში არ ხდებოდა იმ პირთა აღრიცხვა, რომლებიც განმეორებით დაავადებულნი იყვნენ სგგი-ით და არსებითად წარმოადგენდნენ რისკის ჯგუფს. ეს მდგომარეობა რჩებოდა 2000 წლამდე. შემდგომ წლებში სგგი-ით ავადობის მატებამ განაპირობა სპეციალისტების დაინტერესება ამ კატეგორიის

პაციენტებში ინფექციების გავრცელების მიზეზებით, თუმცა საკითხის მეცნიერული ანალიზი არ ჩატარებულა. შექმნილი სიტუაციის გამო სგგი-ის გავრცელების შესწავლა და მასზე კონტროლი, სოციალური და ფსიქოლოგიური მახასიათებლების ანალიზი მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში, განსაკუთრებით განმეორებით დაავადებულებში, ხდება ნაციონალური ხასიათის პრიორიტეტული ამოცანა.

კვლევის მიზანი და ამოცანები. ნაშრომი მიზნად ისახავს 2000-2005 წლებში საქართველოში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური, სოციალური და პიროვნული მახასიათებლების ანალიზს.

ამ მიზნის განსახორციელებლად ჩამოყალიბებული იქნა შემდეგი კონკრეტული ამოცანები:

1. საქართველოში სიფილისით, გონორეით, ტრიქომონიაზით და ქლამიდიოზით ავადობის ინტენსიური მაჩვენებლების შესწავლა 2000-2005 წლებში 100 000 სულ მოსახლეზე სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით.
2. სგგი-ით პირველად და განმეორებით დაავადებულებში სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებების გამოვლენა და მათი შედარება ჯანმრთელ ჯგუფთან.
3. სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებში სექსუალური ქცევის თავისებურებების გამოვლენა და მათი შედარება პირველად დაავადებულებთან.
4. სგგი-ით განმეორებით დაავადების განმაპირობებელი სქესობრივი ქცევის სტერეოტიპების ფორმირების ძირითადი კანონზომიერებების გამოვლენა.
5. სგგი-ის თავიდან ასაცილებლად მიმართული სამედიცინო, სოციალურ და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა კომპლექსის შემუშავება.

ნაშრომის მეცნიერული სიახლე. პირველად:

- ჩატარდა კომპლექსური კვლევა ბოლო 5 წლის განმავლობაში სიფილისით, გონორეით, ტრიქომონიაზით და ქლამიდიოზით ავადობის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესაფასებლად.
- შესწავლილ იქნა სგგი-ით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური, პიროვნული და სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებანი.
- შესწავლილ იქნა სგგი-ით განმეორებით დაავადებულთა სქესობრივი ქცევის სტერეოტიპების განმსაზღვრელი ფაქტორები.
- შემუშავებულ იქნა საქართველოს ჯანდაცვის პრაქტიკულ ქსელში სგგი-ით განმეორებითი დაავადებების პროფილაქტიკისათვის საჭირო წინადადებები.

ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება. ჩატარებული კვლევის შედეგად რაციონალიზებულია სიფილისით, გონორეით, ტრიქომონიაზით, ქლამიდიოზით ავადობის აღრიცხვის არსებული სქემა;

შემუშავებული იქნა პროგრამა სპეციალიზებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრის შესაქმნელად ახალგაზრდებისათვის და მოზარდებისათვის, მასში შემავალი საგანმანათლებლო სტრუქტურითა და «ნდობის ტელეფონით.»

პრაქტიკაში დანერგვა. შრომის შედეგები დანერგილია სს კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში. დისერტაციის ძირითადი დებულებები შევიდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის კანისა და ვენსნეულებათა კათედრების სალექციო კურსში.

ნაშრომის აპრობაცია. ნაშრომის ძირითადი დებულებები მოხსენებულია მედიკოსთა XVIII და XIX საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებზე «კლინიკური და ექსპერიმენტული მედიცინა» (ქობულეთი, 23-30.07..2005წ. და

ბაკურიანი, 4-11.03.2006წ.), თბილისის დერმატო-ვენეროლოგთა სამეცნიერო-პროფესიული საზოგადოების II და III სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებზე, I ქართულ საერთაშორისო მეცნიერულ-პრაქტიკულ კონფერენციაზე, (თბილისი, 11.03.2005წ.), IV აზერბაიჯანულ საერთაშორისო მეცნიერულ-პრაქტიკულ კონფერენციაზე (ბაქო, 3.11.05წ.). დისერტაციის აპრობაცია შედგა სს კანისა და ვენერულ სნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს გაფართოებულ სხდომაზე (05.05.2006წ, ოქმი №7).

პუბლიკაციები. დისერტაციის თემაზე გამოცემულია 7 ნაშრომი.

დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა. ნაშრომი განთავსებულია კომპიუტერზე ნაბეჭდ 136 გვერდზე, შედგება შესავლის, ლიტერატურის მიმოხილვის, საკუთარი გამოკვლევების 3 თავის, მიღებული შედეგების განხილვის, დასკვნებისა და გამოყენებული ლიტერატურის საძიებლისაგან. დისერტაცია შეიცავს 27 ცხრილსა და 27 სურათს. გამოყენებული ლიტერატურის საძიებელი მოიცავს მშობლიური და საზღვარგარეთის ლიტერატურის 177 წყაროს.

კვლევის მასალა და მეთოდები. ჩვენს მიერ ჩატარებული იქნა საქართველოს დერმატო-ვენეროლოგიურ დაწესებულებებში 2000-2005 წლებში რეგისტრირებული და სტატისტიკურ ფორმებში №089-1/2 ასახული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შემთხვევების და აგრეთვე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ყოველთვიურ ფორმებში №IV-06 «ანგარიში სქესობრივი გზით გადამდები, კანის სოკოვანი დაავადებების და მუნის შესახებ» ასახული სტატისტიკური მონაცემების რეტროსპექტული ანალიზი. სიფილისით, გონორით, ტრიქომონიაზით და ქლამიდიოზით ავადობის აბსოლუტური და ინტენსიური მაჩვენებლები გაანგარიშებულია არა მხოლოდ საქართველოს მოსახლეობაზე მთლიანად, არამედ ასაკობრივი ჯგუფებისა (0-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40წ და ზევით) და სქესის (მამაკაცები და ქალები თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში) მიხედვით.

საქართველოს სს კანისა და ვენერულ სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში ტარდებოდა 2000-2005 წლების პერიოდის ამბულატორიული ავადმყოფების 260 სამედიცინო ბარათის დამუშავება. დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა სგგი-ით პირველად დაავადებული 53 და სგგი-ით განმეორებით დაავადებული 53 ინდივიდი. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის სიხშირის, სტრუქტურისა და დინამიკის განსაზღვრისათვის დაკვირვება ტარდებოდა შემდეგი მაჩვენებლების მიხედვით: სქესი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, სოციალურ სფეროში დასაქმება დაავადების მომენტში, სრული საბოლოო დიაგნოზი, სქესობრივი კონტაქტების რიცხვი, სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკი, სგგი-ის განმეორებით არსებობა, სხვა სოციალურ-ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები.

სექსუალური ქცევისა და მასზე ზემოქმედი ფაქტორების შესწავლა ხდებოდა ანონიმური ანკეტის მიხედვით. ანკეტა შედგებოდა 56 კითხვისაგან, რომლებიც გაერთიანებული იყო ბლოკებად შემდეგი განყოფილებების მიხედვით: 1. გამოსაკვლევი ინდივიდის სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები; 2. მშობელთა ოჯახის დახასიათება; 3. ურთიერთობის წრე და თავისუფალი დროის გატარება; 4. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება; 5. სექსუალური ქცევა; 6. ფასეულობითი ორიენტაციები სექსუალურ და საოჯახო სფეროში; 7. ინფორმირებულობა სგგი-ების და კონტრაცეპციის შესახებ.

