

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ანა მაკალათია

**„პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის შეფასება
საქართველოს მოსახლეობაში“**

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

თბილისი 2021

ნაშრომი შესრულებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტის, ეკონომიკისა და პოლიტიკის და ოდონტოლოგიის დეპარტამენტებში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

ეკა მირველაშვილი - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტის, ეკონომიკისა და პოლიტიკის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი.

ნინო ჭიპაშვილი - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ოდონტოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი.

ექსპერტები:

ასოცირებული პროფესორი **მარინა გიორგობიანი** (თსსუ-ის ჰიგიენისა და სამედიცინო ეკოლოგიის დეპარტამენტი);

ასოცირებული პროფესორი **ნანა მებონია** (თსსუ-ის ეპიდემიოლოგიისა და ბიოსტატისტიკის დეპარტამენტი);

ასოცირებული პროფესორი **ნინო კორსანტია** (თსსუ-ის ოდონტოლოგიის დეპარტამენტი).

დისერტაციის წინასწარი განხილვა შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტის, ეკონომიკისა და პოლიტიკის და ოდონტოლოგიის დეპარტამენტების გაერთიანებულ და სტომატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის სხდომაზე 27 იანვარს (ოქმი #5).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში

დისერტაციის დაცვა შედგა 20____ წლის _____ სთ-ზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ადმინისტრაციულ კორპუსში, 1-ლი სართულის სააქტო დარბაზში (თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ.33).

სარჩევი

სარჩევი	3
შესავალი.....	5
კვლევის მიზანი:.....	6
სადოქტორო კვლევის აქტუალობა:.....	6
კვლევის სამეცნიერო სიახლე და სანდოობა	9
პუბლიკაციები	11
მოხსენებები	12
თავი 1. სამეცნიერო ლიტერატურის მიმოხილვა:.....	12
1.1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოსა და მსოფლიოში	12
1.2. მოსახლეობის ინფორმირებულობის მნიშვნელობის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე	16
1.3. ქცევის ცვლილებების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.....	27
თავი 2. კვლევის მასალა და მეთოდები	37
2.1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის კვლევა (პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ კრიტერიუმების შემუშავება და ცოდნის დონის შეფასების კრიტერიუმები).....	37
2.2. ქცევის ცვლილებების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე	47
2.3. ექიმ-სტომატოლოგთა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის ინფორმირების მნიშვნელობის თაობაზე.....	51
თავი 3. კვლევის შედეგები და მათი განსჯა:.....	55
3.1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის კვლევა (პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ კრიტერიუმების შემუშავება და ცოდნის დონის შეფასების კრიტერიუმები).....	55
3.2. ქცევის ცვლილებების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.....	96
3.3. ექიმ-სტომატოლოგთა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის ინფორმირების მნიშვნელობაზე.....	105
4. დასკვნები და პრაქტიკული რეკომენდაციები.....	112
5. ინგლისურენოვანი რეზიუმე.....	115

6. გამოყენებული ლიტერატურა:	118
7. დანართები, პუბლიკაციები:.....	126
დანართი 7.1. კითხვარები.....	126
დანართი 7.2. ისტორიები.....	137
დანართი 7.3. დიაგრამები.....	144
დანართი 7.4. გამოქვეყნებული სამეცნიერო სტატიები	161

შესავალი

პირის ღრუს დაავადებები დღემდე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი აქტუალურ პრობლემად რჩება, რომლის გავლენა, როგორც ცალკეული პიროვნების, ისე, მთლიანად, საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსზე, მნიშვნელოვანია. გარდა ამისა, პირის ღრუს დაავადებების ტრადიციული მკურნალობა საკმაოდ ძვირადღირებულია - განვითარებულ ქვეყნებში, ძვირადღირებული დაავადებების მკურნალობაში, მას რიგით მეოთხე ადგილი უჭირავს. ბავშვებში პირის ღრუს ისეთ დაავადებაზე დანახარჯი, როგორც გახლავთ კარიესი, არაერთი დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყანაში, უსწრებს, მთლიანად, ბავშვების ჯანმრთელობაზე გაწეულ დანახარჯებს. პირის ღრუს დაავადებები წარმოადგენს ოთხი ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული ქრონიკული დაავადების: - გულ-სისხლძარღვთა, დიაბეტის, სიმსივნის და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების - ცხოვრების წესთან დაკავშირებულ რისკ-ფაქტორს. მაგალითად, კვებასთან დაკავშირებული ქცევები გავლენას ახდენს ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებისა და კარიესის განვითარებაზე. თამბაქოს გამოყენება, შეთხვევათა 90%-ის გათვალისწინებით, იწვევს პირის ღრუს სიმსივნისა და სხვადასხვა ანთებითი პროცესის განვითარებას, ასოცირდება ორალური ჰიგიენის დაბალ სტანდარტთან და, თავისთავად, კბილების დაკარგვასაც იწვევს (Canadian Oral Health Strateg. 2018).

კვლევის მიზანი:

კვლევის მიზანია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს მოსახლეობის ცოდნის დონის შესწავლა და შეფასება;

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე დავისახეთ შემდეგი ამოცანების გადაჭრა;

1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცოდნის დონის და დამოკიდებულების შესწავლა;
2. ქვევითი ცვლილებების მნიშვნელობისა და გავლენის შესწავლა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე;
3. პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებისადმი სტომატოლოგიური სერვისების მიმწოდებელი პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა;
4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა მოსაზრებებისა და დამოკიდებულების შესწავლა ქვეყნის მოსახლეობაში პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის გავრცელების საჭიროებაზე.

სადოქტორო კვლევის აქტუალობა:

- პირის ღრუს ჯანმრთელობა აუცილებელია ზოგადი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის.
- პირის ღრუს დაავადების შედეგად, შესაძლოა, განვითარდეს ტკივილი და ინფექციები, რამაც, თავის მხრივ, შეიძლება გამოიწვიოს კვების, მეტყველებისა და სწავლის პროცესთან დაკავშირებული პრობლემები. მას, ასევე, შეუძლია გავლენა მოახდინოს პიროვნების სოციალურ ურთიერთობებსა და შრომის პოტენციალზე .
- პირის ღრუს სამი მდგომარეობა, რაც ყველაზე დიდ გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხზე: კარიესი, ღრძილების მძიმე დაავადება და კბილების დაკარგვა.

- 8 წლის ასაკისთვის, ბავშვების ნახევარზე მეტს (52%), აღენიშნებოდა პირველადი (სარძევე) კბილების კარიესი.
- მაღალი შემოსავლის მქონე ოჯახების ბავშვებთან შედარებით, დაბალშემოსავლიანი ოჯახების ბავშვებში, ორჯერ მეტია კარიესული ღრუების განვითარება.
- დღესდღეობით, სტატისტიკის მიხედვით, 4 მოზრდილიდან (20-დან 64 წლამდე ასაკი) ერთს კარიესი აქვს.
- ფტორიანი წყლის მიღება და ბავშვობის ასაკში დენტალური სილანტების გამოყენება ახდენს კარიესის პრევენციას და, შესაბამისად, ძვირადღირებული სტომატოლოგიური მომსახურების თავიდან აცილებით გზით, თანხის დაზოგვას.
- თამბაქოს მოხმარება და დიაბეტი წარმოადგენს ღრძილების დაავადების რისკ-ფაქტორებს.
- აშშ-ში ყოველწლიურად, შრომის ნაყოფიერება მნიშვნელოვნად იკლებს, ასევე, საშუალოდ, 34 მილიონი სასკოლო საათი და 45 მილიონ დოლარზე მეტი იკარგება არანამკურნალები სტომატოლოგიური დაავადებების გამო.
- სამედიცინო-სტომატოლოგიური ინტეგრაცია პირის ღრუს ჯანმრთელობისა და ქრონიკული დაავადებების პრევენციის პროგრამებს შორის სარგებელს მოუტანს პაციენტს და დაზოგავს თანხებს.
- კბილების დაკარგვა - დარჩენილი კბილების რაოდენობა ≤ 8 - გავლენას ახდენს კვების ხარისხზე, კერძოდ, სხვადასხვა პროდუქტის: ხორცის, ხილის, ბოსტნეულის მიღების უნარზე და კიდევ ერთი გამოწვევაა ჯანსაღი დიეტის დაცვის თვალსაზრისით.
- ზრდასრული მოსახლეობის (ასაკი - ≥ 65 წელი) ერთ მეოთხედს (26%) აქვს 8 ან ნაკლები კბილი.
- 6-დან 1 ადამიანს (17%) დაკარგული აქვს ყველა კბილი (ასაკი - ≥ 65 წ.)
- კბილების მთლიანი დაკარგვის მაჩვენებელი 65 წლის ან 65 წელს გადაცილებულ პაციენტებს შორის შემცირდა 27%-დან 30%-მდე 1999–2004 წლებში და 17%-მდე - 2011–2016 წლებში.

- უფროსი ასაკის მოზარდებს შორის, რომლებიც ცხოვრობენ სიღარიბეში, აქვთ არასრული საშუალო განათლება, ან არიან თამბაქოს მომხმარებლები, 3-ჯერ მეტია კბილების სრულად დაკარგვის შემთხვევები სხვა ჯგუფებთან შედარებით.

საქართველოში, სტომატოლოგიური პროფილის კლინიკებში, 18 წლის ასაკის ზემოთ პირების ვიზიტის სიხშირე, მსოფლიო სტატისტიკის მიხედვით, არის 62%;

კარიესის ან კბილის რბილი ქსოვილების დაავადებათა გამო, 6 ან მეტი კბილი აქვს დაკარგული 65 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობის 38%-ს, ხოლო 18%-ს შეადგენს მოსახლეობის რაოდენობა, რომელმაც ამავე მიზეზით დაკარგა ყველა კბილი. მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, სერვისების წვდომის და სარგებლობის თვალსაზრისით, ფინანსური ბარიერები ძირითადი შემაფერხებელი ფაქტორია. ამ ნიშნით არც ჩვენი ქვეყანაა გამონაკლისი.

მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნაც, რომ, სერვისების გარდა, ფინანსური ბარიერის გამო, მოსახლეობისათვის, რომელიც ეკონომიკური პრობლემების წინაშე დგას, შეზღუდილია ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებზე წვდომა.

უნდა აღინიშნოს იმის შესახებაც, რომ მსოფლიოს მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილიანობის ძირითადი ტვირთი არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის. ტრავმული და არასასიკვდილო გამოსავლის მქონე დაავადებები მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს. ავადობის გლობალური ტვირთის ძირითად მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, მსოფლიოში შეზღუდული შესაძლებლობით გატარებული წლების (YLD) 25 ძირითად მიზეზს შორის სახელდება პირის ღრუს დაავადებები. გარდა ამისა, სტატისტიკის მიხედვით (2016 წლის ცნობარი), საქართველოში უნარშეზღუდულობის 10 წამყვან მიზეზს შორის პირის ღრუს დაავადებები სახელდება:

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია განსაკუთრებული აქცენტები გავაკეთოთ:

1. პირის ღრუს დაავადებები თავისი გავრცელებითა და სიხშირით მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურაში;

2. მაღალია პირის ღრუს დაავადებებთან დაკავშირებული ხარჯები, რაც, ხშირად, სერვისებზე ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, არსებით პრობლემას წარმოადგენს, რაც, არცთუ იშვიათად, ასოცირდება ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასა და უნარშეზღუდულობასთანაც კი.

ყოველივე ზემოაღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ აუცილებელია:

1. მოსახლეობის ინფორმირება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ;
2. დაავადებებთან ბრძოლაში მნიშვნელოვანია, სარისკო ქცევების იდენტიფიცირება და, შემდგომ უკვე, მოსახლეობის ცოდნის დონის გაზრდა პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ.

კვლევის სამეცნიერო სიახლე და სანდოობა

ჩვენ მიერ ჩატარებულმა, დასაბუთებულმა, კვლევამ არგუმენტირებული შედეგები მოგვცა:

» დაგვანახა რეალური სურათი, ქვეყანაში არსებული რეალური მდგომარეობა, პირის ღრუს ჯანმრთელობის თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის შესახებ.

» გამოკვეთა, ასევე, არგუმენტირებულად, სტატისტიკური სანდოობის მოხმობით, პირის ღრუს ჯანმრთელობასა და ინფორმირების დონეს შორის მყარი კავშირი;

» საფუძველი მოგვცა შემდგომი წარმატებული ინტერვენციების განხორციელებისთვის პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრომოციის და დაავადებათა პრევენციის სათემო პროგრამების შემუშავების სტიმულირების საქმეში;

» ქვეყნის მასშტაბით პირველად, გვაჩვენა ქვევითი ნიმუშის მნიშვნელობა პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენაჩუნებასა და გაუმჯობესებაში;

» საქართველოში პირველად, ხარისხობრივ ჭრილში, მოგვაწოდა ექსპერტული შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირების აუცილებლობის თაობაზე;

» საფუძვლიანი და უაპელაციო არგუმენტები დადო პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მხრიდან

ადვოკატირების და, მეორე მხრივ, მისი პრაქტიკაში ინტეგრაციის აუცილებლობის შესახებ.

მასალა დამუშავებულია რაოდენობრივი და ხარისხობრივი კვლევებისთვის საჭირო და აუცილებელი მეთოდოლოგიით.

ნაშრომის რაოდენობრივი ნაწილი დამუშავდა:

აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდით გამოვითვალეთ საშუალო სიდიდე და სტანდარტული გადახრა (Mean±SD);

საკვლევი ჯგუფის ზომა შეირჩა სპეციალური საკვლევი ჯგუფის ზომის ფორმულის მიხედვით:

$$n = \left[t^2 \times \frac{p \times q}{d^2} \right] \times DEFF$$

ჯგუფებს შორის შედარება განხორციელდა r კორელაციის კოეფიციენტითა და χ^2 ტესტით;

კოეფიციენტების გამოთვლის შემდეგ დაფიქსირდა p-ს მნიშვნელობა;

გარდა ამისა, KAP კვლევის შედეგების ანალიზისთვის გამოვიყენეთ რისკების შეფასება (ფარდობითი რისკი (RelativeRisk - RR)).

საერთო ჯამში, კვლევის რაოდენობრივი ფრაგმენტის მონაცემთა დასამუშავებლად შეიქმნა მონაცემთა ბაზა microsoft Excel-ის პროგრამაში და მასალის დამუშავება მოხდა შემდგომ მონაცემთა ბაზის გადატანითა და შედეგების დამუშავებით SPSS 21.0 ვერსიაში. ხარისხობრივი კვლევის ფრაგმენტში ჩატარდა პირისპირი ჩაღრმავებული ინტერვიუ ხარისხობრივი კვლევის ყველა ძირითადი პრინციპის დაცვით. კვლევის ჩაწერა მოხდა ექსპერტებთან წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე. ინტერვიუს ლოკაციაც წინასწარ განისაზღვრა - შეთანხმებული კვლევის მონაწილეებთან ჩატარდა ინტერვიუები და ყველა მონაწილისთვის შეირჩა ინდივიდუალური ლოკაცია მისთვის კომფორტული და ორგანული გარემოს გათვალისწინებით. ინტერვიუს ქრონომეტრაჟი წინასწარ განისაზღვრა მკვლევართა მიერ და, შემდგომ ეტაპზე, შეთანხმდა ექსპერტებთან.

პუბლიკაციები

1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმები, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის კვლევაში (ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, №1 2018; 37; გვ.103-106).
2. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის შეფასება ქვემო ქართლის რეგიონის მოსახლეობის კვლევაში (ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2018/№5; 37; გვ.20-22);
3. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ პაციენტთა ინფორმირების თაობაზე ექიმ-სტომატოლოგთა დამოკიდებულების შესწავლა (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული, 2018, 52, გვ.82-84);
4. ქვევის ცვლილებების გავლენა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2020 /№3; გვ.27-32);
5. Assessment of the Importance of Population Awareness about Oral Health Analysis of the Expert Opinions. International Journal of Medical Science and Health Research Vol. 4, No.06; 2020 ISSN: 2581-3366 www.ijmshr.com Page 43-48.
6. Investigation of Behavioral Changes and Their Impact on Oral Health Status in a Representative Group of Patients A. Makalatia, E. Mirvelashvili, L. Baramidze, I. Gumbaridze International Journal of Medical Science and Health Research Vol. 4, No. 06; 2020 ISSN: 2581-3366 www.ijmshr.com Page 34-40

მობსენებები

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტი, პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია.

სამეცნიერო ეკოლოგიის ასოციაცია.

XII საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია - „ჯანმრთელობა და ეკოლოგია“

(„პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესწავლა“ – თსსუ-ის დოქტორანტი ანა მაკალათია)

თავი 1. სამეცნიერო ლიტერატურის მიმოხილვა:

1.1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოსა და მსოფლიოში

მოძიებული ლიტერატურის მონაცემებით: პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში არსებული წარმატებების მიუხედავად სტომატოლოგიური დაავადებები კვლავ რჩება მწვავე და აქტუალურ პრობლემად მსოფლიოში, განსაკუთრებით მსოფლიო პოპულაციის ღარიბ და არაპრივილეგირებულ ჯგუფებში როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში. კბილის კარიესი წარმოადგენს გლობალურ პრობლემას. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (ჯანმოს) მონაცემებით, კარიესის გავრცელება ბავშვთა ასაკში შეადგენს 60–90%–ს, ზრდასრულ პოპულაციაში - თითქმის 100%, ხოლო 30%-ს 65-74 წლის ასაკში აღარ აქვს ბუნებრივი კბილები. დღესდღეობით კარიესის გავრცელება და სიხშირე მერყეობს არა მხოლოდ პლანეტის სხვადასხვა ნაწილში, არამედ ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონშიც (Petersen, Bourgeois, Ogawa/პეტერსენი, ბურგეოსი, ოგავა, 2005 წ.). პირის ღრუს დაავადებათა გავრცელება მეყრეობს გეოგრაფიული რეგიონების და სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიხედვით. ინდუსტრიულ ქვეყნებსა და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ ქვეყანაში შეინიშნება კარიესით ავადობის მაღალი მაჩვენებელი (კბა ინდექსი): >13,9. უკბილო ზრდასრულ ადამიანთა პროცენტული მაჩვენებელი მაღალია არაერთ ქვეყანაში: კანადა – 58%, ალბანეთი – 69%, ისლანდია – 72%, მცირე აზია – 57%, ბელგია – 53% (WHO, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია 2017). ინდოეთში ჩატარებულმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ბავშვებში, კარიესის გავრცელების მაჩვენებელი 58%-ს აღწევს. ამერიკის ზრდასრულ მოსახლეობაში –

93,8%-ს ხოლო ბავშვებში – 45,3%-ს. ბრაზილიასა და ჩინეთში დაავადების გავრცელებამ ეპიდემიურ მაჩვენებელს მიაღწია (Shanmugam, Masthan, Balachander /შანმუგამი, მასტანი, ბალაშენდერი, 2013). განვითარებადი ქვეყნების მაგალითზე კარიესის გავრცელების მაჩვენებელი მატულობს დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში და განსაკუთრებით მაღალია ღარიბ და არაპრივილეგირებულ პოპულაციურ ჯგუფებში როგორც ბავშვებში, ისე - ზრდასრულებში. აფრიკელი ბავშვების 60-80%-ს აქვს კარიესით დაზიანებული კბილები, რასაც უკავშირებენ ნახშირწყლებზე გაზრდილ მოთხოვნილებას და ფტორიდების არაადეკვატურ გამოყენებას (WHO, მსოფლო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2017). განვითარებულ ქვეყნებში კი, პირიქით, - კარიესის გავრცელება შემცირდა ბოლო ასწლეულის მანძილზე (Zhang, Juan, Edward and Chun-Hung /ჯანგი, ედუარდი, ჩუნ-ჰანგი, 2014). ბავშვთა ასაკობრივ ჯგუფზე დიდ გავლენას ახდენს პირის ღრუს არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა, რაც მათი ცხოვრების ხარისხზე აისახება. კბილის კარიესი უარყოფით შედეგებს იწვევს ბავშვების კვების, მეტყველების ხასიათზე, სოციალურ აქტივობაზე. ხოლო მოზრდილებში მათი საქმიანობის, შრომისუნარიანობის მნიშვნელოვან შემაფერხებელ გარემოებად რჩება. რაც, საბოლოო ჯამში, მათ ეკონომიკურ მდგომარეობაზე აისახება. (Bagramian, Garcia-Godoy, Volpe/ბეგრამიანი, გარსია-გოდი, ვოლფე, 2009 წ.).

პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მნიშვნელოვნად განაპირობებს ადამიანის ჯანმრთელობას და ხელს უწყობს სხვადასხვა დაავადების, თავის ტვინის დაზიანებების, ყბა-სახის მიდამოს დარღვევების პრევენციას (Patro, Kumar, Goswami , Mathur, Nongkynrih/პატრო, გოსვამი, მათური, ნონგინრი, 2008). პირის ღრუს დაავადებებს შორის, მსოფლიო მასშტაბით, ძირითად პრობლემად კბილის კარიესი მიიჩნევა (Thorpe/თორფე, 2006; Omitola, Arigbede /ომიტოლა, არიგბედე. 2012), რომელიც მთელ მსოფლიოში ფართოდაა გავრცელებული. (Naito, Yuasa, Nomura/ნაიტო, ნომურა, 2006) ცნობილია, რომ სოციალურ-ეკონომიკური ფონი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს არა მხოლოდ პირის ღრუს, არამედ ადამიანის ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე (Urzuai, Mendoza, Arteaga, et al/ ურზუალი, მედოზა, არტეაგა და სხვ., 2012 წ.). უკანასკნელი ორი ათწლეულის განმავლობაში, განვითარებულ ქვეყნებში, კარიესის გავრცელებისა და ინტენსივობის შემცირების და

პრევენციული სტომატოლოგიის მზარდი როლის მიუხედავად, კარიესი კვლავ აზიანებს მოსახლეობის (განსაკუთრებით - ბავშვთა) დიდ ნაწილს, რაც პრობლემას უქმნის კაცობრიობას სამედიცინო თუ სოციალურ-ეკონომიკური თვალსაზრისით. („სტომატოლოგიური სერვისების დეფიციტის გავლენა საქართველოს მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე“ - ნ. ზურაბიანი, სადისერტაციო ნაშრომი).

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ინფორმაციით: პირის ღრუს დაავადებებს მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს გლობალურ ავადობაში; მათი გავრცელება და სიმძიმე დამოკიდებულია ეკონომიკურ, სოციალურ, ქცევით და გარემო ფაქტორებზე. პირის ღრუს პათოლოგიებიდან ოდითგანვე ყველაზე გავრცელებული იყო კარიესი და პაროდონტოზი. მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებშიც კი, კბილის კარიესი აღენიშნება მოსწავლეების 60–90%-სა და მოზრდილთა უმრავლესობას. ჯანმრთელი პირის ღრუ უზრუნველყოფს ორგანიზმის დაცვას მიკრობული ინფექციებისა და ეკოლოგიური საფრთხეებისგან. არაჯანსაღი პირის ღრუ აქვეითებს შრომისუნარიანობას და ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს ადამიანზე. კბილებისა და ღრძილების ჯანმრთელობა ასოცირებულია პირის ღრუს ჰიგიენასთან. არაჯანსაღი პირის ღრუ ქრონიკული დაავადებების, კერძოდ გულის, თირკმლის, ფილტვის დაავადებებისა და დიაბეტის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია. მილიონობით ხანდაზმული ადამიანი კარგავს კბილებს, რასაც მოჰყვება უკბილობა და კბილების პროტეზირება. ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემის გამო ხანდაზმულებს მედიკამენტების ხშირი მიღება უწევთ, რაც, თავის მხრივ, იწვევს პირის ღრუს სიმშრალეს, ინფექციისადმი მიდრეკილებას და კბილების დაშლას. კბილის კარიესისა და მისი დაკარგვის ძირითად მიზეზი ღრძილების დაავადებები და პირის ღრუს ჰიგიენის დაუცველობაა. ხშირ შემთხვევაში, ცუდად მორგებული პროტეზი აქვეითებს ღებვის უნარს და აუარესებს სიცოცხლის ხარისხს. ხანდაზმულებში ხშირია პირის ღრუს ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები, რაც, მრავალი წლის განმავლობაში, თამბაქოს და ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებას უკავშირდება. ამ ლოკალიზაციის სიმსივნური

დაავადებების გავრცელება ხშირია თამბაქოს ჭარბი მოხმარებით გამორჩეულ რეგიონებში.

კვლევებით დასტურდება, რომ პაროდონტიტით დაავადებულ ადამიანებს უფრო ხშირად ემართებათ ინფარქტი და სამჯერ უფრო ხშირად აქვთ ინსულტი, ვიდრე მათ, ვინც მუდმივად უვლის პირის ღრუს. გამოკვლევებმა გამოავლინა, რომ ბაქტერია, რომელიც იწვევს პაროდონტიტს, აღწევს სისხლში და შესაძლებელია ხელი შეუწყოს თრომბის გაჩენასა და თრომბოემბოლიურ გართულებებს. დიაბეტით დაავადებულები ინფექციებისადმი მგრძობიარეები არიან, მათ შორის, პირის ღრუს ინფექციების მიმართაც. სხვადასხვა დროს ჩატარებული კვლევების შედეგების თანახმად, პაროდონტიტმა შესაძლოა დაამძიმოს დიაბეტით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობა და იგი ინსულინრეზისტენტული გახადოს. მიკრობები, რომლებიც იწვევს პნევმონიას და სხვა რესპირატორულ დაავადებებს, ხშირად პაროდონტიტით დაავადებულების პირის ღრუშიც ბუდობს და, ხელსაყრელ პირობებში, დაავადებების პროვოცირებას იწვევს. პირის ღრუს პროფილაქტიკური გასინჯვების გზით, სიმსივნებთან ერთად, შესაძლოა გამოვლინდეს მთელი რიგი დაავადებები - საკვები ნივთიერებების დეფიციტი, მიკრობული ინფექციები, იმუნური სისტემის დარღვევები, პირის ღრუს ტრავმა და ა.შ. პირის ღრუს ჰიგიენასა და დაავადებების ადრეულ გამოვლენას გადაწყვეტი როლი ეკისრება ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირებისა და პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივების თვალსაზრისით. იმის გასარკვევად, თუ რისი გაკეთება შეიძლება პირის ღრუს დაავადებების თავიდან ასაცილებლად ან რისკის მინიმუმამდე შესამცირებლად, ისევ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ინფორმაციით: პირველი მნიშვნელოვანი ქცევა, რომელიც პირის ღრუს ჯანმრთელობას განაპირობებს - არის კბილების სწორი გაწმენდა, ორჯერ დღეში, ჯაგრისითა და ფტორირებული კბილის პასტის გამოყენებით, ასევე, კბილების რეგულარული დათვალიერება.

ყველამ ვიცით, რომ ჯანმრთელი ღიმილი ბედნიერების გამოხატვის ერთ-ერთი საშუალებაა. ჯანდაცვის სპეციალისტები თვლიან, რომ კბილების ჰიგიენა განაპირობებს პირის ღრუს, კბილებისა და ღრძილების ჯანმრთელობას, რაც მომავალში თავიდან აგვაცილებს კბილის კარიესს, პირის ღრუში უსიამოვნო სუნს, ღრძილების სხვადასხვა სახის ანთებასა და პირის ღრუს სიმსივნეების განვითარების

რისკებს. თავის მხრივ, ჯანმრთელი კბილები და ღრძილები ხელს უწყობს საჭმლის მომნელებელი სისტემის გამართულ მუშაობას. მშობლებს შეუძლიათ პატარებს ასწავლონ და გამოუმუშაონ კბილების სწორად გახეხვისა და ენის გაწმენდის მყარი ჩვევები.

1.2. მოსახლეობის ინფორმირებულობის მნიშვნელობის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე

პირის ღრუს ჯანმრთელობა მთელ მსოფლიოსა და ჩვენს ქვეყანაშიც განიხილება, როგორც ადამიანის ზოგადი ჯანმრთელობის, ერთის მხრივ, შემადგენელი ნაწილი და, მეორე მხრივ, განმაპირობებელი ფაქტორი. ამიტომ მნიშვნელოვანია როგორც პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნება, ისე მოსახლეობის ინფორმირება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. მიგვაჩნია, რომ აუცილებელია ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენლებმა იფიქრონ ამ კუთხით საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავებაზე. როგორც სამეცნიერო ლიტერატურის წყაროებიდან ვიგებთ, მსოფლიოში ასეთი პროგრამებით განებივრებული არ არის მოსახლეობა, თუმცა ერთეული პროგრამის რეალიზება ხდება მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში, რის დასტურადაც რამდენიმე მაგალითს მოვიყვანთ:

აბჰას (საუდის არაბეთი) საშუალო სკოლის მოსწავლეებში ჩატარებული კვლევა: „პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნების პრევენციულ ღონისძიებებთან დაკავშირებული ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება აბჰას (საუდის არაბეთი) საშუალო სკოლის მოსწავლეების მაგალითზე“ (Knowledge and Practice of Preventive Measures for Oral Health Care among Male Intermediate Schoolchildren in Abha, Saudi Arabia Saad Masood Al-Qahtani 1,* , Pervez Abdul Razak 2 and Siraj DAA Khan 1)

მოცემულ კვლევაში წარმოდგენილია ძირითადი ინფორმაცია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნისა და პრევენციული ზომების პრაქტიკის შესახებ აბჰას საშუალო სკოლების მამრობითი სქესის მოსწავლეებში. ეს ინფორმაცია ხელს უწყობს მათთვის პირის ღრუს ჯანმრთელობისთვის ხელშემწყობი

საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავებას ცოდნის გაუმჯობესებისა და პრევენციული ზომების გამოყენების სტიმულირების მიზნით. Zhu et al-ის მიხედვით, პირის ღრუს პრევენციას გააჩნია უპირატესობა მკურნალობასთან შედარებით, რადგან ასეთი საგანმანათლებლო პროგრამები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პრევენციის თვალსაზრისით, ხოლო სკოლაში ეფექტური გარემოა აღნიშნული განათლების დისტრიბუციისთვის [16]. საგანმანათლებლო მოდელები უფრო ეფექტურია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საგანმანათლებლო პროგრამებში ექთნები გუნდის მნიშვნელოვანი წევრები არიან [17]. პრევენციული ზომების განსახორციელებლად აუცილებელია ერთობლივი ძალისხმევა, რითაც ხელს შევუწყობთ მომავალში სტომატოლოგიური პრობლემების შემცირებას [18]. პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისადმი პოზიტიური დამოკიდებულება და შესაბამისი ქცევითი უნარების გამომუშავება მჭიდრო კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან [19]. პირის ღრუს ჯანმრთელობის კარგი სტატუსი მნიშვნელოვანი ფაქტორია კარგი სამსახურის მისაღებად, თვითშეფასების გასაუმჯობესებლად, კარიერაში და ცხოვრებაში წარმატების მისაღწევად [20]. ინდივიდის პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებზე რამდენიმე ფაქტორმა შეიძლება მოახდინოს ზეგავლენა, მათ შორის - დასავლური განათლების მიღებამ, კულტურისა და ღირებულებების გაცნობიერებამ [6,21]. სკოლის მოსწავლეებში პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცოდნა განიცდის ისეთი სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების ზეგავლენას, როგორცაა სქესი, ეთნიკურობა, ასევე, მშობლების შემოსავალი და განათლების დონე [9,22,23]. Calcagnile et al.-ის ბოლოდროინდელი კვლევის მიხედვით, იტალიაში ყველა მშობელი კარგად არ არის ინფორმირებული საკუთარი შვილების პირის ღრუს ჰიგიენის ჯანმრთელობის შესახებ. შესაბამისად, რეკომენდებულია პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრომოცია [24]. სტომატოლოგთან რეგულარული ვიზიტისა და პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ მეტი დაინტერესება აჩვენებს მშობლებმა, რომელთაც ჰქონდათ უმაღლესი განათლება და საკმარისი შემოსავალი [22,23,25]. მოსწავლეთა აბსოლუტური უმრავლესობა კარგად აცნობიერებდა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გავლენას ზოგად ჯანმრთელობაზე; სხვა კვლევების შედეგების მსგავსად [5,11,22,26–31]. Al-Darwish et al[22]-ის მსგავსად, მოსწავლეების

უმეტესობა საუბრობს კბილების ფუნქციის შესახებ, რომელიც უკავშირდება, მაგალითად, გარეგნობას, მეტყველებას, ღეჭვას... ხოლო რიადში (საუდის არაბეთი) ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ღეჭვა მიჩნეულია, როგორც კბილების ყველაზე მნიშვნელოვანი ფუნქცია [11]. აღნიშნული ფუნქციების შესახებ სათანადო ცოდნა და ინფორმაცია ხელს შეუწყობს მოსწავლეებში კბილების ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. სტომატოლოგიასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ძირითად წყაროს წარმოადგენდნენ სტომატოლოგები. მსგავსი შედეგები აჩვენა ორმა კვლევამ [11,30], თუმცა ეს შედეგები განსხვავდებოდა ორი სხვა კვლევის შედეგისგან [12,23], რომლის მიხედვით, ტელევიზია და რადიო, ისევე, როგორც ინტერნეტი, მოიაზრებოდა როგორც პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ძირითადი წყარო და Al Subait et al. [15], Ali et al. [3], და Al-Darwish et al. [22]-ის მიერ დამოუკიდებლად ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ოჯახის წევრები, მშობლების ჩათვლით, შესაძლოა, განვიხილოთ როგორც ინფორმაციის წყარო. მშობლებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი/სწორი განათლება, რაც ხელს შეუწყობს შვილებში პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცოდნის გაღრმავებას. სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე პოპულარულ წყაროს მასწავლებლები/პედაგოგები წარმოადგენენ, რადგან მოსწავლეები უფრო მეტ დროს სკოლაში ატარებენ. აქედან გამომდინარე, რეკომენდებულია მასწავლებელთა ცოდნის ამაღლება, რაც ხელს შეუწყობს პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსწავლეებისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდებას. სკოლის მოსწავლეების დაახლოებით ორ მესამედს არ ჰქონდა ინფორმაცია ფტორის შესახებ, ხოლო რამდენიმე მოსწავლის აზრით, ფტორი ხელს უწყობდა კბილების გათეთრებას. მსოფლიოში ჩატარებულმა მრავალმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვების უმეტესობას წარმოადგენა არ ჰქონდა ფტორზე, როგორც კბილების გამაგრებისა და კარიესის პრევენციის ეფექტურ საშუალებაზე [3,11,12,15,22,31]. მათი შედეგები განსხვავდება Amaral et al. [5], Smyth et al. [13], და Graca et al. [30]-ის მიერ მიღებული შედეგებისგან, რომელთა მიხედვით სტუდენტებს ჰქონდათ ინფორმაცია ფტორის შესახებ, კერძოდ, იმის შესახებ, რომ ფტორი არის კარიესის პრევენციისა და კბილების გამაგრების ეფექტური საშუალება. აქედან გამომდინარე, კარიესის პრევენციის მიზნით, მნიშვნელოვანია სკოლის მოსწავლეების სათანადო

ინფორმირება ფტორისა და მისი ეფექტურობის შესახებ. მოსწავლეების უმეტესობის პასუხების მიხედვით, მათი ცოდნა ტკბილეულის, როგორც კარიოგენული საკვების შესახებ, იყო ადეკვატური. ეს მონაცემები შეესაბამება სხვადასხვა პოპულაციაზე ჩატარებული კვლევების მონაცემებს [5,11,22,31]. ზოგიერთმა მოსწავლემ იცოდა, რომ ტკბილეული, გამაგრებელი სასმელები და სწრაფი კვება იწვევს კარიესის განვითარებას, რასაც ადასტურებს გარკვეული კვლევების შედეგები [2,12,13,30], რომელთა მიხედვით საკვლევემა სუბიექტებმა იცოდნენ, რომ შაქრიანი პროდუქტები იწვევდა კბილის კარიესს. ამგვარად, კბილის კარიესის განვითარების პრევენციის მიზნით, სავალდებულოა მოსწავლეების ინფორმირება კარიოგენული საკვების, გამაგრებელი სასმელების, ტკბილეულისა და სხვა შაქრიანი პროდუქტების, განსაკუთრებით, წებოვანი ტკბილეულის და შოკოლადების მოხმარების შემცირების აუცილებლობაზე. მოსწავლეების უმეტესობამ იცოდა, რომ ტკვილი მიუთითებდა ერთ-ერთი კბილის დაზიანებაზე/კარიესზე. ეს მონაცემები შეესაბამება ზოგიერთი კვლევის [11,22] შედეგებს, რომელთა მიხედვით კარიესის გამოვლენა მოხდა მისი განვითარების მოგვიანებით ეტაპზე. აქედან გამომდინარე, კარიესის ადრეული გამოვლენისა და პრევენციული მკურნალობის ჩატარების მიზნით, სკოლის მოსწავლეებისთვის სავალდებულოა სტომატოლოგთან რეგულარული ვიზიტის განხორციელება, მაგალითად, ექვს თვეში ერთხელ. რამოდენიმე კვლევის მიხედვით, სკოლის მოსწავლეების ცოდნა დონე ღრძილების მოვლასა და ღრძილების დაავადებების პრევენციასთან დაკავშირებით, დამაკმაყოფილებელი იყო [11,22]; ზოგიერთი კვლევის [5.31] მიხედვით კი, მოსწავლეებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია ღრძილების დაავადების გამომწვევი მიზეზების შესახებ. შესაბამისად, ეს ცოდნა ხელს შეუწყობს სტომატოლოგიური დაავადებების განვითარებისა და კბილების დაკარგვის შემთხვევეთა შემცირებას.

Zhu et al.[16]-ის კვლევის მიხედვით სკოლის მოსწავლეების დიდი ნაწილი მიირთმევდა ტკბილეულს, ძირითად კვებებს შორის შუალედში, რაც მსგავსია, მაგრამ ოდნავ განსხვავდება Ahmed et al.[29]-ის მიერ განხორციელებული კვლევისგან, რომლის მიხედვით ტკბილეულის მიირთმევა სასურველია ჭამის შემდეგ. შესაბამისად, მოსწავლეებმა, კარიესის პრევენციის მიზნით, უნდა შეამცირონ ტკბილეულის მოხმარება, განსაკუთრებით, კვებებს შორის შუალედში.

სკოლის მოსწავლეების უმეტესობა, რომლებიც სტუმრობდნენ სტომატოლოგს პირის ღრუს ჯანმრთელობის შემოწმების მიზნით, ამას აკეთებდნენ დროგამოშვებით ინდოელი მოსწავლეების 19.1%-თან შედარებით, რომლებიც სტომატოლოგთან მიდიოდნენ რეგულარულად, ყოველ 6-12 თვეში ერთხელ. საუდის კერძო სკოლების მოსწავლეების 22% რეგულარულად ახორციელებდა სტომატოლოგთან ვიზიტს [9], 12 წლის ერაყელი მოსწავლეების 29% ამას აკეთებდა რეგულარულად [29], საუდის სკოლის მოსწავლეების 25% – ექვს თვეში ერთხელ [2], ხოლო კატარის სკოლის მოსწავლეების 35% კი – სამ თვეში ერთხელ. შესაბამისად [22], ბავშვების უმეტესობა სტომატოლოგთან ვიზიტს ახორციელებდა მხოლოდ ტკივილის შემთხვევაში გადაუდებელი დახმარების მისაღებად, რაც შეესაბამება ზოგიერთი წინა კვლევის შედეგებს [2,5,9,12,31]. მიღებული შედეგები არ შეესაბამება იმ კვლევის შედეგებს, რომელშიც შეფასდა ინდოელი ბავშვების ინფორმირებულობა და მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცოდნა დასავლეთის ქვეყნებში მცხოვრებ ბავშვებთან შედარებით, ინდოელი ბავშვების უმრავლესობა სტომატოლოგს სტუმრობდა იმის გამო, რომ მშობლები იყვნენ ჩაწერილი მიღებაზე, მაშინ, როცა დასავლეთის ქვეყნებში ბავშვები სტუმრობდნენ სტომატოლოგს შემდგომი მკურნალობის მიზნით [27]; მაგალითად, შვედი ბავშვების ვიზიტი სტომატოლოგთან ხორციელდებოდა რეგულარული შემოწმების მიზნით [30]. სკოლის მოსწავლეების უმეტესობის მაგალითის გათვალისწინებით რეგულარული სტომატოლოგიური შემოწმების უგულვებელყოფა გამოწვეული იყო, ერთი მხრივ, გულგრილობით და, მეორე მხრივ, შიშით; აღნიშნული განსხვავდებოდა Amaral et al. [5] და Al Subait et al. [15]-ის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებისგან, რომელთა მიხედვით „ტკივილის არქონა“ იყო სტომატოლოგთან ნაკლები მიმართვიანობის მიზეზი. Farsi et al.-ის [9] მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, „საჭიროების არქონა“ იყო მამრობითი სქესის სკოლის მოსწავლეებს შორის სტომატოლოგთან მიუსვლელობის მთავარი მიზეზი. საუდის რაიონში ჩატარებული კვლევის თანახმად, შიში განაპირობებდა სტომატოლოგთან მიუსვლელობას [2]. Blaggana et al. [31] მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, ტკივილი სტომატოლოგთან ვიზიტის განხორციელების მამოძრავებელი ფაქტორია [31]. აქედან გამომდინარე, მოსწავლეებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი ცოდნა და მოტივაცია, ექვს თვეში ერთხელ, მოინახულონ სტომატოლოგი რუტინული

შემოწმების მიზნით, რაც პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით ერთ-ერთი პრევენციული ღონისძიებაა.

აღნიშნული უკავშირდება ფაქტს, რომ აბჰაში არასაუდიელი მოსწავლეების (94.8%) სტომატოლოგთან შემოწმების მიზნით განხორციელებული ვიზიტების სიხშირე (ექვს თვეში ერთხელ) იყო ნაკლები საუდიელ მოსწავლეებთან (14%) შედარებით, უფრო მეტიც, ამავე მიზნით, სტომატოლოგთან განხორციელებული ვიზიტების სიხშირე (წელიწადში ერთხელ), კვლევაში მონაწილე კონტინგენტს შორის, საუდიელი და არასაუდიელი (6.7%) მოსწავლეების ჩათვლით, გაცილებით ნაკლები იყო სხვა ქვეყნებთან შედარებით, როგორცაა, მაგალითად, კატარი (35%) [22], შვედეთი (70.7%), რუმინეთი (46.8%) და პორტუგალია (73%) (სურ. 2) [30]. გამოკითხულთა დიდ პროცენტში კბილის ჯაგრისი და კბილის პასტა ითვლებოდა კბილის ჰიგიენის მიზნით გამოსაყენებელ მნიშვნელოვან საშუალებებად, რასაც ადასტურებდა, ასევე, მრავალი გამოქვეყნებული კვლევის [3,5,9,15,28,31] შედეგები. ზოგიერთი მოსწავლე კბილის საწმენდად უფრო ხშირად იყენებდა მისვაკს (მაგ, ჯედასა და ასერში) [2], პაკისტანის სკოლის მოსწავლეებთან შედარებით. ჩინეთში, Gao et al.-ის[12] ჩატარებული კვლევის შესაბამისად, სკოლის მოსწავლეების უმეტესობა კბილებს ყოველდღიურად არ იხეხავდა; უმრავლესობა კბილებს იწმენდა დღეში ერთხელ, როგორც ეს უკვე რამოდენიმე კვლევის მიხედვით დადასტურდა [2,3,12,22,28,31], თუმცა, სხვა კვლევების მიხედვით [5,16,27, 30], კბილების გახეხვის სიხშირე იყო - დღეში ორჯერ. ზოგიერთი ბავშვი ფიქრობდა, რომ კბილების გახეხვა მისაღებია ნებისმიერ დროს, მაშინ, როდესაც, სხვების აზრით, კბილების წმენდა აუცილებელია დილით და საღამოს, რაც განსხვავდება რამდენიმე კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემებისაგან [3,5,16,31], რომელთა მიხედვით კბილების გახეხვისთვის სასურველი დრო არის დილა. სკოლის მოსწავლეების უმეტესობას წარმოდგენა არ ჰქონდა რა ტიპის ჯაგრისს იყენებდა, რაც არ ეთანხმება Zhu et al. [16] და Blaggana et al.-ის[31] მიერ ჩატარებულ კვლევებს, სადაც აღწერილია რბილი სტომატოლოგიური ჯაგრისის გამოყენების შედეგები. მრავალი კვლევის თანახმად, [2,5,9,28,31] სკოლის მოსწავლეების უმეტესობა, არ იყენებდა კბილის საწმენდ ძაფებს, მაგრამ აღნიშნული არ შეესაბამებოდა Grewal და Kaur-ის [27] კვლევის მონაცემებს, რომლის მიხედვითაც, ამერიკელი ბავშვების ნახევარზე მეტი

რეგულარულად იყენებდა კბილის საწმენდ ძაფს. ამასთან ერთად, ზოგიერთი კვლევის თანახმად [5,9,31], სკოლის მოსწავლეების უმეტესობა არ იყენებდა პირის ღრუს სავლებ საშუალებებს. ამრიგად, სკოლაში სტომატოლოგიური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებით უნდა ისწავლებოდეს კბილის ჯაგრისით სათანადო წმენდის მეთოდი და კბილების წმენდის სიხშირე: დღეში მინიმუმ ორჯერ - დილით, გაღვიძებისას და საღამოს, ძილის წინ, რბილი სტომატოლოგიური ჯაგრისის და ფტორის შემცველი კბილის პასტის გამოყენებით. საუდის მოსახლეობა მისვაკს იყენებს კულტურული და რელიგიური კუთვნილებიდან გამომდინარე; ამიტომ, სკოლის მოსწავლეებს უნდა ვასწავლოთ მისი სწორად გამოყენების მეთოდი და გავუწიოთ რეკომენდაცია გამოიყენონ კბილის საწმენდი ძაფები და პირის ღრუს სავლებები, როგორც პირის ღრუს ჰიგიენის პროფილაქტიკური საშუალებები. სკოლის მოსწავლეების უმეტესობის მაგალითის გათვალისწინებით, ყოველი ჭამის შემდგომ პირის ღრუს წყლით გამორეცხვის შედეგად, შესაძლებელია ღრძილების დაავადებების განვითარების თავიდან აცილება. ზემოაღნიშნული ეწინააღმდეგება მსოფლიო მასშტაბით ჩატარებული სხვა კვლევების მონაცემებს [2,5,16,22], რომლის მიხედვითაც კბილის ჯაგრისით წმენდა განიხილება როგორც პრევენციული საშუალება ღრძილების დაავადებების პროფილაქტიკის მიზნით. სკოლის მოსწავლეების ინფორმირება და მოტივირება - გაიხეხონ კბილები რეგულარულად, ხელს უწყობს კბილზე ნადების მოცილებას, რაც პირდაპირ კავშირშია ღრძილების ჯანმრთელობასთან. პასუხების უმეტესობის გათვალისწინებით, არასაუდელებმა, საუდიელ თანატოლებთან შედარებით, აჩვენეს მკაფიო განსხვავება პირის ღრუს ჯანმრთელობის ცოდნასა და პრევენციული ზომების პრაქტიკულ გამოყენებაში. ყველა ეს განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იყო კვებისა და კბილების წმენდის ჩვევების ვარიაციების, ასევე, მშობლების კულტურისა და განათლების დონის განსხვავებების გამო. მათ ჰქონდათ ოპტიმალური ცოდნა პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით და ფლობდნენ პრევენციული ზომების გამოყენების უნარებს, რაც ხელს უწყობდა მათი პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საუდის არაბეთის მოქალაქეებისთვის ჯანდაცვა, სტომატოლოგიური მომსახურების ჩათვლით, სრულიად უფასოა. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ კვლევის შედეგები აბსოლუტურად ზუსტი არ არის, რადგან

კვლევაში მოყვანილია სკოლის მოსწავლეების მიერ თვითრეპორტირებული (მათი შეხედულებებისამებრ ჩამოყალიბებული) მონაცემები, სადაც, რომელიმე საკითხის გაუგებრობიდან გამომდინარე, ზოგიერთი რესპონდენტის მხრიდან, შესაძლებელია, ადგილი ჰქონდეს სუბიექტური მიკერძოების ფაქტებს. გარდა ამისა, ყველა კითხვაზე პასუხის გაცემის ვალდებულებამ და „არ ვიცი“ ვარიანტის არარსებობამ შეიძლება, ასევე, მიგვიყვანოს არასარწმუნო შედეგებამდე. ზემოაღნიშნული პრობლემების მოგვარების და ზეპირი გამოკითხვის კომპონენტის შემოტანის მეშვეობით შესაძლებელია მომავალში კვლევის შედეგების გაუმჯობესება, რაც მნიშვნელოვანია პირის ღრუს ჯანმრთელობის ცოდნასა და პრაქტიკას შორის დამოკიდებულების ობიექტური შეფასებისთვის.

პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ზოგიერთ საკითხზე არსებობს შესაბამისი ცოდნა, მაგრამ არასაკმარისია ცოდნა სხვა საკითხებთან დაკავშირებით და, ასევე, სახეზეა პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრევენციული ზომების არასათანადო პრაქტიკა, როგორც ეს დადგინდა საუდის სკოლის მოსწავლეების მაგალითზე. კარიესის პრევენციაში ცოდნა ფტორის და მისი როლის შესახებ დადგენილი იყო. ტკბილეულის, როგორც კბილის კარიესის განვითარების მიზეზის, შესახებ ცოდნა საკმარისი იყო, თუმცა, სხვა საკვებთან დაკავშირებით, რომელიც ასევე იწვევს კბილის კარიესს, (მაგალითად, გამაგრებელი სასმელები და სწრაფი კვება) - არასაკმარისი. რუტინული რეგულარული სტომატოლოგიური შემოწმების პრაქტიკა არ იყო დამაკმაყოფილებელი. კბილის ჯაგრისით წმენდის პრაქტიკა და მისი სიხშირე (დღეში ერთხელ) ჯერ კიდევ არ შეესაბამებოდა საერთაშორისოდ აღიარებულ რეკომენდაციას (დღეში ორჯერ). კვებებს შორის შუალედში ტკბილეულის მიღება იყო ცუდი ჩვევა და ღრძილების დაავადებების წინააღმდეგ პრევენციული ზომების პრაქტიკაც - არაოპტიმალური. საუდიელ მოსწავლეებთან შედარებით არასაუდიელი სკოლის მოსწავლეები იყვნენ უფრო ინფორმირებულები სტომატოლოგიურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით და გამოირჩეოდნენ პოზიტიური ქცევით პირის ღრუს ჰიგიენასთან მიმართებაში. აბჰაში პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცოდნის და ინფორმირებულობის ამდლების მიზნით, რეკომენდებულია პირის ღრუს ჯანმრთელობის საგანმანათლებლო

პროგრამების განხორციელება/დანერგვა და პრევენციული ზომების მიღება. შემდგომი კვლევები უნდა ჩატარდეს ასირის პროვინციის სხვა რეგიონებში.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არსებობს **გრძელვადიანი ზრუნვის პერსონალზე მორგებული პირის ღრუს ჰიგიენის პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამა** (Evaluation of an Oral Hygiene Education Program for Staff Providing Long-Term Care Services: A Mixed Methods Study Shang-Jung Wu 1,2, Chun-Chieh Wang 3,4, Shu-Chen Kuo 4,5, Shwn-Huey Shieh 6 and Yueh-Juen Hwu 7,*). მისი მიზანი იყო პირის ღრუს ჰიგიენის ცოდნის გავრცელება, რაც დაეხმარება მონაწილეებს სწორად აღიქვან პირის ღრუს ჰიგიენასა და ფიზიკურ ჯანმრთელობას შორის დამოკიდებულება და, შესაბამისად, შეცვალონ დამოკიდებულება და ქცევა პირის ღრუს ჰიგიენასთან მიმართებაში. საბოლოოდ, პროგრამის მიზანი იყო, დახმარებოდნენ ტრენინგში მონაწილე პერსონალს პირის ღრუს ჰიგიენის უნარების განვითარებაში, დისფაგიით ან დისფაგიის გარეშე, პაციენტების სწორი მართვის მიზნით, ტაივანის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი პირის ღრუს ჯანმრთელობის სწავლების მეთოდებზე დაყრდნობით, შეიქმნა ერთდღიანი (ანუ - რვასაათიანი) საგანმანათლებლო პროგრამა [28]. პირველი ოთხი საათი დაეთმო მულტიმედიურ პრეზენტაციებს, მონაწილეებმა მიიღეს ინფორმაცია პირის ღრუს ჯანმრთელობასა და ზოგად ჯანმრთელობას შორის არსებულ ურთიერთდამოკიდებულებაზე უფროსი ასაკის პაციენტებში, აგრეთვე, პირის ღრუს დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესახებ (მაგალითად: პირის ღრუს სიმშრალე, ჰალიტოზი და პაროდონტის დაავადება); მეხუთე საათი მიეძღვნა პირის ღრუს მოვლის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას სტომატოლოგიური მოდელებისა და პირის ღრუს ჰიგიენის მოვლის საშუალებების დემონსტრირების ჩათვლით, როგორცაა, მაგალითად, Bass კბილის გამოხეხვის ტექნიკა [29]; პირის ღრუს წმენდა კბილის საწმენდი ძაფის გამოყენებით; პირის ღრუს ტამპონები და სავლებები; კბილის წმენდა; ღრძილების წმენდა, ენის წმენდა. მეექვსე საათი დაეთმო პირის ღრუს ჰიგიენის უნარების დემონსტრირებას, ხოლო ბოლო ორი საათი - პირის ღრუს ჰიგიენის უნარების სწავლებას. თითოეული მონაწილე ვალდებული იყო ჩაებარებინა კბილების გახეხვისა და ძაფით წმენდის უნარების ტესტი. პირის ღრუს ჰიგიენის საგანმანათლებლო პროგრამას უძღვებოდა ოთხი პედაგოგი, კვალიფიკაციით -

სერტიფიცირებული მედდა, მაგისტრის ხარისხით და მუშაობის 10 წელზე მეტი ხნის გამოცდილებით, პირის ღრუს ჰიგიენის საგანმანათლებლო პროგრამაში/ტრენინგში მონაწილეობა მიიღო გრძელვადიანი ზრუნვის დაწესებულების 80-მა მუშაკმა (66 ქალი და 14 კაცი). აღნიშნულ მონაწილეთა მზრუნველობის ქვეშ მყოფ ხანდაზმულთა შორის იყვნენ ჯანმრთელი, ნაკლებად ჯანმრთელი, სუსტი, ფუნქციურად დამოკიდებული და ცნობიერებადაქვეითებული პირები. მონაწილეთა უმეტესობას (82.5%) არასოდეს მიუღია მონაწილეობა პირის ღრუს ჰიგიენის ტრენინგში, ამასთან, მონაწილეთა ნახევარზე მეტი ჩართული იყო საზოგადოებრივ სამსახურში (51.2%). უნდა აღინიშნოს, რომ პირის ღრუს ჰიგიენის საკითხების ცოდნის პრეპროგრამული შეფასებისას, არცერთ მონაწილეს არ დაუფიქსირებია სწორი პასუხი, რომ პირის ღრუს ცუდი ჰიგიენა იწვევს პირის ღრუს სიმშრალეს (ქსეროსტომია) და უსიამოვნო სუნს პირის ღრუში (ჰალიტოზი). მხოლოდ ერთმა მონაწილემ გასცა სწორი პასუხი, რომ კბილის დაკარგვა არ იყო დაბერების პროცესისთვის დამახასიათებელი ბუნებრივი მოვლენა. მხოლოდ 12-მა მონაწილემ აღიქვა სწორად პირის ღრუს ჰიგიენასა და ასპირაციულ პნევმონიას შორის დამოკიდებულება. იმ მონაწილეთა წილი, ვინც სწორი პასუხი გასცა ათ კითხვას პირის ღრუს ჰიგიენის ცოდნასთან დაკავშირებით, გაიზარდა პოსტპროგრამული შეფასებისას. კითხვარში პირის ღრუს ჰიგიენის ცოდნის სექციის პრეპროგრამული შეფასებისას, საშუალო ქულა იყო $6,58 \pm 1,23$, ხოლო პოსტპროგრამული შეფასებისას - $7,32 \pm 0,70$. შესაბამისად, კითხვარში პირის ღრუს ჰიგიენის მიმართ დამოკიდებულების სექციის პრეპროგრამული შეფასებისას საშუალო ქულა იყო $2,37 \pm 0,94$, ხოლო პოსტპროგრამული შეფასებისას $2,75 \pm 0,57$. ამდენად, პირის ღრუს ჰიგიენის ტრენინგის შემდგომ, მონაწილეებმა აჩვენეს მნიშვნელოვანი ცვლილებები პირის ღრუს ჰიგიენის საკითხების ცოდნასა ($p < 0,001$) და დამოკიდებულებასთან ($p = 0,001$) მიმართებაში, რაზეც მიუთითებს დაწყვილებული t - ტესტის შედეგები. პირის ღრუს ჰიგიენის ცოდნისა და დამოკიდებულების „ეფექტის ინდიკატორი“ იყო - 0,60 და 0,41-ის შესაბამისად.

პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური ჩვევების/უნარების შეფასება განხორციელდა პირის ღრუს ჰიგიენური საშუალებების გამოყენების, პირის ღრუსა და მისი ტარგეტული ზონების წმენდის სიხშირის გათვალისწინებით.

დაწვევილებული t – ტესტების გამოყენებამ აჩვენა მნიშვნელოვანი განსხვავებები მონაწილეთა პრეპროგრამულ და პოსტპროგრამულ ქულებში, რომელიც მინიჭებული იყო დისფაგიით დაავადებულ პაციენტებში პირის ღრუს მოვლის ჰიგიენური უნარების გამოყენების სიხშირის შეფასებისას; პირის ღრუს საწმენდი საშუალებების გამოყენების ($p = 0,005$), პირის ღრუს უბნების წმენდის ($p < 0,001$) და პირის ღრუს წმენდის სიხშირის ($p < 0,001$) ჩათვლით. პირის ღრუს საწმენდი საშუალებების, უბნებისა და სიხშირისთვის, „ეფექტის ზომა/ინდიკატორი“ იყო - 0,33, 0,44 და 0,61-ის შესაბამისად.

პაციენტების შემთხვევაში, რომელთაც არ აღენიშნებოდათ დისფაგია, დაწვევილებული t –ტესტების გამოყენებამ აჩვენა მნიშვნელოვანი განსხვავებები მონაწილეთა პრეპროგრამულ და პოსტპროგრამულ ქულებში პირის ღრუს წმენდის სიხშირის ($p < 0,001$) და პირის ღრუს უბნების წმენდის ($p = 0,044$); შეფასებისას; ეფექტის ზომით - 0,55 და 0,23-ის შესაბამისად.

თუმცა, პირის ღრუს წმენდის საშუალებების გამოყენების სიხშირის შეფასებისას, არ იყო გამოკვეთილი მნიშვნელოვანი განსხვავება პრეპროგრამულ და პოსტპროგრამულ ქულებს შორის.

ექთნის თანაშემწეები და ექთნები წარმოადგენენ სამედიცინო პერსონალს, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან პირის ღრუს ჰიგიენაზე. ადეკვატური საგანმანათლებლო ტრენინგი, პირის ღრუს მოვლის საშუალებებით უზრუნველყოფა, ინსტიტუტების მხრიდან მათი მხარდაჭერა და წახალისება, ხელს შეუწყობს აღნიშნული სამედიცინო პერსონალის პოზიტიური განწყობის ჩამოყალიბებას, რაც საშუალებას მისცემს მათ უზრუნველყონ პირის ღრუს ჰიგიენის ადეკვატური და საიმედო დაცვა [13]. გარდა ამისა, მონაწილეები დარწმუნებულნი არიან, რომ მიიღეს შესაბამისი დონის ცოდნა და პირის ღრუს ჰიგიენის პროცედურების სწორად ჩატარების უნარი, რამაც გააუმჯობესა, ზოგადად, მათი პრაქტიკული უნარ-ჩვევები პირის ღრუს ჰიგიენასთან მიმართებაში. ინტერვიუების შედეგებმა აჩვენა რომ, პირის ღრუს ჰიგიენის სასწავლო პროგრამების მეშვეობით, მონაწილეებს შორის, გაიზარდა პირის ღრუს ჰიგიენის შესახებ ცოდნის დონე, დამოკიდებულება და პირის ღრუს ჰიგიენისთვის აუცილებელი პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ათვისება. ამასთან, პირის

ღრუს ჰიგიენის პროცედურების ჩატარებამ გამოიწვია პოზიტიური რეაგირება ბენეფიციარების მხრიდან, რამაც, შემდგომ, მონაწილეებს მისცა მოტივაცია ებრძოლათ ბენეფიციარების პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის და მიეღოთ მათგან პოზიტიური ფიდექი/გამოხმაურება. ამ კვლევის შედეგები ეწინააღმდეგება Jablonski et al.[30]-ის მიერ მიღებულ შედეგებს, რომელმაც შეისწავლა ექთნის თანაშემწეების ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკული უნარები და დაადგინა, რომ ეს უკანასკნელი არ შეესაბამებოდა მათი ცოდნის დონეს. კვლევაში გამოყენებული თვისობრივი ინტერვიუს შედეგები ძალზე მნიშვნელოვანია და ავსებს რაოდენობრივი კვლევის შედეგებს. ამიტომაც ის წარმოადგენს კვლევის მნიშვნელოვან ასპექტს. მიმდინარე კვლევამ აჩვენა, რომ პირის ღრუს ჰიგიენის საგანმანათლებლო პროგრამის იმპლემენტაციას შეუძლია მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს ხანგრძლივი ზრუნვის დაწესებულებაში დასაქმებული პერსონალის ცოდნის დონე და დამოკიდებულების ხარისხი პირის ღრუს ჰიგიენასთან მიმართებაში, რაც საკმარისი იქნება პირის ღრუს მოვლის პრაქტიკული უნარების მოდიფიცირებისთვის. შედეგები შეესაბამება სამეცნიერო ლიტერატურის მონაცემებს, რომლის მიხედვითაც ცოდნა და დამოკიდებულება არის პირის ღრუს ჰიგიენის პრაქტიკის განხორციელების წინაპირობა.

1.3. ქცევის ცვლილებების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე

ქცევითი ინტერვენციები, ეს არის ჩარევები, რომლებიც მოიცავს ცოდნას ან ინსტრუქციებს ინდივიდებისთვის პირის ღრუს ჯანმრთელობის და დაავადებების მართვის პრაქტიკის შესახებ, ან - იმასთან დაკავშირებით, როგორ უნდა მოხდეს იმ ფსიქოლოგიური და სოციალური გამოწვევების მართვა, რომლებიც გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ ქცევებზე. ამის არაერთი მაგალითი მოიძებნება სამეცნიერო ლიტერატურაში. შეგვიძლია მოვიყვანოთ მაგალითები არსებული და ხელმისაწვდომი წყაროებიდან:

დედებთან მოტივაციური ინტერვიუები ბავშვობაში კარიესის განვითარების პრევენციის (3-5) ან მოზარდებში კბილებისადმი გულგრილი ქცევითი დამოკიდებულების შემცირების მიზნით;

რუტინული საინფორმაციო ტრენინგები დენტალურ პრაქტიკაში თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მაჩვენებლების გაზრდის მიზნით (7);

სტომატოლოგიური ოფისის/კაბინეტის ბაზაზე წონის მონიტორინგის განხორციელება ბავშვებსა და მოზარდებში დენტალური კარიესის შემცირების და ქარბწონიანობასთან დაკავშირებული სისტემური დაავადებების თავიდან აცილების (მაგალითად, დიაბეტი) მიზნით, რაც უარყოფითად მოქმედებს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე;

სოციალური ინტერვენციები არის ჩარევები, რომელთა სამიზნე ადამიანთა ჯგუფები, ორგანიზაციები ან საზოგადოებები/თემებია; ჩარევები ხორციელდება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით. მაგალითად:

ა) ინტერვენციები სკოლის ბაზაზე ღრძილების ჯანმრთელობის მდგომარეობის პრომოციის მიზნით მოზარდებში;

ბ) სოციალური მარკეტინგული კამპანიები აფროამერიკელ მოსახლეობაში პირის ღრუს კბილის შესახებ ცნობიერების ამაღლებისა და სკრინინგის მიზნით (10,11);

გ) „Medicaid“ პროგრამაში ჩართულ ორსულთათვის სტომატოლოგიური კაბინეტების მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და გამოყენების გაუმჯობესების მიზნით (12);

დ) სტომატოლოგების ტრენინგი - მეტი ამფეტამინის მომხმარებლების გამოვლენის მიზნით, რომელთაც აღენიშნებათ თანმხლები სტომატოლოგიური დაავადებები და ამ პაციენტების ჩართვა ნარკოდამოკიდებულების სამკურნალო პროგრამებში (13);

ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების განვითარება და ტესტირება პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრომოციის და დაავადებებისა და დარღვევების ეფექტური მკურნალობის მიზნით - NIDCR სტრატეგიული გეგმის მნიშვნელოვანი ნაწილი (14).

ინოვაციური ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების კვლევა და პილოტირება, კლინიკურ კვლევებში მათი ეფექტურობის შეფასება და საზოგადოებასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მათი გამოყენების ეფექტურობის დადგენა კომპლექსური პროცესებია, რაც საჭიროებს კარგად გააზრებულ დაგეგმვას და განხორციელებულ კვლევებს. დარგის მკვლევრებმა, რომელთაც გააჩნიათ კვლევის წარმოების მდიდარი ტრადიციები ქცევითი და სოციალური ინტერვენციის სფეროში, როგორცაა, მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ნარკოდამოკიდებულება და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, შეიმუშავეს და განავითარეს კონცეპტუალური მოდელები, თეორიები, მეთოდოლოგიები და სტატისტიკური და ხარჯთაღრიცხვის ანალიზის მეთოდები, რაც დაეხმარება მათ, ვინც აპირებს ასეთი სახის კვლევების განხორციელებას პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში. **სამეცნიერო ლიტერატურის წყაროებში არსებულ სპეციალურ გამოცემაში თავმოყრილია ქცევითი და სოციალური კვლევის წამყვანი ექსპერტების უახლესი მეცნიერული რეკომენდაციები, რომელიც ხელს შეუწყობს პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში საუკეთესო კვლევითი პრაქტიკის პრომოციას. მკვლევრები, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან ასოცირებული ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების შესწავლით, შეუძლიათ ისარგებლონ და გამოიყენონ არსებული კვლევითი კონცეფციები და მეთოდები, და არ დაიწყონ ახალი ველოსიპედის გამოგონება. სპეციალური გამოცემის მიზანია მკვლევარებისთვის რამდენიმე კრიტიკული კონცეფციისა და ინსტრუმენტის შეთავაზება, რაც დაეხმარება მათ განახორციელონ ინტერვენციების მაღალი სტანდარტების კვლევა და მიაღწიონ პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებას. გვინდა მოვიტანოთ რამოდენიმე მოდელი:**

Richard Crosby და Seth Noar-ის მიერ წარმოდგენილი პირველი სამეცნიერო სტატია (15), ქცევითი ან სოციალური ინტერვენციის მეთოდების შემუშავებისას, მკვლევრებს, პირის ღრუს ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესების მიზნით, ურჩევს დაგეგმონ გრძელვადიანი კვლევის პროგრამა,

სტატიაში განხილულია PRECEDE-PROCEED სოციალურ-ეკოლოგიური მიდგომის, (როგორც ერთ-ერთი ასეთი დაგეგმვის) მოდელი, რომელიც გამოიყენება

ჯანდაცვის პრომოციის მიზნით. მოდელი აღწერს, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს ინტერვენციის გადასვლა დაგეგმვის და განვითარების ადრეული სტადიიდან (ეტაპები - 1-დან 5-მდე) საზოგადოების პირობებში ემპირიული ტესტირებისა და შეფასების სტადიაზე (ეტაპები 6-დან 9-მდე). რასაკვირველია, ეს არის ის, რისი ნახვაც სასურველია პირის ღრუს ჯანმრთელობის თვალსაზრისით; მიმდინარეობს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული ინოვაციური იდეების დანერგვა ქცევით და სოციალურ ინტერვენციებად. ეს ინტერვენციები ეფექტურია და წარმატებით ინერგება სხვადასხვა საზოგადოებისა და კლინიკის პირობებში.

Ralph DiClemente-ის კომენტარი ხაზს უსვამს PRECEDE-PROCEDE მოდელის მიხედვით წარმოდგენილ „გეგმას“, რაც გულისხმობს მკვლევრების დაინტერესებას და მათი ყურადღების კონცენტრირებას ინდივიდუალურ, სოციალურ და გარემო ფაქტორებზე, რომლებიც გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებზე (16). Russell Glasgow მიუთითებს იმ აქტივობების ინტეგრაციის მნიშვნელობაზე, რომლებიც გამოიყენება ყოველ ეტაპზე ფაქტორების იდენტიფიკაციის, ინფორმაციის მიღებისა და მასთან დაკავშირებული ურთიერთგამაძლიერებელი ქმედებების განხორციელების, ასევე, დაგეგმვის პროცესში ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართვის მიზნით (17).

Lisa Onken მოკლედ აღწერს ეტაპობრივ „Stage-მოდელს“, როგორც ალტერნატიული დაგეგმვის მეთოდს, როგორც პირის ღრუს ჯანმრთელობის ინოვაციური, ეფექტური და ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების განვითარების მართვის სახელმძღვანელოს (18).

Kay Bartholomew და Patricia Dolan Mullen-ის (19) მეორე სტატიაში აღწერილია ხუთი გზა/მოდელი, რომლის მიხედვითაც ჯანმრთელობასთან ასოცირებული ქცევითი თეორია განიხილება როგორც ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების კვლევის მნიშვნელოვანი ნაწილი. ავტორების აზრით, თეორია განსაზღვრავს ჯანმრთელობის კონკრეტულ პრობლემასთან ასოცირებულ ქცევას, აღწერს მიზეზ-შედეგობრივ კავშირს ამ ქცევებს შორის, განსაზღვრავს ქცევის შეცვლის გზებს, განმარტავს თუ როგორ უნდა შეფასდეს ქცევის წარმატებული ცვლილება და

გამოყოფს იმ მეთოდებსა და მონაცემებს, რომლებიც უნდა იქნას ხაზგასმული ინტერვენციის კვლევის შედეგების დოკუმენტირებისას. ავტორები იყენებენ ჩარჩოსტრუქტურას, ე.წ. „ინტერვენციის (ჩარევების) კარტირებას“, იმის დასადასტურებლად, რომ ინტერვენციების შერჩევისას გათვალისწინებული იყო ყველა მნიშვნელოვანი კვლევა, შერჩეული ინტერვენციების საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის მაქსიმალიზაციის მიზნით.

კომენტატორების მიერ შემოთავაზებულია ზემოაღნიშნული ჩარჩოსტრუქტურის შემდგომი განვითარება-გამდიდრების გზები. Henrietta Logan-ის მიხედვით, საჭიროა პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრობლემების ფართო თეორიული გააზრება, რათა განისაზღვროს ყველა სავარაუდო გზა, რომელსაც მივყავართ ქცევის ცვლილებამდე, ნაცვლად პრობლემაზე ვიწრო კონცენტრირებისა, რაც, თავის მხრივ, გამორიცხავს პოპულაციების „უხილავი“ ჯგუფების არსებობას და განსხვავებებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვალსაზრისით (20).

Donald Chi შეგვახსენებს, რომ იმდენად, რამდენადაც ინტერვენციების განვითარების მართვის და ემპირიული მტკიცებულებების ეფექტურობის დადგენისას, თეორიას ენიჭება გადამწყვეტი მნიშვნელობა, პრაქტიკოს ექიმებს, აღნიშნული ინტერვენციების გამოყენების გამოცდილებაზე დაყრდნობით, შეუძლიათ განავითარონ საკუთარი თეორია ახალი ინტერვენციების შემუშავების ან არსებულის დახვეწის მიზნით (21). ორმხრივმა პროცესმა შეიძლება შექმნას პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის თეორიული საფუძველი და უზრუნველყოს (Sarah Kobrin-ის კომენტარის მიხედვით) მეტი თანმიმდევრულობა, რათა, ქცევითი და სოციალური ფაქტორების ურთიერთქმედებაში ინტერვენციის გზით, მოხდეს პოზიტიური ცვლილებების განხორციელება (22).

David MacKinnon და **Linda Luecken-ის** (23) მესამე სტატიაში მოცემულია ეტაპობრივი სახელმძღვანელო ქცევითი და სოციალური ინტერვენციის კვლევაში მედიაციის ანალიზის გასახორციელებლად. მედიაციის ანალიზი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მკვლევრის მიერ ქცევითი თეორიის სტატისტიკური პრეზენტაცია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ჯანმრთელობასთან ასოცირებულმა ქცევითმა თეორიამ უნდა განსაზღვროს ჰიპოთეტურად მნიშვნელოვანი ქცევები,

მათი ურთიერთდამოკიდებულება და კონკრეტული ინტერვენციიდან მოსალოდნელი გამოსავალი. მედიაციის ანალიზს აზრი არა აქვს თეორიის გარეშე, ხოლო თეორიის ტესტირება შეუძლებელია მედიაციის ანალიზის გარეშე. ცოდნის დაგროვების მიზნით, თეორიის (ტესტირებასთან ერთად), მედიაციის ანალიზის მიზანია, ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების ფარგლებში, აქტიური ინგრედიენტების/კომპონენტების ან მოქმედების მექანიზმების გააზრება და იმ დეტალების/ნიუანსების სრულყოფილი კვლევა, რომელთა მეშვეობით ინტერვენციას მივყავართ სასურველ შედეგებამდე. კომენტარებში James Sheppard ავითარებს ამ მოსაზრებებს, ფლოსინგის (კბილების წმენდას პეციალური ძაფით) გაუმჯობესების მიზნით შემუშავებული ინტერვენციის ჰიპოთეტურ მაგალითზე დაყრდნობით (24).

Alexander Rothman ხაზს უსვამს იმას, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანი შეიძლება იყოს მედიატორების გააზრება, მაშინ როდესაც, კონტროლირებადი გარემოდან მიმდინარეობს ეფექტური ინტერვენციების ტრანსლაცია და მრავალფეროვან საზოგადოებებში დანერგვა, სადაც ინტერვენციის ეფექტურობა შეიძლება მერყეობდეს დანერგვის სიტუაციისა და სამიზნე ჯგუფების მიხედვით (25). Mark Litt-ის მიხედვით მკვლევრებმა, პირველ რიგში, საჭიროა განსაზღვრონ პოტენციური მედიატორები და ის, თუ როგორ შეიძლება მედიაციის ანალიზის პრომოცია, ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების კვლევებში, მოგვევლინოს პატარა რევოლუციად პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში (26).

Belinda Borrelli-ის (27) მეოთხე სტატიაში აღწერილია მეთოდები, რომელიც უზრუნველყოფს შესაბამისი ქცევითი ინტერვენციის განხორციელებას, როგორც ეს განსაზღვრული იყო, ანუ სანდოობის მაღალი ხარისხით/სიზუსტით. სტატიის მიხედვით, სწორი და ზუსტი პროცედურების შერჩევასა, თეორიას ენიჭება, ასევე, გადამწყვეტი მნიშვნელობა. თეორია განსაზღვრავს ქცევითი და სოციალური ინტერვენციის ძირითად ელემენტებს და, ასევე, პოტენციურ მედიატორებსა და ინტერვენციის მოდერატორებს. ეს ძირითადი ელემენტები სიზუსტისა და სანდოობის განმსაზღვრელი ასპექტებია, რომელთა მონიტორინგი ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან ისინი გვადლევენ საშუალებას დავრწმუნდეთ, რომ ძირითადი ელემენტების მიწოდება ხდება დროულად და განზრახულის შესაბამისად.

Susan Czajkowski აღნიშნავს, რომ (Dr. Borelli's მოდელი) უფრო მეტად ფოკუსირებულია ხარისხის და სიხშირის მაჩვენებლებზე, რომლის მიხედვით მონაწილეები იღებენ და იყენებენ ინტერვენციის ძირითად ელემენტებს; სიზუსტის/სანდოობის მონიტორინგის მეთოდებთან დაკავშირებით მომავალი დაფინანსების ინიციატივები საჭიროებს მკვლევრების განმარტებებს (28). Barbara Campbell და James Neff-ის მიხედვით, ინტერვენციების ეფექტურობის/ქმედითობის (კონტროლირებადი პირობების შემთხვევაში) ტესტირებიდან ეფექტურობის (რეალური ცხოვრების პირობების შემთხვევაში) ტესტირებაზე გარდამავალ ეტაპზე ინტერვენციების სიზუსტის შემანარჩუნებელი პროცედურების შექმნა რთულდება. მიუხედავად ამისა, ისინი ამტკიცებენ, რომ პროვაიდერების და მონაწილეების მრავალფეროვანი ნიმუშები გვთავაზობს ცვლადების შესწავლის უნიკალურ შესაძლებლობას პრაქტიკულ ასპექტში, რაც გავლენას ახდენს ამ მრავალრიცხოვანი ფაქტორის და ინტერვენციის შედეგების ურთიერთდამოკიდებულებაზე (29, 30). ფსიქოსოციალური ინტერვენციის კვლევის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ელემენტი - გარანტირება იმისა, რომ ინტერვენცია მისაღები იყოს როგორც მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების, ისე ინტერვენტებისთვის. Guadalupe Ayala და John Elder-ის (31) მეხუთე სტატიაში აღწერილია თვისობრივი/ხარისხობრივი მეთოდები, ინტერვიუებისა და ფოკუს-ჯგუფების ჩათვლით, რომელიც უზრუნველყოფს ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების სანდოობის/სიზუსტის ხარისხს.

სტატიაში, ასევე, აღწერილია მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის შესაბამისი და მისაღები სტრატეგიის განვითარების მნიშვნელობა, ასევე, მეთოდები, რომელიც უზრუნველყოფს მაჩვენებლების წაკითხვის და სანდოობის შესაბამისობას სავარაუდო მონაწილეებთან. სტატიაში მოყვანილია მოსაზრება, რომ შესაძლებელია არსებობდეს წინააღმდეგობა თეორიაზე დაფუძნებულ ინტერვენციებსა (ჩარევები) და მოსახლეობის სამიზნე ჯგუფებისა და ინტერვენტებისთვის შესაბამის და მისაღებ ინტერვენციებს შორის. მედიაციის ანალიზი, რომლის მეშვეობით ხორციელდება ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების აქტიური ინგრედიენტების/კომპონენტების იდენტიფიკაცია, შეიძლება დაგვეხმაროს აღნიშნული პრობლემის მოგვარებაში, სამიზნე მონაწილეებზე მორგებული ასპექტებისგან მნიშვნელოვანი ასპექტების დიფერენცირების გზით.

Helen Meissner და **Daniel McNeil**-ი აფართოებენ დისკუსიას და მხარს უჭერენ შერეულ მეთოდებს, სადაც, თვისობრივ მეთოდებთან ერთად, განიხილება რაოდენობრივი მეთოდების გამოყენება. ამ მიდგომამ შეიძლება შეგვიქმნას წარმოდგენა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის და პირის ღრუს დაავადებების შესახებ, რაც სცდება ნებისმიერი ერთი, ცალკე აღებული, მიდგომით მიღებული ინფორმაციის ფარგლებს და ზრდის იმის ალბათობას, რომ აღნიშნული ინტერვენციები საზოგადოებისთვის იქნება მისაღები (32, 33). ამასთან ერთად, Amid Ismail-ის მიხედვით, მკვლევრები, ასევე, კვლევაში რთავენ საბოლოო ინტერვენციის შესაბამისობის ანალიზს (რომელიც ხორციელდება ინტერვენციის შემუშავების პროცესში). აქედან გამომდინარე, უნდა გამოვიჩინოთ სიფრთხილე და შესაბამისობის კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მიკერძოებული მეთოდით, ისე რომ, მკვლევრებს უთხრან ის, რისი მოსმენაც მათ სურთ (34). შესაბამისი/მისაღები ქცევითი ან სოციალური ინტერვენციის მეთოდის შემუშავების და მყარი კლინიკური კვლევის ეფექტურობის დემონსტრირების შემდეგ, მკვლევრებისთვის შემდგომი ლოგიკური ნაბიჯია ინტერვენციის იმპლემენტაცია ახალ გარემოში. Dwayne Simpson-ის (35) მეექვსე სტატიაში აღწერილია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციების იმპლემენტაციის მოდელი, სადაც გათვალისწინებულია მომზადება ორგანიზაციის დონეზე, ტრენინგი ინტერვენტებისათვის, ინტერვენციის მიღებისა და დანერგვის ხელშემწყობი ფაქტორები და ხანგრძლივ პერიოდზე გათვლილი გაუმჯობესების მიღწევა პრაქტიკაში.

კვლევის იმპლემენტაცია ჯანდაცვის სხვა სფეროებში, განსაკუთრებით, ნარკოდამოკიდებულების მკურნალობის მიმართულებით, ხაზს უსვამს იმპლემენტაციის მნიშვნელოვან ასპექტებს. Jane Weintraub და Catherine Demko თავიანთ კომენტარებში რეკომენდაციას უწევენ Simpson-ის მოდელის გაფართოებას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფრო ფართო პერსპექტივის ჩართულობით (მაგ., უფრო მამტაბურ სისტემაში), მომხმარებელთა მოთხოვნების მეტად გათვალისწინებას, საზოგადოების ჩართულობას და ახალი სტომატოლოგიური კაბინეტების მხარდამჭერ სტრატეგიებს, ცვლილების მართვის პროცესების გამოყენებით (36, 37).

David Chambers საუბრობს ინტერვენციის მდგრადობის შესწავლასთან დაკავშირებულ გამოწვევებზე, მიუთითებს რა მდგრადობის შესაბამის დეფინიციებთან დაკავშირებული კონსენსუსის არარსებობაზე (მაგალითად, ინტერვენციის სანდოობის დონე), მდგრადობის გამოვლენის ვადებსა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაში პერიოდული გაუმჯობესების დაფიქსირების/გამოვლენის მეთოდებზე (38). პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში რეკომენდებულია მეტი კვლევის განხორციელება გავრცელების და იმპლემენტაციის მიმართულებით, მდგრადობის ჩათვლით.

Joan O'Connell და **Susan Griffin-ის (39)** დასკვნითი სტატია ეხება ქცევითი და სოციალური ინტერვენციის კვლევაში ხარჯთაღრიცხვის ანალიზის ჩართვას. გასაკვირი არაა, რომ ინტერვენციის ხარჯები და გონივრული ხარჯი - სარგებლის ფარდობასთან დაკავშირებული დამკვიდრებული - შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მნიშვნელოვანი ფაქტორი ინტერვენციების იმპლემენტაციისა და მდგრადობის შენარჩუნების პროცესში. **Richard Manski** აკეთებს კომენტარს იმასთან დაკავშირებით, თუ რა გავლენას იქონიებს შერჩეული პერსპექტივა (ინდივიდუალური პაციენტები დაზღვევის გარეშე, თემი ან საზოგადოება), გამოყენებული მეტრიკები (დოლარის ღირებულება, ხარისხზე მორგებული ცხოვრების წლები, თავიდან აცილებული კარიესი) და ალტერნატიული ხარჯები ხარჯთაღრიცხვის ანალიზის განხორციელებაზე (40).

ხარჯებთან დაკავშირებული სირთულეების დაძლევა მოითხოვს სპეციფიკურ ცოდნას, რომელიც ხშირად ასოცირდება ჯანდაცვის ეკონომიკასთან და არ არის შეტანილი ქცევითი და სოციალური ინტერვენციის მკვლევრების სასწავლო პროგრამებში (კურიკულუმი). ექსპერტიზის ამ სფეროების გაერთიანება შეიძლება იყოს მნიშვნელოვანი ნაბიჯი ეფექტური და მომგებიანი ქცევითი და სოციალური ინტერვენციების განვითარების მიმართულებით, პირის ღრუს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით. **Sarah Duffy-ის** მიხედვით, პირის ღრუს ჰიგიენის სფერო უნიკალურ პოზიციაშია, რაც საშუალებას იძლევა, სხვა დისციპლინების ჩარჩოებში, ეკონომიკური შეფასებიდან მივიღოთ მაქსიმალური სარგებელი და კვლევებში გამოვიყენოთ უფრო სტანდარტიზებული მეთოდები.

ეს მიდგომა საშუალებას მოგვცემს განვახორციელოთ დასკვნების და დასაბუთებული გადაწყვეტილებების უფრო ეფექტური შედარება - რომელი ქცევითი და სოციალური ინტერვენცია უკეთ დააკმაყოფილებს პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მოთხოვნებს/საჭიროებებს (41). სპეციალური გამოცემა მთავრდება დისკუსიით თემაზე - რა გავლენას ახდენს გამოცემაში წარმოდგენილი თითოეული საკითხი ფსიქოსოციალური ინტერვენციის კვლევით პროგრამაზე NIDCR (42). ამ სპეციალურ გამოცემაში წარმოდგენილი კონცეპტუალური ჩარჩო აერთიანებს ექვს თემატიკას: ინტერვენციის დაგეგმვის მოდელის განვითარებას, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევითი თეორიის სათანადო გამოყენებას, მოქმედების ანალიზის მექანიზმების მართვას, სანდოობის/სიზუსტის მონიტორინგს, წვდომის უზრუნველყოფას, მუშაობას ინტერვენციის მდგრადი განვითარებისთვის და ეკონომიკური ანალიზის ჩართვას ინტერვენციის კვლევებში.

დასკვნითი კომენტარები

პირის ღრუს ჯანმრთელობა და დაავადებები უკავშირდება რთული პროცესების ურთიერთქმედებას, მრავალი ქცევითი და სოციალური ფაქტორის ჩათვლით. პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროში სავალდებულოა ამ ფაქტორების გააზრება და მაღალი ხარისხის, ემპირიულად მხარდაჭერილი ინტერვენციების განვითარება, რომლებიც მიმართულია მოსახლეობის პირის ღრუს ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. ეს სპეციალური გამოცემა შეიძლება განვიხილოთ, როგორც პირველადი რესურსი პირის ღრუს ჯანმრთელობის მკვლევართა კონგენტისთვის, აგრეთვე, ჯანმრთელობის სხვა სფეროების მკვლევართათვის, ამ მიმართულებით, მათი აქტიურობის პრომოციის თვალსაზრისით, აღნიშნულ გამოცემაში წარმოდგენილ სტატიებში მოყვანილია მრავალი კონცეპტუალური და მეთოდოლოგიური ინსტრუმენტი, რომელიც აუცილებელია ეფექტური ფსიქოსოციალური ორალური ჯანმრთელობის ინტერვენციების განვითარების, ტესტირებისა და მიწოდებისთვის საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფისა და პოპულაციისთვის. უფრო მეტიც, ამ ტიპის კვლევაში მონაწილეობით და სხვა დისციპლინების ქცევითი და სოციალურ მეცნიერებათა დარგის ექსპერტებთან თანამშრომლობით, პირის ღრუს ჯანმრთელობის სფეროს მკვლევრები ხელს

შეუწყობენ პირის ღრუს ჯანმრთელობის კვლევის ხარისხისა და რელევანტურობის ამაღლებას და გამორჩეულ წვლილს შეიტანენ ქცევისა და სოციალური ცვლილების ცოდნის ბაზის განვითარებაში.

თავი 2. კვლევის მასალა და მეთოდები

2.1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის კვლევა (პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ კრიტერიუმების შემუშავება და ცოდნის დონის შეფასების კრიტერიუმები)

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, ვსწავლობდით პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობას, ცოდნის დონეს. არაერთი სამეცნიერო ლიტერატურული წყაროს მოძიების და მიმოხილვის შემდეგ მივედით დასკვნამდე, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნა, ძირითადად, ეფუძნება პირის ღრუს ჰიგიენის და ქცევითი ფაქტორების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებას; გარდა ამისა, არსებობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღიარებული და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ადაპტირებული მიდგომა, რომელზე დაფუძნებითაც იკვლევენ და სწავლობენ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცოდნის დონეს, ეს მიდგომა ეფუძნება კვლევას 3 მიმართულებით: ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა: ეგრეთ წოდებული - „KAP კვლევა“.

KAP (ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა) კვლევა არის ქცევის ცვლილების თეორია, რომელიც შემოთავაზებულია 1960 წელს, დასავლელი მკვლევრების მიერ, იმისათვის, რომ მომხდარიყო ადამიანთა ქცევის ცვლილება. ეს თეორია დაყოფილია 3 თანმიმდევრულ პროცესად: ცოდნის თაობაზე გამოკითვა, დამოკიდებულების შეფასება და ქცევის ფორმირება. **KAP** (ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა) კვლევა ზომავს თემის ცოდნას, დამოკიდებულებას და პრაქტიკას. ის შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც „დიაგნოზი თემისათვის“ - ამა თუ იმ საკითხის ცოდნის დონის შეფასება ქცევის ცვლილების ფორმირების პროცესში. **KAP** (ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა) კვლევა არის სპეციფიკური პოპულაციისთვის ინფორმაციის შეგროვების რეპრეზენტული კვლევა, რომელიც კრებს ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რა იცის, რისი სჯერა და რას აკეთებს სპეციფიკურ საკითხებთან

მიმართებაში. **KAP** (ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა) კვლევათა უმრავლესობაში მონაცემები გროვდება ზეპირსიტყვიერად, ინტერვიუს დროს, სტრუქტურირებული სტანდარტული კითხვარით.

ცოდნის დონის შეფასება, თავისთავად, მნიშვნელოვანი მიზანია ჩვენი კვლევისთვის, თუმცა არანაკლებ მნიშვნელოვანია მისი დაკავშირება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან და იმის გარკვევა, არის თუ არა კავშირი პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნას, მის პრაქტიკაში გამოყენებასა და პირის ღრუს ჯანმრთელობას შორის. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ **ცოდნა**, მისდამი ადეკვატური **დამოკიდებულება** და მისი **პრაქტიკული რეალიზება** ვიზუალურად აისახება შედეგზე - ჯანმრთელი პირის ღრუზე.

ზემოაღნიშნულ საკითხს აქვს, ასევე, მეორე ასპექტი – რა შეიძლება იყოს მიჩნეული პირის ღრუს ჯანმრთელობად. ამის შესახებაც სპეციალისტების აზრი მთელ მსოფლიოში გარკვეულ კონსენსუსამდეა მისული და მიჩნეულია, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის დეფინიციებისთვის გამოყენებული უნდა იყოს კომპლექსური მიდგომა. ეს მიდგომა ითვალისწინებს როგორც ვიზუალიზაციას, ისე - ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკურ კვლევებს. ამაზე დაყრდნობით ჩვენ შევიმუშავეთ მიდგომა: პირის ღრუს დაავადებებიდან წამყვანია კარიესი და პაროდონტიტი.

ორივე ნოზოლოგია ექვემდებარება პრევენციას და ეფექტურ მართვას. პირის ღრუს დათვალისწინების შედეგად ჩვენ შეგვიძლია განვსაზღვროთ დეფექტის ლოკალიზაცია და გავრცელება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-55/ნ („სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“), რომლითაც დამტკიცდა სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი და განისაზღვრა:

მუხლი 2. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი – ფორმა №IV-220/ა (დანართი №1)

1. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი წარმოადგენს სამედიცინო დოკუმენტს ამბულატორიული პაციენტისთვის.

2. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისთვის ინდივიდუალურად, სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ პაციენტის პირველი მიმართვის დროს.

3. სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება მოქალაქის/პაციენტის პირადი ნომრის მიხედვით (პირადი ნომრის არქონის შემთხვევაში – რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით).

4. სამედიცინო ბარათი ივსება პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. „საპასპორტო მონაცემების“ შევსების უფლება აქვს პირს, რომელსაც განსაზღვრავს თავად მომსახურების მიმწოდებელი. ივსება ყველა ის გრაფა, რომელზეც არსებობს ინფორმაცია. ბავშვთა მომსახურების შემთხვევაში, ივსება მხოლოდ შესაბამისი გრაფები.

5. მონაცემები ალერგიული რეაქციების შესახებ ფიქსირდება შესაბამის გრაფაში ასეთი ინფორმაციის არსებობისას.

მუხლი 3. „პაციენტის გასინჯვის ფურცელი“ – ფორმა №IV-220-1/ა (დანართი – №2)

1. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი ივსება ყოველ ახალ შემთხვევაზე. მასში ფიქსირდება პაციენტის როგორც პირველადი, ისე ყველა მომდევნო (განმეორებითი) ვიზიტი, ერთი შემთხვევის (ეპიზოდის) ფარგლებში.

2. საბოლოო დიაგნოზის ფორმულირება უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10 ნორმების კლინიკურ ვარიანტს.

3. სამედიცინო ჩარევების, პროცედურებისა და გამოკვლევის კოდ(ებ)ის მითითების შემთხვევაში, აღნიშნული კოდები უნდა დაფიქსირდეს ძირითადი ჩარევის, კლინიკური ან/და დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩანაწერის ბოლოს.

აღნიშნული დოკუმენტაცია პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საშუალებას გვაძლევს საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე. თუმცა, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ, სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში, არც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებშია განსხვავებული პირის ღრუს ჯანმრთელობის გამოკვლევის მიდგომები, შეგვიძლია დავიმოწმოთ არაერთი სამეცნიერო ლიტერატურული წყარო, რომელიც წარმოდგენას გვიქმნის იმის თაობაზე, თუ როგორ ფასდება პირის ღრუს ჯანმრთელობა. აღნიშნული წყაროებიდან გვინდა ყურადღება შევაჩეროთ ერთზე: „**Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme**“ www.sdcep.org.uk/.../oral-health-assessment. ამ დოკუმენტში მოწოდებულია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შეფასება. ეს მიდგომაც, როგორც, საერთოდ, მიდგომა პირის ღრუს ჯანმრთელობისადმი, კომპლექსურია და მოიცავს როგორც რბილი, ისე მაგარი ქსოვილების მდგომარეობის შეფასებას და არა მარტო. დოკუმენტის სრული ვერსია წარმოდგენილია ნაშრომის დანართში (დანართი 7.2). საბოლოოდ, გვინდა შევჯერდეთ როგორც ჩვენი ქვეყნის, ისე მსოფლიო გამოცდილებით სინთეზირებულ ადაპტირებულ ვარიანტზე, რაც გამოვიყენეთ კვლევაში. ამ შემთხვევაში პირის ღრუს გამოკვლევის გეგმა ითვალისწინებს:

1. სახისა და პირის ღრუს დათვალიერებას;
2. ანამნეზის შეკრებას;
3. დამატებით დიაგნოსტიკურ მეთოდებს.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჯანმრთელი პირის ღრუ მეტია, ვიდრე კბილები და გულისხმობს პირის ღრუს ორგანოებისა და ქსოვილების სიჯანსაღეს. **სამეცნიერო ლიტერატურაზე დაყრდნობით და დარგის ფუნდამენტურ სახელმძღვანელოთა რეკომენდაციების გათვალისწინებით**, კბა, გინგივიტის და პაროდონტის ინდექსები, გამოყენებული იყო პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისთვის. კარიესის დიაგნოსტიკა და აღრიცხვა ვაწარმოეთ ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული

კარიესის ინტენსივობის - კბა ინდექსის გამოყენებით, რომელიც გულისხმობს კარიესული, დაბჟენილი და ამოღებული კბილების ჯამს.

კარიესული, დაბჟენილი, ამოღებული კბილის კბა ინდექსი ასე განისაზღვრა:

3,0 - მდე - დაბალი;

3,0 - 6,0 - საშუალო;

6,0 - ზე მეტი - მაღალი.

პაროდონტის ქსოვილების დაზიანების ინტენსივობისა და გავრცელების შესწავლისათვის გამოვიყენეთ რუსელის (R. Russel) მიერ შემოღებული პაროდონტული ინდექსი (PI).

პაროდონტის მდგომარეობას აფასებენ შკალით 0-დან 8-მდე, ამ დროს ითვალისწინებენ ღრძილის ანთებას, კბილის მოძრაობის ხარისხს და პაროდონტული ჯიბის სიღრმეს. საექვო შემთხვევებს აფასებენ ყველაზე დაბალი ქულით. ქულებს აჯამებენ და ყოფენ არსებული კბილების რაოდენობაზე. მიღებულ PI-ს აფასებენ შემდეგნაირად: 0,1-1,0 - დაავადების საწყისი და I სტადია; 1,5 - 4,0 - II სტადია, რომელიც ხასიათდება დესტრუქციული ცვლილებებით; 4,0-8,0 - დაავადების III სტადია.

