

საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

თამარ სულთანაშვილი

ავადობის სტრუქტურისა და რისკის შეფასება ქართველ სტუდენტთა პოპულაციაში

დისერტაცია

წარმოდგენილია მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელები:

პროფესორი შალვა პეტრიაშვილი

პროფესორი იამზე თაბორიძე

თბილისი

2023

სარჩევი

შესავალი 2

თავი I

ლიტერატურის მიმოხილვა..... 7

თავი II

მასალა და მეთოდები..... 40

თავი III

საკუთარი კვლევის შედეგები

3.1.საკუთარი მასალის დახასიათება..... 45

3.2. სტუდენტთა ავადობის შემსწავლელი კითხვარის ვალიდაცია..... 62

3.3. სტუდენტთა ავადობის შეფასება სქესის მიხედვით ქართველ სტუდენტებში..... 71

3.4. ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევებისა და ავადობის კავშირი აკადემიურ მოსწრებასთან 78

3.5.ცუდი აკადემიური მოსწრების პროგნოზი ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევებისა და ავადობის გათვალისწინებით..... 87

3.6. სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებების კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ და ქცევით ფაქტორებთან ქართველ სტუდენტებში 95

3.7. ქართველ სტუდენტთა ჯანმრთელობის თვითშეფასება 106

3.8. ავადობის პროგნოზი ქართველ სტუდენტებში..... 112

თავი IV

განხილვა 117

დასკვნები 127

პრაქტიკული რეკომენდაციები..... 130

ლიტერატურა 131

შესავალი

უნივერსიტეტის სტუდენტები მიეკუთვნებიან ავადობის მაღალი რისკის ჯგუფს, რადგან თანამედროვე ცხოვრების პირობებში სტუდენტებზე უმაღლეს სასწავლებელში სწავლის პერიოდში გავლენას ახდენს მთელი რიგი გარემო ფაქტორებისა, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს მათი ფიზიკურ, გონებრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ამ ფაქტორებს შორის მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მუდმივი გონებრივი, ფსიქოემოციური და ინფორმაციული სტრესი, მატერიალური პრობლემები და მუშაობის, დასვენებისა და კვების რეჟიმების ხშირი დარღვევა. კულტურის ზოგადი დონის დაქვეითება - მათ შორის სანიტარული და ჰიგიენური საშუალებების ჩათვლით, ხელს უწყობს თვითგანადგურების ქცევის გავრცელებას, როგორცაა მოწევა, ალკოჰოლი, ნარკოტიკული და ფსიქოაქტიური ნივთიერებები [106].

ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანმრთელობა და განათლება ურთიერთდაკავშირებული ფაქტორებია [28]. ხშირი ავადობა იწვევს სწავლის ეფექტურობის შემცირებას და შემდგომში პროფესიულ საქმიანობაში ხელის შეშლას.

სტუდენტთა ჯანმრთელობის პრობლემა განსაკუთრებით აქტუალურია მიმდინარე პერიოდისთვის დამახასიათებელი რთულ სოციალურ და ეკონომიკურ პირობებში.

ავადობის და სიკვდილობის გლობალური რისკები დღეს უკავშირდება ძირითადად ცხოვრების წესს [122]. ჯანსაღი ცხოვრების წესი არის მომავალი ჯანმრთელობის, პროდუქტიულობის და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მნიშვნელოვანი პროგნოზული მახასიათებელი [36].

ქალი და მამაკაცი მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებებით, ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირით, სესიაზე მოხმარებული ალკოჰოლისა და დღეში მიღებული საკვების რაოდენობით, სექსუალური პარტნიორების საერთო რაოდენობით. განსხვავებულია ფიზიკური დატვირთვა, ექიმთან ყოველწლიური შემოწმება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სკრინინგი და ჰიპერტენზიის სკრინინგი. საერთოდ, მამაკაცებს ახასიათებთ უფრო მეტი სარისკო ქცევა, ვიდრე ქალებს [26].

დღეისათვის ნაკლებად არის შესწავლილი ყოველდღიური საგანმანათლებლო საქმიანობის დროს სტუდენტთა ფიზიოლოგიური სტატუსი, ჯანმრთელობაზე მავნე ჩვევების გავლენა. სამეცნიერო ნაშრომების ანალიზი სტუდენტთა პრობლემებზე და მათ განმაპირობებელ ფაქტორებზე, ადასტურებს სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიღრმისეული შესწავლის აუცილებლობას; ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ჩატარდეს კვლევა სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, როგორც სპეციალური სოციალური ჯგუფისა, რომელიც გაერთიანებულია გარკვეული ასაკის, კონკრეტული სამუშაო და ცხოვრების პირობების მიხედვით. ინტერესს იწვევს სტუდენტთა ავადობისა და აკადემიური მოსწრების შესწავლა გენდერული განსხვავების მიხედვით.

ძილისა და სიფხიზლის რეჟიმის დარღვევა ხელს უწყობს ემოციური დაძაბულობის ზრდას, ყურადღების დაქვეითებას და სტუდენტების როგორც ფსიქო-ემოციური, ასევე ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუარესებას და გავლენას ახდენს ძილის ხარისხზე [136]. ამასთან დაკავშირებით, სტუდენტებისთვის - განსაკუთრებით პირველი კურსის სტუდენტებისთვის სასწავლო დატვირთვის შედგენის უფრო დიფერენცირებული მიდგომის აუცილებლობა განისაზღვრება ახალ საცხოვრებელ პირობებთან მათი ნაკლებად ადაპტაციისა, ძილის ხანგრძლივობისა და ხარისხის დაქვეითებასთან დაკავშირებული უარყოფითი ფაქტორების ჭარბი ზემოქმედების გამო [133].

სამედიცინო სტუდენტების ცხოვრების წესს ახასიათებდა ფიზიკური აქტივობის მკვეთრი დაქვეითება, ყოველდღიური რეჟიმის შეუსრულებლობა, არარაციონალური კვება, მოწევა, ალკოჰოლის მოხმარება, დაბალი სამედიცინო აქტივობა, რაც ხელი უწყობს ავადობის ზრდას, მის სტრუქტურაში საჭმლის მომწელებელი სისტემის, სუნთქვის, ნერვული სისტემის დაავადებების უპირატესი განვითარებით. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ შემთხვევების 85%-ში არსებობს რისკ-ფაქტორების გარკვეული კომბინაცია: მოწევა, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ჭარბი წონა, ალკოჰოლის მოხმარება და ა.შ. სტუდენტებს შორის არის ჯანსაღი ცხოვრების წესის და ჰიგიენური მოთხოვნების დარღვევის ტენდენცია. ჯანსაღი ცხოვრების წესის ელემენტების ფიზიოლოგიური მექანიზმების საფუძვლების ცოდნა სამედიცინო სტუდენტების მიერ, არ იძლევა მის სავალდებულო განხორციელების

გარანტიას [138]. საგანგაშოა დეპრესიის, შფოთვისა და სტრესის სიმპტომების მაღალი გავრცელება უნივერსიტეტის სტუდენტებში, რაც აჩვენებს პირველადი და მეორადი პრევენციის ღონისძიებების აუცილებლობას ამ ჯგუფისთვის ადეკვატური და შესაბამისი დამხმარე სერვისების შემუშავებით[19].

ყოველივე ზემოთქმული ადასტურებს სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიღრმისეული შესწავლის, მონიტორინგსა და ინფორმაციულ სისტემებზე დაფუძნებული პროგნოზირების სისტემის შექმნის აუცილებლობას.

კვლევის მიზანია ავადობის სტრუქტურის დადგენა საქართველოს უნივერსიტეტების, სტუდენტი ახალგაზრდობის ცხოვრების და ჯანმრთელობის სამედიცინო და სოციალური შესწავლის საფუძველზე და პროგნოზირების სისტემის შემუშავება.

ამოცანები:

1. ქართველ სტუდენტთა ავადობის სტრუქტურისა დადგენა;
2. ცხოვრების წესის და მანვე ჩვევების სიხშირის დადგენა ქართველ სტუდენტთა პოპულაციაში;
3. სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებების კავშირის დადგენა სოციალურ-ეკონომიკურ და ქცევით ფაქტორებთან ქართველ სტუდენტებში;
4. ავადობის საგამოცდო ციკლთან კორელაციების განსაზღვრა;
5. ავადობის რისკის ფაქტორების დადგენა;
6. ცუდი აკადემიური მოსწრების რისკის ფაქტორების დადგენა ავადობისა და ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევების გათვალისწინებით;
7. სტუდენტობის პერიოდში გამოვლენილ დაავადებათა პროგნოზირება ქართველ სტუდენტებში.

სამეცნიერო სიახლე

პირველად ქართველ სტუდენტთა პოპულაციაში დადგინდა:

- ქართველ სტუდენტთა ავადობის სტრუქტურა.
- კავშირი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, სოციალურ-ეკონომიკურ და ქცევით ფაქტორებს შორის.
- ავადობის საგამოცდო ციკლთან კორელაციები.
- შრომისა და დასვენების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის და მავნე ჩვევების სიხშირე
- ავადობის რისკის ფაქტორები.
- ცუდი აკადემიური მოსწრების რისკი ფაქტორები ავადობისა და ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევების გათვალისწინებით.
- ავადობის პროგნოზი ქართველ სტუდენტთა პოპულაციაში.

პრაქტიკული ღირებულება

კვლევის შედეგები ხელს შეუწყობს სტუდენტთა ავადობის სტრუქტურის დადგენას და შემდგომში პროფიაქტიკური ღონისძიების გატარებას, ავადობის რისკის ჯგუფის გამოყოფისა და დაავადებათა პროგნოზირებისა და პრევენციის საშუალებას.

სტუდენტი ახალგაზრდების ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ავადობის კვლევის შედეგები შეიძლება გახდეს საინფორმაციო ბაზა და საფუძველი სტუდენტებისთვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროგრამების დაგეგმვისა და ორგანიზებისთვის.

პუბლიკაციები და აპრობაცია:

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 5 სამეცნიერო ნაშრომი რეცენზირებად და რეფერირებად ჟურნალებში, მათ შორის 3 საერთაშორისო მიმოქცევაში მყოფ იმპაქტ ფაქტორის მქონე ჟურნალში.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ სამეცნიერო ნაშრომთა ნუსხა:

1. Sultanishvili T, Khetsuriani R, Sakvarelidze I, Arabuli M, Petriashvili Sh. Morbidity assessment according to gender in georgian students. Georgian medical news. 2021;32(12): 91-96
2. Sultanishvili T, Petriashvili Sh, Taboridze I. Health Risk Behavior and Morbidity Among Georgian Students and Prognosis of Poor Academic Performance. East European Scientific Journal. 2022.1(77): 51-60.
3. Sultanishvili T, Khetsuriani R, Sakvarelidze I, Arabuli M, Abaishvili N, Petriashvili Sh. Socioworld. 2021; 7(1): 66-71.
4. სტუდენტთა ავადობის შემსწავლელი კითხვარის ვალიდაცია. სულთანშივილი თ, პეტრიაშვილი შ, არაბული მ, ჭლიკაძე ნ. თაბორიძე ი. გურამ ტატიშვილის საქართველოს ქირურგიის მაცნე, 2021; N9: 57-62.
5. სტუდენტობის პერიოდში გამოვლენილ დაავადებათა პროგნოზირება ქართველ სტუდენტებში. სულთანშივილი თ, ხეცურიანი რ, არაბული მ, წიკლაური მ, პეტრიაშვილი შ. სამეცნიერო ჟურნალი სპექტრი. 2022; N6: 31-42

სადისერტაციო ნაშრომის სტრუქტურა

ნაშრომი წარმოდგენილია 142 გვერდზე და შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, საკუთარი კვლევის შედეგების 8 თავი, მიღებული შედეგების ანალიზი, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები. გამოყენებული ლიტერატურის სია, რომელიც მოიცავს 152 წყაროს. შედეგები ასახულია 20 დიაგრამასა და 19 ცხრილში.

თავი I

ლიტერატურის მიმოხილვა

სტუდენტების ჯანმრთელობის პრობლემა სულ უფრო და უფრო იპყრობს პედაგოგებისა და ექიმების ყურადღებას. თანამედროვე სტუდენტების ცხოვრების სტილის ერთ-ერთი მთავარი მახასიათებელია შეზღუდული ფიზიკური აქტივობა, დიდი ინფორმაციული დატვირთვა, რაც უარყოფითად მოქმედებს ორგანიზმის ყველა სისტემაზე და იწვევს მისი კომპენსატორულ-ადაპტაციური რეაქციების შემცირებას. სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა პირდაპირ კავშირშია არსებულ ადაპტაციურ რეზერვებთან. ორგანიზმის დამცავი ძალების დაქვეითება იწვევს სხვადასხვა დაავადების ჩამოყალიბებას. ასეთ პირობებში სტუდენტთა ორგანიზმის ფუნქციონირება შესაძლებლობის მიჯნაზე მიმდინარეობს და ხშირად ესაზღვრება პათოლოგიას [129].

მონაცემები მიუთითებენ სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზულ გადახრებზე უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდში. სწავლის მეორე წლისთვის დაავადებათა რიცხვი იზრდება 23%-ით, ხოლო მეოთხეზე - 43%-ით [144]. ზოგიერთი კვლევით, რესპონდენტებს შორის აბსოლუტურად ჯანმრთელი ადამიანები არ არიან. მომავალ ექიმებში ყველაზე გავრცელებული გადახრებია: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის და ნერვული სისტემის დაზიანება [139].

ჯანმრთელი ქცევის ერთ-ერთი ინდიკატორია პრევენციული ღონისძიებებისაკენ ადამიანის სწრაფვა. საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპული შეხედულების მიხედვით, პრევენციულ ჯანმრთელობას ძირითადად ასაკოვანი ადამიანები საჭიროებენ. ამ მხრივ, საინტერესოა, ახალგაზრდების დამოკიდებულება ამ საკითხის მიმართ. ჯანმრთელი ქცევის შესწავლამ სტუდენტებში თვითადმინისტრირებადი კითხვარების მეშვეობით აჩვენა, რომ ჯანმრთელი ქცევა სტუდენტებში არც თუ ისე მყარია. რესპონდენტთა უმრავლესობა არ მიმართავს ექიმს

პრევენციის მიზნით, ხოლო პრევენციული ჯანმრთელობის მიმართ სტუდენტთა დაბალი მოტივაცია განპირობებულია შემდეგი ფაქტორებით: ახალგაზრდებში ავადობის დაბალი რისკი, ქვეყნის დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონე, პირველადი ჯანდაცვის ნაკლები განვითარება, საზოგადოების მცირე ინტერესი პრევენციული ჯანმრთელობის მიმართ. დაბალია სტუდენტების ინფორმირებულობა ქვეყანაში მოქმედი სკრინინგ პროგრამების შესახებ [3].

ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანმრთელობა და განათლება ურთიერთდაკავშირებული ფაქტორებია [27]. დადგენილია ჯანმრთელობის ქვეყნისა და ინდიკატორების გავლენა უნივერსიტეტის სტუდენტების აკადემიურ მიღწევებზე, მაგალითად, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, ძილის უკმარისობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობა საზიანოა აკადემიური მიღწევებისთვის [105].

სტუდენტური ასაკი კონკურენციის ასაკია. მთელ მსოფლიოში მეცნიერულმა და ტექნოლოგიურმა წინსვლამ ადამიანი ძალიან მოტივირებული და მგრძობიარე გახადა სწავლის, პროფესიის, ცხოვრების სტილის, ურთიერთობების მიმართ და ა.შ. ამ უზარმაზარმა პროგრესმა გარკვეული პრობლემები წარმოშვა. დღევანდელი მსოფლიოს ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა არის "სტრესი". თითოეულ ადამიანს აქვს უნიკალური ბუნება შესაძლებლობების, დამოკიდებულების, პიროვნული მახასიათებლებისა და ინტერესების თვალსაზრისით. ყველა სფეროში კონკურენციის გამო ახალგაზრდები განიცდიან სტრესის დიდ გავლენას. მაღალი აკადემიური მოსწრების სურვილი სტუდენტებში ქმნის იმდენად დიდ სტრესს, რომ ისინი ვერ ახერხებენ თავიანთი ძირითადი პოტენციალის გამოყენებას. აკადემიური სტრესი გამოწვეულია არა მხოლოდ მასწავლებლების, საზოგადოებისა და მშობლების მაღალი მოლოდინებით, არამედ მოსწავლის ოჯახის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო. სტუდენტის ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რამდენადაც, დღევანდელი თაობის საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე სტუდენტებს შორის ზოგადი ტენდენციაა თავიანთი ოჯახის ცხოვრების დონის ამალღების სურვილი. ამ დონის ასამალღებლად მათ უნდა მიიღონ კარგი სამუშაო ადგილი და, შესაბამისად, ისინი უფრო მეტად აცნობიერებენ კარიერის მნიშვნელობას, ვიდრე სტუდენტები დიდი შემოსავლის მქონე ოჯახებიდან. ასე რომ, აკადემიური სტრესის დონე მათ

შემთხვევაში მეტია, ვიდრე სხვა სტუდენტებში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის შესაძლებლობა, დამაკმაყოფილებლად მოერგოს გარემოს სხვადასხვა ზემოქმედებას, და ფსიქიკური ჰიგიენა, როგორც საშუალება ამ კორექტირების უზრუნველსაყოფად. ამრიგად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზემოაღნიშნული განმარტებების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ ტერმინი ფსიქიკური ჯანმრთელობა სხვადასხვანაირად გამოიყენებოდა ფსიქოლოგების, ფსიქიატრების მიერ და გავლენას ახდენს მრავალი ფაქტორით, როგორცაა ინტელექტი, პიროვნება, განათლების დონე, აკადემიური მოსწრება და ფიზიკური ჯანმრთელობა. და ა.შ. ემოციურად ჯანსაღი პიროვნებები იღებენ საკუთარ თავს ისეთებს, როგორებიც არიან ყველა მათი სუსტი და ძლიერი მხარეებით. ისინი რჩებიან კონტაქტში რეალობასთან და შეუძლიათ გაუმკლავდნენ სტრესს და იმედგაცრუებას. ისინი ასევე დამოუკიდებლად მოქმედებენ გარე გავლენისგან და ავლენენ ნამდვილ ზრუნვას სხვა ადამიანების მიმართ. ადამიანს ენიჭება პოზიცია სოციალური კლასის იერარქიაში ისეთი ფაქტორების მიხედვით, როგორცაა, შემოსავალი, პროფესია, სახლის მდებარეობა, წინაპრები, ჯგუფის წევრობა და განათლება [75].

რაც უფრო მაღალია შემოსავალი, მით უფრო მაღალია ადამიანის ჯანმრთელობაზე პრევენციული ზრუნვის დონე, რაც უფრო დაბალია მშობლის ოჯახის შემოსავალი, მით უფრო ხშირად აღინიშნება ჯანმრთელობის რეალური გაუარესება. ოჯახის ცხოვრების დონე პირდაპირ კავშირშია ავადობის სიხშირესთან: დაბალშემოსავლიან ოჯახებში დაავადებული სტუდენტები შეადგენენ მესამედს, მდიდარ ოჯახებში - მეხუთედზე ნაკლებს. სტუდენტების უმეტესობა არ მიდის ექიმებთან და ცდილობს თვითმკურნალობას; ან ექიმთან მიდის მხოლოდ მძიმე ავადმყოფობის შემთხვევაში, ან სამედიცინო დახმარებას მიმართავენ, როცა თვითმკურნალობა უშედეგოა და ჯანმრთელობის მდგომარეობა უარესდება. გოგონები უფრო ყურადღებიანები არიან თავიანთი ჯანმრთელობის მიმართ და უფრო ხშირად მიმართავენ სამედიცინო დახმარებას, ვიდრე ბიჭები [149].

ჯანმრთელი ქცევა ქართველ სტუდენტებში არც თუ ისე მყარია. რესპონდენტთა უმრავლესობა არ მიმართავს ექიმს პრევენციის მიზნით [63].

ჯანსაღი ცხოვრების წესი მომავალი ჯანმრთელობის პროდუქტიულობის და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მნიშვნელოვანი პროგნოზული მახასიათებელია [37].

ცხოვრების წესი შესაძლოა მოიცავდეს სხვადასხვა რისკის შემცველ ქცევას, როგორცაა, ალკოჰოლის და/ან თამბაქოს მოხმარება, ფიზიკური უმოქმედობა, არაჯანსაღი დიეტა და სხვა [33,89].

დაავადებათა უმეტესობა მჭიდრო კავშირშია ჯანმრთელობის რისკის შემცველ ქცევასთან, რომელიც იყოფა ექვს კატეგორიად: ქცევა, რომელიც ხელს უწყობს უნებლიე და განზრახ დაზიანებებს; თამბაქოს გამოყენება; ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარება; სექსუალური ქცევები; არაჯანსაღი დიეტური ქცევები და ფიზიკური უმოქმედობა [76]. ჯანმრთელობის რისკების დაძლევა შესაძლებელია ცხოვრების წესით, რომელიც მოიცავს რეგულარულ ფიზიკურ დატვირთვას, სწორ კვებას, არაჯანსაღი ქცევის აღმოფხვრას, რეგულარულ სამედიცინო შემოწმებას და კარგი ემოციური ჯანმრთელობის შენარჩუნებას [51]. გლობალური ტენდენციები მიუთითებს უფრო არაჯანსაღი ქცევისა და ცხოვრების წესისკენ წანაცვლებაზე.

უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სწავლა არის პროცესი, რომელიც დაკავშირებულია დიდ ფსიქო-ემოციურ სტრესთან, ჩვეული ყოველდღიური რუტინისა და ცხოვრების რიტმის ცვლილებასთან, რასაც ხშირად თან ახლავს საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა, სოციალური წრის ცვლილება და თავისუფალი დროის გადანაწილება ახალგაზრდობისა და ახალგაზრდა ასაკის ადამიანებისთვის. თანამედროვე პირველკურსელები შესწავლილი მასალის დიდი მოცულობის გამო აღმოჩნდებიან ახალ სოციალურ და ფსიქოფიზიოლოგიურ პირობებში, ასევე აქტიური საგანმანათლებლო და სამეცნიერო საქმიანობის უჩვეულო პირობებში. ამ სოციალური ჯგუფის ცხოვრების წესი არის მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი მთავარი ფაქტორი. ჯანსაღი ცხოვრების წესი დადებითად აისახება მოზარდის სხეულზე, მის პიროვნულ თვისებებზე და აკადემიურ მოსწრებაზე, ვინაიდან სწავლის პროდუქტიულობა და მოსწავლის ჯანმრთელობა ურთიერთდამოკიდებულია - რაც უფრო ძლიერია ჯანმრთელობა, მით უფრო ეფექტურია სასწავლო პროცესი [135].

ახალგაზრდების გადასვლა უნივერსიტეტის გარემოში წარმოადგენს მნიშვნელოვან მიმართულებას და ნაბიჯს პირადი დამოუკიდებლობისკენ და მშობლების პირდაპირი ზედამხედველობისგან განთავისუფლებისკენ [58, 108], რაც წარმოადგენს სტრესულ გამოცდილებას, რადგან ეს ახალგაზრდები უნდა მოერგონ

მათი ცხოვრების სტილის ცვლილებებს. ეს ცვლილებები შეიძლება მოიცავდეს აკადემიურ დატვირთვას, ახალ გარემო, ფინანსურ და სოციალური წნეხს [30].

კვლევები ასევე მიუთითებს, რომ უნივერსიტეტის სტუდენტებს უფრო მეტი სოციალური ზეწოლა აქვთ უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდში მათ საშუალო სკოლის წლებთან შედარებით [55]. ჯანმრთელობაზე მოქმედებს: არასახარბიელო სოციალური მდგომარეობა და საცხოვრებელი ადგილის ცუდი ეკოლოგიური პირობები, სოციალური და სამედიცინო დახმარების დაბალი ხელმისაწვდომობა და პრევენციული ღონისძიებების არარსებობა. პ. ბურდიეს კონცეფციის მიხედვით, არსებობს პირდაპირი კავშირი ინდივიდის სოციალურ ფენასა და მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის. ახალგაზრდის გარკვეულ სოციალურ კლასს მიკუთვნებულობის მაჩვენებელია მატერიალური შემოსავალი, განათლების დონე და პროფესიული სტატუსი [143].

უსაფრთხო საგანმანათლებლო გარემოს უზრუნველყოფა არის უნივერსიტეტის მასწავლებლის პროფესიული საქმიანობის გაუმჯობესების, უმაღლესი განათლების ჰუმანიზაციის საფუძველი, ხოლო თავად უსაფრთხოება მისი ხარისხობრივი მახასიათებლების განმსაზღვრელი ფაქტორია. სტუდენტების ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური უსაფრთხოების ფორმირების ინტეგრალურ სტრუქტურაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს მათი შემოქმედებითი შესაძლებლობების მუდმივი გარდაქმნის უნარი. ეს გამოვლინებები ყველაზე წარმატებით ყალიბდება უსაფრთხო საგანმანათლებლო გარემოში, რომელიც აკმაყოფილებს სოციალურ-პედაგოგიური პროცესის გარკვეულ მნიშვნელობებს და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პიროვნების შემდგომ განვითარებაზე, როგორც მაღალკვალიფიციური სპეციალისტებისა [132].

დღის განმავლობაში სტუდენტი ასრულებს ხანგრძლივ და მძიმე გონებრივ სამუშაოს, რომელიც შერწყმულია ჰიპოკინეზიისა და ჰიპოდინამიის ფაქტორებთან. ისინი იწვევენ სხეულის სპეციფიკური ფუნქციური სტატუსის ფორმირებას, რომელიც ხასიათდება სხეულის ფუნქციური სისტემების აქტივობის დაქვეითებით [145].

ჯანსაღი ცხოვრების წესის კვლევამ რუს სტუდენტებში აჩვენა, რომ სტუდენტები აღიარებენ საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნების მნიშვნელობას, მაგრამ მისდევენ არაჯანსაღ ცხოვრების წესს და უფრო ხშირად უარს ამბობენ სპორტზე და დაავადებების პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე.

ხაზგასმულია, რომ სამედიცინო უნივერსიტეტების სტუდენტების ჯანსაღი ცხოვრების წესი უფრო გამონაკლისია, ვიდრე გავრცელებული პრაქტიკა [95].

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, საჯარო პოლიტიკის შემქმნელები ჯანსაღი ჩვევების პოპულარიზაციისთვის იყენებენ ახალ ინსტრუმენტებს ქცევითი ეკონომიკის მეცნიერებებიდან და სოციალური ფსიქოლოგიიდან. თუმცა, მათ გამოყენებამდე უნდა გაანალიზდეს მოსახლეობის მიერ მიმღებლობის ხარისხი. იმის დასადგენად, არის თუ არა კავშირი უნივერსიტეტის სტუდენტების ცხოვრების წესსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის ხელშეწყობის ინსტრუმენტების მიღების ხარისხს შორის, ჩატარდა ჯვარედინი კვლევა 590 უნივერსიტეტის სტუდენტის მონაწილეობით ესპანეთის უნივერსიტეტებიდან (95% CI, $\alpha=5\%$) ონლაინ კითხვარის გამოყენებით. აღმოჩნდა, რომ უნივერსიტეტის სტუდენტ ახალგაზრდობას ახასიათებთ არაადეკვატური დიეტა, ხილისა და ბოსტნეულის დეფიციტური მოხმარებით (მხოლოდ 27.8% მოიხმარს მათ დღეში რამდენჯერმე, რეკომენდებული დღიური რაოდენობაა 5 ცალი) და უსარგებლო საკვების, ალკოჰოლის დიდი მოხმარებით (68.81% და 63,39%, შესაბამისად, მოიხმარდა კვირაში 1-დან 2-ჯერ) და ხორცს (კვირაში 3-დან 4-ჯერ მოიხმარდა 46,61%). სოციო-დემოგრაფიული ცვლადების საკვებთან კორელაციით მნიშვნელოვანი შედეგები იქნა ნანახი. მამაკაცთა ჯგუფს, ყველაზე ახალგაზრდა სტუდენტებს, რომლებიც უფრო მეტად უჭერენ მხარს პოლიტიკურ მემარჯვენებს და მისდევენ რელიგიას, ახასიათებთ ყველაზე მავნე ჩვევები [24].

სტუდენტების 74,9% იწყებს საკუთარი ჯანმრთელობისადმი ყურადღების მიქცევას, მხოლოდ ჯანმრთელობის გაუარესების და დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში, 3,61% - ახლობლების შეხსენებისას, გამოკითხულთა მხოლოდ 20,23% რეგულარულად აკონტროლებს თავის ჯანმრთელობას. ჯანსაღი ცხოვრების წესის წარმართვის სურვილს, სტუდენტების გამოკითხვების მიხედვით, ხელს უშლის დროის ნაკლებობა - 7,8%, ნებისყოფის ნაკლებობა - 28,98%, აუცილებელი პირობების არარსებობა - 22,68%, ფინანსური სირთულეები - 10,54% [147].

სასწავლო წლები არის დაუცველობის პერიოდი ძილის პრობლემებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხრივ. მზარდია მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ძილის ცუდი რეჟიმი დაკავშირებულია აკადემიურ ცხოვრებასთან და დაბალ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობასთან. ჩატარდა ძილის ჩვევების მნიშვნელობის

შესწავლა და ძილის პრობლემების ასოციაციების დადგენა აკადემიური ცხოვრების ხარისხთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა განზომილებებთან (მაგ. შფოთვა, შფოთვა, თვითრეგულირება და გამძლეობა) კოლეჯის სტუდენტების დიდ რაოდენობაზე. HBSC/JUnP მონაცემთა ბაზა მოიცავდა 2991 კოლეჯის სტუდენტის კვლევის შედეგს ($n=2203$; 73.7% ქალი), 18-დან 35 წლამდე ასაკის (22.43 ± 3.83). მონაწილეთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები მოიცავდა სქესსა და ასაკს. გარდა ამისა, მონაწილეებს ეკითხებოდნენ ძილის ხანგრძლივობას, მათი ძილის ჩვევების მახასიათებლებს, აკადემიური ცხოვრების ხარისხს - კერძოდ, უნივერსიტეტში მოწყენილობის შეგრძნება, აკადემიური მუშაობისა და აკადემიური მოსწრების აღქმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, კერძოდ, შფოთვა, ძილის თვითრეგულირება და გამძლეობა. შედეგებმა აჩვენა, რომ ახალგაზრდების უმეტესობა აღნიშნავს ძილის ჩვევების საშუალო მნიშვნელობას ($M=4.41$; $SD=1.46$) და რომ მათ ღამით საშუალოდ 7 საათი სძინავთ. ახალგაზრდების ნახევარზე მეტი აღნიშნავდა, რომ ან განიცდის დაძინების სირთულეს, ან ავლენს უძილობის ნიშნებს (67.7%). ჩატარებულმა ანალიზებმა აჩვენა, რომ დაძინების სირთულე (უძილობა) დაკავშირებულია აკადემიური მოსწრების ცუდ/გონივრულ აღქმასთან, შფოთვის მაღალ დონესთან და თვითრეგულირებისა და გამძლეობის დაბალ დონეებთან, რაც საფრთხეს უქმნის კოლეჯის სტუდენტების ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. თავის მხრივ, ეს მახასიათებლები ასევე დაკავშირებული იყო ძილის ცუდ ჩვევებთან [93].

ჯანსაღი ცხოვრების წესი, როგორც ადამიანის ფიზიკური და ფსიქო-ემოციური ჯანმრთელობის შენარჩუნების ინტეგრირებული მიდგომა, მოიცავს მთელ რიგ ასპექტებს. როგორც ფსიქოლოგიური, ასევე ფიზიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნების მნიშვნელოვანი და მნიშვნელოვანი ასპექტია ძილი, როგორც რეგულირების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფსიქოფიზიოლოგიური მექანიზმი [148].

მრავალმა კვლევამ აჩვენა, რომ დასაძინებლად ოპტიმალური დრო 22-23 საათია, ხოლო ძილის ხანგრძლივობა 7-9 საათი, თუმცა სამუშაო და დასვენების პირობების ცვლილების გამო, ძილის ჰიგიენას სტუდენტები იშვიათად იცავენ. სამედიცინო სტუდენტების დაახლოებით 75.0% 23:00 საათზე გვიან იძინებს. სტუდენტების დაახლოებით 95.0%-ს არ აქვს ღამის ძილის მკაფიო განრიგი, საიდანაც 40.0%-ზე მეტს სძინავს 6 საათზე ნაკლებს დღეში, რაც უარყოფითად აისახება მათ ფიზიკურ და

ფსიქოლოგიურ მდგომარეობასა და შესრულებაზე - შემცირებულია სმენითი მახსიერება და ტოლერანტობა ფიზიკური და გონებრივი სტრესის მიმართ. ძილის ნაკლებობისას გროვდება როგორც ფიზიკური, ასევე ემოციური დადლილობა, რაც თავის მხრივ ამცირებს კონცენტრაციას და ყურადღების და აღქმის სტაბილურობას, ასევე ზრდის სტუდენტების გაღიზიანებას და მგრძობელობას სტრესული სიტუაციების მიმართ, რამაც მომავალში შეიძლება გამოიწვიოს შფოთვა-დეპრესიის განვითარება. ამგვარად, კოგნიტურ-აფექტური ქვესკალის მიხედვით სიმპტომების კრიტიკული და გამოხატული დონე აქვს გოგონების 26.0%-ს და ვაჟი სტუდენტების 16.0%-ს, ხოლო სომატიზაციის ქვესკალის მიხედვით გოგონებში იგივე მაჩვენებელია 4.0% და ბიჭებში 4.0%, რაც მიუთითებს კოგნიტური ფუნქციების ცვლილებებზე და არა ფსიქოსომატური დაავადებების განვითარებაზე [132, 147].

უნივერსიტეტის სტუდენტებს ჩვეულებრივზე ნაკლები სძინავთ [83,10] ახალი სოციალური გარემო, დატვირთული განრიგი, საძილე გარემოს ცვლილება, ღამით ხმაურის შეგრძნება და ღამის წვეულებებში მონაწილეობა ცვლის ძილის ხარისხს და შედეგად იწვევს აკადემიურ წარუმატებლობას [39,82].

სტუდენტების 61,5% იძინებს 24:00 საათამდე, სტუდენტების 78,8%-ს უჭირს დილით ადგომა, ხოლო 61,5% შემთხვევაში ისინი საკმარისად არიან დამოკიდებული მალვიდარაზე, რაც მეტყველებს ძილის ცუდ ხარისხზე ან მის არადამაკმაყოფილებელ მოთხოვნილებაზე [134].

იმის გამო, რომ ძილს აქვს ჩვენი ცხოვრების თითქმის ყველა ასპექტში გაჩნდა ცირკადული რითმების დარღვევების მონიტორინგი. ჩატარდა პოლონელ სტუდენტებს შორის ძილის დარღვევების გავრცელების შეფასება (მათ შორის ცხოვრების ხარისხის (QOL) და ნარკოტიკების მოხმარების). კვლევამ ასევე გამოიკვლია კავშირი ძილს, QoL-სა და ნარკოტიკების მოხმარებას შორის. კვლევა ჩატარდა 2016-2021 წლებში თვითადმინისტრირებადი სოციოდემოგრაფიული კითხვარის, ასევე სტანდარტიზებული ფსიქომეტრიული ინსტრუმენტების საფუძველზე: Athens Insomnia Scale (AIS), Epworth Sleepiness Scale (ESS) და Manchester Short Assessment of life of quality (MANSA). კვლევაში მიიღო მონაწილეობა სულ 14844 სტუდენტმა. უმრავლესობა იყო ქალი (80.7%), რომელთაგან 3425 (23.1%) იყო სამედიცინო სტუდენტი, ძირითადად სამედიცინო და სტომატოლოგიურ

ფაკულტეტებიდან - 1884 (57.2%). COVID-19-ის პანდემიამდე შეგროვდა გამოკითხვების 52.1%; გამოკითხულთა 54.1%-ს აღენიშნებოდა უძილობა, როგორც ეს AIS-ის ქულებიდან ჩანს, ხოლო 26.1%-ს აღენიშნებოდა ძილიანობა დღის განმავლობაში. კოლეჯის პირველი კურსის ქალი სტუდენტები, უფრო ხშირად განიცდიდნენ ძილის დარღვევას. ნარკოტიკების მოხმარება ფართოდ იყო გავრცელებული პოლონელ სტუდენტებში, რაც დაკავშირებულია ძილის შეფასების შედეგებთან და QoL-თან. დასასრულს, ძილის დარღვევა პოლონელ სტუდენტებს შორის მნიშვნელოვანი კლინიკური პრობლემაა. მდებარეობითი სქესის და უმცროსი სტუდენტების წლები უფრო მიდრეკილია ძილის ნაკლებობისკენ [17].

უნივერსიტეტის სტუდენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი განიცდის ძილის ცუდ ხარისხს. აღქმული სტრესის დონე, დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომები სარწმუნოდ იყო დაკავშირებული ძილის ხარისხთან. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და სტუდენტებისთვის საგანმანათლებლო პროგრამები ხაზს უსვამს ძილისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელობას [65].

სტუდენტების ნახევარს (50.1%; 95% ნდობის ინტერვალი [CI], 45.7-54.5%) ჰქონდა ძილის ცუდი ხარისხი, უმცირესობა (5.7%) იღებდა ძილის წამლებს კვირაში ერთხელ ან ორჯერ მაინც. დაახლოებით ერთ მეოთხედს (24.4%; 95% CI, 21.7-27.1%) ჰქონდა ფსიქოლოგიური დისტრესი. დემოგრაფიულ ფაქტორებს შორის, კვლევის წელი ($\chi^2=13.80$ [$P<.01$]) მნიშვნელოვანი ასოცირდება ძილის ცუდ ხარისხთან. ფსიქოლოგიური დისტრესი და დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომები ასევე მნიშვნელოვნად ასოცირდება ცუდი ძილის ხარისხთან. სწავლის წელი, ფსიქოლოგიური დისტრესი და შფოთვის სიმპტომები იყო სტუდენტების ძილის ხარისხის მნიშვნელოვანი პრედიქტორები. ფსიქოლოგიურ დისტრესსა და ძილის ხარისხს შორის ძლიერი კავშირი კიდევ უფრო უსვამს ხაზს ჯანსაღი ქცევის ჩვევების პროპაგანდირების სარგებელს, რომელსაც შეუძლია გააუმჯობესოს ოპტიმალური ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ძილის ხარისხი ბაკალავრიატის სტუდენტებში [103,106].

იზრდება უნივერსიტეტის იმ სტუდენტების რიცხვი, რომლებსაც აქვთ ცუდი ძილი და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის პრობლემები. კერძოდ, პრობლემები უფრო მწვავედ დგას ბაკალავრიატის ბოლო კურსის სტუდენტებს შორის, რადგან

ისინი განიცდიან გარდამავალ პერიოდს საუნივერსიტეტო ცხოვრებიდან სამუშაო ადგილზე. თუმცა, არსებული კვლევები იშვიათად იკვლევდნენ უნივერსიტეტის ბოლო კურსის სტუდენტების ძილის ხარისხს და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას. ძილის ხარისხის როლის უკეთ გასაგებად ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაში, გამოიკვლიეს კავშირი ძილის სხვადასხვა ხარისხსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის. ჩინეთში 2495 სრულ განაკვეთზე ბოლო კურსის სტუდენტის ჯვარედინი გამოკითხვის საფუძველზე, მრავალცვლადი ლოგისტიკური რეგრესიის გამოყენებით ძილის ხარისხსა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას შორის კავშირის შესაფასებლად სოციოდემოგრაფიული ფაქტორების კონტროლით, როგორცაა ასაკი, სქესი, განათლება, ქორწინება ან ურთიერთობის მდგომარეობა, საყოფაცხოვრებო პირობები, დაბადების ადგილი, სასწავლო სუბიექტები და ა.შ. კვლევის შედეგების მიხედვით, დადგინდა ძლიერი კავშირი ძილის ხარისხსა და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას შორის. ნორმალური ძილის ხარისხი დაკავშირებულია ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის მაღალ დონესთან. ამის საპირისპიროდ, ცუდი ძილის ხარისხი დაკავშირებულია ნეგატიური ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის მაღალ დონესთან. კოვარიაციებს შორის ასაკი, სქესი და განათლება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე [126].

კონტინენტური ჩინეთის უნივერსიტეტის სტუდენტების კვლევამ აჩვენა, რომ 413 სტუდენტიდან 41,4%-ს ჰქონდა ცუდი ძილის ხარისხი. სქესს, აკადემიურ სტრესს, ფსიქოლოგიურ სტატუსს, კარგ ფიზიკურ მდგომარეობას და ძილის ჰიგიენას მნიშვნელოვანი პირდაპირი გავლენა ჰქონდა ძილის ხარისხზე [6].

ასოციაციები სოციალურ ურთიერთობებსა და ძილის სტატუსს შორის გაანალიზებული იყო რეგრესიის მოდელების გამოყენებით პოტენციური ფაქტორების კორექტირების შემდეგ. მამაკაცებს უფრო კარგად სძინავთ, ვიდრე ქალებს. დაბალი სოციალური სტრესი, სტრესის უკეთესი მართვა და კარგი სოციალური მხარდაჭერა იყო დაკავშირებული ძილის უკეთეს სტატუსთან, ხოლო სტრესი ან მხარდაჭერა მეგობრების, ოჯახის წევრებისა და თანაკლასელებისგან - ეს ყველაფერი დაკავშირებული იყო ძილის ცვლადებთან. მაშინ როცა მხოლოდ სუსტი ასოციაციები გამოვლინდა მეგობრების რაოდენობასა და ძილს შორის. შედეგები მსგავსი იყო მამაკაცებსა და ქალებში [56].