ანონიმური ანკეტირება გაიარა სგგი-ით პირველად დაავადებულმა 53 ავადმყოფმა (პირველი ჯგუფი), განმეორებით დაავადებულმა 53 ავადმყოფმა (მეორე ჯგუფი) და 52 ჯანმრთელმა (საკონტროლო ჯგუფი).

გამოკითხულთა ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებანი, გარემოში მათი ადაპტაციის უნარი და ამ მახასიათებლების გავლენა ქცევის სტილზე, მათ შორის სექსუალური ქცევისა, შეისწავლებოდა ოთხი ორიგინალური ფსიქოლოგიური ტესტის მეშვეობით:

1. აიზენკის მეთოდი. ამ კვლევაში გამოიყოფა ორი ძირითადი პარამეტრი: ექსტრავერსია-ინტროვერსია და ნეიროტიზმი-სტაბილობა. ექსტრავერსია-ინტროვერსია მჭიდროდ უკავშირდება ქერქულ აქტივაციას (ეეგ-ის მიხედვით). აქტივაცია გამოიყენება აგზნების ხარისხის აღსანიშნავად. ექსტრავერსია-ინტროვერსიის განზომილების კვლევისას, 12 ქულაზე მეტი მაჩვენებელი მიუთითებს ექსტრავერსიაზე, ხოლო 12-ზე ნაკლები – ინტროვერსიაზე. სტაბილურობა-ნეიროტიზმის მიხედვით, არსებული ინდივიდუალური განსხვავებები ასახავენ ავტონომიური ნერვული სისტემის რეაქციის ძალას სტიმულზე. თუ ნეიროტიზმის დონე შეესაბამება 12 ქულას, ეს მიუთითებს ემოციურ სტაბილურობაზე, ხოლო 12 ქულაზე მეტი – გაძლიერებულ ნეიროტიზმზე.

2. დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტი-სკალა. ეს მეთოდიკა იკვლევს პიროვნების დამოკიდებულებას საკუთარი თავის მიმართ და შეფასების ადექვატურობის შეგრძნებას. შესაბამისად, სკალის შედგენისას გასათვალისწინებელია აფექტური, კოგნიტური და ქცევითი კომპონენტები. ჩვენს შემთხვევაში ასეთ კომპონენტებად ავირჩიეთ: ბედნიერება, ჯანმრთელობა, ჭკუა, სილამაზე, წარმატება და სექსუალობა.

3. შუბერტის რისკისკენ მზაობის (მიდრეკილების) ხარისხის სადიაგნოსტიკო მეთოდი. კლასიკური მაგალითი შედგება 25 კითხვისაგან. ჩვენს შემთხვევაში გამოიყენებოდა ადაპტირებული 20 კითხვიანი მეთოდი. შეფასება ხდებოდა 1-დან 4 ქულამდე. რისკისკენ მიდრეკილებას (მზაობას) განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება უსაფრთხოების წესების დაცვისას, როდესაც საქმე ეხება სგგი-ისაგან თავის არიდების უნარ-ჩვევებისა და მათთან დამოკიდებულებების შესწავლას.

4. შ. შვარცის ღირებულებითი ორიენტაციების განმსაზღვრელი მეთოდი. ეს არის პიროვნული პროფილის სკალა, რომელიც შედგება 30 გამონათქვამი-განსაზღვრებისაგან. მოპასუხეს ვთხოვდით შეეფასებინა თითოეული განსაზღვრება რამდენად შეესაბამებოდა მას. შეფასება ხდებოდა 1-დან 6 ქულამდე, სადაც ერთი ნიშნავს «საერთოდ არ მგავს», 6 კი – «ძალიან მგავს».

შვარცის მიერ გამოყოფილი ღირებულებების საფუძველზე შესაძლებელია პიროვნების დახასიათება და ასევე მისი ქცევის პროგნოზირება. ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო 10 ღირებულება: თვითწარმართვა, სტიმულაცია, კონფორმიზმი, ტრადიციონალიზმი, უსაფრთხოება, უნივერსალიზმი, კეთილგანწყობა, მიღწევა, ძალაუფლება, ჰედონიზმი.

სიფილისის დიაგნოზის დასმისათვის გამოიყენებოდა სეროლოგიური რეაქციები, RPR და TPHA მეთოდები.

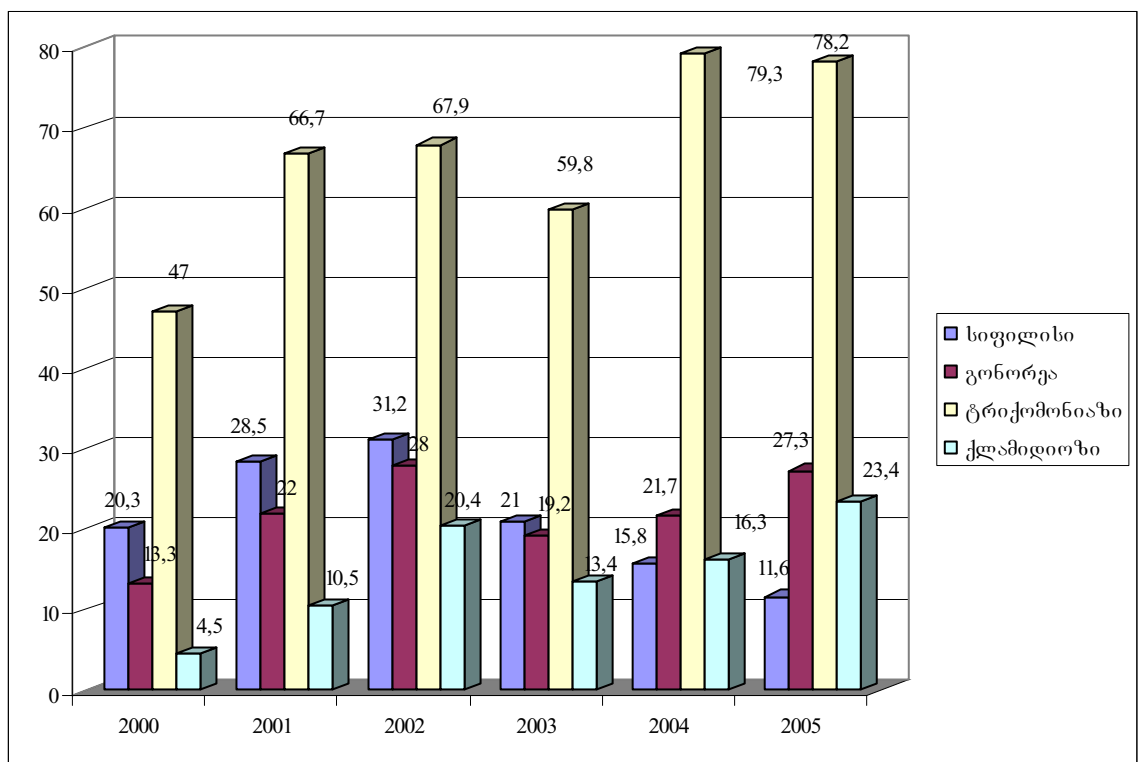
გონორეისა და ტრიქომონიაზის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენებოდა ბაქტერიოსკოპიული მეთოდის ორი ხერხი: ნაცხის შეღებვა მეთილენის ლურჯის 1%-იანი წყალხსნარით და შეღებვა გრამის მიხედვით. აუცილებელ შემთხვევებში ტარდებოდა აგრეთვე ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

ქლამიდიოზის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა წარმოებდა ლუმინესცენტური მიკროსკოპით, ნაცხის პირდაპირი იმუნოფლოორესცენტული მეთოდით, მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენებით, რუსეთის მიერ წარმოებული დიაგნოსტიკური ნაკრებით “ХЛАМИСКАН-II”.

სტატისტიკური დამუშავება მოხდა SPSS-ის სტატისტიკური პროგრამით. განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ $p < 0,05$.