პაროდონტის ქსოვილების მდგომარეობა შეიძლება შევამოთ პაპილარულ-მარგინალურ-ალვეოლური ინდექსით (PMA). PMA ინდექსი შეიძლება გამოყენებული იყოს მხოლოდ პაროდონტის საწყისი ცვლილებების შესასწავლად, ამიტომ მას გინგივიტის ინდექსს უწოდებენ. PMA ინდექსის ციფრული მნიშვნელობა არის ყველა არსებული კბილის მარგინალური პაროდონტის მდგომარეობის მაჩვენებლების ჯამი, რომელიც ყოველთვის მთელი რიცხვით გამოისახება.

ღრძილის ანთება (P) შეფასებულია როგორც 1, ღრძილის კიდის ანთება (M) – 2, ალვეოლური ღრძილის ანთება (A) – 3.

პარმამ (Parma, 1960) შემოგვთავაზა PMA ინდექსის მოდიფიკაცია მისი მნიშვნელობის %-ში გამოხატვით. პარმას მიხედვით, PMA ინდექსს გამოთვლიან შემდეგნაირად:

$$\text{გინგივიტის ინდექსი} = \frac{\text{ჯამი} \times 100}{3 \times \text{კბილების რიცხვი}} \%$$

ჯამი მიიღება ყოველი კბილის მარგინალური პაროდონტის მდგომარეობის უმაღლესი შეფასების დაჯამებით.

მსჯელობის შედეგად მივდივართ დასკვნამდე:

პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესაფასებლად გამოყენებული იქნება შემდეგი ინდექსები და მათი შეფასების კრიტერიუმები:

კბა ინდექსი, ინტენსივობის მიხედვით - 1) 3.0 მდე - დაბალი, 2) 3.0-6.0 - საშუალო, 3) 6.0 და მეტი - მაღალი.

გინგივიტის ინდექსი: სიმძიმის მიხედვით - 1) მსუბუქი, 2) საშუალო, 3) მძიმე;

პაროდონტის ინდექსი: სიმძიმის მიხედვით - 1) მსუბუქი 2) საშუალო, 3) მძიმე.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ მიერ შემუშავებული შეფასების კრიტერიუმები საშუალებას მოგვცემს ობიექტურად შევაფასოთ პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა. გარდა ამისა, შევაფასოთ მოსახლეობის ცოდნის დონე პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ და შემდგომ მოვახდინოთ ინფორმირებული და არაინფორმირებული პაციენტთა ჯგუფების პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედარება.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, ჩატარდა დაკვირვებადი კვლევა საქართველოს დედაქალაქსა და რეგიონებში, რეგიონები შეირჩა რანდომულად და კვლევა ჩატარდა თბილისში, ქვემო ქართლში, აჭარასა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში. სულ გამოიკითხა 3600 ადამიანი. საკვლევი ჯგუფის ზომა შეირჩა მისი ფორმულის მიხედვით:

$$n = \left[t^2 \times \frac{p \times q}{d^2} \right] \times DEFF$$

სადაც,

n არის საკვლევი ჯგუფის ზომა;

t - დაკავშირებულია საკვლევი ჯგუფის შერჩევის 95%-იან სანდოობის ინტერვალთან (2.045);

p - მოსალოდნელი პრევალენტობა (1-ის ნაწილი – 1-ზე ნაკლები ათწილადი);

q=1-p - მოსალოდნელი არაპრევალენტობა (1-ის ნაწილი – 1-ზე ნაკლები ათწილადი)

d - სასურველი ფარდობითი სიზუსტე

DEFF - დიზაინის ეფექტურობა.

იმის გათვალისწინებით, რომ მთელ მსოფლიოში ცოდნის დონის შეფასება, განურჩევლად იმისა, რისი ცოდნა ფასდება (პირის ღრუს ჯანმრთელობის, ქოლერის, ვაქცინაციის, შაქრიანი დიაბეტის ადეკვატური მოვლის, აივ-ინფექციის, თუ დღეისათვის ასე აქტუალური კოვიდინფექციის), ხდება KAP კვლევის შესაბამისად კითხვარებით **(1. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) surveys during cholera vaccination campaigns: Guidance for Oral Cholera Vaccine Stockpile Campaigns, www.who.int/publications/m/item/knowledge. 2. The KAP survey model (Knowledge, Attitude & Practices) <https://www.researchgate.net> 3. Knowledge, Attitude, and Practice towards Glycemic Control and Its Associated Factors among Diabetes Mellitus Patients <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2019/2593684>, 4. COVID-19: a National Survey on perceived level of knowledge, attitude and practice among frontline healthcare Workers in Nepal, <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-10025-8>)**

ჩვენს კვლევაშიც, შერჩეული საკვლევი ჯგუფის გამოკითხვა ჩატარდა სპეციალურად კვლევისთვის ჩვენ მიერ შედგენილი კითხვარის მიხედვით. კითხვარი დაეფუძნა იმ საერთაშორისო გამოცდილებას, რაც არსებობს ამ საკითხის კვლევის საერთაშორისო პრაქტიკაში; კითხვარი, როგორც კვლევის ინსტრუმენტი, შეიქმნა ყველა იმ ასპექტის გათვალისწინებით, რაც სჭირდება შესასწავლი მოვლენის ადეკვატურ გაზომვას და კვლევის მიზნებსა და ამოცანებზე გასვლას. კითხვარი დაიტესტა კლინიკა „ბიოდენტის“ ბაზაზე და პილოტურად გამოიკითხა 100 შემთხვევით შერჩეული კლინიკაში ვიზიტზე მოსული პაციენტი. კითხვარი იყო შერეული ტიპის, მოიცავდა ღია და დახურულ შეკითხვებს.

KAP - პროტოკოლის შესაბამისად, კითხვარი შედგებოდა 3 ძირითადი ნაწილისგან:

პირველი ნაწილი მოიცავდა შეკითხვებს პირის ღრუს ჰიგიენის და სწორი (ადეკვატური) ქცევის შესახებ ცოდნის გამოსავლენად;

მეორე ნაწილი არკვევდა დამოკიდებულებას ამ ცოდნის პრაქტიკული გამოყენების კუთხით;

მესამე ნაწილი ავლენდა უნარებს, რომელიც ყალიბდება ცოდნის არსებობის და ადეკვატური ქცევის პირობებში და, საერთო ჯამში, აფასებდა პირის ღრუს ცოდნის პრაქტიკას.

გარდა ამისა, კითხვარის შესავალ ნაწილში გარკვეული ადგილი დაეთმო გამოსაკითხი კონტინგენტის დემოგრაფიული დახასიათებისთვის აუცილებელ შეკითხვებს, რომელზე გაცემული პასუხებიც შემდგომ წარმატებით იყო გამოყენებული შედეგების ინტერპრეტაციისა და ანალიზისათვის.

კითხვარის პირველ ნაწილში, რომლითაც პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნა ფასდებოდა, კითხვები ასე ჩამოყალიბდა:

1. ცოდნა კბილების გასუფთავებაზე (კბილების გახეხვა);
2. ცოდნა კბილების გახეხვა/გასუფთავების სიხშირეზე (დღეში);
3. ცოდნა კბილების გახეხვის პერიოდზე დღე-ღამის განმავლობაში;
4. ცოდნა კბილების გახეხვა/გასუფთავების ხანგრძლივობაზე;
5. ცოდნა კბილის ჯაგრისის არჩევის თობაზე;
6. ცოდნა დენტალური ფლოსის გამოყენების თაობაზე;
7. ცოდნა დენტალური ფლოსის გამოყენების სიხშირის თაობაზე;
8. ცოდნა კბილის პასტის გამოყენების თაობაზე (ფტორირებული, კალციუმის შემცველი კბილის პასტების გამოყენება, მათეთრებელი კბილის პასტების გამოყენება);
9. ცოდნა კბილების სავლებების გამოყენების და მათი გამოყენების სიხშირის თაობაზე;
10. ცოდნა თამბაქოს მავნე ზემოქმედების შესახებ პირის ღრუზე;
11. ცოდნა ფტორის გავლენაზე კბილის კარიესთან მიმართებაში;
12. ცოდნა საკვები რაციონის გავლენაზე პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან მიმართებაში (ტკბილი, ცხარე, მჟავე საკვები);
13. ცოდნა ტემპერატურული გამღიზიანებლის თაობაზე;
14. ცოდნა კბილის ჯაგრისის ცვლის სიხშირეზე;
15. ცოდნა კბილის ჯაგრისის შენახვის თაობაზე;

16. ცოდნა ალკოჰოლის გამოყენების თაობაზე.

კითხვარის მეორე ნაწილი, რომელიც არკვევდა დამოკიდებულებას პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ, მოიცავდა შეკითხვებს:

1. ფიქრობთ თუ არა, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრობლემები გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე?
2. ფიქრობთ თუ არა, რომ რეგულარული ვიზიტები სტომატოლოგთან აუცილებელია?
3. თვლით თუ არა, რომ დაკარგული ბუნებრივი კბილის ჩანაცვლება ხელოვნური კბილით აუცილებელია მყისიერად?
4. თვლით თუ არა, რომ თამბაქოს მოხმარება ცუდი ჩვევაა?
5. თვლით თუ არა, რომ სტომატოლოგთან ვიზიტი აუცილებელია მხოლოდ სამკურნალოდ და არა პრევენციისთვის?
6. თვლით თუ არა, რომ კბილის მკურნალობა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც სხეულის დანარჩენი ორგანოების?
7. გეშინიათ თუ არა სტომატოლოგთან ვიზიტის?

კითხვარის მესამე ნაწილში, რომელიც გამოავლენდა იმ უნარებს, რომელსაც ცოდნის და ადეკვატური ქცევის ერთობლიობა განაპირობებს და, საერთო ჯამში, აფასებდა პირის ღრუს ცოდნის პრაქტიკას, მოცემული იყო შეკითხვები:

1. რა დროს ანდომებთ კბილების გახეხვას?
2. რა სიხშირით იხეხავთ კბილებს?
3. რა მიზნით იხეხავთ კბილებს?
4. პრიორიტეტულია თუ არა ფტორირებული კბილის პასტის გამოყენება?
5. ახდენთ თუ არა პირის ღრუს რუტინულ შემოწმებას?
6. ისუფთავებთ თუ არა პირის ღრუს ყოველი ჭამის შემდეგ?
7. როგორია ტკივილის სიხშირე თქვენთვის ღეჭვის დროს?

კითხვარის პირველი ნაწილის შეკითხვებზე გაცემული პასუხები ფასდებოდა შემდეგნაირად: პასუხების შეფასება ხდებოდა ქულობრივად და მოცემული იყო 2

ძირითადი გრადაცია: სწორი პასუხი ფასდებოდა 1 ქულით, არასწორი პასუხი – 0 ქულით; ცოდნის დონის შეფასება კი ხდებოდა 3 მიმართულებით:

ცოდნა არა აქვს – 0-3-მდე ქულა;

საშუალო ცოდნა აქვს – 3-10 ქულა;

ცოდნა აქვს – 11-20 ქულა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არასწორად შემოხაზული პასუხები (იგულისმება არა შემოუხაზავი, არამედ - არასწორად შემოხაზული) კლასიფიცირდა როგორც „შეცდომით ცოდნა“ და შეფასდა „0“ ქულით. ამიტომ ჩვენი ინტერპრეტაციის შესაძლო ვარიანტები ასე ჩამოყალიბდა: „ცოდნა აქვს“, „საშუალო ცოდნა აქვს“ და „ცოდნა არა აქვს“, რაც მოიცავდა „შეცდომით ცოდნასაც“.

კითხვარის მეორე (დამოკიდებულების) ნაწილში გაცემული პასუხები კლასიფიცირდებოდა შემდეგნაირად: 1 ქულა - სწორი პასუხები და 0 ქულა - არასწორი პასუხები. შედეგების ინტერპრეტაცია ხდებოდა სწორი პასუხების დაჯამებით. კითხვარის შეფასება ხდებოდა პროცენტულად – 50%-ზე მეტი სწორი პასუხის შემთხვევაში დეფინიცირებული იყო „ადეკვატური დამოკიდებულება“, 50%-ზე ნაკლები სწორი პასუხის შემთხვევაში კი – „არაადეკვატური დამოკიდებულება“.

კითხვარის მესამე (პრაქტიკის) ნაწილში გაცემული პასუხები კლასიფიცირდებოდა შემდეგნაირად: 1 ქულა – სწორი პასუხები და 0 ქულა – არასწორი პასუხები. შედეგების ინტერპრეტაცია ხდებოდა სწორი პასუხების დაჯამებით, კითხვარის შეფასება - პროცენტულად. 50%-ზე მეტი სწორი პასუხის შემთხვევაში დეფინიცირებული იყო „შესაბამისი პრაქტიკა“, 50%-ზე ნაკლები სწორი პასუხის შემთხვევაში – „არაშესაბამისი პრაქტიკა“. ამ ნაწილში სწორი პასუხების შეფასდა ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაციის რეკომენდაციების შესაბამისად.

კითხვარის მესამე ნაწილის შეკითხვებზე პასუხის გაცემა, წინა ორი ნაწილის შეკითხვებისგან განხვავებით, პაციენტებს უწევდათ არა მოცემული პასუხების სხვადასხვა ვარიანტებიდან, არამედ, საშუალება ეძლეოდათ, საკუთარი შეხედულებებისამებრ ჩამოეყალიბებინათ პასუხები. ეს მიდგომა გვეხმარებოდა მეტად გაგვერკვია მათი უნარები და ზუსტად დაგვედგინა, რა ჩვევებს და პრაქტიკას ფლობდა გამოსაკითხი კონტინგენტი. მათი ცოდნის ადეკვატურად შეფასების

მიზნით, პასუხებს ეცნობოდნენ ექიმი სპეციალისტები. კვლევის შედეგების მეტი ვალიდურობისათვის, ერთსა და იმავე პასუხებს აფასებდა ორი განსხვავებული სპეციალისტი ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად.

გამოკითხვის შედეგად მიღებული მასალა კლასიფიცირებული იყო მახასიათებლების მიხედვით, შეიტანეს მონაცემთა ბაზაში და დამუშავდა სტატისტიკურად. აღწერილობითი სტატისტიკით გამოითვალა საშუალო და სტანდარტული გადახრა, ჯგუფებს შორის შედარება მოხდა r კორელაციის კოეფიციენტით და χ^2 ტესტით, კოეფიციენტების გამოთვლის შემდეგ დაფიქსირდა p -ს მნიშვნელობა.

პირის ღრუს შესახებ ცოდნის დონის დეფინიცირების შემდეგ, გამოკითხულ პაციენტებში, შეფასდა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა და საკვლევ კონტინგენტში გამოიყო 3 ჯგუფი პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცოდნის დონის მიხედვით:

1. არა აქვს ცოდნა;
2. აქვს საშუალო ცოდნა;
3. აქვს ცოდნა.

აღნიშნულ ჯგუფებში შეფასდა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მოხდა ჯგუფების ერთმანეთთან შედარება იმის გასარკვევად, ახდენდა თუ არა ცოდნის დონე გავლენას ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

2.2. ქცევის ცვლილებების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე

იმის გათვალისწინებით, რომ **KAP** (ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა) კვლევა არის ქცევის ცვლილების ფორმატის კვლევა და მნიშვნელოვანია, პრაქტიკული უნარ-ჩვევების ფლობა იმპლემენტაციის კუთხით, ჩვენი კვლევის პროცესში, მას შემდეგ, რაც მოხდა გამოსაკითხი კონტინგენტის ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის შეფასება და გაირკვა გამოკითხულთა დაბალი ცოდნის დონის, არაადეკვატური დამოკიდებულების და არაშესაბამისი პრაქტიკის

შესახებ, მოვახდინეთ პრაქტიკის ნაწილზე აქცენტირება და შევისწავლეთ პაციენტთა ქცევის ცვლილება და მასთან ასოცირებული შედეგები.

როგორც სამეცნიერო ლიტერატურიდან არის ცნობილი, – „ქცევის შეცვლა ბევრად მეტია, ვიდრე ინფორმაციის მიწოდება“.

კვლევის პროცესში ჩვენი მიზანი იყო პაციენტთათვის აგვეხსნა და ნათლად ჩამოგვეყალიბებინა, თუ რა ტიპის ქცევის მიღწევა გვსურდა. როგორც ცნობილია, თუ საჭირო სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი, ქცევის შეცვლა ნაკლებად მოსალოდნელია. ამიტომ, კვლევის დროს, ვითვალისწინებდით სერვისების ხელმისაწვდომობას, ყველა საჭირო სერვისს ვთავაზობდით მარტივად და უპრობლემოდ.

ასევე, გვქონდა ქცევის საბაზისო ინდიკატორები და ინტერვენციების შემდეგ რაოდენობრივად ვაფასებდით, მოხდა თუ არა ქცევის პოზიტიური ცვლილება.

თუმცა, როგორც ცნობილია, – „ქცევის შეცვლა მარტივი არაა. ქცევის შესაცვლელად უნდა ვიცოდეთ, რამ შეიძლება წაახალისოს, ან მოტივაცია მისცეს ადამიანს, რომ შეცვალოს ცხოვრების წესი ან/და რომელიმე კონკრეტული ქცევა.“

სამეცნიერო ლიტერატურიდან ვიგებთ, რომ ქცევის შეცვლის პროცესს აქვს სხვადასხვა ეტაპი:

ა) ადამიანი არაინფორმირებულია;

ბ) პრობლემის შესახებ ინფორმირებულია, მაგრამ ვერ ხედავს კავშირს პრობლემასა და საკუთარ თავს შორის;

გ) ინფორმირებულია/შემფოთებულია; პრობლემა გაცნობიერებული აქვს და სჭირდება გამოსავლის გზების პოვნა;

დ) იძენს საჭირო ცოდნას და უნარებს; სერიოზულად განიხილავს პრობლემას, იწყებს პრობლემის შესახებ საუბარს;

ე) მოტივირებულია და მზადაა, შეცვალოს ქცევა.

ქცევით ინტერვენციად მიიჩნევა ყველა ის ფაქტორი, რომელიც ინდივიდუალურ დონეზე რეგულირდება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის გაზრდით, დაავადებათა მენეჯმენტის ჩათვლით. თუმცა, უნდა აღინიშნოს იმ სოციალური გამოწვევების შესახებაც, რომლებიც გავლენას ახდენენ პირის ღრუს ქცევით ასპექტებზე.

პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხებში ქცევის ცვლილების შეფასების მნიშვნელობა შევისწავლეთ კვლევაში ჩართულ პაციენტთა რეპრეზენტულ ჯგუფში. პაციენტების შერჩევა მოხდა თბილისის სტომატოლოგიური პროფილის 4 სხვადასხვა კლინიკიდან. ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, პაციენტები ჩაერთნენ კვლევაში. კვლევისთვის წინასწარ შევიმუშავეთ რეკომენდაციები პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ, რომელიც ყველა პაციენტისთვის საერთო იყო.

რეკომენდაციები პაციენტათვის:

კბილებისა და კბილთაშორისი ზედაპირების წმენდა ყოველდღიურად ჯაგრისით და ფლოსების საშუალებით;

ფტორის გამოყენება კბილის მაგარი ქსოვილის სიმტკიცისა და დაავადების მიმართ რეზისტენტულობის გაზრდის მიზნით;

კვების სწორი ტიპის შერჩევა: ნახშირწყლოვანი საკვების სწორი მომხმარება, არაალკოჰოლური ტკბილი სასმელების ზომიერი მოხმარება;

მავნე ჩვევებზე უარის თქმა (სპეციფიკური მავნე ჩვევები, რის შესახებაც სიტყვიერი მითითება ეძლეოდათ მათი სიმრავლის და მრავალფეროვნების გათვალისწინებით);

თამბაქოს მოხმარება;

ალკოჰოლის მოხმარება.

რუტინული ვიზიტის ჩანიშვნა ექიმ სტომატოლოგთან (სამკურნალო და გადაუდებელი საჭიროების ვიზიტების გამოკლებით).

შემდგომ, ქცევითი პაკეტის მინიმალური ნუსხის შესახებ, პაციენტებისათვის ინდივიდუალურად ხდებოდა ინფორმაციის მიწოდება თითოეული პაციენტის ქცევითი თავისებურების და ქცევის ცვლილების მზაობის გათვალისწინებით, რომელიც, კონკრეტულად მისთვის, მზადდებოდა მკვლევართა მხრიდან ყველა არსებული ბარიერის (გეოგრაფიული, ფინანსური, ფსიქოლოგიური და სხვა) და მისი ქცევითი პრაქტიკის გათვალისწინებით, რაც პაციენტს გადაეცემოდა შემდგომ ვიზიტამდე გასახორციელებლად. ამ კონკრეტული მიზნისთვის შემდგომი ვიზიტის ჩანიშვნა, მინიმუმ 5 და მაქსიმუმ 6 თვის ვადაში, პაციენტის დღის წესრიგის გათვალისწინებით, ხდებოდა ერთჯერ და, ამავე პერიოდში, მეორედ. ამ პერიოდის განმავლობაში, მკვლევრები, თვეში ერთხელ, ეკონტაქტობდნენ პაციენტს მხარდამჭერი კონსულტირების მიზნით, რაც ამყარებდა ქცევის სასურველი ცვლილების ალბათობას. განმეორებითი ვიზიტის დროს, ქცევითი პაკეტის ინტერვენციების განხორციელების რეჟიმსა და მოცულობაზე, ხდებოდა პაციენტთან გასაუბრება, ხოლო შემდგომ – პირის ღრუს ჯანმრთელობის განმეორებითი შეფასება და ქცევითი ცვლილების დაფიქსირება, ასევე, კომუნიკაცია არშესრულებული ქცევის ცვლილების მიზეზებსა და ბარიერებზე, შემდეგ კი ტარდებოდა ამ ბარიერებზე მორგებული დამატებითი კონსულტირება. ყველა ჩანაწერი კეთდებოდა ამ მიზნით ჩვენ მიერ სპეციალურად შემოღებულ ჟურნალში, პაციენტის საიდენტიფიკაციო კოდის გასწვრივ (საიდენტიფიკაციო კოდი პაციენტს, რომელიც კვლევაში ერთვებოდა, ენიჭებიდა პირველივე ვიზიტისას).

ზემოხსენებულ ჟურნალში, პაციენტის საიდენტიფიკაციო კოდთან ერთად, ფიქსირდებოდა:

პაციენტის დემოგრაფიული მონაცემები;

პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა;

ქცევითი ჩვევები;

ქცევითი პაკეტი რეკომენდაციებით;

განმეორებითი ვიზიტის თარიღი.

განმეორებით ვიზიტზე, პაციენტის საიდენტიფიკაციო კოდის გასწვრივ, ფიქსირდებოდა ქცევითი ცვლილებები და ხდებოდა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება. პირის ღრუს ჯანმრთელობა ფასდებოდა კბა, გინგივიტის და პაროდონტის ინდექსების მეშვეობით.

კვლევის ამ ფრაგმენტის შედეგად მიღებული მონაცემები, კვლევის პროცესში, დამუშავდა სტატისტიკურად, აღწერილობითი სტატისტიკით, ჯგუფებში შეფასება მოხდა χ^2 ტესტით.

აუცილებელია აღინიშნოს, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობა მჭიდროდაა დაკავშირებული ქცევით ფაქტორებთან და ერთჯერადი ვიზიტი ექიმ სტომატოლოგთან და ადეკვატური მკურნალობის ჩატარება არ წარმოადგენს პირის ღრუს შემდგომი ჯანმრთელობის გარანტიას და არასწორი ქცევების დაუსრულებლად განმეორების შემთხვევაში, არ იძლევა ჯანმრთელობის შენარჩუნების საფუძველს. თუ გავყვებით ამ ლოგიკას, გამოდის, რომ ქცევითი ცვლილებები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე სხვა რომელიმე ინტერვენცია პირის ღრუს ჯანმრთელობის კუთხით, რადგან სწორედ ქცევითი ცვლილება იძლევა მყარ და სრულფასოვან გარანტიას პირის ღრუს ჯანმრთელობის იმ პრობლემების თავიდან აცილებისათვის, რომელთა პრევენციაც, საერთოდ, შესაძლებელია.

2.3. ექიმ-სტომატოლოგთა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის ინფორმირების მნიშვნელობის თაობაზე.

კვლევის პროცესში გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი საკითხი: თუ რა დამოკიდებულება ჰქონდათ თავად ექიმ სტომატოლოგებს პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის ინფორმირების

მიმართ. ასეთ კომპლექსურ საკითხებს, როგორც წესი, სჭირდება კომპლექსური მიდგომა, ანუ, მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, ერთი მხრივ, როგორია სტომატოლოგიის დარგის სპეციალისტთა დამოკიდებულება აღნიშნული პრობლემის მიმართ, რადგან ექიმი სტომატოლოგები არიან უშუალოდ ჩართულნი სამკურნალო და პრევენციული ინტერვენციების განხორციელებაში და წარმოადგენენ ყველა სტომატოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ რგოლს ჩვენი მოსახლეობისთვის. მეორე მხრივ, არის დარგი რომლის ერთ-ერთი ძირითადი სერვისია თემის მობილიზაცია ჯანდაცვით საკითხებში და მოსახლეობის ინფორმირება-განათლება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დარგი, შესაძლებლობების ფარგლებში, წარმატებით ართმევს თავს ქვეყნის საერთო ინფრასტრუქტურული მოწყობის გათვალისწინებით, ჯანმრთელობის მდგომარეობის აქტუალურ საკითხებში მოსახლეობის ინფორმირებას, რაშიც მას, როგორც ბევრ სხვა მის მიერ დაგეგმილ ინტერვენციას იმპლემენტაციის პროცესში, გვერდით უდგას პირველადი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი, რომელიც ყველაზე მჭიდრო კავშირშია თემთან და, საერთოდ, პოპულაციასთან. თუკი ამ ლოგიკას გავყვებით, ჩვენთვის საინტერესო და აუცილებელიც იყო შეგვესწავლა, ერთი მხრივ, სტომატოლოგთა ხედვა და, მეორე მხრივ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს განათლების საკითხების ხელშეწყობის საქმეში.

კვლევის ეს სეგმენტი - ექიმ სტომატოლოგთა დამოკიდებულების შესწავლა პაციენტთა ინფორმირების კუთხით, აღმოჩნდა მეტად საინტერესო იმ თვალსაზრისით, რომ პაციენტთა ინფორმირების პროცესში ჩართული პერსონალის დამოკიდებულება არაერთგვაროვანი და მგრძნობიარეა დასმული პრობლემის მიმართ.

ექიმ სტომატოლოგთათვის ჩვენ შევადგინეთ კითხვარი, რომელიც 2 მთავარ კითხვას მოიცავდა:

პირველი შეკითხვა შეეხებოდა იმას, თუ რა ინფორმაციას ფლობდნენ ექიმი სტომატოლოგები პაციენტთა ცოდნის დონის შესახებ პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხებში (ანუ ექიმებს ვეკითხებოდით მათი პაციენტების ცოდნის დონის შესახებ პირის ღრუს მოვლის და ჰიგიენის საკითხებზე).

მეორე შეკითხვა არკვევდა თავად ექიმ სტომატოლოგთა დამოკიდებულებას პაციენტთა განათლებისა და ინფორმირების საკითხისადმი (ვეკითხებოდით, თუ როგორ უნდა მომხდარიყო პირის ღრუს მოვლის შესახებ პაციენტთა ინფორმირება ან მომხდარიყო თუ არა საერთოდ). ძირითადი კითხვები ჩაშლილი იყო ქვეკითხვებში და ფარავდა ყველა გამოსავლენ საკითხს.

კვლევა ჩატარდა 3 სტომატილოგიურ კლინიკაში: „ბიოდენტში“, „ნიუდენტსა“ და „დენტისტში“.

კლინიკა „ბიოდენტში“ გამოიკითხა 12 ექიმი, კლინიკა „დენტისტში“ - 8 ექიმი, კლინიკა „ნიუდენტში“ - 35 ექიმი სტომატოლოგი.

მონაცემთა შეკრება მოხდა ჩვენ მიერ შედგენილი კითხვარის მიხედვით, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას ექიმთა დამოკიდებულების შესახებ ზემოხსენებული საკითხის მიმართ, ასევე, ითვალისწინებდა ისეთი შეკითხვების არსებობას, რომელიც წარმოაჩენდა პირის ღრუს ჰიგიენის საკითხებში პაციენტთა ინფორმირების შესახებ ექიმების ცოდნას.

კითხვარი იყო შერეული ტიპის, ღია და დახურული კითხვებით. **საკითხის შესასწავლად ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევა.**

ზემოაღნიშნული მიდგომის შესაბამისად, მას შემდეგ, რაც გამოვიკვლიეთ ექიმ-სტომატოლოგთა დამოკიდებულება, დღის წესრიგში დადგა შეგვესწავლა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა ხედვა საკვლევ საკითხთან დაკავშირებით, რისთვისაც **ჩავატარეთ ხარისხობრივი კვლევა** და, მისი შედეგების შესაბამისად, წარმოვადგინეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა მოსაზრებების ანალიზი.

ჩატარდა ხარისხობრივი კვლევა, პირისპირი ჩაღრმავებული (in-depth interview) ინტერვიუ, დაცული იყო ხარისხობრივი კვლევის ყველა ძირითადი პრინციპი. კვლევაში ჩართულ პირებს გავაცანით კვლევის მიზანი და ამოცანები, კონფიდენციალობის დაცულობის უზრუნველყოფის იმთავითვე ნაგულისხმევი დათქმა, კვლევის ჩაწერა მოხდა ექსპერტებთან წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე, ასევე, წინასწარ შეთანხმდა ინტერვიუს ლოკაციაც კვლევის მონაწილეებთან. ჩატარდა ინდივიდუალური ინტერვიუები და ყველა მონაწილისთვის შეირჩა ინდივიდუალური ლოკაცია მისთვის კომფორტულ და ორგანულ გარემოში.

ინტერვიუს ხანგრძლივობაც წინასწარ განისაზღვრა მკვლევართა მიერ, წინასწარ შეთანხმდა ექსპერტებთან და 1,5 საათს - 90 წუთს შეადგენდა. მკვლევართა მხრიდან წინასწარი შეთანხმება ჩანაწერების გაკეთებაზე მოხდა ინტერვიუს მსვლელობის დროს.

საკვლევი ჯგუფის შერჩევა

საკვლევი ჯგუფი შეირჩა შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

ჯანდაცვის სფეროში მუშაობის არანაკლებ 10 წელი;

ორივე სქესის პირები;

ქართულ ენაზე გამართულად წერა და ლაპარაკი;

ჯანდაცვის სფეროში მართვის გამოცდილების არანაკლებ 7 წლიანი პერიოდი;

(იგულისხმება, რომ ამ წლების განმავლობაში შეიცვალა ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმები და შეირჩა მიდგომები ჯანდაცვის გამოწვევების შესაბამისად. შეიქმნა საქართველოს მთავრობის დადგენილება (#724 2014 წლის 26 დეკემბერი) და დამტკიცდა 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია: „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“.

შერეული კვლევის კითხვარი მოიცავდა ღია და დახურულ შეკითხვებს. შეკითხვები თემატურად დაიყო 3 ჯგუფად:

პირველი ჯგუფის შეკითხვები შეეხებოდა საკითხებს: ექსპერტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირების მნიშვნელობის შესახებ. ამ ნაწილში ჩართული იყო 3 შეკითხვა, რომლებზე პასუხებიც დახარისხებული იყო არა მარტო გამორიცხვის, არამედ სიმწვავის მიხედვითაც;

მეორე ჯგუფის შეკითხვები მოცავდა საკითხებს: როგორია დღეისათვის, პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხების ხელშეწყობასთან დაკავშირებით, ქვეყანაში არსებული ვითარება. ამ ნაწილში მოცემული იყო 4 შეკითხვა. კითხვები მოითხოვდა ექსპერტთა მოსაზრების დაფიქსირებას. ეს გვადლევდა მნიშვნელოვან უპირატესობას მოგვესმინა ჯანდაცვის პროფესიონალთა ის მოსაზრებაც, რაც შეიძლება მკვლევართა

მხრიდან არც კი იყო აქცენტირებული და გათვალისწინებული კვლევის დაგეგმვის და დიზაინის შეთანხმების პროცესში.

მესამე ჯგუფის შეკითხვები არკვევდა, ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის შესაძლებლობების და მოსახლეობის საჭიროებების გათვალისწინებით, პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში სასურველ და მისაღებ მდგომარეობას (იგულისხმება მოსახლეობის განათლება და ადეკვატური მოვლა). აქ დაისვა 2 შეკითხვა, რომელიც, წინა ჯგუფის შეკითხვათა მსგავსად, ექსპერტებს საშუალებას აძლევდა, კვლევის მიზნებისა თუ ამოცანების გათვალისწინებით, სრულად და შეუზღუდავად გამოეხატათ საკუთარი აზრი წამოჭრილი საკითხის ირგვლივ.

საბოლოოდ, ჩვენი კითხვარით, გამოიკვეთა მთავარი აქცენტები: დამოკიდებულება, რეალობა, სასურველი მომავალი. სამივეს აერთიანებდა ერთი ძირითადი საკითხი - პირის ღრუს ჯანმრთელობა.

თავი 3. კვლევის შედეგები და მათი განსჯა:

3.1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის კვლევა (პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ კრიტერიუმების შემუშავება და ცოდნის დონის შეფასების კრიტერიუმები)

კვლევის პროცესში დარიგდა 3600 კითხვარი თბილისსა და ქვეყნის რეგიონებში: ქვემო ქართლში, აჭარასა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში. თბილისში კვლევაში ჩაერთნენ კლინიკა „ბიოდენტის“ პაციენტები; რაც შეეხება რეგიონებს, ქვემო ქართლის რეგიონში კვლევა ჩატარდა რუსთავში, კლინიკა „დენტისტში“, აჭარის რეგიონში კვლევაში ჩართული იყო ბათუმის კლინიკა „სმაილდენტი“, ხოლო სამეგრელო-ზემო სვანეთში - ზუგდიდის კლინიკა „დენტალჰაუზი“.

რეგიონების მიხედვით პაციენტთა რაოდენობა ასე განაწილდა:

თბილისი - 1440 პირველადი პაციენტი;

რუსთავი - 720 პირველადი პაციენტი;

ბათუმი - 720 პირველადი პაციენტი;

ზუგდიდი - 720 პირველადი პაციენტი.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები:

ასაკი - 18-65 წელი;

ორივე სქესის პირები;

ქართულ ენაზე გამართულად წერა და საუბარი;

სტომატოლოგიურ კლინიკაში პირველადი ვიზიტი;

კვლევაში ჩართვაზე სიტყვიერი თანხმობა.

ამის შემდგომ ხდებოდა ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელმოწერა.

დარიგებული კითხვარები არ იყო სრულყოფილად შევსებული - 437-მა პაციენტმა უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე, 612 პაციენტის მიერ შევსებული კითხვარი იყო არასრული და ამოვარდა კვლევიდან. საბოლოოდ, სრულყოფილად შევსებული დარჩა 2551 კითხვარი და მონაცემთა ბაზაშიც აქედან ამოღებული მონაცემები შევიტანეთ.

Response Rate - $RR1 = 2551/3600$; $100\%=70.86\%$.

კითხვარზე პასუხი გასცა 1816-მა ქალმა და 735-მა კაცმა, რომელთა საშუალო ასაკი იყო: ქალების - $41,7 - 13,9$ (Mean±SD), კაცების - $44,3 - 13,6$ (Mean±SD),

საკვლევ ჯგუფში საშუალო ასაკობრივი მაჩვენებელი შეადგენდა $42,4 - 13,9$ (Mean±SD).

მონაცემები ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურის შესახებ შეტანილია ცხრილში

ცხრილი 1. მონაცემები ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურის შესახებ

ასაკი	ქალი			კაცი			სულ
	n=	% ქალების ჯგუფიდან	% ასაკობრივი ჯგუფიდან	n=	% ქალების ჯგუფიდან	% ასაკობრივი ჯგუფიდან	
20	168	9,3%	82,0%	37	5,0%	18,0%	205
21	102	5,6%	92,7%	8	1,1%	7,3%	110
22	81	4,5%	89,0%	10	1,4%	11,0%	91
23	18	1,0%	64,3%	10	1,4%	35,7%	28
24	14	0,8%	58,3%	10	1,4%	41,7%	24
25	17	0,9%	54,8%	14	1,9%	45,2%	31
26	8	0,4%	50,0%	8	1,1%	50,0%	16
27	11	0,6%	50,0%	11	1,5%	50,0%	22
28	14	0,8%	41,2%	20	2,7%	58,8%	34
29	7	0,4%	70,0%	3	0,4%	30,0%	10
30	6	0,3%	66,7%	3	0,4%	33,3%	9
31	72	4,0%	96,0%	3	0,4%	4,0%	75
32	6	0,3%	23,1%	20	2,7%	76,9%	26
33	9	0,5%	31,0%	20	2,7%	69,0%	29
34	11	0,6%	39,3%	17	2,3%	60,7%	28
35	14	0,8%	41,2%	20	2,7%	58,8%	34
36	123	6,8%	86,0%	20	2,7%	14,0%	143
37	40	2,2%	60,6%	26	3,5%	39,4%	66
38	11	0,6%	40,7%	16	2,2%	59,3%	27
39	16	0,9%	48,5%	17	2,3%	51,5%	33
40	7	0,4%	63,6%	4	0,5%	36,4%	11
41	38	2,1%	65,5%	20	2,7%	34,5%	58
42	16	0,9%	59,3%	11	1,5%	40,7%	27
43	23	1,3%	65,7%	12	1,6%	34,3%	35
44	27	1,5%	61,4%	17	2,3%	38,6%	44
45	85	4,7%	81,0%	20	2,7%	19,0%	105

46	147	8,1%	94,8%	8	1,1%	5,2%	155
47	78	4,3%	83,0%	16	2,2%	17,0%	94
48	33	1,8%	67,3%	16	2,2%	32,7%	49
49	17	0,9%	54,8%	14	1,9%	45,2%	31
50	20	1,1%	44,4%	25	3,4%	55,6%	45
51	19	1,0%	48,7%	20	2,7%	51,3%	39
52	21	1,2%	50,0%	21	2,9%	50,0%	42
53	122	6,7%	84,7%	22	3,0%	15,3%	144
54	20	1,1%	54,1%	17	2,3%	45,9%	37
55	18	1,0%	66,7%	9	1,2%	33,3%	27
56	49	2,7%	86,0%	8	1,1%	14,0%	57
57	52	2,9%	88,1%	7	1,0%	11,9%	59
58	17	0,9%	38,6%	27	3,7%	61,4%	44
59	120	6,6%	88,2%	16	2,2%	11,8%	136
60	21	1,2%	55,3%	17	2,3%	44,7%	38
61	40	2,2%	80,0%	10	1,4%	20,0%	50
62	20	1,1%	66,7%	10	1,4%	33,3%	30
63	19	1,0%	31,7%	41	5,6%	68,3%	60
64	19	1,0%	33,3%	38	5,2%	66,7%	57
65	20	1,1%	55,6%	16	2,2%	44,4%	36
სულ:	1816			735			2551
Mean	41.7			44.3			42.4
SD	13.9			13.6			13.9

გამოკითხული პაციენტების დემოგრაფიული მონაცემები წარმოდგენილი იყო შემდეგნაირად:

დასაქმების სტატუსი დიფერენცირებული იყო შემდეგი გრადაციით:

1. დასაქმებული სახელმწიფო სტრუქტურაში;
2. კერძო სტრუქტურაში;
3. თვითდასაქმებული;
4. ბიზნესმენი/მეწარმე;
5. დაუსაქმებელი;
6. დიასახლისი.

დასაქმების სტატუსის მიხედვით, გამოკითხული 1816 ქალიდან, პაციენტები ასე განაწილდა:

სახელმწიფო სტრუქტურაში დასაქმებული - 307;

კერძო სტრუქტურაში დასაქმებული - 580;

თვითდასაქმებული - 420;

საკუთარი ბიზნესი ჰქონდა 137-ს;

დიასახლისი - 314;

დაუსაქმებელი - 58.

დასაქმების სტატუსის მიხედვით, გამოკითხული 735 კაციდან, პაციენტები ასე განაწილდა:

სახელმწიფო სტრუქტურაში დასაქმებული - 87;

კერძო სტრუქტურაში დასაქმებული - 210;

თვითდასაქმებული - 170;

საკუთარი ბიზნესი ჰქონდა 250-ს;

დაუსაქმებელი - 18.

დასაქმების ტიპების შესაბამისად გამოკითხულთა განაწილება ქალთა და კაცთა ჯგუფებში

ცხრილი 2. დასაქმების ტიპების შესაბამისად გამოკითხულთა განაწილება ქალთა და კაცთა ჯგუფებში

#	დასაქმების ტიპი	ქალი		კაცი		სულ	
		n=	% ჯგუფიდან	n=	% ჯგუფიდან	n=	% ჯგუფიდან
1	სახელმწიფო სტრუქტურები	307	16,9%	87	11,8%	394	15,4%
2	კერძო სტრუქტურები	580	31,9%	210	28,6%	790	31,0%
3	თვითდასაქმებული	420	23,1%	170	23,1%	590	23,1%
4	საკუთარი ბიზნესი	137	7,5%	250	34,0%	387	15,2%
5	დიასახლისი	314	17,3%			314	12,3%

6	უმუშევარი	58	3,2%	18	2,4%	76	3,0%
	სულ	1816	100,0%	735	100,0%	2551	100,0%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულ ქალთა უმრავლესობა, დაახლოებით 72%, დასაქმებულია; გამოკითხულ ქალთა 7,5%-ს აქვს საკუთარი ბიზნესი, დიასახლისია გამოკითხულ ქალთა 17,3%, ხოლო უმუშევარი - 3,2%.

რაც შეეხება კაცებს, დასაქმებულია გამოკითხულ კაცთა 41%, 23% კი - თვითდასაქმებული. ამ ეტაპზე არ მუშაობს მხოლოდ 2,4 %.

გამოკითხვის შედეგები მოცემულია დიაგრამების სახით. დიაგრამები

წარმოდგენილია დისერტაციის დანართში (დიაგრამა 1, დიაგრამა 2, დიაგრამა 3).

განათლების სტატუსის მიხედვით გამოკითხული პაციენტები ასე განაწილდა:

1. სრული/დასრულებული საშუალო განათლება;
2. დაუსრულებელი საშუალო განათლება;
3. დასრულებული უმაღლესი განათლება;
4. დაუსრულებელი უმაღლესი განათლება;
5. პროფესიულ-ტექნიკური განათლება;
6. სამეცნიერო ხარისხი;
7. მაგისტრი.

განათლების სტატუსის მიხედვით გამოკითხული პაციენტები ასე განაწილდა:

გამოკითხული ქალებიდან:

1. დასრულებული საშუალო განათლება - 618;
2. დაუსრულებელი საშუალო განათლება - არცერთი;
3. დასრულებული უმაღლესი განათლება - 598;
4. დაუსრულებელი უმაღლესი განათლება - 138;
5. პროფესიულ-ტექნიკური განათლება - 432;
6. სამეცნიერო ხარისხი - 27;
7. მაგისტრი - 3.

გამოკითხული კაცებიდან:

1. დასრულებული საშუალო განათლება -187;
2. დაუსრულებელი საშუალო განათლება - არცერთი;
3. დასრულებული უმაღლესი განათლება - 318;
4. დაუსრულებელი უმაღლესი განათლება - 13;
5. პროფესიულ-ტექნიკური განათლება - 214;
6. სამეცნიერო ხარისხი - 2;
7. მაგისტრი -1.

გამოკითხულთა განაწილება განათლების საფეხურისა და სქესის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში და მოცემულია დიაგრამაზე.

ცხრილი 3. გამოკითხულთა განაწილება განათლების საფეხურისა და სქესის მიხედვით

#	განათლების საფეხური	ქალი		კაცი		სულ	
		n=	% ჯგუფიდან	n=	% ჯგუფიდან	n=	% ჯგუფიდან
1	დასრულებული საშუალო	618	34,0%	187	25,4%	805	31,6%
2	დაუსრულებელი უმაღლესი	138	7,6%	13	1,8%	151	5,9%
3	დასრულებული უმაღლესი	598	32,9%	318	43,3%	916	35,9%
4	პროფესიულ-ტექნიკური	432	23,8%	214	29,1%	646	25,3%
5	სამეცნიერო ხარისხი	27	1,5%	2	0,3%	29	1,1%
6	მაგისტრი	3	0,2%	1	0,1%	4	0,2%
	სულ	1816	100,0%	735	100,0%	2551	100,0%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულ ქალთა უმრავლესობას აქვს პროფესია, რაც გამოიხატება დასრულებული უმაღლესი განათლებითა და პროფესიულ-ტექნიკური განათლებით. გამოკითხულ ქალთა 1,5%-ს აქვს სამეცნიერო ხარისხი, ხოლო 3 მათგანი მაგისტრის ხარისხს ფლობს. რაც შეეხება კაცებს, აქაც,

გამოკითხულთა უმრავლესობას, დაახლოებით 75%-ს, აქვს პროფესია. 2 გამოკითხული კაცი ფლობს სამეცნიერო ხარისხს, ხოლო ერთი მაგისტრია. გამოკითხვის შედეგები მოცემულია დიაგრამების სახით. დიაგრამები წარმოდგენილია დისერტაციის დანართში (დიაგრამა 4, დიაგრამა 5, დიაგრამა 6).

გამოკითხულ პაციენტთა სოციალური სტატუსი ასე იყო წარმოდგენილი:

1. დაოჯახებული;
2. დასაოჯახებელი;
3. განქორწინებული;
4. სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი
5. ქვრივი.

სოციალური სტატუსის მიხედვით გამოკითხული პაციენტები ასე განაწილდა:

1. დაოჯახებული - 998 ქალი და 408 კაცი;
2. დასაოჯახებელი - 422 ქალი და 218 კაცი;
3. განქორწინებული - 128 ქალი და 94 კაცი;
4. სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი - 249 ქალი და 13 კაცი;
5. ქვრივი - 19 ქალი და 2 კაცი.

გამოკითხულთა განაწილება სოციალური სტატუსისა და სქესის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში №4 და დიაგრამაზე №7.

ცხრილი 4. გამოკითხულთა განაწილება სოციალური სტატუსისა და სქესის მიხედვით

#	სოციალური სტატუსი	ქალი		კაცი		სულ	
		n=	% ჯგუფიდან	n=	% ჯგუფიდან	n=	% ჯგუფიდან
1	დაოჯახებული	998	55,0%	408	55,5%	1406	55,1%
2	დასაოჯახებელი	422	23,2%	218	29,7%	640	25,1%
3	განქორწინებული	128	7,0%	94	12,8%	222	8,7%
4	სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი	249	13,7%	13	1,8%	262	10,3%

5	ქვრივი	19	1,0%	2	0,3%	21	0,8%
	სულ	1816	100,0%	735	100,0%	2551	100,0%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულ ქალთა უმრავლესობა დაოჯახებულია. ასევე, დაოჯახებულია გამოკითხულ კაცთა დიდი ნაწილი - დაახლოებით 55 %. ორივე შემთხვევაში. საინტერესოა ერთი მომენტი, გამოკითხულ ქალთა დაახლოებით 14 პროცენტი აღნიშნავს, რომ იმყოფება სამოქალაქო ქორწინებაში, ხოლო გამოკითხულ კაცთა შორის სამოქალაქო ქორწინების შესახებ პუნქტს კითხვარში მონიშნავს მხოლოდ 1,8%.

გამოკითხვის შედეგები მოცემულია დიაგრამების სახით. დიაგრამები წარმოდგენილია დისერტაციის დანართში (დიაგრამა 7, დიაგრამა 8, დიაგრამა 9).

კვლევის შედეგად გამოვლინდა გამოკითხულთა ცოდნის დონე პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში, რაც წარმოადგენდა კიდევ ჩვენი კვლევის მიზანს.

ცოდნის დონის შეფასება ხდებოდა კითხვარის მიხედვით, უფრო ზუსტად კი, კითხვარის ერთ ნაწილში მოცემულ კითხვებზე გაცემული სწორი პასუხების მიხედვით. ასეთი კითხვების რაოდენობა სულ, საერთო ჯამში, იყო 20. ცოდნის დონის განმსაზღვრელ კითხვებზე გაცემული სწორი პასუხების რაოდენობა (თითოეულ კითხვაზე გაცემული სწორი პასუხები) რეპრეზენტულ ჯგუფში შევიტანეთ ცხრილში.

კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა მიერ გაცემული სწორი პასუხების განაწილება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის განმსაზღვრელ კითხვებზე

ცხრილი 5. კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა მიერ გაცემული სწორი პასუხების განაწილება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის განმსაზღვრელ კითხვებზე

კითხვები, რომელთათვისაც ხდებოდა ქულების მინიჭება	ქალები			კაცები			სრული ერთობლიობა	
	n= სწორი პასუხების რაოდენობა	(%)	% სრული ერთობლიობიდან	n= სწორი პასუხების რაოდენობა	(%)	% სრული ერთობლიობიდან	n=	% სრული ერთობლიობიდან
1	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
2	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
3a	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
3b	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
3c	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
3d	520	28,6%	20,4%	342	46,5%	13,4%	862	33,8%
3e	498	27,4%	19,5%	342	46,5%	13,4%	840	32,9%
3f	406	22,4%	15,9%	342	46,5%	13,4%	748	29,3%
3g	406	22,4%	15,9%	342	46,5%	13,4%	748	29,3%
3h	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
3i	602	33,1%	23,6%	218	29,7%	8,5%	820	32,1%
3j	600	33,0%	23,5%	342	46,5%	13,4%	942	36,9%
3k	609	33,5%	23,9%	218	29,7%	8,5%	827	32,4%
3l	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
3m	678	37,3%	26,6%	300	40,8%	11,8%	978	38,3%
4	470	25,9%	18,4%	290	39,5%	11,4%	760	29,8%
5	300	16,5%	11,8%	300	40,8%	11,8%	600	23,5%
6	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
7	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%
8	678	37,3%	26,6%	342	46,5%	13,4%	1020	40,0%

აქვე მოცემული გვაქვს, სწორი პასუხების დათვლისა და დაჯამების შედეგად, უკვე დეფინიცირებული ცოდნის დონის განაწილება სხვადასხვა სქესის გამოკითხულ პაციენტებში

ჯამური ქულების განაწილება ქალებსა და კაცებში

ცხრილი 6. ცოდნის დონის ჯამური ქულების განაწილება ქალებსა და კაცებში

ქულა	ქალების ჯგუფი			კაცების ჯგუფი			მთელი კონტინგენტი	
	n=	% ქალების ჯგუფიდან	% მთელი კონტინგენტიდან	n=	% კაცების ჯგუფიდან	% მთელი კონტინგენტიდან	n=	% მთელი კონტინგენტიდან
0-3	677	37,3%	26,5%	180	24,5%	7,1%	857	33,59%
4-10	733	40,4%	28,7%	274	37,3%	10,7%	1007	39,47%
11-20	406	22,4%	15,9%	281	38,2%	11,0%	687	26,9%
	1816	100,0%	71,2%	735	100,0%	28,8%	2551	100,0%

როგორც გამოკითხვის შედეგებიდან ჩანს:

0 - 3 ქულამდე შეფასება მიიღო 677-მა ქალმა და 180-მა კაცმა;

4 - 10 ქულა შეფასება მიიღო 733-მა ქალმა და 274-მა კაცმა;

11 - 20 ქულის ფარგლებში შეფასება მიიღო 406-მა ქალმა და 281-მა კაცმა.

კვლევის შედეგების მიხედვით:

გამოკითხულ პაციენტთა 34%-ს, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ საკითხებში, ცოდნა არა აქვს;

39%-ს აქვს საშუალო დონის ცოდნა.

გამოკითხულთა მხოლოდ 27% ფლობს ინფორმაციას პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (აქვს ცოდნა).

მონაცემები დატანილია დიაგრამაზე. დიაგრამა 9 (იხ. დანართი).

მაშასადამე, გამოკითხულ პაციენტთა შორის, უპირატესად, აღმოჩნდნენ ისეთი პირები, რომელთაც პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნა არა

აქვთ ან საშუალო დონის ცოდნა აქვთ, გამოკითხულთა მხოლოდ მცირე პროცენტი ფლობს ცოდნას პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

გასაკუთრებით საინტერესო აღმოჩნდა ის ფაქტი, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონე პროცენტულად უფრო მაღალია გამოკითხულ კაცთა შორის, გამოკითხულ ქალებთან შედარებით. ჩვენი პრაგმატული ვარაუდის შესამოწმებლად ჩავატარეთ შედეგების სტატისტიკური დამუშავება და მივიღეთ შემდეგი:

χ^2 -ტესტით მონაცემთა დამუშავებამ აჩვენა, რომ 0-3 ქულის მქონე გამოკითხულები („არა აქვს ცოდნა“) სარწმუნოდ მეტი გამოვლინდა ქალების ჯგუფში.

$$\chi^2 = 38,367 \quad p < 0,0001$$

4-10 ქულის მქონე გამოკითხულთა („აქვს საშუალო ცოდნა“) მაჩვენებლები ჯგუფებს შორის სარწმუნოდ განსხვავდებოდა.

$$\chi^2 = 2,0836 \quad p = \text{NS (non-significant - არასარწმუნო)}$$

11-20 ქულის მქონე გამოკითხულთა („აქვს ცოდნა“) მაჩვენებლები ჯგუფებს შორის, კაცებთან შედარებით, სარწმუნოდ განსხვავდებოდა ქალების ჯგუფში, ასევე, დაბალი იყო ქალთა საკვლევ ჯგუფში.

$$\chi^2 = 72,599 \quad p < 0,001$$

კითხვარის დამუშავებით მიღებული ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფებში მოცემულია ცხრილში და დიაგრამაზე.

ცხრილი 7. გამოკითხულ პაციენტთა ცოდნის დონის განმსაზღვრელ ქულათა განაწილება დასაქმების სტატუსის მიხედვით:

#	დასაქმების ტიპი	ქალი		კაცი	
		Mean	SD	Mean	SD
1	სახელმწიფო სტრუქტურები	8,2	4,7	12,0	4,9
2	კერძო სტრუქტურები	6,1	5,2	8,4	5,4

3	თვითდასაქმებული	6,3	5,5	7,7	5,4
4	საკუთარი ბიზნესი	8,2	6,3	8,8	6,2
5	დიასახლისი	5,9	3,0		
6	უმუშევარი	3,4	1,4	7,2	4,5
	სულ	6,5	5,5	8,8	5,7

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქალთა საკვლევ ჯგუფში ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა მაღალია სახელმწიფო სტრუქტურებში დასაქმებულ და საკუთარი ბიზნესის მქონე ქალებში 8,2-4,7 და 8,2-6,3-ის შესაბამისად (Mean±SD), ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა დაბალია უმუშევართა და დიასახლისთა შორის. რაც შეეხება გამოკითხულ კაცებს, ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა ყველაზე მაღალია სახელმწიფო სტრუქტურებში დასაქმებულ კაცებში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ქალთა და კაცთა საკვლევ ჯგუფებში მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა.

კვლევის შედეგების დამუშავებით, სხვადასხვა პროფესიულ ჯგუფში, მივიღეთ, ასევე, ჯამური ქულების განაწილება ქალთა და კაცთა საკვლევ ჯგუფებში. ქალთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში და დიაგრამაზე.

ცხრილი 8. ქალთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით

#	დასაქმება	არა აქვს ცოდნა			საშუალო ცოდნა			კარგი ცოდნა		
		n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის
1	სახელმწიფო სტრუქტურები	32	4,7%	1,8%	183	25,0%	10,1%	92	22,7%	5,1%
2	კერძო სტრუქტურები	220	32,5%	12,1%	261	35,6%	14,4%	101	24,9%	5,6%

3	თვითდასაქმებული	159	23,5%	8,8%	173	23,6%	9,5%	88	21,7%	4,8%
4	საკუთარი ბიზნესი	35	5,2%	1,9%	60	8,2%	3,3%	42	10,3%	2,3%
5	დიასახლისი	186	27,5%	10,2%	48	6,5%	2,6%	80	19,7%	4,4%
6	უმუშევარი	45	6,6%	2,5%	10	1,4%	0,6%	4	1,0%	0,2%
	სულ	677	100%	37%	735	100%	40%	407	100%	22%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სახელმწიფო სტრუქტურებში დასაქმებული 307 ქალიდან 32-ს ცოდნა არა აქვს, 188-ს აქვს საშუალო ცოდნა და 920-ს - კარგი ცოდნა. დიაგრამა 11, დიაგრამა 12, დიაგრამა 13 (იხ. დანართი)

ქალთა ჯგუფის ანალოგიურად, შეგვიძლია წარმოვადგინოთ გამოკითხულ კაცთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით.

ცხრილი 9. გამოკითხულ კაცთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით

#	დასაქმება	არა აქვს ცოდნა			საშუალო ცოდნა			კარგი ცოდნა		
		n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის
1	სახელმწიფო სტრუქტურები	4	2,2%	0,5%	24	8,8%	3,3%	59	21,0%	8,0%
2	კერძო სტრუქტურები	44	24,4%	6,0%	98	35,8%	13,3%	68	24,2%	9,3%
3	თვითდასაქმებული	49	27,2%	6,7%	73	26,6%	9,9%	48	17,1%	6,5%
4	საკუთარი ბიზნესი	79	43,9%	10,7%	70	25,5%	9,5%	101	35,9%	13,7%
6	უმუშევარი	4	2,2%	0,5%	9	3,3%	1,2%	5	1,8%	0,7%
	სულ	180	100%	24%	274	100%	37%	281	100%	38%

დიაგრამა 14, დიაგრამა 15, დიაგრამა 16 (იხ. დანართი).

გამოკითხულთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით ასეა წარმოდგენილი:

კითხვარის დამუშავებით მიღებული ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები მოცემულია ცხრილში და დიაგრამაზე.

ცხრილი 10. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები

#	განათლების საფეხური	ქალი		კაცი	
		Mean	SD	Mean	SD
1	დასრულებული საშუალო	6,1	5,5	7,4	5,8
2	დაუსრულებელი უმაღლესი	7,4	5,3	4,1	2,7
3	დასრულებული უმაღლესი	7,2	5,6	10,3	4,8
4	პროფესიულ-ტექნიკური	7,9	6,5	7,9	6,5
5	სამეცნიერო ხარისხი	7,6	3,0	18,0	1,4
6	მაგისტრი	11,7	0,6	12,0	
	სულ	6,5	5,5	8,8	5,7

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქალთა საკვლევ ჯგუფში, ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების საშუალო რაოდენობა მაღალია მაგისტრის ხარისხის მქონე ქალებში 11,7 - 0,6 (**Mean±SD**), ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა დაბალია დასრულებული საშუალო განათლების მქონე ქალებს შორის. რაც შეეხება გამოკითხულ კაცებს, ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა ყველაზე მაღალია სამეცნიერო და მაგისტრის ხარისხის მქონე კაცებში.

დიაგრამა 17 (იხ. დანართი).

გამოკითხულ ქალთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში და დიაგრამაზე.

ცხრილი 11. გამოკითხულ ქალთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით

#	განათლების საფეხური	არა აქვს ცოდნა			საშუალო ცოდნა			კარგი ცოდნა		
		n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის
1	დასრულებული საშუალო	226	33,4%	12,4%	274	37,4%	15,1%	118	29,1%	6,5%
2	დაუსრულებელი უმაღლესი	31	4,6%	1,7%	65	8,9%	3,6%	42	10,3%	2,3%
3	დასრულებული უმაღლესი	235	34,7%	12,9%	223	30,4%	12,3%	140	34,5%	7,7%
4	პროფესიულ-ტექნიკური	180	26,6%	9,9%	153	20,9%	8,4%	99	24,4%	5,5%
5	სამეცნიერო ხარისხი	5	0,7%	0,3%	18	2,5%	1,0%	4	1,0%	0,2%
6	მაგისტრი	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	3	0,7%	0,2%
	სულ	677	100%	37%	735	100%	40%	407	100%	22%

გამოკითხულ კაცთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში და დიაგრამაზე (დიაგრამა 18, დიაგრამა 19, დიაგრამა 20).

ცხრილი 12. გამოკითხულ კაცთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით

#	განათლების საფეხური	არა აქვს ცოდნა			საშუალო ცოდნა			კარგი ცოდნა		
		n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის
1	დასრულებული საშუალო	69	38,3%	9,4%	66	24,1%	9,0%	52	18,5%	7,1%
2	დაუსრულებელი უმაღლესი	7	3,9%	1,0%	6	2,2%	0,8%	0	0,0%	0,0%

3	დასრულებული უმაღლესი	11	6,1%	1,5%	161	58,8%	21,9%	146	52,0%	19,9%
4	პროფესიულ-ტექნიკური	93	51,7%	12,7%	41	15,0%	5,6%	80	28,5%	10,9%
6	სამეცნიერო ხარისხი	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	2	0,7%	0,3%
	სულ	180	100%	24%	274	100%	37%	281	100%	38%

დიაგრამა 21, დიაგრამა 22, დიაგრამა 23. (იხ. დანართი)

გამოკითხულ პაციენტთა განაწილება სოციალური სტატუსის მიხედვით ქულობრივად.

კითხვარის დამუშავებით მიღებული ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები სოციალური სტატუსისა და სქესის მიხედვით მოცემულია ცხრილში და დიაგრამაზე.

ცხრილი 13. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები სოციალური სტატუსისა და სქესის მიხედვით

#	სოციალური სტატუსი	ქალი		კაცი	
		Mean	SD	Mean	SD
1	დაოჯახებული	7,7	5,9	8,2	5,2
2	დასაოჯახებელი	4,7	4,7	7,9	6,0
3	განქორწინებული	6,3	4,5	13,7	5,3
4	სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი	5,1	4,0	5,4	3,6
5	ქვრივი	7,9	6,2	12,0	7,1
	სულ	6,5	5,5	8,8	5,7

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქალთა საკვლევ ჯგუფში ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა მაღალია დაოჯახებულ ქალებში $7,7 \pm 5,9$ (**Mean \pm SD**), ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების რაოდენობა დაბალია დასაოჯახებელ და სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფ ქალებს შორის (დიაგრამა 24, იხ. დანართი).

გამოკითხულ ქალთა განაწილება დასაქმებისა და ცოდნის დონის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში და დიაგრამაზე (დიაგრამა 25, იხ. დანართი)

ცხრილი 14. გამოკითხულ ქალთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით

#	სოციალური სტატუსი	არა აქვს ცოდნა			საშუალო ცოდნა			კარგი ცოდნა		
		n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის
1	დაოჯახებული	292	43,1%	16,1%	402	54,8%	22,1%	304	74,9%	16,7%
2	დასაოჯახებელი	237	35,0%	13,1%	131	17,9%	7,2%	54	13,3%	3,0%
3	განქორწინებული	41	6,1%	2,3%	66	9,0%	3,6%	21	5,2%	1,2%
4	სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი	102	15,1%	5,6%	126	17,2%	6,9%	21	5,2%	1,2%
5	ქვრივი	5	0,7%	0,3%	8	1,1%	0,4%	6	1,5%	0,3%
	სულ	677	100%	37%	735	100%	40%	407	100%	22%

გამოკითხულ ქალთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში და დიაგრამაზე (დიაგრამა 25, დიაგრამა 26, დიაგრამა 27 ; იხ. დანართი)

ცხრილი 15. გამოკითხულ კაცთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით

#	სოციალური სტატუსი	არა აქვს ცოდნა			საშუალო ცოდნა			კარგი ცოდნა		
		n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის	n=	% ხარისხი	% ჯგუფის
1	დაოჯახებული	86	47,8%	11,7%	198	72,3%	26,9%	124	44,1%	16,9%
2	დასაოჯახებელი	80	44,4%	10,9%	56	20,4%	7,6%	82	29,2%	11,2%
3	განქორწინებული	8	4,4%	1,1%	12	4,4%	1,6%	74	26,3%	10,1%
4	სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი	6	3,3%	0,8%	7	2,6%	1,0%	0	0,0%	0,0%
5	ქვრივი	0	0,0%	0,0%	1	0,4%	0,1%	1	0,4%	0,1%
	სულ	180	100%	24%	274	100%	37%	281	100%	38%

დიაგრამა 28, დიაგრამა 29, დიაგრამა 30.

საინტერესოა, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, კვლევის შედეგების წარმოდგენა ქალთა და კაცთა საკვლევ ჯგუფებში.

ასაკობრივ ჯგუფებში ცოდნის დონის ამსახველი ქულები 5-წლიანი ინტერვალით იყო დაჯგუფებული და ტაბულირებული. 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით იმ გამოკითხულ ქალთა რაოდენობრივი და პროცენტული მაჩვენებლები, რომელთაც „არა აქვთ ცოდნა“, აქვთ „საშუალო ცოდნა“ და „კარგი ცოდნა“, მოყვანილია ცხრილში (იხ. დანართი)

ცხრილი 16. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები გამოკითხულ ქალთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში

#	ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა ჯგუფში n=	„ცოდნა არა აქვს“ n=	% ასაკობრივი ჯგუფიდან
1	20-24 წწ,	383	214	55,9%
2	25-29 წწ,	57	34	59,6%

3	30-34 წწ,	104	60	57,7%
4	35-39 წწ,	204	114	55,9%
5	40-44 წწ,	111	57	51,4%
6	45-49 წწ,	360	160	44,4%
7	50-54 წწ,	202	20	9,9%
8	55-59 წწ,	256	13	5,1%
9	60-65 წწ,	139	5	3,6%
	სულ	1816	677	

ცხრილი 17. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები გამოკითხულ ქალთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში

#	ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა ჯგუფში n=	„საშუალო ცოდნა“ n=	% ასაკობრივი ჯგუფიდან
1	20-24 წწ,	383	154	40,2%
2	25-29 წწ,	57	14	24,6%
3	30-34 წწ,	104	30	28,8%
4	35-39 წწ,	204	69	33,8%
5	40-44 წწ,	111	35	31,5%
6	45-49 წწ,	360	115	31,9%
7	50-54 წწ,	202	105	52,0%
8	55-59 წწ,	256	138	53,9%
9	60-65 წწ,	139	73	52,5%
	სულ	1816	733	

ცხრილი 18. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები გამოკითხულ ქალთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში

#	ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა ჯგუფში n=	„კარგი ცოდნა“ n=	% ასაკობრივი ჯგუფიდან
1	20-24 წწ,	383	15	3,9%
2	25-29 წწ,	57	9	15,8%
3	30-34 წწ,	104	14	13,5%
4	35-39 წწ,	204	21	10,3%
5	40-44 წწ,	111	19	17,1%

6	45-49 წწ,	360	85	23,6%
7	50-54 წწ,	202	77	38,1%
8	55-59 წწ,	256	105	41,0%
9	60-65 წწ,	139	61	43,9%
	სულ	1816	406	

მიღებული მასალის სტატისტიკურად დამუშავების შედეგად დადგინდა, რომ ქალების ჯგუფში ასაკსა და კითხვარით მიღებული ქულების ჯამს შორის სარწმუნო პირდაპირკორელაციური კავშირია

$$r = 0.427 \text{ } p < 0.0001$$

კაცების ჯგუფში ასაკსა და კითხვარით მიღებული ქულების ჯამს შორის დადგინდა, ასევე, სარწმუნო პირდაპირკორელაციური კავშირი

$$r = 0.416 \text{ } p < 0.0001$$

კაცთა საკვლევ ჯგუფში წარმოდგენილი შედეგებიც ტაბულირებულია 5-წლიანი ინტერვალითა და ცოდნის დონის შეფასების მონაცემებით.

დიაგრამა 30 (იხ. დანართი)

ცხრილი 19. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები გამოკითხულ კაცთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში

#	ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა ჯგუფში n=	„ცოდნა არა აქვს“ n=	% ასაკობრივი ჯგუფიდან
1	20-24 წწ,	75	45	60,0%
2	25-29 წწ,	56	27	48,2%
3	30-34 წწ,	63	26	41,3%
4	35-39 წწ,	99	37	37,4%
5	40-44 წწ,	64	9	14,1%
6	45-49 წწ,	74	7	9,5%
7	50-54 წწ,	105	10	9,5%

8	55-59 წწ,	67	6	9,0%
9	60-65 წწ,	132	13	9,8%
	სულ	735	180	

ცხრილი 20. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები გამოკითხულ კაცთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში

#	ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა ჯგუფში n=	„საშუალო ცოდნა“ n=	% ასაკობრივი ჯგუფიდან
1	20-24 წწ.	75	20	26,7%
2	25-29 წწ.	56	27	48,2%
3	30-34 წწ.	63	22	34,9%
4	35-39 წწ.	99	31	31,3%
5	40-44 წწ.	64	26	40,6%
6	45-49 წწ.	74	28	37,8%
7	50-54 წწ.	105	44	41,9%
8	55-59 წწ.	67	26	38,8%
9	60-65 წწ.	132	59	44,7%
	სულ	735	283	

ცხრილი 21. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები გამოკითხულ კაცთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში

#	ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა ჯგუფში n=	„კარგი ცოდნა“ n=	% ასაკობრივი ჯგუფიდან
1	20-24 წწ,	75	10	13,3%
2	25-29 წწ,	56	11	19,6%
3	30-34 წწ,	63	15	23,8%
4	35-39 წწ,	99	31	31,3%
5	40-44 წწ,	64	29	45,3%
6	45-49 წწ,	74	39	52,7%
7	50-54 წწ,	105	51	48,6%
8	55-59 წწ,	67	35	52,2%
9	60-65 წწ,	132	60	45,5%
	სულ	735	281	

დიაგრამა 31 (იხ. დანართი)

კაცების ჯგუფში ასაკსა და კითხვარით მიღებული ქულების ჯამს შორის დადგინდა სარწმუნო პირდაპირკორელაციური კავშირი

$$r = 0.416 \text{ } p < 0.0001$$

გარდა ამისა, ქალთა და კაცთა ცალკეულ ასაკობრივ ჯგუფში, მოხდა სარწმუნოების საზღვრების დადგენა ცოდნის დონისა და ასაკობრივი სტრუქტურის მიხედვით. სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ცოდნის არმქონე პირებში გამოვლინდა 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 და 60-65 ასაკობრივ ჯგუფებში.

ცხრილი 22. ქალთა და კაცთა ასაკობრივ ჯგუფებში სარწმუნოების საზღვრები ცოდნის დონისა და ასაკობრივი სტრუქტურის მიხედვით

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ქალი		კაცი		$\chi^2 =$	p
		n=	%	n=	%		
1	20-24	214	55,9%	45	60,0%	0,4344	NS
2	25-29	34	59,6%	27	48,2%	3,9843	0,045
3	30-34	60	57,7%	26	41,3%	4,2363	0,040
4	35-39	114	55,9%	37	37,4%	9,1335	0,003
5	40-44	57	51,4%	9	14,1%	24,0286	<0,0001
6	45-49	160	44,4%	7	9,5%	31,7365	<0,0001
7	50-54	20	9,9%	10	9,5%	0,0111	NS
8	55-59	13	5,1%	6	9,0%	1,4418	NS
9	60-65	5	3,6%	13	9,8%	4,2669	0,039
		677		180			

χ^2 -ტესტით ცალკეულ ასაკობრივ ჯგუფში სქესის მიხედვით იმ გამოკითხულთა მონაცემების სტატისტიკური დამუშავების შედეგები, რომელთაც აქვთ „საშუალო ცოდნა“, მოყვანილია ცხრილში. სტატისტიკურად სარწმუნო საშუალო ცოდნის მქონე პირებში გამოვლინდა სხვაობა 20-24, 25-29 და 55-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

ცხრილი 23. გამოკითხულთა მონაცემების სტატისტიკური დამუშავების შედეგები ასაკობრივ ჯგუფებში ცოდნის დონის მიხედვით

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ქალი		კაცი		$\chi^2 =$	p
		n=	%	n=	%		
1	20-24	154	40,2%	20	26,7%	4,8824	0,027
2	25-29	14	24,6%	27	48,2%	3,9229	0,048
3	30-34	30	28,8%	22	34,9%	0,6752	NS
4	35-39	69	33,8%	31	31,3%	0,1041	NS
5	40-44	35	31,5%	26	40,6%	1,3783	NS
6	45-49	115	31,9%	28	37,8%	0,965	NS
7	50-54	105	52,0%	44	41,9%	2,8078	NS
8	55-59	138	53,9%	26	38,8%	24,625	<0,0001
9	60-65	73	52,5%	59	44,7%	1,6577	NS
		733		283			

χ^2 -ტესტით, ცალკეულ ასაკობრივ ჯგუფში, სქესის მიხედვით, იმ გამოკითხულთა მონაცემების სტატისტიკური დამუშავების შედეგები, რომელთაც აქვთ „კარგი ცოდნა“, მოყვანილია ცხრილში. სტატისტიკურად სარწმუნო საშუალო ცოდნის მქონე პირებში გამოვლინდა სხვაობა 20-24, 25-29 და 55-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

ცხრილი 24. „კარგი ცოდნის“ ასაკობრივ ჯგუფში სქესის მიხედვით გამოკითხულთა მონაცემების სტატისტიკური დამუშავების შედეგები.

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ქალი		კაცი		$\chi^2 =$	p
		n=	%	n=	%		
1	20-24	15	3,9%	10	13,3%	4,8824	0,027
2	25-29	9	15,8%	11	19,6%	3,9229	0,048
3	30-34	14	13,5%	15	23,8%	0,6752	NS
4	35-39	21	10,3%	31	31,3%	0,1041	NS
5	40-44	19	17,1%	29	45,3%	1,3783	NS
6	45-49	85	23,6%	39	52,7%	0,965	NS
7	50-54	77	38,1%	51	48,6%	2,8078	NS
8	55-59	105	41,0%	35	52,2%	24,625	<0,0001
9	60-65	61	43,9%	60	45,5%	1,6577	NS
		406		281			

კვლევის შედეგების შეჯერების შედეგად გაირკვა, რომ გამოკითხულ ქალთა შორის ცოდნის დონე უფრო დაბალია გამოკითხულ კაცებთან შედარებით. სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა ცოდნის დონის მიხედვით ჯგუფებს შორის სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში გამოვლინდა. ასაკობრივ ჯგუფებსა და ცოდნის დონეს შორის პირდაპირპროპორციული კავშირია და ეს კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა.

პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ დამოკიდებულებას არკვევდა კითხვარის მეორე ნაწილი. ეს ნაწილი სრულად შეავსო 1821-მა ადამიანმა – 1120 მა ქალმა და 701-მა კაცმა.

სწორი პასუხი შეფასდა 1 ქულით. 50%-ზე მეტი (≥ 4 ქ.) სწორი პასუხის შემთხვევაში, გამოკითხულის დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ ჩაითვალა ადეკვატურად, არასწორი პასუხის შემთხვევაში - არაადეკვატურად.

დამოკიდებულების ფრაგმენტის შეფასება გამოკითხულ კონტინგენტში ასე იყო წარმოდგენილი (მონაცემები შეტანილია ცხრილში):

ცხრილი 25. კითხვების მიხედვით დადებითი პასუხების მქონე გამოკითხულთა განაწილება სქესის მიხედვით

კითხვა #	ქალები			კაცები			სრული ერთობლიობა	
	n=	%, ქალთა ჯგუფიდან	% მთელი კონტინგენტიდან	n=	%, კაცთა ჯგუფიდან	% მთელი კონტინგენტიდან	n=	% მთელი კონტინგენტიდან
1	306	27,3%	16,8%	300	42,8%	16,5%	606	33,3%
2	298	26,6%	16,4%	219	31,2%	12,0%	517	28,4%
3	178	15,9%	9,8%	107	15,3%	5,9%	285	15,7%
4	412	36,8%	22,6%	226	32,2%	12,4%	638	35,0%
5	207	18,5%	11,4%	104	14,8%	5,7%	311	17,1%
6	512	45,7%	28,1%	317	45,2%	17,4%	829	45,5%
7	104	9,3%	5,7%	96	13,7%	5,3%	200	11,0%

მას შემდეგ, რაც გამოკითხულთა შორის გავარკვეეთ პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ დამოკიდებულება, დღის წესრიგში დადგა საკითხი, დამოკიდებულება

შეგვეფასებინა ცოდნის დონის მიხედვით განაწილებულ ჯგუფებში და დაგვენახა მათ შორის კავშირი.

კვლევის შედეგებში ადეკვატური დამოკიდებულების მქონე ქალთა ცოდნის დონის მიხედვით განაწილება წარმოვადგინეთ ცხრილში.

ცხრილი 26. ადეკვატური დამოკიდებულების მქონე გამოკითხულ ქალთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით

ცოდნის დონე	გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	დამოკიდებულების საშუალო მაჩვენებელი, ქულა	ადეკვატურ გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	% ცოდნის დონის ჯგუფიდან	% ქალთა ჯგუფიდან
კარგი (11-20 ქ.)	406	3.4 ± 1.3 *f	318	78,3%	28,4%
საშუალო (4-10 ქ.)	367	1.3 ± 0.9 **	107	29,2%	9,6%
ცუდი (0-3 ქ.)	347	0.6 ± 0.7	66	19,0%	5,9%
სულ	1120	1.8 ± 1.3	491	43.8%	

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცუდი ცოდნის დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის დაბალი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

როგორც ცხრილიდან ჩანს, დამოკიდებულების საშუალო მაჩვენებელი მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე ქალებში ცოდნის დაბალი დონის მქონე ქალებთან შედარებით, ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას და ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

გარდა ამისა, საინტერესო იყო დამოკიდებულებასა და ცოდნის დონეს შორის კავშირის დადგენა. ამისთვის გამოვიყენეთ რისკების შეფასება (ფარდობითი რისკი (Relative Risk - RR)

ფარდობითი რისკის (Relative Risk - RR) კვლევამ აჩვენა, რომ არაადეკვატური დამოკიდებულების რისკი ცოდნის საშუალო და დაბალი დონის მქონე გამოკითხულ ქალებში სარწმუნოდ მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე გამოკითხულებთან შედარებით.

$$RR = 3.23 (95\%CI - 2.81-3.72)$$

ადეკვატური დამოკიდებულების მქონე გამოკითხულ კაცთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში.

ცხრილი 27. ადეკვატური დამოკიდებულების მქონე გამოკითხულ კაცთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით

ცოდნის დონე	გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	დამოკიდებულების საშუალო მაჩვენებელი, ქულა	ადეკვატურ გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	% ცოდნის დონის ჯგუფიდან	% კაცთა ჯგუფიდან
კარგი (11-20 ქ.)	281	2.8 ± 1.6 *f	207	73,7%	29,5%
საშუალო (4-10 ქ.)	256	1.6 ± 1.2 **	91	35,5%	13,0%
ცუდი (0-3 ქ.)	164	1.2 ± 0.7	36	22,0%	5,1%
სულ	701	1.9 ± 1.6	334	47.6%	

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p=0.0001)

როგორც ცხრილიდან ჩანს, დამოკიდებულების საშუალო მაჩვენებელი მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე კაცებში ცოდნის ცუდი დონის მქონე კაცებთან შედარებით, ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას და ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ფარდობითი რისკის (Relative Risk - RR) გამოთვლისასაც იგივე ტენდენცია შეინიშნება კაცებში. არაადეკვატური დამოკიდებულების რისკი ცოდნის საშუალო და ცუდი დონის მქონე გამოკითხულ კაცებში სარწმუნოდ მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე კაცების ჯგუფთან შედარებით

$$RR = 2.44 (95\%CI - 2.07-2.86)$$

მთელ კონტინგენტში არაადეკვატური დამოკიდებულების რისკი ცოდნის საშუალო და ცუდი დონის მქონე გამოკითხულებში სარწმუნოდ მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე გამოკითხულებთან შედარებით

$$RR = 2.89 (95\%CI - 2.60-3.21)$$

ცხრილი 28. ადეკვატური დამოკიდებულების მქონე გამოკითხულთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით

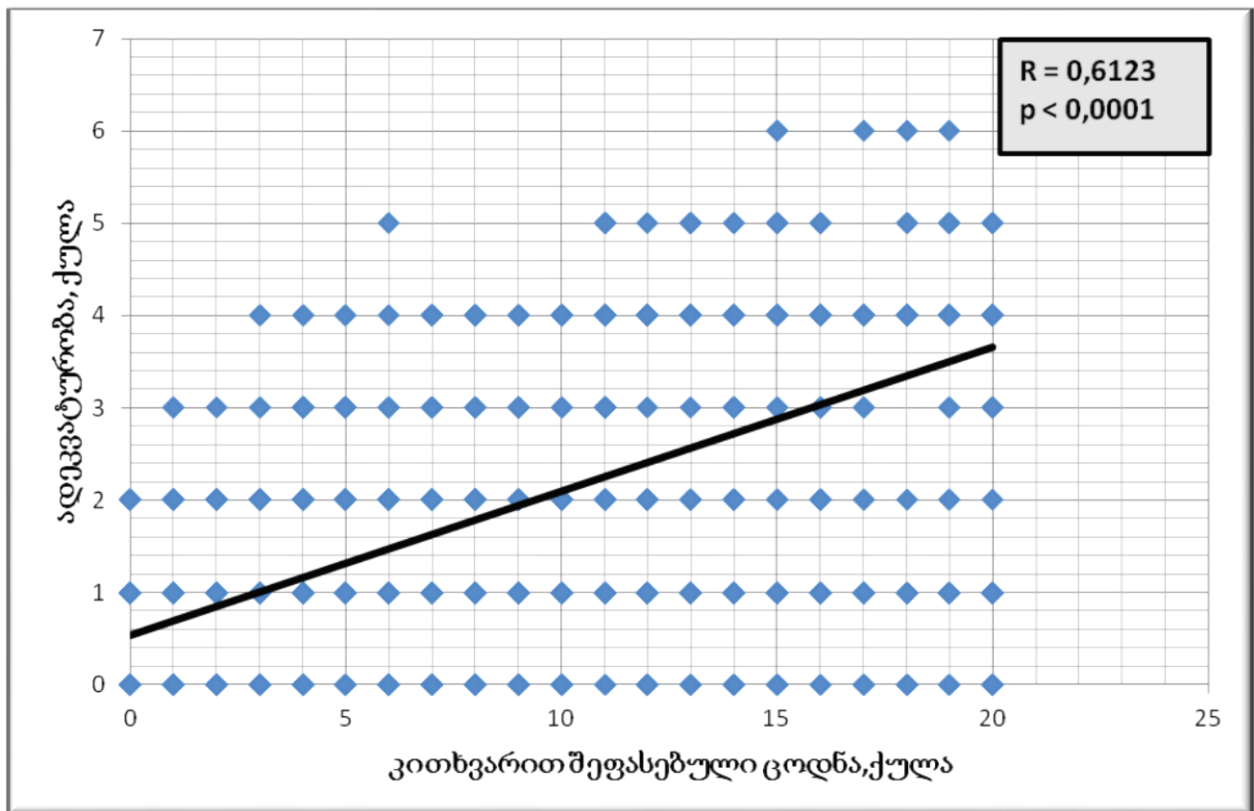
ცოდნის დონე	გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	დამოკიდებულების საშუალო მაჩვენებელი, ქულა	ადეკვატურ გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	% ცოდნის დონის ჯგუფიდან	% ჯგუფიდან
კარგი (11-20 ქ.)	687	3.1 ± 1.5 *f	525	76,4%	28,8%
საშუალო (4-10 ქ.)	623	1.4 ± 1.0 **	198	31,8%	10,9%
ცუდი (0-3 ქ.)	511	0.8 ± 0.7	102	20,0%	5,6%
სულ	1821	1.9 ± 1.5	825	45.3%	

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

გრაფიკი N1. ქულებით შეფასებული დამოკიდებულების კორელაცია კითხვარით შეფასებულ ცოდნასთან



რაც შეეხება პირის ღრუს ჯანმრთელობის დაცვის პრაქტიკულ უნარებს, კვლევის კითხვარის მესამე პრაქტიკის ნაწილი სრულად შეავსო 1421-მა ადამიანმა – 920-მა ქალმა და 501-მა კაცმა.

სწორი პასუხი შეფასდა 1 ქულით. 50%-ზე მეტი (≥ 4 ქ.) სწორი პასუხის შემთხვევაში, გამოკითხულის დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ ჩაითვალა შესაბამისად, არასწორი პასუხების შემთხვევაში - არაშესაბამისად. პრაქტიკის ნაწილშიც ზუსტად იგივე ტენდენცია დაფიქსირდა, რაც დამოკიდებულების ნაწილში. შესაბამისი პრაქტიკის საშუალო ქულა ყველაზე მაღალი იყო ცოდნის კარგი დონის მქონე ქალებში,

ცხრილი 29. დადებითი პასუხების მქონე გამოკითხულთა განაწილება სქესის მიხედვით

კითხვა #	ქალები			კაცები			სრული ერთობლიობა	
	n=	%, ქალთა ჯგუფიდან	% მთელი კონტინგენტიდან	n=	%, კაცთა ჯგუფიდან	% მთელი კონტინგენტიდან	n=	% მთელი კონტინგენტიდან
1	218	23,7%	12,0%	87	44,2%	4,8%	305	16,7%
2	197	21,4%	10,8%	12	6,1%	0,7%	209	11,5%
3	97	10,5%	5,3%	14	7,1%	0,8%	111	6,1%
4	210	22,8%	11,5%	87	44,2%	4,8%	297	16,3%
5	90	9,8%	4,9%	108	54,8%	5,9%	198	10,9%
6	78	8,5%	4,3%	18	9,1%	1,0%	96	5,3%
7	19	2,1%	1,0%	75	38,1%	4,1%	94	5,2%

ცხრილი 30. შესაბამისი პრაქტიკის მქონე გამოკითხულ ქალთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით

ცოდნის დონე	გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	პრაქტიკის საშუალო მაჩვენებელი, ქულა	შესაბამისი პრაქტიკის მქონე გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	% ცოდნის დონის ჯგუფიდან	% ქალთა ჯგუფიდან
კარგი (11-20 ქ.)	406	3.4 ± 1.3 *f	228	56,2%	24,8%
საშუალო (4-10 ქ.)	266	1.3 ± 0.9 **	102	38,3%	11,1%
ცუდი (0-3 ქ.)	248	0.6 ± 0.7	54	21,8%	5,9%
სულ	920	2.0 ± 1.6	384	41.7%	

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ფარდობითი რისკის (Relative Risk - RR) კვლევამ აჩვენა, რომ არაადეკვატური პრაქტიკის რისკი ცოდნის საშუალო და ცუდი დონის მქონე გამოკითხულ ქალებში სარწმუნოდ მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე გამოკითხულებთან შედარებით.

$$RR = 1.85 (95\%CI - 1.58-2.16)$$

ცხრილი 31. შესაბამისი პრაქტიკის მქონე გამოკითხულ კაცთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით

ცოდნის დონე	გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	პრაქტიკის საშუალო მაჩვენებელი, ქულა	შესაბამისი პრაქტიკის მქონე გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	%, ცოდნის დონის ჯგუფიდან	%, კაცთა ჯგუფიდან
კარგი (11-20 ქ.)	181	3.0 ± 1.5 *f	112	61,9%	22,4%
საშუალო (4-10 ქ.)	156	1.5 ± 1.1 **	61	39,1%	12,2%
ცუდი (0-3 ქ.)	164	1.2 ± 0.7	24	14,6%	4,8%
სულ	501	2.0 ± 1.4	197	39,3%	

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას ($p < 0.0001$)

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას ($p < 0.0001$)

ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას ($p = 0.0037$)

იგივე ტენდენცია შეინიშნება კაცებშიც, არაშესაბამისი პრაქტიკის რისკი ცოდნის საშუალო და ცუდი დონის მქონე გამოკითხულ კაცებში სარწმუნოდ მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე კაცების ჯგუფთან შედარებით

$$RR = 2.95 (95\%CI - 2.36-3.68)$$

მთელ კონტინგენტში არაშესაბამისი პრაქტიკის რისკი ცოდნის საშუალო და ცუდი დონის მქონე გამოკითხულებში სარწმუნოდ მაღალია ცოდნის კარგი დონის მქონე გამოკითხულებთან შედარებით

$$RR = 2.00 (95\%CI - 1.76-2.28)$$

ცხრილი 32. შესაბამისი პრაქტიკის მქონე გამოკითხულთა განაწილება ცოდნის დონის მიხედვით

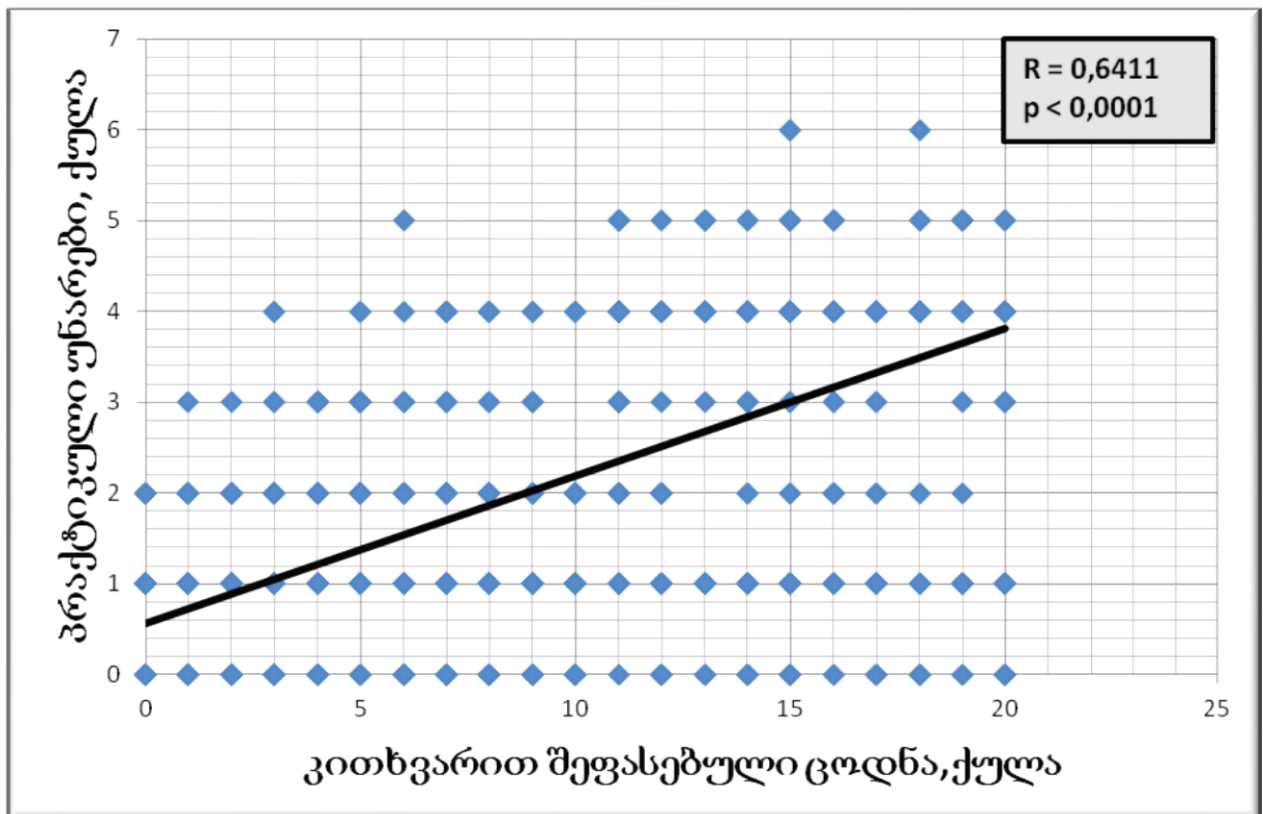
ცოდნის დონე	გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	პრაქტიკის საშუალო მაჩვენებელი, ქულა	შესაბამისი პრაქტიკის მქონე გამოკითხულთა რაოდენობა ჯგუფში n=	%, ცოდნის დონის ჯგუფიდან	%, ჯგუფიდან
კარგი (11-20 ქ.)	587	3.3 ± 1.4 *f	340	57,9%	23,9%
საშუალო (4-10 ქ.)	422	1.4 ± 1.0 **	163	38,6%	11,5%
ცუდი (0-3 ქ.)	412	0.9 ± 0.7	78	18,9%	5,5%
სულ	1421	2.0 ± 1.6	581	40.9%	

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

ცოდნის საშუალო დონის მქონეთა საშუალო ქულა სარწმუნოდ აღემატება ცოდნის ცუდი დონის მქონეთა საშუალო ქულას (p<0.0001)

გრაფიკი N2. ქულებით შეფასებული პრაქტიკული უნარების კორელაცია კითხვარით შეფასებულ ცოდნასთან



გრაფიკიდან N2-დან ჩანს, რომ ქულებით შეფასებული პრაქტიკა პირდაპირ-კორელაციურ კავშირს ავლენს კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან

$$r = 0.6411 (p < 0.0001)$$

ჩვენი კვლევის შედეგებმა თვალნათლივ დაგვანახა, რომ გამოკითხულ კონტინგენტში, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნა არასაკმარისია, შესაბამისად, დამოკიდებულება და პრაქტიკაც მიჰყვება მას და არაადეკვატური და არაშესაბამისია, თუმცა ჩვენი კვლევის ზემოთ წარმოდგენილი მნიშვნელოვანი ფრაგმენტი ბევრისმომცემი ვერ იქნებოდა, რომ არა მეორე, არანაკლებ მნიშვნელოვანი, ნაწილი, რომელიც ავსებს და ასრულებს ჩვენს კვლევას პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირების მნიშვნელობაზე. მას შემდეგ, რაც ეს საკითხი შევისწავლეთ და განვსაზღვრეთ ცოდნის დონე, გავარკვიეთ რამდენად განსხვავებული იყო გამოკითხული პაციენტების ჯგუფებში პირის ღრუს ჯანმრთელობა, შევისწავლეთ პირის ღრუს ჯანმრთელობა ცოდნის მაღალი და დაბალი დონის მქონე პაციენტებში და გაირკვა შემდეგი:

პირის ღრუს ჯანმრთელობა შეფასდა კბა, გინგივიტისა და პაროდონტის ინდექსებით. ამ ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები შესწავლილ კონტინგენტში მოყვანილია ცხრილში.

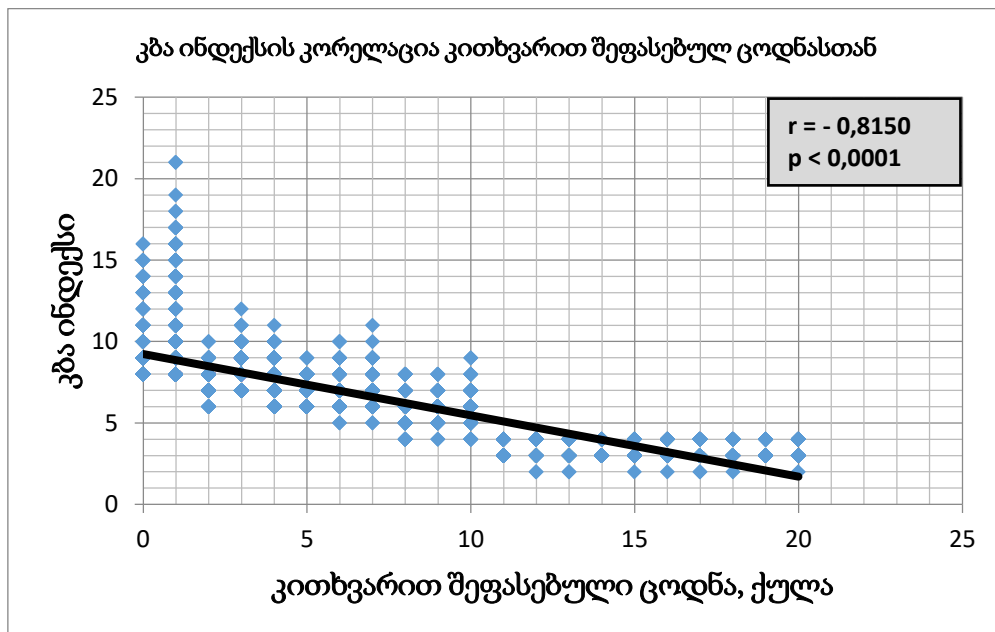
ცხრილი 33. კბა, გინგივიტისა და პაროდონტის ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები შესწავლილ კონტინგენტში

#	ინდექსი	Mean	SD
1	კბა ინდექსი	6,5	2,6
2	გინგივიტის ინდექსი	1,3	0,9
3	პაროდონტის ინდექსი	1,2	1,7

კბა ინდექსით შეფასებული დაბალი ინტენსივობა დაუდგინდა 1302 პირს (51.0%), საშუალო - 321 პირს (12.6%), მაღალი - 928 პირს (36.4%).