ფსიქოსოციალური სტრესი, მწვავე ან ქრონიკული, ასოცირდება სისტემური ანთების მომატებულ დონესთან. არასაკმარისი ძილი, განსაკუთრებით ძილის დარღვევა, როგორც ჩანს, დაკავშირებულია ანთებითი აქტივობის უფრო მაღალ დონესთან. რამდენიმე კონტექსტში, სტრესისა და არასაკმარისი ძილის ასოციაცია ანთებასთან ქალებში უფრო ძლიერია, ვიდრე მამაკაცებში. თუმცა, ეს სიფრთხილით უნდა იქნას განმარტებული. სტრესი და ცუდი ძილი ხშირად პროგნოზირებს სისტემური ანთების ზრდას. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ ეს ასოციაციები უფრო ძლიერია ქალებში, დასკვნები ძირითადად შერეულია და სამომავლო კვლევებში სქესობრივი განსხვავებების უფრო სისტემატური გამოკვლევები გამართლებულია [29].

სხვა მონაცემებით, სამუშაო დღეებში დაძინების საშუალო დრო იყო 23,5 საათი და მეტი ყველა გამოკითხულ კურსზე, პირველ კურსელების შემთხვევაში გამოვლინდა თითქმის 60 წუთით უფრო გვიანი დაძინების დრო უფროსკურსელებთან შედარებით, რაც დაკავშირებული იყო დიდ სასწავლო დატვირთვასთან და საშინაო დავალების შესრულებისათვის დახარჯულ დიდ დროსთან [138].

ძილის დარღვევა საგრძნობლად უფრო ხშირი იყო პირველ კურსელ სტუდენტებში და გამოწვეული იყო უნივერსიტეტში სწავლასთან ადაპტაციის სირთულეებით; ზოგჯერ ძილის დარღვევა დაკავშირებულია მიღებული ინფორმაციის ათვისებასთან და ძლიერ ძილიანობასთან დღის განმავლობაში. მშობლებთან ერთად ცხოვრება დაკავშირებული იყო ღამის გაღვიძებასთან და ძილის ხარისხის დაქვეითებასთან. ზოგადად, ძილის დარღვევა ბევრად უფრო ხშირად გამოვლინდა უმცროს სტუდენტებში (I–III კურსი), მაქსიმალური გავრცელებით პირველკურსელებში და მინიმალურად - მეექვსე კურსელებში, დარღვევები მით უფრო ხშირი იყო, რაც უფრო გვიან წვებოდნენ სტუდენტები დასაძინებლად, დარღვეული ჰქონდათ ძილისა და სიფხიზლის რეჟიმი, ჰქონდა რაიმე პრობლემები, მათ შორის სწავლის სირთულეები, ან სწრაფად ვერ იძინებდნენ გარე ჩარევის ან ხმაურის გამო. ძილის დარღვევის შემთხვევების საერთო რაოდენობა დამოკიდებული იყო მსგავს მიზეზებზე, ასევე მშობლებთან ცხოვრებაზე [133].

აღქმული ძილის პრობლემები ასოცირებს სტრესთან. ($p < 0.01$, $OR = 0.289$, $C.I. - 0.172 - 0.487$) და დილით გაღვიძების დრო ($p < 0.05$, $OR = 0.549$, $C.I. - 0.304 - 0.993$) [123].

ძილის მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე პრობლემების მქონე სტუდენტები იყო 2.50-ჯერ უფრო მეტად არიან დეპრესიულები, ვიდრე ძილის პრობლემების გარეშე (95% CI: 1.61-3.88), 3.34-ჯერ (95% CI: 2.18-5.11) და 3.66-ჯერ (95% CI: 1.93 -6.94) [53].

მზარდია კვლევები, რომლებიც აკავშირებენ ციფრული მედიის გადაჭარბებულ გამოყენებას ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და ნევროლოგიურ უარყოფით შედეგებთან. სულ უფრო მეტ ყურადღებას ამახვილებენ მობილური მოწყობილობების გამოყენებაზე და ვარაუდობენ, რომ ხანგრძლივობა, შინაარსი, დაბინდების შემდეგ გამოყენება, მედიის ტიპი და მოწყობილობების რაოდენობა არის ძირითადი კომპონენტები, რომლებიც განსაზღვრავენ ეკრანთან დაკავშირებული დროის ეფექტებს. ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე ზემოქმედება დაკავშირებულია: ცუდ ძილთან და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ ფაქტორებთან, როგორცაა მაღალი წნევა, სიმსუქნე, დაბალი HDL ქოლესტერინი, სტრესის ცუდი რეგულირება (მაღალი სიმპათიკური აგზნება და კორტიზოლის დისრეგულაცია) და ინსულინრეზისტენტობა. სხვა შედეგები მოიცავს მხედველობის დაქვეითებას და ძვლის სიმკვრივის შემცირებას. ფსიქოლოგიური ეფექტები დაკავშირებულია ცუდ ძილთან. დეპრესიის სიმპტომები და სუიციდისკენ მიდრეკილება დაკავშირებულია ეკრანთან გატარებული დროით გამოწვეულ ცუდ ძილთან, ციფრული მოწყობილობის დამის გამოყენებასთან და მობილურ ტელეფონზე დამოკიდებულებასთან. ქცევა დაკავშირებული იყო ძილის პრობლემებთან, საერთო ეკრანთან გატარებულ დროსთან და ძალადობრივ და სწრაფ კონტენტთან, რომელიც ააქტიურებს დოფამინის გამოყოფას. ძალადობრივი შინაარსის ინფორმაციის ადრეული და ხანგრძლივი ზემოქმედება ასევე დაკავშირებულია ანტისოციალური ქცევის რისკთან და პროსოციალური ქცევის დაქვეითებასთან. ფსიქონევროლოგიური ეფექტები: ეკრანთან ხანგრძლივი დროით მიჯაჭვულობა ამცირებს სოციალურ დაძლევას და გულისხმობს ქცევას, რომელიც წააგავს ნივთიერებებზე დამოკიდებულებას. ტვინის სტრუქტურული ცვლილებები, რომლებიც დაკავშირებულია კოგნიტურ კონტროლთან და ემოციურ რეგულაციასთან, ასოცირდება ციფრული მედიის მიმართ დამოკიდებულების ქცევასთან. ბავშვებისა და მოზარდების მიერ ციფრული მედიის გადაჭარბებული გამოყენება გვევლინება მნიშვნელოვან ფაქტორად, რომელმაც შეიძლება შეაფერხოს ფსიქოფიზიოლოგიური მდგრადობის ფორმირება [68].

მნიშვნელოვანია სტუდენტების ცხოვრების სტილის სხვადასხვა კომპონენტი; პირველ რიგში კვების ორგანიზება. არსებობს მზარდი მტკიცებულებები, რომლებიც აკავშირებენ საკვების მოხმარებას ზრდასრული ადამიანების ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობასთან. დიეტის ხარისხის ანალიზმა უნივერსიტეტის სტუდენტთა პოპულაციაში და მისი კავშირის შეფასებამ შფოთვის, სტრესის, დეპრესიისა და უძილობის გავრცელებასთან აჩვენა, რომ არაჯანსაღი კვების გავრცელება შეადგენდა 82,3%-ს, ამასთან უფრო მაღალი იყო ქალებში მამაკაცებთან შედარებით (84,8% და 76,4%, შესაბამისად) [92]. არაჯანსაღი კვება მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული შფოთვის, დეპრესიისა და სტრესის გავრცელებასთან. ტკბილეულის გადაჭარბებული მიღება და რძის პროდუქტების ნაკლებობა ასოცირდებოდა ფსიქოლოგიური და ძილის დარღვევის გავრცელებასთან [20,78,7].

საკვების სხვადასხვა ჯგუფის მოხმარების სიხშირე განსხვავდებოდა უნივერსიტეტისა და სქესის მიხედვით, ისევე როგორც დეპრესიის სიმპტომები და აღქმული სტრესი. მულტიფაქტორულმა რეგრესიულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ "არაჯანსაღი" საკვების (მაგ. ტკბილეული, ნამცხვრები, საჭმლის, სწრაფი კვება) მოხმარება მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული აღქმულ სტრესთან (მხოლოდ ქალებში) და დეპრესიულ სიმპტომებთან (როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში). პირიქით, "ჯანსაღი" საკვების მოხმარება (მაგ. ახალი ხილი, სალათები, მოხარშული ბოსტნეული) სარწმუნო უარყოფით კორელაციაში იყო ორივე სქესის სტუდენტების მიერ სტრესისა და დეპრესიის სიმპტომების აღქმასთან. აღინიშნა სარწმუნო უარყოფითი კორელაცია თევზის/ზღვის პროდუქტების მოხმარებასა და დეპრესიის სიმპტომებს შორის მხოლოდ მამაკაცებში. მამაკაცებისთვის და ქალებისთვის, ლიმონათის/გამაგრებელი სასმელების, ხორცის/ძეხვის პროდუქტების, რძის/რძის პროდუქტების და მარცვლეულის მოხმარება არ იყო დაკავშირებული არც სტრესთან და არც დეპრესიულ სიმპტომებთან. დადასტურდა ასოციაცია "არაჯანსაღი" საკვების მოხმარებასა და დეპრესიის სიმპტომებს შორის, ასევე აღქმულ სტრესთან მამაკაცებსა და ქალებში, ისევე როგორც ასოციაცია "ჯანსაღი" საკვების მოხმარებასა და დეპრესიის დაბალ სიმპტომებს შორის და აღქმულ სტრესს შორის დიდი ბრიტანეთის სტუდენტებს შორის [33,71,90].

უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის კვებითი პრობლემები ხშირია და ასოცირდება აკადემიურ მოსწრებასთან [119].

შედეგებმა აჩვენა, რომ უნივერსიტეტის სტუდენტების 13.9% შემთხვევაში იყო კვებითი აშლილობის რისკი, რომელიც უმეტესწილად აღინიშნება სტუდენტებში, რომლებიც ცდილობდნენ წონის დაკლებას და ჰქონდათ პოსტრავმული სტრესული აშლილობა [25].

მნიშვნელოვანი იყო კავშირი აკადემიურ მოსწრებასა და კვების ტიპს შორის [117].

მიზანშეწონილია უნივერსიტეტში იმ მინიმალური პირობების შექმნა, რომლებიც სტუდენტების ჯანსაღ კვებას შეუწყობს ხელს. ამ მხრივ, სასურველია ჯანსაღი კვებისობიექტების შექმნა უნივერსიტეტებში [2].

სავარაუდოდ, უნივერსიტეტის პერიოდში ჩამოყალიბებული ახალი ქცევა და ცხოვრების სტილი, გაგრძელდება ზრდასრულ ასაკშიც [57]. სტუდენტებში სოციალური ზეწოლა გავლენას ახდენს მათ ახალ სოციალურ ჯგუფებში ინტეგრაციის დროს. ისინი უნდა მოერგონ ახალ და მისაღებ ქცევას, ხშირად ისეთ გარემოში, სადაც ინტოქსიკაციური ნივთიერებების გამოყენება კულტურულად მისაღებია [44].

ომანში სამი უნივერსიტეტიდან კროსსექციურ კვლევაში მონაწილეობდა 401 სტუდენტი (პროპორციული შემთხვევითი შერჩევით). მოწვევის პრევალენტობა იყო 9.0%. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები სქესის, საცხოვრებელი ადგილის, უნივერსიტეტში გატარებული წლების, მწვეველი ოჯახის წევრების მიხედვით [9].

უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის ალკოჰოლის ჭარბი გამოყენება ბევრ პრობლემას წარმოადგენს კამპუსებში და შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის დაავადება, ნერვული სისტემის დაზიანება და კიბოს გაზრდილი რისკი [40]. ჯანმრთელობის რისკებზე მეტად უნივერსიტეტებში ალკოჰოლის მოხმარება ასევე ხელს უწყობს ისეთ პრობლემებს, როგორცაა სტუდენტების მიერ ძალადობრივი ქცევის ჩადენა, ქონების დაზიანება და ლექციების გაცდენა. კვლევის თანახმად, უშუალო კორელაციაა ალკოჰოლის დიდი რაოდენობის მოხმარებასა და აკადემიური მოსწრების შემცირებას შორის [21].

მარიხუანას მოხმარება სულ უფრო პოპულარული ხდება, რადგან სულ უფრო მეტი სახელმწიფო იღებს კანონმდებლობას კანაფის და კანაფის წარმოშობის

პროდუქტების ლეგალიზების მიზნით რეკრეაციული და/ან სამედიცინო მიზნებისთვის. კანაფის ფართო გამოყენების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია გვესმოდეს კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებული ნერვული შედეგები. ფუნქციური მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის კვლევების მტკიცებულებები ადასტურებენ ტვინის ფუნქციის მკვეთრ და ნარჩენ ცვლილებებს სხვადასხვა შემეცნებით დომენზე: აღმასრულებელი ფუნქცია, ყურადღება და სამუშაო მეხსიერება, მეხსიერება, საავტომობილო უნარები, შეცდომების მონიტორინგი და აფექტური დამუშავება. ნათელია, რომ კანაფი გავლენას ახდენს ტვინის მუშაობაზე [99].

კანაფის რეგულარული მოხმარება იწვევს მხედველობის დაქვეითებას ადამიანის ბადურის ნეიროტრანსმისიაზე ზემოქმედებით [96]. კანაფი არის ყველაზე ფართოდ მოხმარებული არალეგალური ნარკოტიკი მთელ მსოფლიოში. ვარაუდობენ, რომ კანაფმა შეიძლება გამოიწვიოს ბუნდოვანი ხედვა კითხვის დროს. მნიშვნელოვანია კანაფის მოწევის მწვავე ეფექტების ობიექტურად შეფასება თვალის აკომოდაციის დინამიკაზე. ასევე გაანალიზებული იყო სხვა ფაქტორების გავლენა, ისევე როგორც პიროვნული მახასიათებლები. კანაფის გამოყენებამ შეიძლება შეცვალოს აკომოდაციის პროცესი, ასევე შემდგომი კვლევები უნდა ჩატარდეს ყურადღების დეფიციტის როლის შესასწავლად. კვლევის მიხედვით, კანაფის გამოყენებამ შეიძლება გავლენა იქონიოს გარკვეულ ყოველდღიურ აქტივობებზე, რომლებიც დამოკიდებულია ზუსტ ადაპტაციურ ფუნქციაზე [86].

ვიზუალური ფუნქციის შეფასება ჩატარდა საწყის სესიაზე, ასევე კანაფის მოწევის შემდეგ. შეაფასეს სტატისტიკური მხედველობის სიმახვილე, კონტრასტის მგრძობელობა, სტერეო სიმახვილე, ადაპტაციური რეაქცია, ღამის ხედვის დარღვევა და გუგის ზომა. მონაწილეები ასევე დაიყვინნენ ორ ჯგუფად იმის მიხედვით, აღიქვამდნენ თუ არა მათ მხედველობას გაუარესებულად კანაფის მოწევის შემდეგ. გამოყენებული იქნა ლოგისტიკური რეგრესიის ანალიზი, რათა დაედგინათ, თუ რომელ ვიზუალურ ტესტს შეუძლია საუკეთესოდ განსაზღვროს მხედველობის ეფექტების თვითშეფასება. კვლევამ აჩვენა, რომ კანაფის მოწევას აქვს მნიშვნელოვანი უარყოფითი ზეგავლენა ყველა გაანალიზებულ ვიზუალურ პარამეტრზე ($p < 0.05$). ვიზუალური ხარისხის შედეგებმა აჩვენა, რომ შერჩევის დაახლოებით ორი მესამედი

ფიქრობს, რომ კანაფის მოწევა აზიანებს მათ მხედველობას. კონტრასტული მგრძნობელობა, კონკრეტულად სივრცითი სიხშირისთვის 18 cpd, იდენტიფიცირებული იყო, როგორც ერთადერთი ვიზუალური პარამეტრი, რომელიც მნიშვნელოვნად ასოცირდება თვითშეფასებულ ვიზუალურ ხარისხთან (შანსების თანაფარდობა: 1.135; $p = 0.040$). კანაფის მოწევა მხედველობის ფუნქციაზე უარყოფით გავლენას ახდენს. მხედველობის ხარისხი კანაფის მოწევის შემდეგ შეიძლება დაკავშირებული იყოს კონტრასტული მგრძნობელობის დაქვეითებასთან [86].

ექსპერიმენტში 10 მგ-ის შემცველი კანაფის ინჰალაციამ წარმოქმნა წამლის დისკრიმინაციული ეფექტი და კოგნიტური ფუნქციის მცირე დაქვეითება. 25 მგ დოზამ გამოიწვია წამლის მნიშვნელოვანი ეფექტები, გაიზარდა გვერდითი ეფექტების სიხშირე და გამოხატული კოგნიტური და ფსიქომოტორული უნარის დაქვეითება (მაგ., მნიშვნელოვანი დაქვეითება დავალების შესრულება პლაცებოსთან შედარებით). წამლის რამდენიმე სუბიექტური ეფექტი და შემჩნეული კოგნიტური და ფსიქომოტორული დარღვევები გაგრძელდა საშუალოდ 6 საათამდე. კანაფის ინჰალაციამ ან მოწევამ წარმოქმნა წამლის დოზაზე დამოკიდებული ეფექტი, რომელიც უფრო ძლიერი იყო ინჰალაციისას [107].

რეტროსპექტულმა ნეიროვიზუალიზაციამ გამოავლინა კავშირი კანაფის ადრეულ დაწყებასა და მოგვიანებით ნეიროკოგნიტურ დაქვეითებას შორის [111].

ობსერვაციულმა კვლევებმა კანაფის მოხმარება დაუკავშირა ნეგატიურ შედეგებს, მათ შორის ფსიქიატრიულ სიმპტომებს, კოგნიტურ დაქვეითებას და საგანმანათლებლო და პროფესიულ მიღწევებს. ეს ასოციაციები განსაკუთრებით ძლიერია, როდესაც კანაფის მოხმარება ხდება მოზარდობის ასაკში. გამოიკვლიეს კავშირი რეტროსპექტულად შეფასებულ მოზარდებში კანაფის მოხმარებასა და ახალგაზრდებში მოზარდთა შედეგებს შორის (ფსიქიატრიული, შემეცნებითი და სოციოეკონომიკური) ტყუპების სამ გრძივი კვლევაში ($n = 3,762$). ტყუპებმა, რომლებიც მოზარდობაში კანაფის კუმულაციური მოხმარების შესახებ იტყობინებიან, აღნიშნეს ფსიქოპათოლოგიის უფრო მაღალი დონე და ასევე უფრო ცუდი სოციალურ-ეკონომიკური შედეგები ახალგაზრდობაში. თუმცა, კანაფის მოხმარება დაკავშირებული დარჩა მხოლოდ სოციალურ-ეკონომიკურ შედეგებთან (მაგ.,

განათლების მიღწევებთან, პროფესიულ სტატუსთან და შემოსავალთან). მონოზიგოტური ტყუპების კონტროლირებად კვლევებში, რომლებიც სრულად ითვალისწინებენ საერთო გენეტიკურ და გარემოს განსხვავებულობას, გამოავლინა საშუალო ქულისა და აკადემიური მოტივაციის შემცირება, ასევე იზრდება აკადემიური პრობლემური ქცევა და სკოლის დისციპლინური პრობლემები. ამრიგად, მოზარდობის ასაკში კანაფის გამოყენებას აქვს პოტენციურად მიზეზობრივი, მანვე ზეგავლენა მოზარდების აკადემიურ ფუნქციონირებაზე და ახალგაზრდების სოციალურ-ეკონომიკურ შედეგებზე, რომლებიც მიუთითებენ ძლიერ, მიზეზობრივ გავლენას ზრდასრულთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან კოგნიტურ უნარზე [101].

მოზარდებში კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებული შემფოთება მხარდაჭერილია კვლევის სამი ნაკადით. პირველი, ფართომასშტაბიანმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ მოზარდების მიერ მისი გამოყენება დაკავშირებულია ბევრ ნეგატიურ შედეგთან, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან [104], ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენებასთან [5], კოგნიტური უნარების დაქვეითებასთან [47], სოციალურ-ეკონომიკური მიღწევების შემცირებასთან [6]. კვლევების უმეტესობა ცხადყოფს, რომ ეს ასოციაციები უფრო მაღალია, რაც უფრო ადრე იწყება კანაფის გამოყენება. მეორე, ნეიროვიზუალიზაციის კვლევებმა გამოავლინა კავშირი კანაფის ქრონიკულ მოხმარებასა და ტვინის აქტივობის ხანგრძლივ ცვლილებებს შორის ემოციების დამუშავებაზე პასუხისმგებელ სფეროებში (მაგ., ვენტრალური სტრიატუმი და ამიგდალა), რამაც ზოგიერთის ვარაუდით, შესაძლოა ხელი შეუწყოს კომპულსიურ ქცევას და უფრო მეტ ნეგატიურ ემოციას შორის [124]. მოზარდის ზემოქმედებამ კანაბინოიდებზე შეიძლება გამოიწვიოს მოლეკულური პროცესების კატალიზაცია. მუდმივი ფუნქციური დეფიციტი ზრდასრულ ასაკში, დეფიციტი, რომელიც არ არის აღმოჩენილი ზრდასრული ექსპოზიციის შემდეგ [66].

უკანონო ნარკოტიკების მოხმარება (IDU) წარმოადენს უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემას ფინეთში. შეაფასეს ასოციაციები სოციალურ-დემოგრაფიულ, აკადემიურ, ჯანმრთელობისა და ცხოვრების სტილის მახასიათებლებს (დამოუკიდებელი ცვლადები) და აკრძალული ნარკოტიკების რეგულარულ, ეპიზოდურ არასდროს არ გამოყენებას (დამოკიდებული

ცვლადები) შორის. მონაცემები შეგროვდა ტურკუს (ფინეთი) უნივერსიტეტის შვიდი ფაკულტეტიდან (1177 სტუდენტი) ონლაინ კითხვარის გამოყენებით. შერჩევის დაახლოებით 1.5% იყენებდა აკრძალულ ნარკოტიკებს რეგულარულად, 19% იყენებდა პერიოდულად და 79% არასოდეს არ იყენებდა. აკრძალული ნარკოტიკების გამოყენების დამოუკიდებელი პროგნოზირებადი ფაქტორები იყვნენ მამაკაცი [(AOR) 1.82, P = 0.001], სტუდენტები, რომლებიც არ ცხოვრობდნენ მშობლებთან (AOR 2.59, P <0.001), მარტოხელები (AOR 0, 51, P <0.001), დაბალი რელიგიურობა (AOR 1.49, P = 0.022), ჯანმრთელობის მაღალი თვითშეფასება (AOR 0.41, P = 0.003), უფრო მაღალი ინფორმირებულობა საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ (AOR 1.93, P = 0.014), დეპრესიის მძიმე სიმპტომები (AOR 1.82, P = 0.004), ყოველდღიური მწვევლები (AOR 3.69, P <0.001), ეპიზოდურად ძლიერი ალკოჰოლური სასმელების მიღება (AOR 2.38, P <0.001) და შესაძლო ალკოჰოლზე დამოკიდებულება (AOR 2.55, P <0.001). ყველა ამ პრეპარატის 20.5% იწვევდა შფოთვისას [32].

ქალი და მამაკაცი მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებებით, ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირით, სესიაზე მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობით, სექსუალური პარტნიორების საერთო რაოდენობით, დღეში მიღებული საკვების მოცულობით. განსხვავებულია ფიზიკური დატვირთვა, ექიმთან ყოველწლიური შემოწმების სიხშირე, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სკრინინგი და ჰიპერტენზიის სკრინინგი. საერთოდ, მამაკაცებს ახასიათებთ უფრო მეტი სარისკო ქცევა, ვიდრე ქალებს [26].

Ruthig JC et al.-ის მიხედვით, გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი გენდერული განსხვავებები ჯანმრთელობის საწყისი სიმპტომების, სტრესის აღქმის, ვარჯიშის და კვების მიხედვით. წინა მიღწევებთან შედარებით, ალკოჰოლის მიღების მატებამ უარყოფითად იმოქმედა ქალი სტუდენტების აკადემიურ მოსწრებასა და წარმატების აღქმაზე; თამბაქოს მოხმარების ზრდამ უარყოფითად იმოქმედა მამრობითი სქესის სტუდენტების მოსწრებაზე. კოლეჯის სტუდენტი მამაკაცი და ქალები განსხვავდებიან იმით, თუ როგორ იცვლება მათი ჯანმრთელობა სასწავლო წლის განმავლობაში და ასევე იმით, თუ როგორ მოქმედებს ასეთი ცვლილებები მათ მომავალ აკადემიურ მოსწრებაზე [98].

წონის მატება და ჭარბი წონისა და სიმსუქნის სიხშირის ზრდა კოლეჯის სტუდენტებში სერიოზულ შემოფოტებას იწვევს. წონის მართვის ინტერვენციები კოლეჯის ასაკის მამაკაცებსა და ქალებში შეიძლება იყოს უფრო ეფექტური, თუ ისინი მორგებული იქნებიან სტუდენტების ქვეჯგუფებზე მსგავსი ქცევითი და ფსიქოსოციალური მახასიათებლებით, რაც დაკავშირებულია სხეულის წონის სტატუსთან. მამაკაცებისთვის, კვების კომპეტენციაში ცვალებადობა და შემეცნებითი შეზღუდვის ქულები ყველაზე მეტად ხელს უწყობდა განსხვავებას კლასტერებს შორის, ხოლო ქალებისთვის - ემოციური ჭამა და უკონტროლო კვების ქულები. ეს დასკვნები შეიძლება გამოყენებულ იქნას შეტყობინებების და ინტერვენციების ეფექტურობის გასაუმჯობესებლად, მათი მორგებით კოლეჯის სტუდენტების ქვეჯგუფებზე მსგავსი ქცევითი და ფსიქოსოციალური მახასიათებლებით, რომლებიც დაკავშირებულია ჯანმრთელობის მომეტებულ რისკთან [46].

ცენტრალური მიჩიგანის უნივერსიტეტში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, მდებარეობითი სქესის სტუდენტების 78% იყო ჯანსაღი წონის ფარგლებში, მამაკაც სტუდენტების 52%-თან შედარებით. ვისცერული ცხიმი და წელის გარშემოწერილობა უფრო მეტი იყო მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. სტუდენტების უმეტესობამ აჩვენა "დამაკმაყოფილებელი" დიეტური ჩვევები. სტუდენტების თითქმის ნახევარმა აღნიშნა, რომ სვამდა ორ ჭიქა რძეს და ორ ჭიქა ხილისა და ბოსტნეულის წვენს ყოველდღიურად. ფიზიკური აქტივობა და ცხოვრების წესის ქულა მიუთითებდა, რომ სტუდენტების უმეტესობა არ იყო ფიზიკურად აქტიური. სტუდენტების მხოლოდ 7%-მა აღნიშნა, რომ ჰქონდა ძალიან აქტიური ცხოვრების წესი, ხოლო 4%-ს ჰქონდა საკმაოდ კარგი ცოდნა ჯანსაღი კვების შესახებ. სტუდენტების უმრავლესობის, განსაკუთრებით ქალების წონა, იყო ნორმის ფარგლებში. სტუდენტების დიეტური ჩვევები დამაკმაყოფილებელი იყო. თუმცა, ფიზიკური აქტივობა, სტუდენტების ცოდნა ჯანსაღი და არაჯანსაღი კვების ჩვევების შესახებ საჭიროებდა გაუმჯობესებას [122].

სტუდენტების ნახევარზე ნაკლები აფასებს საკუთარ ჯანმრთელობას, როგორც „კარგს“ (46%); თითქმის იგივე რაოდენობა მიიჩნევს მას "დამაკმაყოფილებლად" - დროებითი დარღვევებით (42%), რუსეთის უნივერსიტეტების სტუდენტების 12% მიიჩნევს, რომ მათი ჯანმრთელობა "ცუდია". ამასთან, სტუდენტების ნახევარი არ არის

ჯანმრთელი: ისინი არიან სასაზღვრო მდგომარეობაში - სტუდენტების ჯანმრთელობის თვითშეფასება შეესაბამება რუსეთის უმეტეს რეგიონის საშუალო სამედიცინო მაჩვენებლებს. ფოკუს ჯგუფის დისკუსიების შედეგებმა აჩვენა, რომ სტუდენტების უმეტესობა არ ზღუდავს "ჯანმრთელობის" კონცეფციას ფიზიკურ კეთილდღეობამდე, მაგრამ ესმით ის, როგორც სომატური და ფსიქიკური მდგომარეობის კომპლექსი. "მე თავს სრულიად ჯანმრთელ ადამიანად ვთვლი, რადგან ჩემი ფიზიკური, გონებრივი და სულიერი კეთილდღეობა კარგ მდგომარეობაშია" /მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის შეფასებაზე გავლენის ფაქტორი არის სტუდენტების ოჯახების ცხოვრების დონე.საკუთარ ჯანმრთელობას „კარგად“, მიიჩნევსშემდგომი ოჯახებიდან გამოსული სტუდენტების 60% დადაბალშემოსავლიანი ოჯახებიდან გამოსულთა - 40% თუმცა, სტუდენტების წილი ცუდი ჯანმრთელობით თითქმის ერთნაირია ახალგაზრდების სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკურ სეგმენტში: მდიდარ და ღარიბ ოჯახებს აქვთ ახალგაზრდათაობის ჯანმრთელობის საკუთარი რისკ-ფაქტორები - მაღალი ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესი, სწავლის დროს შემცირება, სტუდენტობის წლებში სწავლისა და მუშაობის ერთობლიობა იწვევს დაავადებას თითქმის ყველა კლასის შემთხვევაში, განსაკუთრებით - იმუნიტეტის დაქვეითებას, ნერვული და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს. ამ სიტუაციაში, ცოდნას ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ და ზომების მიღებას ჯანმრთელობის დარღვევების თავიდან ასაცილებლად, შეუძლია სტუდენტების ჯანმრთელობის შენარჩუნება [145].

სამედიცინო უნივერსიტეტის 1050 სტუდენტის ჯანმრთელობის შესწავლამ, აჩვენა, რომ პირველკურსელთა მხოლოდ 55.4%-მა და მეორე კურსის სტუდენტთა 59%-მა აღნიშნა ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვის მნიშვნელობა. სტუდენტების ავადობის ანალიზმა მათგან ნახევარზე მეტი აღნიშნავდა გაციებით ხშირ დაავადებას (68.1% და 68.9% შესაბამისად). რინოსინუსიტის მწვავე მდგომარეობა იყო 6.2 ± 0.3 შემთხვევა პირველკურსელებში და 8.6 ± 0.5 შემთხვევა მაგისტრატურაში შესაბამისად. დადგინდა რესპონდენტთა მიერ ანტიბაქტერიული მედიკამენტების მიღების ადრეული დაწყება გაციების გამო. მაშინ როცა ყველა შემთხვევის მესამედში ეს განხორციელდა აფთიაქის თანამშრომლის რჩევით [113].

უნივერსიტეტის სტუდენტებში მაღალია თვითმკურნალობის გავრცელება [10, 12, 112], რაც წარმოადგენს ჯანმრთელობის პრობლემას, რომელიც საჭიროებს ჩარევას [80]. სქესი, სასწავლებლის ტიპი, თავის მოვლის ორიენტაცია და მედიკამენტების ცოდნა მნიშვნელოვანი პიროვნული ფაქტორებია, რომლებიც დაკავშირებულია გარკვეული ტიპის თერაპიული კლასების შერჩევასთან, რომლებიც გამოიყენება თვითმკურნალობაში [80, 100].

თვითმკურნალობა გავრცელებული პრაქტიკაა როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში. აღწერილი ჯვარედინი კვლევა ჩატარდა მანსურას უნივერსიტეტში, ეგვიპტეში და მოიცავდა როგორც სამედიცინო, ასევე არასამედიცინო ფაკულტეტების 1-ლი და ბოლო კურსის სტუდენტებს. თვითმკურნალობის პრევალენტობა იყო 62.9%. ახალგაზრდა ასაკის, მდებარეობითი სქესის, სამედიცინო და ოდესმე დაქორწინებული სტუდენტები და ისინი, ვისაც სახლში აფთიაქები აქვთ, უფრო მეტად იყენებენ თვითმკურნალობას, ვიდრე თანატოლები. სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტობა, ქალაქგარეთ ყოფნა, კარგი ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ჯანმრთელობაზე უყურადღებობა და სახლში წამლების მარაგის არსებობა დამოუკიდებლად იყო დაკავშირებული თვითმკურნალობის ალბათობასთან [50].

სამედიცინო სტუდენტების მიერ თვითმკურნალობა მნიშვნელოვანი საკითხია, რომელიც თავიდან უნდა იქნას აცილებული და უნდა დაემატოს ბაკალავრიატის სტუდენტების სასწავლო გეგმას და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ამ საფრთხეებისა და ნაკლოვანებების შესახებ [34].

მედიცინისა და ფარმაციის სტუდენტების 80%-ზე მეტი გამოკითხვამდე წინა 12 თვეში თვითმკურნალობდა. ეს თვითმკურნალობის პრაქტიკის სიხშირე შეესაბამება სერბეთის, ბელგრადის უნივერსიტეტის 1296 სამედიცინო სტუდენტის მაგალითზე ჩატარებული კვლევის შედეგებს, რომლებიც მიუთითებენ დაახლოებით 80% თვითმკურნალობის პრევალენტობაზე [73]. ევროპის ოთხ ქვეყანაში ფარმაციის სტუდენტებს შორის ბოლოდროინდელმა მრავალეროვნულმა კვლევამ აჩვენა, რომ თვითმკურნალობის გავრცელების მაჩვენებელი იყო 69,6% ჩეხეთში, 71,5% იტალიაში, 85,9% რუმინეთში და 93,9% ესპანეთში [102].

აღნიშნავენ, რომ სტუდენტების ჯანმრთელობის დონე, მათ შორის უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების სტუდენტებისა, საგანგაშოა. ჯანმრთელობისა და ფიზიკური განვითარების მხრივ გადახრების მქონე სამედიცინო სტუდენტების რაოდენობა ყოველწლიურად იზრდება [145].

გამოკითხულთა შორის „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“ სტუდენტების რაოდენობამ შეადგინა 72%, 28%-ს ჰქონდა ქრონიკული დაავადებები ან ფუნქციური დარღვევები. ესენია: რესპირატორული დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, მეტაბოლური დაავადებები, ალერგიები [147].

საგანგაშოა დეპრესიის, შფოთვისა და სტრესის სიმპტომების მაღალი გავრცელება უნივერსიტეტის სტუდენტებში [15].

დეპრესიის საერთო გავრცელება ჩინელ უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის ნაჩვენებია იყო 28.4% ($n = 185,787$), 95% CI 25.7-დან 31.2%-მდე [38], ხოლო პაკისტანის უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის დეპრესიის სიმპტომების საერთო გავრცელება იყო 42,66% [59], დეპრესიის სიმპტომების საერთო გავრცელება უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში იყო 24.4% [8]

ესპანელ სტუდენტებში დაფიქსირდა დეპრესიის (18.4%), შფოთვის (23.6%) და სტრესის (34.5%) სიმპტომების ზომიერი გავრცელება [21], ინტერნეტთან დაკავშირებული პრობლემური ქცევა, მოწევა, უძილობა და დაბალი თვითშეფასება დამოუკიდებლად იყო დაკავშირებული დეპრესიის, შფოთვისა და სტრესის სიმპტომებთან. ქალთა სქესი, ოჯახთან ერთად ცხოვრება, ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება და არასწორი კვების ჩვევები მნიშვნელოვნად ასოცირდება სტრესის სიმპტომებთან; სტაბილური პარტნიორის არ ყოლა მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული დეპრესიის სიმპტომებთან; და ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული შფოთვის სიმპტომებთან [91].

დეპრესია არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის განმეორებადი პრობლემა უნივერსიტეტის სტუდენტებში. ისინი განსაკუთრებით მგრძობიარენი არიან სტრესის, დატვირთვისა და დამოუკიდებელი ცხოვრების გამო, მაღალიზიაში უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის კროსსექციურ კვლევაში მონაწილეობდა 1023 უნივერსიტეტის სტუდენტი (პასუხის მაჩვენებელი 90.4%). დეპრესია შეფასდა ეპიდემიოლოგიური კვლევების ცენტრის მოკლე დეპრესიის სკალის (CESD-10)

გამოყენებით. ბინარული ლოგისტიკური რეგრესია გამოიყენებოდა დეპრესიის პროგნოზირების დასადგენად სოციოდემოგრაფიული, ფიზიოლოგიური, ცხოვრების სტილისა და ჯანმრთელობის მახასიათებლების საფუძველზე. გამოკითხულთა დაახლოებით 30% განიცდიდა დეპრესიას, ხოლო ამ კატეგორიის 4.4% განიცდიდა მძიმე დეპრესიას. ეს კვლევა აჩვენებს, რომ დეპრესიის შემთხვევები იყო 2.52-ჯერ მეტი (95% CI: 1.71-3.71) მეორე კურსის სტუდენტებში პირველ კურსელებთან შედარებით და 1.63-ჯერ მაღალი (95% CI: 1.08-2.45) სტუდენტებში, რომლებიც ცხოვრობდნენ კამპუსს გარეთ იმ სტუდენტებთან, შედარებით. რომლებიც ცხოვრობენ კამპუსში. ღარიბი, არამყარი და საშუალო შეძლების ოჯახის სტუდენტებს ჰქონდათ 15.26 (95% CI: 2.77-84.88), 4.85 (95% CI: 1.01-23.34) და 5.62-ჯერ (95% CI: 1.16-27.25) დეპრესიის უფრო მაღალი შანსია, ვიდრე მდიდარი სტუდენტები, შესაბამისად. პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (PTSD) მქონე სტუდენტებს 1,42-ჯერ მეტი (95% CI: 1,07-2,56) ჰქონდათ დეპრესია. ეს კვლევა ასკვნის, რომ უმაღლესმა საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ იმ სტუდენტების ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, განსაკუთრებით მათ მეორე კურსზე, რომლებიც ცხოვრობენ კამპუსში, დაბალი ეკონომიკური წარმომავლობისგან, ძილის პრობლემებით ან განიცდიან PTSD [53].

ირანელ სტუდენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვითშეფასების საშუალო და სტანდარტული გადახრა იყო $89,08 \pm 13,12$. ასევე სტუდენტების 14.7%-მა აღნიშნა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა ცუდი იყო, 70.3% საშუალოდ და 15% კარგი. სტუდენტების საშუალო ასაკი იყო $25 \pm 6,21$ წელი. ბრაზისა და ბრაზის დამღევს უნარის, დასვენებისა და აქტივობის დაბალანსების და შფოთვის დამღევს უნარის ზომების საშუალო ქულა იყო შესაბამისად 3.1 ± 0.08 , 3.13 ± 0.97 და 3.16 ± 1.1 . ასევე, მნიშვნელოვანი კავშირი იყო სქესსა და ჩილიმის მოხმარებას შორის ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ($P < 0.01$ და $P < 0.009$).

დეპრესია კოლეჯის სტუდენტებში მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული მშობელთა დაბალი განათლების დონესთან. დეპრესიის განვითარების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია დაბალი ოჯახური ეკონომიკური მდგომარეობა, მამის ან დედის უმუშევრობა, ოჯახს ოჯახთან დაშორებით გატარებული ხანგრძლივი პერიოდი, ოჯახური კონფლიქტები, მშობლების მიერ გაკიცხვა და ცემა, მეგობრებთან

კონფლიქტი, დიდი სასწავლო დატვირთვა და სწავლის პროცესში წარუმატებლობა [125].

მონაცემები მიუთითებენ პირველადი და მეორადი პრევენციული ღონისძიებების აუცილებლობას ამ ჯგუფისთვის ადეკვატური და შესაბამისი დამხმარე სერვისების შემუშავებით [15].

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ექსპერტები პროგნოზირებენ გულ-სისხლძარღვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემდგომ ზრდას როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში. ეს გამოწვეულია ცხოვრების წესის თავისებურებებით, რისკ-ფაქტორების დიდი რაოდენობით [151].

მხედველობის დაქვეითება არის საგნების დანახვის უნარის დაქვეითება, რაც გადამწყვეტი პრობლემაა ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და სტუდენტებისთვის, რომლებისთვისაც ნორმალური მხედველობა აუცილებელია მათი ყოველდღიური საქმიანობისთვის. თუ მისი დროული მართვა არ მოხდა, მხედველობის დაქვეითება იწვევს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ-ეკონომიკურ პრობლემებს [41]. ახლომხედველობა, თვალის საერთო დაავადება, არის გლობალური ჯანმრთელობის ტვირთი, რომელიც იზრდება მთელ მსოფლიოში. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვებში მიოპიის რისკ-ფაქტორები ფართოდ იქნა გამოკვლეული, უნივერსიტეტის სტუდენტების რისკ-ფაქტორები არ არის გამოკვლეული. მიოპიის გავრცელების და მასთან დაკავშირებული ფაქტორების გამოკვლევა ნანკინის უნივერსიტეტის სტუდენტებში აჩვენა, რომ სუბიექტები შეირჩა უნივერსიტეტის სტუდენტებიდან სტრატეგიცირებული შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით. კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად სულ 1200 უნივერსიტეტის პირველი კურსის სტუდენტი იყო მოწვეული. თვითმოხსენებული კითხვარი გამოყენებული იქნა სტუდენტების დემოგრაფიული ინფორმაციის, მშობლების მიოპიის ისტორიის და ქცევითი ფაქტორების შესახებ მონაცემების შესაგროვებლად, როგორცაა ცუდი პოზა კითხვისა და წერისას, თვალის ვარჯიშების შესრულება, 30 წუთიანი უწყვეტი კითხვის შემდეგ შესვენების გაკეთება. კომპიუტერები ან სმარტფონები, ძილი, სამუშაო ახლოს და გარე აქტივობა. ჩატარდა ცალმხრივი ანალიზები მიოპიასა და სხვადასხვა პარამეტრებს შორის კავშირის დასადგენად. ფაქტორები, რომლებიც სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იყო

უნივარსიტეტულ ანალიზში, შეირჩა მულტივარიანტული ანალიზის კანდიდატ ვარიანტებად.