საკუთარი გამოკვლევების შედეგები და მათი განხილვა. ჩავატარეთ საქართველოში 2000-2005 წლების პერიოდში სქესობრივი გზით გადამდები სიფილისური, გონორეული, ტრიქომონადული და ქლამიდიური ინფექციების დროს ეპიდემიური პროცესის ეპიდემიოლოგიური რეტროსპექტული ანალიზი, რისთვისაც ვიყენებდით შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ყოველთვიურ ფორმებს №IV-06 «ანგარიში სქესობრივი გზით გადამდები, კანის სოკოვანი დაავადებების და მუნის შესახებ», დამტკიცებულს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 09.06.2000 წლის №108/0 ბრძანებით.

საქართველოში 2000-2005 წლებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის აბსოლუტური, ინტენსიური და პროცენტული მაჩვენებლების დინამიკის შეფასებამ გვიჩვენა, რომ საერთო ინფექციური ფონი საკმაოდ გაწონასწორებულია, სიფილისის შედარებით დაბალი და ტრიქომონიაზის მაღალი მაჩვენებლით. (სურათი №1)



სურათი №1. სგგი-ით ავადობის დინამიკის მაჩვენებლები 2000-2005 წლებში საქართველოში (ინტენსიური მაჩვენებლები 100 000 სულ მოსახლეზე)

ქვეყანაში ყველაზე პრობლემურ ინფექციას წარმოადგენს ტრიქომონიაზი ავადობის მაღალი დონით, რომელმაც 2000 წელს 47, ხოლო 2005 წელს – 78,2 შემთხვევა შეადგინა 100 000 სულ მოსახლეზე; სგგი-ის ზოგად სტრუქტურაში კი ამ წლების განმავლობაში იგი მერყეობდა 55%-დან 56%-მდე. ასევე პრობლემურია ქლამიდიოზი, რეგისტრირებული ავადობის ყოველწლიური მატებით, რომელმაც 2000 წელს შეადგინა 4,5 (5%), ხოლო 2005 წელს – 23,4 შემთხვევა (17%). რაც შეეხება გონორეას, 2000 წელს 13,3 (16%), ხოლო 2005 წელს 27,3 (19%) შემთხვევა იყო რეგისტრირებული 100 000 სულ მოსახლეზე.

საქართველოში მოსახლეობის სიფილისით ავადობის მდგომარეობისა და დინამიკის ანალიზით 2000-2005 წლებში დადგენილია 2003 წლამდე სიფილისით დაავადებულთა რიცხვის მატება, ხოლო 2003 წლიდან – კლება: 2000 წელს აღინიშნებოდა 20,3 შემთხვევა, 2002 წელს – 31,2, ხოლო 2005 წელს – 11,6 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე.

საქართველოს მოსახლეობის სიფილისით ავადობის ანალიზისას დადგინდა, რომ სიფილისის დიაგნოზით რეგისტრირებულ მამრობითი სქესის ავადმყოფთა რიცხვი ქვეყანაში შესწავლილ პერიოდში უფრო მაღალი იყო (56,88%), ვიდრე მდედრობითის (43,12%), ამასთან, სიფილისით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,50%, ხოლო ქალების – 0,32%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 6,29%-ს, ქალების – 2,56%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 22,50%-ს, ქალების – 16,63%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 16,47%-ს, ქალების – 15,54%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 11,12%-ს, ქალების – 8,07%-ს.

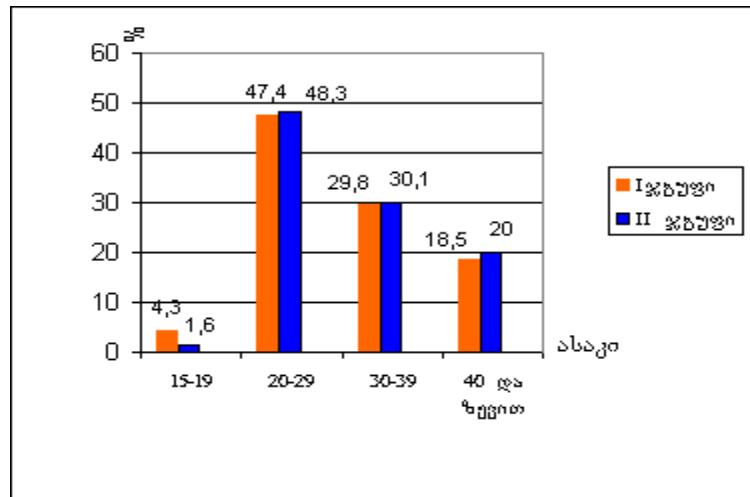
საქართველოში 2000-2005 წლებში გონორეით დაავადებულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილების ანალიზისას დადგინდა, რომ ქვეყანაში გონორეული ინფექციით რეგისტრირებულია 79,89% მამაკაცი და 20,11% ქალი. ამასთან, გონორეით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,42%-ს, ხოლო ქალების – 2,11%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 15,9%, ქალების – 3,65%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 43,43%-ს, ქალების – 9,7%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 15,54%-ს, ქალების – 3,6%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 4,6%-ს, ქალების – 1,05%-ს. ანალიზმა გვიჩვენა, რომ გონორეით დაავადებულებში მხოლოდ 0-14 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ჭარბობდნენ ქალები.

საქართველოში 2000-2005 წლებში ტრიქომონიაზით დაავადებულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილების ანალიზისას დადგინდა, რომ ტრიქომონადული ინფექციით ავადობის საერთო სტრუქტურაში ქალების ავადობა მნიშვნელოვნად აღემატება (63,78%) მამაკაცების ავადობას (36,22%). ამასთან, ტრიქომონიაზით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,42%, ხოლო ქალების – 0,85%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 4,33%-ს, ქალების – 10,95%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 19,31%-ს, ქალების – 31,4%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 9,04%-ს, ქალების – 16,21%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 3,12%-ს, ქალების – 4,37%-ს.

საქართველოში 2000-2005 წლებში ქლამიდიოზით დაავადებულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილების ანალიზისას დადგინდა, რომ ქლამიდიური ინფექციით ავადობის საერთო სტრუქტურაში მამაკაცების ავადობა უმნიშვნელოდ აღემატება (53,74%) ქალების ავადობას (46,26%). ამასთან, ქლამიდიოზით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,02%, ხოლო ქალების – 0,19%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 8,79%-ს, ქალების – 5,72%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 25,1%-ს, ქალების – 25,63%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 14,54%-

ს, ქალების – 11,38%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 5,29%-ს, ქალების – 3,34%-ს. მხოლოდ 20-29 ასაკში ქალების რაოდენობა აღემატება მამაკაცების რაოდენობას.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით განმეორებით და პირველად დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო 53 სგგი-ით პირველად დაავადებულებში (I ჯგუფი) და 53 სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებში (II ჯგუფი). დაავადებულთა ორივე ჯგუფში შედიოდა 50 მამაკაცი და 56 ქალი. ასაკი ვარირებდა 17-დან 54 წლის ფარგლებში (სურათი №2).



სურათი №2. ავადმყოფთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით (%-ში).

ყველაზე უფრო მრავალრიცხოვანი იყო 20-29 წლის ასაკის ჯგუფი – 48,3% (მეორე ჯგუფი) და 47,4% (პირველი ჯგუფი). შემდეგ 30-39 წლიანთა ჯგუფი – 30,1% და 29,8%; 40 წლის ზევით – 20,0% და 18,5%; 15-19 წლიანთა 1,6% და 4,3%; ამრიგად, შესასწავლი ჯგუფები სქესისა და ასაკის მიხედვით ანალოგიური იყო.

პირველად დაავადებულებში (ცხრილი №1) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები შემდეგნაირად განაწილდა: ქლამიდიოზი – 31 (58,49%), მათ შორის 16 მამაკაცი (64%) და 15 ქალი (53,57%), სიფილისი – 3 (5,66%) ავადობა, მათ შორის 1 მამაკაცი (4%) და 2 ქალი (7,14%), გონორეა – 6 (11,32%), მათ შორის 4 მამაკაცი (16%) და 2 ქალი (7,14%) და ტრიქომონიაზი - 13 (24,53%), მათ შორის 4 მამაკაცი (16%) და 9 ქალი (32,15%).