შევისწავლეთ კბა ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან. ამ კვლევამ აჩვენა, რომ კბა ინდექსი სარწმუნო უკუკორელაციურ კავშირს ავლენს ამ უკანასკნელთან - $r = - 0.8150$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი 3).

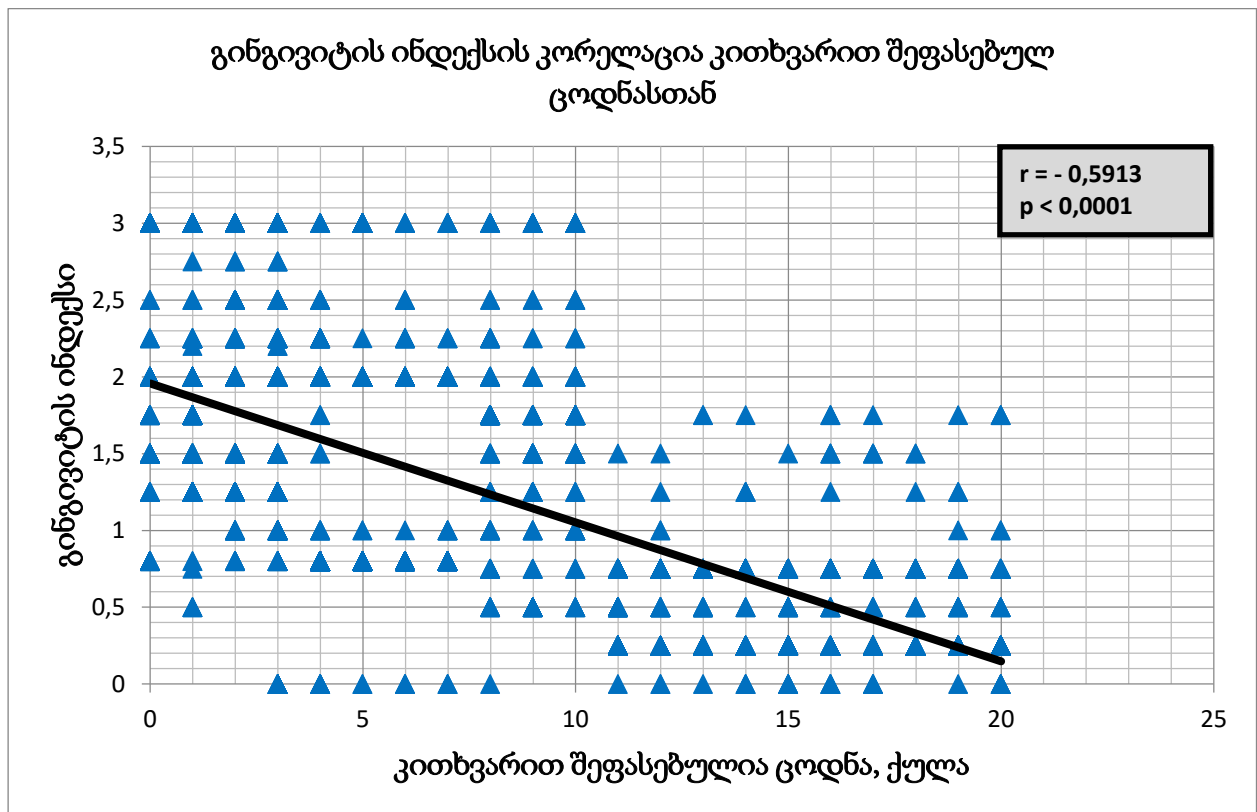
გრაფიკი 3. კბა ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან.



გინგივიტის ინდექსით შეფასებული მძიმე გინგივიტი დაუდგინდა 285 პირს (11.2%), საშუალო - 425 პირს (16.7%), მსუბუქი - 592 პირს (23.2%), ნორმალური მდგომარეობა კი - 1249 პირს (49.0%).

შევისწავლეთ გინგივიტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან. ამ კვლევამ აჩვენა, რომ გინგივიტის ინდექსი სარწმუნო უკუკორელაციურ კავშირს ავლენს ამ უკანასკნელთან - $r = -0.5913$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი #4).

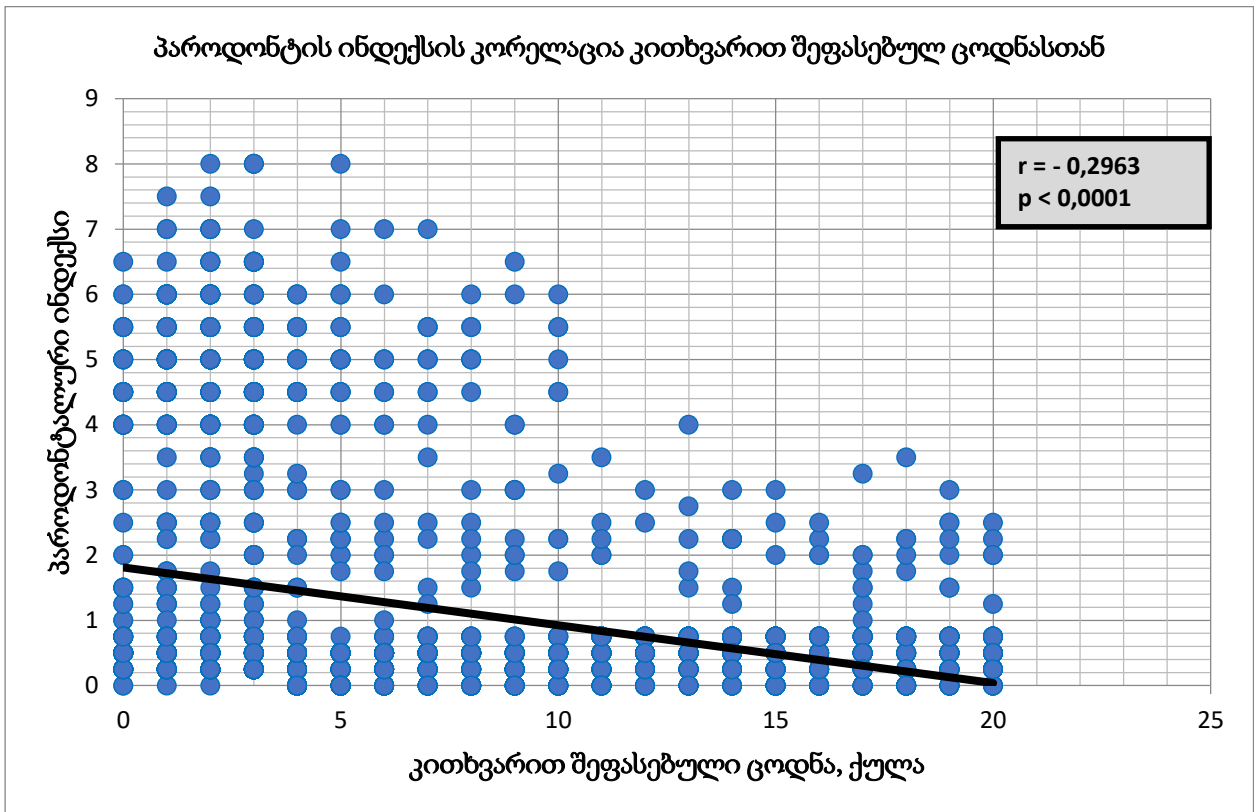
გრაფიკი 4. გინგივიტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან.



პაროდონტის ინდექსით შეფასებული მძიმე პაროდონტიტი დაუდგინდა 348 პირს (13.6%), საშუალო - 195 პირს (7.6%), მსუბუქი - 2008 პირს (78.7%).

შევისწავლეთ პაროდონტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან. ამ კვლევამ აჩვენა, რომ პაროდონტის ინდექსიც სარწმუნო უკუკორელაციურ კავშირს ავლენს ამ უკანასკნელთან - $r = -0.2963$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი #5).

გრაფიკი N5. პაროდონტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან



სქესის მიხედვით დაყოფილი ჯგუფები

იგივე ტენდენცია შენარჩუნდა სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესაფასებლად გამოყენებული კბა, გინგივიტისა და პაროდონტის ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში მოყვანილია ცხრილში N34.

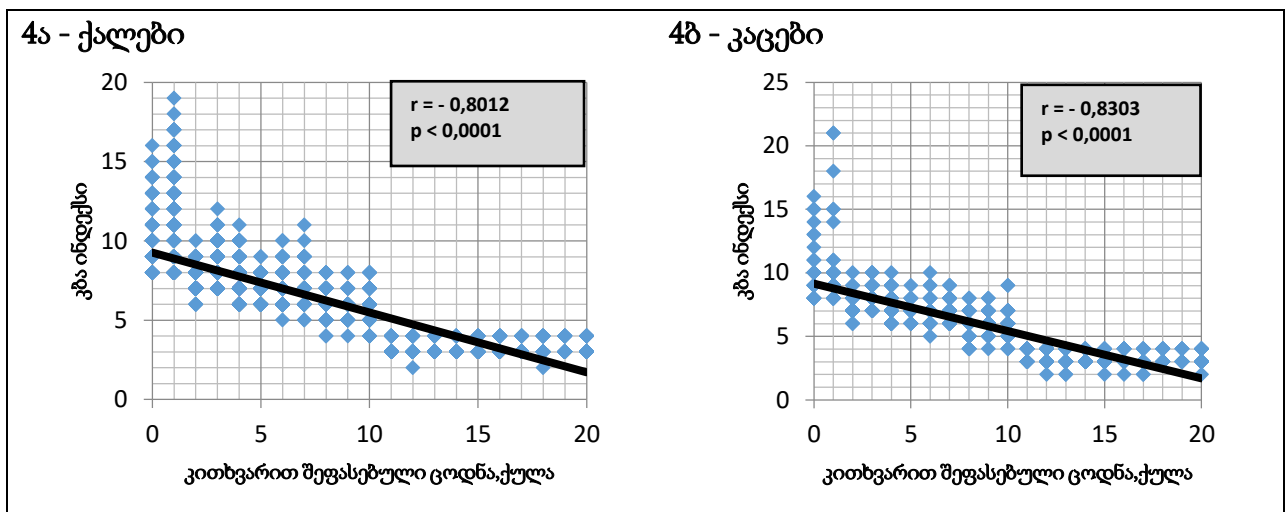
ცხრილი 34. კბა, გინგივიტისა და პაროდონტის ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები შესწავლილ კონტინგენტში

#	ინდექსი	ქალები		კაცები	
		Mean	SD	Mean	SD
1	კბა ინდექსი	6,8	2,6	5,9	2,6
2	გინგივიტის ინდექსი	1,4	0,9	1,2	0,8
3	პაროდონტის ინდექსი	1,2	1,7	1,2	1,6

კბა ინდექსით შეფასებული დაბალი ინტენსივობა ქალებში დაუდგინდა 1054 პირს (58.0%), საშუალო - 209 პირს (11.5%), მაღალი - 553 პირს (30.5%). კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან კბა ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირის კვლევამ აჩვენა, რომ იგი სარწმუნო უკუკორელაციურ ხასიათს ავლენს - $r = -0.8012$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი 6-4ა).

იგივე ინდექსით შეფასებული დაბალი ინტენსივობა კაცებში დაუდგინდა 248 პირს (33.7%), საშუალო - 112 პირს (15.2%), მაღალი - 375 პირს (51.0%). კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან კბა ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირის კვლევამ, ასევე, აჩვენა სარწმუნო უკუკორელაციური ხასიათი - $r = -0.8303$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი #6 4ბ).

გრაფიკი 6. კბა ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში

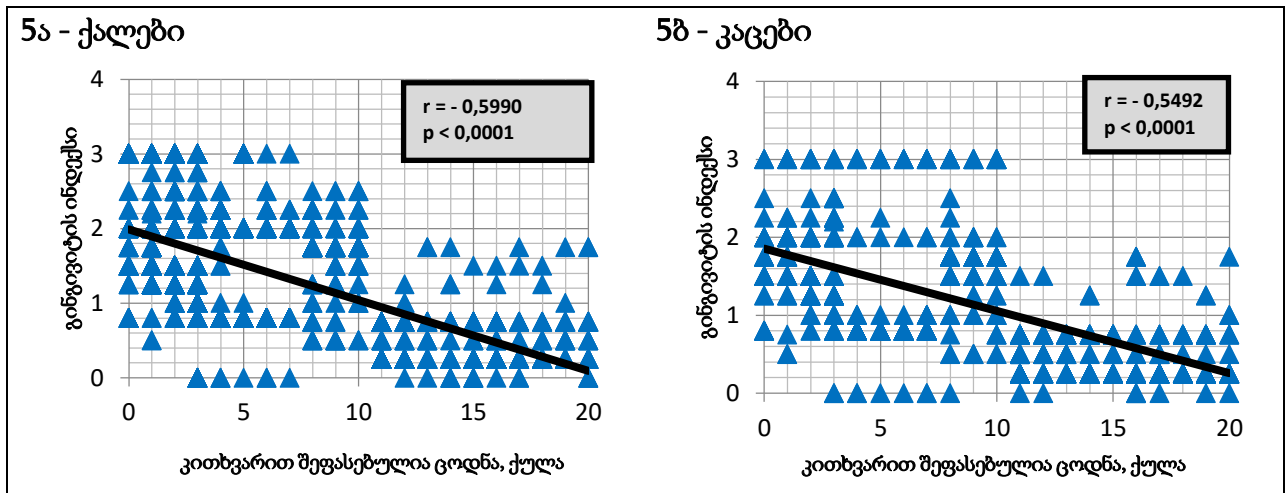


გინგივიტის ინდექსით შეფასებული მძიმე გინგივიტი დაუდგინდა 215 ქალს (11.8%), საშუალო - 354-ს (19.5%), მსუბუქი - 403-ს (22.2%), ნორმალური მდგომარეობა კი - 844-ს (46.5%). კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან გინგივიტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირის კვლევამ აჩვენა, რომ იგი სარწმუნო უკუკორელაციურ ხასიათს ავლენდა - $r = -0.5990$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი N7-5ა).

იგივე ინდექსით შეფასებული მძიმე გინგივიტი დაუდგინდა 70 კაცს (9.5%), საშუალო - 71-ს (9.7%), მსუბუქი - 189-ს (25.7%), ნორმალური მდგომარეობა კი - 405-ს (55.1%).

კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან გინგივიტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირის კვლევამ, ასევე, აჩვენა სარწმუნო უკუკორელაციური ხასიათი - $r = - 0.5492$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი N7-5ბ).

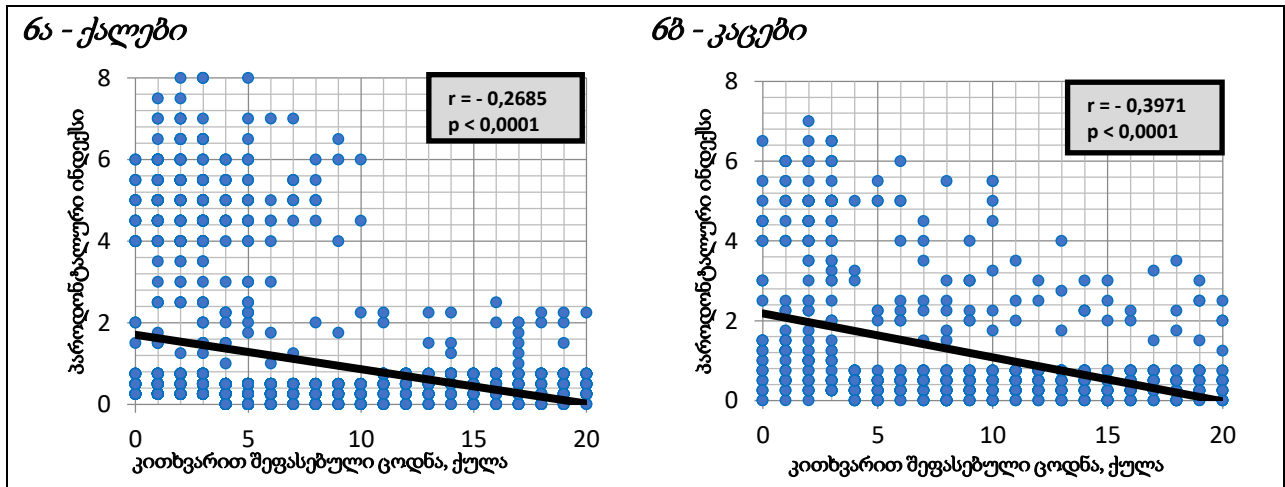
გრაფიკი 7. გინგივიტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში.



პაროდონტის ინდექსით შეფასებული მძიმე პაროდონტიტი ქალებში დაუდგინდა 260 პირს (14.3%), საშუალო - 80 პირს (4.4%), დამაკმაყოფილებელი - 1476 პირს (81.3%). კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან პაროდონტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირის კვლევამ აჩვენა, რომ იგი ისევ სარწმუნო უკუკორელაციურია - $r = - 0.2685$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი 8-6ა).

იგივე ინდექსით შეფასებული მძიმე პაროდონტიტი კაცებში დაუდგინდა 88 პირს (12.0%), საშუალო - 115 პირს (15.6%), დამაკმაყოფილებელი - 532-ს (72.4%). კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან პაროდონტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირის კვლევამ, ასევე, სარწმუნო უკუკორელაციური ხასიათი გამოავლინა - $r = - 0.3971$, $p < 0.001$ (იხ. გრაფიკი 8-6ბ).

გრაფიკი N8. პაროდონტის ინდექსის მაჩვენებლების კორელაციური კავშირი კითხვარის ქულებით შეფასებულ ცოდნასთან სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში.



ცოდნის სხვადასხვა დონის მქონე პირებში (კითხვარის მიხედვით) პირის ღრუს მძიმე ჯანმრთელობის მაჩვენებლები ზემოაღნიშნული ინდექსების და სქესის მიხედვით დაყოფილ ქვეჯგუფებსა და სრულ კონტინგენტში მოყვანილია ცხრილში (ცხრილი 35).

ცხრილი 35. ინდექსების მიხედვით შეფასებული პირის ღრუს მძიმე ჯანმრთელობის მაჩვენებლები ცოდნის სხვადასხვა დონის მქონე პირებში სქესის მიხედვით დაყოფილ ქვეჯგუფებსა და სრულ კონტინგენტში.

#	ცოდნა/ინდექსი	ქალები	კაცები	სრული კონტინგენტი
0-3 ქულა				
1	კბა ინდექსი (მძიმე)	677 (100%)	200 (100%)	877 (100%)
2	გინგივიტის ინდექსი (მძიმე)	200 (29.5%)	25 (13.9%)	225 (26.3%)
3	პაროდონტის ინდექსი (მძიმე)	200 (29.5%)	72 (40.0%)	272 (31.7%)
4-10 ქულა				
1	კბა ინდექსი (მძიმე)	377 (51.4%)	68 (24.8%)	445 (44.2%)
	კბა ინდექსი (საშუალო)	209 (28.5%)	112 (40.9%)	321 (31.9%)
2	გინგივიტის ინდექსი (მძიმე)	15 (2.0%)	60 (16.4%)	75 (6.0%)
	გინგივიტის ინდექსი (საშუალო)	190 (25.9%)	24 (6.9%)	214 (20.8%)
3	პაროდონტის ინდექსი (მძიმე)	60 (8.2%)	16 (5.8%)	76 (7.5%)
	პაროდონტის ინდექსი (საშუალო)	24 (3.3%)	27 (9.9%)	51 (5.1%)

11-20 ქულა				
1	კბა ინდექსი (საშუალო)	406 (100.0%)	281 (100.0%)	687 (100.0%)
2	გინგივიტის ინდექსი (მსუბუქი)	19 (4.7%)	17 (6.0%)	36 (5.2%)
3	პაროდონტის ინდექსი (საშუალო)	21 (5.2%)	29 (10.3%)	50 (7.3%)

კბა, გინგივიტისა და პაროდონტის ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში ცოდნის დაბალი, საშუალო და კარგი დონის მქონე პირებში მოყვანილია ცხრილში 36.

ცხრილი 36. კბა, გინგივიტისა და პაროდონტის ინდექსების საშუალო მაჩვენებლები სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში ცოდნის დაბალი, საშუალო და კარგი დონის მქონე პირებში

#	ინდექსი	ქალები		კაცები	
		Mean	SD	Mean	SD
0-3 ქულა					
1	კბა ინდექსი	8,9	2,2	8,8	2,3
2	გინგივიტის ინდექსი	2,0	0,8	1,8	0,7
3	პაროდონტის ინდექსი	1,9	2,2	2,7	2,1
4-10 ქულა					
1	კბა ინდექსი	6,8	1,1	6,6	1,2
2	გინგივიტის ინდექსი	1,3	0,6	1,4	0,8
3	პაროდონტის ინდექსი	0,8	1,4	0,9	1,2
11-20 ქულა					
1	კბა ინდექსი	3,3	0,5	3,3	0,5
2	გინგივიტის ინდექსი	0,5	0,3	0,5	0,3
3	პაროდონტის ინდექსი	0,5	0,4	0,6	0,7

სქესის მიხედვით დაყოფილი ჯგუფების ცოდნის დონის მიხედვით სტრატეგიცირებისას სარწმუნო ხასიათის განსხვავებას ინდექსების საშუალო მაჩვენებლებს შორის ადგილი არ ჰქონია. რაც შეეხება კორელაციურ კავშირებს ქალების ქვეჯგუფში:

- სარწმუნო უკუკორელაციური კავშირი გამოვლინდა ცოდნის დაბალი დონის მქონე ქალების ქვეჯგუფში კითხვარით მიღებულ ქულასა და კბა ინდექსის მაჩვენებელს შორის ($r = -0,4561$; $p < 0.001$);
- ცოდნის საშუალო დონის მქონე ქალებში სარწმუნო კორელაციური კავშირი აღინიშნა ისევ კითხვარით მიღებულ ქულასა და კბა ინდექსის მაჩვენებელს შორის ($r = -0,3602$; $p < 0.001$);
- ცოდნის კარგი დონის მქონე ქალებში ინდექსებსა და კითხვარით მიღებულ ქულას შორის სარწმუნო კორელაციური კავშირი არ მოიძებნა.

კაცების ქვეჯგუფშიც იგივე ტენდენცია გამოვლინდა:

- სარწმუნო უკუკორელაციური კავშირი გამოვლინდა ცოდნის დაბალი დონის მქონე კაცების ქვეჯგუფში კითხვარით მიღებულ ქულასა და კბა ინდექსის მაჩვენებელს შორის ($r = -0,4264$; $p < 0.001$);
- ცოდნის საშუალო დონის მქონე კაცებში სარწმუნო კორელაციური კავშირი აღინიშნა ისევ კითხვარით მიღებულ ქულასა და კბა ინდექსის მაჩვენებელს შორის ($r = -0,4494$; $p < 0.001$);

ცოდნის კარგი დონის მქონე კაცებში ინდექსებსა და კითხვარით მიღებულ ქულას შორის სარწმუნო კორელაციური კავშირი არ მოიძებნა.

ჩვენი კვლევის შედეგების მიხედვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ:

პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხებში გამოკითხულთა უმრავლესობას აქვს ცუდი ან საშუალო ცოდნა, არადეკვატური დამოკიდებულება და არაშესაბამისი პრაქტიკა (ქცევები და უნარები);

ცოდნის კარგი დონის მქონეთა შორის სარწმუნოდ მაღალია ადეკვატური დამოკიდებულებისა და შესაბამისი პრაქტიკის მქონე პირთა რაოდენობა როგორც ქალთა, ასევე, კაცთა შორის;

ცოდნას, დამოკიდებულებასა და პრაქტიკას შორის პირდაპირპროპორციული კავშირია;

- არაადეკვატური დამოიდებულებისა და არაშესაბამისი ქცევის (პრაქტიკის) რისკი სარწმუნოდ იზრდება ცოდნის ცუდი დონის მქონე პირებში.

- პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკეთესია ცოდნის კარგი დონის მქონე პირებში (ქალებსა და კაცებში).

-

3.2. ქცევის ცვლილებების გავლენის შეფასება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

არცთუ იშვიათად ისმის შეკითხვა: რატომ უნდა ჩატარდეს KAP გამოკითხვა? იქვე შეიძლება მოვიძიოთ პასუხი: KAP გამოკითხვის საფუძველზე შეიძლება მივიღოთ მონაცემები, რომელთა გამოყენება შესაძლებელი იქნება სხვადასხვა მიზნისთვის და, პირველ რიგში, ქცევითი თავისებურებების განსაზღვრისთვის, რის მიხედვითაც შეიძლება მოხდეს საჭიროებების, პრობლემების და ბარიერების იდენტიფიცირება, რაც დაგვეხმარება ინტერვენციების დაგეგმვასა და შემდგომ განხორციელებაში.

ქცევაზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორის საბაზისო დონეების განსაზღვრა და ინტერვენციების შედეგად მიღებული ცვლილებების გაზომვა გვეხმარება სათემო პროგრამის პრიორიტეტების დასახვის და პროგრამული გადაწყვეტილებების მიღების თვალსაზრისით.

ქცევითი ცვლილებების ზეგავლენის შესაფასებელ სეგმენტში ჩართული იყო 780 პაციენტი, მათგან - 576 კაცი და 204 ქალი.

ქცევითი ცვლილებებისათვის მზაობა გამოხატა 445-მა პაციენტმა, ქცევით ცვლილებებზე პირდაპირ და გადაჭრით უარი განაცხადა 127-მა პაციენტმა, ხოლო 208-მ გარკვეული ბარიერები დაასახელა იმის მიზეზად, თუ რატომ ვერ მოახერხებდა ქცევის შეცვლას ჩვენი კვლევის, და არა მარტო ჩვენი კვლევის, ფარგლებში. მათი აზრით, ქცევის ცვლილება არ წარმოადგენდა მნიშვნელოვან ფაქტორს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების კუთხით. საერთოდ, გვინდა აქვე აღვნიშნოთ, რომ ჩაღრმავებული გამოკითხვის და პაციენტებთან არაერთი

გასაუბრების შედეგად უფრო სხვა პრობლემა წარმოჩინდა. ეს გახლდათ ნიჰილისტური დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ. ეს მიდგომა პაციენტებს უჩენდა განცდას, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობა მეტ-ნაკლებად მოგვარებადია გარკვეული ინტერვენციების ჩატარების ფონზე და არ საჭიროებს დამატებით ძალისხმევას. ქცევის ცვლილების ფორმატი მათთვის უფრო გადაულახავი ბარიერი აღმოჩნდა, ვიდრე პირის ღრუს ჯანმრთელობის ადეკვატური მონიტორინგი.

ქცევის ცვლილებებისადმი მზაობა და განმეორებით ვიზიტებზე (ქცევით თავისებურებებზე მონიტორინგი ხორციელდებოდა 6+6 თვის მანძილზე) მოსვლის სურვილი გამოხატა 445-მა ადამიანმა. მათ შორის იყო 278 კაცი და 167 ქალი.

გამოკითხულ პაციენტთა ქცევითი ცვლილებების ქცევის ნიმუშები ასე შეგვიძლია წარმოვადგინოთ:

1. თამბაქოს მოხმარების ჩვევა: უკუაგდო (მოწევას თავი დაანება) 2-მა პაციენტმა (ქალი);
2. ალკოჰოლის მოხმარება: შეზღუდა 17-მა (4 კაცი და 13 ქალი);
3. ტკბილ საკვებზე (შაქრის შემცველი პროდუქტები და გაზიანი ტკბილი სასმელები) უარი განაცხადა: 386-მა ადამიანმა (198 კაცი და 188 ქალი),
4. სპეციფიკური მავნე ჩვევები ჰქონდა 17 ადამიანს და მათი შეცვლა მოახერხა აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (8 კაცი და 9 ქალი).

თამბაქოს მოხმარება შეწყვიტეს იმ ადამიანებმა, რომელთაც ჰქონდათ უკვე ჩამოყალიბებული კრიტიკული დამოკიდებულება ამ მავნე ჩვევის მიმართ, ანუ ჩვენი კვლევა და პაციენტებთან ჩატარებული მუშაობა, გარკვეულწილად, აღმოჩნდა საჭირო დროსა და საჭირო ადგილას იმ თვალსაზრისით, რომ უკვე მომზადებულ, გარკვეულ ბაზისზე, მან ხელი შეუწყო საჭირო გადაწყვეტილების მიღებას და გადამწყვეტი ფაქტორი აღმოჩნდა, ამ არცთუ ადვილად დამლევადი, ადამიანის ცნობიერებაში მყარად ფესვგადგმული, ქცევის შესაცვლელად.

ალკოჰოლის მოხმარება ასეთივე სიმძიმის და მნიშვნელობის ქცევად შეგვიძლია მივიჩნიოთ და მისი ცვლილებაც თამბაქოს მოხმარების ცვლილების ჭრილში უნდა წარმოვიდგონოთ.

ტკბილ საკვებზე უარის თქმა გაცილებით ადილად დასათმობი აღმოჩნდა ჩვენს კვლევაში ჩართული პაციენტებისთვის, რაც, სავარაუდოდ, განაპირობა იმან, რომ სასწორის ერთ პინაზე აღმოჩნდა პირის „ჩატკბარუნებით“ მიღებული სიამოვნება, ხოლო მეორეზე - ის ხარჯი და მთელი რიგი ინვაზიური პროცედურები, რაც დაკაშირებულია პირის ღრუს ადეკვატურ მოვლა-მონიტორინგთან. ამ ურთიერთდაპირისპირების ფონზე, რასაკვირველია, ტკბილ საკვებზე უარის თქმა უფრო სწორი გადაწყვეტილება აღმოჩნდა პაციენტთა სრული უმრავლესობისათვის.

სპეციფიკური მავნე ჩვევები ჰქონდა 17 ადამიანს და მათი შეცვლა მოახერხა აბსოლუტურმა უმრავლესობამ. აქ ჩვენი კვლევის შედეგებმა დაგანახა, რომ ეს პრობლემა უფრო კომპლექსური ხასიათისაა, სამაგიეროდ, ასეთ ქცევაზე უარის თქმა კარგი, ადეკვატური არგუმენტაციის, პირობებში უფრო ადვილად მისაღწევია, ვიდრე, მაგალითად, თამბაქოსა თუ ალკოჰოლზე უარის თქმა.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ კვლევის პროცესში სხვადასხვა წანააღმდეგობის გადალახვა მოგვიხდა, რათა ქცევის ცვლილება დაფიქსირებულიყო – მკვლევართა მხრიდან განხორციელდა არაერთი მხარდამჭერი სატელეფონო ზარი, არაერთი ახსნითი საუბარი ჩატარდა გამოსაკვლევ კონტინგენტში და არაერთი მყარი არგუმენტი მოვიშველიეთ პაციენტთა დარწმუნების კუთხით, თუმცა, ასევე, უნდა ვთქვათ, რომ ამ კუთხით მიმართულ ძალისხმევას უშედეგოდ არ ჩაუვლია და პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა აშკარად და სტატისტიკურად სარწმუნოდ გაუმჯობესდა ქცევის ცვლილების ფორმატში.

გამოკითხული და ქცევის ცვლილების სეგმენტში ჩართული პაციენტებისათვის პირის ღრუს ჯანმრთელობის ასეთი მდგომარეობა მივიღეთ:

ქცევითი ცვლილება დაფიქსირდა 278 კაცის შემთხვევაში, რომელთა შორის პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა (**საუბარია პოზიტიურ დინამიკაზე**) 196-ს.

შეცვლილი ქცევის შემთხვევათა ქალთა საკვლევ ჯგუფში სულ იყო 167 ქალი; პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდა 89-ს (საუბარია პოზიტიურ დინამიკაზე).

ქცევის ცვლილებების სეგმენტში ჩართულ პაციენტთა დახასიათება კვლევის ფარგლებში ასეთნაირად შეგვიძლია წარმოვადგინოთ:

ქცევის ცვლილებების შესახებ ინფორმაცია შეგროვდა 780 პაციენტის შესახებ. მათგან 576 იყო კაცი და 204 - ქალი. ამ პირების განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში

ცხრილი 37. ქცევის ცვლილებების შესახებ გამოკითხვაში მონაწილე პირთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით.

ასაკი	კაცი	%	ქალი	%
20	33	5,7%	28	13,7%
21	5	0,9%	14	6,9%
22	8	1,4%	13	6,4%
23	8	1,4%	0	0,0%
24	7	1,2%	0	0,0%
25	8	1,4%	15	7,4%
26	4	0,7%	0	0,0%
27	6	1,0%	5	2,5%
28	15	2,6%	10	4,9%
29	3	0,5%	0	0,0%
30	3	0,5%	0	0,0%
31	3	0,5%	18	8,8%
32	12	2,1%	0	0,0%
33	16	2,8%	8	3,9%
34	12	2,1%	11	5,4%
35	16	2,8%	0	0,0%
36	10	1,7%	10	4,9%
37	26	4,5%	13	6,4%
38	16	2,8%	10	4,9%
39	17	3,0%	10	4,9%
40	4	0,7%	2	1,0%
41	18	3,1%	0	0,0%
42	11	1,9%	8	3,9%
43	10	1,7%	3	1,5%
44	17	3,0%	0	0,0%
45	20	3,5%	2	1,0%
46	8	1,4%	0	0,0%

47	16	2,8%	0	0,0%
48	16	2,8%	2	1,0%
49	14	2,4%	0	0,0%
50	25	4,3%	0	0,0%
51	20	3,5%	0	0,0%
52	21	3,6%	10	4,9%
53	22	3,8%	0	0,0%
54	17	3,0%	0	0,0%
55	9	1,6%	5	2,5%
56	8	1,4%	0	0,0%
57	7	1,2%	3	1,5%
58	27	4,7%	1	0,5%
59	16	2,8%	0	0,0%
60	17	3,0%	0	0,0%
61	10	1,7%	3	1,5%
62	10	1,7%	0	0,0%
63	5	0,9%	0	0,0%
64	0	0,0%	0	0,0%
65	0	0,0%	0	0,0%
სულ	576	100,0%	204	100,0%

ქცევითი ცვლილება დაფიქსირდა 445 ადამიანში - 276 კაცსა და 169 ქალში;

ცხოვრების წესი არ შეუცვლია 337 პირს;

კაცებში, რომელთა შორის გამოვლინდა ქცევის ცვლილება, პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა **კბა ინდექსით** გაუმჯობესდა 196 პირს:

ქალებს შორის იგივე ინდექსის გაუმჯობესება გამოვლინდა 89 პირთან;

სულ, გამოკითხულ პაციენტთა შორის, პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა 285 შემთხვევაში გაუმჯობესდა;

ქცევის ცვლილებების მქონე კაცებს შორის **გინგივიტის ინდექსი** გაუმჯობესდა 113 პირთან; ქალებს შორის - 75 პირთან; სულ - 188 პირთან.

პაროდონტის ინდექსი კი გაუმჯობესდა 125 კაცსა და 62 ქალს.

სულ კბა ინდექსის მიხედვით შეფასებული პირის ღრუს ჯანმრთელობის დინამიკის მაჩვენებლები ქცევის ცვლილებების მქონე და არმქონე პირებს შორის მოყვანილია ცხრილში (ცხრილი 38).

ცხრილი 38. ქვევის ცვლილებების შესახებ გამოკითხვაში მონაწილე პირთა კბა ინდექსის დინამიკა ასაკისა და სქესის მიხედვით

სქესი	დინამიკის ხასიათი	ქვევის ცვლილების არსებობა		ქვევის ცვლილების არარსებობა	
		n=	%	n=	%
კაცი	დადებითი	196	68,8%	107	35,7%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	63	22,8%	150	50,0%
	უარყოფითი	17	9,4%	43	14,3%
ქალი	დადებითი	89	53,3%	6	16,2%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	42	25,1%	15	40,5%
	უარყოფითი	36	21,6%	16	43,3%
სულ	დადებითი	285	64,3%	113	33,5%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	105	23,7%	165	49,0%
	უარყოფითი	53	12,0%	59	17,5%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, დადებითი დინამიკა პირის ღრუს ჯანმრთელობის კუთხით (კბა ინდექსი) დაფიქსირდა კაცთა იმ 68,8%-ში, რომელთაც აღენიშნებოდათ ქვევის ცვლილება, ხოლო იმ პირებს, რომლებთანაც ქვევის ცვლილება არ შეინიშნებოდა, პირის ღრუს ჯანმრთელობის კუთხით (კბა ინდექსი) დადებითი დინამიკა აღენიშნებოდათ შემთხვევათა 35,7 %-ში. მიღებული მონაცემების სტატისტიკურად დამუშავების შემდეგ ასეთი სურათი მივიღეთ: გამოკითხულ კაცთა შორის დინამიკის ხასიათის მიხედვით განაწილება ქვევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 17.098 \text{ p}=0.0002$$

ქალებში დადებითი დინამიკა პირის ღრუს ჯანმრთელობის კუთხით (კბა ინდექსი) დაფიქსირდა იმ ქალთა შორის, რომელთაც აღენიშნებოდათ ქვევის ცვლილება 53,3 %-ში, ხოლო იმ პირებს, რომლებთანაც ქვევის ცვლილება არ შეინიშნებოდა, პირის ღრუს ჯანმრთელობის კუთხით (კბა ინდექსი) დადებითი დინამიკა აღენიშნებოდათ შემთხვევათა 16,2 %-ში. გამოკითხულ ქალთა შორის დინამიკის ხასიათის მიხედვით განაწილება ქვევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 17.098 \text{ p}=0.0002$$

სულ, გამოკითხულთა შორის, დინამიკის ხასიათის მიხედვით განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 74.966 \text{ p} < 0.0001$$

კვლევის შედეგების მიხედვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ქცევის ცვლილება კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან, პოზიტიურ გავლენას ახდენს მასზე, აუმჯობესებს კბა ინდექსს და ეს კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა.

გინგივიტის ინდექსის მიხედვით შეფასებული პირის ღრუს ჯანმრთელობის დინამიკის მაჩვენებლები, ქცევის ცვლილებების მქონე და არმქონე მდებარეობითი და მამრობითი სქესის პირებს შორის, მოყვანილია ცხრილში 39.

ცხრილი 39. ქცევის ცვლილებების შესახებ გამოკითხვაში მონაწილე პირთა გინგივიტის ინდექსის დინამიკა ასაკის და სქესის მიხედვით.

სქესი	დინამიკის ხასიათი	ქცევის ცვლილების არსებობა		ქცევის ცვლილების არარსებობა	
		n=	%	n=	%
კაცი	დადებითი	113	40,9%	102	34,0%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	115	41,7%	106	35,3%
	უარყოფითი	48	17,4%	92	30,7%
ქალი	დადებითი	75	44,9%	4	10,8%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	73	43,7%	9	24,3%
	უარყოფითი	19	11,4%	24	64,9%
სულ	დადებითი	188	42,4%	116	29,1%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	188	42,4%	125	38,9%
	უარყოფითი	67	15,1%	96	31,9%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა, კერძოდ, გინგივიტის ინდექსი, გაუმჯობესდა ქცევის ცვლილების მქონე პირების (როგორც ქალების, ისე - კაცების) უფრო მაღალ პროცენტში, ვიდრე იმ პირებში, ვისთანაც ქცევის ცვლილება არ შეინიშნებოდა (40%-34%-ის წინააღმდეგ კაცებში და 44%-10%-ის წინააღმდეგ ქალებში).

გამოკითხულ კაცთა შორის, დინამიკის ხასიათის მიხედვით, განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 13.782 \text{ p} = 0.001$$

გამოკითხულ ქალთა შორის, დინამიკის ხასიათის მიხედვით, განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 53.038 \text{ } p < 0.0001$$

სულ, გამოკითხულთა შორის, დინამიკის ხასიათის მიხედვით, განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 20.873 \text{ } p < 0.0001$$

მაშასადამე, კვლევის შედეგების მიხედვით, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ქცევის ცვლილება კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან, პოზიტიურ გავლენას ახდენს მასზე, აუმჯობესებს გინგივიტის ინდექსს და ეს კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა.

პაროდონტის ინდექსის მიხედვით შეფასებული პირის ღრუს ჯანმრთელობის დინამიკის მაჩვენებლები, ქცევის ცვლილებების მქონე და არმქონე მდებარეობითი და მამრობითი სქესის პირებს შორის, მოყვანილია ცხრილში - 40.

ცხრილი 40. ქცევის ცვლილებების შესახებ გამოკითხვაში მონაწილე პირთა პაროდონტის ინდექსის დინამიკა ასაკისა და სქესის მიხედვით.

სქესი	დინამიკის ხასიათი	ქცევის ცვლილების არსებობა		ქცევის ცვლილების არარსებობა	
		n=	%	n=	%
კაცი	დადებითი	125	45,3%	101	33,7%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	111	40,2%	160	53,3%
	უარყოფითი	40	14,5%	39	13,0%
ქალი	დადებითი	62	37,1%	5	13,5%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	67	40,1%	19	51,4%
	უარყოფითი	38	22,8%	13	35,1%
სულ	დადებითი	187	42,2%	124	36,8%
	დინამიკა არ იქნა ნანახი	178	40,2%	161	47,8%
	უარყოფითი	78	17,6%	52	15,4%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობა, კერძოდ, გინგივიტის ინდექსი, გაუმჯობესდა ქცევის ცვლილების მქონე პირების (როგორც ქალების, ისე - კაცების) უფრო მაღალ პროცენტში, ვიდრე იმ პირებში, ვისთანაც ქცევის ცვლილება არ შეინიშნებოდა (45%-33%-ის წინააღმდეგ კაცებში და 37%-13% - ის წინააღმდეგ ქალებში).

გამოკითხულ კაცთა შორის დინამიკის ხასიათის მიხედვით განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 10.439 \text{ p}=0.005$$

გამოკითხულ ქალთა შორის, დინამიკის ხასიათის მიხედვით, განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნოა

$$\chi^2 = 7.905 \text{ p}=0.019$$

სულ კი, გამოკითხულთა შორის, დინამიკის ხასიათის მიხედვით, განაწილება ქცევის ცვლილების მქონე და არმქონე პირებში სტატისტიკურად სარწმუნო არ აღმოჩნდა

$$\chi^2 = 4.492 \text{ p}=0.109 \text{ (არასარწმუნო)}$$

კვლევის შედეგების მიხედვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ქცევის ცვლილება, ცალ-ცალკე, კაცთა და ქალთა საკვლევ ჯგუფებში, კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან, პოზიტიურ გავლენას ახდენს მასზე, და აუმჯობესებს პაროდონტის ინდექსს და ეს კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა.

როცა ვსაუბრობთ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე სხვადასხვა ინდექსის მიხედვით, ვგულისხმობთ პოზიტიურ დინამიკას, რასაც ვაკვირდებით კვლევის პროცესში, რასაკვირველია, არ ვაკეთებთ ისეთ ამბიციურ განაცხადს, თითქოს ქცევის ცვლილებამ განაპირობა სრული განკურნება და ყველა პრობლემის მოგვარება, რომელიც ასოცირდება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან. ეს, რბილად რომ ვთქვათ, არარელევანტური იქნებოდა კვლევის იმ ხანგრძლივობის და დიზაინის გათვალისწინებით, რაც ჩვენ მიერ არის წარმოდგენილი, თუმცა, მეორე მხრივ, მიღებული შედეგი ძალზე მნიშვნელოვანია. პირის ღრუს ჯანმრთელობის

პოზიტიური დინამიკა, დაკავშირებული და სტატისტიკურად სარწმუნოდ მიღებული სარისკო ქცევების ცვლილებების შემდეგ, რასაკვირველია, ჩვენი მოკრძალებლი კვლევის ფარგლებში არცთუ მცირე მონაპოვარია.

უნდა აღნიშნოს, რომ, კვლევის პროცესში, ერთი საინტერესო სტატისტიკური კავშირი გამოვლინდა, რომელმაც გვაჩვენა, რომ, სულ, გამოკითხულ პაციენტთა ჯგუფში, არ ვლინდება ის სტატისტიკური კავშირი, რაც საკვლევ ჯგუფებში გამოვლინდა. ეს გვაფიქრებინებს, რომ საჭიროა უფრო ფართომასშტაბიანი კვლევის ჩატარება და საკვლევ ჯგუფის ზომის გაზრდა, რაც, სავარაუდოდ, უფრო რელევანტურ და ვალიდურ შედეგებამდე მიგვიყვანს და ერთობლიობაშიც დაგვანახებს იმ კავშირებს, რაც კვლევის ამ მაშტაბებების მიხედვითაც სარწმუნო იყო ქალთა და კაცთა საკვლევ ჯგუფებში.

3.3. ექიმ-სტომატოლოგთა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის ინფორმირების მნიშვნელობაზე.

კვლევა ჩატარდა 3 სტომატოლოგიურ კლინიკაში: „ბიოდენტში“, „დენტისტსა“ და „ნიუდენტში“. კლინიკა „ბიოდენტში“ გამოიკითხა 12 ექიმი, კლინიკა „დენტისტში“ - 8, „ნიუდენტში“ - 35 ექიმი სტომატოლოგი. მონაცემთა შეკრება მოხდა ჩვენ მიერ შედგენილი კითხვარის მიხედვით, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას ექიმთა დამოკიდებულების შესახებ ზემოხსენებული საკითხის მიმართ, ასევე, ითვალისწინებდა ისეთი შეკითხვების არსებობას, რომელიც წარმოაჩენს, თუ რა ინფორმაციას ფლობენ ექიმები პაციენტთა ინფორმირების შესახებ პირის ღრუს ჰიგიენის საკითხებში.

კვლევის შედეგად სულ გამოკითხა 55 ექიმი სტომატოლოგი, მათ შორის - 39 ქალი, 16 - კაცი; გამოკითხულ ექიმთა საშუალო ასაკი შეადგენდა 35.8 ± 4.9 წწ.; სამუშაო სტაჟი კი - 7.9 ± 2.8 წწ.

ექიმთა ინფორმირებულობა პაციენტთა ცოდნის დონის შესახებ პირის ღრუს მოვლის საკითხებში განისაზღვრებოდა შემდეგი კითხვებით:

1. ფიქრობთ თუ არა, რომ თქვენი პაციენტები ინფორმირებულები არიან პირის ღრუს ჰიგიენის საკითხებში? - დადებითი პასუხი გასცა 36 ადამიანმა, 7-მა აღნიშნა, რომ ნაწილობრივ არის ინფორმირებული, ხოლო 12 ექიმის დაკვირვებით, პაციენტები არ ფლობენ ინფორმაციას პირის ღრუს ჰიგიენის და მოვლის საკითხებზე.

2. შეკითხვაზე - ფიქრობთ თუ არა, რომ პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ ცოდნა პირის ღრუს მოვლის შესახებ, ექიმთა სრულმა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ ცოდნა უნდა ჰქონდეთ, მაგრამ იმაზე, თუ ვინ უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია პაციენტებს, ექიმებმა არაერთგვაროვანი და ფრთხილი პასუხი გასცეს. მათი სრული უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ თავად არა აქვთ ამის დრო, თუმცა არც იმას მიუთითებენ, თუ ვინ და რა ფორმატში უნდა მოახდინოს მოსახლეობის ინფორმირება აღნიშნულ საკითხებთან დაკავშირებით.