მიოპიის საერთო გავრცელება იყო 86.8%; 86.1% მამაკაცებში და 88.0% ქალებში ($\chi^2 = 0.68$, $P = .411$). მშობლის მიოპია, თვალის ვარჯიშების შესრულება, 30 წუთიანი უწყვეტი კითხვის შემდეგ შესვენება და გარე აქტივობების ჩართვა მინიმუმ 2 საათის განმავლობაში მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული მიოპიის ნაკლებ რისკთან ($P < .001$, $P = 0.034$, $P < 0.001$ და $P = 0.002$, შესაბამისად). მინიმუმ 1 მშობლის ყოლა ახლომხედველობით იყო მიოპიის რისკის ფაქტორი ($OR = 3.58$, 95% $CI = 1.96-6.54$); ხოლო 30 წუთიანი უწყვეტი კითხვის შემდეგ შესვენება და დღეში მინიმუმ 2 საათი გარე აქტივობა იყო დამცავი მიოპიისგან მულტივარიანტულ ანალიზში ($OR = 0.61$, 95% $CI = 0.41-0.93$; და $OR = 0.45$, 95% $CI = 0.2-0.99$; შესაბამისად) [96].

მიოპიის ეპიდემიოლოგიის, საბაზისო მეცნიერების ექსპერიმენტებისა და კლინიკური კვლევების შესახებ ლიტერატურის საფუძველზე, გამოვლინდა მიოპიის პრობლემის რამდენიმე ძირითადი მახასიათებელი. დაასკვნეს, რომ 1-12 კლასების მოსწავლეთა პოპულაციას აღენიშნებოდა მიოპიის მაღალი სიხშირე და პრობლემა სულ უფრო სერიოზული ხდებოდა. ეტიოლოგიურმა გამოკვლევებმა გამოავლინა გარემო ფაქტორების აგრესიული როლი. ხელმისაწვდომი იყო კლინიკური კორექციის მეთოდები, მაგრამ ჯერ კიდევ არსებობდა მრავალი გაურკვევლობა, რომელიც აფერხებდა მიოპიის პროგრესირების შემცირების ძალისხმევას. სტუდენტური მიოპია გახდა მთავარი საზრუნავი ჩინეთის მცდელობებში მიოპიის პრევენციისა და კონტროლისთვის. იმისათვის, რომ მივუდგეთ საკითხს საგანმანათლებლო გარემოში არსებულ პრობლემებთან გამკლავებით და მივიღოთ კონკრეტული ზომები სტუდენტური მიოპიის წარმოქმნისა და განვითარების თავიდან ასაცილებლად და კონტროლისთვის, მნიშვნელოვანია, რომ უკეთ გავიგოთ მრავალფაქტორული ზემოქმედება დაავადების დაწყებასა და განვითარებაზე. სტუდენტური მიოპია გამოწვეულია განათლებაზე მზარდი მოთხოვნით, რომელიც გამოწვეულია მაღალი სოციალური განვითარებით და საგანმანათლებლო გარემოში ტექნოლოგიური წინსვლით გამოწვეული სწრაფი ცვლილებებით. 1-12 კლასების მოსწავლეთა განვითარების ეტაპებზე თვალისა და მხედველობის თავისებურებების პერსპექტივიდან მიდგომით, და თითოეულ საფეხურზე სასწავლო დატვირთვა, ამ

ნაშრომმა რეტროსპექტულად მიმოიხილა ბოლო 90 წლის ისტორიული ლიტერატურა და მონაცემები კოჰორტის კვლევები ჩატარებული COVID-19-ის გავრცელებამდე და მის შემდეგ. საგანმანათლებლო გარემო იდენტიფიცირდა, როგორც პირველადი ფაქტორი, რომელიც იწვევს სტუდენტური მიოპიის დაწყებასა და პროგრესირებას [74].

შეისწავლეს მხედველობის დაქვეითების გავრცელება და მასთან დაკავშირებული ფაქტორები გონდარის უნივერსიტეტის სამედიცინო და ჯანდაცვის მეცნიერებათა სტუდენტებს შორის. ჯვარედინი კვლევა ჩატარდა 2020 წლის იანვრიდან მარტამდე სამედიცინო და ჯანდაცვის მეცნიერებათა სტუდენტებს შორის. კვლევის მონაწილეთა სისტემატური შემთხვევითი შერჩევის ტექნიკით დაკომპლექტების შემდეგ, გამოიყენეს წინასწარ შემოწმებული თვითადმინისტრირებადი კითხვარი სოციოდემოგრაფიული ცვლადებისთვის. მხედველობის სიმახვილის გაზომვა განხორციელდა 6 მეტრის მანძილზე განთავსებული სნელენის დიაგრამის გამოყენებით. მხედველობის სიმახვილე შემოწმებდა ცალ-ცალკე თითოეული თვალისთვის და ორივე თვალისთვის კარგად განათებულ ადგილას. Pinhole გამოყენებული იყო იმ მონაწილეებისთვის, რომელთა მხედველობის სიმახვილე იყო $< 6/9$. მონაწილეებს, რომლებსაც აქვთ მხედველობის სიმახვილე $< 6/12$ უკეთეს თვალში, დაუდგინდათ მხედველობის დაქვეითების დიაგნოზი. 654 სტუდენტს ჩაუტარდა მხედველობის სიმახვილის სკრინინგი. მხედველობის დაქვეითების პრევალენტობა იყო 12.5% (95% CI: 10.21, 15.31). 25 წელზე უფროსი ასაკი (AOR = 1.8; 95% CI: 1.02, 3.26) და ალკოჰოლის ამჟამინდელი მოხმარება (AOR = 2.9; 95% CI: 1.7, 5.00) იყო მხედველობის დაქვეითების სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ფაქტორები [41].

მხედველობის გაუარესება დაკავშირებულია მარიხუანას მოხმარებასთან.

ტვინისა და ბადურის ნეირონებს აქვთ საერთო ნეიროტრანსმისიის სისტემას და აქვთ მსგავსი ანატომიური და ფუნქციური თვისებები. ბადურის ფუნქცია, რომელიც შეფასებულია ელექტორეტინოგრამის (ERG) გამოყენებით, შეიძლება ასახავდეს ცენტრალურ ნეიროქიმიას. გაანალიზეს ბადურის ფონური ხმაური (ფონური ხმაური - დასვენების მდგომარეობაში ნერვული აქტივობა, სტიმულაციის არარსებობის შემთხვევაში) კანაფის და ალკოჰოლის რეგულარული მომხმარებელთა

პოპულაციაში. ფონური ხმაურის მატებამ შეიძლება ასახოს კანაფის ნეიროტოქსიკურობა, რომელიც გაძლიერებულია ალკოჰოლის მოხმარებით, ბადურის ნეირონების დინამიურზე. ბადურის სტიმულაციის შედეგად წარმოქმნილი რეაქციის ეს ნერვული დარღვევა შეიძლება გამოწვეული იყოს ნეიროტრანსმიტერის შეცვლილი გამოყოფით [72].

ჩატარდა კვლევა იმის შესამოწმებლად, იყო თუ არა დაკავშირებული კოლეჯის სტუდენტებს შორის ძილის ხანგრძლივობა და მხედველობის დაქვეითება. მონაწილეები: სტუდენტები ($n = 1002$, ასაკი 17-35 წელი) ლიბანიდან და არაბთა გაერთიანებული საემიროებიდან. მეთოდები: სტუდენტებს სთხოვეს კითხვარის შევსება 2018 წლის ოქტომბრიდან 2019 წლის მაისამდე. კითხვები ეხებოდა სოციოდემოგრაფიულ მახასიათებლებს, ცხოვრების სტილის მახასიათებლებს, მხედველობის დაქვეითების სტატუსს, ძილის რეჟიმს, მობილური ტელეფონის გამოყენებას და ქრონიკულ პირობებს. შედეგები: რესპონდენტთა 18.3%-ს აღნიშნებოდა მხედველობის დაქვეითება. მათ შორის, 72.7% იყო ქალი ($p < .001$), 65%-მა აღიარა, რომ ხშირად იყენებდა მობილურ ტელეფონებს ძილის წინ ($p < .001$), 54.6% ეძინა 7 საათზე ნაკლები ($p = .008$). 71.6% აღნიშნავს. განიცდიან ძილის დარღვევას ($p = 0.05$). მხედველობის დაქვეითება ასოცირებული იყო ძილის ცუდ ხარისხთან ($p < 0.001$), ძილის წინ მობილური ტელეფონის გამოყენებასთან ($p < 0.01$) და ყოველდღიურ სტრესთან ($p < 0.05$) [42].

ჰიპოვიტამინოზი C მატების მხრივ მსოფლიოში მესამე ადგილს იკავებს A და D ჰიპოვიტამინოზის შემდეგ. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ ვიტამინი C მონაწილეობს ორგანიზმში ბევრ მნიშვნელოვან პროცესში, სტუდენტებისთვის მისი საკმარისი რაოდენობა ძალიან მნიშვნელოვანია სწავლის დროს მაღალი აქტივობის უზრუნველსაყოფად.

ბელორუსიაში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სტუდენტებს შორის ყველაზე გამოხატული დეფიციტი შეინიშნება B ჯგუფის ვიტამინების მიხედვით - გამოკვლეულთა 60,7%-ში და C ვიტამინის მიხედვით - გამოკვლეულთა 74%-ში. გამოვლენილი ჰიპოვიტამინოზი ამცირებს კანის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ყელის ბარიერულ ფუნქციას, ამცირებს იმუნური სისტემის აქტივობას, აფერხებს

ორგანიზმის ანტიოქსიდანტურ დაცვას, ზრდის სეზონური დაავადებების განვითარებისადმი მიდრეკილებას. გარდა ამისა, D და E ვიტამინების მიწოდების უმნიშვნელო კლება დაფიქსირდა გამოკვლეულთა 13,3 და 24%-ში. ტესტის შედეგების მიხედვით, დადგინდა, რომ ჰიპოვიტამინოზი დამახასიათებელია რესპონდენტთა (74%)-ისათვის [150].

აღსანიშნავია D ვიტამინის დეფიციტის გავრცელება მზიან ქვეყნებში. როგორც ცნობილია, მზის ზემოქმედების სიმცირე დიდ გავლენას ახდენს D ვიტამინის დონეზე. საკმარისი რაოდენობით D ვიტამინის მიღებამ ბავშვობაში და მოზარდობაში შეიძლება თავიდან აიცილოს მომავალი დაავადებები. კვლევა ეძღვნებოდა საუდის არაბეთის უნივერსიტეტის სტუდენტების ცოდნის დონის შეფასებას D ვიტამინისა და D ვიტამინის დანამატების შესახებ, დაკავშირება მათ დამოკიდებულებასა და პრაქტიკასთან მზის ზემოქმედებისა და D ვიტამინის დანამატების მიმართ და შევადაროთ მამაკაცებსა და ქალებს შორის. აღმოჩნდა, რომ უნივერსიტეტის სტუდენტების ცოდნის დონე იყო ზომიერი და დაბალი (საშუალოდ ექვივალენტური 40%), ხოლო ქალებს უკეთესი ცოდნა ჰქონდათ. ასევე, მათი პრაქტიკა არ არის საკმარისი D ვიტამინის ჯანსაღი დონის შესანარჩუნებლად, რადგან მხოლოდ 8.2% რჩება მზეზე ერთ საათზე მეტ ხანს სამუშაო დღეებში. სტუდენტების მხოლოდ 10.2% იღებს რეგულარულ D ვიტამინის დანამატებს, რომლებსაც უფრო მეტად იყენებენ ქალები. სტუდენტების 99,1% სამუშაოს დროს შენობაში რჩება. ამრიგად, D ვიტამინის შესახებ ცოდნა დაბალია უნივერსიტეტის სტუდენტებში, მაგრამ ოდნავ მაღალია ქალებსა და სამედიცინო სტუდენტებში. თითქმის ყველა მონაწილე მუშაობს შენობაში და მათი უმეტესობა გარეთ გასვლისას ატარებს ნიღაბს. რამდენიმე სტუდენტი იღებს რეგულარულად D ვიტამინის დანამატებს. ქალები აცნობიერებენ, რომ მათ აქვთ D ვიტამინის დეფიციტი და უფრო მეტად იღებენ დანამატებს, ვიდრე მამაკაცები [48].

D ჰიპოვიტამინოზის მაღალი გავრცელება არაერთხელ დაფიქსირდა ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნებში. საუდის არაბეთში ახალგაზრდა ქალების D ვიტამინის სტატუსისა და მასთან დაკავშირებული D ჰიპოვიტამინოზის რისკ-ფაქტორების შესახებ მონაცემები მწირია, ამიტომ ამ კვლევამ შეაფასა D ჰიპოვიტამინოზის

გავრცელება და მისი რისკ-ფაქტორები, ჯანმრთელი ქალი უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის ტაბუკში, საუდის არაბეთი.

ჯვარედინი კვლევის საშუალებით შეისწავლეს 19-დან 25 წლამდე ასაკის 180 ჯანმრთელი ქალი სტუდენტი. ინფორმაცია შეგროვდა მონაწილეთა სოციოდემოგრაფიის, ჯანმრთელობის, ცხოვრების წესის, დიეტის, ანთროპომეტრიისა და შრატის 25-ჰიდროქსივიტამინი D (25(OH)D)-ის შესახებ. ლოგისტიკური რეგრესიული ანალიზი ჩატარდა D ჰიპოვიტამინოზის რისკის ფაქტორების შესაფასებლად. D ჰიპოვიტამინოზის პრევალენტობა (25(OH)D <30 ნგ/მლ) იყო 80.6%. D ჰიპოვიტამინოზის ძირითადი განმსაზღვრელი იყო: ქალაქური საცხოვრებელი (შანსების კოეფიციენტი [OR] = 6,54; 95%[CI], 2,74-5,63), მზის იშვიათიზემოქმედება (OR = 6,14; 95% CI, 2,15-17,55) და D ვიტამინის არასაკმარისი მიღება (OR = 2.50; 95% CI, 1.07-5.81).

ამრიგად, მიუხედავად მზიანი დღეების სიუხვისა, საუდის არაბეთი და ახლო აღმოსავლეთი D ვიტამინის დეფიციტის ეპიდემიის წინაშე დგანან. ამიტომ D ვიტამინის სტატუსი უნდა შეფასდეს ეროვნულ დონეზე, რათა შეიქმნას D ვიტამინის დონის ამაღლების სტრატეგიები [11, 13].

ზოგადად, A, B და C ჯგუფის ვიტამინების დეფიციტი ამცირებს ორგანიზმის წინააღმდეგობას პათოგენებისა და მავნე გარემო ფაქტორების მიმართ, ზრდის ზედა სასუნთქი გზების დაავადებების განვითარებას ახალგაზრდებში. A ვიტამინის დეფიციტი, რომელიც გამოვლინდა რესპონდენტთა თითქმის ნახევარში (48,7%), ამცირებს ლეიკოციტების და არასპეციფიკური იმუნიტეტის სხვა მახასიათებლების ფაგოციტურ აქტივობას [150].

ბავშვობაში აღერგიული დაავადებების მაღალი გავრცელების მიუხედავად, ასთმით დაავადებული ბავშვების მშობლებს/მზრუნველებს, დაწყებითი სკოლის მასწავლებლებს და უნივერსიტეტის სტუდენტებს აქვთ არაადეკვატური ცოდნის დონე ამ პაციენტების მონიტორინგისთვის [115].

პოლონელ სტუდენტებში ასთმა წარმოადგენს მნიშვნელოვან საკითხს. ტრისის უნივერსიტეტის სტუდენტების შორის ასთმის დიაგნოზი დაუსვეს 138 სტუდენტს (9.6%), დამატებით 76 სტუდენტს (5.5%) აღენიშნებოდა ასთმის სიმპტომები; თუმცა, ამ

სტუდენტებს წინა დიაგნოზი არ ჰქონდათ. ასთმა უფრო ხშირად აღენიშნებოდა ცუდად მოვლილ სახლებში მცხოვრებ სტუდენტებს (19%) ($p = 0.06$), განსხვავებით ნორმალურ გარემოში მცხოვრებთაგან (10%). დიაგნოზირებული პაციენტების 81%-მა აღნიშნა, რომ მათი ასთმა კარგად იყო კონტროლირებადი [96].

ჩრდილოეთ ტაილანდის მთავარ ქალაქში. ნარესუანის უნივერსიტეტის ხუთას ცამეტმა წევრმა და სტუდენტებმა შეავსეს კითხვარის 2 კომპლექტი და გაიარეს კანის ალერგიის ტესტი. კითხვარების პირველი ნაკრები იყო ISAAC კითხვარის სტანდარტიზებული ტაილანდური ვერსია ასთმის, ალერგიული რინიტისა და ატოპიური ეგზემის იდენტიფიცირებისთვის. მეორე ნაკრები შეცვლილი იყო ISAAC II ფაზის კითხვარიდან ასთმის რისკის ფაქტორების დასადგენად. ორმოცდათვრამეტი სუბიექტი (11.6%) იყო იდენტიფიცირებული, როგორც ექიმის მიერ დიაგნოზირებული ასთმის მქონე, ხოლო სუბიექტს (17.7%) ჰქონდა ხიხინი ბოლო 12 თვის განმავლობაში. 89 სუბიექტს შორის, 14.4% ხიხინს თვეში ერთხელ აღენიშნებოდა, 45.6%-ს ჰქონდა ხიხინი, რომელიც ხელს უშლიდა ძილს. თანმხლები ალერგიული რინიტი, რინოკონიუნქტივიტი და ატოპიური ეგზემა ასთმის ამ სუბიექტებს შორის იყო შესაბამისად 82.5%, 67.9% და 14.9%. ასთმური სუბიექტების 87-9 პროცენტს ჰქონდა კანის დადებითი რეაქცია სულ მცირე ერთ ალერგენზე. ორი ყველაზე გავრცელებული ალერგენი იყო სახლის მტვრის ტკიპა და ტარაკნები. ორსულობის დროს დედის მოწევა, ოჯახის წევრებს შორის მოწევა და ალერგიის ოჯახური ისტორია იყო სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი რისკები ასთმის განვითარებისთვის, ხოლო საცხოვრებლის ირგვლივ ბრინჯის მინდვრის არსებობა წარმოადგენდა მნიშვნელოვან დამცავ ფაქტორს [116].

შეერთებულ შტატებში დაახლოებით 19 მილიონი სტუდენტი სწავლობს კოლეჯში. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ზოგადად ჯანმრთელები არიან, ახალგაზრდების დაახლოებით 20%-ს აქვს სპეციალური სამედიცინო მოთხოვნილებები, მათ შორის ასთმა, შაქრიანი დიაბეტი და სწავლის, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნივთიერებების მოხმარების დარღვევები. ექიმებს შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ახალგაზრდის გადასვლას ზრდასრულთა ჯანდაცვის მოდელზე სტრუქტურირებული პროცესების გამოყენებით ახალგაზრდების თვითმოვლისკენ ორიენტირებისთვის კოლეჯში შესვლამდე. მასტიმულირებელი მედიკამენტები

ეფექტურია ყურადღების დეფიციტის/ჰიპერაქტიურობის აშლილობის მქონე სტუდენტების სამკურნალოდ, მაგრამ ექიმებმა უნდა აკონტროლონ წამლის გადამისამართების ნიშნები. სწავლის დარღვევები შეიძლება გამოვლინდეს ემოციური ან ფიზიკური სიმპტომებით და იმართება მულტიდისციპლინური გზით. ამ პოპულაციაში ხშირია დეპრესია, შფოთვა, ძილის პრობლემები, პოსტტრავმული სტრესი და კვების. ეფექტურია სიმსუქნის, დეპრესიის, შფოთვის, ძალადობის, ნიკოტინის მოხმარებისა და ნივთიერების მოხმარების სკრინინგი და/ან ჩარევები. გრიპის, ადამიანის პაპილომავირუსის, მენინგოკოკისა და ყვიანახველას იმუნიზაცია გადამწყვეტია მაღალი რისკის მქონე პოპულაციაში. ლესბოსელ, ბისექსუალ, გეი, ტრანსგენდერ და ქვიარ სტუდენტებს ჯანმრთელობის დაცვის უნიკალური საჭიროებები აქვთ [114].

13750 სტუდენტისა და უნივერსიტეტის 1428 პერსონალის მოსახლეობიდან სისტემატურად შეარჩიეს 2750 (20%) სტუდენტი და მთელი პერსონალი. მათ შორის სკრინინგის კითხვარი შეავსო 2372 სტუდენტმა და 455 პერსონალმა. რესპონდენტთა საშუალო ასაკი (SD) იყო 21.9 (3.2) და 46.1 (8.9) სტუდენტებისა და პერსონალისთვის და მათი უმრავლესობა იყო მამაკაცი; 58,6% და 65,9% შესაბამისად. მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტების დაახლოებით 2.6%-ს (95% CI: 1.7-3.5) ჰქონდა ასთმის შეტევა წინა 12 თვეში, 14.5% (95% CI: 12.5-16.5) და 25.2% (95% CI: 22.8-27.7) დაფიქსირდა. ქოშინი და ღამის ხველა, შესაბამისად. პერსონალის მოსახლეობამ აღნიშნა ნაკლები სიმპტომები. "შესაძლო ასთმის" პროპორცია იყო 18.2% (95% CI: 16.0-20.4) სტუდენტებისთვის და 8.0% (95% CI: 5.4-10.7) პერსონალისთვის [35].

ბავშვთა ასთმის გავრცელება იზრდება მთელ მსოფლიოში, მათ შორის განვითარებად ქვეყნებში, როგორცაა ტაილანდი. ტაილანდში ბავშვთა ასთმის შესახებ ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ფართო ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, ასთმის გავრცელება მოზრდილებში კარგად არ არის შესწავლილი ამ საზოგადოებაში. ამ კვლევის მიზნები იყო ასთმის, ალერგიული რინიტის და ეგზემის გავრცელების შესწავლა ბანგკოკის უნივერსიტეტის სტუდენტების შემთხვევით ჯგუფში ISAAC I ფაზის პროტოკოლიდან სტანდარტიზებული წერილობითი და ვიდეო კითხვარების გამოყენებით. ISAAC I ფაზის, წერილობითი და ვიდეო (საერთაშორისო ვერსია, AVQ 3.0) კითხვარები გადაეცა 3631 შემთხვევით შერჩეულ უნივერსიტეტის სტუდენტს

ბანგკოკის ექვსი უნივერსიტეტიდან. სუბიექტების ასაკობრივი დიაპაზონი იყო 16-31 წლამდე (საშუალო +/- SD= 19.1 +/- 1.7 წელი). იყო 1197 მამაკაცი და 2434 ქალი (თანაფარდობა = 1:2.03). მონაცემები შეყვანილი და გაანალიზებული იყო EpiInfo 4 პროგრამით. ხიხინის გავრცელება ბოლო 12 თვის განმავლობაში და დიაგნოსტირებული ასთმის სუბიექტების ამ ჯგუფში იყო 10.1% და 8.8%. ალერგიული რინიტის (ცხვირის თვალის სიმპტომებით გასული 12 თვის განმავლობაში) გავრცელება იყო 26.3%, ხოლო ეგზემის (გამონაყარი ატოპიური დერმატიტის ტიპურ ადგილებში, ბოლო 12 თვის განმავლობაში) იყო 9.4%. რინოკონიუნქტივიტის არსებობა, სქესი და ასაკი იყო ასთმის მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორები მამაკაცებში, ახალგაზრდა სუბიექტებში და რინოკონიუნქტივიტის მქონე პირებმა აღნიშნეს ასთმასთან დაკავშირებული უფრო ხშირი სიმპტომები ($P < 0.01$). როგორც წინა კვლევებში, რომლებმაც დაადგინეს ასთმის ზრდა ტაილანდურ ბავშვებში, ეს კვლევა მიუთითებს, რომ ასთმის გავრცელება ტაილანდის უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის გაიზარდა იმავე დონეზე, როგორც ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში. ბანგკოკში მცხოვრები მოზარდების დიდ რაოდენობას აწუხებს რინიტის სიმპტომები, რომელთა უმეტესობა ალბათ წარმოადგენს ალერგიული რინიტს [118].

საჭიროა განხორციელდეს საგანმანათლებლო ღონისძიებები, რომლებიც მიზნად ისახავს უნივერსიტეტის სტუდენტების ცნობიერების ამაღლებას ასთმის მკურნალობისა და კონტროლის შესახებ [98].

მნიშვნელოვანია სტუდენტებში ენდოკრინული დაავადებების გავრცელება. 2007 წლიდან 2009 წლამდე პერიოდისთვის ტომსკის უმაღლესი და პროფესიული საგანმანათლებლო დაწესებულებების სტუდენტებს შორის აღინიშნა ენდოკრინული პათოლოგიის შემთხვევების ზრდა 23%-ით, ენდოკრინული სისტემის პირველადი ავადობა - 15,4%-ით. გამოკვლეულ სტუდენტებს შორის ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები დაფიქსირდა შემთხვევების 49,6%-ში: 40,3%-ს დაუდგინდა დიფუზური არატოქსიკური ჩიყვი, 20%-ს, აუტოიმუნური თირეოიდიტი, 18,6% - კვანძოვანი ჩიყვი, 8,1% - დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი. ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის სტრუქტურაში, ულტრაბერითი მონაცემებით, ჭარბობდა დიფუზური ცვლილებები (45%), კვანძოვანი წარმონაქმნები - 24%, დიფუზურ-ფოკალური ცვლილებები - შემთხვევათა 17%-ში.

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის ფორმირებაში წამყვანი რისკ-ფაქტორები იყო მუდმივი საცხოვრებელი ტომსკში, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის არსებობა დედის მხრიდან ქალ ნათესავებში, მოწევა.

ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტი დაფიქსირდა შემთხვევების 12.8%-ში, ძირითადად მამაკაცებში დიაბეტის გართულებების განვითარების რისკზე გავლენას ახდენდა HbA1c-ის დონე 7.0%-ზე მეტი. შემთხვევათა 6,8%-ში დიაგნოზირებულია ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის დაავადებები, უფრო ხშირად ქალებში და 19-22 წლის ასაკში [128].

სტუდენტთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ასევე სამედიცინო მომსახურების საკითხებზე მათი ინფორმირებულობის დონის ამაღლება უნდა მოხდეს არასამთავრობო და სამთავრობო, აგრეთვე საერთაშორისო ორგანიზაციების ჩართულობით. საჭიროა სტუდენტთა ჯანმრთელობის პოლიტიკის გატარება უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების დონეზე [4].

თავი 2

მასალა და მეთოდები

გამოკითხული იქნა 766 სტუდენტი საქართველოს უნივერსიტეტებიდან ჩატარდა ერთმომენტიანი განივი კვლევა ჩვენს მიერ შედგენილი ანკეტა-კითხვარის გამოყენებით, რომლის ვალიდურობა დადგენილია ჩვენს მირ ჩატარებულ კვლევებში - კრომბახის აღფას გამოყენებით.

შესწავლილ იქნა ფაქტორთა შემდეგი ჯგუფები: აკადემიური მოსწრება, დამატებითი მუშობა, სპორტული აქტიურობა, კვების ტიპი და რეჟიმი, ძილის ჰიგიენა, უნარჩვევები, ექიმთან მიმართვიანობა(ცხრილი 2.1). უნივერსიტეტები და სტუდენტები შეირჩა რანდომიზაციის საშუალებით.

ჩართვის კრიტერიუმები: საქართველოს უნივერსიტეტების სტუდენტი, საქართველოს მოქალაქე. თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე.

გამორიცხვის კრიტერიუმები: ორსული ქალები, უარი კვლევაში ჩართვაზე.

მაღალი აკადემიური მოსწრების ჯგუფში გაერთიანდნენ სტუდენტები, რომელსა საშუალო ქულა შეადგენდა A ან B- ს , საშუალო დონე - C, D ან E-ს, ხოლო ცუდი - რომელთაც ერთ საგანში მაინც ჰქონიათ Fx ან F შეფასება. კვლევის დიზაინი შეთანხმებული იყო სდასუს ეთიკის კომიტეტთან, კითხვარს ახლდა ინფორმირებული თანხმობის ფურცელი, სტუდენტებს მიეწოდათ სრული ინფორმაცია კვლევის მიზნებისა და ამოცანების თაობაზე. მონაცემების შეგროვება მოხდა მხოლოდ კვლევის მიზნით. მონაცემები კოდირებულია ნუმერაციით და ინახება მკვლევართან და ხელმისაწვდომია მხოლოდ კვლევის მიზნებისთვის.

ინსტრუმენტები: კვლევის მთავარი მეთოდოლოგიური ინსტრუმენტებად გამოვიყენეთ სტრუქტურირებული ინტერვიუ და თვითადმინისტრებადი კითხვარი (ცხრილი 2.1).

ცხრილი 2.1. თვითადმინისტრებადი კითხვარი

ფაქტორები	
სქესი ფიზიკური აქტიურობა	მდედრობითი
	მამრობითი
	პროფესიული
	სამოყვარულო
	ჰიპოდინამია
მავნე ნივთიერებების მიღება მუშაობა	მარიხუანა
	სხვა მძიმე ნარკოტიკები
	ალკოჰოლი
	თამბაქო
	დამატებითი ანაზღაურებადი მუშაობა,
	მუშაობა ანაზღაურების გარეშე
ძილის დარღვევები მეცადინეობა	ძილიანობა
	უძილობა
	წყვეტილი ძილი
	დილით
	დღის მანილზე
	ღამით
ცხოვრება ექიმთან მიმართვიანობა	ოჯახში მშობლებთან
	ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად
	მარტო
	პროფილაქტიკური
	საჭიროების შემთხვევაში
	არა
კვების ტიპი და ხასიათი	უპირატესად ცხიმოვანი
	უპირატესად ცილოვანი
	უპირატესად ნახშირწყლოვანი

	სწრაფი კვება
	დაბალანსებული კვება
	ჭარბი საკვების მიღება
	ხილის და ბოსტნეულის მიღება
გადატანილი ოპერაციები	ჰერნიოპლასტიკა (თიაქარკვეთა)
	აპენდექტომია(ჭია ნაწლავზე ოპერაცია)
	ტრამვასთან დაკავშირებული ოპერაცია
	ტონზილექტომია
	რინოპლასტიკა
ტრამვები	სხვა
	გულმკერდის არეში
	მუცლის არეში
	ნაღრძობი
	მოტეხილობა
მხედველობის პრობლემები	მიოპია
	ასტიგმატიზმი
დაავადებები	ძვალ-სახსროვანი სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები
	თიაქარი
	რესპირაციული დაავადებები წელიწადში 4-ზე მეტი
	ნერვული სისტემის დაავადებები
	ანემია
	ალერგია
	თირკმლის პათოლოგია
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები
	ჰიპერთირეოზი
	ჰიპოთირეოზი
	დიაბეტი
	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

სტუდენტობის დროს გამოვლენილი დაავადებები	პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები
	ჰიპოვიტამინოზი
	დიაბეტი
	წონაში მკვეთრი მომატება
	წონაში მკვეთრი დაკლება
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები
	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები
	ნერვული სისტემის დარღვევები
	ავიტამინოზი
	ჰიპოთირეოზი
	ჰიპერთირეოზი
	A ჰეპატიტი
	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები
	მხედველობის დაქვეითება
გამოცდებთან დაკავშირებული ჩივილები	თავის ტკივილი
	უძილობა
	უმაღლობა
	ზოგადი რეჟიმის დარღვევა
	დეპრესია
რეგიონი	თბილისი
	აჭარა
	იმერეთი
	გურია
	სამეგრელო
	კახეთი
	სამცხე-ჯავახეთი
	შიდა ქართლი
	ქვემო ქართლი
	რაჭა-ლეჩხუმი/ქვემოსვანეთი
	მცხეთა-მთიანეთი

ამ კითხვარის სრულფასოვანი გამოყენებისათვის საჭიროა მისი ვალიდაცია. ვალიდაცია არის კითხვარის ფსიქომეტრიული თვისებების შემოწმება.

კითხვარის ვალიდაციისათვის საპილოტე გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 50-მა სტუდენტმა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტიდან.

კითხვარის ვალიდურობა დადგინდა კრონბახის ალფას გამოყენებით. კითხვარში მოცემული ფაქტორებს შორის უნდა იყოს საკმარისი თანხმობა, თუმცა ყველა მათგანს უნდა ჰქონდეს საკუთარი წვლილი კვლევაში. კითხვებს შორის თანხმობა სარწმუნოა, როდესაც კრომბახის $\alpha > 0.70$.

თუ თანხმობის კოეფიციენტი 1-ის ტოლია, თანხმობა მქსიმალურია, რაც ნიშნავს, რომ ფაქტორების წვლილი კვლევაში იდენტურია და ზოგიერთი მათგანი ზედმეტია. კითხვარი ვალიდურია, თუ α მიახლოებულია 0.70-თან.

სტატისტიკური ანალიზი

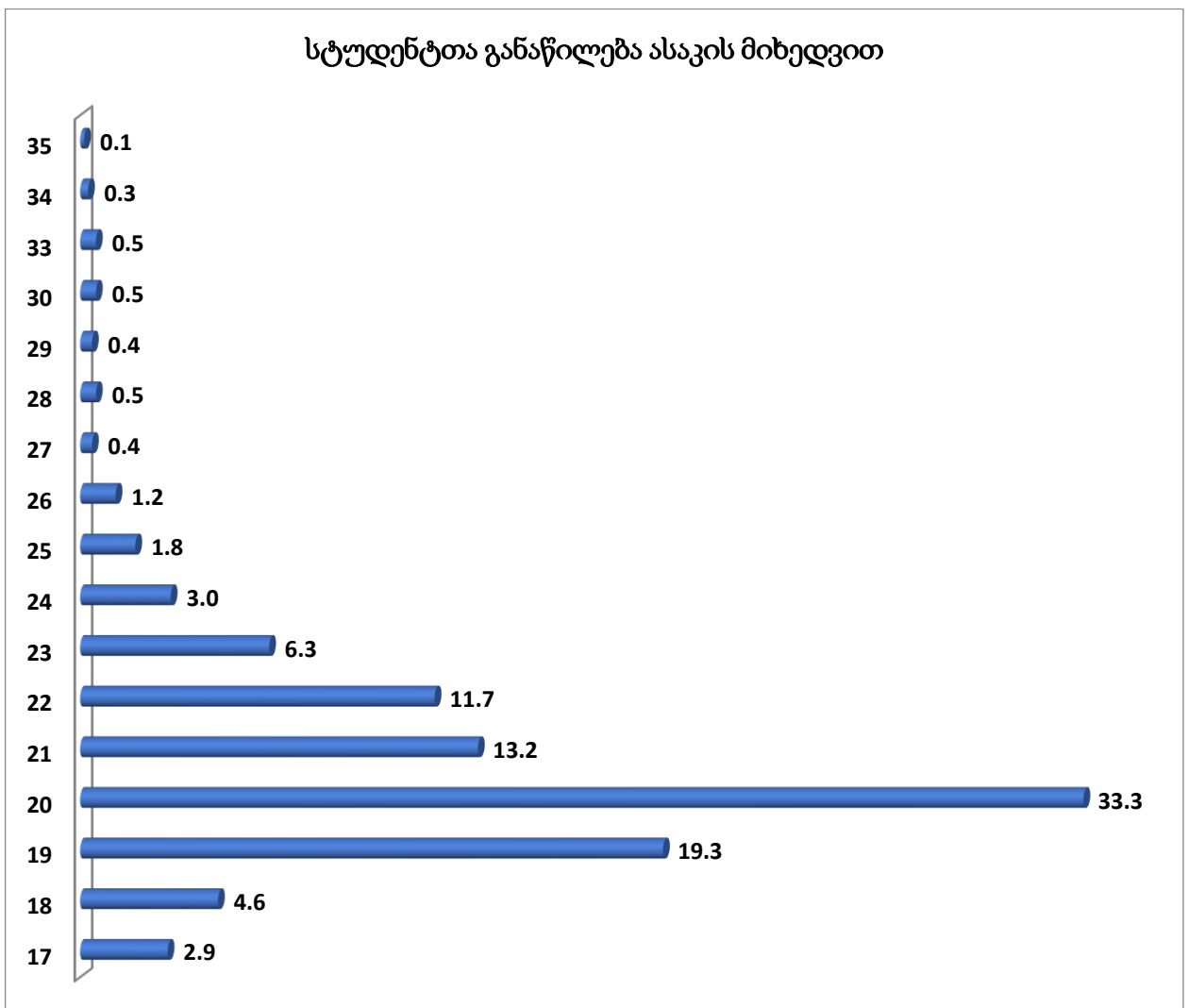
რაოდენობრივი მაჩვენებლებისათვის განისაზღვრა საშუალო, საშუალო კვადრატული გადახრა; ხარისხობრივი მაჩვენებლები წარმოდგენილია სიხშირით და %-ით. ხარისხობრივი მაჩვენებლებისათვის ჯგუფებს შორის განსხვავებას ვითვლიდით ფიშერის ზუსტი კრიტერიუმის საშუალებით, კორელაციური ანალიზი ჩატარდა სპირმენის კორელაციების გამოყენებით, ავადობისა და ცუდი აკადემიური მოსწრების ფარდობითი შანსი დადგინდა მულტივარიაციული ბინარული ლოგისტიკური რეგრესიული ანალიზის საშუალებით.

სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა პროგრამების პაკეტის SPSS 23-ის გამოყენებით.

თავი 3

3.1. საკვლევი პოპულაციის დახასიათება

კვლევაში მონაწილე სტუდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 20.7+2.4 წელი (17-35) ასაკობრივი განაწილება მოცემულია 3.1.1 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.1.

სტუდენტთა შორის ყველაზე მაღალი სიხშირით შეგვხვდა 20 წლის ასაკი.

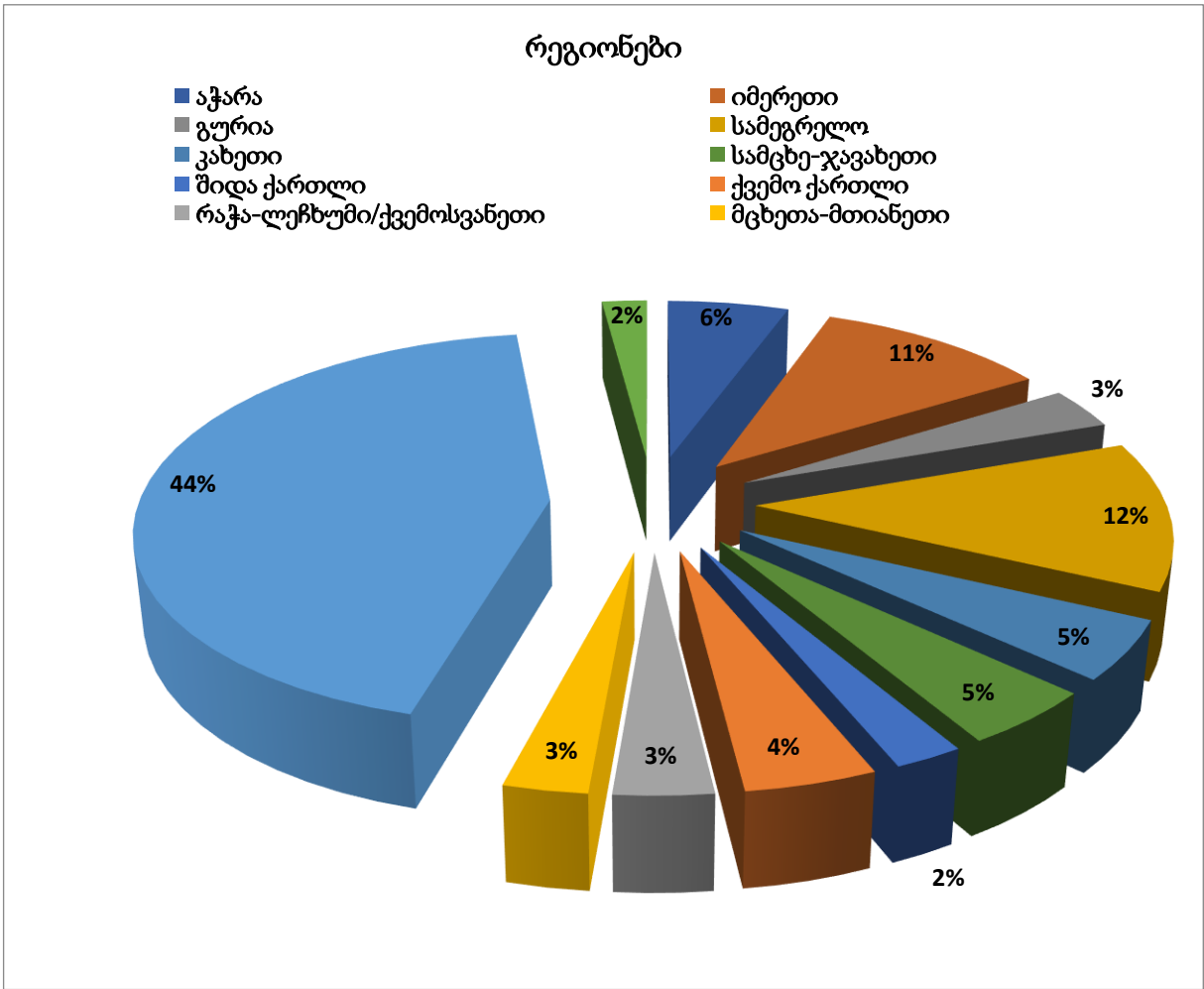
სტუდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით მოცემულია 3.1.2 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.2

სქესის მიხედვით არასარწმუნოდ მეტი იყო ქალები.