ცხრილი №1

პირველად დაავადებულთა განაწილება ინფექციების ფორმების მიხედვით (I ჯგუფი)

ინფექციები	მამაკაცები		ქალები		ორივე	
	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	ყველა დაავადებული	ყველა დაავადებული (%)
სიფილისი	1	4	2	7,14	3	5,66

გონორეა	4	16	2	7,14	6	11,32
ტრიქომონიაზი	4	16	9	32,15	13	24,53
ქლამიდიოზი	16	64	15	53,57	31	58,49
სულ	25	100	28	100	53	100

განმეორებით დაავადებულებში (ცხრილი №2) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები შემდეგნაირად განაწილდა: ქლამიდიოზი – 30 (57,41%), მათგან მამაკაცი იყო – 15 (დაავადებულ მამაკაცთა 60%) და ქალი – 15 (დაავადებულ ქალთა 53,58%); ტრიქომონიაზი დიაგნოსტირებულია 12 ავადმყოფში (22,22%), მათ შორის 3 მამაკაცი (12%) და 9 ქალი (32,14%). სიფილისი დაუდგინდა 3 (5,56%) ავადმყოფს, მათ შორის 1 ქალს (3,57%) და 2 მამაკაცს (8%), გონორეა – 8 ავადმყოფს (14,81%), მათ შორის 5 მამაკაცს (20%) და 3 ქალს (10, 71%).

ცხრილი №2

განმეორებით დაავადებულთა განაწილება ინფექციების ფორმების მიხედვით (II ჯგუფი)

ინფექციები	მამაკაცები		ქალები		ორივე	
	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	ყველა დაავადებული	ყველა დაავადებული (%)
სიფილისი	2	8	1	3,57	3	5,56
გონორეა	5	20	3	10,71	8	14,81
ტრიქომონიაზი	3	12	9	32,14	12	22,22
ქლამიდიოზი	15	60	15	53,58	30	57,41
სულ	25	100	28	100	53	100

ტრიქომონიაზით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში 7 ადამიანი წარსულში უკვე იყო ტრიქომონიაზით ავად, ქლამიდიოზით – 2, გონორეით – 1, ორ ავადმყოფს გადატანილი ჰქონდა შერეული ინფექცია (ტრიქომონიაზი + გონორეა – 1, ტრიქომონიაზი + სიფილისი – 1).

ქლამიდიოზით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში 11 ადამიანი უკვე იყო ქლამიდიოზით ავად. 10 ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნებოდა წარსულში გადატანილი გონორეა, ტრიქომონიაზი – 6, სიფილისი – 2, ერთ ავადმყოფს – შერეული ინფექცია (ქლამიდიოზი+ურეაპლაზმოზი).

სიფილისით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში ერთ ავადმყოფს წარსულში გადატანილი ჰქონდა სიფილისი, ერთ ავადმყოფს – გონორეა, ერთს – ტრიქომონიაზი.

გონორეით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში 3 ადამიანი წარსულში უკვე იყო გონორეით ავად, ორ ავადმყოფს გადატანილი ჰქონდა ტრიქომონიაზი; ორს – ქლამიდიოზი, ერთს – სიფილისი.

ყველა ავადმყოფი გამოკვლეული იყო ფსიქოლოგის მიერ. სგგი-ით დაავადებულ პაციენტთა (კერძოდ, განმეორებით დაავადებულთა) მიმართ გამოკვლევის ასეთი პრაქტიკა პირველად იქნა გამოყენებული ქვეყანაში. პაციენტებს,

რომლებიც საჭიროებდნენ ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ რეაბილიტაციას, გაიარეს სრული აღდგენითი კურსი.

სოციალური მახასიათებლებისა და მოსახლეობაში სგგი-ის გავრცელების სხვა ხელშემწყობი ფაქტორების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას ვენერულ დაავადებათა შესახებ. თუმცა მცირედი განსხვავება მათ შორისაც შეინიშნება. ყველაზე ნაკლებად ინფორმირებულად ამ თვალსაზრისით საკუთარ თავს განმეორებით დაავადებულები (II ჯგუფი) აფასებენ (9,1%). ამრიგად, ინფორმაციის ნაკლებობა ერთ-ერთ რისკ-ფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს სგგი-ის გავრცელების თვალსაზრისით.

სგგი-ის შესახებ ინფორმაციის მიღების წყაროდ რესპონდენტთა უმრავლესობამ დაასახელა მედიცინის მუშაკები (31,53%), მეგობრები (24,87%), მასმედია (24,63%). მცირე ნაწილმა კი - ოჯახი (8,23) და მასწავლებლები (7,2%). ამ შემთხვევაში გარკვეულწილად იგნორირებულია მასწავლებლის, როგორც ახალგაზრდა ადამიანის მენტალიტეტისა და მსოფლმხედველობის მიმართულების მიმცემის როლი.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კლინიკურ ნიშნებს სამივე ჯგუფის წარმომადგენლებმა საკმაოდ ზუსტი პასუხები გასცეს. ასევე სწორად დაასახელეს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სავარაუდო ნიშნების შემთხვევაში დახმარებისათვის მიმართვის მისამართი – ვენეროლოგი (59,83%).

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გადაცემის რისკის ზრდის ფაქტორები დაახლოებით ერთნაირი თანმიმდევრობით დასახელდა: პროსტიტუცია I ჯგუფის მიერ – 39,1%, II ჯგუფის მიერ – 41,6% და III ჯგუფის მიერ – 36,1%; ნარკომანია შესაბამისად – 18,4%, 18,6% და 21%; აღსანიშნავია, რომ II ჯგუფის წარმომადგენლების 16,8%-მა სგგი-ის გადაცემის ერთ-ერთ რისკ-ფაქტორად განათლების დაბალი დონე დაასახელეს.

გამოკითხულთა 87%-სათვის სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის პირველად მიღების ასაკი დაახლოებით 7-10 წელი იყო.

სქესობრივი ცხოვრების შესახებ პირველი ინფორმაციის მიღების წყაროდ დასახელებულ წამყვან ტენდენციებში რესპონდენტები ერთნაირად მიუთითებენ თანატოლებს: I ჯგუფი – 49,1%, II ჯგუფი – 42%, III ჯგუფი – 44,3%; უფროს მეგობრებს – 24,6%, 20,3% და 24,3% შესაბამისად და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებს – 15,8%, 14,5% და 20% შესაბამისად. მშობლების, მასწავლებლებისა და მედიცინის მუშაკების წილი, როგორც სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის პირველი მიმწოდებლის, არის ძალიან მცირე.

სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკის მიხედვით, ყველაზე ადრეულ ასაკში სქესობრივი ცხოვრება II ჯგუფის რესპონდენტებმა დაიწყეს. მათთვის ეს ასაკი საშუალოდ 17 წელია, აქედან მინიმალური – 11 და მაქსიმალური – 24. რაც შეეხება I და III ჯგუფის რესპონდენტებს, მათთვის ეს ასაკი საშუალოდ 20 წელია.

სამივე ჯგუფის წარმომადგენელთა უმრავლესობისათვის პირველი სქესობრივი პარტნიორი იყო ასაკით უფროსი (დაახლოებით 66%), ან თანატოლი (18,7%). სექსუალური დებიუტების მოტივად ფიზიკური ლტოლვა დაასახელა 27,2%-მა, გატაცება, სიყვარული – 24,1%-მა, ცნობისმოყვარეობა – 10,6%-მა, ეს მოტივები მიუთითებენ ურთიერთობის ნებაყოფლობით დაწყებაზე. მოტივი «შემთხვევითობა» (7,47%) მიუთითებს რესპონდენტთა ფსიქოლოგიურ უმწიფობაზე ცხოვრებისეული სიტუაციების შეფასების თვალსაზრისით. II ჯგუფის 6,1% ასახელებს სექსუალურ

ძალადობას, I ჯგუფის 1,3% – მატერიალურ დაინტერესებას, II ჯგუფის 1,2% – ტრეფიკინგს.