მოცემულმა შედეგებმა გვაფიქრებინა, რომ, ერთი მხრივ, ექიმ სტომატოლოგებს აქვთ მზაობა მონაწილეობა მიიღონ პაციენტთა ინფორმირებაში და აღნიშნავენ, რომ თუ პროცედურა სავალდებულო იქნება სტომატოლოგიური კლინიკებისთვის, ამას მხოლოდ მიესალმებიან, თუმცა, მეორე მხრივ, იგივე ექიმები ამბობენ, რომ, გადატვირთული სამუშაო გრაფიკის გამო, თავად არ რჩებათ პაციენტთა ინფორმირებისათვის საკმარისი დრო. ჩვენი აზრით, ყოველივე ეს, წინააღმდეგობაში მოდის ერთმანეთთან და აჩენს გონივრულ ეჭვს ექიმთა გულწრფელობასთან დაკავშირებით. ამას ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ ჩვენი ინდივიდუალური კვლევის ფარგლებში ჩატარებული სხვა სეგმენტის გამოკითხვამ პაციენტთა არაინფორმირებულობა დაადასტურა პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში. გამოდის, რომ პაციენტთა დიდი უმრავლესობა არ ფლობს ინფორმაციას პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ, თუმცა ექიმები ამბობენ, რომ მათ ამ ინფორმაციას აწოდებენ, მეორე მხრივ კი, აქცენტს აკეთებენ დატვირთულ სამუშაო გრაფიკზე.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მიგვაჩნია, რომ კვლევის შედეგები გარკვეული სკეპტიციზმის საფუძველს იძლევა და არ ტოვებს ვალიდურობის განცდას. ვფიქრობთ, საჭიროა:

1. სხვა სახის კითხვარის შედგენა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო პერსონალის მაქსიმალურ გულწრფელობას; ამისათვის საჭიროა, გამოკითხვის სხვადასხვა მეთოდიდან შეირჩეს ერთ-ერთი, რომელიც ამ აშკარა ხარვეზს აღმოფხვრის;
2. გაიზარდოს დაკვირვებათა რიცხვი და საკვლევი ჯგუფის ზომა, რისი მიღწევაც შესაძლებელია კვლევაში სხვა კლინიკის სამედიცინო პერსონალის ჩართულობით.

3. კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, შევისწავლეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირების თაობაზე. კვლევის ამ ფრაგმენტმა გამოავლინა შედეგები:

კვლევაში ჩართული იყო 8 ექსპერტი. ექსპერტთა საშუალო ასაკი $52,17 \pm 2,89$ სამუშაო სტაჟი $14,5 \pm 3,5$ წელი, კვლევაში ჩაერთო 2 ქალი და 6 კაცი. ექსპერტებმა აზრი გამოხატეს მათთვის კომფორტულ გარემოში, ინტერვიუს ლოკაცია წინასწარ განისაზღვრა, სრულად იყო დაცული ინტერვიუს ქრონომეტრაჟი და, წინასწარი შეთანხმების თანახმად, გაკეთდა აუდიოჩანაწერი. შედეგების დამუშავების შემდეგ მოხდა მათი ანალიზი.

ექსპერტებმა პასუხები გასცეს მათთვის დასმულ შეკითხვებს:

შეკითხვათა პირველი ნაწილის კითხვას: - როგორია თქვენი დამოკიდებულება პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირების აუცილებლობის შესახებ, ექსპერტთა დიდმა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ პირის ღრუს დაავადებები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს და მათი გავლენა, როგორც ცალკეული პიროვნების, ისე, მთლიანად, საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსზე, მნიშვნელოვანია.

ექსპერტების აზრი შეკითხვათა პირველი ნაწილის უმრავლესობაზე ერთგვაროვანი იყო და აღნიშნეს, რომ მოსახლეობის ინფორმირება პირის ღრუს ჯანმრთელობის და ჰიგიენის საკითხებში მნიშვნელოვანია; პირის ღრუს ჯანმრთელობა შესაძლებელია

მივიჩნიოთ დეტერმინანტად საერთო ჯანმრთელობისათვის, მაგრამ ამ საკითხის სიმწვავე შესაბამისად არ აღიქმება მოსახლეობის და საერთო პოპულაციის მხრიდან. პირველი ორი შეკითხვიდან განსხვავებით, პირველი ჯგუფის მესამე შეკითხვაზე ექსპერტთა აზრი ორად გაიყო; მესამე შეკითხვა შეეხებოდა იმას, თუ რამდენად არის პირის ღრუს ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკურაციო სფერო და საჭიროებს თუ არა თემის ჩართულობას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა ინტერვენციების მსგავსად. ექსპერტების ნაწილმა მიიჩნია, რომ საკითხი მნიშვნელოვანია და მოითხოვს არა მარტო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონტრიბუციას, არამედ უნდა მოხმდეს სტომატოლოგიური სამსახურების მხარდაჭერის უზრუნველყოფაც, რაც შეეხება თემის ჩართულობას, ექსპერტთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ თემის ინფორმირება და ჩართულობა მნიშვნელოვანი და შესაძლებელია, ნაწილი კი ფიქრობს, რომ ეს საკითხი მოითხოვს ფინანსურ უზრუნველყოფას და ქცევით ცვლილებებზე გადის, ამიტომ გარკვეული სირთულეების შემცველია.

შეკითხვათა მეორე ნაწილს იმის შესახებ, თუ როგორია ქვეყანაში დღეისათვის არსებული რეალობა პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხების ხელშეწყობასთან დაკავშირებით, ექსპერტთა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ ქვეყანაში არ არსებობს ერთიანი სტრატეგია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ. მოსახლეობა ინფორმაციას იღებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისგან, თუმცა ღონისძიებები არასისტემურია. გარკვეულ მუშაობას ასრულებენ კონკრეტული სტომატოლოგებიც, მაგრამ, სამწუხაროდ, ეს ეხება მხოლოდ მათ პაციენტებს. ამ ჯგუფის შეკითხვების პასუხში ექსპერტები იყვნენ ერთსულოვანნი და მათი პასუხების შინაარსიც ერთგვაროვნად შეგვიძლია მივიჩნიოთ, განსაკუთრებით - ამ ჯგუფის პირველ შეკითხვაზე: „როგორია ქვეყანაში არსებული რეალობა პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით?“

გარდა ამისა, ამ ჯგუფში შედიოდა კიდევ ორი შეკითხვა, რომელიც მოიცავდა ორ მიმართულებას - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და თემის ჩართულობას პრობლემის მოგვარებაში, რადგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვა იმ „ქმედებათა ერთობლიობას მოიცავს, რასაც საზოგადოება ახორციელებს ორგანიზებულად დაავადებათა

პრევენციის, სიცოცხლის გახანგრძლივების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით“ და პირის ღრუს ჯანმრთელობაც, ამ თვალსაზრისით, გამონაკლისი არ არის. აქ ერთმა ექსპერტმა უპასუხა, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩართულობა მოიცავს შემდეგ ინტერვენციებს:

საქართველოში პირის ღრუს დაავადებებზე ხორციელდება პასიური ეპიდზედამხედველობა, რომელიც რეგულირდება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #01-27/ნ ბრძანების საფუძველზე, აღნიშნული ნორმატიული დოკუმენტის მიხედვით სამედიცინო დაწესებულებებს, რაიონული/ქალაქის სტომატოლოგიურ კლინიკებსა და კაბინეტებს ევალებათ ყოველწლიურად წარადგინონ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკის დეპარტამენტში დაავადებათა სააღრიცხვო ფორმები: ფორმა IV-01 (წლიური) - სამედიცინო დაწესებულების ანგარიში, ფორმა IV-01/1 - სოფლის ექიმის ანგარიში, ფორმა IV-08 - ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა ანგარიში.

ექსპერტმა აღნიშნა, რომ 2016 წელს საქართველოში ჩატარდა არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS (STEPwise approach to NCD Surveillance - STEPS) მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში არაგადამდები დაავადებების ძირითადი რისკ-ფაქტორების გავრცელებისა და თავისებურებების შესწავლა, შემდგომში არაგადამდები დაავადებების კონტროლისა და პრევენციის ეფექტური ღონისძიებების დაგეგმვის მიზნით. კვლევის თანახმად გამოკითხულთა 60.9%-ს 20-ზე მეტს ბუნებრივი კბილი აქვს. კბილები საერთოდ არა აქვს გამოკითხულთა 4.3%-ს. თუმცა, მნიშვნელოვანია კვლევის მონაცემთა ანალიზი ასაკობრივ ჯგუფებში. აღსანიშნავია, რომ ორივე სქესის წარმომადგენლებში 20-ზე მეტი ბუნებრივი კბილი გვხვდება, ძირითადად, ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში (18-29 და 30-44 წწ.); კბილების რაოდენობა სტაბილურად იკლებს ასაკის მატებასთან ერთად: 60-69 წლის ჯგუფებში ვლინდება მკვეთრი კლება - ბუნებრივი კბილების რაოდენობის ძლიერ

შემცირება ან არქონა. მსგავსი ტენდენცია გამოვლინდა როგორც მამრობითი, ასევე, მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებისთვის.

საინტერესოა კვლევის შედეგების ანალიზი ექიმთან მიმართვიანობის თვალსაზრისით, STEPS კვლევის მონაცემების მიხედვით:

1. ბოლო 12 თვის განმავლობაში ექიმს ან სამედიცინო პერსონალს მიმართა გამოკითხულთა ნახევარზე ნაკლებმა (46.3%);
2. ექიმთან ბოლო ვიზიტის მიზეზი, უმეტეს შემთხვევაში, (75.0%) ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა იყო;
3. სქესობრივი თანაფარდობა მათ შორის, რომლებმაც ექიმს პროფილაქტიკული გამოკვლევის მიზნით მიმართეს, შეადგენდა 1.5:1 ქალების უპირატესობით.“

ინტერვიუს დროს მოგვიხდა ჩვენი დროის ისეთ მწვავე და აქტუალურ პრობლემასთან შეხებაც, როგორც კოვიდინფექციაა, რომელიც უკვე არსებობდა მსოფლიოში და სრულიად ცვლიდა ჯანდაცვის სექტორის დამოკიდებულებას სხვადასხვა აქტუალური საკითხის მიმართ; ასევე, არსებულ რეალობას აქცევდა განსხვავებულ ჩარჩოებში. ექსპერტების აზრი აქაც სრულიად ერთგვაროვანი იყო: ისინი მიიჩნევენ, რომ COVID-19 წარმოადგენს რესპირაციულ ინფექციას, იმდენად, რამდენადაც არაჯანსაღი პირის ღრუ პირდაპირ კორელაციურ კავშირშია ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების გავრცელებასთან და ქრონიკული დაავადებების მქონე პირები, ასევე, ხანდაზმული ადამიანები წარმოადგენენ COVID-19-ის ინფექციასთან დაკავშირებით მოწყვლად ჯგუფს, მნიშვნელოვნია მოხდეს გარკვეული ღონისძიებების გატარება ამ მიმართულებით, რომელიც უნდა მოიცავდეს სახლმწიფო პრევენციული პოლიტიკის შემუშავებასა და ბიჰევიორიზმის თეორიის მიხედვით მოსახლეობაში სწორი ქცევითი უნარ-ჩვევების ადვოკატირებას.

შეკითხვათა მესამე ნაწილი, რომელიც ეხებოდა იმ სასურველ რეალობას, რომელიც იქნებოდა, ერთი მხრივ, გამოწვევების შესაბამისი და, მეორე მხრივ, ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის რეალურ შესაძლებლობებზე გათვლილი, ექსპერტებმა ასე უპასუხეს: უპირველეს ყოვლისა, უნდა მოხდეს პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ერთიანი სტრატეგიული დოკუმენტის შემუშავება ჯანდაცვის სამინისტროს და

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის, პროფესიული ასოციაციებისა და ექსპერტების აქტიური ჩართულობით. ამავდროულად, პირის ღრუს დაავადებათა პრევენცია და მართვა ინტეგრირებული უნდა იყოს არაგადამდებ დაავადებათა მართვის ერთიან სტრატეგიაშიც. აუცილებელია მულტისექტორული ჯგუფის შექმნა, რომელიც შეიმუშავებს სტრატეგიას და გრძელვადიან სამოქმედო გეგმას და მის იმპლემენტირებას შეუწყობს ხელს. გარდა ამისა, ექსპერტები ერთხმად აღნიშნავენ, რომ საქართველოსათვის აუცილებელია საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება ამ კუთხით და, განსაკუთრებით, ჯანმოს (WHO) და CDC-ის რეკომენდაციების დაცვა.

დასკვნა: ამრიგად, ექსპერტთა სრული უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება მნიშვნელოვანია და გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე. ისინი თვლიან, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების დაბალი დონე პირდაპირკავშირშია პირის ღრუს დაავადებათა გლობალურ ტვირთან.

4. დასკვნები და პრაქტიკული რეკომენდაციები

დასკვნები:

1. კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულ პაციენტთა 34%-ს, პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ ცოდნა არა აქვს, ხოლო 39%-ს აქვს საშუალო დონის ცოდნა. გამოკითხულთა მხოლოდ 27% ფლობს ინფორმაციას პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ; ინფორმირებულობა, კაცთა საკვლევ ჯგუფთან შედარებით, დაბალია ქალთა საკვლევ ჯგუფში. გამოკითხულ კონტინგენტში პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ პრევალირებს არაადეკვატური დამოკიდებულება და არაშესაბამისი პრაქტიკული უნარ-ჩვევები.
2. გამოკითხულ კონტინგენტში პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცოდნის დონეს შორის კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა, ხოლო ცოდნის დონის მიხედვით განაწილებულ ჯგუფებში (კარგი, საშუალო და ცუდი ცოდნის დონე) აღმოჩნდა, რომ ცოდნის დაბალი და საშუალო დონის მქონე ჯგუფებში პირის ღრუს ჯანმრთელობა არის ცუდი და ეს კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა, ხოლო ცოდნის კარგი დონის მქონე პირებში პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცოდნის დონეს შორის კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნო არ აღმოჩნდა. ეს გვაფიქრებინებს, რომ ცოდნის დაბალი დონე მნიშვნელოვნად განაპირობებს ცუდ ჯანმრთელობას, მაგრამ კარგი ცოდნა არ არის კარგი ჯანმრთელობის გარანტი, თუმცა, ზოგადად, ცოდნის დონე კავშირშია პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან.
3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება მნიშვნელოვანია; ისინი თვლიან, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების დაბალი დონე პირდაპირკავშირშია პირის ღრუს დაავადებათა გლობალურ ტვირთან.
4. კვლევის შედეგების მიხედვით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ქცევის ცვლილება ცალ-ცალკე, კაცთა და ქალთა საკვლევ ჯგუფებში, კავშირშია პირის ღრუს

ჯანმრთელობასთან, პოზიტიურ გავლენას ახდენს მასზე და აუმჯობესებს კბა, გინგივიტის და პაროდონტის ინდექსებს და ეს კავშირი სტატისტიკურად სარწმუნოა.

5. პაროდონტის ინდექსის შემთხვევაში, გამოკითხულ პაციენტთა საერთო ჯგუფში არ ვლინდება სტატისტიკური კავშირი ქცევის ცვლილებასა და პირის ღრუს ჯანმრთელობას შორის, თუმცა, საკვლევ ჯგუფებში ეს კავშირი გამოვლინდა. ზემოაღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ საჭიროა უფრო ფართომასშტაბიანი კვლევის ჩატარება და საკვლევ ჯგუფის ზომის გაზრდა, რაც, სავარაუდოდ, უფრო რელევანტურ და ვალიდურ შედეგამდე მიგვიყვანს და ერთობლიობაში დაგვანახებს იმ კავშირებს, რაც კვლევის ამ მასშტაბის მიხედვითაც სარწმუნო იყო ქალთა და კაცთა საკვლევ ჯგუფებში.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. აუცილებელია გაიზარდოს მოსახლეობის ინფორმირებულობა პირის ღრუს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შეფასებისას აუცილებელია უფრო პრაგმატული და დახვეწილი კრიტერიუმების შემუშავება, და ცოდნის დონის შეფასებისას - უფრო მკაცრი მიდგომა. შერჩეული კრიტერიუმის ქულობრივი განშლა უნდა იყოს უფრო მოქნილი და დახვეწილი;

2. ჩვენი აზრით და კვლევის შედეგების მიხედვით, მნიშვნელოვანია არა მარტო კარგი ცოდნა, არამედ ამის საფუძველზე სწორი უნარ-ჩვევების გამომუშავება და ცოდნის შედეგად ქცევის ცვლილების ფორმატში ადეკვატური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება.

3. პირის ღრუს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით აუცილებელია მულტისექტორული მიდგომის შემუშავება სახელმწიფო სტრატეგიის ერთიან ჩარჩოში მისი ინტეგრაციით.

4. აუცილებელია მოხდეს თემის ჩართულობის უზრუნველყოფა პირის ღრუს დაავადებათა პრევენციის შესახებ განათლების უწყვეტ და განვრცობით სისტემაში.

5. აუცილებელია, პოპულაციური თავისებურებების გათვალისწინებით, ქცევის ცვლილებების ერთიანი პაკეტის შემუშავება სარისკო ქცევების თავიდან აცილების პრომოციისათვის.

ნაშრომის თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

გამოკვლევის შედეგებს და ძირითად დებულებებს აქვს როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან შეიცავს ახალ ინფორმაციას პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ პაციენტთა ინფორმირებასთან დაკავშირებით და ასახავს მრავალ პრობლემას ამ კუთხით, პასუხს სცემს კითხვებს, თუ როგორ შეიძლება ცოდნის დონის ამაღლება პირის ღრუს ჯანმრთელობის საკითხებში. ნაშრომში დაკონკრეტებულია გასატარებელ ღონისძიებათა ნუსხა და სტრატეგიული მიმართულებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის და განსაზღვრულია შედეგების პროგნოზი.

ნაშრომში შემუშავებული პაციენტთა ინფორმირების გაზრდის ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობას საერთო პოპულაციაში, პოზიტიურ ზეგავლენას მოახდენს როგორც ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ისე სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებელზე.

ნაშრომის შედეგებს ექნება პრაქტიკული და თეორიული ღირებულება: მოხდება პრობლემის იდენტიფიცირება, რაც დაეხმარება დარგს ინტერვენციების შემუშავებაში.

Oral health Knowledge assessment in Georgia

Summary

Introduction

Oral diseases are still a major public health problem. Their impact on the health status of both individuals and the community as a whole is of great significance. Moreover, traditional treatment of oral disease is quite costly, it is the fourth expensive disease to treat in most developed countries.

In low-income countries, the costs of dental caries treatment in children exceed the total health care expenses for children.

Oral diseases are the life-related risk factors common to the four leading chronic diseases (cardiovascular, diabetes, tumor and chronic obstructive pulmonary diseases -COPD)

For example, food-related behaviors affect the development of above-listed diseases and tooth decay. In 90% of cases tobacco consumption leads to the development of oral tumors and various inflammatory processes. It is associated with poor and low-standard oral hygiene in its side leading to teeth loss (Canadian Oral Health Strategy 2018).

Aim of the study:

The aim of the research is: to study and assess the level of oral health-related knowledge in the population of Georgia;

Based on the aim of the research, the following tasks were set:

1. To study the level of oral health-related knowledge and attitude towards oral health among study population;
2. To study the importance of behavioral changes and their impact on oral health status;
3. To study the attitudes of dental care providers towards informing the population about

oral health issues;

4. Study the opinions and attitudes of public health specialists on the dissemination of oral health knowledge and the need to disseminate it among the population of the country.

Scientific novelty and reliability of the research

Through the substantiated research, reasoned results were obtained:

- » Revealed the real picture and real situation in the country on oral health awareness among the population.

 - » Highlighted strong link between oral health and population awareness level, and in terms of credibility and statistical reliability;
 - » Provided the basis for the implementation of further successful interventions by promoting oral health and stimulating the development of disease prevention community programs;
 - » For the first time showed the importance of behavioral patterns for maintaining and improving oral health status across the country;
 - » For the first time in Georgia, provided expert opinion and qualitative assessment on the need of population oral health awareness;
 - » Provided substantiated and reasoned arguments in favor of the need in advocacy of public health promotion on the one hand and, on the other - its integration into practice.
- The material was processed using a methodology that is essential for conducting proper quantitative and qualitative research.

The quantitative part of the research was analyzed using: data descriptive statistics method to calculate the mean and standard deviation (Mean±SD).

The sample size was selected according to a special sample size equation/formula:

The comparison between the groups was performed according to the value of correlation coefficient r and χ^2 tests; after calculating the coefficients, the p-value was detected;

In addition, Risk Assessment (Relative Risk - RR) method was used to analyze the KAP survey

results.

As a result, a database was created in Microsoft Excel to process the research quantitative fragment data, and the material was processed by moving the database and processing the results

in SPSS 21.0 software version. In-depth interview in qualitative research fragment was conducted and all the basic principles of qualitative research were followed. The research was recorded by prior agreement with the experts and the interview location was also selected and agreed with the research participants in advance.

Individual interviews were conducted and individual location in a comfortable and organic environment, convenient to each participant was selected. The lap of the interview was also timed by the researchers in advance and then agreed with the experts in advance.

Theoretical and practical significance of the research

The results and main provisions of the research are of both theoretical and practical importance,

as they contain new information for patient oral health awareness, reflecting many problems in this regard. It answers questions about ways to raise awareness and knowledge of oral health problems. The research paper specifies the list of measures to be taken and public health strategic

directions and defines the ways to forecast research results.

It is noteworthy to emphasize that the combination of patient awareness-raising measures developed in the paper, significantly improving oral health status of general population, will have a positive impact on both overall health and quality of life.

The study results obtained will have the following practical and theoretical value:

identification of the problem will help the field researchers to elaborate and develop appropriate interventions.

6. გამოყენებული ლიტერატურა:

1. თერაპიული სტომატოლოგია ე. ბოროვსკის რედაქციით. კბილის კარიესი. 2010.
2. თერაპიული სტომატოლოგია. ე. ბოროვსკის რედაქციით. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები კუჭ-ნაწლავის დაავადებების დროს. 2010.
3. თერაპიული სტომატოლოგია. ე. ბოროვსკის რედაქციით. ავადობა. 2010.
4. თერაპიული სტომატოლოგია. ე. ბოროვსკის რედაქციით. სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა. 2010.
5. მ. ივერიელი, ნ. აბაშიძე, ხ. გოგიშვილი, ნ. გოგებაშვილი. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებები. 2012
6. მ. მამალაძე, ნ. კორსანტია, ლ. სანოძე. ოპერაციული ოდონტოლოგია. 2011.
7. Aida J, Kondo K, Yamamoto T, Hirai H, Nakade M, Osaka K, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Oral health and Cancer, cardiovascular, and respiratory mortality of Japanese. J Dent Res. 2011; 90(9):1129–35.
8. Amornphimoltham P, Masedunskas A, Weigert R. Intravital microscopy as a tool to study drug delivery in preclinical studies. Adv Drug Deliv Rev. 2011;63:119-28.
9. Announcement: NIDCR Supplement to the Journal of Public Health Dentistry on Behavioral and Social Intervention Research Essentials. 2014; <http://www.nidcr.nih.gov/NewsAndFeatures/Announcements/NIDCRSupplement.htm>
10. Approved Products - Gardasil. 2014; <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM094042>.
11. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. Int Dental J. 2010;(3S2):235–40.
12. Asgari F, Majidi A, Koochpayehzadeh J, Etemad K, Rafei A. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases. Int J Health Policy Manag. 2015;4(6):343.
13. BD2K:NIH Big Data to Knowledge. 2014; <http://bd2k.nih.gov>.
14. Beachler DC, Weber KM, Margolick JB, Strickler HD, et al. Risk factors for oral HPV infection among a high prevalence population of HIV-positive and at-risk HIVnegative adults. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21:122-33.
15. Beaty TH, Murray JC, Marazita ML, Munger RG, et al. A genome-wide association study of cleft lip with and without cleft palate identifies risk variants near MAFB and ABCA4. Nat Genet. 2010;42:525-9.

16. Bortoluzzi MC, Traebert J, Lasta R, Da Rosa TN, Capella DL, Presta AA. Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(4):393–7.
17. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, Gandek B, Wagner A, Aaronson N, Bech P, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11): 913–23.
18. Burgette JM, Lee JY, Baker AD, Vann WF Jr. Is dental utilization associated with Oral health literacy? *J Dent Res*. 2016;95(2):160–6.
19. Careers & Training. 2014; <http://www.nidcr.nih.gov/careersandtraining/>.
20. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, Hernandez BY, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol*. 2011;29:4294-301.
21. Chen X, Gabitto M, Peng Y, Ryba NJ, et al. A gustotopic map of taste qualities in the mammalian brain. *Science*. 2011;333:1262-6.
22. Chu CH, Pang KKL, Lo ECM. Dietary behavior and knowledge of dental erosion among Chinese adults. *BMC Oral Health*. 2010;10(1):13.
23. Clinical and Translational Science Awards (CTSA). 2014; <https://www.ctsacentral.org/>.
24. Daviglius ML, Talavera GA, Avilés-Santa ML, Allison M, et al. Prevalance of major cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases among Hispanic/Latino individuals of diverse backgrounds in the United States. *JAMA*. 2012;308:1775-84.
25. Dewhirst FE, Chen T, Izard J, Paster BJ, et al. The human oral microbiome. *J Bacteriol*. 2010;192:5002-17.
26. Doğan BG, Gökalp S. Tooth loss and edentulism in the Turkish elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(2):e162–6.
27. Dworkin SF. The OPPERA Study: Act Two. *J Pain*. 2013;14(12 Suppl):T1
28. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, et al. Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res*. 2012;91:914-20.
29. Eurobarometer S. Eurobarometer 330. In: *Oral Health*; 2010.
30. FaceBase. 2014; <https://www.facebase.org/>
31. Federally Qualified Health Center - Fact Sheet. 2014; [https://www.cms.gov/ Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/fqhcfactsheet.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/fqhcfactsheet.pdf).
32. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, et al. Influences on children’s oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007;120:e510-20.
33. Gao L, Faibish D, Fredman G, Herrera BS, et al. Resolvin E1 and chemokine-like receptor 1 mediate bone preservation. *J Immunol*. 2013;190:689-94.

34. Gillison ML, Broutian T, Pickard RK, Tong ZY, et al. Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009-2010. *JAMA*. 2012;307:693-703.
35. Glowacki AJ, Yoshizawa S, Jhunjhunwala S, Vieira AE, et al. Prevention of inflammation-mediated bone loss in murine and canine periodontal disease via recruitment of regulatory lymphocytes. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110:18525-30.
36. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? *Glob Health Action*. 2016;9:32156 10.3402.
37. Groves RM, Heeringa SG. Responsive design for household surveys: tools for actively controlling survey errors and costs. *J Royal Stat Soc*. 2006;169(3): 439–57.
38. Hamissi J, Vaziri PB, Davaloo A. Evaluating oral hygiene knowledge and attitude of pregnant women. *Iran J Public Health*. 2010;39(1):28 –31.
39. Harada S, Akhter R, Kurita K, Mori M, Hoshikoshi M, Tamashiro H, Morita M. Relationships between lifestyle and dental health behaviors in a rural population in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(1):17 –24
40. Herrero R, Quint W, Hildesheim A, Gonzalez P, et al. Reduced prevalence of oral human papillomavirus (HPV) 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. *PLoS One*. 2013;8:e68329.
41. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35- to 44-year-old Iranians. *Med Princ Pract*. 2007;16(4):280–5.
42. Hispanic Community Health Study / Study of Latinos. 2014; <http://www.csc.unc.edu/hchs/about.php>.
43. HOMD: Human Oral Microbiome Database. 2014; <http://www.homd.org/>.
44. HOMD: Human Oral Microbiome Database. 2014; <http://www.homd.org/>.
45. HPV Vaccine Shown to Protect Against Oral Form of Infection. 2014; <http://www.cancer.org/cancer/news/hpv-vaccine-shown-to-protect-against-oral-form-of-infection>.
46. Human Microbiome Project. 2014; <http://commonfund.nih.gov/hmp/index>.
47. Jahangiry L, Shojaeizadeh D, Montazeri A, Najafi M, Mohammad K, Abbasalizad FM. Modifiable lifestyle risk factors and metabolic syndrome: opportunities for a web-based preventive program. *J Res Health Sci*. 2014; 14(4):303 –7.
48. Ji RR, Xu ZZ, Strichartz G, Serhan CN. Emerging roles of resolvins in the resolution of inflammation and pain. *Trends Neurosci*. 2011;34:599-609.
49. Joshy G, Arora M, Korda RJ, Chalmers J, Banks E. Is poor oral health a risk marker for incident cardiovascular disease hospitalisation and all-cause mortality? Findings from 172 630 participants from the prospective 45 and up study. *BMJ Open*. 2016;6(8):e012386

50. Kaigler D, Pagni G, Park CH, et al. Stem Cell Therapy for Craniofacial Bone Regeneration: A Randomized, Controlled, Feasibility Trial. *Cell Transplant*. 2013;22(5):767-77.
51. Khoshnevisan MH, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez RJ. Oral health status and healthcare system in IR Iran. *J Contemp Med Sci*. 2018;4(3):107–18.
52. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. *Rev Saude Publica*. 2013;47:740–51.
53. Ludwig KU, Mangold E, Herms S, Nowak S, et al. Genome-wide meta-analyses of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate identify six new risk loci. *Nat Genet*. 2012;44:968-71.
54. Malamud D. Saliva as a diagnostic fluid. *BMJ*. 1992;305:207-208.
55. Malkawi ZA, Tubaishat RS. Knowledge, practice and utilization of dental services among pregnant women in the north of Jordan. *J Contemp Dent Pract*. 2014;15(3):345 –51.
56. Mehrstedt M, John MT, Tönnies S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007; 35(5):357–63. Jahangiry et al. *BMC Oral Health* (2020) 20:82 Page 8 of 9
57. Meurman JH, Sanz M, Janket S-J. Oral health, atherosclerosis, and cardiovascular disease. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004;15(6):403–13.
58. Miller CS, Foley JD, Bailey AL, Campell CL, et al. Current developments in salivary diagnostics. *Biomark Med*. 2010;4:171-189.
59. Mishra SK, Hoon MA. The cells and circuitry for itch responses in mice. *Science*. 2013;340:968-71.
60. The Oral Cancer Foundation. 2014; <http://oralcancerfoundation.org/>.
61. Mossey, P. A., & Little, J. (2002). Epidemiology of oral clefts: an international perspective. In D. F. Wyszynski (Ed.), *Cleft lip and palate : from origin to treatment* (pp. 127–144). New York: Oxford University Press.
62. Movahhed T, Ghasemi H, Ajami B, Shakeri M, Dehghani M. Knowledge of and attitudes toward preventive Oral health Care at an Iranian Population. *Asian J Epidemiol*. 2014;7(1):9–15.
63. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci*. 2017;11(2):72–80.
64. Negahban H, Hessam M, Tabatabaei S, Salehi R, Sohani SM, Mehravar M. Reliability and validity of the Persian lower extremity functional scale (LEFS) in a heterogeneous sample of outpatients with lower limb musculoskeletal disorders. *Disabil Rehabil*. 2014;36(1):10–5.
65. Nguyen MQ, Ryba NJ. A smell that causes seizure. *PLoS One*. 2012;7:e41899.

66. NIH Advisory Committee to the Director - Biomedical Workforce. 2014; <http://acd.od.nih.gov/bwf.htm>.
67. NIH Common Fund. 2014; <http://commonfund.nih.gov/>.
68. NIH Director's Early Independence Awards (DP5). 2014; <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-RM-11-007.html>.
69. NIH Pain Consortium. 2014; <http://painconsortium.nih.gov/>.
70. NIH Pathway to Independence Award (Parent K99/R00) (PA-11-197). 2014; http://grants.nih.gov/grants/guide/contacts/parent_K99_R00.html.
71. Opportunities for Collaborative Research at the NIH Clinical Center (U01). 2014; <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-13-358.html>.
72. Palmer CA. Important relationships between diet, nutrition, and oral health. *Nutr Clin Care*. 2001;4(1):4–14.
73. Saarela RK, Soini H, Hiltunen K, Muurinen S, Suominen M, Pitkala K. Dentition status, malnutrition and mortality among older service housing residents. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(1):34–8.
74. Peltzer K, Pengpid S. Oral health behaviour and social and health factors in university students from 26 low, middle and high income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(12):12247–60.
75. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ*. 2005;83:686–93.
76. Petersen PE. The world Oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO global Oral health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(Suppl 1):3–23.
77. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Podsakoff NP. Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annu Rev Psychol*. 2012;65:539–69. Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations. Jahangiry et al. *BMC Oral Health* (2020)
78. Pournaghi-Azar F, Asl-Aminabadi N, Jamali Z, Azami A, Hazem K, AzamiAghdash S, Naghavi-Behzad M, Ghertasi-Oskouei S, Shirazi S, Piri R. Status of decayed, missing, filled teeth index among Iranian children and adults: a systematic review and meta-analysis. *J Anal Res Clin Med*. 2018;6(2):55–66.
79. Ramsay SE, Whincup PH, Watt RG, Tsakos G, Papacosta AO, Lennon LT, Wannamethee SG. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009476.

80. Raphael C. Oral health and aging. *Am J Public Health*. 2017;107(Suppl 1): S44–5.
81. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health*. 2014;6(6):110 –6
82. Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research - Institute of Medicine. 2011; <http://www.iom.edu/Reports/2011/Relieving-Pain-in-America-A-Blueprint-for-transforming-Prevention-Care-EducationResearch.aspx>
83. Residency in Dental Public Health. 2014; <http://www.nidcr.nih.gov/CareersAndTraining/Fellowships/DentistsandPhysicians/ResidencyDentalPublicHealth/>.
84. Rydén L, Buhlin K, Ekstrand E, de Faire U, Gustafsson A, Holmer J, Kjellström B, Lindahl B, Norhammar A, Nygren Å, Näsman P. Periodontitis increases the risk of a first myocardial infarction: a report from the PAROKRANK study. *Circulation*. 2016;133(6):576–83.
85. Ryerson AB, Peters ES, Coughlin SS, Chen VW, et al. Burden of potentially human papillomavirus-associated cancers of the oropharynx and oral cavity in the US, 1998-2003. *Cancer*. 2008;113:2901-9.
86. Sadeghi R, Taleghani F, Farhadi S. Oral health related quality of life in diabetic patients. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2014;8(4):230–4.
87. Salivary Gland Tumor Biorepository. 2014; https://research.mdacc.tmc.edu/Salivary_DB/.
88. Shafie Zadeh N, Soleimani F, Askarizadeh N, Mokhtari S, Fatehi R. Dental status and DMFT index in 12 year old children of public care centers in Tehran. *Iran Rehabil J*. 2011;9(2):51 –4.
89. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28:399-406.
90. Slade GD, Fillingim RB, Sanders AE, Bair E, et al. Summary of Findings From the OPPERA Prospective Cohort Study of Incidence of First-Onset Temporomandibular Disorder: Implications and Future Directions. *J Pain*. 2013;14(12 Suppl):T116-24.
91. Small Business Research Funding Opportunities (SBIR and STTR). 2014; <http://grants.nih.gov/grants/funding/sbir.htm>.
92. Study Provides New Leads into Genetics of Cleft Lip and/or Palate. 2010; <http://www.nidcr.nih.gov/Research/ResearchResults/NewsReleases/ArchivedNewsReleases/NewsReleases2010/Cleft.htm>.
93. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. 2014; <http://seer.cancer.gov/>.

94. The National Dental Practice-Based Research Network. 2014; <http://www.nationaldentalpbrn.org/>. 34 2012 National Healthcare Quality Report. 2012; <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr12/>.
95. U.S. Department of Veteran's Affairs, the Centers for Medicare and Medicaid Services, the Centers for Disease Control and Prevention.
96. Urban Population. <http://irandataportal.syr.edu/population>. Accessed 10 Dec 2018.
97. US Funding only. Research: DP5, R, P, U, excludes R25, R90; Research Training and Career Development: D43, DP7, F, K, T, R25, R90. Dental schools include University of Rochester and Forsyth Institute.
98. Warnecke RB, Oh A, Breen N, Gehlert S, et al. Approaching health disparities from a population perspective: the National Institutes of Health Centers for Population Health and Health Disparities. *Am J Public Health*. 2008;98:1608-15.
99. Weigum SE, Floriano PN, Redding SW, Yeh CK, et al. Nano-bio-chip sensor platform for examination of oral exfoliative cytology. *Cancer Prev Res*. 2010;3:518-28.
100. Weigum SE, Floriano PN, Redding SW, Yeh CK, et al. Nano-bio-chip sensor platform for examination of oral exfoliative cytology. *Cancer Prev Res*. 2010;3:518-28.
101. Wendell S, Wang X, Brown M, Cooper ME, et al. Taste genes associated with dental caries. *J Dent Res*. 2010;89:1198-202.
102. What are the key statistics about salivary gland cancer? 2014; <http://www.cancer.org/cancer/salivaryglandcancer/detailedguide/salivary-gland-cancer-what-is-key-statistics>.
103. World Health Organization. World Health Organization: World Report on Aging and Health (2015): Retrieved January 1, 2019, from World Health Organization website <http://www.who.int/aging/publications/world-report-2015/en/>.
104. Xu S, Song M, Xiong Y, Liu X, He Y, Qin Z. The association between periodontal disease and the risk of myocardial infarction: a pooled analysis of observational studies. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17:50.
105. Zanella SM, de Souza LV, Suzigan BH, Saba-Chujfi E, Barbisan JN. The association between Oral health and atherosclerotic coronary artery disease in patients submitted to coronary angiography: a controlled cross-sectional study. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva (English Edition)*. 2012;20(2): 178–83.
106. Zhang Q, Kreulen CM, Witter DJ, Creugers NH. Oral health status and prosthodontic conditions of Chinese adults: a systematic review. *Int J Prosthodont*. 2007;20(6):567–72.
107. Zimmermann H, Zimmermann N, Hagenfeld D, Veile A, Kim TS, Becher H. Is frequency of tooth brushing a risk factor for periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(2):116–27.

108. Zitzmann N, Marinello C, Zemp E, Kessler P, Ackermann-Liebrich U. Tooth loss, dental restorations and dental attendance in Switzerland. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin* *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie* *Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia*. 2001; 111(11):1288–94.

7. დანართები, პუბლიკაციები:

დანართი 7.1. კითხვარები

პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის შეფასების კვლევა

(KAP (ცოდნა დამოკიდებულება და პრაქტიკა) კვლევა)

კითხვარი

ასაკი: _____

სქესი:

7. ქალი;
8. კაცი;

დასაქმების სტატუსი:

1. დასაქმებული სახელმწიფო სტრუქტურაში;
2. კერძო სტრუქტურაში;
3. თვითდასაქმებული;
4. ბიზნესმენი/მეწარმე;
5. დაუსაქმებელი;
6. დიასახლისი.

განათლების სტატუსი:

1. დასრულებული საშუალო განათლება;
2. დაუსრულებელი საშუალო განათლება;
3. დასრულებული უმაღლესი განათლება;
4. დაუსრულებელი უმაღლესი განათლება;
5. პროფესიულ-ტექნიკური განათლება;
6. სამეცნიერო ხარისხი;
7. მაგისტრი.

სოციალური სტატუსი:

1. დაოჯახებული;
2. დასაოჯახებელი;
3. განქორწინებული;

4. სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი;
5. ქვრივი.

პირველი ნაწილი (ცოდნის დონის შეფასება)

(სპეციფიკური - შედეგზე ორიენტირებული - კითხვები):

1. იცით თუ არა, რომ კბილების გახეხვა აუცილებელია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად?

- ა) კი;
- ბ) არა.

2. იცით თუ არა, რამდენჯერ უნდა მოხდეს კბილების გამოხეხვა დღეში?

- ა) დღეში ერთჯერ;
- ბ) დღეში ორჯერ.

3. იცით თუ არა, დღე-ღამის რომელი მონაკვეთში უნდა მოხდეს კბილების გახეხვა?

- ა) დილა-საღამოს;
- ბ) მხოლოდ საღამოს;
- გ) მხოლოდ დილას.

4. იცით თუ არა, რამდენი ხნის განმავლობაში უნდა იხეხავდეთ კბილებს?

- ა) 1 წუთის განმავლობაში;
- ბ) 3-დან 15 წუთამდე.

5. იცით თუ არა, როგორ უნდა შეარჩიოთ კბილის ჯაგრისი?

- ა) პირის ღრუს მდგომარეობის შესაბამისად;
- ბ) ფასის მიხედვით;
- გ) დიაზაინის მიხედვით;
- დ) რასაც შემომთავაზებს კონსულტანტი.

6. იცით თუ არა, რა არის დენტალური ფლოსი?

- ა) კბილების სავლები სითხე;
- ბ) კბილთაშორისი ძაფი;
- გ) კბილის ჯაგრისის ერთ-ერთი სახეობა.

7. იცი თუ არა, რისთვის არის საჭირო დენტალური ფლოსის გამოყენება?

- ა) მისი მეშვეობით სუფთავდება კბილები;
- ბ) მისი მეშვეობით სუფთავდება კბილთაშორისი სივრცეები.

8. იცით თუ არა, რა სიხშირით უნდა მოხდეს ფლოსის გამოყენება?

- ა) ორ დღეში ერთხელ;
- ბ) კვირაში ერთხელ;
- გ) საჭიროების მიხედვით, ყოველი ჭამის შემდეგ.

9. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით რომელი კბილის პასტა კბილების გასახეხად საჭირო და სასარგებლო?

- ა) ფტორირებული;
- ბ) მათეთრებელი ეფექტის მქონე;
- გ) სასიამოვნო სურნელით და არომატით;
- დ) რაც ძვირი, მით უკეთესი.

10. იცით თუ არა, რომ პირის ღრუს სავლებები მნიშვნელოვანი პროდუქტია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად?

- ა) მათი გამოყენება აქრობს პირის ღრუში უსიამოვნო სუნს;
- ბ) მათი გამოყენება აუცილებელია, თუ ვერ ვახერხებთ კბილების გახეხვას;
- გ) მათი გამოყენება აუცილებელია კბილების სითეთრის შენარჩუნებისათვის;
- დ) მათი გამოყენება აუცილებელია პირის ღრუს სწორი ჰიგიენის უზრუნველსაყოფად.

11. იცით თუ არა, რა სიხშირით არის საჭირო და სასარგებლო პირის ღრუს სავლებების გამოყენება?

- ა) კვირაში ერთხელ;
- ბ) ყოველ დღე;
- გ) ყოველი გახეხვის შემდეგ.

12. იცით თუ არა, თამბაქოს გავლენის შესახებ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე?

- ა) თამბაქოს კვამლი აყუჩებს კბილის ტკივილს;
- ბ) თამბაქოს მოხმარება დადებითად მოქმედებს ღრძილების დაავადებებზე;
- გ) თამბაქოს მოხმარება აქრობს უსიამოვნო სუნს პირის ღრუდან;
- დ) თამბაქოს მოხმარება მავნე გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე.

13. იცით თუ არა, ფტორის გავლენის შესახებ პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე?

- ა) ფტორი აყუჩებს კბილის ტკივილს;
- ბ) ფტორი დადებითად მოქმედებს ღრძილებიდან სისხლდენაზე;
- გ) ფტორი აქრობს პირის ღრუდან ცუდ სუნს;
- დ) ფტორის მოხმარება მავნე გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე;
- ე) ფტორი ახდენს კარიესის პრევენციას.

14. იცით თუ არა, რომ საკვები, რომელსაც მიიერთმევთ, გავლენას ახდენს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე?

- ა) მხოლოდ ცხელი საკვები მოქმედებს ცუდად;
- ბ) მხოლოდ უხეში საკვები მოქმედებს ცუდად;
- გ) მხოლოდ გენმოდირეცირებული საკვები მოქმედებს ცუდად;
- დ) საკვებს აქვს უდიდესი გავლენა პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე.

15. იცით თუ არა, როგორი საკვები მოქმედებს ცუდად პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე?

- ა) ტკბილი საკვები;
- ბ) მშრალი საკვები;
- გ) სანელებლებიანი საკვები.

16. იცით თუ არა ტემპერატურული გამდიზიანებლების მოქმედების შესახებ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე?

- ა) არანაირი გავლენა არა აქვს;
- ბ) მხოლოდ კბილის კარიესის შემთხვევაშია მნიშვნელოვანი;
- გ) მნიშვნელოვანია, ზოგადად, ყველა შემთხვევაში.

17. იცით თუ არა, პირის ღრუს ჯანმრთელობისთვის, კბილის ჯაგირისის ცვლა რა სიხშირით უნდა მოხდეს?

- ა) თვეში ერთხელ;
- ბ) სამ თვეში ერთხელ;
- გ) წელიწადში ერთხელ.

18. იცით თუ არა, პირის ღრუს ჯანმრთელობისთვის, როგორ უნდა შეინახოთ კბილის ჯაგრისი?

- ა) სპეციალურ ყუთში;
- ბ) სპეციალურ ხსნარში;
- გ) მნიშვნელობა არა აქვს, როგორ და სად შევინახავთ;
- დ) კარგად გარეცხილი, მშრალი, სუფთა ადგილას.

19. იცით თუ არა ალკოჰოლის ზემოქმედების შესახებ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე?:

- ა) არა აქვს გავლენა;
- ბ) აქვს გარკვეული გავლენა;
- გ) მოქმედებს პოზიტიურად, ასუფთავებს პირის ღრუს მავნე მიკრობებისაგან;
- დ) აქვს ნეგატიური გავლენა.

20. იცით თუ არა ალკოჰოლის მიღების სიხშირის და მისი სხვადასხვა სახეობის გავლენის შესახებ პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე?

- ა) ღვინო არაა მავნებელი მცირე დოზებით;
- ბ) არაყი მცირე დოზებით სასარგებლოც კი არის;
- გ) ალკოჰოლის ნებისმიერი დოზა და სახეობა ნეგატიურად მოქმედებს პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე.

მეორე ნაწილი (რომელიც არკვევს დამოკიდებულებას პირის ღრუს ჯანმრთელობის მიმართ)

1. ფიქრობთ თუ არა, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის პრობლემები გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე?
 - ა) კი;
 - ბ) არა.
2. ფიქრობთ თუ არა, რომ რეგულარული ვიზიტები სტომატოლოგთან აუცილებელია?
 - ა) კი;
 - ბ) არა.
3. თვლით თუ არა, რომ დაკარგული ბუნებრივი კბილების ხელოვნურით ჩანაცვლება აუცილებელია მყისიერად?
 - ა) კი;
 - ბ) არა.
4. თვლით თუ არა, რომ თამბაქოს მოხმარება ცუდი ჩვევაა?
 - ა) კი;
 - ბ) არა.
5. თვლით თუ არა, რომ სტომატოლოგთან ვიზიტი აუცილებელია მხოლოდ სამკურნალოდ და არა პრევენციისთვის?
 - ა) კი;
 - ბ) არა.
6. თვლით თუ არა, რომ კბილის მკურნალობა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც სხეულის დანარჩენი ორგანოების?
 - ა) კი;
 - ბ) არა.

7. გეშინიათ თუ არა სტომტოლოგთან ვიზიტის?

ა) კი;

ბ) არა.

კითხვარის მესამე ნაწილი (რომელიც ავლენს საჭირო უნარებს)

1. რა დროს ანდომებთ კბილების გახეხვას?

2. რა სიხშირით იხეხავთ კბილებს?

3. რა მიზნით იხეხავთ კბილებს?

4. პრიორიტეტია თუ არა ფტორირებული კბილის პასტების მოხმარება?

5. ახდენთ თუ არა პირის ღრუს რუტინულ შემოწმებას?

6. ისუფთავებთ თუ არა პირის ღრუს ყოველი ჭამის შემდეგ?

7. არის თუ არა თქვენთვის ყურადსაღები სიგნალი კბილების მომატებული მგრძობელობა სხვადასხვა გამლიზიანებლის მიმართ?

კითხვარი

სამედიცინო პერსონალისთვის პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ

პაციენტთა ინფორმირების თაობაზე

ნაწილი I

1. აქვთ თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ რას გულისხმობს ტერმინი - „პირის ღრუს ჯანმრთელობა?“

.....

.....

.....

.....

2. აქვთ თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ პირის ღრუს დაავადებათა უმრავლესობის თავიდან აცილება, ადეკვატური ჰიგიენური ღონისძიებების პირობებში, შესაძლებელია?

.....

.....

.....

.....

3. აქვთ თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რას გულისხმობს ინდივიდუალური და პროფესიული ჰიგიენა?

.....

.....

.....

.....

4. აქვთ თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ საჭიროა სტომატოლოგთან კონსულტაცია გაიარონ 6 თვეში ერთხელ?

.....

.....

.....

.....

5. აქვთ თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაცია მომსახურების მიზნის, მიმდინარეობის და შესაძლო გართულებების შესახებ?

.....

.....

.....

.....

6. აქვთ თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაცია, რომ ესთეტიკური დეფექტები, უხშირესად, იწვევს ფუნქციურ გაუარესებას?

.....

.....

.....

.....

ნაწილი II

7. თვლით თუ არა, რომ საჭიროა პაციენტს სტომატოლოგიურმა კლინიკებმა მიაწოდონ ინფორმაცია პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ?