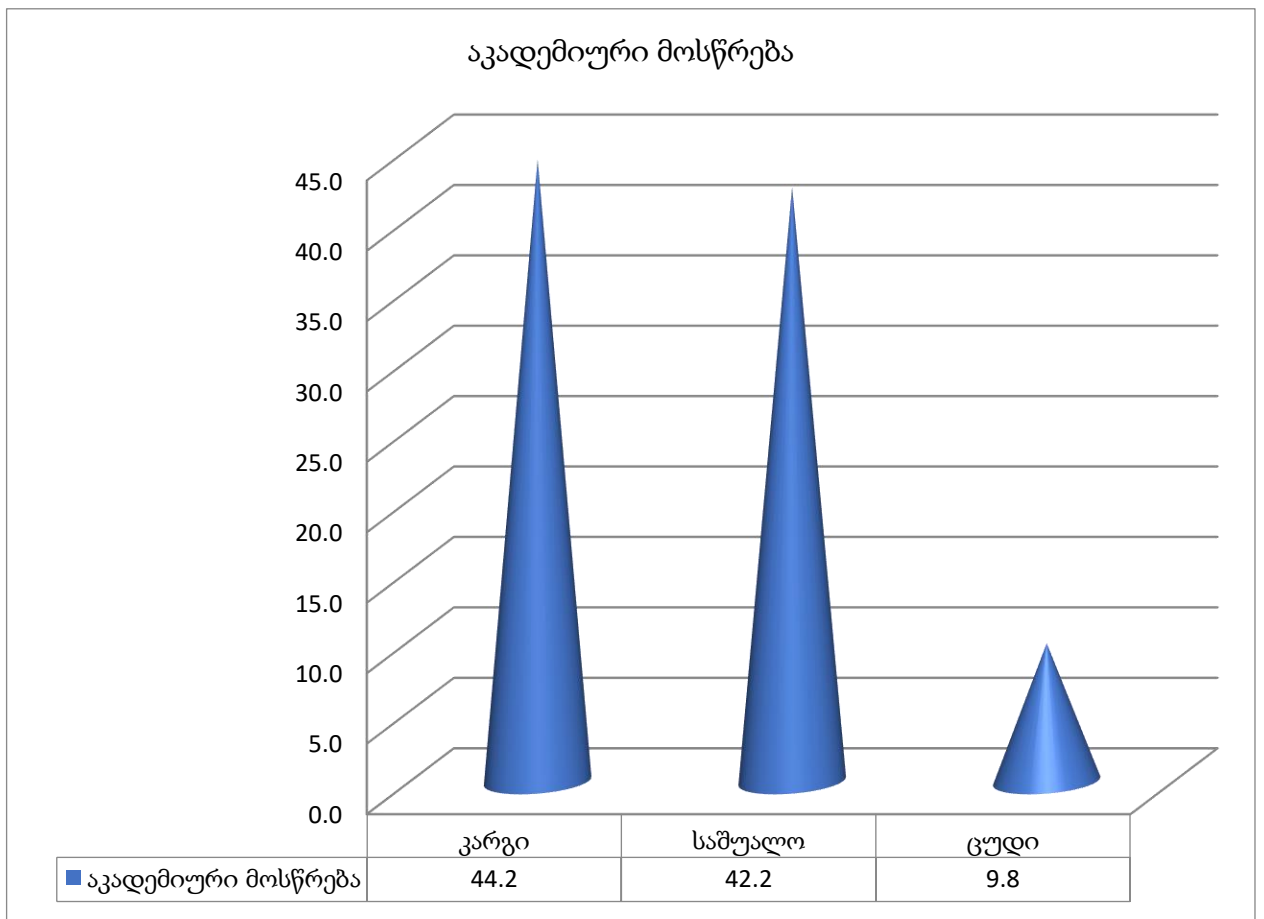
სტუდენტთა განაწილება რეგიონების მიხედვით მოცემულია 3.1.3 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.3

რეგიონების მიხედვით ყველაზე მეტი იყო თბილისელი სტუდენტები.

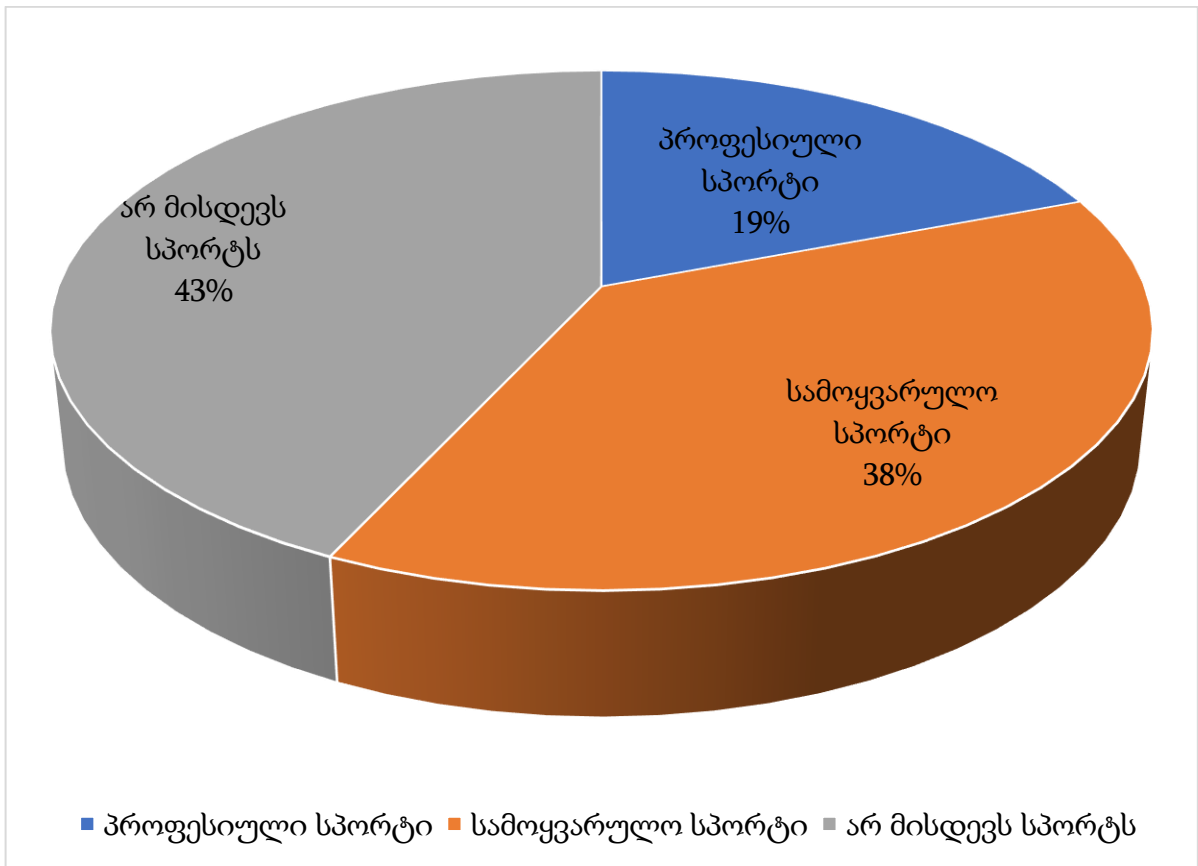
სტუდენტთა განაწილება აკადემიური მოსწრების მიხედვით მოცემულია 3.1.4 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.4

კარგ აკადემიურ მოსწრებას აღნიშნავს სტუდენტთა 44.2%, ცუდს - 9.8%.

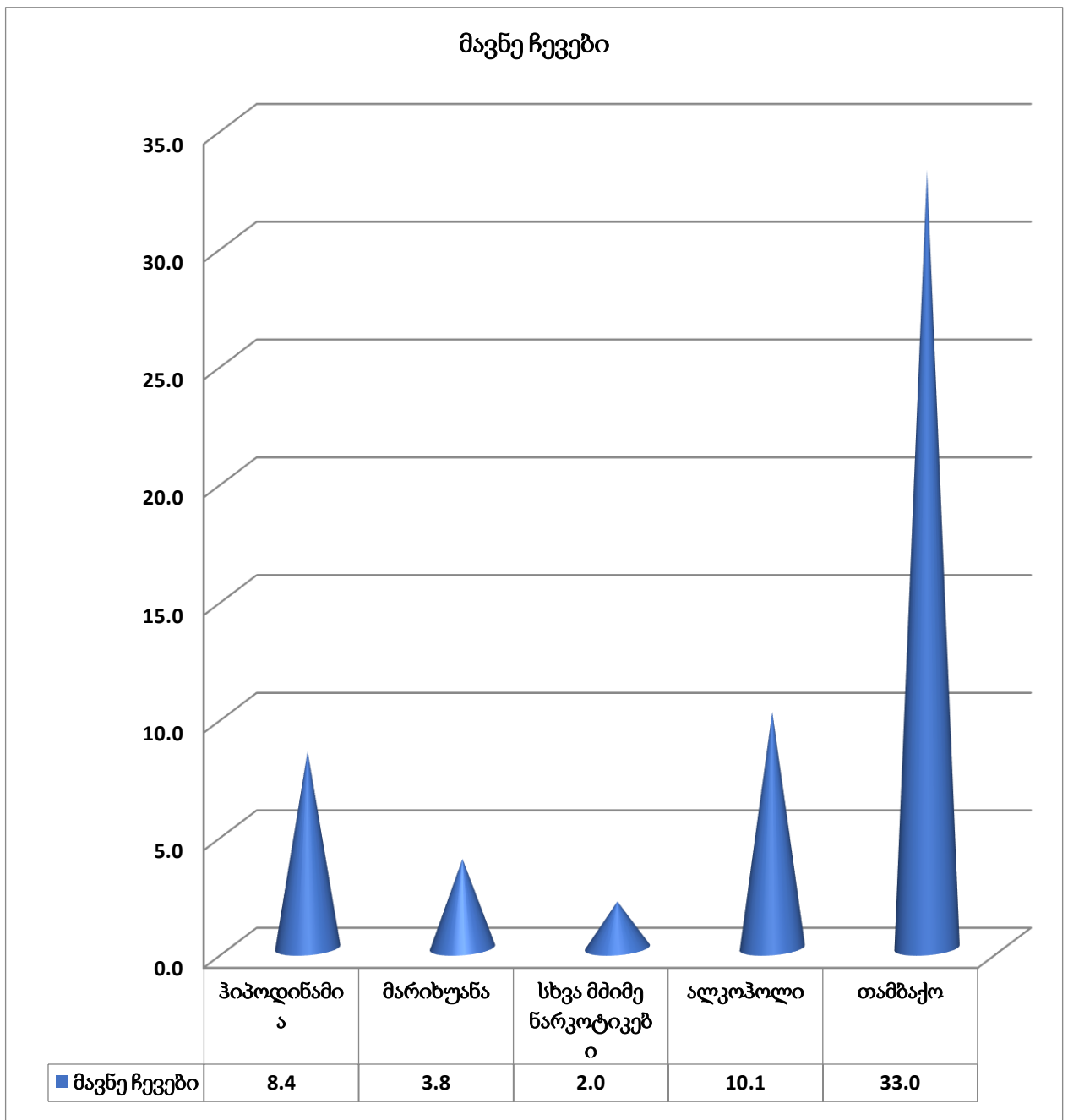
სტუდენტთა განაწილება სპორტული აქტიურობის მიხედვით მოცემულია 3.1.5 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.5

სპორტს არ მისდევს გამოკითხულ სტუდენტთა 43%, პროფესიული სპორტით დაკავებულია 19%.

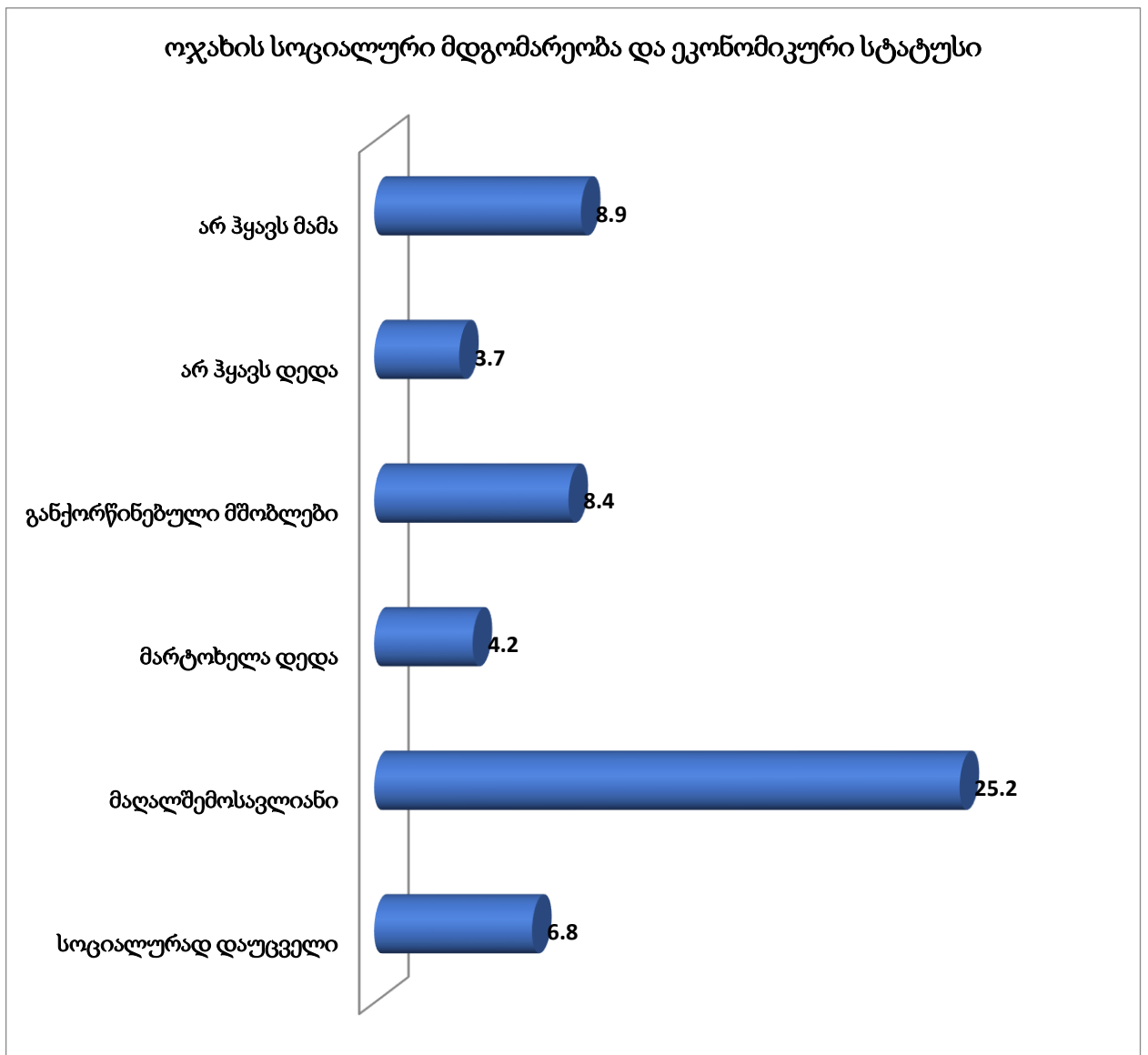
სტუდენტთა განაწილება მათზე ჩვევების მიხედვით მოცემულია 3.1.6 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.6

მავნე ჩვევებს შორის გამოირჩევა თამბაქოს მოხმარება - 33%, მარიხუანისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებას აღნიშნავს შესაბამისად 3.8% და 2%.

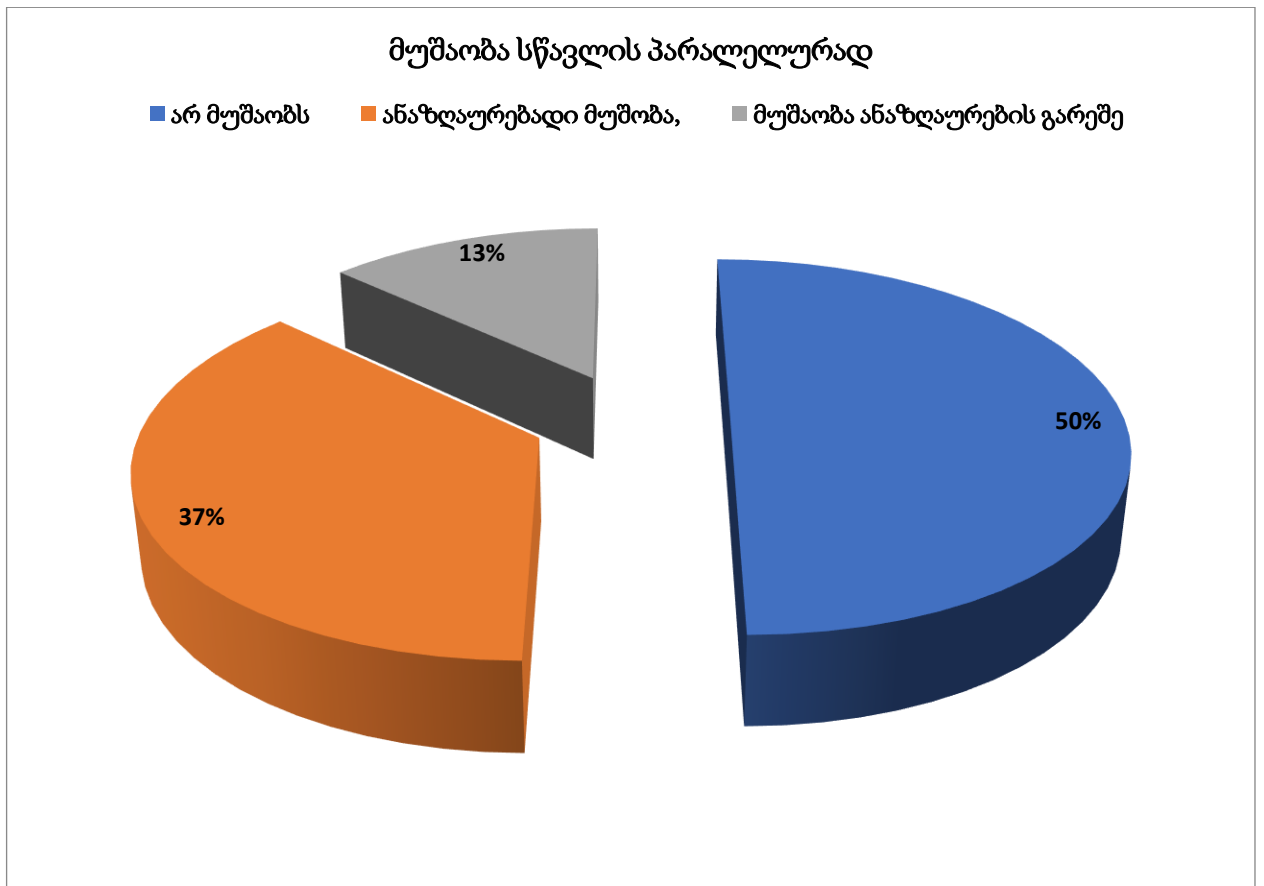
სტუდენტთა განაწილება ოჯახის სოციალური მდგომარეობისა და ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით მოცემულია 3.1.7 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.1.7

მაღალშემოსავლიანი ოჯახებიდან არის სტუდენტთა 25%, სოციალურად დაუცველი - 6.8%.

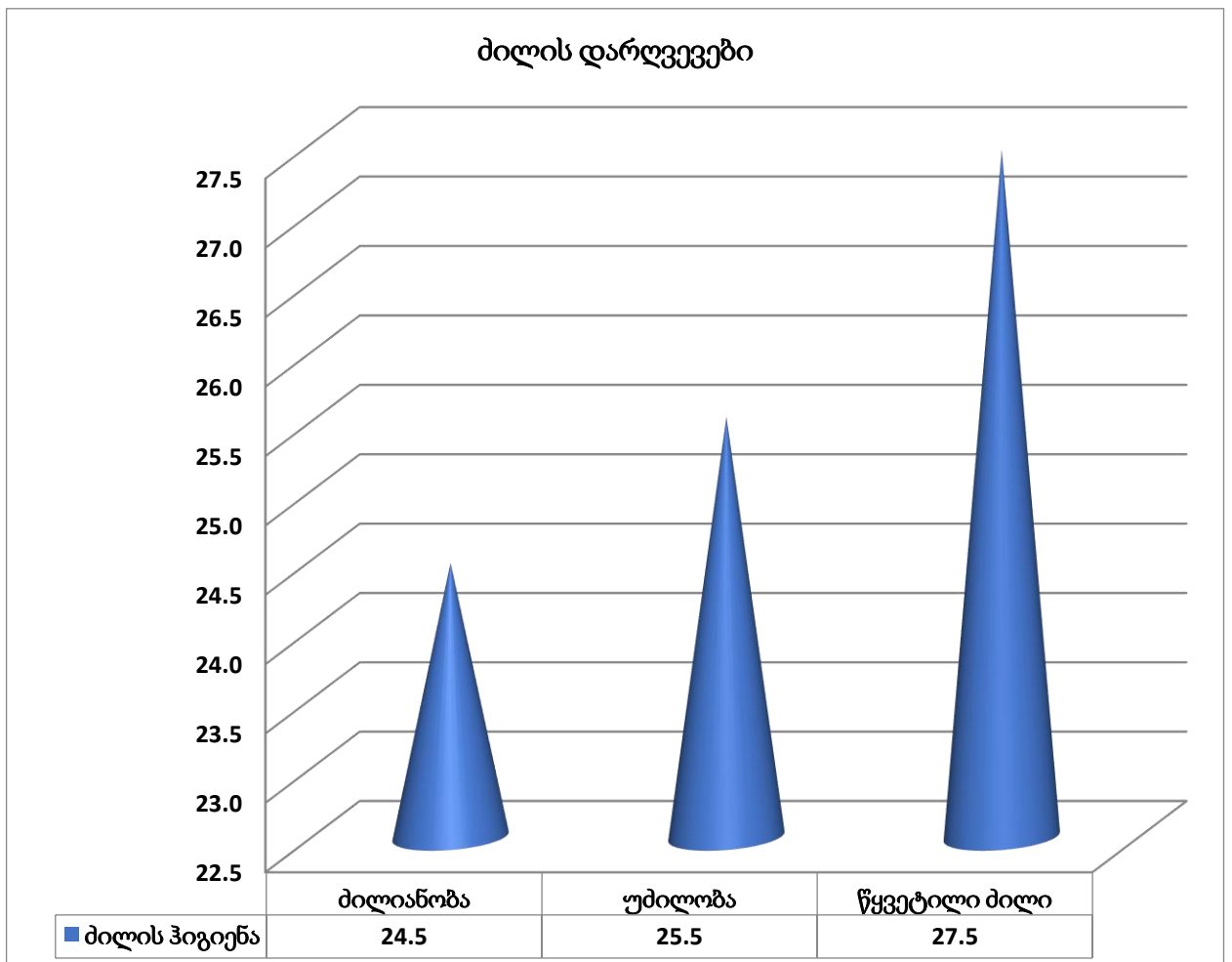
სტუდენტთა განაწილება დასაქმების მიხედვით მოცემულია 3.1.8 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.1.8

სტუდენტთა ნახევარი არ მუშაობს, ანაზღაურებად სამუშაოზეა სტუდენტთა 37%.

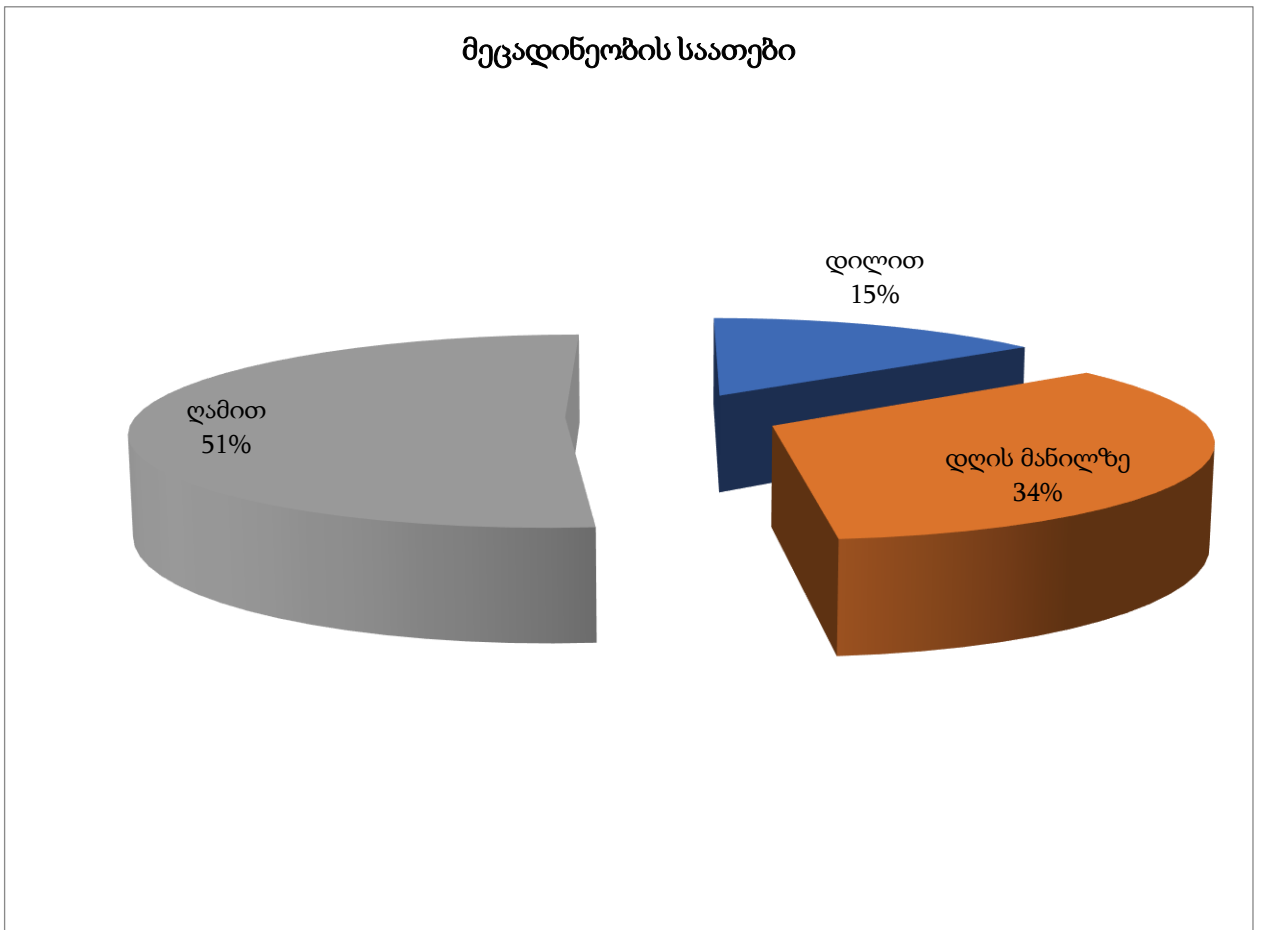
სტუდენტთა განაწილება ძილის დარღვევების მიხედვით მოცემულია 3.1.9 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.9

სტუდენტთა უმრავლესობას 77.5%-ს აღენიშნება ძილის ისეთი დარღვევები, როგორებიცაა ძილიანობა, უძილობა ან წყვეტილი ძილი.

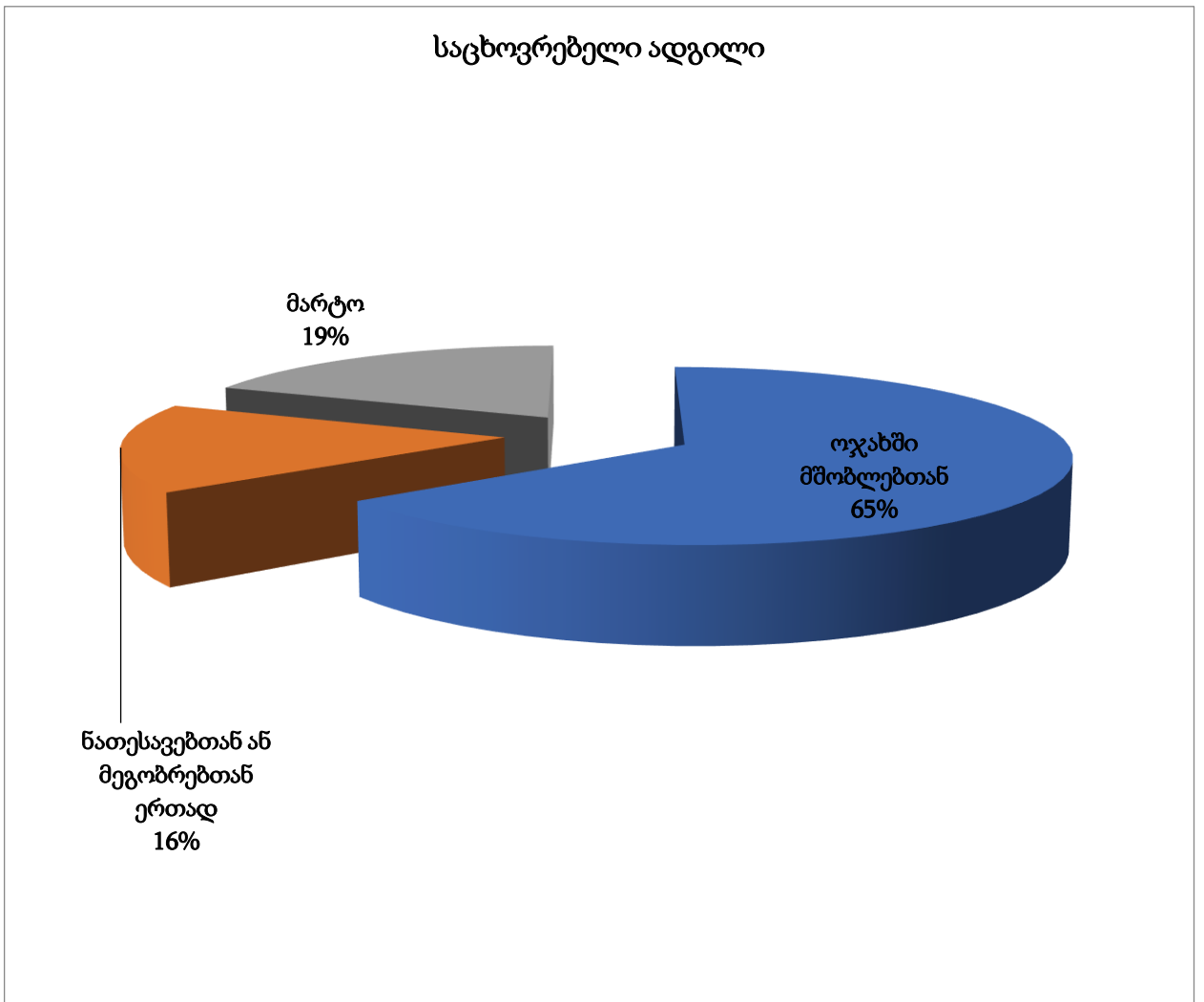
სტუდენტთა განაწილება მეცადინეობის საათების მიხედვით მოცემულია 3.1.10 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.1.10

სტუდენტთა უმრავლესობა - 51% მეცადინეობს ღამით, 34% - დღის მანძილზე, 15% - დილით.

სტუდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მოცემულია 3.1.11 დიაგრამაზე

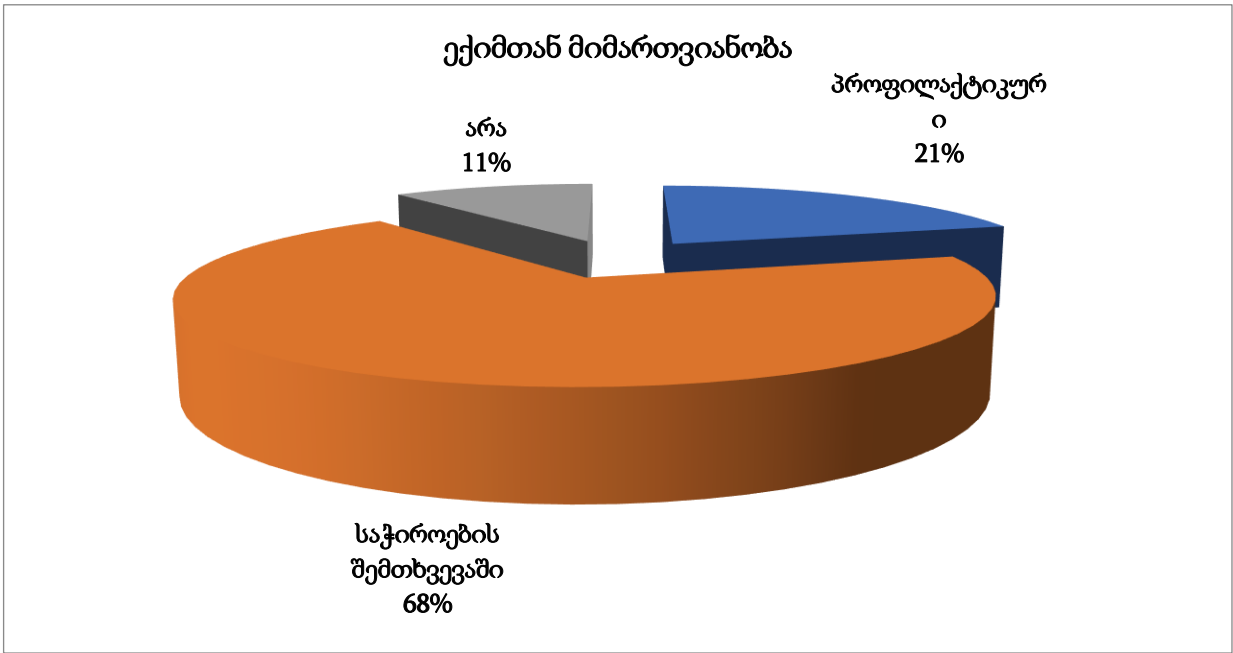


დიაგრამა 3.1.11

მარტო ცხოვრობს სტუდენტთა 19%, ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად - 16%, ხოლო ოჯახში მშობლებთან - 65%.

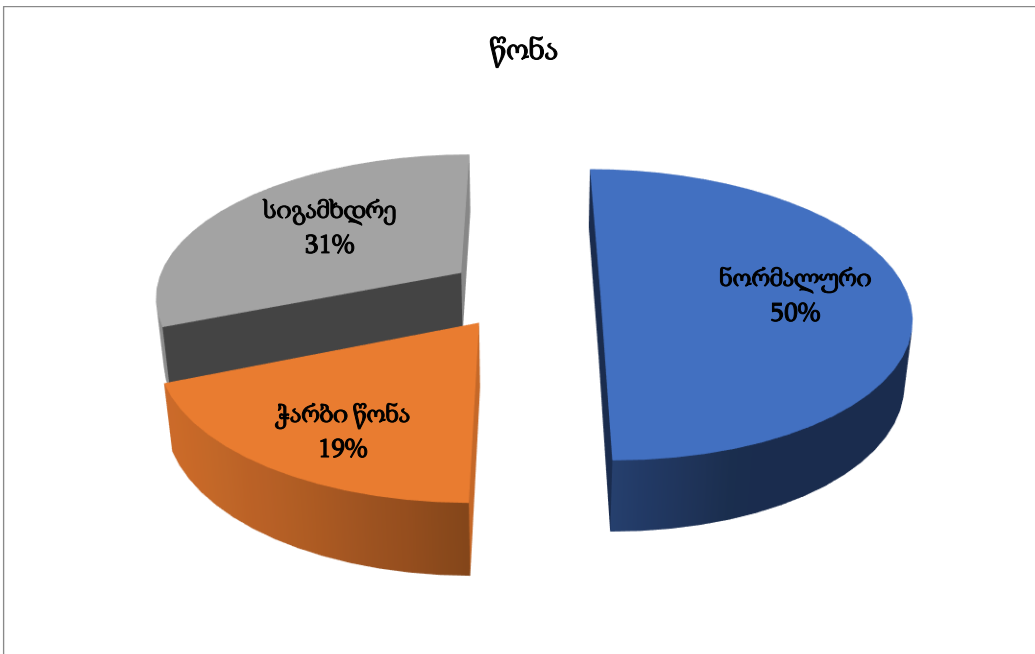
სტუდენტთა განაწილება ექიმთან მიმართვიანობის მიხედვით მოცემულია 3.1.12 დიაგრამაზე.

ექიმებს პროფილაქტიკის მიზნით მიმართავს 21%, თუმცა როგორც აღინიშნა, ამ ვიზიტების დიდი უმრავლესობა ეთმობა სტომატოლოგთან ვიზიტს. 68% - საჭიროების შემთხვევაში, ხოლო 11% - საერთოდ არ დადის ექიმთან.



დიაგრამა 3.1.12

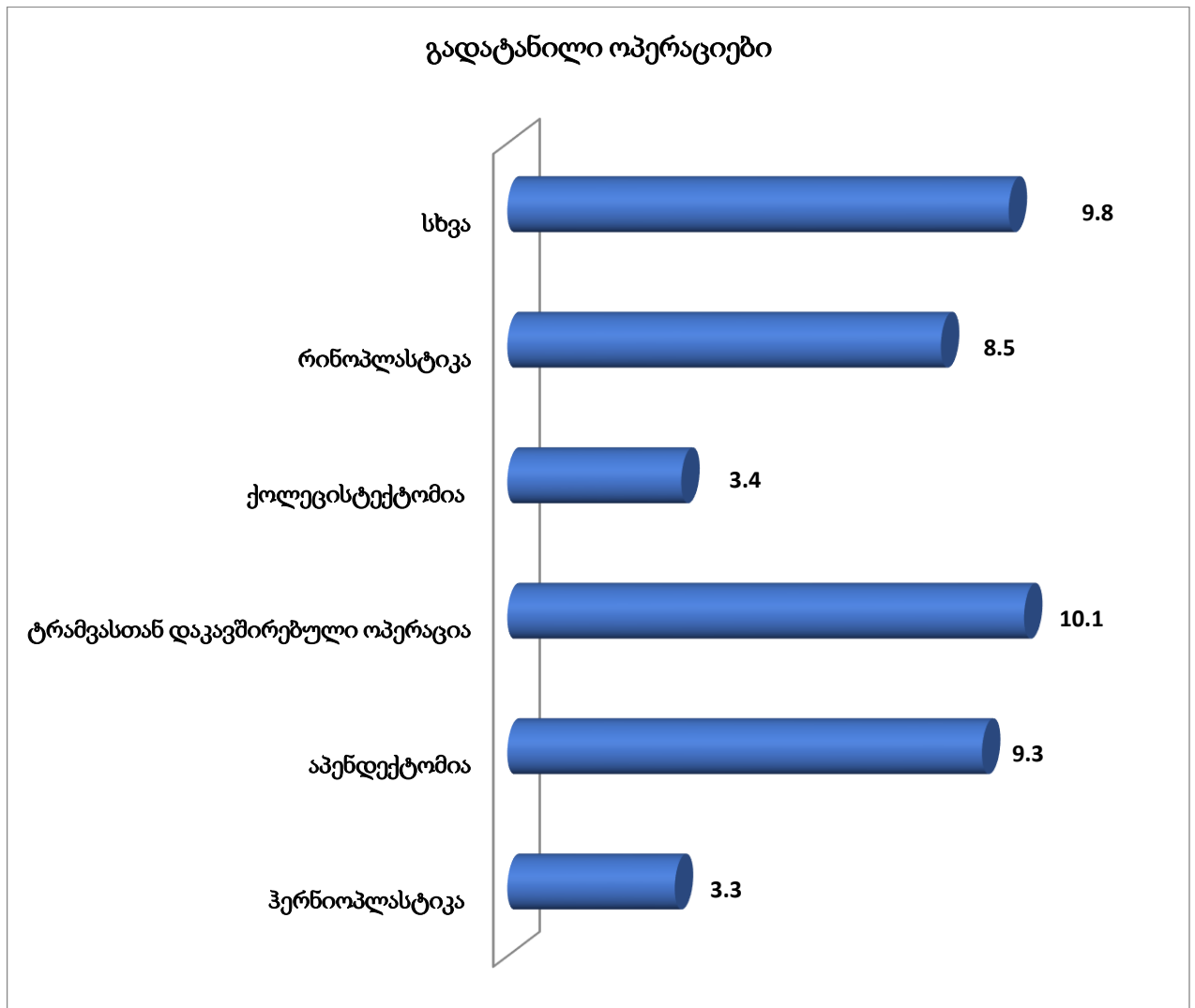
სტუდენტთა განაწილება წონის მიხედვით მოცემულია 3.1.13 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.13

სტუდენტთა ნახევარი ნორმალური წონისაა, 31%-ს აღნიშნება სიგამხდრე, ხოლო 19%-ს - ჭარბი წონა.