მიღებული შედეგები საშუალებას გვაძლევს გავაკეთოთ დიფერენციაცია ჯანმრთელი ჯგუფის წარმომადგენლებისა და სგგი-ით დაავადებული რესპონდენტების ქცევით პატერნებს შორის. ჯანმრთელი ჯგუფისათვის დამახასიათებელია ისეთი ქცევითი კლასტერი, როგორც არის ოჯახური ცხოვრებისა და მუდმივი პარტნიორის ყოლის სურვილი, როგორც ერთ-ერთი ღირებულების პრიორიტეტულობა. ინფორმირებულობა და ერთგვარი სიფრთხილე მათ ეხმარებათ სგგი-ის თავიდან აცილებაში.

პარტნიორთა ცვლის სიხშირით მკვეთრად გამოირჩეოდნენ II ჯგუფის წარმომადგენლები. მათმა 37%-მა პარტნიორთა ცვლა მატერიალური დაინტერესებით, გატაცებით, ან მათი მალე მოხერხებით ახსნეს. I და III ჯგუფის წარმომადგენლების 58% და 57,5%-ს ჰყავდა მუდმივი პარტნიორი, რასაც თვითონ რესპონდენტები ოჯახური ერთგულებით, დამაკმაყოფილებელი, ჰარმონიული პარტნიორული ურთიერთობით და სიყვარულით ხსნიდნენ.

სქესობრივი კონტაქტის დროს ინდივიდუალური დაცვითი საშუალებების (პრეზერვატივის) გამოყენების სიხშირის კვლევამ გვიჩვენა, რომ გამოკითხულთა 41,77% მუდმივად იყენებს პრეზერვატივს, 40,73% - იშვიათად, ხოლო 17,5% - არ იყენებს.

აქედან გამომდინარე, რესპონდენტთა უმრავლესობამ იცის რა დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობების რისკის შესახებ, დაცვითი საშუალებებისადმი მაინც დაუდევრობას იჩენს წუთიერი სიამოვნების გამო.

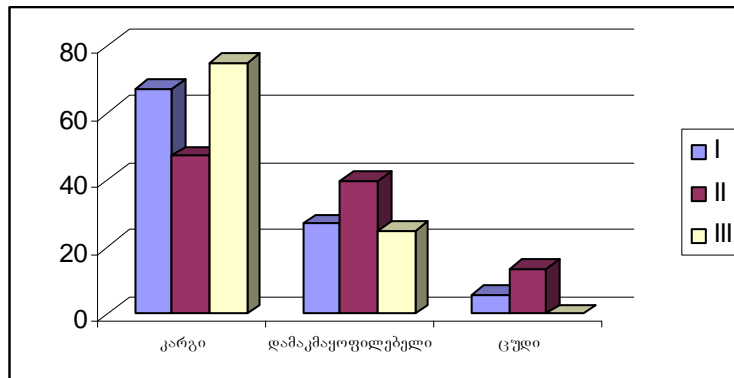
საქმიანობის სახეობის მიხედვით მნიშვნელოვანი სხვაობა შეინიშნებოდა მხოლოდ უმუშევრობის თვალსაზრისით: I ჯგუფში იყო 35,3% უმუშევარი, II ჯგუფში – 44,4% და III ჯგუფში – 8%.

გამოკითხულთა შორის დიდი წილი ეკავა საშუალო შეძლების მქონე პირებს (I, II და III ჯგუფებში შესაბამისად 34%, 29,6% და 41,7%), ხოლო ყველაზე მცირე – ძალიან შეძლებულებს. აღსანიშნავია, რომ ძალიან შეძლებულთა შორის უმრავლესობა იყო II ჯგუფის წარმომადგენელი (5,6%).

სრულ ოჯახში აღზრდას აღნიშნავდა I ჯგუფის 84,6%, II ჯგუფის 75% და III ჯგუფის 87,5%; ერთ მშობელთან – I ჯგუფის 11,5%, II ჯგუფის 21,2% და III ჯგუფის 12,5%; ბავშვთა სახლში – მხოლოდ II ჯგუფის 1,9%.

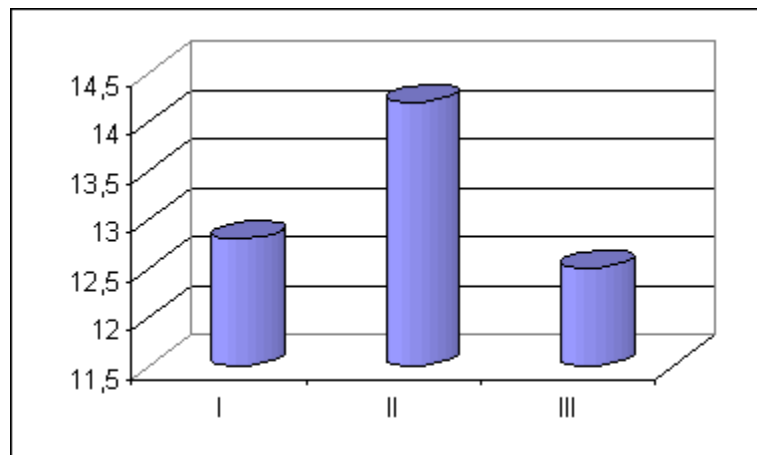
ოჯახში ცუდ ურთიერთობას აღნიშნავდნენ მხოლოდ I (5,7%) და II (13, 2%) ჯგუფის რესპონდენტები (სურათი 13). არსებულ არაჯანსაღ გარემოს I და II ჯგუფის წარმომადგენლები ხსნიდნენ ოჯახის წევრთა მავნე ჩვევებით, კერძოდ, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარებით. I და II ჯგუფის წარმომადგენელთა ოჯახის წევრების 75% და 66,7% შესაბამისად ეტანებოდა ალკოჰოლს, ხოლო 25% და 4,8% შესაბამისად იყო ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი. ოჯახური ძალადობის (ცემა) ფაქტებს აღნიშნავდა მხოლოდ II ჯგუფის წარმომადგენელთა 28,6%.

ოჯახში ურთიერთგაგების არარსებობა, სულიერი ურთიერთობის უკმარისობა (განსაკუთრებით მოზარდებში) იწვევდა ეზოსა და სკოლის «არაფორმალურ გაერთიანებათა» უპირობო დომინირებას. ამ გაერთიანებებში ხდებოდა სგგი-ის რისკ-ჯგუფების ფორმირება, აღინიშნებოდა «ანომიის» ფსიქოლოგიური ფენომენი (კონსტრუქციული პროგრამების, ცხოვრების იდეალებისა და დადებითი მაგალითების არ არსებობა).



სურათი №3. გამოკითხულთა ოჯახური ურთიერთობები ჯგუფების მიხედვით I და II ჯგუფის წარმომადგენლები თავისუფალი დროის უმეტეს ნაწილს ატარებდნენ მეგობრებთან, სექსუალურ პარტნიორებთან და ქუჩაში, სადაც ხშირად ეტანებოდნენ ალკოჰოლსა და ნარკოტიკულ საშუალებებსაც. რესპონდენტთა 62,73% იყენებდა ალკოჰოლურ საშუალებებს, ხოლო 13,13% – ნარკოტიკულ საშუალებებს.

აიზენკის ტესტის მიხედვით გამოკითხულთა ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებების შესწავლისას განსაზღვრული იყო ექსტრავერსია-ინტროვერსიის პარამეტრი, რომლის საშუალო ნორმატიული მაჩვენებელი ქართული პოპულაციისათვის არის 13,6.



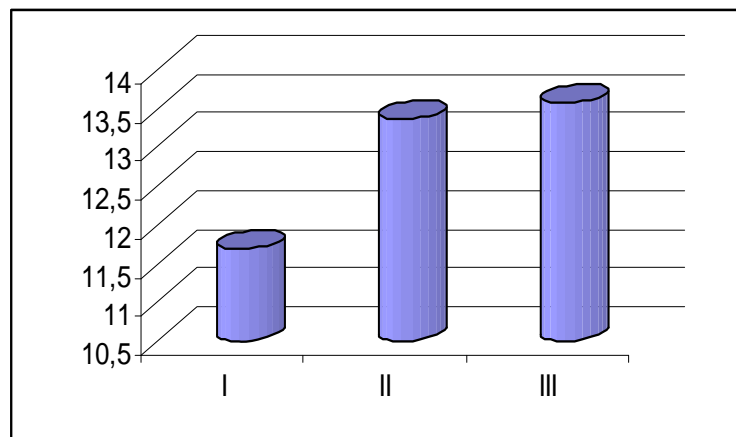
სურათი №4. ექსტრავერსია – ინტროვერსია.