.....

.....

.....

.....

8. თვლით თუ არა, რომ ადეკვატურად ინფორმირებული პაციენტი არის პაციენტი მოვლილი პირის ღრუთი და მასთან, ასევე, ადვილია საჭირო სამედიცინო მანიპულაციების განხორციელება?

.....

.....

.....

.....

9. თვლით თუ არა, რომ პაციენტის ინფორმირების სისტემა სავალდებულო უნდა იყოს კლინიკებისთვის და როგორი იქნება თქვენი ჩართულობა ამ სისტემაში?

.....
.....
.....
.....

10. როგორი უნდა იყოს პაციენტის ინფორმირების სისტემის თქვენთვის სასურველი და პაციენტზე ორიენტირებული მოწყობა?

.....
.....
.....
.....

კითხვარი ექსპერტებისათვის

შეკითხვა:

1) როგორია თქვენი დამოკიდებულება, როგორც დარგის ექსპერტის, ჩვენ მიერ წამოჭრილი საკითხის მიმართ?

- თქვენი მოსაზრება მნიშვნელოვანია თქვენი მოწაფეებისა და თანამშრომლებისთვის, ვინაიდან სწორედ თქვენი შეხედულება აისახება საკითხისადმი მათ დამოკიდებულებაზე და წარმოადგენს წონით არგუმენტს თქვენი კოლეგებისთვის.

- 1.1 ეთანხმებით, თუ არა მოსაზრებას, რომ პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის მნიშვნელოვანია ცოდნის დონის ამაღლება?

კი;

არა.

1.2 ახორციელებთ თუ არა პაციენტთა ინფორმირებას კლინიკურ პრაქტიკაში?

კი;

არა.

1.3 თუკი ახორციელებთ, რა სახით?

ა) გამოიყოფა ცალკე დრო, ამ კონკრეტული საკითხისათვის?

ბ) აწვდით ბუკლეტებს ან ფლაერებს?

გ) ტრიალებს სარეკლამო რგოლები? (ხომ არ ჩაგიწერიათ შემეცნებითი ხასიათის ინტერვიუები, რომელსაც ისმენენ პაციენტები?)

დ) ხომ არ ატანთ „საგზადად“ თქვენს რჩევა-დარიგებებს?

1.4. ხომ ვერ ხედავთ გარკვეულ ბარიერებს პაციენტის აღქმასა და ინფორმაციის მიწოდებას შორის?

- ა) სხვადასხვა დონის ინტელექტი;
- ბ) სპეციალური საჭიროების მქონე პაციენტი;
- გ) ენობრივი ბარიერი.

1.5. ხომ არ არის ენობრივი ბარიერი იმდენად მნიშვნელოვანი, რომ საჭიროა ექიმთა გადამზადება ამ კუთხით (პაციენტს მანიპულაციის დროს სჭირდება ექიმთან კომუნიკაცია, რაც თანადგომის ტოლფასია)?

- კი;
- არა.

1.6. რამდენად მნიშვნელოვანია დამხმარე პერსონალის ჩართულობა, რაც გამოათავისუფლებს დროს, რომელსაც გამოვიყენებთ პაციენტთა ინფორმირებისთვის?

1.7. ეს არის ექსპერტული კვლევა, რომლის დიზაინიც ტოლობის ნიშანს სვამს ერთი ექსპერტის აზრსა და მისი ასი და, შეიძლება, ზოგჯერ მეტი თანამოაზრის (მოწაფე, უმცროსი კოლეგა, მიმდევარი, თანამშრომელი) კომპეტენტურ აზრს შორის? როგორ ფიქრობთ, რამდენად ახდენს გავლენას თქვენი დამოკიდებულება საკითხის მიმართ სხვა ადამიანების დამოკიდებულებაზე?

- კი;
- არა.

2) თქვენი აზრით, პრაქტიკაში რეალურად როგორ ხორციელდება პაციენტის ინფორმირება, ხომ არ არის ჯგუფობრივი სხვაობა (ინფორმირების დონე სხვადასხვა ქალაქის და რეგიონის კლინიკების მიხედვით)?

2.1 თქვენთვის მისაღებია თუ არა ის რეალობა, რაც პაციენტთა ინფორმირების კუთხით არსებობს დღეს საქართველოში?

- კი;
- არა.

2.2. თუკი არ არის მისაღები, მაშინ რა არის სასურველი რეალობა?

2.3. თუკი არ არის მისაღები, მაშინ დაგვიხსავსათე პრობლემა

- ა) ექიმებს არ რჩებათ დრო პაციენტთა ინფორმირებისთვის;
- ბ) ექიმებს არ აქვთ პაციენტთა ინფორმირების სურვილი;
- გ) ფინანსურად არ არის მომგებიანი;
- დ) თვლით, რომ მარკეტინგულად არასწორია;
- ე) სხვა.

3) მნიშვნელოვანია თუ არა მასმედიის, სოციალური ჯგუფების, ჩართულობა და უნდა ხორციელდებოდეს თუ არა იგი იმ სახით, როგორც ეს დღეს ხდება?

3.1. აქვს თუ არა აზრი მასმედიის ჩართვას აღნიშნული საკითხის გადაწყვეტის პროცესში?

კი;

არა.

3.2. აქვს თუ არა აზრი სოციალური ჯგუფების ჩართვას (დატრენინგებული პროვაიდერების) აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის მიზნით?

კი;

არა.

4. ხართ თუ არა თანახმა, მონაწილეობა მიიღოთ პროვაიდერების დატრენინგებაში, რომლებიც იქნებიან ცოდნის გამავრცელებლები მას შემდეგ, რაც თავად აღიჭურვებიან საჭირო ცოდნით და უნარებით?

კი;

არა.

5. საიდან უნდა მოხდეს რესურსების ალოკაცია აღნიშნული პროცესის სწორად წარმართვისათვის?

ა) ჯანდაცვის სამინისტროს შიდა რესურსებიდან;

ბ) სტომატოლოგიური სერვისების შემოსავლებიდან;

გ) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების შიდა რესურსებიდან;

დ) სხვა დონორი ორგანიზაციებიდან („stake holders“- მოთამაშეები).

6. თქვენი აზრით, რამდენად ეფექტური იქნება ისედაც მწირი რესურსების გადანაწილება აღნიშნული პრობლემისთვის მაშინ, როცა პირის ღრუს ჯანმრთელობა პრიორიტეტი არ არის?

კი;

არა.

დანართი 7.2. ისტორიები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №01- 55/ნ
2011 წლის 25 ნოემბერი

ქ. თბილისი

სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი.
2. ბრძანება ამოქმედდეს 2012 წლის 1 იანვრიდან.

ა. ურუშაძე

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებლებისათვის სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა ამბულატორიული სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებლისათვის.
2. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაცია იწარმოება ამ ბრძანების შესაბამისად, მასში ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება შესაძლებელია ელექტრონული საშუალებითაც.
3. სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი.
4. სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია განმარტოს სამედიცინო დოკუმენტაციის დადგენილი ფორმის ცალკეული პუნქტი. სურვილისამებრ მოახდინოს ფორმების მოდიფიცირება ან შემოიღოს დამატებები იმდაგვარად, რომ დაცული იყოს წარმოებისათვის ამ წესით დადგენილი მოთხოვნები.
5. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მოითხოვოს სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის ან მისი ცალკეული ფორმის ასლი.
6. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაცია ინახება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 2. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი – ფორმა №IV-220/ა (დანართი – №1)

1. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი წარმოადგენს სამედიცინო დოკუმენტს, ამბულატორიული პაციენტისათვის.
2. სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისთვის ინდივიდუალურად, სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ, პაციენტის პირველი მიმართვის დროს.

3. სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება მოქალაქის/პაციენტის პირადი ნომრის მიხედვით (პირადი ნომრის არქონის შემთხვევაში რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით).

4. სამედიცინო ბარათი ივსება პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე. „საპასპორტო მონაცემების“ შევსების უფლება აქვს პირს, რომელსაც განსაზღვრავს თავად მომსახურების მიმწოდებელი. ივსება ყველა ის გრაფა, რომელზეც არსებობს ინფორმაცია. ბავშვთა მომსახურების შემთხვევაში ივსება მხოლოდ შესაბამისი გრაფები.

5. მონაცემები ალერგიული რეაქციების შესახებ ფიქსირდება შესაბამის გრაფაში ასეთი ინფორმაციის არსებობისას.

მუხლი 3. „პაციენტის გასინჯვის ფურცელი“ – ფორმა №IV-220-1/ა (დანართი – №2)

1. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი ივსება ყოველ ახალ შემთხვევაზე. მასში ფიქსირდება პაციენტის როგორც პირველადი, ასევე, ყველა მომდევნო (განმეორებითი) ვიზიტი, ერთი შემთხვევის (ეპიზოდის) ფარგლებში.

2. საბოლოო დიაგნოზის ფორმულირება უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10 ნორმების კლინიკურ ვარიანტს.

3. სამედიცინო ჩარევების, პროცედურებისა და გამოკვლევის კოდ(ებ)ის მითითების შემთხვევაში, აღნიშნული კოდები უნდა დაფიქსირდეს ძირითადი ჩარევის, კლინიკური ან/და დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩანაწერის ბოლოს.

მუხლი 4. „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე“ – ფორმა №IV-220-2/ა (დანართი – №3)

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ივსება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ექიმის მიერ, პაციენტის ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის თანდასწრებით, სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის პირველი პუნქტის, მე-2 პუნქტის „ა“ და „ლ“ ქვეპუნქტებისა და მე-3 პუნქტის შესაბამისად.

მუხლი 5. „სტომატოლოგიური პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი“ – ფორმა - №IV-220-3/ა (დანართი – №4)

სტომატოლოგიური პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი – იწარმოება სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ. ჟურნალში ფიქსირდება პაციენტის მომართვიანობა დაწესებულებაში, დიაგნოზი და აქტივობები (გამოკვლევები, მკურნალობა), რომელიც მას ჩაუტარდა.

დანართი – №1

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-220/ა

სტომატოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი №. . . .

გვარი, სახელი _____

სქესი _____

დაბადების თარიღი _____ ტელეფონი _____

პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____

მისამართი _____
 სამუშაო ადგილი _____

ალერგია (მათ შორის – საანესთეზიო საშუალებებზე) _____

გადატანილი ან/და თანმხლები დაავადებები, მდგომარეობები:

სადაზღვევო პოლისის ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____
 სადაზღვევო კომპანია (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____

დანართი №2

*სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
 პირის/დაწესებულების დასახელება*

ფორმა №IV-220-1/ა

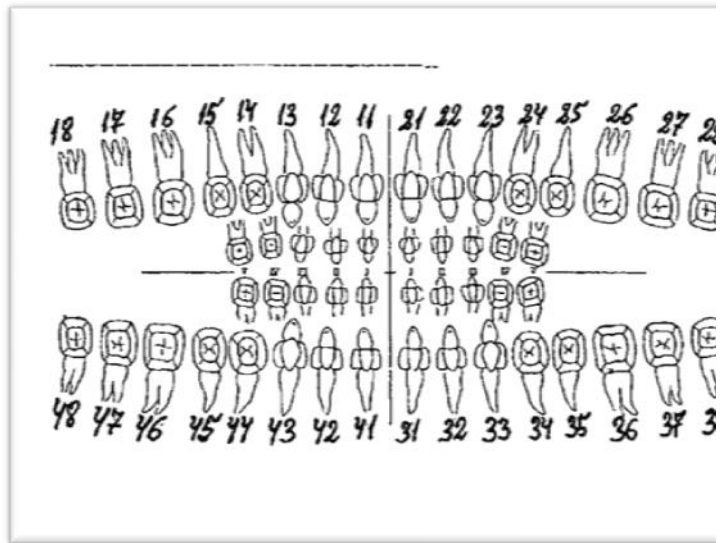
პაციენტის გასინჯვის ფურცელი

<p>თარიღი _____</p> <p>ჩივილები (მომართვის მიზეზი): დაავადებული კბილ(ებ)ი ----- -</p> <p>გამღიზიანებლით გამოწვეული მიზეზობრივი ხასიათის ტკივილი <input type="checkbox"/></p> <p>ტკივილი კბილის კბილზე დაჭერისას <input type="checkbox"/></p> <p>ყრუ ხასიათის ტკივილი <input type="checkbox"/></p> <p>თვითნებითი ხასიათის ტკივილი <input type="checkbox"/></p> <p>ღამის ტკივილი <input type="checkbox"/></p> <p>ესთეტიკური დისკომფორტი <input type="checkbox"/></p> <p>ბჟენის დეფექტი <input type="checkbox"/></p> <p>სხვა _____</p>	<p>გვირგვინის დეფექტი <input type="checkbox"/></p> <p>ფესვი <input type="checkbox"/></p> <p>სახის ასიმეტრია <input type="checkbox"/></p> <p>ქვისა და რბილი ნადების არსებობა <input type="checkbox"/></p> <p>სისხლდენა ღრძილებიდან <input type="checkbox"/></p> <p>ადენტია <input type="checkbox"/></p> <p>ჰალიტოზი <input type="checkbox"/></p> <p>საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის <input type="checkbox"/></p> <p>პათოლოგია <input type="checkbox"/></p>
--	---

ანამნეზი _____

ობიექტური გამოკვლევები
პირის ღრუს დათვალიერება:

- დეფექტის ლოკალიზაცია _____
- კარიესი - კ
- პრაპარიუსული დაავადება - აკ
- პულპიტი - პ
- პერიოდონტიტი - პტ
- ბჟენი - ბ
- ხელოვნური კბილი - ხკ
- ხელოვნური გვირგვინი - ხგ
- კბილის მორყევის ხარისხი - I, II, III
- ექსტრაგირებული კბილი - 0
- რეტენციული კბილი - რვ
- ფესვი - ფ



თანკბილვა _____

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა: _____

პაროდონტის მდგომარეობა

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------|---------------|--------------------------|
| შეშუპება | <input type="checkbox"/> | ნადები: | არ აღინიშნება | <input type="checkbox"/> |
| ჰიპერემია | <input type="checkbox"/> | | რბილი | <input type="checkbox"/> |
| ციანოზი | <input type="checkbox"/> | | პიგმენტური | <input type="checkbox"/> |
| რეტრაქცია | <input type="checkbox"/> | | მაგარი | <input type="checkbox"/> |
| ჰიპერტროფია | <input type="checkbox"/> | | ღრმილზედა | <input type="checkbox"/> |
| სისხლდენა | <input type="checkbox"/> | | ღრმილქვეშა | <input type="checkbox"/> |
| ძვლოვანი ჯიბე | <input type="checkbox"/> | | | |
| ალვეოლური მორჩის ატროფია | <input type="checkbox"/> | | | |
| პაროდონტული ჯიბე | <input type="checkbox"/> | | | |

პაროდონტული ჯიბის სიღრმე _____

სხვა _____

გამოკვლევის გეგმა:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| ანამნეზის შეკრება | <input type="checkbox"/> | ორთოპანტომოგრაფია | <input type="checkbox"/> |
| სახისა და პირის ღრუს დათვალიერება | <input type="checkbox"/> | ელექტროდონტომეტრია | <input type="checkbox"/> |
| თერმოდიაგნოსტიკა | <input type="checkbox"/> | აპექს-ლოკაცია | <input type="checkbox"/> |
| ვიზიორენტგენოგრაფიული გამოკვლევა | <input type="checkbox"/> | კომპიუტერული ტომოგრაფია | <input type="checkbox"/> |
| რენტგენოლოგიური გამოკვლევა | <input type="checkbox"/> | სხვა _____ | |
| სპეციფიკური ალერგოდიაგნოსტიკა | <input type="checkbox"/> | | |

კონსულტაცია/გამოკვლევის შედეგი:

საბოლოო დიაგნოზი (ICD –10)

მკურნალობა

მომდევნო ვიზიტი:

თარიღი	ანამნეზი, სტატუსი, დიაგნოზი, ჩატარებული მკურნალობა, დანიშნულება	მკურნალი ექიმი

მკურნალობის შედეგი (ეპიკრიზი)

რჩევა-დარიგება/დანიშნულება

დანართი №3

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა
№IV-220-2/ა

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

მე _____
(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ. მკურნალმა ექიმმა გამაცნო სამედიცინო მომსახურების მიზანი, მისი მიმდინარეობა, თავისებურებანი და შესაძლო გართულებები. ასევე ჩემთვის ცნობილია სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში დამდგარი შედეგის შესახებ.

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის) ხელმოწერა _____

მე, ექიმი _____
(სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა შეკითხვაზე, რაც შეეხება მის ჯანმრთელობას, დაავადებას, მკურნალობას. ასევე მიიღო პასუხი მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და მის ღირებულებაზე.

ხელმოწერა _____

თარიღი „-----“ -----

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-
220-3/ა

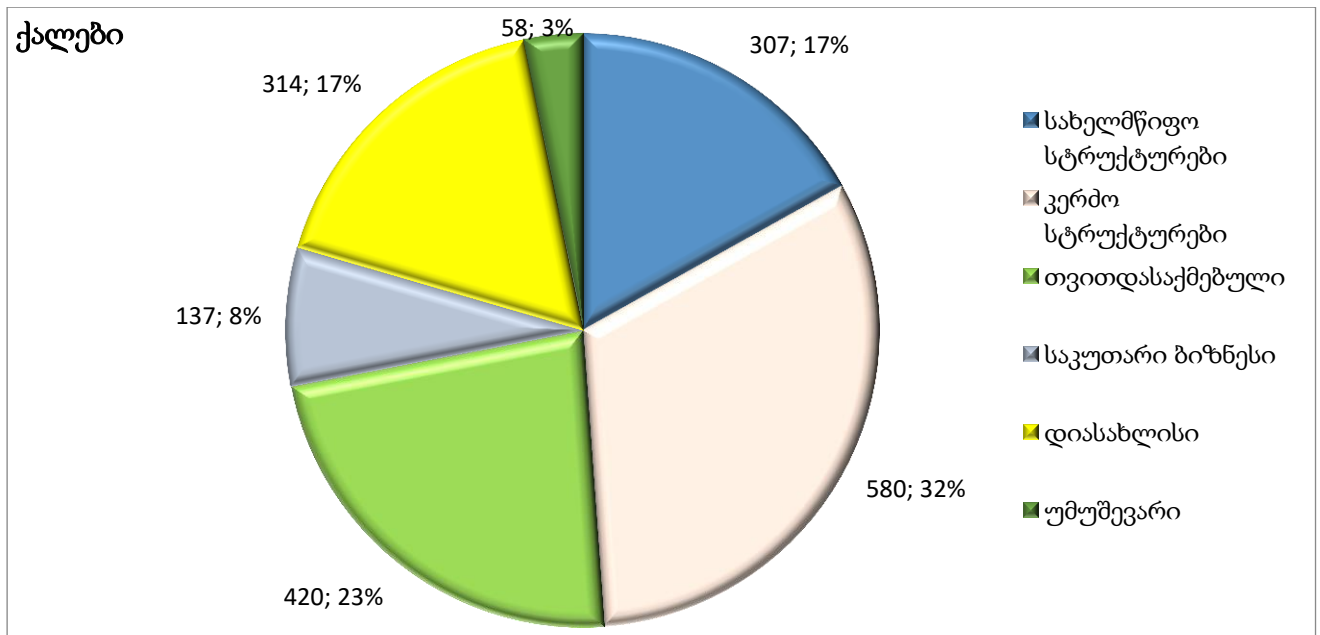
სტომატოლოგიური პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი

№	თარიღი	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი	მისამართი	ტელეფონი	დიაგნოზი ICD-10	ჩატარებული გამოკვლევები და მკურნალობა	ექიმის გვარი	სხვა*	შენიშვნა

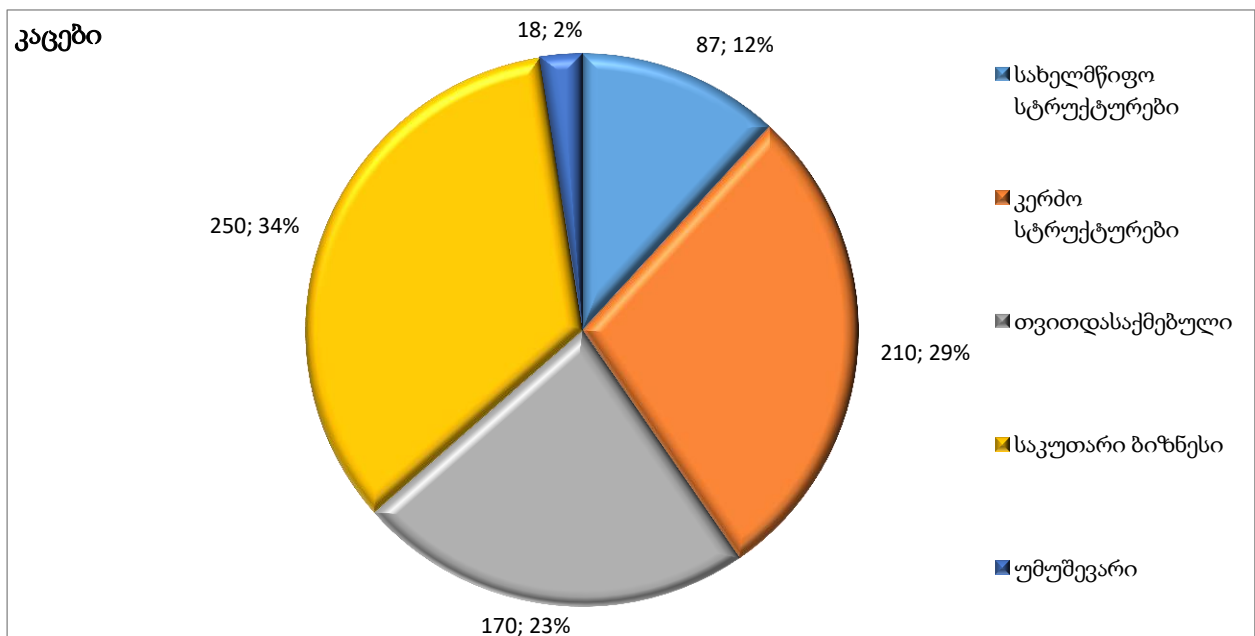
* სერვისის მიმწოდებელი უფლებამოსილია ცხრილის თავისუფალ გრაფაში დააფიქსიროს სხვა, მისთვის საჭირო ინფორმაცია

დანართი 7.3. დიაგრამები

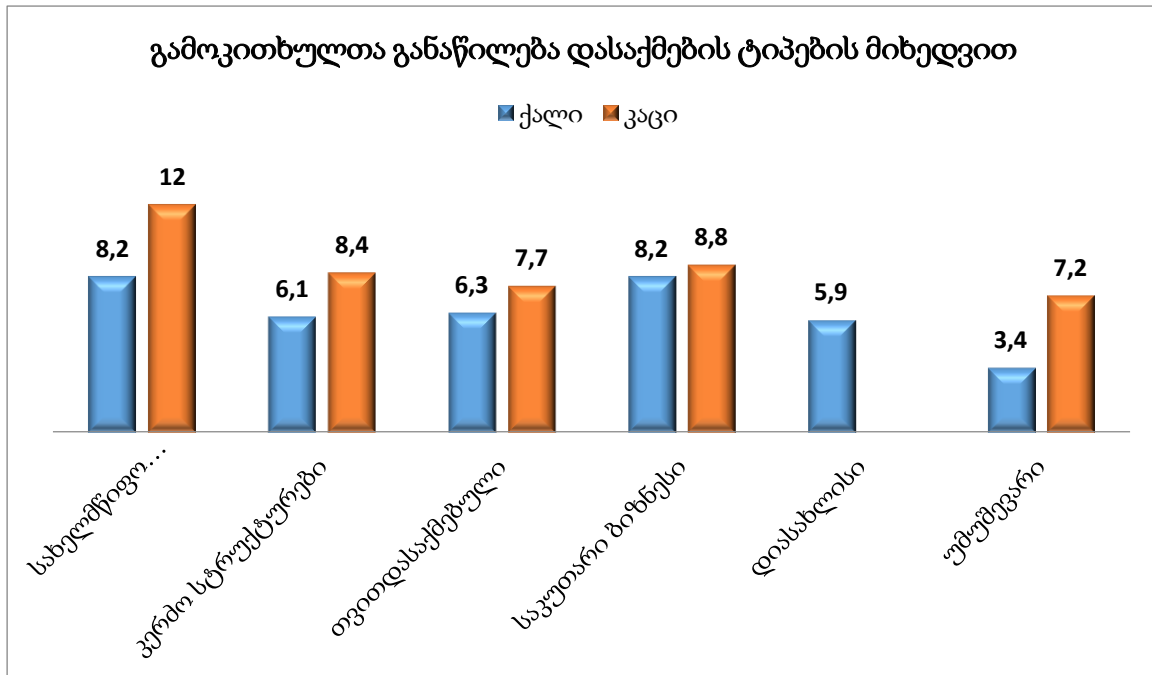
დიაგრამა 1. გამოკითხულ ქალთა განაწილება დასაქმების მიხედვით



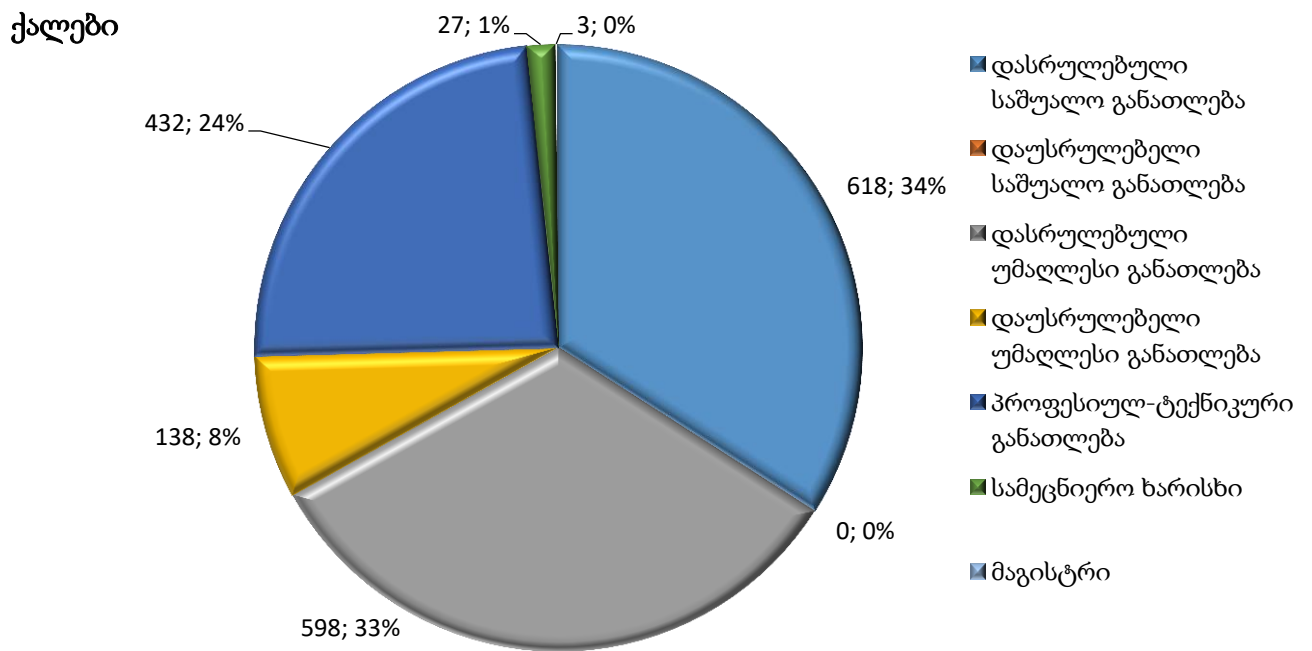
დიაგრამა 2. გამოკითხულ კაცთა განაწილება დასაქმების მიხედვით



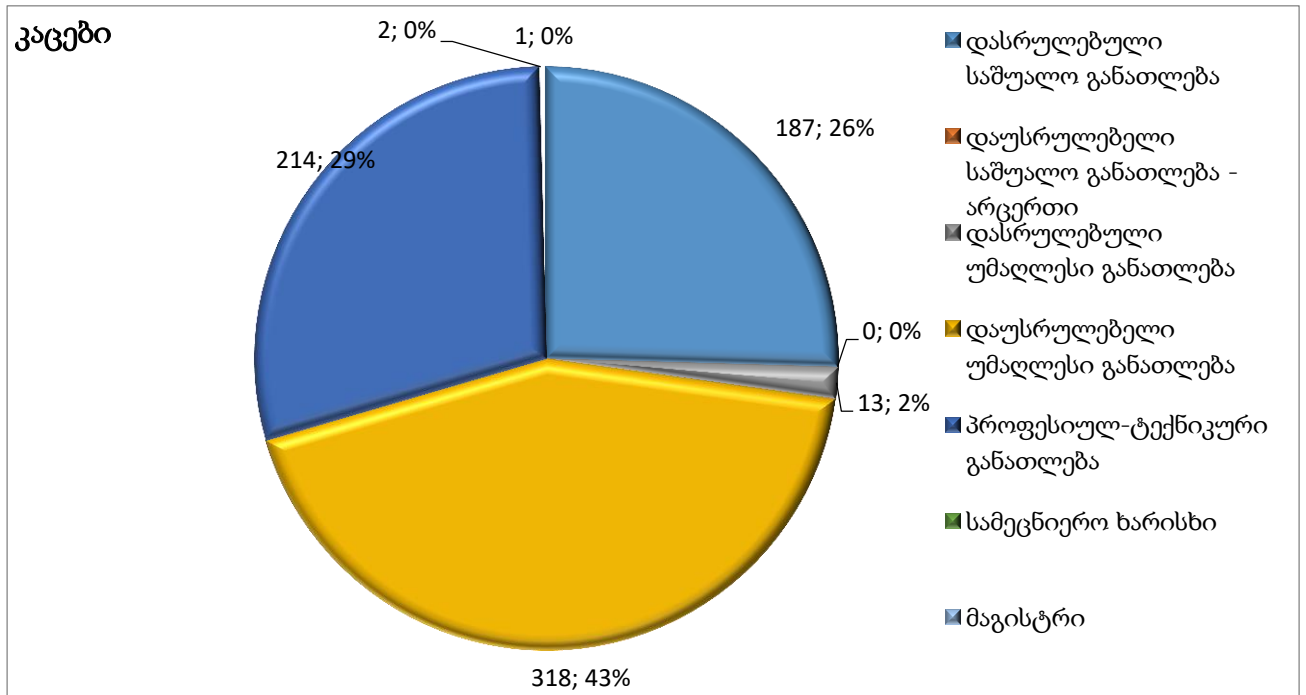
დიაგრამა 3. გამოკითხულთა განაწილება დასაქმების ტიპების შესაბამისად ქალთა და კაცთა ჯგუფებში



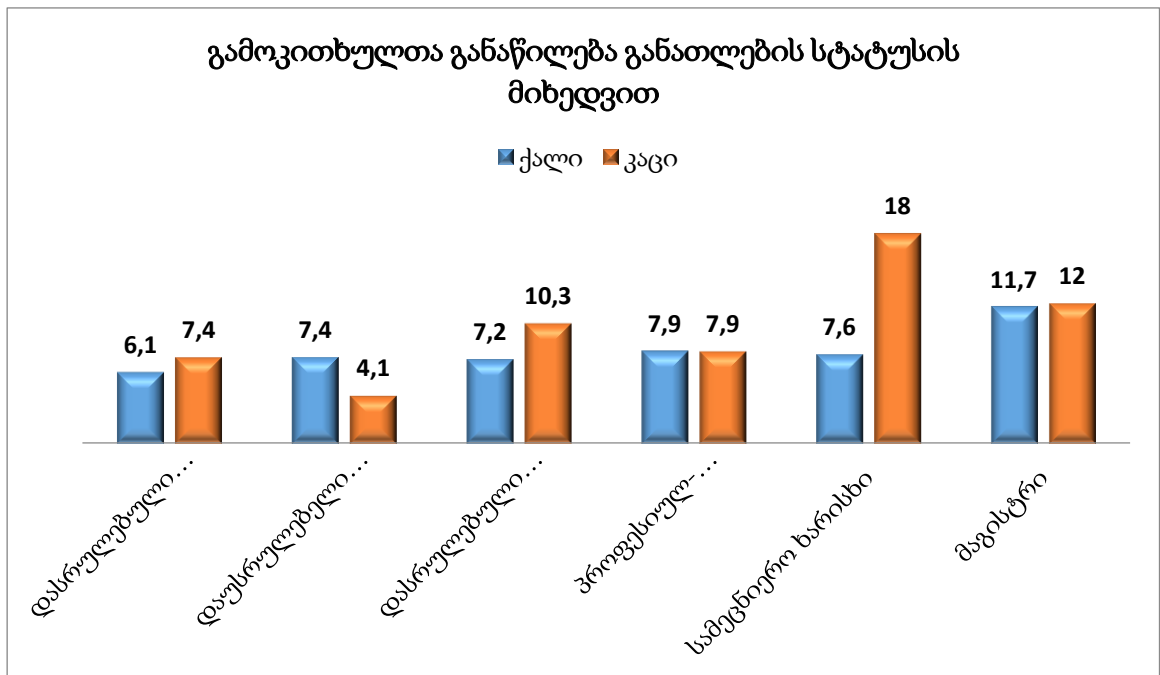
დიაგრამა 4. გამოკითხულ ქალთა განაწილება განათლების სტატუსის მიხედვით



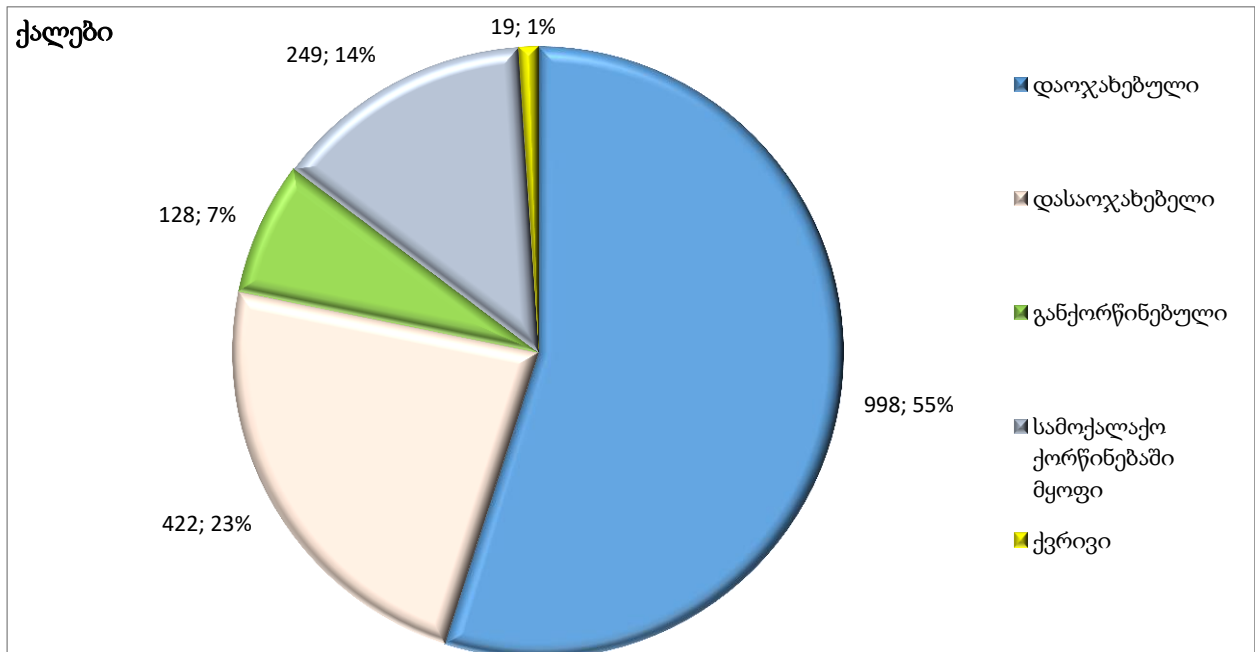
დიაგრამა 5. გამოკითხულ კაცთა განაწილება განათლების სტატუსის მიხედვით



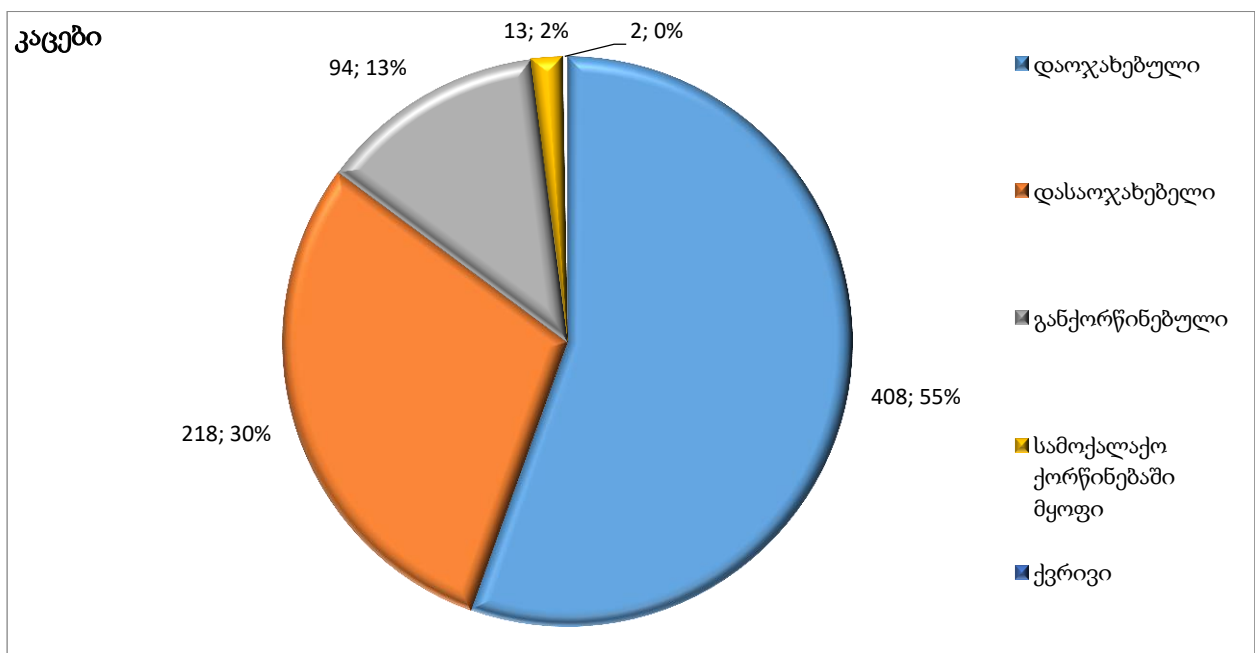
დიაგრამა 6. გამოკითხულთა განაწილება განათლების სტატუსის და სქესის მიხედვით



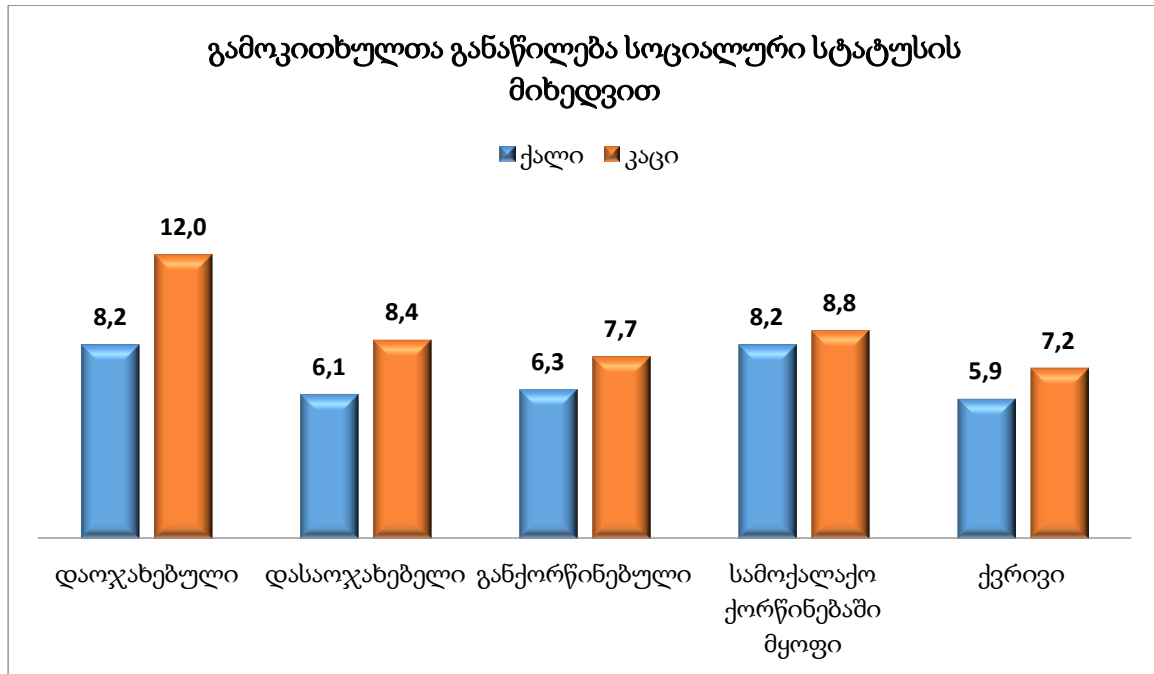
დიაგრამა 7. გამოკითხულ ქალთა განაწილება სოციალური სტატუსის მიხედვით.