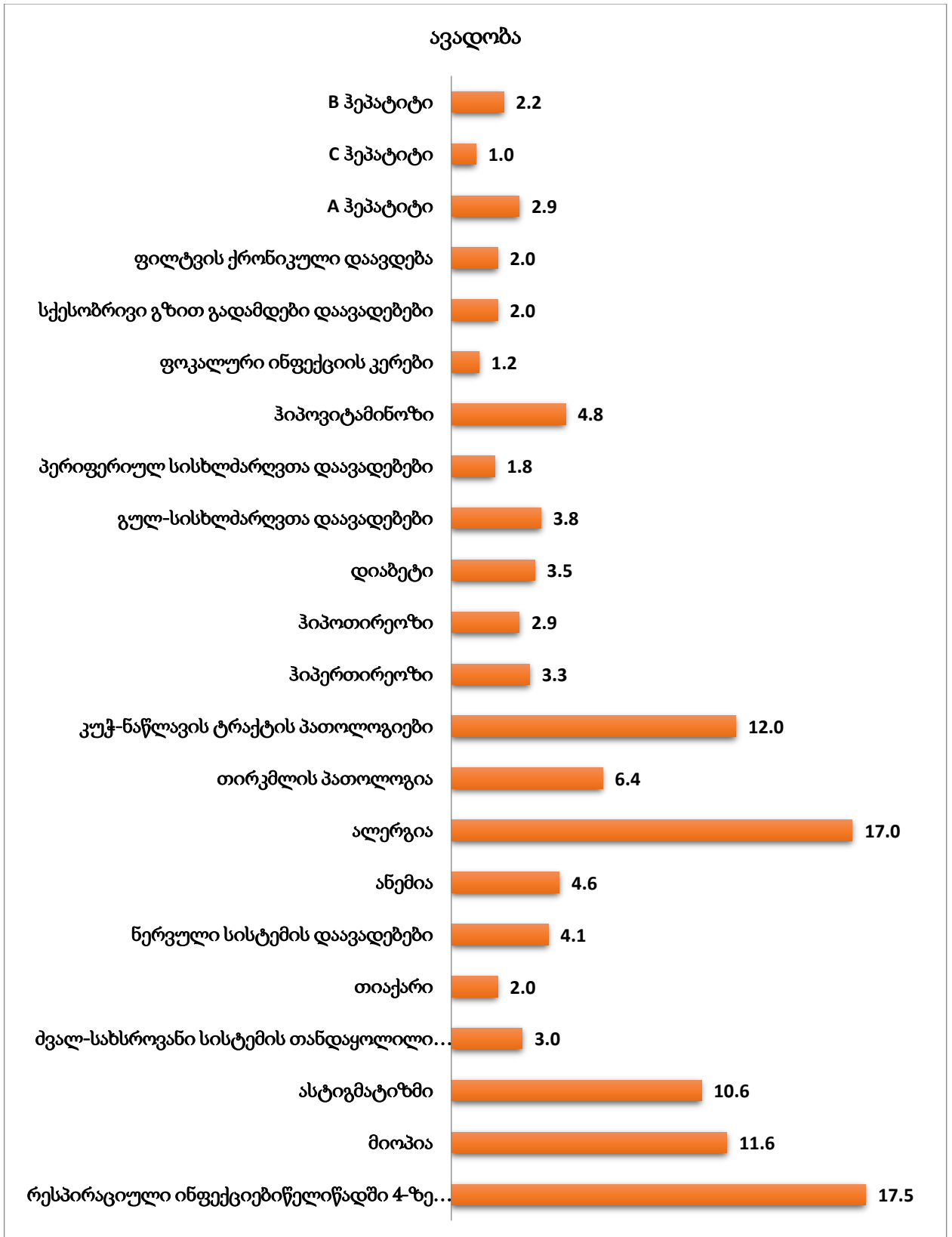
სტუდენტთა განაწილება გადატანილი ოპერაციების მიხედვით მოცემულია 3.1.14 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.1.14

გადატანილი ოპერაციებიდან აღსანიშნავია ტრამვასთან დაკავშირებული ოპერაციები, აპენდექტომია და რინოპლასტიკა.

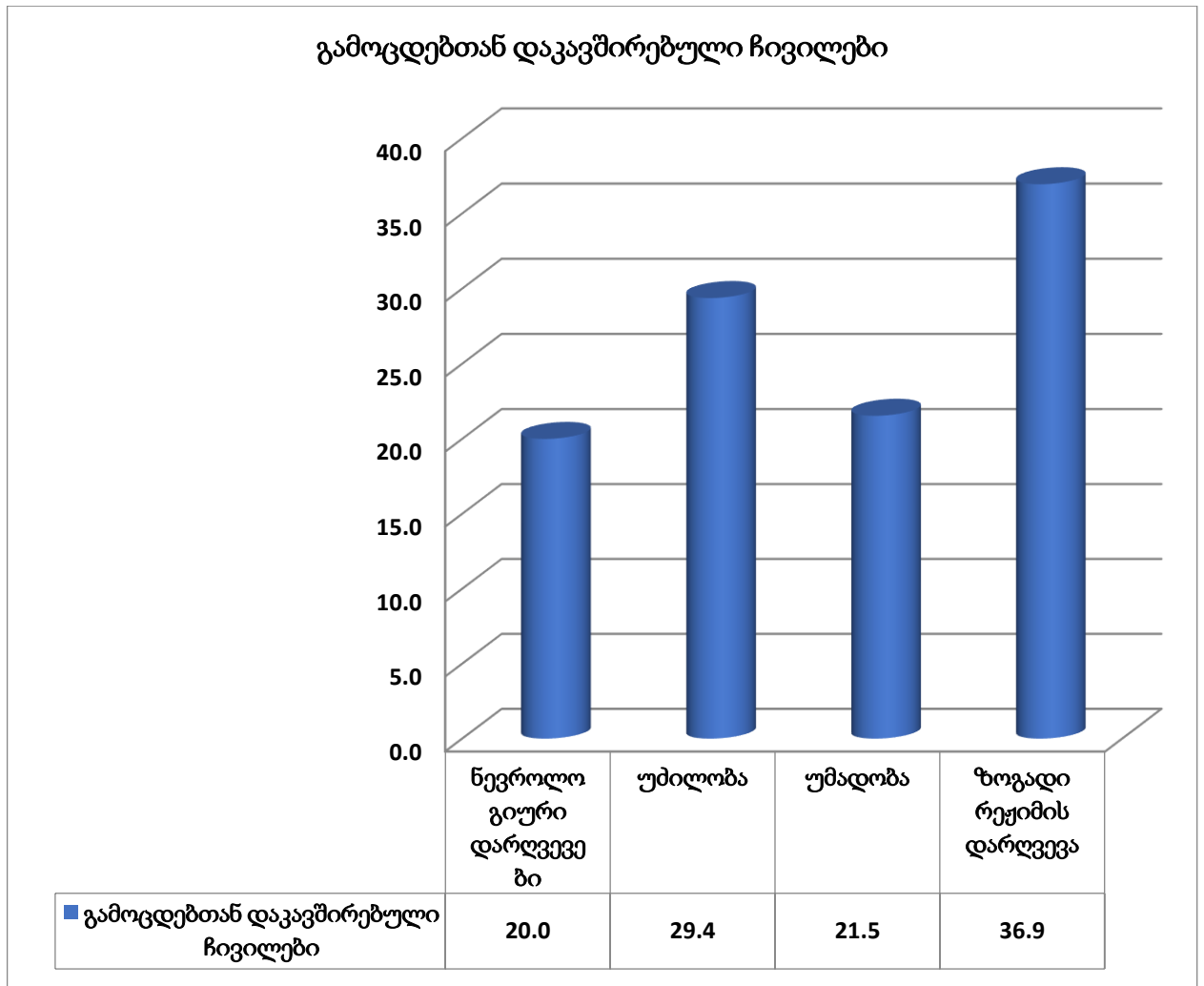
სტუდენტთა განაწილება ავადობის მიხედვით მოცემულია 3.1.15 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.15

სტუდენტებს შორის ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა რესპირაციული ინფექციები(17.5%), კუჭ-ნაწლავთა პათოლოგიები12.0%და ალერგია -17.0%. ასევე მაღალია მხედველობის დარღვევები - მიოპია - 11.6% და ასტიგმატიზმი - 10.6%.

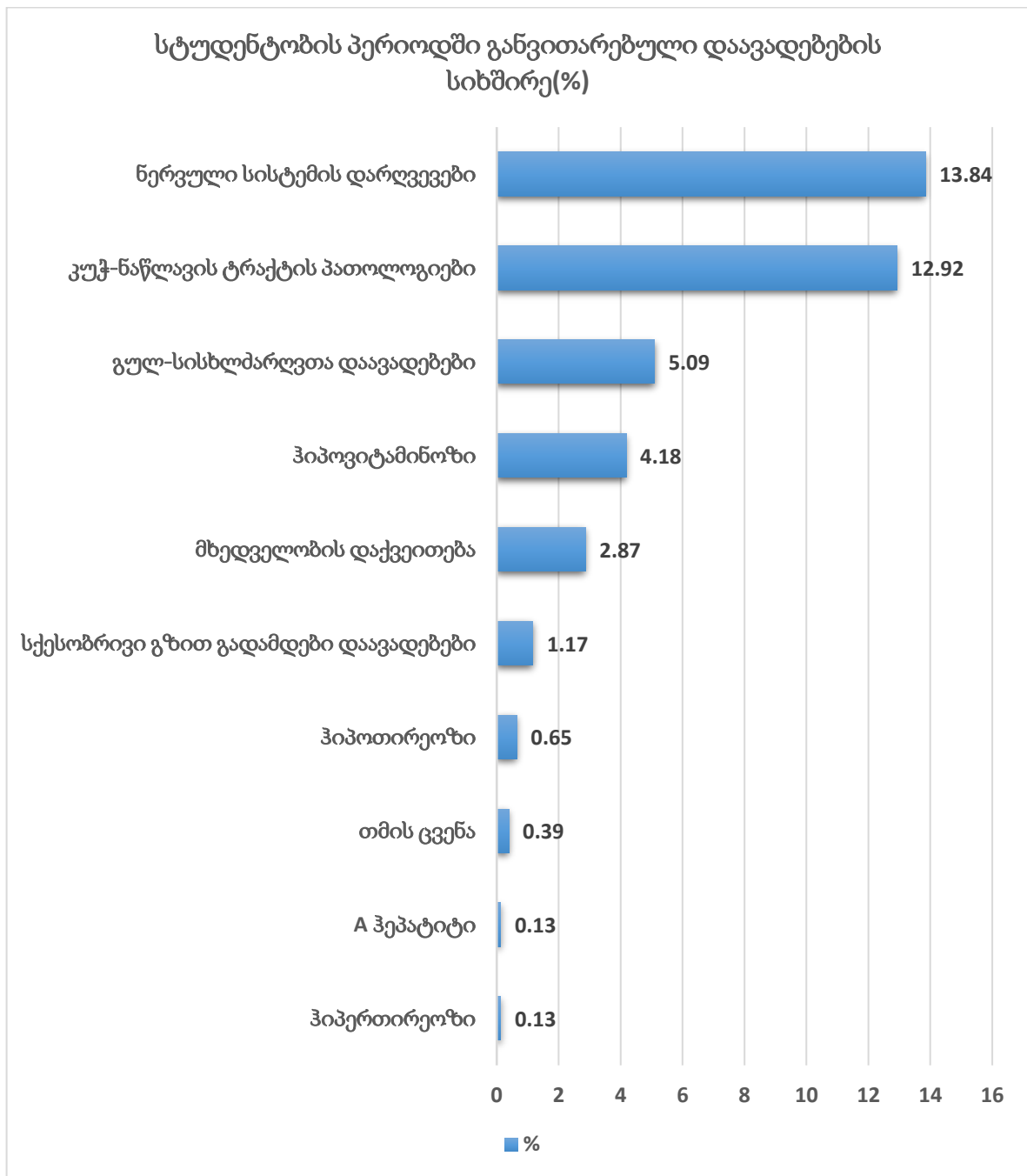
სტუდენტთა განაწილება გამოცდებთან დაკავშირებული ჩივილების მიხედვით მიხედვით მოცემულია 3.1.16 დიაგრამაზე



დიაგრამა 3.1.16

გამოცდებთან დაკავშირებულ პრობლემებიდან აღსანიშნავია ზოგადი რეჟიმის დარღვევა(36%), უძილობა(29.4%), ნევროლოგიური დარღვევები(დეპრესია)(20%), უმაღობა (21.5%).

სტუდენტთა განაწილება სტუდენტობის დროს გამოვლენილი დაავადებების მიხედვით მოცემულია 3.1.17 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.1.17

ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩეოდნენ კუჭ-ნაწლავის და გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიები.

3.2. სტუდენტთა ავადობის შემსწავლელი კითხვარის ვალიდაცია

სამეცნიერო შრომების ანალიზი სტუდენტური ახალგაზრდობის პრობლემების შესახებ, მისი განმსაზღვრელი ფაქტორები ადასტურებს სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიღრმისეული შესწავლის, მისი მონიტორინგისა და პროგნოზირების აუცილებლობას. ჩვენს მიერ შემუშავებულია კითხვარი, რომლის მიხედვითაც ჩატარდა ავადობის სტრუქტურისა და რისკის შესწავლას ქართველ სტუდენტთა პოპულაციაში. ვალიდაცია არის კითხვარის ფსიქომეტრიული თვისებების შემოწმება.

ჩვენს მიერ შედგენილი კითხვარის მიხედვით საპილოტე გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 50-მა სტუდენტმა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტიდან.

კითხვარის ვალიდურობა დადგინდა კრონბახის ალფას გამოყენებით. კითხვარში მოცემული ფაქტორებს შორის უნდა იყოს საკმარისი თანხმობა, თუმცა ყველა მათგანს უნდა ჰქონდეს საკუთარი წვლილი კვლევაში. კითხვებს შორის თანხმობა სარწმუნოა, როდესაც კრომბახის $\alpha > 0.70$.

თუ თანხმობის კოეფიციენტი 1-ის ტოლია, თანხმობა მქსიმალურია, რაც ნიშნავს, რომ ფაქტორების წვლილი კვლევაში იდენტურია და ზოგიერთი მათგანი ზედმეტია. კითხვარი ვალიდურია, თუ α მიახლოებულია 0.70-თან

კვლევის მონაწილეთა საშუალო ასაკი შეადგენდა $20.7 \pm 2.5 (17-33)$ წელს.

გამოკითხულთა საბაზისო მონაცემები მოცემულია 1 ცხრილში.

ცხრილი 3.2.1. სტუდენტთა საბაზისო მონაცემები

ფაქტორები		კი		არა		p
		აბს	%	აბს	%	
სქესი	მდედრობითი	28	56	22	44	0.4799

სოციალური მდგომარეობა	სოციალურად დაუცველი	6	12	44	88	<0.000 1
	მაღალშემოსავლიანი	8	16	42	84	<0.000 1
დასაქმება	დამატებითი ანაზღაურებადი მუშობა	16	32	34	68	0.0153
	მუშაობა ანაზღაურების გარეშე	7	14	43	86	<0.000 1
საცხოვრებელი ადგილი	ოჯახში მშობლებთან	24	48	26	52	0.8877
	ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად	36	72	14	28	0.0026
	მარტო	12	24	38	76	0.0003

გამოკითხულთა შორის არასარწმუნოდ პრევალირებს მდედრობითი სქესი, 56% დასაქმებულია, მათი უმრავლესობა - ანაზღაურებად სამუშაოზე.

სტუდენტთა თითქმის ნახევარი ცხოვრობს ოჯახში, მშობლებთან.

რესპოდენტები რეგიონების მიხედვით ასე განაწილდნენ (დიაგრამა 1.)

გამოკითხულთა უმრავლესობა - 48% თბილისელია, სხვა რეგიონების სიხშირე ვარირებს 2%-დან 4%-მდე.

კითხვარი და მისი ვალიდაცია მოცემულია 3.2.2 ცხრილში
ცხრილი 3.2.2

		სკალირები ს საშუალო	სკალირებ ის	კორექტირ ე-ბული	კრომბახ ის ალფა,
--	--	------------------------	----------------	--------------------	---------------------

		მნიშვნელო ბა, თუ ფაქტორს ამოვიღებთ	ვარიაცია თუ ფაქტორს ამოვიღებ თ	ელემენტე ბის კორელაცი ა	თუ ფაქტორ ს ამოვიღე ბთ
სქესი	მდედრობითი	15.48	37.23	0.12	0.698
აკადემიური მოსწრება	კარგი	15.66	37.49	0.08	0.700
	საშუალო	15.66	37.74	0.04	0.702
	ცუდი	15.98	37.86	0.11	0.698
სპორტი	პროფესიული	15.92	37.95	0.05	0.700
	სამოყვარულო	15.62	34.61	0.58	0.674
მავნე ჩევები	ჰიპოდინამია	15.74	37.71	0.06	0.701
	ალკოჰოლი	15.88	37.90	0.04	0.700
	თამბაქო	15.82	37.58	0.10	0.699
	მარიხუანა	16.00	38.33	-0.05	0.701
	სხვა მძიმე ნარკოტიკები	16.02	37.98	0.14	0.698
ოჯახის სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობა	მშობლები უმადლესი განათლებლით	15.38	36.32	0.29	0.689
	განქორწინებული მშობლები	15.96	38.20	-0.01	0.701
	არ ჰყავს ერთი მშობელი მაინც	15.94	37.45	0.19	0.695
	სოციალურად დაუცველი	15.96	38.20	-0.01	0.701
	მაღალშემოსავლია ნი	16.00	38.16	0.02	0.700

დასაქმება	დამატებითი ანაზღაურებადი მუშობა	15.72	36.41	0.28	0.690
ძილის რეჟიმი	მუშაობა ანაზღაურების გარეშე	15.90	37.72	0.09	0.698
	ძილიანობა	15.74	37.71	0.06	0.701
	უძილობა	15.76	37.66	0.07	0.700
	წყვეტილი ძილი	15.70	38.74	-0.12	0.709
მეცადინეობა	დილით	15.82	37.74	0.06	0.700
	დღის მანძილზე	15.76	37.17	0.16	0.696
	ღამით	15.66	38.60	-0.10	0.709
საცხოვრებელი ადგილი	ოჯახში მშობლებთან	15.64	38.28	-0.05	0.706
	ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად	15.96	37.59	0.17	0.696
	მარტო	15.80	37.88	0.03	0.701
ექიმთან მიმართვიაობა	პროფილაქტიკური	15.76	37.00	0.19	0.695
	საჭიროების შემთხვევაში	15.46	38.25	-0.04	0.706
კვების ტიპი	უპირატესად ცხიმოვანი	15.98	38.06	0.04	0.699
	უპირატესად ცილოვანი	15.84	37.32	0.15	0.696
	უპირატესად ნახშირწყლოვანი	15.92	38.52	-0.10	0.704
	სწრაფი კვება	15.76	37.82	0.04	0.701

	დაბალანსებული კვება	15.70	37.48	0.09	0.699
	ჭარბი საკვების მიღება	16.00	38.20	0.00	0.700
წონა	ჭარბი წონა	15.86	38.41	-0.07	0.705
	სიგამხდრე	15.80	37.02	0.20	0.694
გადატანილი ოპერაციები	ჰერნიოპლასტიკა (თიაქარკვეთა)	15.96	37.30	0.26	0.694
	აპენდექტომია(ჭია ნაწლავზე ოპერაცია)	16.00	37.80	0.17	0.697
ტრამვები	ტრამვასთან დაკავშირებული ოპერაცია	15.90	38.01	0.03	0.701
	ტონზილექტომია	15.82	37.33	0.14	0.697
	რინოპლასტიკა	15.88	37.21	0.20	0.694
	სხვა	15.94	36.96	0.32	0.691
	გულმკერდის არეში	15.98	38.10	0.03	0.700
	მუცლის არეში	15.98	37.12	0.36	0.692
	ნადრძობი	15.88	37.45	0.14	0.697
	მოტეხილობა	15.82	38.11	-0.01	0.703
	მიოპია	15.88	38.19	-0.02	0.703
	ასტიგმატიზმი	16.02	38.14	0.05	0.699
მხედველობის პრობლემები დაავადებები	ძვალ-სახსროვანი სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები	15.94	37.65	0.13	0.697
	თიაქარი	16.00	38.24	-0.02	0.700

რესპირაციული დაავადებები წელიწადში 4-ზე მეტე	15.64	35.42	0.44	0.682
ნერვული სისტემის დაავადებები	16.02	37.82	0.23	0.696
ანემია	15.96	38.53	-0.11	0.704
ალერგია	15.78	36.54	0.28	0.690
თირკმლის პათოლოგია	15.92	37.83	0.08	0.699
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	15.88	37.29	0.18	0.695
ჰიპერთირეოზი	16.00	38.29	-0.03	0.701
ჰიპოთირეოზი	16.02	37.98	0.14	0.698
დიაბეტი	16.00	37.67	0.22	0.696
გულ- სისხლძარღვთა დაავადებები	16.02	37.98	0.14	0.698
პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები	16.02	38.10	0.07	0.699
ჰიპოვიტამინოზი	16.00	38.20	0.00	0.700
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	16.02	38.47	-0.14	0.702
A ჰეპატიტი	16.00	38.16	0.02	0.700

	ფილტვის ქრონიკული დაავადება	16.02	38.35	-0.07	0.701
ავადობის სტრუქტურა ოჯახში	გულ- სისხლძარღვთა დაავადებები	15.76	37.53	0.09	0.699
	თირკმლის პათოლოგია	16.02	37.82	0.23	0.696
	დიაბეტი	15.78	37.73	0.06	0.700
	ჰიპოთირეოზი	15.98	37.41	0.27	0.694
	ჰიპერთირეოზი	15.98	38.14	0.01	0.700
	ფილტვის ქრონიკული დაავადება	15.94	37.36	0.21	0.695
	ნერვული სისტემის დაავადებები	15.90	37.72	0.09	0.698
გამოცდებთან დაკავშირებუ ლი ჩივილები	თავის ტკივილი	15.80	36.16	0.36	0.687
	უძილობა	15.88	36.76	0.30	0.691
	უმადობა	15.82	35.74	0.46	0.683
	ზოგადი რეჟიმის დარღვევა	15.64	35.42	0.44	0.682
	დეპრესია	15.96	37.06	0.33	0.692
	წონაში მკვეთრი მომატება	15.90	36.58	0.36	0.689
	წონაში მკვეთრი დაკლება	15.92	36.52	0.41	0.688
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	15.90	37.52	0.14	0.697

	გულ- სისხლძარღვთა დაავადებები	15.96	38.61	-0.13	0.704
	ნერვული სისტემის დარღვევები	15.96	37.67	0.15	0.697
	შარდ-სასქესო სისტემის დარღვევები	15.96	38.00	0.05	0.699
	თმის ცვენა	16.00	38.20	0.00	0.700
	ჰიპოთირეოზი	16.00	38.12	0.03	0.699
	ჰიპერთირეოზი	16.00	38.12	0.03	0.699
რეგიონი	თბილისი	15.54	37.11	0.14	0.697
	აჭარა	16.02	38.06	0.09	0.698
	იმერეთი	15.98	37.61	0.20	0.696
	გურია	16.02	38.22	0.00	0.700
	სამეგრელო	15.98	37.61	0.20	0.696
	კახეთი	16.00	37.39	0.34	0.693
	სამცხე-ჯავახეთი	15.88	37.21	0.20	0.694
	შიდა ქართლი	15.96	36.69	0.44	0.688
	ქვემო ქართლი	15.96	37.14	0.31	0.692
	რაჭა- ლეჩხუმი/ქვემოსვ ანეთი	15.94	37.69	0.12	0.697
	მცხეთა-მთიანეთი	15.96	36.77	0.42	0.689
	ზემო სვანეთი	16.00	37.59	0.25	0.695

რესპოდენტებმა აღნიშნეს, რომ კითხვარში მოცემული ყველა შეკითხვა გასაგებია.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ კითხვარის მახასიათებლებს შორის არსებობს კარგი თანხმობა.

Cronbach's Alpha=0.70, სტანდარტიზებული Cronbach's Alpha=0.72

კითხვარიდან ამოვარდა ორი ფაქტორი, რომელთა ვარიაცია ნულის ტოლი იყო და რომლებიც ეხებოდა სტუდენტთა ავადობას - ფოკალური ინფექციის კერები და C ჰეპატიტი.

ეს იმას ნიშნავს, რომ ამ ფაქტორების კოვარიაციის მატრიცის განმსაზღვრელი ნულოვანია და მისი ინვერსიული მატრიცის საფუძველზე სტატისტიკის გამოთვლა შეუძლებელია, ამიტომ ისინი აისახებიან, როგორც სისტემის დაკარგული მნიშვნელობები.

სტუდენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ავადობის დონე პირდაპირ კავშირშია მათი პროფესიული უნარებისა და კომპეტენციების დაუფლების ეფექტურობასთან.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ობიექტური და სუბიექტური ფაქტორების გავლენის შესწავლას შეუძლია მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა წარმატებული საგანმანათლებლო სტრატეგიის ფორმირების პროცესების გააზრებაში. ამასთან, ეს ამოცანა შეუძლებელია, პროცესის გავლენის ყველა ფაქტორის კომპლექსური ზემოქმედების გათვალისწინების გარეშე.

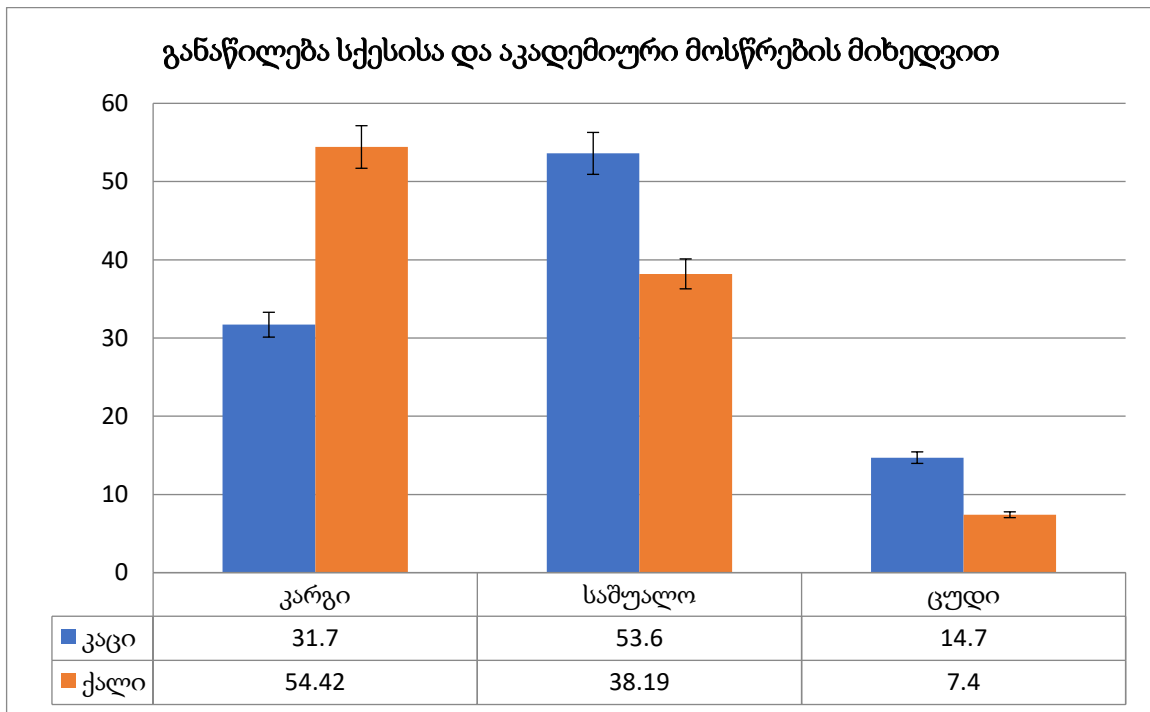
ჩვენს მიერ შემუშავებული სტუდენტთა ავადობის კითხვარი ქართველი სტუდენტებისათვის მცირე შესწორებებით ვალიდურია.

3.3. სტუდენტთა ავადობის შეფასება სქესის მიხედვით ქართველ სტუდენტებში

სტუდენტთა ავადობის შეფასება სქესის მიხედვით ქართველ სტუდენტებში ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანმრთელობა და განათლება ურთიერთდაკავშირებული ფაქტორებია.

სტუდენტები მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს, რადგან თანამედროვე ცხოვრების პირობებში სტუდენტებზე უმაღლეს სასწავლებელში სწავლის პერიოდში გავლენას ახდენს მთელი რიგი გარემო ფაქტორებისა, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს მათი ფიზიკური, გონებრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

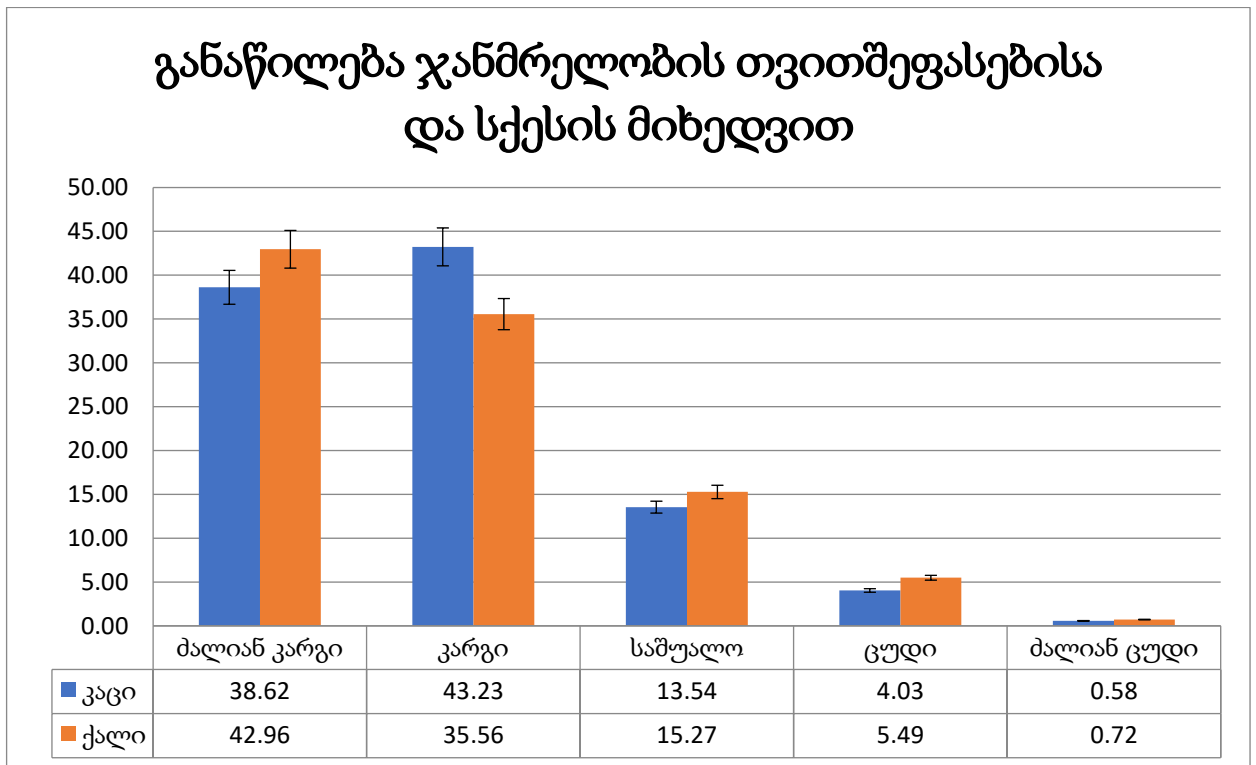
სტუდენტთა განაწილება სქესისა და აკადემიური მოსწრების მიხედვით მოცემულია 3.3.1 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.3.1

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ქალებს შორის მამაკაცებთან შედარებით სარწმუნოდ მაღალია კარგი აკადემიური მოსწრება ($F=41.79, p<0.0001$) და სარწმუნოდ დაბალია საშუალო და ცუდი აკადემიური მოსწრება - შესაბამისად $F=18.61, p<0.0001$ და $F=10.70, p=0.0011$).

ჯანმრთელობის თვითშეფასება მოცემულია 3.3.2 დიაგრამაზე.



დიაგრამა 3.3.2

როგორც ვხედავთ რესპოდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს კარგ და მალიან კარგ ჯანმრთელობას ამასთან ზოგადი ჯანმრთელობის აღქმის თვალსაზრისით სქესის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება არ აღინიშნება.

სტუდენტთა ნაწილი აღნიშნავს სტუდენტობის დროს გამოვლენილ ახალ დაავადებებს რომელთა განაწილება სქესის მიხედვით მოცემულია 3.3.1 ცხრილში

ცხრილი 3.3.1. სტუდენტობის დროს გამოვლენილი დაავადებების განაწილება სქესის მიხედვით

ფაქტორები	კაცი(n=347)		ქალი(n=419)		F	P
	n	%	n	%		
რესპირაციული დაავადებები წელიწადში 4-ზე მეტი	34	9.80	100	23.87	26.87	<0.0001
დიაბეტი	9	2.59	6	1.43	1.33	0.2486
წონაში მკვეთრი მომატება	71	20.46	55	13.13	7.48	0.0064
წონაში მკვეთრი დაკლება	30	8.65	83	19.81	19.23	<0.0001
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	47	13.54	52	12.41	0.22	0.6419
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	20	5.76	19	4.53	0.59	0.4418
ნერვული სისტემის დარღვევები	53	15.27	53	12.65	1.10	0.2956
ავიტამინოზი	11	3.17	21	5.01	1.61	0.2052
ჰიპოთირეოზი	3	0.86	2	0.48	0.44	0.5083
ჰიპერთირეოზი	1	0.29	0	0.00	1.21	0.2721
A ჰეპატიტი	1	0.29	0	0.00	1.21	0.2721
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	8	2.31	1	0.24	7.03	0.0082
მხედველობის დაქვეითება	7	2.02	15	3.58	1.66	0.1979

სტუდენტთა ნაწილი აღნიშნავს წონის მკვეთრ ცვლილებას სტუდენტობის პერიოდში, ამასთან ვაჟები აღნიშნავენ წონის მატებას ხოლო ქალები - კლებას.

დაავადებებს შორის ორივე ჯგუფში ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩეოდა კუჭ ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები, ნერვული სისტემის დარღვევები.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები სარწმუნოდ მეტი იყო მამაკაცებში, ქალებში აღინიშნა მხოლოდ ერთი შემთხვევა.

ჯანმრთელობის პრობლემებს სტუდენტთა ნაწილი უკავშირებს გამოცდებთან დაკავშირებულ სტრესს. გამოცდებთან დაკავშირებული ჩივილები მოცემულია 3.3.2 ცხრილში

ცხრილი 3.3.2.

გამოცდებთან დაკავშირებული ჩივილები

	კაცი(n=347)		ქალი(n=419)		F	P
	n	%	n	%		
თავის ტკივილი	57	16.43	96	22.91	5.01	0.0254
უძილობა	97	27.95	128	30.55	0.62	0.4331
უმაღობა	62	17.87	103	24.58	5.08	0.0244
მადის გაძლიერება	34	9.80	47	11.22	0.40	0.5256
ზოგადი რეჟიმის დარღვევა	130	37.46	153	36.52	0.07	0.7869
თმის ცვენა	2	0.58	1	0.24	0.55	0.4570
დეპრესია	9	2.59	15	3.58	0.12	0.7242

გამოცდების პერიოდში ზოგადი რეჟიმის დარღვევას აღნიშნავს გამოკითხულთა მესამედზე მეტი, ამასთან ამ ფაქტორის მიხედვით გენდერული განსხვავება არ დაფიქსირებულა, კაცებთან შედარებით თავის ტკივილისა და უმაღობის სარწმუნოდ მაღალი სიხშირე აღინიშნა ქალებში.

ჯანმრთელობის პრობლემები დაკავშირებულია ქცევის მახასიათებლებთან

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მახასიათებლების და ქცევის მიხედვით განაწილება მოცემულია ცხრილი 3.3.3-ში

ცხრილი 3.3.3. სტუდენტთა განაწილება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მახასიათებლების და ქცევის მიხედვით

ფაქტორები		კაცი(n=347)		ქალი(n=419)		F	P
		n	%	n	%		
სპორტი	პროფესიული	83	23.92	64	15.27	9.23	0.0025
	სამოყვარულო	140	40.35	149	35.56	1.85	0.1743
	ჰიპოდინამია	26	7.49	38	9.07	0.61	0.4332
მავნე	მარიხუანა	17	4.90	14	3.34	1.18	0.2767
ნივთიერებების მიღება	სხვა მძიმე ნარკოტიკები	9	2.59	4	0.95	3.06	0.0806
	ალკოჰოლი	50	14.41	27	6.44	13.52	0.0003
	თამბაქო	151	43.52	102	24.34	32.81	<0.0001
	დამატებითი ანაზღაურებადი მუშობა,	129	37.18	97	23.15	18.33	<0.0001
ძილის დარღვევები	მუშობა ანაზღაურების გარეშე	28	8.07	53	12.65	4.22	0.0402
	ძილიანობა	88	25.36	99	23.63	0.31	0.5790
	უძილობა	73	21.04	120	28.64	5.85	0.0158
	წყვეტილი ძილი	85	24.50	125	29.83	2.72	0.0995
მეცადინეობა	დილით	52	14.99	57	13.60	0.30	0.5864
	დღის მანძილზე	93	26.80	150	35.80	7.14	0.0077
	ღამით	174	50.14	203	48.45	0.22	0.6409

ცხოვრება	ოჯახში							<0.000
	მშობლებთან	198	57.06	301	71.84	26.26	1	
ექიმთან	ნათესაებთან ან მეგობრებთან ერთად	72	20.75	49	11.69	4.38		0.0367
	მარტო	76	21.90	68	16.23	3.60		0.0580
მიმართვიანობა	პროფილაქტიკური	58	16.71	92	21.96	3.32		0.0689
კვების ტიპი და ხასიათი	საჭიროების შემთხვევაში	247	71.18	289	68.97	0.44		0.5076
	არა	42	12.10	38	9.07	1.87		0.1721
კვების ტიპი და ხასიათი	უპირატესად ცხიმოვანი	70	20.17	40	9.55	17.79		<0.000 1
	უპირატესად ცილოვანი	67	19.31	79	18.85	0.03		0.8737
კვების ტიპი და ხასიათი	უპირატესად ნახშირწყლოვანი	57	16.43	88	21.00	2.59		0.1078
	სწრაფი კვება	103	29.68	152	36.28	3.72		0.0540
კვების ტიპი და ხასიათი	დაბალანსებული კვება	153	44.09	212	50.60	3.22		0.0729
	ჭარბი საკვების მიღება	26	7.49	24	5.73	0.97		0.3256
კვების ტიპი და ხასიათი	ხილის და ბოსტნეულის მიღება	294	84.73	358	85.44	0.01		0.9116

სპორტით დაკავებულია სტუდენტთა უმრავლესობა - 436(56.9%) სტუდენტი, პროფესიული სპორტით დაკავებულთა შორის სარწმუნოდ მეტია კაცები, მაშინ როდესაც სამოყვარულო სპორტის თვალსაზრისით სქესთა შორის სარწმუნო განსხვავება არ აღინიშნა. მავნე ჩვევებს შორის მაღალი სიხშირით გამოირჩევა

თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება, რომელთა სიხშირე სარწმუნოდ მაღალია კაცებში. სტუდენტთა ნაწილი სწავლათან ერთად მუშაობს, ამასთან, ანაზღაურებად სამუშაოზე დაკავებულია სარწმუნოდ მეტი მამაკაცი, ვიდრე ქალი, ხოლო ანაზღაურების გარეშე კი პირიქით - მუშაობს უფრო მეტი ქალი, ვიდრე კაცი. უძილობას აღნიშნავს სარწმუნოდ მეტი ქალი, ვიდრე მამაკაცი, მაშინ როდესაც ძილიანობისა და არასაკმარისი ძილის თვალსაზრისით გენდერული სხვაობა არ არის. სტუდენტების თითქმის ნახევარი, მეცადინეობას ამჯობინებს ღამით, ხოლო მათ შორის, ვინც მეცადინეობს დღისით, სარწმუნოდ მეტია გოგონების რაოდენობა.

ექიმთან მიმართვიანობა ძირითადად დაკავშირებულია სამედიცინო დახმარების საჭიროებასთან, პროფილაქტიკური მიმართვა არასარწმუნოდ მეტია ქალებში. სტუდენტთა 10.4% საერთოდ არ მიმართავს ექიმს. ხილის და ბოსტნეულის ხშირი მიღება აღნიშნა ორივე სქესის უმრავლესობამ. უპირატესად ცხიმოვანი საკვების მიღებას აღნიშნავს სარწმუნოდ მეტი კაცი, დაბალანსებულ კვებას და სწრაფ კვებას - არასარწმუნოდ მეტი ქალი,

ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს იმასთან, რომ ოჯახში მშობლებთან ცხოვრობს სარწმუნოდ მეტი გოგონა, ვიდრე ვაჟი, ხოლო მეგობრებთან ნათესავებთან ან მარტო - სარწმუნოდ ბევრი ვაჟი.

ამრიგად, საქართველოს სტუდენტთა პოპულაციაში სქესის მიხედვით გამოიკვეთა განსხვავება აკადემიური მოსწრების თვალსაზრისით, რაც დაკავშირებულია ქცევით ფაქტორებთან და ადაპტაციურ თავისებურებებთან [1].

3.4. ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევების კავშირი ავადობასა და აკადემიურ მოსწრებასთან

დაავადებათა უმეტესობა მჭიდრო კავშირშია ჯანმრთელობის რისკის შემცველ ქცევასთან, რომელიც იყოფა ექვს კატეგორიად: ქცევა, რომელიც ხელს უწყობს უნებლიე და განზრახ დაზიანებებს; თამბაქოს გამოყენება; ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარება; სექსუალური ქცევები; არაჯანსაღი დიეტური ქცევები და ფიზიკური უმოქმედობა [76].

კვლევების უმეტესობა აღნიშნავს სტატისტიკურად სარწმუნო, დადებით კავშირს დიეტას, ქცევასა და აკადემიურ მოსწრებას შორის, რაც გვაძლევს საფუძველს, ევისწავლოთ ეს მახასიათებლები ქათულ პოპულაციაში.

3.4.1. ცხრილში მოცემულია კორელაციები ქართველ სტუდენტთა აკადემიურ მოსწრებასა და ქცევით ფაქტორებს შორის.