კვლევამ გვიჩვენა, რომ ჯგუფებს შორის სხვაობა ამ პარამეტრის მიხედვით არ არის სარწმუნო ($p > 0,05$). I და III ჯგუფში მივიღეთ სუსტად გამოხატული ექსტრავერსია, ხოლო II ჯგუფის მაჩვენებელი აღემატება საშუალო ნორმატიულს (14).

ექსტრავერტებისათვის ძირითადად დამახასიათებელია ორიენტაცია სოციალურ კონტაქტებზე და არა განმარტოებაზე. იმპულსურობა, ოპტიმიზმი, კომუნიკაბელობა, გახსნილობა, ყოველივე ეს მათი გენოტიპური თავისებურებებითაა განპირობებული და ადვილად აგზნებადობაზე მიუთითებს. ხოლო გარემო, რომელშიც მათ უწევთ ცხოვრება, ფენოტიპურად განაპირობებს სოციალური ქცევების ფორმირებას.

კერძოდ, აღზრდის თვალსაზრისით II ჯგუფის წარმომადგენლები იზრდებოდნენ არასრულ ოჯახებში, ბავშვთა სახლებში და ნათესავეებთან. მათთვის ჩვეულია დამაკმაყოფილებელი და ცუდი ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, რაც საერთოდ არ ახასიათებს III ჯგუფის წარმომადგენლებს და მცირედ აღინიშნება I ჯგუფის წარმომადგენლებში. ოჯახში არაჯანსაღი ვითარების ფაქტები (ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება) აღინიშნა I და II ჯგუფის წარმომადგენლებთან, ამასთანავე, II ჯგუფის თითქმის 1/3-ის შემთხვევაში ფიგურირებს ფიზიკური ძალადობა (ცემა) ოჯახის წევრების მხრიდან. მნიშვნელოვანი განსხვავება შეინიშნება ოჯახის წევრებს შორის სელექციური დამოკიდებულების თვალსაზრისითაც. თუკი I და III ჯგუფის წარმომადგენლებს თანაბარი ინტენსიურობით აქვთ გადანაწილებული ურთიერთობები მეუღლეს, შვილებსა და ნათესავეებს შორის, II ჯგუფისათვის პრიორიტეტულია დედასთან ურთიერთობა. გასათვალისწინებელია მათი ოჯახების საშუალოზე დაბალი ფინანსური მდომარეობა, ოჯახის მატერიალურ კეთილდღეობაში საკუთარი წვლილის შეტანა, რის გამო შემთხვევითი კავშირები მათთვის არის არა მხოლოდ გართობისა და სიამოვნების, არამედ შემოსავლის წყაროც, რაც თავის მხრივ, ქმნის სგგი-ის გავრცელების რისკს. მათთვის აგრეთვე დამახასიათებელია სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყება და სქესობრივი პარტნიორების ხშირი ცვლა, რაც განაპირობებს სგგი-ით განმეორებით დაინფიცირებას.

ამრიგად, იმ გარემოს გათვალისწინებით, სადაც აღიზარდნენ თითოეული ჯგუფის წარმომადგენლები, სავსებით გასაგებია, რატომ მიიღო მათი ქცევის პატერნებმა ამგვარი გამოხატულება, კერძოდ, II ჯგუფის წარმომადგენელთათვის თავისუფალი დროის ქუჩაში, ან მეგობარ გოგო/ბიჭთან ერთად გატარება. მათი ცხოვრება განსხვავებული გატაცებების მქონე პირთა დაჯგუფებებთან მუდმივი ლტოლვის ნიშნით მიმდინარეობს. აქედან გამომდინარე, სავსებით ლოგიკურია მათი ექსტრავერსიის გამოვლენა არა ოჯახურ და ახლობლურ გარემოში, არამედ ხშირ შემთხვევაში შემთხვევით სქესობრივ პარტნიორთან.

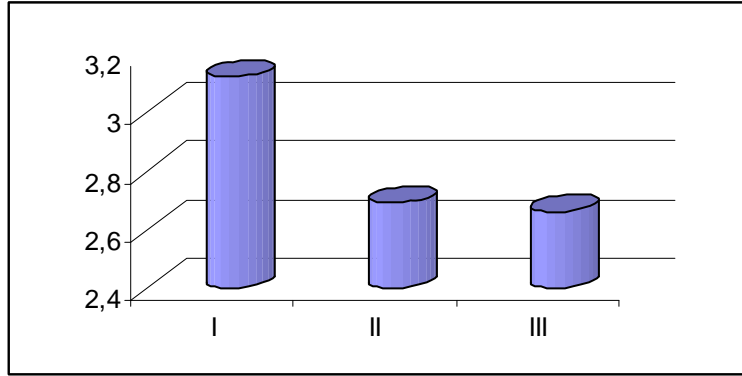


სურათი №5. ნეიროტიზმი – სტაბილობა.

განსაზღვრული იყო ნეიროტიზმი – სტაბილობის პარამეტრი, რომლის საშუალო ნორმატიული მაჩვენებელი ქართული პოპულაციისათვის არის 11,4.

ჩვენი მონაცემების მიხედვით, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (13,56) აქვს ჯანმრთელებს (III ჯგუფი), ხოლო ყველაზე დაბალი (11,69) – I ჯგუფს, რომელთა

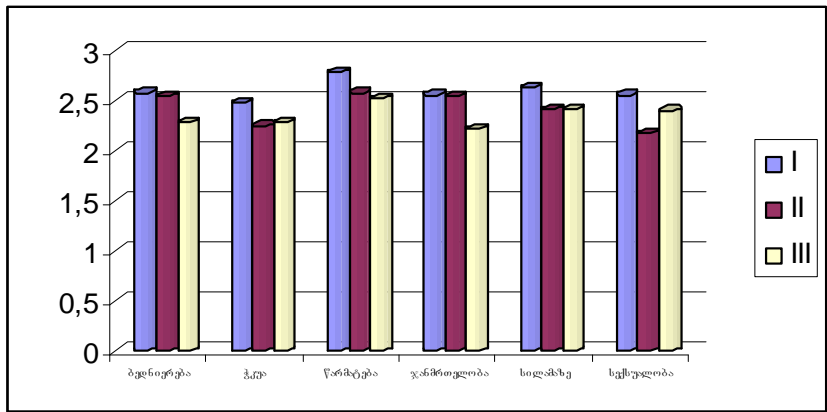
შედარებამ გვიჩვენა სარწმუნო სხვაობა ($p < 0,05$). I ჯგუფისათვის დამახასიათებელია სიმშვიდე, ნაკლებემოციურობა, საკუთარ თავში დარწმუნება და თვითკმაყოფილება. ნეიროტიზმი-სტაბილობის საშუალო დონე ნიშნავს ადექვატური რეაგირების უნარს, რაც ადაპტაციის ერთ-ერთი ნიშანია. შესაბამისად, II ჯგუფის რესპონდენტები (13,36) სუსტად გამოხატული ნეიროტიზმის დონით, ემოციურად საკმაოდ ადაპტირებულნი აღმოჩნდნენ საკუთარ გარემოში (თუ გავითვალისწინებთ მათი სოციალური გარემოს კეთილმოწყობლობას).



სურათი №6. სანდობა

აიზენკის ტესტის მიხედვით სიცრუის საშუალო ნორმატიული მაჩვენებელი 2,3-ს შეესაბამება. I ჯგუფს აქვს საშუალოზე მაღალი მაჩვენებელი (3,12), რაც მიუთითებს რესპონდენტთა პასუხებში თვითშეღამაზების ტენდენციაზე.

დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტით ვიკვლევდით შემდეგ პარამეტრებს: ჭკუა (კოგნიტური), სიღამაზე, ჯანმრთელობა, ბედნიერება (აფექტური), წარმატება და სექსუალობა (ქცევითი). (სურათი №7).



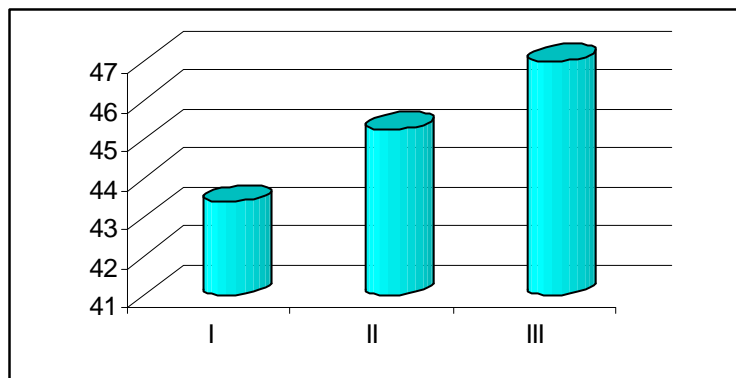
სურათი №7. დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტი.

ჩვენს შემთხვევაში გამოყენებული იყო ხუთქულიანი სკალა. (საშუალო მაჩვენებელი 2,5).

I ჯგუფის მონაცემები სარწმუნოდ განსხვავდება II და III ჯგუფის მონაცემებისაგან კოგნიტური და ქცევითი პარამეტრების მიხედვით ($p < 0,05$). შეიძლება ითქვას, რომ I ჯგუფის შედეგები სავსებით ადექვატურია, თუ

გავითვალისწინებთ აიზენკის ტესტით მიღებულ თვითშეფასებების ტენდენციას მათ პასუხებში. ასევე ადექვატურია საკონტროლო ჯგუფის შეფასებაც, რომელთა მაჩვენებლები ყველა პარამეტრით საშუალო ქულებს შეესაბამება. სარწმუნო განსხვავება გამოიკვეთა აგრეთვე I და II ჯგუფს შორის სექსუალობის პარამეტრის მიხედვით, სადაც II ჯგუფის წარმომადგენლებმა ყველაზე დაბალი შეფასება მისცეს საკუთარ თავს, ხოლო ყველაზე მაღალი – I ჯგუფმა. ეს მონაცემები შეიძლება აიხსნას იმ მიზეზით, რომ განმეორებითი დაავადების შემენა სქესობრივი გზით მოხდა. ავადობა აწინებს მათ სექსუალობას, სქესობრივ ლტოლვას და სიამოვნების მიღების ხარისხს, რაც ერთგვარად მექანიკურს ხდის სქესობრივ კავშირს. II ჯგუფის შემთხვევაში ადგილი აქვს არაადექვატურ თვითშეფასებას ჯანმრთელობის პარამეტრის მიხედვით (საშუალოზე ოდნავ მაღალი მაჩვენებელი, რაც არ შეესაბამება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას). აღნიშნული არაადექვატურობა შეიძლება გახდეს, ერთის მხრივ, სგგი-ის დაფარვის, ან იგნორირების და, მეორეს მხრივ, სქესობრივი კონტაქტის დროს დამცავი საშუალებების უგულებელყოფის მიზეზი. ინდივიდი არაადექვატური შეიძლება იყოს აგრეთვე სქესობრივი პარტნიორის შერჩევისას, კერძოდ, მისი ჯანმრთელობის შეფასებისას (ჩათვალოს, რომ პარტნიორი არ არის დაავადებული), რაც სგგი-ით განმეორებით დაავადების რისკს ზრდის.

შუბერტის რისკის კვლევის ტესტის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ სამივე ჯგუფის მონაცემები საშუალო (≈ 40) მახასიათებლებს შეესაბამება. საშუალოზე ოდნავ მაღალი (47) მაჩვენებელი აქვს საკონტროლო ჯგუფს (სურათი №8). ტესტის მიხედვით, ჯგუფებს შორის სხვაობა არ არის სარწმუნო ($p > 0,05$).



სურათი №8. შუბერტის რისკის ტესტი

სარისკო ქცევა გულისხმობს მძაფრი შეგრძნებების მიღების სურვილს (თამბაქოს ჭარბი მიღება, პარაშუტიდან ხტომა, მანქანის სწრაფი ტარება და ა.შ.). ქცევის ამ ფორმას მიეკუთვნება შემთხვევითი სქესობრივი კავშირებიც. თუ გავითვალისწინებთ სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ადრეულ ასაკს, ახლადგაცნობილ პარტნიორთან სქესობრივი ურთიერთობის დამყარების ხანმოკლე ვადას, პარტნიორთა ცვლის სიხშირეს, უცხოელებთან ურთიერთობის გამოცდილებას, ყველა ამ მაჩვენებლების მიხედვით წამყვანი პოზიცია უკავია II ჯგუფის რესპოდენტებს. მათ ამ პარამეტრებით მნიშვნელოვნად ჩამორჩებიან I ჯგუფის რესპოდენტები. ამრიგად, II ჯგუფის წარმომადგენლები, მიმართავენ რა სარისკო ქცევების ამ ტიპის ფორმებს, მუდმივად იმყოფებიან რისკის პირობებში, რაც მათ დამატებითი მძაფრი შეგრძნებების მიღების სურვილს უკარგავს.

რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფს, ისინი ყველაზე ნაკლებად მიმართავენ მსგავსი სარისკო ქცევების ფორმას. ეს განპირობებულია საზოგადოების მხრიდან ამგვარი ქცევის სტიგმატიზაციით, რის გამო ისინი სხვა სახის სარისკო ქცევებში სუბლიმირდებიან. ამით აიხსნება ერთი შეხედვით მაღალი რისკის დონე III ჯგუფის შემთხვევაში.

შვარცის ღირებულებების კვლევის მეთოდის თანახმად, ღირებულებების ანალიზი განპირობებული იყო სამივე ჯგუფის ცხოვრებისეული დამოკიდებულებებისა და პრინციპების შესაფასებლად. ნიშანდობლივად არის, რომ სტატისტიკური თვალსაზრისით სწორედ ღირებულებათა შემთხვევაში გამოიკვეთა განსხვავებები. კერძოდ, II ჯგუფი სარწმუნოდ ($p < 0,05$) განსხვავდება დანარჩენი ორი ჯგუფისგან შემდეგი ღირებულებების მიხედვით: ტრადიციონალიზმი, უნივერსალიზმი და კონფორმულობა. ტრადიციონალიზმისა და კონფორმულობის ღირებულებების მიხედვით, განმეორებით დაავადებულებს (II ჯგუფი) ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს. ამ ჯგუფის წარმომადგენლები ნაკლებად ითვალისწინებენ მათი ოჯახებისათვის და საზოგადოებისათვის დამახასიათებელ ტრადიციებსა და ღირებულებებს, ნაკლებად რელიგიურები არიან, არ ახასიათებთ ზომიერება. მათთვის საზოგადოებაში დამკვიდრებულ წესებსა და ნორმებს არსებითი მნიშვნელობა არ აქვს, უცხოა თვითშეზღუდვა, დისციპლინა, მშობლებისა და უფროსების პატივისცემა. უნივერსალიზმის ღირებულების მიხედვით, ამ ჯგუფის რესპონდენტებს ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, რაც ნიშნავს, რომ მათთვის მნიშვნელოვანია თანასწორობა, სამართლიანობა და ტოლერანტობა. ისინი საზოგადოებისაგან ითხოვენ მიმდებლობას.

II ჯგუფი ასევე სარწმუნოდ განსხვავდება I ჯგუფისაგან ($p < 0,05$) ისეთი ღირებულების მიხედვით, როგორც არის სტიმულაცია. განმეორებით დაავადებულებისათვის დამახასიათებელია სითამამე, აგზნება, ცხოვრებაში სიახლეებისა და მოულოდნელობების ძიება (ჩვენს შემთხვევაში სქესობრივ ურთიერთობებში).