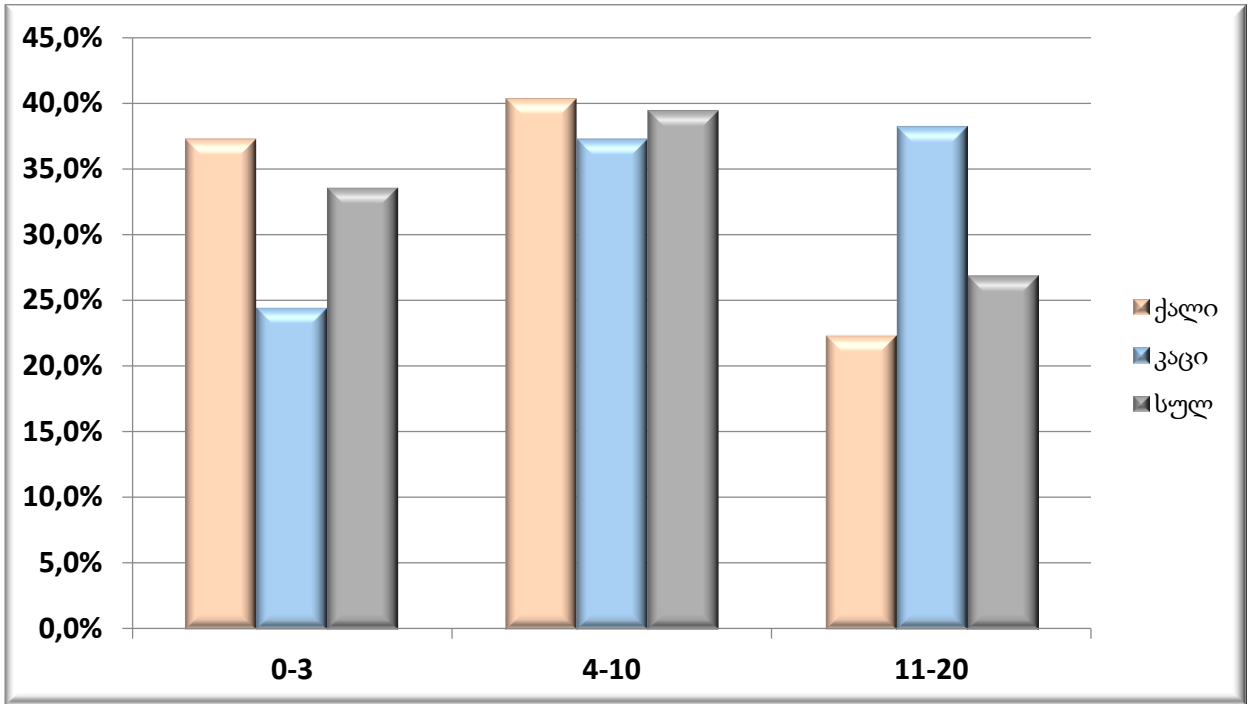
დიაგრამა 8. გამოკითხულ კაცთა განაწილება სოციალური სტატუსის მიხედვით



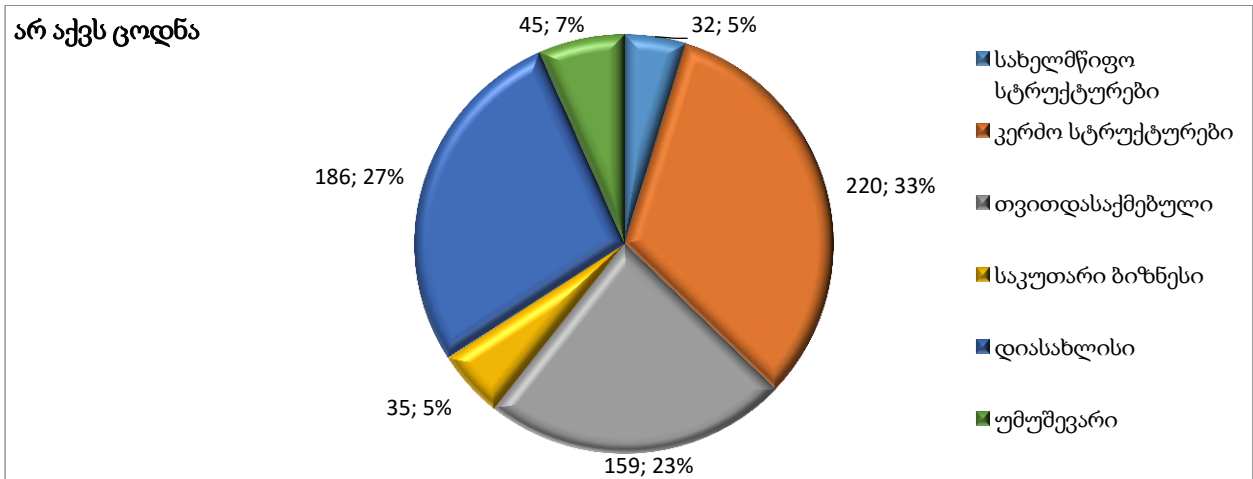
დიაგრამა 9. გამოკითხულთა განაწილება სოციალური სტატუსისა და სქესის მიხედვით



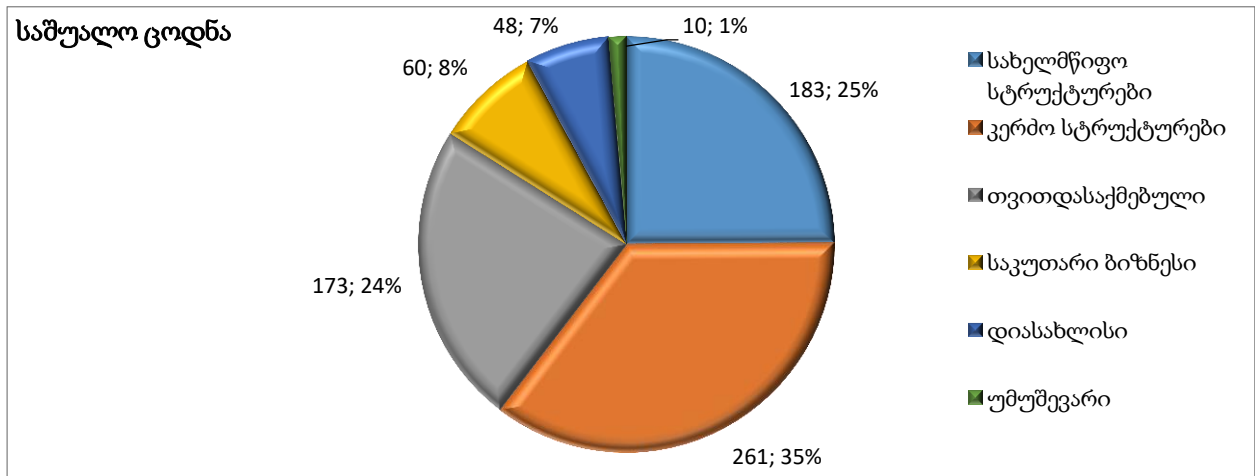
დიაგრამა 10. ჯამური ქულების განაწილება ქალებსა და კაცებში, ცხრ.6



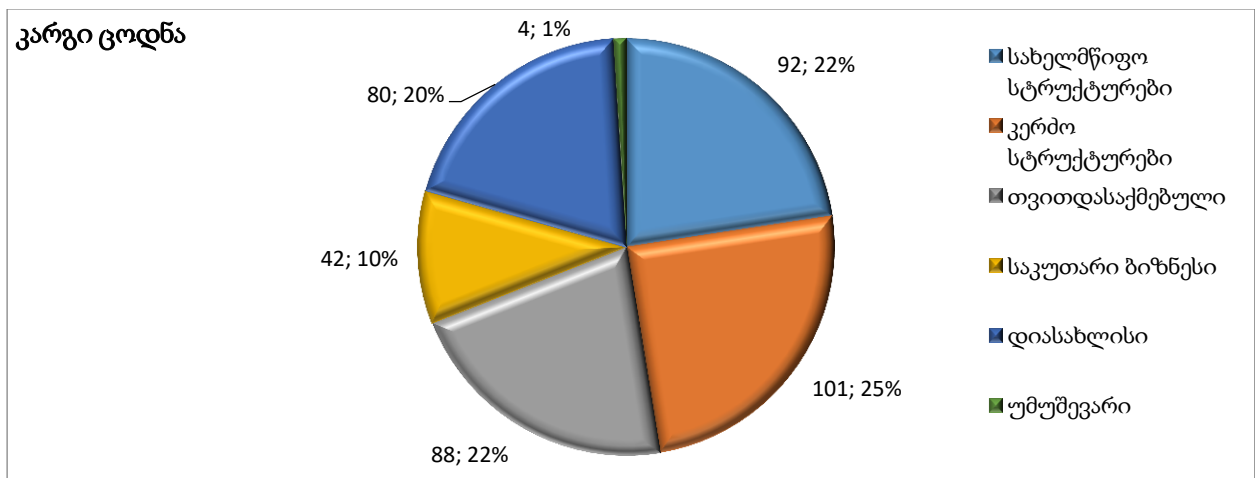
დიაგრამა 11. ქალთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით ცხრ. 8



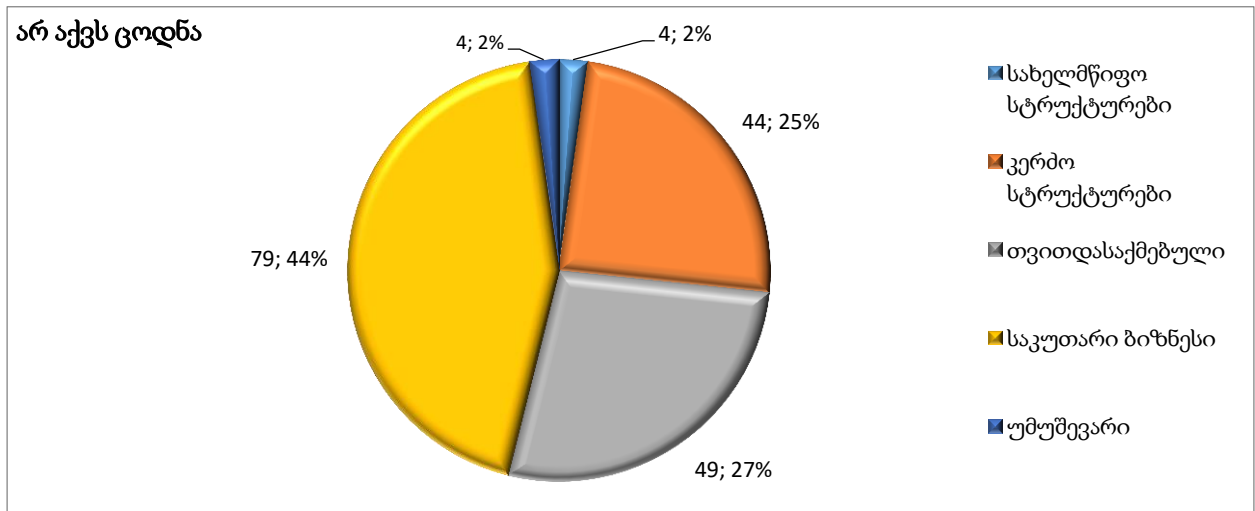
დიაგრამა 12. ქალთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით ცხრ. 8



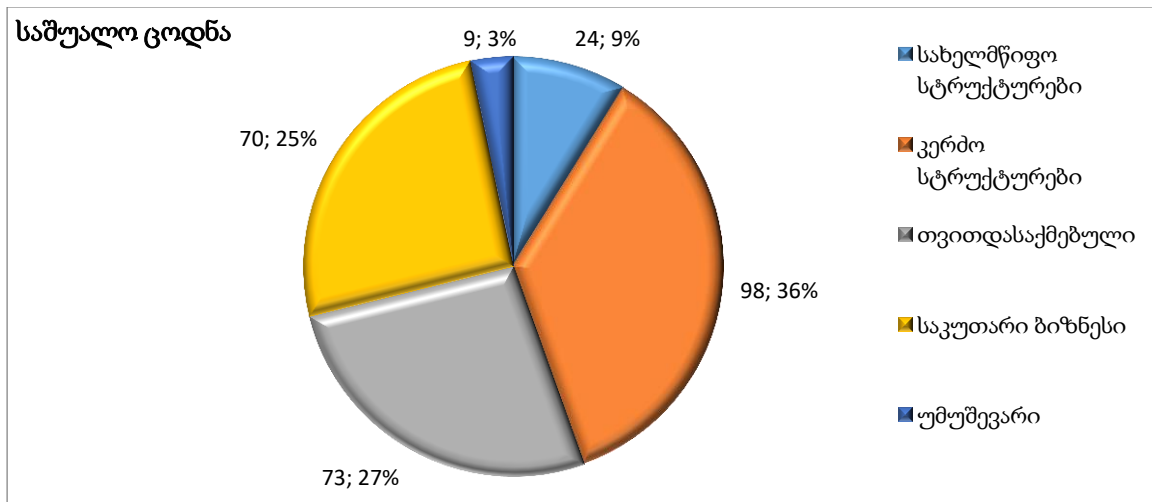
დიაგრამა 13. ქალთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით ცხრ. 8



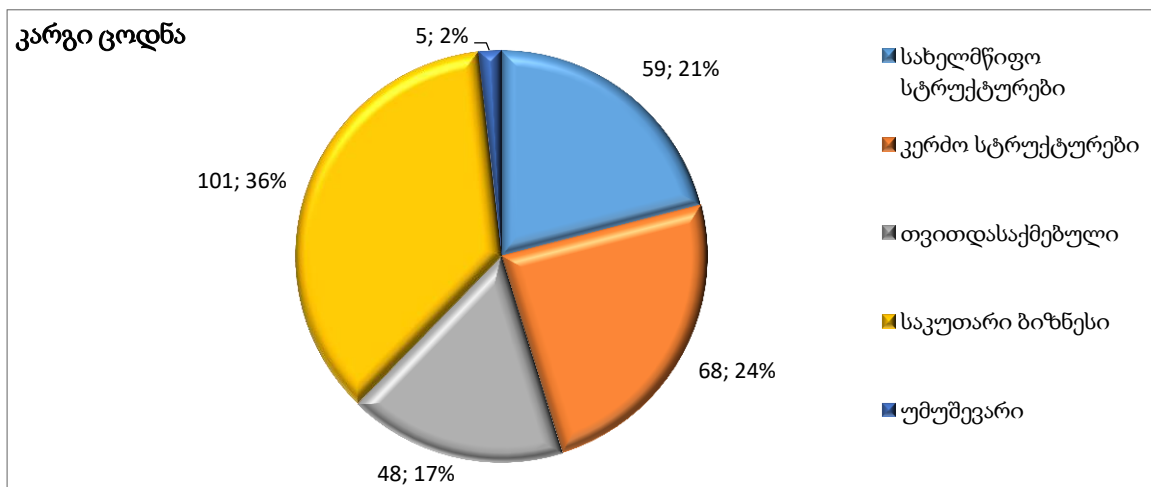
დიაგრამა 14. გამოკითხულ კაცთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.9



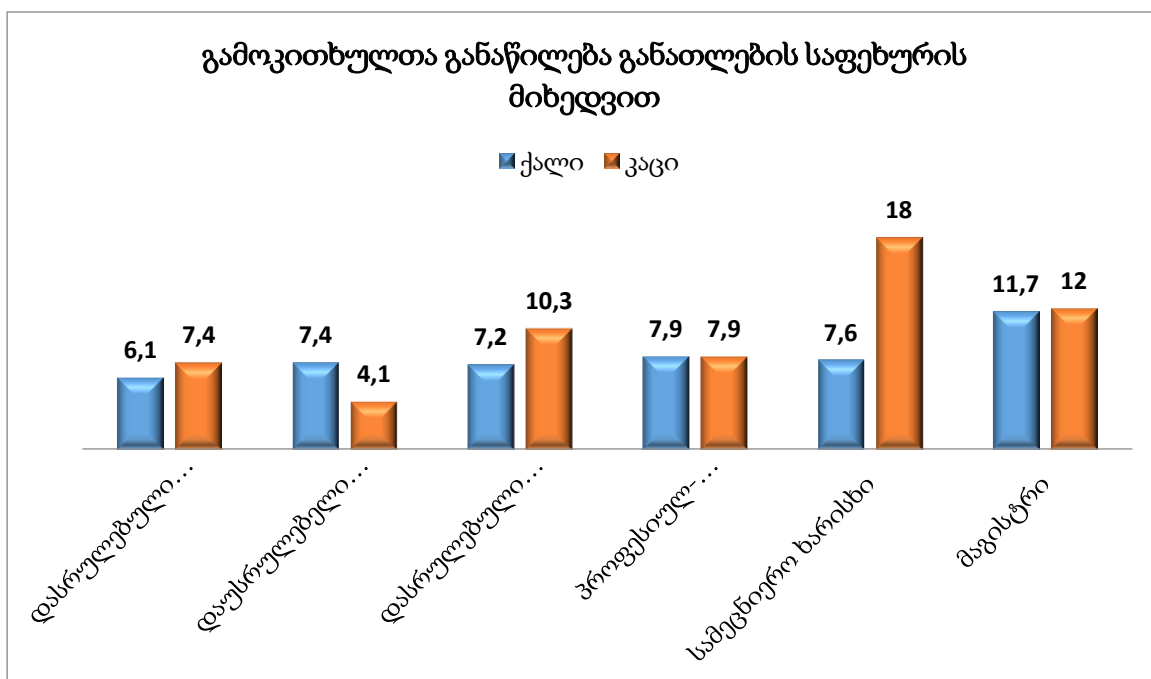
დიაგრამა 15. გამოკითხულ კაცთა განაწილება დასაქმების ტიპებისა და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.9



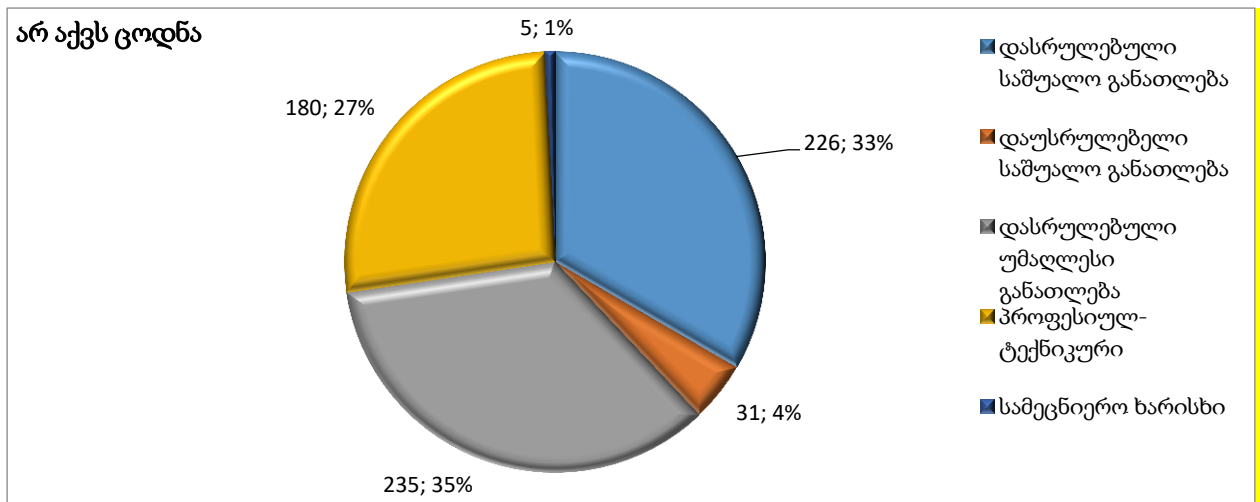
დიაგრამა 16. გამოკითხულ კაცთა განაწილება დასაქმების ტიპების და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.9



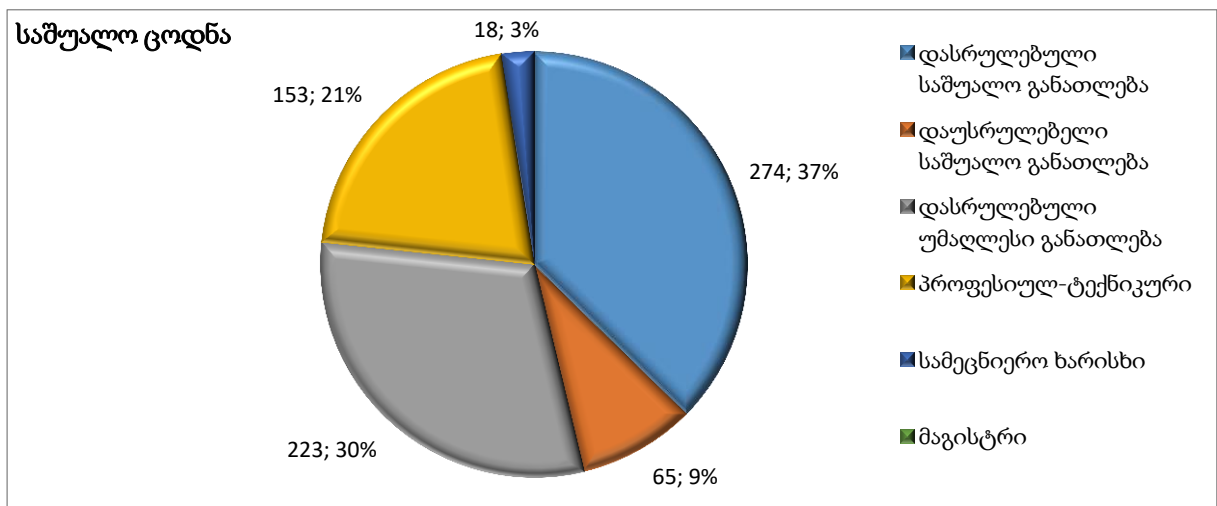
დიაგრამა 17. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები, ცხრ.10



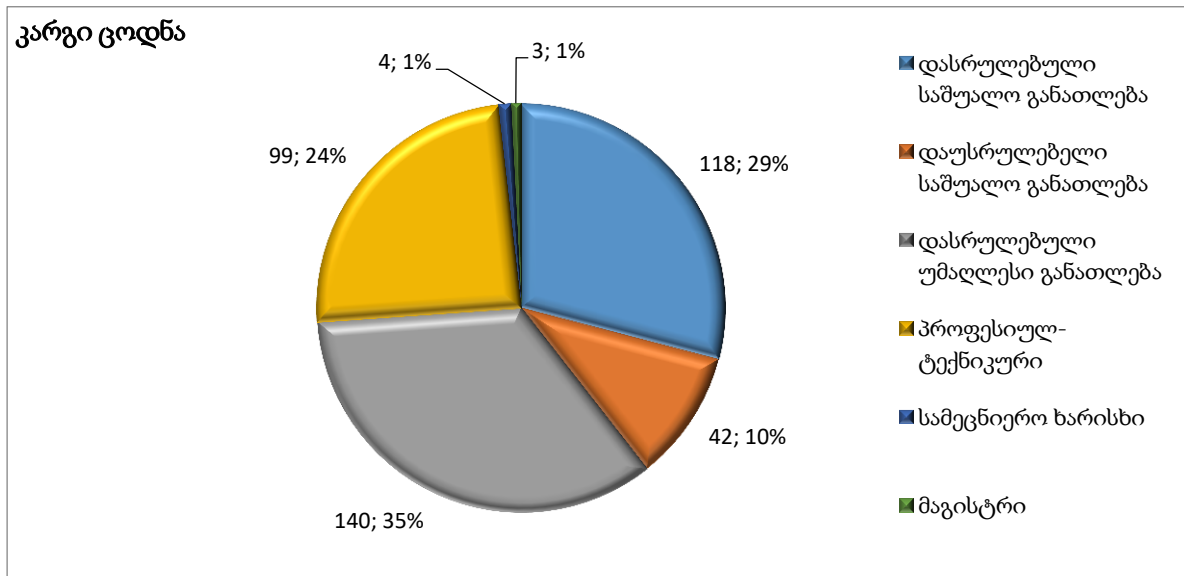
დიაგრამა 18. გამოკითხულ ქალთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით, ცხრ.11



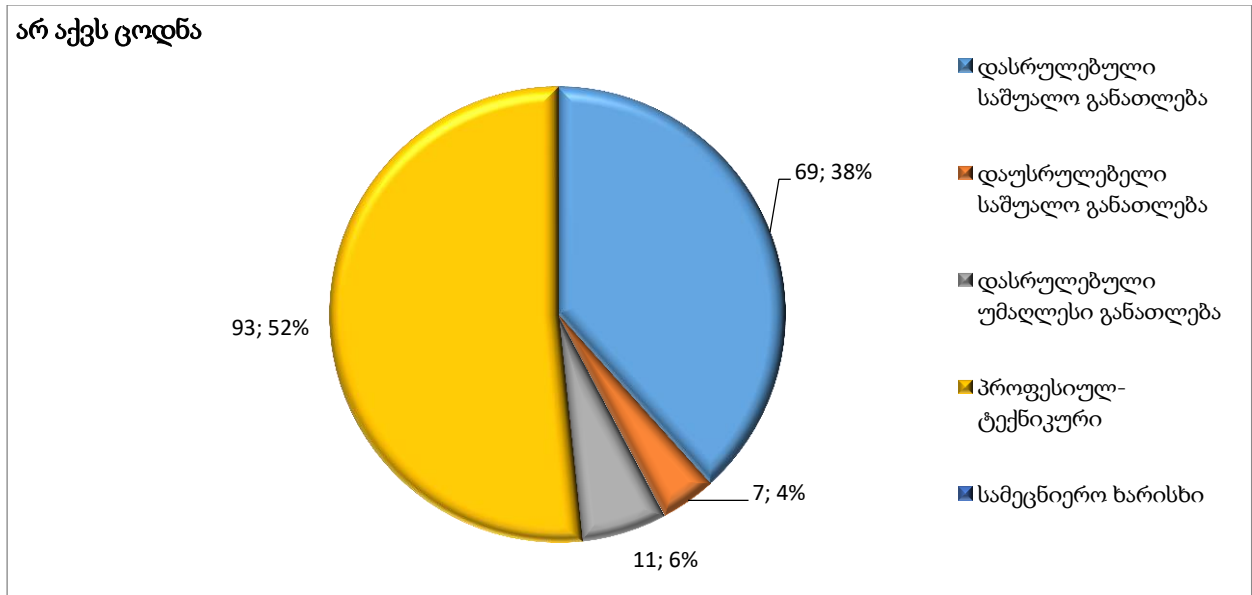
დიაგრამა 19. გამოკითხულ ქალთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით, ცხრ.11



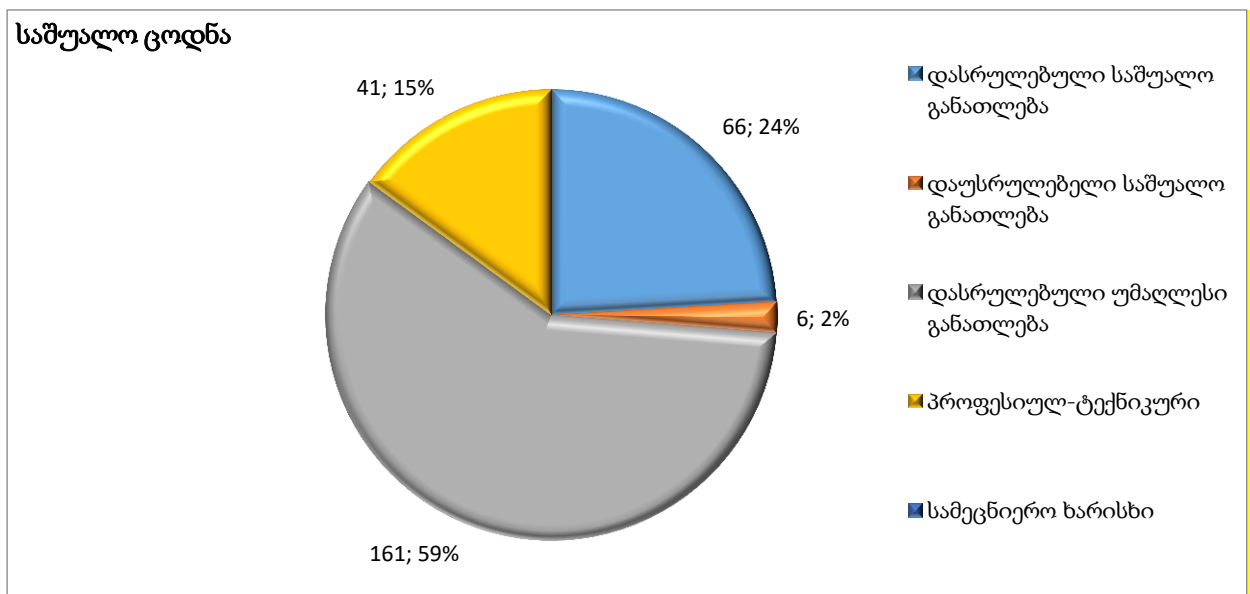
დიაგრამა 20. გამოკითხულ ქალთა განაწილება განათლების სტატუსისა და ცოდნის ხარისხის მიხედვით, ცხრ.11



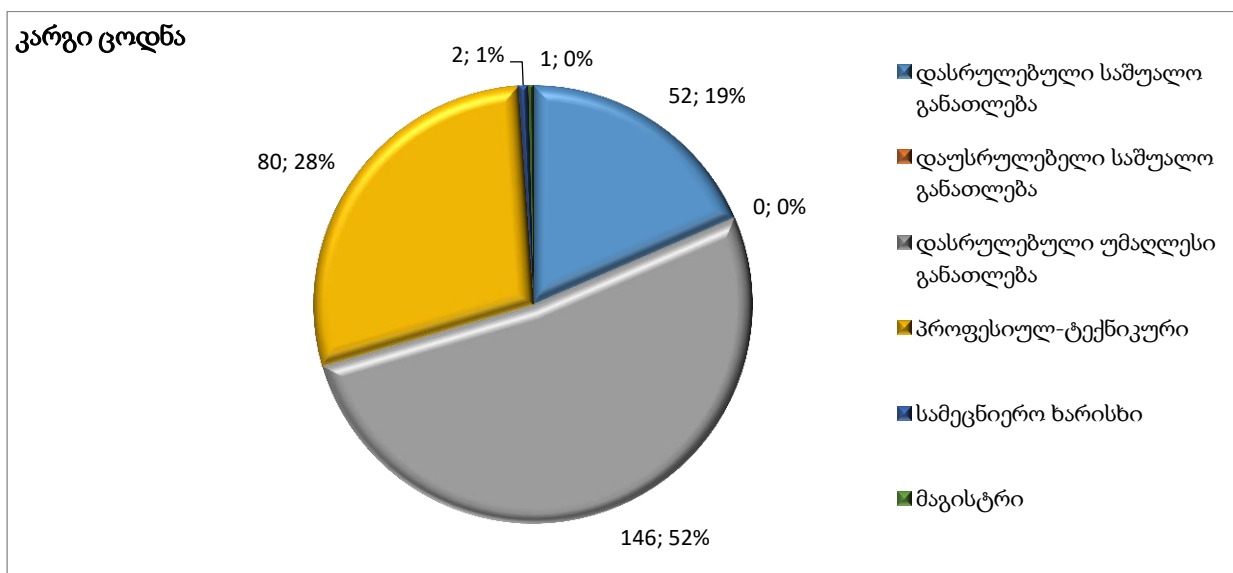
დიაგრამა 21. გამოკითხულ კაცთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით, ცხრ. 12



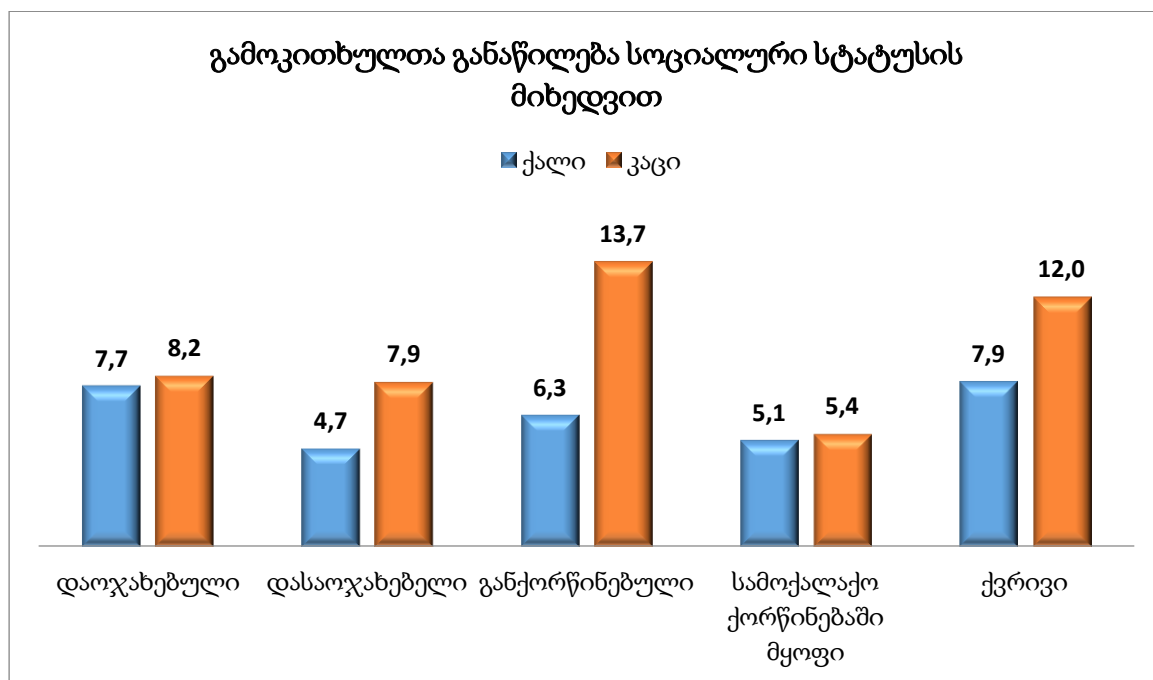
დიაგრამა 22. გამოკითხულ კაცთა განაწილება განათლების სტატუსისა და ცოდნის ხარისხის მიხედვით ცხრ, 12



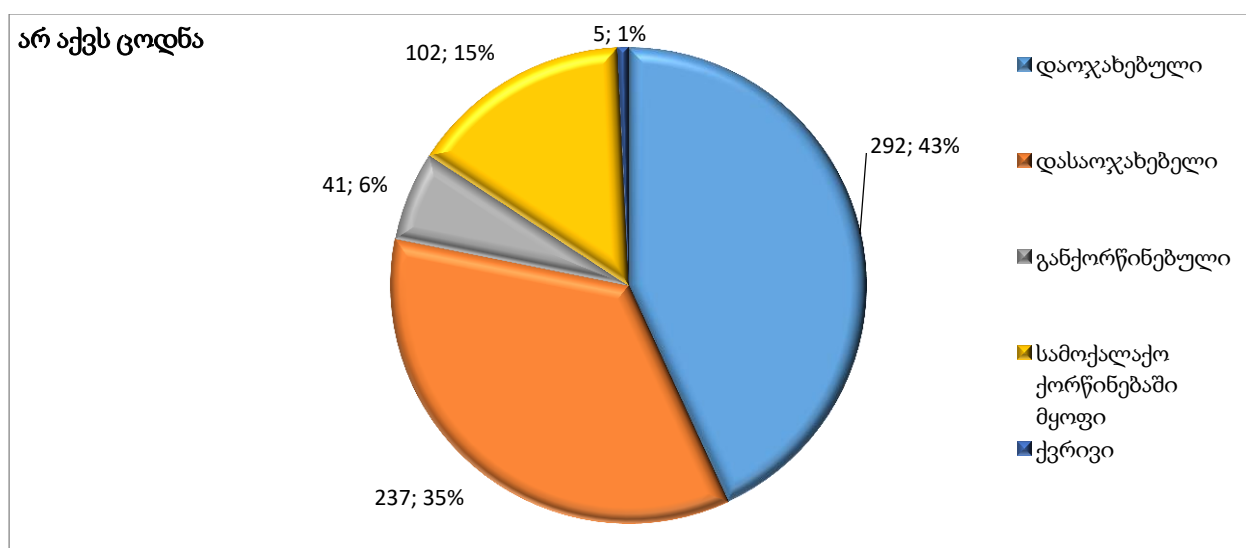
დიაგრამა 23. გამოკითხულ კაცთა განაწილება განათლების სტატუსის და ცოდნის ხარისხის მიხედვით, ცხრ. 12



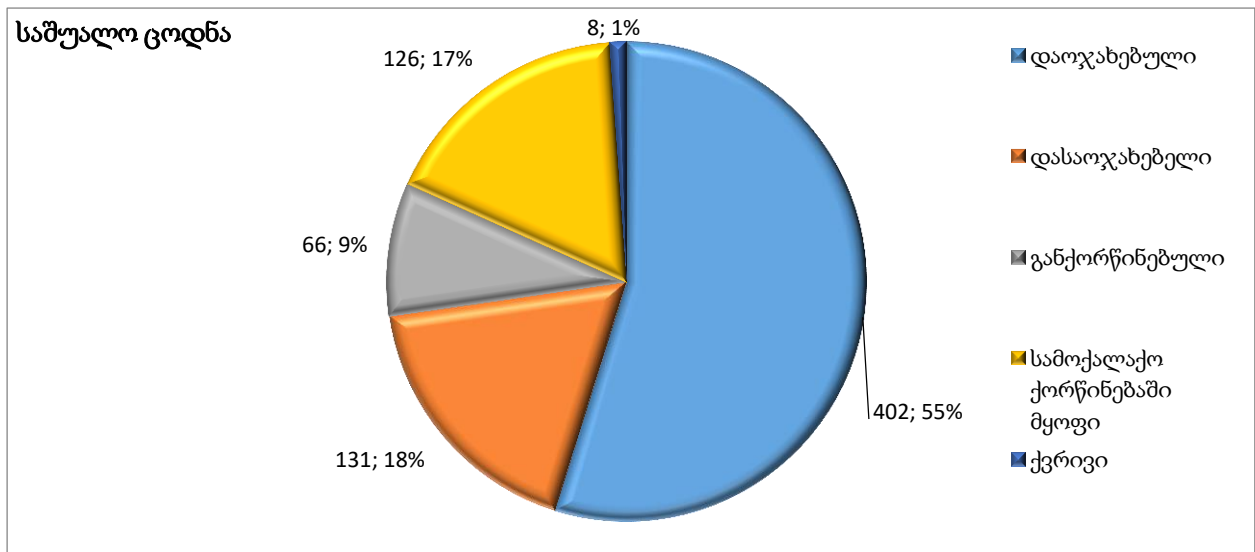
დიაგრამა 24. ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულების საშუალო მაჩვენებლებისა და სტანდარტული გადახრების მნიშვნელობები სოციალური სტატუსისა და სქესის მიხედვით, ცხრ.13



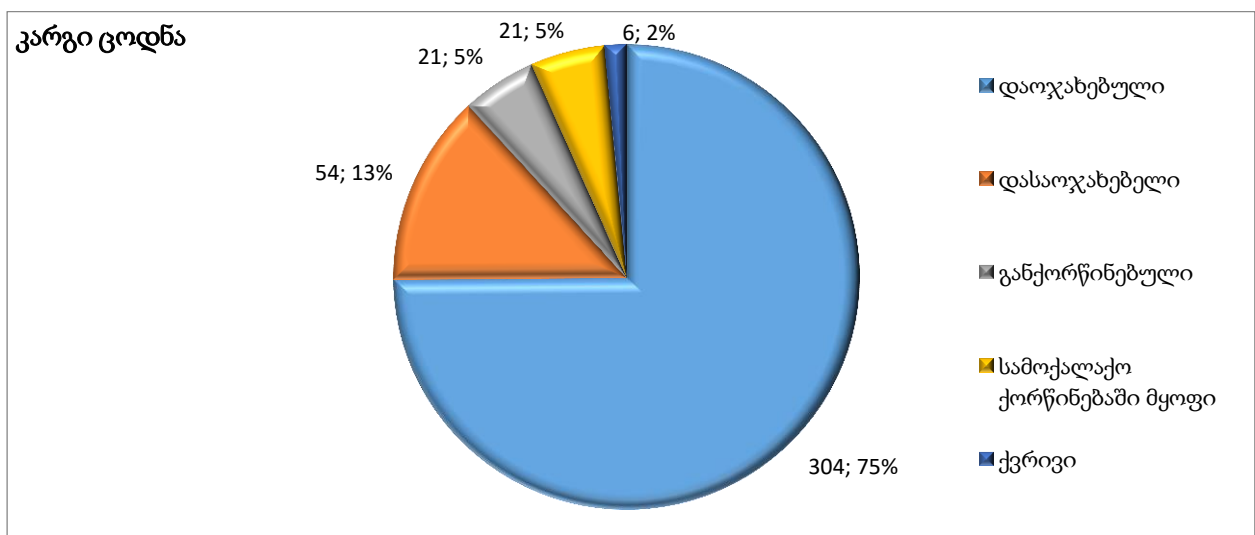
დიაგრამა 25. გამოკითხულ ქალთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.14



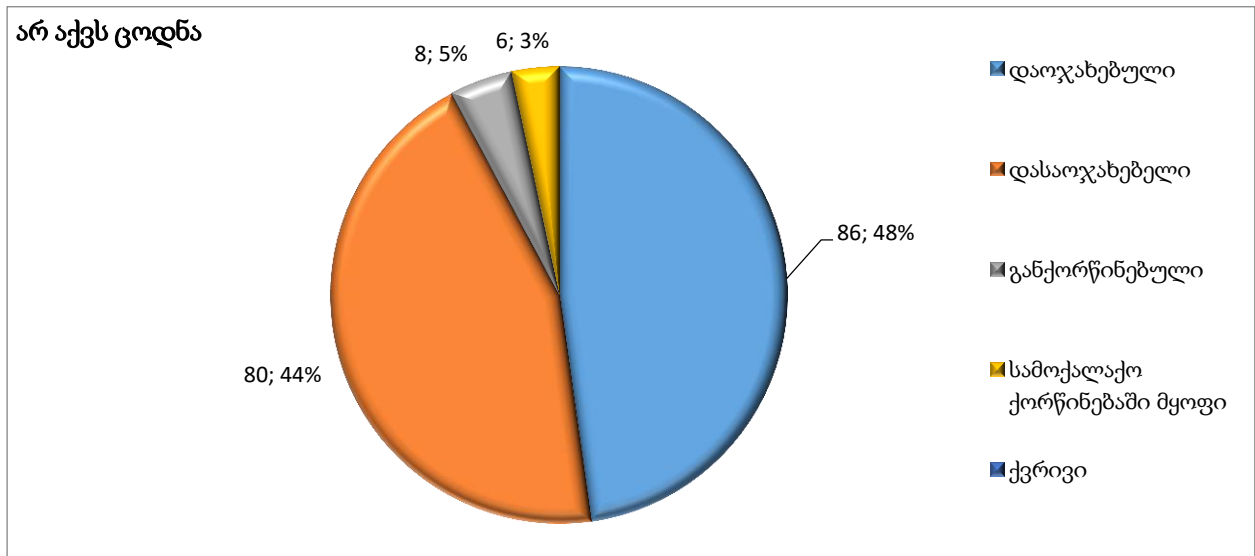
დიაგრამა 26. გამოკითხულ ქალთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.14



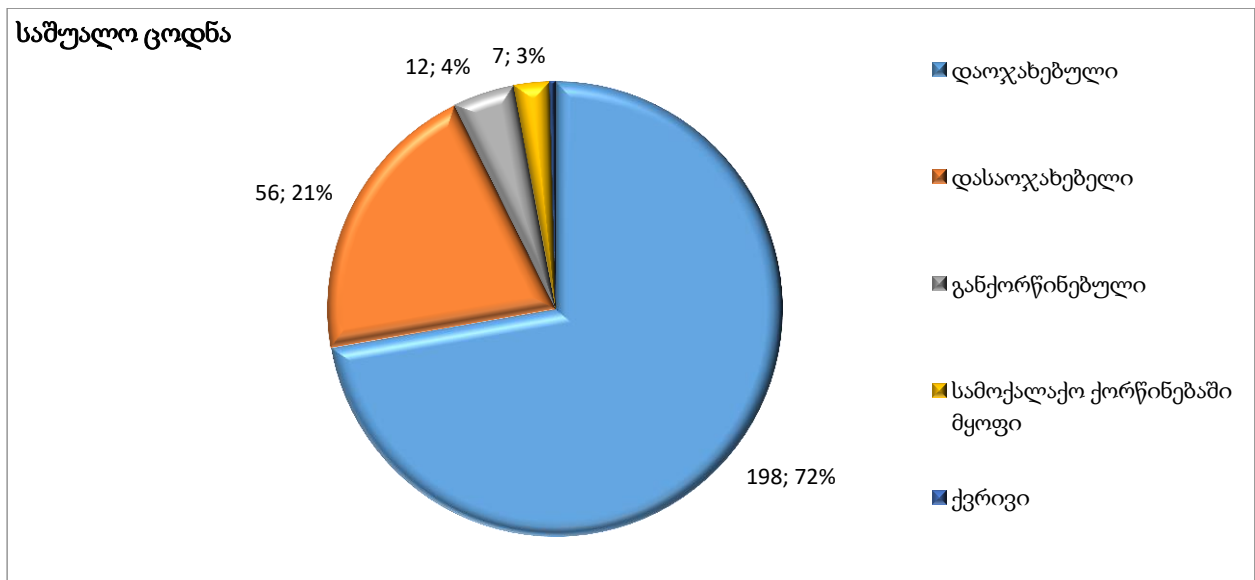
დიაგრამა 27. გამოკითხულ ქალთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.14



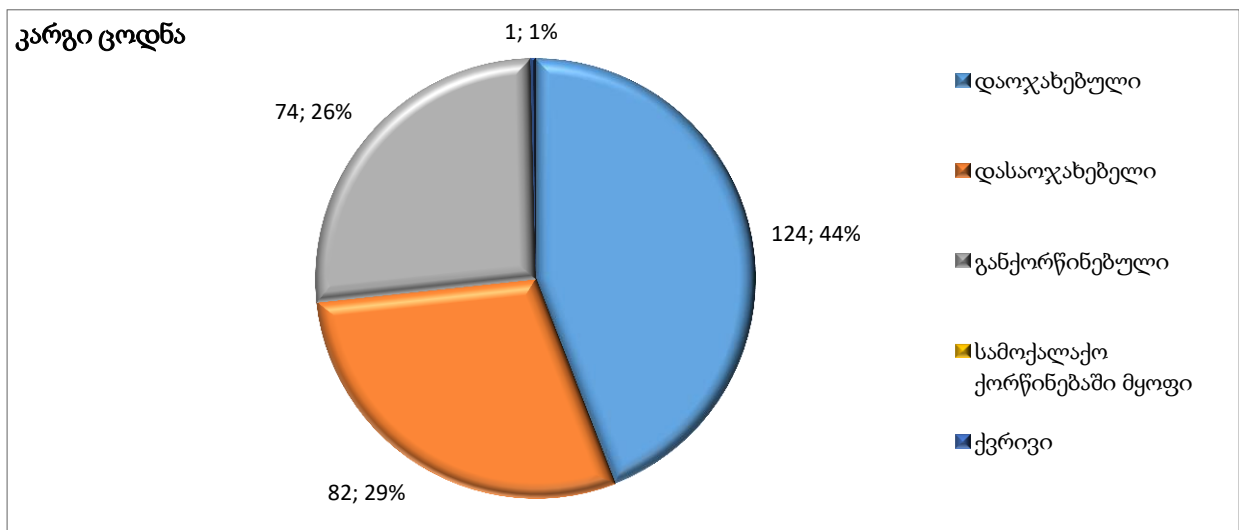
დიაგრამა 28. გამოკითხულ კაცთა განაწილება სოციალური სტატუსის და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.15



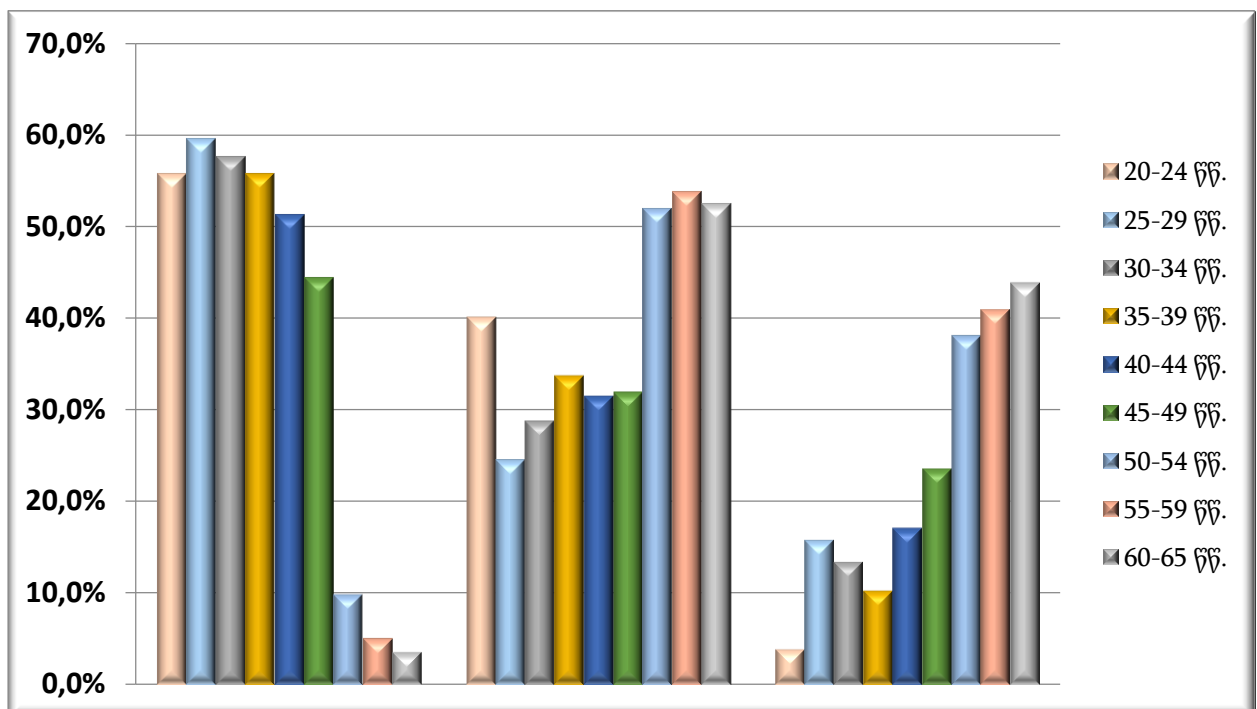
დიაგრამა 29. გამოკითხულ კაცთა განაწილება სოციალური სტატუსისა და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.15



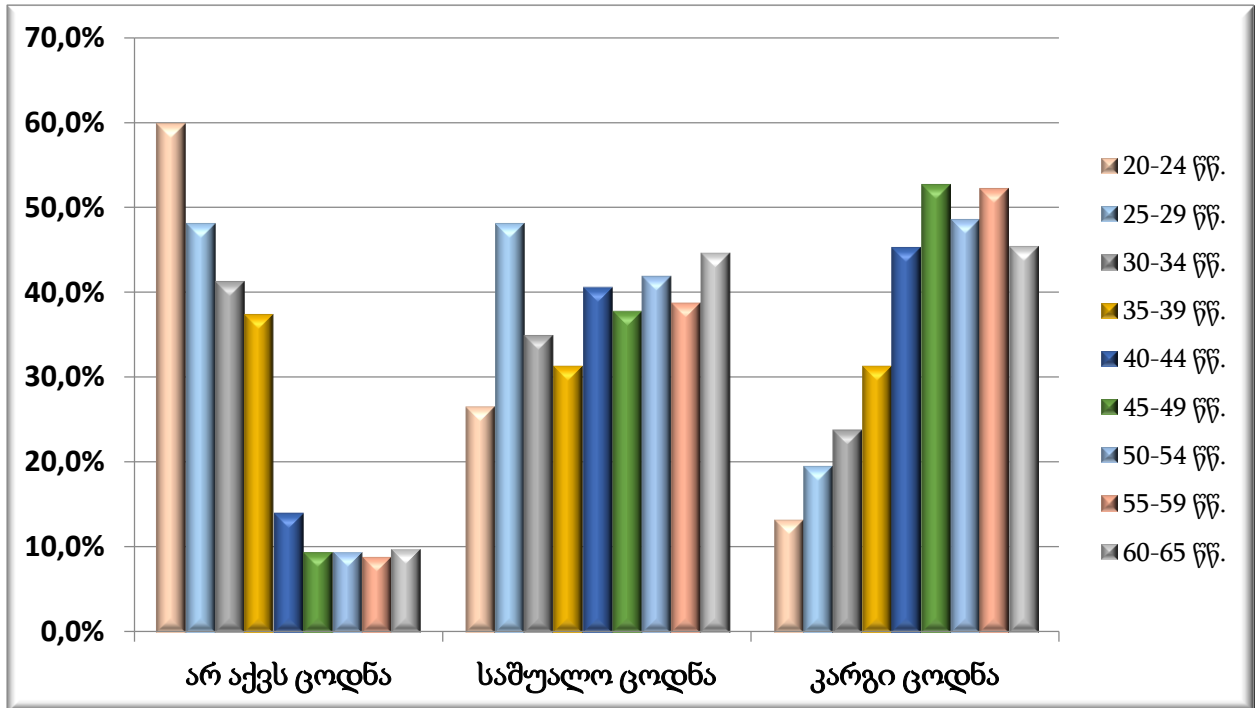
დიაგრამა 30. გამოკითხულ კაცთა განაწილება სოციალური სტატუსისა და ცოდნის დონის მიხედვით, ცხრ.15



დიაგრამა 31. გამოკითხულ ქალთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები, ცხრ. 16,17,18



დიაგრამა 32. გამოკითხულ კაცთა 5-წლიანი ინტერვალით წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფებში ცოდნის დონის განმსაზღვრელი ქულები, ცხრ. 19, 20, 21.



დანართი 7.4. გამოქვეყნებული სამეცნიერო სტატიები

1. პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმები, პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის კვლევაში /ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა/№1 2018; 37; გვ.103-106.
2. პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის შეფასება ქვემო ქართლის რეგიონის მოსახლეობაში /კვლევაში - /ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა 2018/№5; 37; გვ.20-22
3. ექიმ-სტომატოლოგთა დამოკიდებულების შესწავლა პირის ღრუს ჯანმრთელობის შესახებ პაციენტთა ინფორმირების თაობაზე. (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული, 2018, 52, გვ.82-84);
4. ქცევის ცვლილებების გავლენა პირის ღრუს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე /კვლევაში - ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა 2020 /№3; გვ.27-32;
5. Assessment of the Importance of Population Awareness about Oral Health Analysis of the Expert Opinions. International Journal of Medical Science and Health Research Vol. 4, No.06; 2020 ISSN: 2581-3366 www.ijmshr.com Page 43-48.
6. Investigation of Behavioral Changes and Their Impact on Oral Health Status in a Representative Group of Patients A. Makalatia, E. Mirvelashvili, L. Baramidze, I. Gumbaridze International Journal of Medical Science and Health Research Vol. 4, No. 06; 2020 ISSN: 2581-3366 www.ijmshr.com Page 34-40