ცხრილი 3.4.1. კორელაციები ქართველ სტუდენტთა აკადემიურ მოსწრებასა და ქცევით ფაქტორებს შორის

ფაქტორთა ჯგუფები	ფაქტორები		აკადემიური მოსწრება		
			კარგი	საშუალო	ცუდი
სქესი	მდედრობითი	r	.228**	-.154**	-.118**
		p	0.000	0.000	0.001
წონა	ჭარბი წონა	r	-.078*	.074*	0.006
		p	0.032	0.042	0.861
ფიზიკური აქტიურობა	პროფესიული	r	-0.006	-0.003	0.014
		p	0.873	0.941	0.708
	სამოყვარულო	r	-0.014	0.013	0.001
		p	0.705	0.713	0.988
	ჰიპოდინამია	r	-0.002	-0.056	.094**
		p	0.950	0.121	0.009
	მარიხუანა	r	-0.049	-0.013	.100**
		p	0.175	0.712	0.005

მავნე ნივთიერებების მიღება	სხვა მძიმე ნარკოტიკები	r	-0.015	-0.018	0.053
		p	0.679	0.625	0.146
	ალკოჰოლი	r	-.148**	0.028	.193**
		p	0.000	0.438	0.000
	თამბაქო	r	-.233**	.116**	.188**
		p	0.000	0.001	0.000
მუშაობა	დამატებითი ანაზრაურებადი მუშაობა,	r	-0.027	0.040	-0.020
		p	0.452	0.271	0.575
	მუშაობა ანაზრაურების გარეშე	r	0.002	-.133**	.210**
		p	0.951	0.000	0.000
ძილის დარღვევები	ძილიანობა	r	0.021	-0.064	0.069
		p	0.555	0.077	0.058
	უძილობა	r	-.086*	0.047	0.062
		p	0.018	0.191	0.088
	წყვეტილი ძილი	r	.132**	-.111**	-0.033
		p	0.000	0.002	0.363
მეცადინეობის საათები	დილით	r	-0.023	0.013	0.016
		p	0.520	0.714	0.657
	დღის მანძილზე	r	.259**	-.218**	-0.064
		p	0.000	0.000	0.078
	ღამით	r	-.149**	.145**	0.005
		p	0.000	0.000	0.881
ცხოვრება	ოჯახში მშობლებთან	r	0.021	0.025	-.075*
		p	0.561	0.484	0.039
	ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად	r	-0.003	-0.026	0.047
		p	0.938	0.467	0.195
	მარტო	r	-0.010	-0.014	0.039

		p	0.775	0.704	0.284
ექიმთან მიმართვიანობა	პროფილაქტიკური	r	.125**	-.111**	-0.022
		p	0.001	0.002	0.545
	საჭიროების შემთხვევაში	r	-0.014	0.051	-0.059
		p	0.691	0.159	0.104
	არა	r	-.140**	0.067	.116**
		p	0.000	0.062	0.001
კვებითი ჩვევები	უპირატესად ცხიმოვანი	r	-0.057	0.002	.087*
		p	0.118	0.948	0.016
	უპირატესად ცილოვანი	r	-.097**	0.054	0.068
		p	0.007	0.137	0.058
	უპირატესად ნახშირწყლოვანი	r	-0.013	-0.017	0.048
		p	0.713	0.644	0.182
	სწრაფი კვება	r	-.109**	.082*	0.042
		p	0.003	0.022	0.244
	დაბალანსებული კვება	r	.126**	-0.031	-.153**
		p	0.000	0.394	0.000
	ჭარბი საკვების მიღება	r	-.086*	-0.006	.148**
		p	0.018	0.864	0.000
	ხილის და ბოსტნეულის მიღება	r	-0.047	-0.046	.150**
		p	0.190	0.204	0.000

კარგ აკადემიურ მოსწრებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს მდებრობითი სქესი, წყვეტილი ძილი, დღის მანძილზე მეცადინეობა, ექიმთან პროფილაქტიკური მიმართვა, დაბალანსებული კვება, სიგამხდრე, ხოლო უარყოფითს - ჭარბი წონა, ალკოჰოლი, თამბაქო, უძილობა, ღამით მეცადინეობა, ექიმთან მიმართვიანობაზე უარი, უპირატესად ცილოვანი საკვები, სწრაფი კვება, ჭარბი საკვების მიღება, ჭარბი წონა.

ცხრილი 3.4.2. მშობლების სოციალურ მდგომარეობის კავშირი აკადემიურ მოსწრებასთან

სოციალური მდგომარეობა		კარგი	საშუალო	ცუდი
უმაღლესი განათლება	r	1.000	-.807**	-.308**
	p		0.000	0.000
სოციალურად დაუცველი	r	-.807**	1.000	-.314**
	p	0.000		0.000
მაღალშემოსავლიანი	r	-.308**	-.314**	1.000
	p	0.000	0.000	
მარტოხელა დედა	r	.126**	-0.027	-.160**
	p	0.000	0.463	0.000
განქორწინებული მშობლები	r	-.135**	0.005	.209**
	p	0.000	0.883	0.000
არ ჰყავსერთი მშობელი მაინც	r	.126**	-.110**	-0.026
	p	0.000	0.002	0.475

კარგ აკადემიურ მოსწრებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: მშობლების უმაღლესი განათლება, მაღალშემოსავლიანი ოჯახი, ხოლო უარყოფითს - სოციალურად დაუცველი.

საშუალო აკადემიურ მოსწრებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს მაღალი შემოსავალი.

ცუდ აკადემიურ მოსწრებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: სოციალურად დაუცველი და არჰყავსერთი მშობელი მაინც, ხოლო უარყოფითს - მშობლების უმაღლესი განათლება,

კავშირი ავადობასა და აკადემიურ მოსწრებას შორის მოცემულია 3.4. ცხრილში.

ცხრილი 3.4.3. კავშირი ავადობასა და აკადემიურ მოსწრებას შორის

			კარგი	საშუალო	ცუდი
გადატანილი ოპერაციები	ჰერნიოპლასტიკა (თიაქარკვეთა)	r	-0.045	0.025	0.031
		p	0.215	0.486	0.385
	აპენდექტომია(ჭიანჭლავზე ოპერაცია)	r	-0.030	0.008	0.035
		p	0.404	0.816	0.334
	ტრამვასთანდაკავშირებულ ოპერაცია	r	-0.005	-0.067	0.117**
		p	0.885	0.062	0.001
	ქოლეცისტექტომია (ნაღვლისბუმტისამოკვეთა)	r	-0.021	-0.011	0.052
		p	0.555	0.766	0.153
	რინოპლასტიკა	r	.074	-0.047	-0.044
		p	0.041	0.198	0.229
	სხვა	r	-0.027	-0.052	0.127**
		p	0.449	0.151	0.000
ტონზილექტომია (ე.წ. გლანდები)	r	-0.034	-0.026	0.097**	
	p	0.342	0.471	0.007	
ტრავმები	გულმკერდის არეში	r	0.030	-0.060	0.048
		p	0.411	0.099	0.182
	მუცლის არეში	r	0.014	-0.019	0.008
		p	0.692	0.598	0.832
	მოტეხილობა	r	-0.202**	0.137**	0.104**
		p	0.000	0.000	0.004
	ნაღრძობი	r	0.052	-.090*	0.061
		p	0.148	0.013	0.093
ავადობა	რესპირაციული დაავადებები წელიწადში 4- ზემეტი	r	-0.049	0.031	0.030
		p	0.173	0.393	0.415
	მიოპია	r	-0.068	0.088*	-0.033
		p	0.060	0.014	0.357

ასტიგმატიზმი	r	0.011	-0.039	0.046
	p	0.766	0.279	0.206
ძვალ-სახსროვანი სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები	r	0.044	-0.037	-0.011
	p	0.225	0.310	0.752
თიაქარი	r	-0.031	-0.053	.134**
	p	0.396	0.146	0.000
ნერვული სისტემის დაავადებები	r	0.018	0.013	-0.050
	p	0.626	0.714	0.170
ანემია	r	0.007	-0.023	0.025
	p	0.847	0.530	0.484
ალერგია	r	0.060	-0.069	0.015
	p	0.097	0.056	0.685
ჰიპერტიროზი	r	0.021	-.079*	.093*
	p	0.554	0.029	0.010
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	r	.126**	-.136**	0.017
	p	0.000	0.000	0.645
თირკმლის პათოლოგია	r	0.000	-0.063	.103**
	p	0.990	0.080	0.004
ჰიპოტიროზი	r	0.005	-0.015	0.016
	p	0.899	0.684	0.652
დიაბეტი	r	-0.013	-.074*	.140**
	p	0.719	0.041	<0.001
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	r	0.017	-0.070	.086*
	p	0.647	0.053	0.017
პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები	r	-0.062	-0.006	.110**
	p	0.085	0.861	0.002
ჰიპოვიტამინოზი	r	-0.053	-0.009	.099**
	p	0.142	0.810	0.006
	r	-0.050	0.042	0.012

	ფილტვის ქრონიკული დაავადება	p	0.169	0.244	0.740
	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	r	0.045	-.090*	.073*
		p	0.212	0.012	0.044
	C ჰეპატიტი	r	0.038	-0.042	0.006
		p	0.293	0.250	0.869
	B ჰეპატიტი	r	-0.009	-0.048	.091*
p		0.805	0.187	0.012	
ჩივილები გამოცდები ს დროს	თავის ტკივილი	r	0.062	-0.027	-0.057
		p	0.084	0.456	0.116
	უძილობა	r	.073*	-.096**	0.036
		p	0.042	0.008	0.316
	უმაღლობა	r	0.027	-0.035	0.014
		p	0.459	0.329	0.704
	მადის გაძლიერება	r	-.075*	0.055	0.032
		p	0.039	0.130	0.377
	ზოგადი რეჟიმის დარღვევა	r	-.081*	0.044	0.059
		p	0.025	0.220	0.105
	დეპრესია	r	0.045	-0.034	-0.018
		p	0.212	0.353	0.610
თმის ცვენა	r	0.071	-0.057	-0.022	
	p	0.051	0.116	0.549	
სტუდენტო ბის დროს გამოვლენი ლი დაავადებებ ი	წონაში მკვეთრი მომატება	r	-.111**	.078*	0.050
		p	<0.001	0.030	0.160
	წონაში მკვეთრი დაკლება	r	.074*	-.099**	0.040
		p	0.040	0.010	0.260
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	r	0.030	-.107**	.131**
		p	0.470	<0.001	<0.001
	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	r	-0.050	-0.020	.112**
		p	0.160	0.590	<0.001

ნერვული სისტემის დარღვევები	r	0.020	-0.040	0.030
	p	0.640	0.310	0.370
ავიტამინოზი	r	-0.040	0.050	-0.010
	p	0.260	0.200	0.800
ჰიპოთირეოზი	r	-0.010	0.020	-0.030
	p	0.850	0.500	0.440
ჰიპერთირეოზი	r	0.040	-0.030	-0.010
	p	0.260	0.360	0.730
A ჰეპატიტი	r	-0.030	0.040	-0.010
	p	0.370	0.270	0.730
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	r	0.020	-0.060	0.070
	p	0.660	0.100	0.050
მხედველობის დაქვეითება	r	.115**	-.156**	0.070
	p	<0.001	<0.001	0.060

კარგ აკადემიურ მოსწრებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: სტუდენტობის პერიოდში მხედველობის დაქვეითება, წონის კლება, გამოცდების დროს - უძილობა; ხოლო უარყოფითს - მოტეხილობა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები, სტუდენტობის პერიოდში - წონაში მკვეთრი მომატება, გამოცდების დროს - მადის გაძლიერება, ზოგადი რეჟიმის დარღვევა.

ცუდ აკადემიურ მოსწრებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: ტრამვასთან დაკავშირებული ოპერაცია, ტონზილექტომია, სხვა ოპერაციები, მოტეხილობა, თიაქარი, ჰიპერთირეოზი, თირკმლის პათოლოგია, დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპოვიტამინოზი, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, B ჰეპატიტი, სტუდენტობის დროს გამოვლენილი - კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები.

ამრიგად, აკადემიური მოსწრება კორელირებს სტუდენტთა სოციალურ-ეკონომიკურ და ქვევით ფაქტორებთან და ჯანმრთელობის მახასიათებლებთან.

3.5. ცუდი აკადემიური მოსწრების პროგნოზი ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევებისა და ავადობის გათვალისწინებით

ჯანსაღი ცხოვრების წესი არის მომავალი ჯანმრთელობის პროდუქტიულობის და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მნიშვნელოვანი პროგნოზული მახასიათებელი [36]. ცხოვრების წესი შესაძლოა მოიცავდეს სხვადასხვა რისკის შემცველ ქცევას, როგორცაა ალკოჰოლის და/ან თამბაქოს მოხმარება, ფიზიკური უმოქმედობა, არაჯანსაღი დიეტა და სხვა [89].

3.5.1 ცხრილში მოცემულია კარგი აკადემიური მოსწრების სტატისტიკური შეფასება

		კარგი ან საშუალოაკადემიური მოსწრება(n=684)	ცუდი აკადემიური მოსწრება (n=82)	F	P		
	მდედრობითი	388	56.73	31	37.80	10.70	0.0011
	პროფესიული	130	19.01	17	20.73	0.14	0.7081
	სამოყვარულო	258	37.72	31	37.80	0.00	0.9880
	ჰიპოდინამია	51	7.46	13	15.85	6.79	0.0094
	მარიხუანა	23	3.36	8	9.76	7.77	0.0055
	სხვა მძიმე ნარკოტიკები	10	1.46	3	3.66	2.12	0.1460
	ალკოჰოლი	55	8.04	22	26.83	29.62	<0.0001
	თამბაქო	205	29.97	48	58.54	27.93	<0.0001
ოჯახის სოციალურ- ეკონომიკური	უმაღლესი	516	75.44	43	52.44	20.10	<0.0001
	სოციალურად აუცველი	34	4.97	18	21.95	34.79	<0.0001

მდგომარეობა	მაღალშემოსავლიანი	175	25.58	18	21.95	0.51	0.4745
	მარტოხელადადა	27	3.95	5	6.10	0.84	0.3584
	განქორწინებულ იმშობლები	55	8.04	8	9.76	0.28	0.5938
	არჰყავსერთ-ერთი მშობელი	69	10.09	20	24.39	14.83	0.0001
დასაქმება	დამატებითიანაზღაურებადიმუშობა	204	29.82	22	26.83	0.32	0.5747
	მუშაობაანაზღაურებისგარეშე	57	8.33	24	29.27	35.42	<0.0001
ძილის რეჟიმი	ძილიანობა	160	23.39	27	32.93	3.62	0.0576
	უძილობა	166	24.27	27	32.93	2.92	0.0881
	წყვეტილიძილი	191	27.92	19	23.17	0.83	0.3625
მეცადინეობა	დილით	96	14.04	13	15.85	0.20	0.6565
	დღისმანილზე	224	32.75	19	23.17	3.11	0.0784
	ღამით	336	49.12	41	50.00	0.02	0.8808
ცხოვრება	ოჯახშიმშობლებთან	454	66.37	45	54.88	4.27	0.0390
	ნათესავებთანანმეგობრებთანერთად	104	15.20	17	20.73	1.68	0.1952
	მარტო	125	18.27	19	23.17	1.15	0.2842
ექიმთან მიმართვიანობა	პროფილაქტიკური	136	19.88	14	17.07	0.37	0.5452
	საჭიროებისშემთხვევაში	485	70.91	51	62.20	2.65	0.1042
	არა	63	9.21	17	20.73	10.51	0.0012

კვება	უპირატესადცი მოვანი	91	13.30	19	23.17	5.83	0.0160
	უპირატესადცი ლოვანი	124	18.13	22	26.83	3.60	0.0581
	უპირატესადნახ შირწყლოვანი	125	18.27	20	24.39	1.78	0.1821
	სწრაფიკვება	223	32.60	32	39.02	1.36	0.2441
	დაბალანსებულ იკვება	344	50.29	21	25.61	18.26	<0.000 1
	ჭარბისაკვების ილება	36	5.26	14	17.07	17.07	<0.000 1
წონა	ჭარბიწონა	128	18.71	16	19.51	0.03	0.8614
	სიგამბდრე	206	30.12	31	37.80	2.03	0.1551
გადატანილი ოპერაციები	ჰერნიოპლასტიკ ა	21	3.07	4	4.88	0.76	0.3846
	აპენდექტომია(ჭ იანაწლავზეოპე რაცია)	61	8.92	10	12.20	0.93	0.3342
	ტრამვასთანდაკ ავშირებულიოპე რაცია	52	7.60	15	18.29	10.60	0.0012
	რინოპლასტიკა	60	8.77	4	4.88	1.45	0.2291
	სხვა	58	8.48	17	20.73	12.62	0.0004
	ტონზილექტომი ა	137	20.03	27	32.93	7.29	0.0071
ტრავმა	გულმკერდისარ ემი	22	3.22	5	6.10	1.79	0.1817
	მუცლისარემი	22	3.22	3	3.66	0.05	0.8316
	მოტეხილობა	139	20.32	28	34.15	8.28	0.0041
	ნადრძობი	130	19.01	22	26.83	2.82	0.0935

ავადობა	რესპირაციული ვირუსული დაავადებები წელიწადში 4- ზემეტი	117	17.11	17	20.73	0.67	0.4147
	მიოპია	82	11.99	7	8.54	0.85	0.3573
	ასტიგმატიზმი	69	10.09	12	14.63	1.60	0.2063
	ძვალ- სახსროვანი სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები	21	3.07	2	2.44	0.10	0.7520
	თიაქარი	9	1.32	6	7.32	13.95	0.0002
	ნერვული სისტემი სდაავადებები	30	4.39	1	1.22	1.89	0.1696
	ანემია	30	4.39	5	6.10	0.49	0.4837
	ალერგია	113	16.52	15	18.29	0.16	0.6849
	ჰიპერთირეოზი	30	4.39	9	10.98	6.62	0.0103
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	72	10.53	10	12.20	0.21	0.6447
	თირკმლის პათოლოგია	18	2.63	7	8.54	8.15	0.0044
	ჰიპოთირეოზი	19	2.78	3	3.66	0.20	0.6523
	დიაბეტი	18	2.63	9	10.98	15.25	0.0001
	გულ- სისხლძარღვთა დაავადებები	22	3.22	7	8.54	5.72	0.0170

	პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები	9	1.32	5	6.10	9.42	0.0022
	ჰიპოვიტამინოზ ი	28	4.09	9	10.98	7.60	0.0060
	ფილტვის ქრონიკული დაავადება	13	1.90	2	2.44	0.11	0.7399
	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	11	1.61	4	4.88	4.09	0.0435
	Aჰეპატიტი	12	1.75	5	6.10	6.40	0.0116
ავადობა ოჯახში	გულ- სისხლძარღვთა დაავადებები	124	18.13	12	14.63	0.61	0.4346
	თირკმლის პათოლოგია	39	5.70	9	10.98	3.47	0.0627
	დიაბეტი	113	16.52	23	28.05	6.71	0.0098
	ჰიპოთირეოზი	32	4.68	4	4.88	0.01	0.9358
	ჰიპერთირეოზი	22	3.22	6	7.32	3.50	0.0616
	ფილტვის ქრონიკული დაავადება	38	5.56	7	8.54	1.18	0.2786
	ნერვული სისტემის დარღვევები	60	8.77	16	19.51	9.54	0.0021
გამოცდებთ ან დაკავშირებ	თავის ტკივილი	142	20.76	11	13.41	2.47	0.1162
	უძილობა	197	28.80	28	34.15	1.01	0.3159
	უმაღლობა	146	21.35	19	23.17	0.14	0.7044

ული ჩივილები	მადის გაძლიერება	70	10.23	11	13.41	0.78	0.3768
	ზოგადი რეჟიმის დარღვევა	246	35.96	37	45.12	2.64	0.1048
	დეპრესია	14	2.05	10	12.2	16.06	<0.001
	თმისცვენა	3	0.44	0	0.00	0.36	0.5485
სტუდენტო ბისდროსგა მოვლენილი დაავადებები	წონაში მკვეთრი მომატება	108	15.79	18	21.95	2.02	0.1554
	წონაში მკვეთრი დაკლება	95	13.89	18	21.95	3.79	0.0518
	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	78	11.40	21	25.61	13.33	0.0003
	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	29	4.24	10	12.20	9.69	0.0019
	ნერვული სისტემის დარღვევები	92	13.45	14	17.07	0.80	0.3700
	ავიტამინოზი	29	4.24	3	3.66	0.06	0.8040
	ჰიპოთირეოზი	5	0.73	0	0.00	0.60	0.4380
	ჰიპერთირეოზი	1	0.15	0	0.00	0.12	0.7294
	A ჰეპატიტი	1	0.15	0	0.00	0.12	0.7294
	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	7	1.02	2	2.44	1.26	0.2615

მხედველობის დაქვეითება	17	2.49	5	6.10	3.43	0.0644
------------------------	----	------	---	------	------	--------

ცუდი აკადემიური მოსწრების სტუდენტებს შორის სარწმუნოდ მეტია სოციალურად დაუცველი და ისეთი სტუდენტები, რომელთაც არ ყავთ მშობელი და მუშაობს ანაზღაურების გარეშე; რომელთაც ახასიათებთ მავნე ჩვევები - ჰიპოდინამია, მარიხუანა, ალკოჰოლი, თამბაქო, მათ შორის გამოიკვეთა შემდეგი დაავადებების სარწმუნოდ მაღალი სიხშირე: მოტეხილობა, ჰიპერტირეოზი, თირკმლის პათოლოგია, დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები. პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპოვიტამინოზი, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, A ჰეპატიტი; გამოცდებთან დაკავშირებული ჩივილებიდან -დეპრესია; სტუდენტობის დროს გამოვლენილი დაავადებებიდან -კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, მხედველობის დაქვეითება.

ცუდი აკადემიური მოსწრების სტუდენტებს შორის სარწმუნოდ მცირეა მდედრობითი სქესი და ოჯახში მშობლებთან ცხოვრება.

ამრიგად, ცუდი აკადემიური მოსწრება გარკვეულწილად განპირობებულია ავადობით და ჯანმრთელობისათვის სარისკო ქცევებით.

კვლევის შემდეგ ეტაპზე, რეგრესიული ანალიზის გამოყენებით, განვსაზღვრეთ ცუდი აკადემიური მოსწრების პრედიქტორები(ცხრილი 3.5.2).

ცხრილი 3.5.2. ცუდი აკადემიური მოსწრების რისკის შეფასება

	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I.for OR	
						Lower	Upper
ალკოჰოლი (1)	.926	0.338	7.487	0.006	2.524	1.300	4.899
თამბაქო (1)	1.143	0.280	16.642	0.000	3.137	1.811	5.433
მშობლების უმადლესი განათლება (1)	-.571	0.285	4.005	0.045	0.565	0.323	0.988

სოციალურად დაუცველი (1)	1.209	0.373	10.506	0.001	3.350	1.613	6.960
არ ჰყავს მშობელი (1)	.799	0.340	5.514	0.019	2.224	1.141	4.334
მუშაობა ანაზღაურების გარეშე (1)	1.214	0.317	14.695	<0.001	3.367	1.810	6.264
ძილიანობა (1)	.718	0.303	5.618	0.018	2.050	1.132	3.713
დაბალანსებული კვება (1)	-.791	0.307	6.647	0.010	.453	.248	.827
ჭარბი წონა	.576	0.290	3.958	0.047	1.779	1.009	3.139
მოტეხილობა	.773	0.292	6.985	0.008	2.166	1.221	3.843
თიაქარი	2.070	0.654	10.026	0.002	7.927	2.201	28.552
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	1.272	0.663	3.675	0.055	3.567	0.972	13.088
Constant	-3.340	0.369	81.728	<0.001	0.035		

ამრიგად, ცუდი მოსწრების ფარდობით შანსს ზრდის: ალკოჰოლი, თამბაქო, სოციალურად დაუცველი, ობოლი, მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, ძილიანობა, ჭარბი წონა, მოტეხილობა, თიაქარი, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, და ამცირებს - მშობლები უმაღლესი განათლებით, დაბალანსებული კვება,

3.6. სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებების კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ და ქცევით ფაქტორებთან ქართველ სტუდენტებში

სტუდენტებზე უმაღლეს სასწავლებელში სწავლის პერიოდში გავლენას ახდენს მთელი რიგი გარემო ფაქტორებისა, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს მათი ფიზიკური, გონებრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამ ფაქტორებს შორის მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მუდმივი გონებრივი და ფსიქოემოციური სტრესი, ინფორმაციული სტრესი, მატერიალური პრობლემები და მუშაობის, დასვენების და კვების რეჟიმების ხშირი დარღვევა.

სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებების კავშირი კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებთან მოცემულია 3.6.1. ცხრილში

ცხრილი 3.6.1.(1). სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებების კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებთან

		წონაში მკვეთრი მომატება	წონაში მკვეთრი დაკლება	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	ნერვული სისტემის დარღვევები	ავიტამინოზი
უმაღლესი	r	0.040	-0.004	-0.107**	-0.113**	-0.080*	-0.005
	p	0.268	0.915	0.003	0.002	0.028	0.886
სოციალურად დაუცველი	r	-0.036	.078*	0.051	.103**	0.012	-0.004
	p	0.323	0.031	0.161	0.004	0.738	0.902
მაღალშემოსავლიანი	r	-0.063	0.038	0.027	0.016	0.046	0.014
	p	0.082	0.288	0.449	0.657	0.203	0.697

მარტოხელა დედა	r	0.013	-0.032	.075*	.100**	-0.046	0.022
	p	0.720	0.382	0.038	0.006	0.205	0.550
განქორწინებუ ლი მშობლები	r	-0.043	0.036	.154**	0.017	0.031	0.032
	p	0.233	0.316	<0.001	0.636	0.385	0.369
არ ჰყავს მშობელი	r	-0.040	0.056	0.042	0.064	0.055	0.026
	p	0.269	0.122	0.240	0.075	0.126	0.471

ცხრილი 3.6.1.(2)

ფაქტორები		თმის ცვენა	ჰიპოთირ ეოზი	ჰიპერთირ ეოზი	A ჰეპატი ტი	სქესობრივ ი გზით გადამდები დაავადებე ბი	მხედველობ ის დაქვეითება
უმაღლესი განათლება	r	0.038	0.013	0.022	-0.059	-0.179**	-0.019
	p	0.292	0.723	0.543	0.100	<0.001	0.608
სოციალურად დაუცველი	r	-0.017	-0.022	-0.010	-0.010	-0.029	-0.046
	p	0.640	0.546	0.787	0.787	0.416	0.200
მაღალშემოსავლ იანი ოჯახიდან	r	0.060	0.065	0.062	0.062	0.076*	0.008
	p	0.098	0.072	0.085	0.085	0.035	0.820
მარტოხელა დედა	r	-0.013	-0.017	-0.008	-0.008	0.098**	.355**
	p	0.718	0.640	0.835	0.835	0.006	<0.001
განქორწინებულ ი მშობლები	r	-0.019	-0.024	-0.011	-0.011	0.100**	-0.023

არ ჰყავს მშობელი (ერთი მაინც)	p	0.604	0.502	0.765	0.765	0.006	0.525
	r	-0.023	0.021	-0.013	-0.013	-0.002	0.230**
	p	0.530	0.558	0.717	0.717	0.962	<0.001

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს

სოციალურად დაუცველი - $r=0.050$, $p =0.164$; მარტოხელა დედა - $r=.075^*$, $p =0.038$;
განქორწინებული მშობლები - $r=.154^{**}$, $p =<0.001$; უარყოფით - მშობლების უმაღლესი
განათლება: $r=-.107^{**}$, $p =0.003$;

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს
სოციალურად დაუცველი ოჯახი - $r=.103^{**}$, $p =0.004$; მარტოხელა დედა - $r=.100^{**}$, $p =0.006$;
უარყოფით - მშობლების უმაღლესი განათლება - $r=-.113^{**}$, $p =0.002$;

წონაში მკვეთრი დაკლება კორელირებს სოციალურად დაუცველის სტატუსთან
- $r=.078^*$; $p =0.031$

ნერვული სისტემის დარღვევები უარყოფით კორელაციაშია მშობლების
უმაღლეს განათლებასთან $r=-.080^*$ $p =0.028$.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებთან სარწმუნო დადებით
კორელაციას ამჟღავნებს: მაღალშემოსავლიანი ოჯახი - $r=.076^*$; $p=0.035$, მარტოხელა
დედა - $r=.098^{**}$; $p=0.006$, განქორწინებული მშობლები - $r=.100^{**}$; $p=0.006$; უარყოფით -
მშობლები უმაღლესი განათლებით - $r=-.179^{**}$,

3.6.2. ცხრილში მოცემულია კავშირი სტუდენტობის დროს განვითარებულ
დაავადებებს შორის

ცხრილი 3.6.2. კავშირი დაავადებებს შორის

	წონაში	წონაში	კუჭ-ნაწლავის	გულ-სისხლძარღვთა	ნერვული	ავიტამინოზი	თმის	ჰიპოთირეოზი	ჰიპერთირეოზი	A ჰეპატიტი	სქესობრივად
	მომართება	მკვეთრი	ტრაქტის	დაავადება	ულის	ზიზი	სცენა	ზიზი	ზიზი	იტი	გადადები

		ლებ	ლოგი	დებებ	ღვევე						
		ა	ები	ი	ბი						
წონაშ	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ი		.12									
მკვეთ		5"									
რი	p	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
დაკლ		01									
ება											
კუჭ-	r	-	.081	-	-	-	-	-	-	-	-
ნაწლა		0.0	*								
ვის		03									
ტრაქ	p	0.9	0.02	-	-	-	-	-	-	-	-
ტის		34	5								
პათო											
ლოგი											
ები											
გულ-	r	0.0	-	0.070	-	-	-	-	-	-	-
სისხ		09	0.01								
ლძარ			3								
ღვთა	p	0.7	0.72	0.052	-	-	-	-	-	-	-
დაავა		96	7								
დებებ											
ი											
ნერვ	r	.07	0.02	.105"	0.010	-	-	-	-	-	-
ული		7'	5								
სისტე	p	0.0	0.48	0.004	0.774	-	-	-	-	-	-
მის		33	6								
დარღ											

ვერტიკალი												
სვიტა მინოზი	r	-	-	-	-0.048	-	-	-	-	-	-	-
		.07	0.01	0.003		0.02						
	5*	3				7						
	p	0.0	0.71	0.942	0.181	0.45	-	-	-	-	-	-
		38	4			6						
თმის ცვენა	r	.08	-	-	-0.015	-	-	-	-	-	-	-
	5*		0.02	0.024		0.02	0.013					
			6			5						
	p	0.0	0.47	0.504	0.688	0.48	0.718	-	-	-	-	-
		19	1			7						
ჰიპოთეზა	r	0.0	-	0.017	-0.019	-	0.064	.5	-	-	-	-
თირკმელი		08	0.03			0.03		1				
			4			2		4*				
	p	0.8	0.35	0.637	0.604	0.36	0.076	<	-	-	-	-
		30	1			9		0.				
								0				
								0				
								1				
ჰიპოთეზა	r	-	-	-	-0.008	-	-	-	-0.003	-	-	-
თირკმელი		0.0	0.01	0.014		0.01	0.008	0.				
		16	5			4		00				
	p	0.6	0.67	0.700	0.817	0.68	0.835	0.	0.935	-	-	-
		58	8			9		95				
								0				

A ჰეპატიტი	r	-	-	-	-0.008	-	-	-	-0.003	-0.001	-	-
	p	0.658	0.678	0.700	0.817	0.689	0.835	0.935	0.971	-	-	-
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	r	0.017	-	.102**	.085*	.202**	-	-	-0.009	-0.004	-	-
	p	0.639	0.757	0.005	0.019	<0.001	0.529	0.807	0.913	0.913	0.913	-
მხედველობის დაქვეითება	r	-	0.017	.097**	.209**	0.022	-	-	-0.014	-0.006	-	.271**
	p	0.718	0.646	0.007	<0.001	0.550	0.321	0.700	0.864	0.864	0.864	<0.001

ცხრილი 3.6.3

კავშირი სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებებთან და ქცევით ფაქტორებს შორის

		წონ აში მკვ ეთ რი მომ ატე ბა	წონ აში მკვ ეთ რი დაკ ლე ბა	კუჭ- ნაწლა ვის ტრაქ ტის პათო ლოგი ები	გულ- სისხ ლძარ ღვთა დაავა დებებ ი	ნერვ ული სისტ ემის დარ ღვევ ები	ავიტ ამინ ოზი	თმის ცვენა	ჰიპ ოთ ირე ოზი	ჰიპე რთი რეო ზი	A ჰეპა ტი ტი	სქეს ობრი ვი გზი თ გადა მდებ ი დაავ ადებ ები	მხედ ველო ბის დაქვე ითებ ა
დამატ ებითი ანაზღ	r	- .10 2**	- 0.0 19	0.041	.072*	.105*	- 0.00 6	0.00 5	- 0.0 17	- 0.02 3	- 0.0 23	0.00 9	0.009
აურებ ადი მუშობ ა,	p	0.0 05	0.6 02	0.258	0.048	0.00 3	0.86 2	0.88 4	0.6 41	0.51 8	0.5 18	0.80 0	0.809
მუშაო ბა ანაზღ აურებ ის გარემ ე	r	0.0 19	.12 0**	0.057	0.056	0.04 7	.098**	- 0.02 2	- 0.0 28	- 0.01 2	- 0.0 12	.120**	0.068
	p	0.5 96	0.0 01	0.113	0.125	0.19 8	0.00 7	0.55 1	0.4 41	0.73 1	0.7 31	0.00 1	0.060

ძილია ნობა	r	0.0 10	0.0 38	- 0.029	- 0.063	- 0.04 3	- 0.04 3	0.01 3	- 0.0 08	0.06 4	0.0 64	- 0.03 4	- 0.043
	p	0.7 79	0.2 96	0.428	0.084	0.23 5	0.23 8	0.71 9	0.8 18	0.07 8	0.0 78	0.35 1	0.233
უძილ ობა	r	- 0.0 06	0.0 47	.081*	.098**	.107* *	- 0.03 1	.092* 0.03 47	- 0.0 47	- 0.02 1	- 0.0 21	0.04 8	- 0.028
	p	0.8 67	0.1 95	0.025	0.007	0.00 3	0.39 2	0.01 1	0.1 93	0.56 2	0.5 62	0.18 1	0.443
წყვეტ ილი ძილი	r	- .07 5*	- 0.0 16	0.034	- 0.009	0.03 3	.120**	0.05 5	.09 6**	- 0.02 2	- 0.0 22	0.06 9	0.052
	p	0.0 37	0.6 52	0.352	0.799	0.35 6	0.00 1	0.12 7	0.0 08	0.53 9	0.5 39	0.05 7	0.150
დილი თ	r	- 0.0 09	0.0 41	- 0.012	0.059	0.01 0	0.02 7	0.03 4	0.0 13	- 0.01 5	- 0.0 15	0.02 5	- 0.019
	p	0.7 96	0.2 53	0.738	0.105	0.78 4	0.45 5	0.34 3	0.7 11	0.68 4	0.6 84	0.49 1	0.591
დღის მანილ ზე	r	- .07 5*	.11 2**	- 0.062	- 0.018	0.02 7	- 0.01 6	- 0.03 6	0.0 14	0.05 3	- 0.0 25	- 0.04 8	- 0.050
	p	0.0 37	0.0 02	0.087	0.629	0.44 9	0.65 6	0.31 4	0.6 90	0.14 2	0.4 96	0.18 2	0.167
ღამით	r	.16 2**	- .08 6*	.072*	- 0.062	- 0.00 9	- 0.03 6	- 0.02 0	- 0.0 15	0.03 7	0.0 37	0.03 8	.107**
	p	<0. 001	0.0 18	0.046	0.088	0.80 7	0.32 1	0.58 2	0.6 80	0.31 0	0.3 10	0.29 3	0.003

ოჯახში იმომბ ლებთან ნათესავებთან	r	0.0 66	0.0 26	- .151**	-.080* .	- .072*	- 0.06	0.00 2	- 0.0	0.02 6	0.0 26	- .073*	- 0.055
მეგობრებთან ერთად მარტონ პროფილაქტიკური საჭიროების შემთხვევაში	p	0.0 65	0.8 13	<0.00 1	0.027 .	0.04 0.04	0.06 0.06	0.95 0.6	0.8 0.9	0.46 0.66	0.4 0.6	0.04 0.59	0.131 0.382
	r	- 0.0	- 0.0	.143** .	- 0.019	0.05 4	0.05 3	- 0.02	0.0 0.9	- 0.01	- 0.0	0.01 9	- 0.032
	p	0.0 64	0.7 46	0.227 .	0.001 .	0.41 0.03	0.65 -	0.51 0.02	0.9 0.0	0.63 .073*	0.6 -	0.26 0.00	0.007 0.053
	r	- .10	.08 2*	- 0.033	0.020 .	0.03 1	- 0.00	0.02 2	0.0 0.1	.073* .	- 0.0	0.00 7	0.053 .
	p	0.0 04	0.0 23	0.359 .	0.573 .	0.39 3	0.90 4	0.54 8	0.9 81	0.04 3	0.6 22	0.84 1	0.143 .
	r	0.0 37	- .07	- 0.045	- 0.056	- .084*	- 0.00	- 0.00	- .08	- 0.05	0.0 24	- 0.00	- .092*
	p	0.3 05	0.0 44	0.216 .	0.124 .	0.02 0	0.87 8	0.90 1	0.0 14	0.12 7	0.5 13	0.82 8	0.011 .

არა	r	.079	0.002	.110**	0.057	.086*	0.014	-0.021	.131	-0.012	-0.012	0.002	0.069
უპირატესად ცხიმოვანი	p	0.029	0.947	0.002	0.116	0.018	0.698	0.554	<0.001	0.733	0.733	0.948	0.056
უპირატესად ცილოვანი	r	.099**	-0.023	.208**	.075*	0.062	-0.011	-0.026	-0.033	-0.015	-0.015	0.059	0.019
უპირატესად ცილოვანი	p	0.006	0.518	<0.001	0.039	0.085	0.760	0.478	0.359	0.682	0.682	0.103	0.605
უპირატესად ცილოვანი	r	-0.063	0.032	-0.028	0.009	-0.050	0.048	0.023	0.020	-0.018	-0.018	-0.022	.076*
უპირატესად ნახშირწყლოვანი	p	0.063	0.363	0.432	0.813	0.166	0.183	0.529	0.957	0.628	0.628	0.542	0.036
უპირატესად ნახშირწყლოვანი	r	-0.080	-0.032	0.032	0.009	0.000	0.049	-0.030	0.020	-0.017	-0.017	0.009	0.017
უპირატესად ცხიმოვანი	p	0.028	0.379	0.371	0.796	0.803	0.175	0.402	0.951	0.629	0.629	0.800	0.645
უპირატესად ცხიმოვანი	r	0.038	0.003	0.033	0.013	0.000	.074*	-0.044	0.012	-0.026	0.051	-0.026	0.044
უპირატესად ცხიმოვანი	p	0.296	0.934	0.356	0.723	0.874	0.041	0.221	0.750	0.480	0.157	0.479	0.220
დაბალანსებული კვება	r	0.042	0.016	-0.149**	-0.066	-0.011	-0.069	0.024	0.020	0.038	0.038	-0.031	-0.086*
დაბალანსებული კვება	p	0.245	0.661	<0.001	0.066	0.752	0.058	0.509	0.580	0.295	0.295	0.388	0.018

ჭარბი	r	.28	0.0	.087*	.155**	0.06	-	-	-	-	-	-	.081*
საკვების		2**	09			2	0.02	0.01	0.0	0.01	0.0	0.02	
მიღება	p	<0.001	0.797	0.016	<0.001	0.084	0.427	0.647	0.554	0.792	0.792	0.426	0.025

წონაში მკვეთრი დაკლებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: - მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, მეცადინეობა დღის მანილაზე, პროფილაქტიკური, mecadineoba ღამით, ექიმთან მიმართვიანობა - საჭიროების შემთხვევაში.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: - უძილობა, ღამით მეცადინეობა, ცხოვრება ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად, ექიმთან მიმართვიანობა არა, უპირატესად ცხიმოვანი კვება, ჭარბი საკვების მიღება. უარყოფით - ოჯახში მშობლებთან ცხოვრება, დაბალანსებული კვება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: უპირატესად ცხიმოვანი და/ან ჭარბი საკვების მიღება, მარტო ცხოვრება, უძილობა, დამატებითი ანაზღაურებადი მუშაობა, უარყოფით - ცხოვრება ოჯახში მშობლებთან.

ნერვული სისტემის დარღვევებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: დამატებითი ანაზღაურებადი მუშაობა, უძილობა, ექიმთან მიმართვა - არა, უარყოფით - ცხოვრება - ოჯახში მშობლებთან, ექიმთან მიმართვა - საჭიროების შემთხვევაში.

მხედველობის დაქვეითებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: მეცადინეობა ღამით, უპირატესად ცილოვანი კვება, ჭარბი საკვების მიღება, უარყოფით - ექიმთან - საჭიროების შემთხვევაში, დაბალანსებული კვება.

წონაში მკვეთრი მომატებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: ღამით მეცადინეობა, ექიმთან მიმართვიანობა - არა, ჭარბი საკვების მიღება, უპირატესად ცხიმოვანი კვება, უარყოფით - უპირატესად ნახშირწყლოვანი კვება, დამატებითი ანაზღაურებადი მუშაობა, მეცადინეობა დღისით, ექიმთან პროფილაქტიკური მიმართვიანობა.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები - სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, უარყოფითს - ოჯახში მშობლებთან ავიტამინოზთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: - წყვეტილი ძილი, სწრაფი კვება, მუშაობა ანაზღაურების გარეშე.
თმის ცვენა დაკავშირებულია უძილობასთან.

3.7. ქართველ სტუდენტთა ჯანმრთელობის თვითშეფასება

სტუდენტთა ჯანმრთელობის თვითშეფასება და რისკის ფაქტორები მოცემულია 3.6.1. ცხრილში

ჯანმრთელობის ძალიან კარგი თვითშეფასებიდან ძალიან ცუდამდე იზრდება ცუდი აკადემიური მოსწრების სიხშირე.

ცხრილი 3.6.1.