რაც შეეხება I ჯგუფს, იგი განსხვავდება III ჯგუფისაგან ისეთი ღირებულებებით, როგორც არის ძალაუფლება. ამ თვალსაზრისით I ჯგუფი ყველაზე მაღალი მონაცემით ხასიათდება, ხოლო III – ყველაზე დაბალით. ამ მოტივაციურ ტიპში შემავალი ფასეულობებია: ავტორიტეტი, სიმდიდრე, სოციალური ძალაუფლება, სოციალური აღიარება, საკუთარი იმიჯის დაცვა. I ჯგუფის რესპონდენტები განსაკუთრებით მწვავედ განიცდიან საკუთარი იმიჯის და შესაბამისად რეპუტაციის დაცვის აუცილებლობას, რაც მათი თვითშეღამაზების ფაქტითაც აიხსნება.

ამრიგად, ფსიქოლოგიური მახასიათებლების თვალსაზრისით ჯგუფებს შორის რადიკალური განსხვავება მთლიანობაში არ შეინიშნება, რაც სავსებით ლოგიკურია, ვინაიდან დაავადება თავისთავად არ განსაზღვრავს არც ექსტრავერსია-ნეიროტიზმს და არც რისკის დონეს, ანუ ექსტრავერტი შეიძლება იყოს როგორც დაავადებული, ასევე სავსებით ჯანმრთელი ადამიანი. ჩვენს შემთხვევაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება იმ სოციალურ გარემოს, სადაც აღიზარდნენ ჩვენი რესპონდენტები. რაც შეეხება ღირებულებით ორიენტაციებს, აქ მიღებული თვალსაზრისით განსხვავება სავსებით ლოგიკურია, ვინაიდან ნებისმიერი ადამიანი ოპერირებს იმ ღირებულებითი ორიენტაციებით, რითაც ხელმძღვანელობს მისი უახლოესი სოციალური გარემო. ამგვარად, ჩვენს მიერ ღირებულებათა სკალაზე მიღებული

მონაცემები სავსებით ემთხვევა ზემოთ განხილულ დამოკიდებულებებსა და ქცევით მახასიათებლებს.

დასკვნები

1. საქართველოში 2000-2005 წლებში აღინიშნებოდა მხოლოდ სიფილისით ავადობის შემცირების ტენდენცია: 100 000 სულ მოსახლეზე 2000 წელს 20,3 შემთხვევიდან 2005 წელს 11,6 შემთხვევამდე. სხვა დაავადებების მხრივ შეინიშნებოდა ავადობის მატების ტენდენცია: ტრიქომონიაზით – 47,0 შემთხვევიდან 78,2 შემთხვევამდე, გონორიით – 13,3-დან 27,3-მდე, ხოლო ქლამიდიოზით – 4,5-დან 23,4-მდე.

2. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით პირველად და განმეორებით დაავადებულთა შედარებისას, დაავადებათა თანაფარდობაში მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნება.

3. სგგი-ით პირველად და განმეორებით დაავადებულებისათვის დამახასიათებელია რამოდენიმე საერთო სოციალურ-ფსიქოლოგიური და ქცევითი ნიშანი: იმპულსურობა, ქცევის შინაგანი კრიტერიუმების ჩამოუყალიბებლობა, პიროვნული ინფანტილობა, ასოციალური ქცევის მქონე რეფერენტული ჯგუფის თვალსაზრისზე დამოკიდებულება.

4. ქცევის თავისებურებებს, რომლებიც განასხვავებენ განმეორებით დაინფიცირებულ ავადმყოფებს პირველად დაავადებულებისაგან, წარმოადგენს: სქესობრივი ცხოვრების უფრო ადრეული დაწყება, ალკოჰოლის ადრეული და ჭარბი მოხმარება, დელინქენტური ქცევა, პარტნიორთან დროებითი, არამდგრადი პიროვნული ურთიერთობები, შემთხვევითი სქესობრივი კავშირებისა და იძულებითი სქესობრივი კონტაქტების სიხშირე.

5. სექსუალური ქცევის სტერეოტიპთა ფორმირებაში განსაკუთრებული როლი ეკუთვნის ოჯახის (მშობლების) დესტრუქციულ გავლენას; ოჯახში ურთიერთგაგების არარსებობა, სულიერი ურთიერთობის უკმარისობა (განსაკუთრებით მოზარდებში) იწვევს ეზოსა და სკოლის «არაფორმალურ გაერთიანებათა» უპირობო დომინირებას. ამ გაერთიანებებში ხდება სგგი-ის რისკ ჯგუფების ფორმირება, აღინიშნება «ანომიის» ფსიქოლოგიური ფენომენი.

6. ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლების მიხედვით სამივე ჯგუფში გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი განსხვავება ისეთი ღირებულებების მხრივ, როგორცაა ტრადიციონალიზმი, უნივერსალიზმი და კონფორმულობა, რაც განაპირობებს დამოკიდებულებათა და ქცევით თავისებურებებს ჯგუფებში.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. საჭიროა სგგი-ებით ავადობის აღრიცხვიანობის სრულყოფა და მასზე კონტროლი მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში, განსაკუთრებით განმეორებით დაავადებულთა შემთხვევებში.

2. მიზანშეწონილია შეიქმნას სპეციალიზებული პროფილაქტიკური ცენტრი ახალგაზრდებისა და მოზარდებისათვის მასში შემავალი საგანმანათლებლო სტრუქტურითა და «ნდობის ტელეფონით».

3. პიროვნების ფორმირების და სგგი-ის თაობაზე ინფორმირებულობის მიზნით, აუცილებელია შემუშავდეს სპეციალური პროგრამა ექიმებისა და მასწავლებლების მომზადებისათვის შემდგომში მათ მიერ მშობლებში, ბავშვებსა და მოზარდებში საგანმანათლებლო მუშაობის გასაწევად.

4. აუცილებელია სგგი-ით განმეორებით დაავადებულთა ერთობლივი გამოკვლევა დერმატო-ვენეროლოგისა და ფსიქოლოგის მიერ, რაც ხელს შეუწყობს მათ სრულყოფილ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ ნაშრომთა სია

1. ნ. ჩხიკვიშვილი. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ანალიზი.// საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 2004, №4, 20-24; (თანაავტორები: მ. პავლიაშვილი, მ. შველიძე).

2. ნ. ჩხიკვიშვილი. Клинико-эпидемиологические особенности урогенитального хламидиоза при микст-инфекции.// Материалы IX всероссийского съезда дерматовенерологов, 2005, том II, 84; (соавторы: М. Павлиашвили, М. Швелидзе).

3. ნ. ჩხიკვიშვილი. უროგენიტალური ქლამიდიოზი. ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური თავისებურებანი და პროფილაქტიკა.// 1-ლი ქართული საერთაშორისო მეცნიერულ-პრაქტიკული კონფერენციის მასალები, თბილისი, საქართველო, 2005, 20-22; (თანაავტორები: გ. გალდავა, მ. შველიძე).

4. ნ. ჩხიკვიშვილი. Хламидийная инфекция как причина воспалительных заболеваний урогенитального тракта у женщин.// ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2005, №6(25), 15-18; (соавторы: М. Швелидзе, И. Русадзе, М. Павлиашвили, Т. Качахидзе).

5. ნ. ჩხიკვიშვილი. Частота выявления и клинические аспекты течения генитального хламидиоза у женщин.// South Caucasian Dermatology and Venereology, 2005, p.35-36; (соавторы: М. Швелидзе, И. Русадзе, М. Павлиашвили, Т. Качахидзе).

6. ნ. ჩხიკვიშვილი. Эпидемиология инфекции, передаваемых половым путём в Грузии.// საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 2006, №1, 82-86. (соавторы: Г. Галдава, Т. Китуашвили).

7. ნ. ჩხიკვიშვილი. Социально-психологические и поведенческие особенности больных ИППП. // South Caucasian Dermatology and Venereology, 2006, p.12-15; (соавтор: Н. Шенгелия).