	ძალიან კარგი		კარგი		საშუალო		ცუდი		ძალიან ცუდი		F	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
	მდედრობითი	180	57.3	14	49.	64	57.	2	62.1	3		
პროფესიული	50	15.9	61	20.	19	17.	1	45.9	0	0.00	-	-
სამოყვარულო	101	32.1	12	41.	49	44.	1	29.7	4	80.0	3.20	0.0128
ჰიპოდინამია	22	7.01	23	7.6	16	14.	2	5.41	1	20.0	1.89	0.1098
მარიხუანა	12	3.82	8	2.6	7	6.3	4	10.8	0	0.00	1.89	0.1110
სხვა მძიმე ნარკოტიკები	3	0.96	5	1.6	1	0.9	4	10.8	0	0.00	-	-

ალკოჰოლი	32	10.1 9	14	4.6 8	15	13. 51	1 3	35.1 4	3	60.0 0	13.44	<0.000 1
თამბაქო	76	24.2 0	12 0	40. 13	35	31. 53	1 7	45.9 5	5	100. 00	8.00	<0.000 1
უმალესი	216	68.7 9	24 0	80. 27	79	71. 17	2 2	59.4 6	2	40.0 0	4.38	0.0017
სოციალურად დაუცველი	16	5.10	19	6.3 5	12	10. 81	4	10.8 1	1	20.0 0	1.67	0.1545
მაღალშემოსავ ლიანი	67	21.3 4	76	25. 42	30	27. 03	1 9	51.3 5	1	20.0 0	4.11	0.0027
მარტოხელა დედა	9	2.87	10	3.3 4	5	4.5 0	8	21.6 2	0	0.00	-	--
განქორწინებუ ლი მშობლები	16	5.10	26	8.7 0	13	11. 71	7	18.9 2	1	20.0 0	3.15	0.0139
არ ჰყავს ერთი მშობელი	20	6.37	29	9.7 0	31	27. 93	7	18.9 2	2	40.0 0	11.62	<0.000 1
დამატებითი ანაზრაურებად ი მუშობა,	78	24.8 4	93	31. 10	41	36. 94	1 1	29.7 3	3	60.0 0	2.22	0.0652
მუშაობა ანაზრაურების გარეშე	21	6.69	30	10. 03	23	20. 72	7	18.9 2	0	0.00	5.23	0.0004
ძილიანობა	69	21.9 7	77	25. 75	32	28. 83	9	24.3 2	0	0.00	1.02	0.3953
უძილობა	103	32.8 0	45	15. 05	34	30. 63	6	16.2 2	5	100. 00	11.63	<0.000 1
წყვეტილი ძილი	81	25.8 0	86	28. 76	30	27. 03	1 3	35.1 4	0	0.00	0.92	0.4509
დილით	47	14.9 7	32	10. 70	15	13. 51	1 3	35.1 4	2	40.0 0	4.89	0.0007

დღის მანძილზე	95	30.2 5	91	30. 43	43	38. 74	1 3	35.1 4	1	20.0 0	0.89	0.4673
ლამით	142	45.2 2	16 6	55. 52	50	45. 05	1 6	43.2 4	3	60.0 0	2.08	0.0815
ოჯახში მშობლებთან	209	66.5 6	20 3	67. 89	70	63. 06	1 5	40.5 4	2	40.0 0	3.22	0.0124
ნათესავებთან ან	49	15.6 1	43	14. 38	19	17. 12	9	24.3 2	1	20.0 0	0.67	0.6119
მეგობრებთან ერთად												
მარტო	56	17.8 3	50	16. 72	23	20. 72	1 3	35.1 4	2	40.0 0	2.32	0.0551
პროფილაქტიკ ური	63	20.0 6	53	17. 73	25	22. 52	7	18.9 2	2	40.0 0	0.66	0.6207
საჭიროების შემთხვევაში	226	71.9 7	21 8	72. 91	75	67. 57	1 6	43.2 4	1	20.0 0	5.27	0.0003
არა	25	7.96	28	9.3 6	11	9.9 1	1 4	37.8 4	2	40.0 0	9.61	<0.000 1
უპირატესად ცხიმოვანი	55	17.5 2	26	8.7 0	18	16. 22	8	21.6 2	3	60.0 0	5.29	0.0003
უპირატესად ცილოვანი	58	18.4 7	52	17. 39	25	22. 52	1 1	29.7 3	0	0.00	1.35	0.2513
უპირატესად ნახშირწყლოვან ნი	59	18.7 9	49	16. 39	31	27. 93	5	13.5 1	1	20.0 0	1.96	0.0980
სწრაფი კვება	104	33.1 2	86	28. 76	54	48. 65	1 0	27.0 3	1	20.0 0	3.96	0.0035
დაბალანსებუ ლი კვება	142	45.2 2	17 2	57. 53	37	33. 33	1 3	35.1 4	1	20.0 0	6.53	<0.000 1

ჭარბი საკვების მიღება	17	5.41	11	3.6	17	15.	4	10.8	1	20.0	5.43	0.0003
				8		32		1		0		
ჭარბი წონა	66	21.0	46	15.	22	19.	6	16.2	4	80.0	4.01	0.0032
		2		38		82		2		0		
სიგამბდრე	71	22.6	10	34.	47	42.	1	40.5	0	0.00	5.85	0.0001
		1	4	78		34	5	4				

სტუდენტთა თვითშეფასება იცვლება რისკის ფაქტორების მოქმედების მიხედვით სამოყვარულო სპორტით დაკავებულ სტუდენტებში მაღალია კარგი და საშუალო თვითშეფასება.

ალკოჰოლისა და თამბაქოს მომხმარებლებში მცირეა ძალიან კარგი და მაღალია ცუდი და ძალიან ცუდი თვითშეფასება, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე მშობლების შვილებში - პირიქით.

მაღალი სიხშირით გამოირჩევა ჯანმრთელობის ცუდი თვითშეფასება მაღალშემოსავლიან და არასრულ ოჯახებში.

საშუალო თვითშეფასება სჭარბობს იმ სტუდენტებში, რომლების მუშაობენ ანაზღაურების გარეშე.

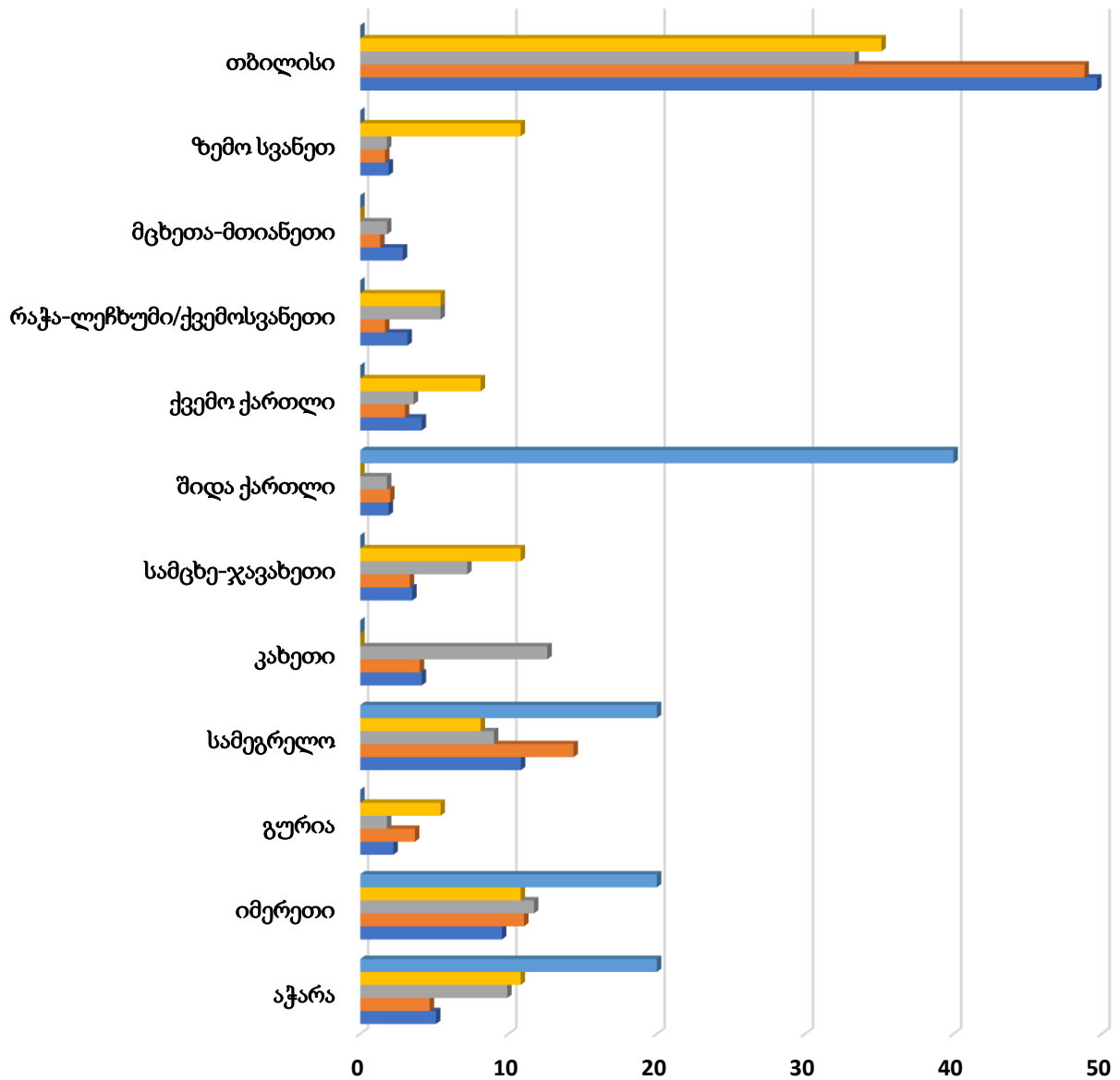
ყველა სტუდენტს(ასეთი ხუთია) რომლებიც აღნიშნავენ ძალიან ცუდ ჯანმრთელობას, აწუხებს უძილობა.

ოჯახში მშობლებთან ცხოვრება განაპირობებს ძალიან კარგ და კარგ თვითშეფასებას, ხოლო მარტო მცხოვრებთა შორის სარწმუნოდ მეტია ცუდი და ძალიან ცუდი თვითშეფასება.

მათ შორის, ვინც ექიმს მიმართავს საჭიროების შემთხვევაში, სარწმუნოდ მაღალია ძალიან კარგი და კარგი წარმოდგენის სიხშირე საკუთარ ჯანმრთელობაზე და დაბალია ცუდი და ძალიან ცუდი, ხოლო მათ შორის ვინც არ მიმართავს - პირიქით.

უპირატესად ცხიმოვანი კვება და ჭარბი საკვების მიღება განსაზღვრავს ცუდ წარმოდგენას საკუთარ ჯანმრთელობაზე, სწრაფი კვების მოყვარულთა შორის მაღალია საშუალო თვითშეფასების სიხშირე, ხოლო დაბალანსებული კვების შემთხვევაში მაღალია კარგი და ძალიან კარგი და დაბალია ცუდი და ძალიან ცუდი ჯანმრთელობის თვითშეფასება. ძალიან ცუდი თვითშეფასების მქონეთა 80%-ს(4 სტუდენტი) ჭარბი წონა აქვს, ხოლო სიგამბდრე არც ერთს.

ქართველ სტუდენტთა ჯანმრთელობის თვითშეფასება რეგიონების მიხედვით



	აჭარა	იმერეთი	გურია	სამეგრელო	კახეთი	სამცხე-ჯავახეთი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	რაჭა-ლეჩხუმი/ქვემო სვანეთი	მცხეთა-მთიანეთი	ზემო სვანეთი	თბილისი
■ ძალიან კარგი	20	20	0	20	0	0	40	0	0	0	0	0
■ ცუდი	10.81	10.81	5.41	8.11	0	10.81	0	8.11	5.41	0	10.81	35.14
■ საშუალო	9.91	11.71	1.8	9.01	12.61	7.21	1.8	3.6	5.41	1.8	1.8	33.33
■ კარგი	4.68	11.04	3.68	14.38	4.01	3.34	2.01	3.01	1.67	1.34	1.67	48.83
■ ძალიან კარგი	5.1	9.55	2.23	10.83	4.14	3.5	1.91	4.14	3.18	2.87	1.91	49.68

დიაგრამა 3.6.1.

ჯანმრთელობის ძალიან ცუდი თვითშეფასება სარწმუნოდ მეტია მარტო მცხოვრებ სტუდენტებში, მაშინ როდესაც მშობლებთან მცხოვრებ სტუდენტებს შორის სარწმუნოს მაღალია ჯანმრთელობის კარგი და ძალიან კარგი თვითშეფასება. ასევე კარგ და ძალიან კარგ თვითშეფასებას განსაზღვრავს ექიმთან საჭიროების შემთხვევაში მიმართვიანობა და დაბალანსებული

თბილისელებში პრევალირებს კარგი და ძალიან კარგი თვითშეფასება, ძალიან ცუდი დაფიქსირდა მხოლოდ აჭარაში, იმერეთში, სამეგრელოსა და შიდა ქართლში, ამ ასევე რეგიონებში ყველაზე მაღალია ძალიან კარგი თვითშეფასება.

3.8. სტუდენტობის პერიოდში დაავადების პროგნოზი ქართველ სტუდენტებში.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ სტუდენტობის პერიოდში გამოვლენილ დაავადებებს შორის ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევიან ნერვული სისტემის დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, ავითმინოზი, მხედველობის დაქვეითება. (ცხრილი 3.7.1)

რეგრესიული ანაღზის საშუალებით განვსაზღვრეთ ამ დაავადებათა პრედიქტორები და მათი პროგნოზული მნიშვნელობა.

ცხრილი 3.8.1. სტუდენტობის პერიოდში განვითარებული დაავადებები

ფაქტორები	n	%
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები	99	12.92
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	39	5.09
ნერვული სისტემის დარღვევები	106	13.84
ჰიპოვიტამინოზი	32	4.18
თმის ცვენა	3	0.39
ჰიპოთირეოზი	5	0.65
ჰიპერთირეოზი	1	0.13
A ჰეპატიტი	1	0.13
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები	9	1.17
მხედველობის დაქვეითება	22	2.87

რეგრესიული ანაღზის საშუალებით განვსაზღვრეთ ამ დაავადებათა პრედიქტორები და მათი პროგნოზული მნიშვნელობა.

კუჭ-ნაწლავის დაავადებების განვითარების პროგნოზი მოცემულია 3.8.2 ცხრილში.

ცხრილი 3.8.2. კუჭ-ნაწლავის დაავადებების განვითარების პროგნოზი

ფაქტორები	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. OR	
ჰიპოდინამია	1.61	0.31	26.81	0.000	4.98	2.72	9.15
ნარკოტიკების მოხმარება	1.48	0.63	5.53	0.019	4.41	1.28	15.16
განქორწინებული მშობლები	1.08	0.32	11.26	0.001	2.93	1.56	5.49
მშობლებთან ცხოვრება	-.718	0.24	9.22	0.002	0.49	0.31	0.78
ცხიმოვანი საკვები	1.10	0.26	17.49	<0.001	3.01	1.79	5.03
Constant	-2.11	0.20	107.64	<0.001	0.12		

კუჭ-ნაწლავის დაავადებების განვითარების ფარდობით შანსს ზრდის ჰიპოდინამია, ნარკოტიკების მოხმარება, განქორწინებული მშობლები, ცხიმოვანი საკვები, ამცირებს - ოჯახში ცხოვრება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების პროგნოზი მოცემულია 3.8.3 ცხრილში

ცხრილი 3.8.3. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების პროგნოზი

	B	SE	Wald	p	OR	95% C.I. OR	
ჰიპოდინამია	1.52	0.43	12.77	<0.001	4.58	1.99	10.54
ალკოჰოლი	1.54	0.38	16.78	<0.001	4.64	2.23	9.68
მარტო ცხოვრება	1.12	0.37	9.14	0.002	3.05	1.48	6.29
ჭარბი კვება	1.40	0.45	9.71	0.002	4.03	1.68	9.70
Constant	-3.95	0.28	192.91	<0.001	0.02		

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ფარდობით შანსს ზრდის - ჰიპოდინამია, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, მარტო ცხოვრება, ჭარბი საკვების მიღება.

სტუდენტობის პერიოდში ნერვული სისტემის დაავადებების განვითარების პროგნოზი მოცემულია 3.8.4 ცხრილში

ცხრილი 3.8.4 ნერვული სისტემის დაავადებების განვითარების პროგნოზი

ფაქტორები	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I.for OR	
						Lower	Upper
ნარკოტიკების მოხმარება	2.32	0.67	11.98	0.001	10.22	2.74	38.10
მშობლებთან ერთად ცხოვრება	-1.92	0.86	4.96	0.026	0.15	0.03	0.79
ანაზღაურებით მუშაობა	0.49	0.23	4.80	0.028	1.64	1.05	2.55
უძილობა	0.65	0.23	8.19	0.004	1.92	1.23	2.99
ექიმთა მიმართვიანობა - არა	0.69	0.31	4.89	0.027	1.98	1.08	3.64
Constant	-2.3	0.16	204.14	<0.00	0.10		

სტუდენტობის პერიოდში ნერვული დაავადებების ფარდობით შანსს ზრდის - ნარკოტიკების მოხმარება, ანაზღაურებით მუშაობა, ექიმთა მიმართვიანობა - არა, უძილობა და ამცირებს ოჯახში - მშობლებთან ერთად ცხოვრება.

ჰიპოვიტამინოზის პროგნოზი მოცემულია 3.8.5 ცხრილში.

ცხრილი 3.8.5. ჰიპოვიტამინოზის პროგნოზი

ფაქტორები	B	S.E.	Wald		OR	95% C.I.for OR
-----------	---	------	------	--	----	----------------

მუშაობა ანაზღაურების გარეშე	1.06	0.44	5.87	0.015	2.88	1.22	6.76
წყვეტილი ძილი	1.18	0.37	10.23	0.001	3.24	1.58	6.67
სწრაფი კვება	0.72	0.37	3.78	0.052	2.05	0.99	4.21
Constant	-4.06	0.34	146.52	<0.001	0.02		

ჰიპოვიტამინოზის განვითარების ფარდობით შანსს ზრდის - მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, წყვეტილი ძილი, სწრაფი კვება.

მხედველობის დაქვეითების პროგნოზ იმოცემულია 3.8.6. ცხრილში.

ცხრილი 3.8.6. მხედველობის დაქვეითების პროგნოზი

ფაქტორები	B	S.E.	Wald	P	OR	95% C.I.for OR	
						Lower	Upper
ღამით მეცადინეობა	2.38	0.74	10.41	0.001	10.79	2.54	45.77
ჰიპოდინამია	2.12	0.69	9.41	0.002	8.36	2.15	32.44
მარიხუანას მოხმარება	2.45	0.82	9.02	0.003	11.62	2.34	57.59
მარტოხელადედა	4.22	0.78	29.39	<0.001	68.18	14.81	313.74
წყვეტილი ძილი	1.65	0.64	6.65	0.010	5.22	1.49	18.35
დღისით მეცადინეობა	-1.71	0.71	5.74	0.017	0.18	0.05	0.73
ძილიანობა	-2.61	0.73	12.74	<0.001	0.07	0.02	0.31
მარტო ცხოვრება	1.25	0.58	4.73	0.030	3.49	1.13	10.78
Constant	-5.76	0.85	45.51	<0.001	0.00		

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სტუდენტობის პერიოდში მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს ზრდის როგორც სამოყვარულო სპორტი, ისე ჰიპოინამია, მავნე ჩვევებიდან - მარიხუანას მოხმარება და წყვეტილი ძილი, სოციალური ფაქტორებიდან - მარტოხელა დედა და მარტო ცხოვრება.

მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს ამცირებს - დღისით მეცადინეობა და ჭარბი ძილი.

ამრიგად, სტუდენტობის პერიოდში დაავადების განვითარება განსაზღვრულია სოციალური, ქცევითი და გარემო ფაქტორებით.

ჰიპოვიტამინოზის განვითარების ფარდობით შანსს ზრდის - მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, წყვეტილი ძილი, სწრაფი კვება
ამრიგად, სტუდენტობის პერიოდში დაავადების განვითარება განსაზღვრულია სოციალური, ქცევითი და გარემო ფაქტორებით.

თავი IV

განხილვა

მოზარდობიდან სრულწლოვანებამდე ერთ-ერთი გადასვლა არის უნივერსიტეტში სწავლის დაწყება. ამ გადასვლას თან ახლავს ახლადწარმოქმნილი დამოუკიდებლობა, რის შედეგადაც უნივერსიტეტის სტუდენტებს ექმნებათ ცხოვრების წესისა და ქცევების მეტი ავტონომია. ბევრი სტუდენტი სავარაუდოდ ჩაერთვება ცხოვრების არაჯანსაღ და სარისკო ქცევებში, რომელიც მოიცავს - ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენებას, თამბაქოს მოხმარებას, ფიზიკურ უმოქმედობას და არაჯანსაღ დიეტას, რამაც შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს მათ ჯანმრთელობაზე გრძელვადიან პერსპექტივაში [55].

უმალეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სწავლა არის პროცესი, რომელიც დაკავშირებულია დიდ ფსიქო-ემოციურ სტრესთან, ჩვეული ყოველდღიური რუტინისა და ცხოვრების რიტმის ცვლილებასთან, რასაც ხშირად თან ახლავს საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა, სოციალური წრის ცვლილება და თავისუფალი დროის ახლებურად გადანაწილება [5].

თითოეული რისკის ფაქტორის რეიტინგის განსაზღვრა საშუალებას იძლევა არა მხოლოდ სწორად განისაზღვროს პათოლოგიის განვითარების რისკ ჯგუფები სტუდენტურ პოპულაციაში, არამედ შემუშავდეს ოპტიმალური მიდგომები ამ გარემოში ჩამოყალიბებული დაავადებების პროფილაქტიკისა და ეფექტური რეაბილიტაციის პროგრამებისთვის [138].

ამდენად მიზნად დავისახეთ ავადობის სტრუქტურის დადგენა ქართველ სტუდენტებში ავადობის პროგნოზირება.

კვლევაში მონაწილე სტუდენტთა საშუაო ასაკი შეადგენდა 2 0.7+2.4 წელს (17-35). სტუდენტთა შორის ყველაზე მაღალი სიხშირით შეგვხვდა 20 წლის ასაკი, სქესის მიხედვით არასარწმუნოდ მეტი იყო ვაჟები

რეგიონების მიხედვით ყველაზე მეტი იყო თბილისელი სტუდენტები

კარგ აკადემიურ მოსწრებას აღნიშნავს სტუდენტთა 44.2%, ცუდს - 9.8%.

კურსკის უნივერსიტეტის სტუდენტთა შესწავლამ აჩვენა, რომ სტუდენტების თითქმის მესამედი ეწევა (27%), ამასთან მწვევლთა 9% გოგონაა. გამოკითხულთა მხოლოდ 6,96% ასრულებს დილის ვარჯიშებს, 19,72% დადის სპორტულ განყოფილებებში. აღმოჩნდა, რომ სტუდენტების დაახლოებით 30% ეწევა უმოძრაო ცხოვრების წესს და დღის 83% ატარებს შედარებით უმოძრაობის მდგომარეობაში[152]. ჩვენი კვლევის მიხედვით, მავნე ჩვევებს შორის გამოირჩევა თამბაქოს მოხმარება - 33%, მარიხუანისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებას აღნიშნავს შესაბამისად 3.8% და 2%. სპორტს არ მისდევს გამოკითხულ სტუდენტთა 48%, პროფესიული სპორტით დაკავებულია 17%.

მაღალშემოსავლიანი ოჯახებიდან არის სტუდენტთა 25%, სოციალურად დაუცველი - 6.8%/ სტუდენტთა ნახევარი არ მუშაობს, ანაზღაურებად სამუშაოზეა სტუდენტთა 37%.

უნივერსიტეტის სტუდენტებში დეპრესიის მაჩვენებლები არსებითად უფრო მაღალია, ვიდრე საერთო პოპულაციაში [54]. ჩვენი კვლევის მიხედვით, ნერვული სისტემის დარღვევები სწავლის პერიოდში გამოუვლინდა სტუდენტთა 13.84%-ს. კვლევამ აჩვენა, რომ სტუდენტობის პერიოდში ნერვული დაავადებების ფარდობით შანსს ზრდის ნარკოტიკების მოხმარება - OR=10.22(95%CI:2.74-38.10); ანაზღაურებით მუშაობა - OR=1.64(95%CI:1.05-2.55); უძილობა - OR=1.92(95%CI:1.23-2.99); ექიმთა მიმართვიანობა - არა OR=1.98(95%CI:1.08-3.64); ამცირებს - ოჯახში, მშობლებთან ერთად ცხოვრება - OR=0.15(95%CI:0.03-0.79).

ანაზღაურებით მუშაობა რისკის ფაქტორი აღმოჩნდა ჰოპოვიტამინოზისთვისაც. ხოლო ნარკოტიკების მოხმარება - კუჭ-ნაწლავის დაავადებებისათვის, რომელიც ასევე გამოირჩევა მაღალი სიხშირით (12.92%) და მისი მანიფესტაციის ფარდობითი შანსი განსაზღვრულია სოციალური ფაქტორებით - იზრდება განქორწინებული მშობლების შემთხვევაში და მცირდება ოჯახში ცხოვრების დროს. ჰიპოდინამია ზრდის როგორც კუჭ-ნაწლავის დაავადების სიხშირეს, ისე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და მხედველობის დაქვეითების სიხშირეს. მხედველობის დაქვეითება ამ შემთხვევაში სავარაუდოდ დაკავშირებულია ელექტრონულ მოწყობილობებთან დიდი დროის გატარებასთან.

ძილისა და სიფხიზლის რეჟიმის დარღვევა ხელს უწყობს ემოციური დაძაბულობის ზრდას, ყურადღების დაქვეითებას და სტუდენტების როგორც ფსიქო-ემოციური, ასევე ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუარესებას და გავლენას ახდენს ძილის ხარისხზე [136]. ჩვენი კვლევის მიხედვით, სტუდენტთა უმრავლესობას 77.5%-ს აღენიშნება ძილის ისეთი დარღვევები, როგორებიცაა - ძილიანობა, უძილობა ან წყვეტილი ძილი. სტუდენტთა უმრავლესობა - 51% მეცადინეობს ღამით, 34% - დღის მანძილზე, 15% - დილით. ამასთან დაკავშირებით, სტუდენტებისთვის, განსაკუთრებით პირველი კურსის სტუდენტებისთვის სასწავლო დატვირთვის შედეგის უფრო დიფერენცირებული მიდგომის აუცილებლობა განისაზღვრება ახალ საცხოვრებელ პირობებთან მათი ნაკლებად ადაპტაციისა და ძილის ხანგრძლივობისა და ხარისხის დაქვეითებასთან დაკავშირებული უარყოფითი ფაქტორების მეტი ზემოქმედების გამო [135].

მარტო ცხოვრობს სტუდენტთა 19%, ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად - 16%, ხოლო ოჯახში მშობლებთან - 65%.

ექიმებს პროფილაქტიკის მიზნით მიმართავს 21%, თუმცა როგორც აღინიშნა, ამ ვიზიტების დიდი უმრავლესობა ეთმობა სტომატოლოგთან ვიზიტს. 68% - საჭიროების შემთხვევაში, ხოლო 11% - საერთოდ არ დადის ექიმთან

სტუდენტთა ნახევარი ნორმალური წონისაა, 31%-ს აღენიშნება სიგამხდრე, ხოლო 19%-ს - ჭარბი წონა.

გადატანილი ოპერაციებიდან აღსანიშნავია ტრავმასთან დაკავშირებული ოპერაციები, აპენდექტომია და რინოპლასტიკა.

სტუდენტებს შორის ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩევა რესპირაციული ინფექციები, კუჭ-ნაწლავთა პათოლოგიები და ალერგია.

გამოცდებთან დაკავშირებულ პრობლემებიდან აღსანიშნავია ზოგადი რეჟიმის დარღვევა. მრავალრიცხოვანმა კვლევამ აჩვენა, რომ ფიზიკური აქტიურობა წარმოადგენს საერთო ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მნიშვნელოვან განმსაზღვრელ ფაქტორს. მაგალითად, ფიზიკურ აქტივობას შეუძლია შეამციროს გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკი [45]. ფიზიკურ აქტივობას შეუძლია დადებითი ეფექტი მოახდინოს ვიზუალურ სისტემაზე [71]. იგი სასარგებლოა არა მხოლოდ თვალის დაავადების ძირითადი პროცესების, არამედ დაავადების შემდგომი

ფსიქოლოგიური ეფექტებისათვის [84]. ჩვენი კვლევის მიხედვით ჰიპოდინამია სტუდენტებში წარმოადგენს თვალის დაავადების, კუჭ-ნაწლავის დაავადებების, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების პრედქტორს.

კვლევამ დაადასტურა, რომ თამბაქოს და ალკოჰოლის გამოყენების ზემოქმედება ზრდის ცუდი მოსწრების რისკს, რაც დასტურდება არაერთი გამოკვლევით [70]. ალკოჰოლის ზემოქმედება ზრდის ისეთი ქცევის სიხშირეს, რომელიც ხელს უწყობს უნებლიე და განზრახ დაზიანებებს; ჩვენი მონაცემებით, ტრავმები და მასთან დაკავშირებული ოპერაციები მოქმედებენ აკადემიურ მოსწრებაზე. ასევე მნიშვნელოვანია სარისკო სექსუალური ქცევები - როგორცაა მრავალი სექსუალური პარტნიორი [62]. სტუდენტების სტრესორების გამოცდილება, ფსიქოლოგიური სიმპტომები და ფსიქიკური და ზოგადი ჯანმრთელობის რეიტინგები დაკავშირებული იყო მათ აკადემიურ მიღწევებთან [14]. მეორეს მხრივ, აღსანიშნავია აკადემიური მაჩვენებლებით გამოწვეული სტრესი და დეპრესია [79], - განათლება და აკადემიური მოსწრებისათვის ზრუნვა სტუდენტებისთვის სტრესის მნიშვნელოვანი წყაროა [87]. ჩვენი კვლევის მიხედვით, სტუდენტები აფიქსირებენ გამოცდებთან დაკავშირებულ ისეთ ჩივილებს, როგორებიცაა - თავის ტკივილი, უძილობა, უმადობა, მადის გაძლიერება, ზოგადი რეჟიმის დარღვევა, დეპრესია, თმის ცვენა, მათგან ცუდი აკადემიური მოსწრების ჯგუფში სარწმუნოდ მაღალია დეპრესიის სიხშირე. სტრესის აღქმა გამოცდების დროს სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს თავის ტკივილთან.

ემოციები მნიშვნელოვანია საკვების არჩევისას, ამიტომ ისეთი ნეგატიური განწყობა, როგორცაა სტრესი, შფოთვა ან ფსიქიატრიული აშლილობა, დაკავშირებულია სიმსუქნესთან და ალკოჰოლის მოხმარების რისკთან [64, 60]. ემოციური კვება არის ჭამა უარყოფითი ემოციების საპასუხოდ, რაც ზრდის ენერჯის გადაჭარბებული მიღების რისკს [69]. ჩვენი კვლევის მიხედვით, გამოცდების დროს სტრესის აღქმა დაკავშირებულია მადის გაძლიერებასთან. ისინი, ვინც მშობლების სახლიდან შორს ცხოვრობენ, უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი არაჯანსაღი კვების ჩვევებისადმი [18], ჯანსაღი დიეტის დაცვას, შეიძლება ჰქონდეს სასარგებლო გავლენა უნივერსიტეტის სტუდენტებზე, იგი ხელს უწყობს მათ აკადემიურ მოსწრებასა და ცხოვრების ხარისხს, ისევე როგორც მათ ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობას.

ჯანსაღი კვება დაკავშირებული დეპრესიის დაბალ რისკთან, ხოლო სტრესის მაღალი აღქმული ქულა ხილისა და ბოსტნეულის დაბალი სიხშირით მიღებასთან [16]. ჩვენი კვლევის მიხედვით დაბალანსებული კვება ამცირებს ცუდი აკადემიური მოსწრების ფარდობით რისკს, ხოლო სტუდენტობს დროს გამოვლენილი კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, რომლებიც შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს კვების რეჟიმის დარღვევასთან, ზრდის ცუდი აკადემიური მოსწრების რისკს.

კვლევების მიხედვით, ძილის დარღვევების მაღალი გავრცელება სტატისტიკურად ასოცირდება დიეტასთან და დაბალ აკადემიურ შედეგებთან [43]. სხვა მონაცემებით, უძილობა არ იყო დაკავშირებული აკადემიურ მოსწრებასთან [49], რაც დაადასტურა ჩვენმა კვლევამ.

ძილის დარღვევა ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემაა მთელ მსოფლიოში და უძილობა მათი ყველაზე გავრცელებული გამოვლინებაა. ყოველწლიურად იზრდება ადამიანების უძილობა, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში/ კოლეჯის სტუდენტებში მხედველობის დაქვეითება დაკავშირებულია ძილის ხანგრძლივობასთან, ძილის წინ მობილური ტელეფონის გამოყენებასთან და სტრესის დონესთან [42].

ძილის დარღვევა ასოცირდება სწავლის პრობლემებთან და სტრესის არსებობასთან, მოახლოებულ ადრეულ და ღამის გაღვიძებებთან. სტუდენტებში ძილის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაძინების დროზე და გადაუჭრელ პრობლემებზე. ღამის გაღვიძება დაკავშირებულია დაძინების დროსა და მშობლებისგან განცალკევებით ცხოვრებაზე - უფრო ხშირია გოგონებში. დაძინების დროსთან ასევე დაკავშირებულია ძილის ხარისხი (რაც უფრო ადრე იძინებენ, მით უფრო მაღალია ძილის ხარისხი), პრობლემების არსებობაზე სწავლასა და ცხოვრებაში. ძილის გაღვიძების ხარისხზე გარდა ზემოაღნიშნულისა, გავლენას ახდენს ძილისა და სიფხიზლის დაცვა. ძილის დარღვევის მქონე სტუდენტებს აქვთ რეჟიმი, რომელიც არ შეესაბამება ბიორიტმს, დღის განმავლობაში მათ მუდმივად სურთ ძილი, უარესად უძკლავდებიან ინფორმაციის ნაკადს, უჭირთ აზრების ჩამოყალიბება (კითხვაზე პასუხის გაცემა), აღნიშნავენ მეხსიერების დაქვეითებას, და დაღლილობას. ყველაზე მეტად ეს დარღვევები გამოხატულია პირველი და მეორე კურსის სტუდენტებში. სტუდენტების დაახლოებით ნახევარი აღნიშნავს დღის განმავლობაში ყურადღების

უკმარისობას (დეფიციტს), რაც გავლენას ახდენს სასწავლო მასალის ათვისებაზე. ეს განსაკუთრებით ეხება მათ, ვინც ღამით 7 საათზე ნაკლებს სძინავს და არ იცავს რეჟიმს. გარდა ყურადღების დარღვევისა, მოკლე ძილის ხანგრძლივობის მქონე მოსწავლეებს აქვთ დაქვეითებული მეხსიერება და შემეცნებითი აქტივობა, უარესდება მათი განწყობა. აღსანიშნავია, რომ იმ სტუდენტებს, ვისი ლექციებიც უფრო გვიან იწყება, უკეთესი აქვთ ძილის ხარისხი და ხანგრძლივობა [131].

ღამის ძილის არასაკმარისი ხანგრძლივობა, ისევე როგორც მისი არასაკმარისი ხარისხი, უარყოფითად მოქმედებს სტუდენტების ფიზიკურ კეთილდღეობაზე: 5 საათზე ნაკლები ძილის ხანგრძლივობით, სტუდენტების დაახლოებით 86.0% აღნიშნავს, რომ უკმაყოფილოა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობით. ამავდროულად, სომატური ჩივილების მაჩვენებლები - "ნერვული გამოფიტვა", "კუჭის ტკივილი", ინტეგრალური მაჩვენებელი "ჩივილის წნეხი" ძილის დარღვევების მქონე სტუდენტებში მნიშვნელოვნად მაღალია, ვიდრე ამ დარღვევების გარეშე სტუდენტებში [136].

ნაჩვენებია ძილის ხარისხსა და ფსიქიკურ მდგომარეობას შორის კავშირი: სტრესი, შფოთვა, გადაუჭრელი პრობლემები და კონფლიქტები ოჯახში აუარესებს ძილის ხარისხს, რაც იწვევს ძილის დარღვევის განვითარებას სტუდენტთა 47,9%-ში, რაც თავის მხრივ იწვევს ინფორმაციის აღქმისა და აზრების ფორმულირების გაძნელებას, მეხსიერების, ყურადღების დაქვეითებასა და მომატებულ დაღლილობას, რაც ვლინდება ძილის დარღვევის მქონე სტუდენტების 53.0%-ში [134].

ჩვენი კვლევის მიხედვით, ძილის პრობლემები მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა როგორც ნერვული დაავადებებისათვის - უძილობა, ისე მხედველობის დაქვეითებისათვის - ღამე მეცადინეობა და წყვეტილი ძილი, ჰიპოვიტამინოზისათვის - წყვეტილი ძილი, რაც იწვევს ციკარდული რიტმების დარღვევას და შესაბამისად - ჰორმონულ დარღვევებს და მეტაბოლიზმის პრობლემებს; უძილობასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: წონაში მკვეთრი მომატება - $r=-0.006$, 0.867 ; კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები - $r=0.081^*$; $p=0.025$; გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები - $r=0.098^{**}$, $p=0.007$; ნერვული სისტემის დარღვევები - $r=0.107^{**}$, $p=0.003$; თმის ცვენა - $r=0.092^*$, $p=0.011$. ღამით მეცადინეობა ზრდის სტუდენტობის პერიოდში მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს: $OR=10.79(95\% CI:2.54-45.77)$; ისევე

როგორც წყვეტილი ძილი - OR=5.22(95% CI:1.49-18.35): ხოლო დღისით მეცადინეობა და ძილიანობა ამცირებს ამცირებს მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს: შესაბამისად - OR=0.18(95% CI:0.05-0.73 და OR=0.07(95% CI:0.02-0.31; უძილობა ზრდის სტუდენტობის პერიოდში ნერვული დაავადებების განვითარების ფარდობით ანსს-OR=1.92(95%CI:1.23-2.99)

ლიტერატურის მიხედვით, უნივერსიტეტის სტუდენტები მისდევენ არაჯანსაღი ცხოვრების წესს და ახასიათებთ სარისკო ქცევები, რომლებმაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ მათ მომავალ ჯანმრთელობაზე. ამასთან სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები იქნა ნანახი სქესის მიხედვით როგორც ზოგადი ჯანმრთელობის, ისე კუჭ-ნაწლავის და ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების თვალსაზრისით [55]. ჩვენი მონაცემებით, ზოგადი ჯანმრთელობის აღქმის თვალსაზრისით სქესის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება არ აღინიშნება, სტუდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს კარგ და ძალიან კარგ ჯანმრთელობას.

რაც შეეხება სტუდენტობის პერიოდში გამოვლენილ ახალ დაავადებებს, ორივე ჯგუფში ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოირჩეოდა კუჭ ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები, ნერვული სისტემის დარღვევები, თუმცა გენდერული ნიშნით განსხვავება არ აღმოჩნდა სარწმუნო. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები სარწმუნოდ მეტი იყო მამაკაცებში, ქალებში აღინიშნა მხოლოდ ერთი შემთხვევა.

კვლევებმა ასევე გამოავლინა გენდერული განსხვავებები ცხოვრების წესში [55].

უნივერსიტეტის სტუდენტებში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობისთვის ხელისშემშლელი ქცევები ძალზე გავრცელებულია როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში, მამაკაცებს უფრო მეტად ახასიათებთ ჯანმრთელობის სარისკო ქცევები, ვიდრე ქალებს [61].

აზიის, აფრიკისა და ამერიკის 26 ქვეყნის 27 უნივერსიტეტის სტუდენტების გამოკვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ზოგადად, უნივერსიტეტის მამაკაცმა სტუდენტებმა აღნიშნეს ჯანმრთელობის მნიშვნელოვნად მაღალი რისკის ქცევები ქალ სტუდენტებთან შედარებით [88]. არაჯანსაღი დიეტა არის ერთ-ერთი ძირითადი მართვადი რისკის ფაქტორებიდან [120]. გარდა ამისა, არაჯანსაღი დიეტა ცნობილია როგორც ჭარბი წონისა და სიმსუქნის რისკის ფაქტორი[23]. ინდოეთში, სტუდენტებს შორის ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ჯანმრთელობისათვის რისკის შემცველ

ფაქტორებს ძირითადად შეადგენდნენ: არასწორი კვება, ჭარბი წონა, პირის ღრუს არასაკმარისი მოვლა და ძილის ცუდი ჩვევები. კვებითი ჩვევები და ფიზიკური აქტიურობა მნიშვნელოვად განსაზღვრავს აკადემიურ მოსწრებას. ლიტერატურის მიხედვით, ქალ სტუდენტებს, ჯანმრთელობისთვის უკეთესი კვებითი ჩვევები აქვთ, ვიდრე მამაკაცებს. გულისა და კორონარული დაავადებების პროფილაქტიკური ჩვევები ქალი სტუდენტებისთვის უფრო უკეთესი აღმოჩნდა, ვიდრე კაცი სტუდენტებისთვის [81].

ჩვენი მონაცემებით, დაბალანსებულ კვებას აღნიშნავს ქალ სტუდენტთა ნახევარზე მეტი, მაშინ როდესაც მამაკაცების სარწმუნოდ მეტი რაოდენობა იღებს ჭარბ ცხიმებს; სტუდენტობის პერიოდში წონის მატებას აღნიშნავენ უპირატესად კაცი სტუდენტები. დღის მანძილზე მეცადინეობს უფრო მეტი ქალი, ვიდრე მამაკაცი, შესაბამისად, ძილის დარღვევებს აღნიშნავს სარწმუნოდ მეტი კაცი.

ამრიგად, გენდერული პრედიქტორების შესწავლა ხელს შეუწყობს სტუდენტთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიების გატარებას.

ჯანსაღი ქცევის გაცნობიერება და თითოეული განზომილების (ემოციური, ინტელექტუალური, ფიტნეს, სოციალური და სულიერი) მიდგომის ხედვის შეცვლა დაკავშირებულია უამრავ შედეგებთან, რაც იწვევს ცხოვრების ხარისხის ამაღლებას [22].

ჯანმრთელობის გაუარესება უნივერსიტეტში სწავლის პროცესში შეიძლება გამოწვეული იყოს მრავალი ფაქტორით, რომლებიც იყოფა ორ ძირითად ჯგუფად. პირველი ჯგუფი – სასწავლო პროცესთან უშუალოდ დაკავშირებული ობიექტური ფაქტორები; მეორე ჯგუფი - სუბიექტური, პიროვნული ფაქტორები, როგორცაა ჭარბი წონა, ცუდი ჩვევების არსებობა ან არარსებობა, დიეტა [138].

ჩვენი მონაცემებით, ჰიპოდინამია ზრდის კუჭ-ნაწლავის დაავადებების განვითარების ფარდობით შანსს: - $OR=4.98(95\%CI:2.72-9.15)$; მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს - $OR=8.36(95\% CI:2.15-32.44)$; და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების ფარდობით შანსს: - $OR=4.58(95\%CI:1.99-10.54)$;

ალკოჰოლის და საკვების ჭარბი მიღება დაკავშირებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან, შესაბამისად $OR=4.64(95\%CI:2.23-9.68)$ და $OR=4.03(95\%CI:1.68-9.70)$;

სტუდენტების თითქმის ნახევარი აღიარებს, რომ მათ ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია არ აქვთ. სტუდენტების ნახევარზე ოდნავ ნაკლებს ურჩევნია ექიმთან ვიზიტი არა უმეტეს წელიწადში ერთხელ. რაც უმეტესწილად დაკავშირებულია ჯანმრთელობის ცნობის აღების აუცილებლობასთან და არა პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმების გავლასთან. სწავლის პერიოდში სტუდენტების ორგანიზმის მუდმივი განვითარების გამო, ის უფრო მგრძობიარეა სხვადასხვა გვერდითი ეფექტების მიმართ. ეს იწვევს ადაპტაციის პროცესის დარღვევას და რიგი დაავადებების განვითარებას, რაც ამცირებს საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნების ღონისძიებების ეფექტურობას, ზომებთან ერთად, რომლებიც არ საჭიროებს სტუდენტებისგან განსაკუთრებულ ძალისხმევას (ვიტამინების მიღება და სუფთა ჰაერზე სიარული), წამყვან პოზიციებს იკავებს სპორტი [137]. გამოვლინდა უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდის ბოლომდე სტუდენტების ჯანმრთელობის გაუარესების ტენდენცია. სტუდენტების ჯანმრთელობის ფორმირების თავისებურებები მოიცავს სტუდენტებში ქრონიკული პათოლოგიის შემთხვევების ზრდას, ორგანიზმში ფუნქციური დარღვევების სტრუქტურის ცვლილებას [139].

ნარკოტიკების ოდესმე მიღების ძლიერი დამოუკიდებელი პრედიქტორები მოიცავდა მშობლებისაგან განცალკევებით ცხოვრებას, დაბალ რელიგიურობას, ყოველდღიურ მოწევას, ხანდახან ძლიერი ალკოჰოლური სასმელების დაღევას და შესაძლო ალკოჰოლზე დამოკიდებულებას (AOR დიაპაზონი 2.38-3.69) [32]. ჩვენი კვლევის მიხედვით, ნარკოტიკების მოხმარება დაკავშირებულია ნერვული სისტემის დაავადებების განვითარების პროგნოზთან - $OR=10.22(95\%CI:2.74-38.10)$;

ლიტერატურის მიხედვით, მარიხუანას რეგულარული მოხმარება მხედველობის დაქვეითებას იწვევს ადამიანის ბადურის ნეიროტრანსმისიაზე ზემოქმედებით[94]. ჩვენი მონაცემებით, სტუდენტობის პერიოდში მარიხუანას მოხმარება ზრდის მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს: - $OR=11.62(95\% CI:2.34-57.59)$;

მხედველობის გაუარესების პრედიქტორებია ასევე მარტო ცხოვრება და მარტოხელა დედა, შესაბამისად $OR=3.49(95\% CI:1.13-10.78)$ და $OR=68.18(95\% CI:14.81-313.74)$, რაც ასევე დაკავშირებულია მავნე ჩვევებთან.

ჰიპოტამინოზის განვითარების ფარდობით შანსს ზრდის: მუშაობა ანაზღაურების გარეშე - $OR=2.88(95\% CI:1.22-6.76)$; წყვეტილი ძილი - $OR=3.24(95\% CI:1.58-6.67)$; სწრაფი კვება - $OR=2.05(95\% CI:0.99-4.21)$.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა სახელმწიფო დონეზე პროგრამების, პროექტებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების აუცილებლობა, რაც შეუწყობს ხელს მავნე ჩვევების აღმოფხვრას. სტუდენტების თვითშეფასებები შეიძლება არ იყოს მათი რეალური ჯანმრთელობის ინფორმაციის კომპეტენციების ზუსტი ასახვა.

დასკვნები:

1. ქართველ სტუდენტთა ავადობის სტრუქტურაში მაღალი სიხშირით გამოირჩევა რესპირაციული ინფექციები (17.5%), კუჭ-ნაწლავის პათოლოგიები (12.0%) და ალერგია (17.0%). ასევე მაღალია მხედველობის დარღვევები - მიოპია (11.6%) და ასტიგმატიზმი (10.6%).
2. საქართველოს სტუდენტთა პოპულაციაში სქესის მიხედვით გამოიკვეთა განსხვავება ავადობის თვალსაზრისით, რაც დაკავშირებულია ქცევით ფაქტორებთან და ადაპტაციურ თავისებურებებთან. სტუდენტთა ნაწილი აღნიშნავს წონის მკვეთრ ცვლილებას სტუდენტობის პერიოდში, ამასთან ვაჟები აღნიშნავენ წონის მატებას ხოლო ქალები - კლებას. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები სარწმუნოდ მეტი იყო მამაკაცებში, ქალებში აღინიშნა მხოლოდ ერთი შემთხვევა. რესპირაციული დაავადებები წელიწადში 4-ზე მეტი - სარწმუნოდ მეტია ქალებში.
3. გამოცდებთან დაკავშირებულ პრობლემებიდან აღსანიშნავია ზოგადი რეჟიმის დარღვევა (36%), უძილობა (29.4%), დეპრესია (20%), უმადობა (21.5%). სტრესის აღქმა გამოცდების დროს სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს თავის ტკივილთან, მადის გაძლიერებასთან და ჯანმთელობის ზოგად თვითშეფასებასთან.
4. გამოვლინდა სტუდენტობის დროს მანიფესტირებული დაავადებების კავშირი სოციალურ-ეკონომიკურ და ქცევით ფაქტორებთან, კერძოდ: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს - სოციალურად დაუცველი; მარტოხელა დედა, განქორწინებული მშობლები, უძილობა, ღამით მეცადინეობა, ცხოვრება ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად, ექიმთან მიმართვიანობაზე უარის თქმა, უპირატესად ცხიმოვანი კვება, ჭარბი საკვების მიღება. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს - სოციალურად დაუცველი ოჯახი; მარტოხელა დედა; უპირატესად ცხიმოვანი და/ან ჭარბი საკვების მიღება, მარტო ცხოვრება, უძილობა, დამატებითი ანაზღაურებადი მუშობა, წონაში მკვეთრი კლება კორელირებს სოციალურად დაუცველის სტატუსთან. ნერვული სისტემის

დარღვევებთან დადებით კორელაციაშია - დამატებითი ანაზღაურებადი მუშობა, უძილობა, ექიმთან მიმართვა - არა, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: მაღალშემოსავლიანი ოჯახი, მარტოხელა დედა, განქორწინებული მშობლები, მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, მხედველობის დაქვეითებასთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: მეცადინეობა ღამით, უპირატესად ცილოვანი კვება, სწრაფი კვება. ჰიპოვიტამინოზთან სარწმუნო დადებით კორელაციას ამჟღავნებს: - წყვეტილი ძილი, სწრაფი კვება, მუშაობა ანაზღაურების გარეშე. თმის ცვენა დაკავშირებულია უძილობასთან.

სტუდენტობის დროს გამოვლენილ დაავადებებთან სარწმუნო უარყოფით კორელაციას ავლენს - ოჯახში მშობლებთან ცხოვრება, დაბალანსებული კვება, მშობლების უმაღლესი განათლება, ექიმთან მიმართვიანობა საჭიროების შემთხვევაში.

5. აკადემიური მოსწრება დაკავშირებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან - ქართველ სტუდენტთა პოპულაციაში ცუდი აკადემიური მოსწრების ფარდობით შანსს ზრდის: ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. თამბაქოს მოხმარება, მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, დიაბეტი, ტრამვასთან დაკავშირებული ოპერაცია, მოტეხილობა სწავლის პერიოდში, სტუდენტობის დროს გამოვლენილი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიები, სტრესის აღქმა გამოცდების დროს და ამცირებს - დაბალანსებული კვება.
6. სტუდენტობის პერიოდში დაავადებების განვითარებას განსაზღვრავს მავნე ჩვევები, არასწორი ძილის, კვებისა და მეცადინეობის რეჟიმები, კერძოდ:
 - კუჭ-ნაწლავის დაავადებების განვითარების ფარდობით შანსს ზრდის ჰიპოდინამია, ნარკოტიკების მოხმარება, განქორწინებული მშობლები, ცხიმოვანი საკვები, ამცირებს - ოჯახში ცხოვრება.
 - გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ფარდობით შანსს ზრდის - ჰიპოდინამია, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, მარტო ცხოვრება, ჭარბი საკვების მიღება.
 - სტუდენტობის პერიოდში ნერვული დაავადებების ფარდობით შანსს ზრდის - ნარკოტიკების მოხმარება, ანაზღაურებით მუშაობა, ექიმთა მიმართვიანობა - არა, უძილობა და ამცირებს ოჯახში - მშობლებთან ერთად ცხოვრება.

- ჰიპოვიტამინოზის განვითარების ფარდობით შანსს ზრდის - მუშაობა ანაზღაურების გარეშე, წყვეტილი ძილი, სწრაფი კვება.
- სტუდენტობის პერიოდში მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს ზრდის როგორც სამოყვარულო სპორტი, ისე ჰიპონამია, მავნე ჩვევებიდან - მარიხუანას მოხმარება და წყვეტილი ძილი, სოციალური ფაქტორებიდან - მარტოხელა დედა და მარტო ცხოვრება. მხედველობის დაქვეითების ფარდობით შანსს ამცირებს - დღისით მეცადინეობა და ჭარბი ძილი.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. უნივერსიტეტები ჯანდაცვის პროვაიდერებთან თანამშრომლობით უნდა განსაზღვრავდნენ ავადობის რისკის ფაქტორების შესამცირებელ სტრატეგიებს და მათ მიმართ არსებული ცოდნისა და დამოკიდებულების გავრცელებას.
2. სტუდენტთა შორის ავადობის მაჩვენებლების გათვალისწინებით რეკომენდებულია:
 - სტუდენტთა შორის მიზნობრივი სადაზღვევო პაკეტის შემუშავებას
 - სტუდენტების შორის ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა
 - სტუდენტებში ავადობის რისკის შეფასება და პრევენციული ღონისძიებების გატარება.
3. სტუდენტთა ავადობის რისკის შეფასებისას გასათვალისწინებელია გენდერული თავისებურებები.

ლიტერატურა

1. აბაიშვილი ნ, მარგველაშვილი ვ, ალადაშვილი ლ, ტუფინაშვილი თ, თაბორიძე. სოციალური და ქცევითი ფაქტორების როლი პაროდონტის დაავადებების მანიფესტაციაში ქართველ სტუდენტებში. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მაცნე, ბიოლოგიის სერია. 2015. 3: 5-9
2. ვერულავა, თავართქილაძე, ი, დიდებაშვილი ლ, შალამბერიძე ა, გობეჯიშვილი, ნ, გორთამაშვილი. ჯანსაღი კვება და სტუდენტები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 2017(3):130-9.
3. ვერულავა, თენგიზ, ლაცაბიძე, ია, სხირტლაძე, სოფო, ... &ლელა. . ჯანმრთელი ქცევა სტუდენტებში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 2017, (3): 119-128.
4. ყაზახაშვილინ, მანჯავიძეთ, ფიცხელაური ნ, იმნაძე პ, ჩიხლაძე ნ. ახალგაზრდების ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტუდენტთა სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია-Health Policy Economics and Sociology*. 2017(1).
5. Agrawal A, Grant JD, Waldron M, Duncan AE, Scherrer JF, Lynskey MT, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC. Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive medicine*. 2006 Aug 1;43(2):125-8.
6. Airagnes G, Lemogne C, Meneton P, Plessz M, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, Limosin F, Zins M. Alcohol, tobacco and cannabis use are associated with job loss at follow-up: Findings from the CONSTANCES cohort. *PloS one*. 2019 Sep 9;14(9):e0222361.
7. Akbaraly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, Marmot MG, Kivimaki M, SinghManoux A. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Br J Psychiatry*. 2009 Nov;195(5):408-13.
8. Akhtar P, Ma L, Waqas A, Naveed S, Li Y, Rahman A, Wang Y. Prevalence of depression among university students in low and middle income countries (LMICs): a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Sep 1;274:911-919.
9. Al Omari O, Abu Sharour L, Heslop K, Wynaden D, Alkhalwaldeh A, Al Qadire M, Khalaf A. Knowledge, Attitudes, Prevalence and Associated Factors of Cigarette Smoking Among University Students: A Cross Sectional Study. *JCommunityHealth*. 2021 Jun;46(3):450-456.
10. Alam N., Saffoon N., Uddin R. Self-medication among medical and pharmacy students in Bangladesh. *BMC Res. Notes*. 2015;8:763.

11. Alemu E, Varnam R. Awareness of vitamin D deficiency among at-risk patients. *BMC Res Notes*. 2012;5:17.
12. Alkhatatbeh M.J., Alefan Q., Alqudah M.A.Y. High prevalence of self-medication practices among medical and pharmacy students: A study from Jordan. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 2016;**54**:390–398
13. Alzaheb RA, Al-Amer O. Prevalence and Predictors of Hypovitaminosis D Among Female University Students in Tabuk, Saudi Arabia. *Clin Med Insights Womens Health*. 2017 Apr 6;10:1179562X17702391
14. Al-Zoubi SM, Younes MA. Low academic achievement: causes and results. *Theory and Practice in Language Studies*. 2015 Nov 1;5(11):2262.
15. Angelone AM, Mattei A, Sbarbati M, Di Orio F. Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *J Prev Med Hyg*. 2011 Dec;52(4):201-8.
16. Antonopoulou M, Mantzorou M, Serdari A, Bonotis K, Vasios G, Pavlidou E, Trifonos C, Vadikolias K, Petridis D, Giaginis C. Evaluating Mediterranean diet adherence in university student populations: Does this dietary pattern affect students' academic performance and mental health? *Int J Health Plann Manage*. 2020 Jan;35(1):5-21.
17. Babicki M, Piotrowski P, Mastalerz-Migas A. Assessment of Insomnia Symptoms, Quality of Life, Daytime Sleepiness, and Psychoactive Substance Use among Polish Students: A Cross-Sectional Online Survey for Years 2016-2021 before and during COVID-19 Pandemic. *J Clin Med*. 2022 Apr 9;11(8):2106
18. Bárbara R, Ferreira-Pêgo C. Changes in Eating Habits among Displaced and Non-Displaced University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 25;17(15):5369.
19. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008 Aug;43(8):667-72.
20. Beezhold BL, Johnston CS, Daigle DR. Vegetarian diets are associated with healthy mood states: a cross-sectional study in seventh day adventist adults. *Nutr J*. 2010 Jun 1;9:26
21. Brister, H.A., , 'Increasing emotion regulation skills for the reduction of heavy drinking', Phd thesis, Depart. 2012
22. Cătănescu AC. Analyze" wellness self perception" at the level of young people for increasing the quality of life. *Bulletin of the Transilvania University of Brasov. Series IX, Sciences of Human Kinetics*. 2019;12(2):139-46.
23. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *The Lancet*. 2010 Nov 20;376(9754):1775-84.

24. Cerezo-Prieto M, Frutos-Esteban FJ. Impacto del estilo de vida de los estudiantes universitarios en la promoción de políticas públicas en salud. El caso de los nudges [Impact of university students lifestyle in the promotion of public health policies. The case of nudges.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2020 Jul 24;94:e202007072. Spanish.
25. Chan YL, Samy AL, Tong WT, Islam MA, Low WY. Eating Disorder Among Malaysian University Students and Its Associated Factors. *Asia Pac J Public Health*. 2020 Sep-Oct;32(6-7):334-339.
26. Dawson KA, Schneider MA, Fletcher PC, Bryden PJ. Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2007 Jan;127(1):38-44.
27. Dhrifi A, Alnahdi S, Jaziri R. The causal links among economic growth, education and health: evidence from developed and developing Countries. *Journal of the Knowledge Economy*. 2021 Sep;12(3):1477-93.
28. Dhrifi A, Alnahdi S, Jaziri R. The Causal Links Among Economic Growth, Education and Health: Evidence from Developed and Developing Countries. *Journal of the Knowledge Economy*. 2020 Aug 8:1-7.
29. Dolsen MR, Crosswell AD, Prather AA. Links Between Stress, Sleep, and Inflammation: Are there Sex Differences? *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Feb 7;21(2):8.
30. Edlin G, Golanty E. Health and wellness. Jones & Bartlett Publishers; 2015 Aug 4.
31. El Ansari W, Adetunji H, Oskrochi R. Food and mental health: relationship between **food** and perceived stress and depressive symptoms among university students in the United Kingdom. *Cent Eur J Public Health*. 2014 Jun;22(2):90-7.
32. El Ansari W, Salam A, Suominen S. Prevalence and Socio-Demographic, Academic, Health and Lifestyle Predictors of Illicit Drug/s Use among University Undergraduate Students in Finland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 15;17(14):5094.
33. El Ansari W, Ssewanyana D, Stock C. Behavioral health risk profiles of undergraduate university students in England, Wales, and Northern Ireland: a cluster analysis. *Frontiers in public health*. 2018 May 7;6:120.
34. El Ezz NF, Ez-Elarab HS. Knowledge, attitude and practice of medical students towards self medication at Ain Shams University, Egypt. *J Prev Med Hyg*. 2011 Dec;52(4):196-200.
35. Erhabor GE, Obaseki DO, Awopeju OF, Ijadunola KT, Adewole OO. Asthma in a university campus: a survey of students and staff of Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria. *J Asthma*. 2016;53(1):30-6
36. Fahey, T., Insel, P. & Roth, W., *Fit and Well*, 8th edn., McGrawHill, New York. 2009,

37. Gasparotto, G.S., Gasparotto, L.P., Rossi, L.M., Moreira, N.B., Bontorin, M.D.S. & De Campos, W., 'Association between moment of the undergraduate course and cardiovascular risk factors in university students', *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2013, 21(3), 687–694
 Forsyth AK, Williams PG, Deane FP. Nutrition status of primary care patients with depression and anxiety. *Aust J Prim Health*. 2012;18(2):172-6.
38. Gao L, Xie Y, Jia C, Wang W. Prevalence of depression among Chinese university students: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2020 Sep 28;10(1):15897
39. Gaultney J. F. The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*. 2010;59(2):91–97. .
40. George GE, Mugai WJ, Mugai NW, Mugai WF, Nyakwara S. Socioeconomic factors on alcohol abuse among the youth in Kikuyu district, Kenya. *Research on Humanities and Social Sciences*. 2013;3(7):96-109.
41. Getnet M, Akalu Y, Dagneb B, Gela YY, Belsti Y, Diress M, Fekadu SA, Seid MA. Visual impairment and its associated factors among medical and health sciences students at the University of Gondar, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2021 Aug 19;16(8):e0255369.
42. Ghemrawi R, Kerek R, Kayed K, Aldulaymi R, Ramadan A, Khair M. Association between visual impairment and sleep duration in college students: A study conducted in UAE and Lebanon. *J Am Coll Health*. 2021 Mar 24:1-7.
43. Gianfredi V, Nucci D, Tonzani A, Amodeo R, Benvenuti AL, Villarini M, Moretti M. Sleep disorder, Mediterranean Diet and learning performance among nursing students: inSOMNIA, a cross-sectional study. *Ann Ig*. 2018 Nov-Dec;30(6):470-481
44. Goga, S., 2010, "Rhodes students love to get drunk": race, ritual and the legitimization of the authentic Rhodes student', *South African Review of Sociology* 41(2), 41–50
45. Gogishvili G, PetriashviliSh, Nanobashvili N, Megrelishvili N, Taboridze I. Association of blood group AB0 with coronary artery disease in young adults in Georgian population. In the first international scientific–practical virtual conference science and technology in modern society: problems, prognoses and solutions (p. 8).
46. Greene GW, Schembre SM, White AA, Hoerr SL, Lohse B, Shoff S, Horacek T, Riebe D, Patterson J, Phillips BW, Kattelman KK, Blissmer B. Identifying clusters of college students at elevated health risk based on eating and exercise behaviors and psychosocial determinants of body weight. *J Am Diet Assoc*. 2011 Mar;111(3):394-400
47. Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE. Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychology of addictive behaviors*. 2012 Sep;26(3):496.

48. Habib SS, Alhalabi HB, Alharbi KS, Alghamdi OS, Alghamdi AI, Ajarem MA, Alqarni MA. Knowledge attitude and practices of university students to Vitamin D and Vitamin D supplements during times of low sun exposure and post lockdown. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021 Dec;25(23):7297-7305.
49. Haile YG, Alemu SM, Habtewold TD. Insomnia and Its Temporal Association with Academic Performance among University Students: A Cross-Sectional Study. *Biomed Res Int.* 2017;2017:2542367.
50. Helal RM, Abou-ElWafa HS. Self-Medication in University Students from the City of Mansoura, Egypt. *J Environ Public Health.* 2017;2017:9145193.
51. Hoeger WW, Hoeger SA. Principles and labs for physical fitness. CengageLearning; 2013.
52. Huang L, Kawasaki H, Liu Y, Wang Z. The prevalence of myopia and the factors associated with it among university students in Nanjing: A cross-sectional study. *Medicine.* 2019 Mar;98(10).
53. Islam MA, Low WY, Tong WT, Yuen CW, Abdullah A. Factors associated with depression among University Students in Malaysia: A cross-sectional study. *KnE Life Sciences.* 2018 May 17:415-27.
54. Ivanitskaya L, Boyle IO, Casey AM. Health information literacy and competencies of information age students: results from the interactive online Research Readiness Self-Assessment (RRSA). *Journal of medical Internet research.* 2006 Apr 21;8(2):e504. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res.* 2013 Mar;47(3):391-400.
55. Janse van Rensburg C, Surujlal J. Gender differences related to the health and lifestyle patterns of university students. *Health SA Gesondheid.* 2013 Jan 1;18(1):1-8.
56. Jin Y, Ding Z, Fei Y, Jin W, Liu H, Chen Z, Zheng S, Wang L, Wang Z, Zhang S, Yu Y. Social relationships play a role in sleep status in Chinese undergraduate students. *Psychiatry Res.* 2014 Dec 15;220(1-2):631-8.
57. Kalimbira AA. Weight gain, physical activity and dietary changes during the seven months of first-year university life in Malawi. *South African Journal of Clinical Nutrition.* 2012 Jan 1;25(3):132-9.
58. Keller, S., Maddock, J.E., Hannover, W., Thyrian, J.R. & Basler, H., 2008, 'Multiple health risk behaviors in German first year university students', *Preventative Medicine* 46(3), 189–195.
59. Khan MN, Akhtar P, Ijaz S, Waqas A. Prevalence of Depressive Symptoms Among University Students in Pakistan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health.* 2021 Jan 8;8:603357.

60. Konttinen H. Emotional eating and obesity in adults: The role of depression, sleep and genes. *Proc. Nutr. Soc.* 2020;79:283–289.
61. Kritsotakis G, Psarrou M, Vassilaki M, Androulaki Z, Philalithis AE. Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. *J AdvNurs.* 2016 Sep;72(9):2098-113..
62. Laska, M.N., Pasch, K.E., Lust, K., Story, M. & Ehlinger, E., 2009, 'Latent class analysis of lifestyle characteristics and health risk behaviors among college youth', *Prevention Science* 10(4), 376–386
63. Lacabidze I, Skhirtladze S, Farjiani L, Verulava T. Healthy Behavior in Students. *Scientific Reviewed Journal "Health Policy. Economics and Sociology.* 2017;3:119-29.
64. Lazarevich I., Irigoyen Camacho M.E., Velázquez-Alva M.D.C., Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite.* 2016;107:639–644.
65. Lemma S., Gelaye B., Berhane Y., Worku A., Williams M.A. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2012;12:237. doi: 10.1186/1471-244X-12-237.
66. Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2017 Mar 1;56(3):214-25.
67. Li J, Zhou K, Li X, Liu M, Dang S, Wang D, Xin X. Mediator Effect of Sleep Hygiene Practices on Relationships Between Sleep Quality and Other Sleep-Related Factors in Chinese Mainland University Students. *Behav Sleep Med.* 2016;14(1):85-99.
68. Lissak G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environ Res.* 2018 Jul;164:149-157
69. Litwin R., Goldbacher E.M., Cardaciotto L., Gambrel L.E. Negative emotions and emotional eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eat. Weight Disord.* 2017;22:97–104.
70. López-Moreno M, Garcés-Rimón M, Miguel M, Iglesias-López MT. Influence of eating habits and alcohol consumption on the academic performance among a university population in the community of Madrid: A pilot study. *Heliyon.* 2021 Jun 1;7(6):e07186
71. Loprinzi PD, Herod SM, Cardinal BJ, Noakes TD. Physical activity and the brain: a review of this dynamic, bi-directional relationship. *Brain Res.* 2013;1539:95–104
72. Lucas A, Thirion A, Schwan R, Krieg J, Angioi-Duprez K, Laprevote V, Schwitzer T. Association between increased retinal background noise and co-occurrent regular cannabis and alcohol use. *ProgNeuropsychopharmacolBiol Psychiatry.* 2019 Mar 8;89:335-340.

73. Lukovic J.A., Miletic V., Pekmezovic T., Trajkovic G., Ratkovic N., Aleksic D., Grgurevic A. Self-medication practices and risk factors for self-medication among medical students in Belgrade, Serbia. *PLoS ONE*. 2014;9:e114644
74. Lyu F. [Educational Environment: The Most Powerful Factor for the Onset and Development of Myopia among Students]. *Sichuan Da XueXueBao Yi Xue Ban*. 2021 Nov;52(6):895-900. Chinese
75. Mahalat S, Bansal S. Academic Stress in Relation to Mental Health and Socio-Economic Status. *Stress*. 2019;200:0-56.
76. Mayosi, B.M., Flisher, A.J., Lalloo, U.G. Sitas, F., Tollman, S.M. & Bradshaw, D., 2009, 'The burden of noncommunicable diseases in South Africa', *Lancet* 374(9693), 934–947.
77. Meyer BJ, Kolanu N, Griffiths DA, Grounds B, Howe PR, Kreis IA. Food groups and fatty acids associated with self-reported depression: an analysis from the Australian National Nutrition and Health Surveys. *Nutrition*. 2013 Jul-Aug;29(7-8):1042-7
78. Mikolajczyk RT, ElAnsari W, MaxwellAE. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutr J*. 2009 Jul 15;8:31.
79. Mirza AA, Baarimah H, Baig M, Mirza AA, Halawani MA, Beyari GM, AlRaddadi KS, Alreefi M. Academic and non-academic life stressors and their impact on psychological wellbeing of medical students. *AIMS Public Health*. 2021;8(4):563-80.
80. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)*. 2011 Oct;61(7):490-7.
81. Nanakorn S, Osaka R, Chusilp K, Tsuda A, Maskasame S, Ratanasiri A. Gender differences in health-related practices among university students in northeast Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 1999 Jan;11(1):10-5.
82. Ogbolu R. E., Aina O. F., Famuyiwa O. O., Erinfolami A. R. A study of insomnia among psychiatric out-patients in Lagos Nigeria. *JournalofSleepDisorders&Therapy*. 2012
83. Oluwole O. Sleep habits in Nigerian undergraduates. *ActaNeurologicaScandinavica*. 2010;121(1):1–6.
84. Ong SR, Crowston JG, Loprinzi PD, Ramulu PY. Physical activity, visual impairment, and eye disease. *Eye (Lond)*. 2018 Aug;32(8):1296-1303.
85. Ortiz-Peregrina S, Ortiz C, Casares-López M, Jiménez JR, Anera RG. Effects of cannabis on visual function and self-perceived visual quality. *Sci Rep*. 2021 Jan 18;11(1):1655
86. Ortiz-Peregrina S, Ortiz C, Martino F, Castro-Torres JJ, Anera RG. Dynamics of the accommodative response after smoking cannabis. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2021 Sep;41(5):1097-1109.

87. Pascoe MC, Hetrick SE, Parker AG. The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020 Dec 31;25(1):104-12.
88. Pengpida S, Peltzera K. Gender differences in health risk behaviour among university students: an international study. *Gender and Behaviour*. 2015 Jan 1;13(1):6576-83.
89. Pettay, R.F., 2008, 'Health behaviors and life satisfaction in college student', PhD thesis, Department of Counseling and Educational Psychology, Kansas State University
90. Popa TA, Ladea M. Nutrition and depression at the forefront of progress. *J Med Life*. 2012 Dec 15;5(4):414-9.
91. Ramón-Arbués E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I. The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 24;17(19):7001
92. Ramón-Arbués E, MartínezAbadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, PellicerGarcía B, Juárez Vela R, Guerrero Portillo S, SaézGuinoa M. Conductaalimentaria y surelación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnioenestudiantesuniversitarios [Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students.]. *Nutr Hosp*. 2019 Dec 26;36(6):1339-1345.
93. Reis M, Ramiro L, Paiva T, Gaspar-de-Matos M. National Survey on the importance of sleep in the quality of academic life and mental health of college students in Portugal. *Sleep Sci*. 2021 Apr-Jun;14(Spec 2):125-132.
94. Remy I, Schwitzer T, Albuissón É, Schwan R, Krieg J, Bernardin F, Ligier F, Lalanne L, Maillard L, Laprevote V. Impaired P100 among regular cannabis users in response to magnocellular biased visual stimuli. *ProgNeuropsychopharmacolBiol Psychiatry*. 2022 Mar 8;113:110437
95. Reshetnikov AV, Prisyajnyaya NV, Reshetnikov VA, Efimov IA. [The Features of Healthy Life-Style Perception by Students of Medical Universities]. *ProblSotsialnoi Gig ZdravookhranenniiIstor Med*. 2018 Jul;26(4):201-206.
96. Romantowski J, Gawinowska M, Cyrny P, Jassem E, Chełmińska M, Niedożytko M. Asthma prevalence and risk factors analysis in Tricity university students' group. *PneumonolAlergol Pol*. 2015;83(5):359-64.
97. Ruiz M.E. Risks of self-medication practices. *Curr. Drug Saf*. 2010;5:315–323.
98. Ruthig JC, Marrone S, Hladkyj S, Robinson-Epp N. Changes in college student health: Implications for academic performance. *Journal of College Student Development*. 2011;52(3):307-20.

99. Sagar KA, Gruber SA. Interactions between recreational cannabis use and cognitive function: lessons from functional magnetic resonance imaging. *Ann N Y Acad Sci.* 2019 Sep;1451(1):42-70.
100. Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. *Res Social Adm Pharm.* 2008 Jun;4(2):164-72
101. Schaefer JD, Hamdi NR, Malone SM, Vrieze S, Wilson S, McGue M, Iacono WG. Associations between adolescent cannabis use and young-adult functioning in three longitudinal twin studies. *Proc Natl AcadSci U S A.* 2021 Apr 6;118(14):e2013180118
102. Scuri S., Petrelli F., Tanzi E., Nguyễn T.T.C., Grappasonni I. European university students of pharmacy: Survey on the use of pharmaceutical drugs. *Acta Biomed.* 2019;**90**:83–91.
103. Seun-Fadipe CT, Mosaku KS. Sleep quality and psychological distress among undergraduate students of a Nigerian university. *Sleep Health.* 2017 Jun;3(3):190-194.
104. Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, Spry E, Toumbourou JW, Degenhardt L, Swift W, Coffey C. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2014 Sep 1;1(4):286-93.
105. Singleton, R.A.; Wolfson, A.R. Alcohol consumption, sleep, and academic performance among college students. *J. Stud. AlcoholDrugs* **2009**, *70*, 355–363.
106. Sivertsen B., Vedaa Ø., Harvey A.G., Glozier N., Pallesen S., Aarø L.E., Lønning K.J., Hysing M. Sleep patterns and insomnia in young adults: A national survey of Norwegian university students. *J. Sleep Res.* 2019;28:e12790. doi: 10.1111/jsr.12790.
107. Spindle TR, Cone EJ, Schlienz NJ, Mitchell JM, Bigelow GE, Flegel R, Hayes E, Vandrey R. Acute Effects of Smoked and Vaporized Cannabis in Healthy Adults Who Infrequently Use Cannabis: A Crossover Trial. *JAMA Netw Open.* 2018 Nov 2;1(7):e184841
108. Surujlal, J., Nolan, V.T. & Ubane, T., 2012, 'Drinking patterns and related consequences among university studentathletes', *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance* 18(2), 281–292
109. Sweileh W. M., Ali I. A., Sawalha A. F., Abu-Taha A. S., Zyoud S. H., Al-Jabi S. W. Sleep habits and sleep problems among Palestinian students. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2011;5, article 25
110. Taher Y. A., Samud A. M., Ratimy A. H., Seabe A. M. Sleep complaints and daytime sleepiness among pharmaceutical students in Tripoli. *Libyan Journal of Medicine.* 2012;7(1)
111. Tervo-Clemmens B, Simmonds D, Calabro FJ, Montez DF, Lekht JA, Day NL, Richardson GA, Luna B. Early Cannabis Use and Neurocognitive Risk: A Prospective Functional Neuroimaging Study. *Biol Psychiatry CognNeurosci Neuroimaging.* 2018 Aug;3(8):713-725.

112. Tomas Petrović A, Pavlović N, Stilinović N, Lalović N, PautKusturica M, Dugandžija T, Zaklan D, Horvat O. Self-Medication Perceptions and Practice of Medical and Pharmacy Students in Serbia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 21;19(3):1193.
113. Tsartsidis EA. [The general and ENT morbidity of students of Medical University]. *ProblSotsialnoi Gig ZdravookhranenniiIstor Med*. 2021 Jan;29(1):103-106
114. Unwin BK, Goodie J, Reamy BV, Quinlan JD. Care of the College Student. *Am Fam Physician*. 2021 Aug 1;104(2):141-151.
115. Urrutia-Pereira M, Mocellin LP, de Oliveira RB, Simon L, Lessa L, Solé D. Knowledge on asthma, food allergies, and anaphylaxis: Assessment of elementary school teachers, parents/caregivers of asthmatic children, and university students in Uruguaiiana, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *AllergolImmunopathol (Madr)*. 2018 Sep-Oct;46(5):421-430
116. Uthaisangsook S. Risk factors for development of asthma in Thai adults in Phitsanulok: a university-based study. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2010 Mar;28(1):23-8
117. Valladares, M., Durán, E., Matheus, A., Durán-Agüero, S., Obregón, A. M., &Ramírez-Tagle, R. (). Association between eating behavior and academic performance in university students. *Journal of the American College of Nutrition*, 2016, 35(8), 699-703.
118. Vichyanond P, Sunthornchart S, Singhirannusorn V, Ruangrat S, Kaewsomboon S, Visitsunthorn N. Prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema among university students in Bangkok. *Respir Med*. 2002 Jan;96(1):34-8.
119. Weaver RR, Vaughn NA, Hendricks SP, McPherson-Myers PE, Jia Q, Willis SL, Rescigno KP. University student food insecurity and academic performance. *J Am Coll Health*. 2020 Oct;68(7):727-733.
120. WHO, “2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: the six objectives of the 2008–2013 action plan are,” *Blood*, no. 1, p. 48, 2008.
121. World Health Organization [WHO], 2013a, ‘Global Health Observatory: NCD mortality and morbidity’, viewed 06 September 2013, from http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/index.html
122. Yahia N, Wang D, Rapley M, Dey R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspect Public Health*. 2016 Jul;136(4):231-44.
123. Yusoff MS, Yee LY, Wei LH, Siong TC, Meng LH, Bin LX, Rahim AF. A study on stress, stressors and coping strategies among Malaysian medical students. *International Journal of Students' Research*. 2011 Jun 1;1(2).

124. Zehra A, Burns J, Liu CK, Manza P, Wiers CE, Volkow ND, Wang GJ. Cannabis addiction and the brain: a review. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*. 2018 Dec;13(4):438-52.
125. Zhai H, Chen L, Yang Y, Sun H, Pan H, He J, Zhu X, Sui H, Wang W, Qiu X, Qiao Z. Family and college environmental exposures mediate the relationship between parental education and depression among college students. *PloSone*. 2016 Mar 18;11(3):e0151759.
126. Zhai K, Gao X, Wang G. The Role of Sleep Quality in the Psychological Well-Being of Final Year Undergraduate Students in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 15;15(12):2881.
127. Алексеенко СН, Дробот ЕВ. Категории жизнестойкости и качества жизни у студентов медицинского ВУЗа в сопряженности с самооценкой здоровья. *Земскийврач*. 2014(2 (23)):41-4.
128. Алимбекова ПР, Павленко ОА. Заболеваемость эндокринной патологией среди студенческой молодежи Томска по данным обращаемости. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины*. 2011;26(4-2):196-201.
129. Артеменков АА. Динамика заболеваемости студентов в процессе обучения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2012(1):47-9.
130. Бекоева МИ. Безопасная образовательная среда как фактор успешной познавательной деятельности студентов. *Балтийский гуманитарный журнал*. 2017;6(4 (21)):259-61.
131. Газенкамф КА, Шнайдер НА, Дмитренко ДВ, Кантимирова ЕА, Медведева НН. Влияние нарушений продолжительности и качества сна на состояние психофизиологического здоровья и успеваемости студентов. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015(12-2):257-60.
132. Газенкамф К.А, Шнайдер НА, Дмитренко ДВ, Медведева НН., Николаев ВГ., Романенко АА., Соломатова ЕС, Яковлева КД., Магомедова ЭМ. Состояние самооценочной, учебной и межличностной тревожности как маркёров нейропсихофизиологического здоровья у студентов первых курсов медицинского университета *Современные проблемы науки и образования*. 2015; 4: 297
133. Голенков А.В., Иванова И.Л., Куклина К.В., Петунова Е.А. эпидемиология расстройств сна у студентов-медиков. *Вестник Чувашского университета*. 2010; 3: 98–100
134. Губин ГД, Ковалева НА. взаимосвязь между характеристиками сна и хронотипом у студентов I курса. *Успехи современного естествознания*. 2007. (9):40-44.

135. Давиденко Д.Н. Здоровье и образ жизни студентов Д.Н. Давиденко, Ю.Н. Щедрин, В.А. Щеголев. Под. общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко. Учебное пособие. ГУИТМО, 2005; 124 с. 5.
136. Дунай В.И., Аринчина Н.Г., Сидоренко В.Н. особенности нарушения сна у студентов. Медицинский журнал. 2013; 3 (45): 139–143.
137. Кантимирова Е.А., Маховская Т.С., Галась А.Ю., Петрова М.М., Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Газенкамф К.А., Грушкина О.С., Романова И.В., Медведева Н.Н. Эффективность сна как маркер здоровья студентов младших и старших курсов медицинского университета. Современные проблемы науки и образования. 2015; 4: 436
138. Кожевникова НГ. Роль факторов риска образа жизни в формировании заболеваемости студентов. Земскийврач. 2011(6):13-7.
139. Коломиец ОИ, Петрушкина НП, Макунина ОА. Заболеваемость и вегетативный статус студентов-первокурсников как показатели стратегии адаптации к обучению в высших учебных заведениях. Ученыезапискиуниверситетаим. ПФ Лесгафта. 2015(1 (119)):97-104.
140. Лысцова НЛ. Оценка здоровья студенческой молодежи. Фундаментальные исследования. 2015;8(2).
141. Мелихова ЕП, Либина ИИ, Губина ОИ, Натарова АА. Особенности оценки здоровья студентов при обучении в медицинском вузе. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2010;9(4):809-12.
142. Наследскова МА, Кашапова НИ, Толмачев ДА. Оценка здоровья студентов медицинского вуза. Синергия наук. 2018(21):273-6.
143. Падиарова Анна Борисовна. "Социальное неравенство как фактор здоровья нового поколения россиян" Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки, по. 1, 2009, pp. 2-12
144. Самарин АВ, Мехришвили ЛЛ. Здоровье в системе жизненных ценностей студенческой молодежи: по результатам социологического исследования. Международный научно-исследовательский журнал. 2017(1-3 (55)).
145. Сероштан ВМ, Карпов СМ, Лаптинова ТВ, Коротун ВА, Овчаренко ВИ, Ляпин ВП. Методология формирования здорового образа жизни студента-медика. Здоровье и образование: проблемы и перспективы: Сборник научно. 2016 Nov23;142:205.
146. Тимошенко С.О., Назаров С.Б. комплексная характеристика ночного сна старшеклассников и студентов медицинского ВУЗа. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2007.9(3): 285

147. Толстой В.А., Масюк Д.М., Савилина Е.О. Влияние депривации сна на некоторые функциональные показатели организма человека. Естественные и математические науки в современном мире. 2014; 22: 38–43
148. Ушакова ЯВ. Здоровье студентов и факторы его формирования. Вестник нижегородского университета им. НИ Лобачевского. 2007(4):197-202.
149. Фадеева ТВ. Здоровье в системе факторов адаптационного поведения студенческой молодежи в социальном пространстве вуза. 2014.
150. Фещенко, А. В. Острые респираторные заболевания как проявление гиповитаминоза у студентов [Электронный ресурс] / А. В. Фещенко // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. XII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 8 окт. 2020; 8: 61-62
151. Шелякина ПА, Маргарян АР, Сергеева ВС, Трифанова АА, Фомина НИ, Леднев СА, Панина ОА. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов. Молодежный инновационный вестник. 2018;7(S1):101-2.
152. Яцун СМ, Князева НА, Соколова ИА, Лунева НВ. Анализ динамики заболеваемости и состояния здоровья студентов Курского государственного университета. Научные результаты биомедицинских исследований. 2017;3(3):57-64.