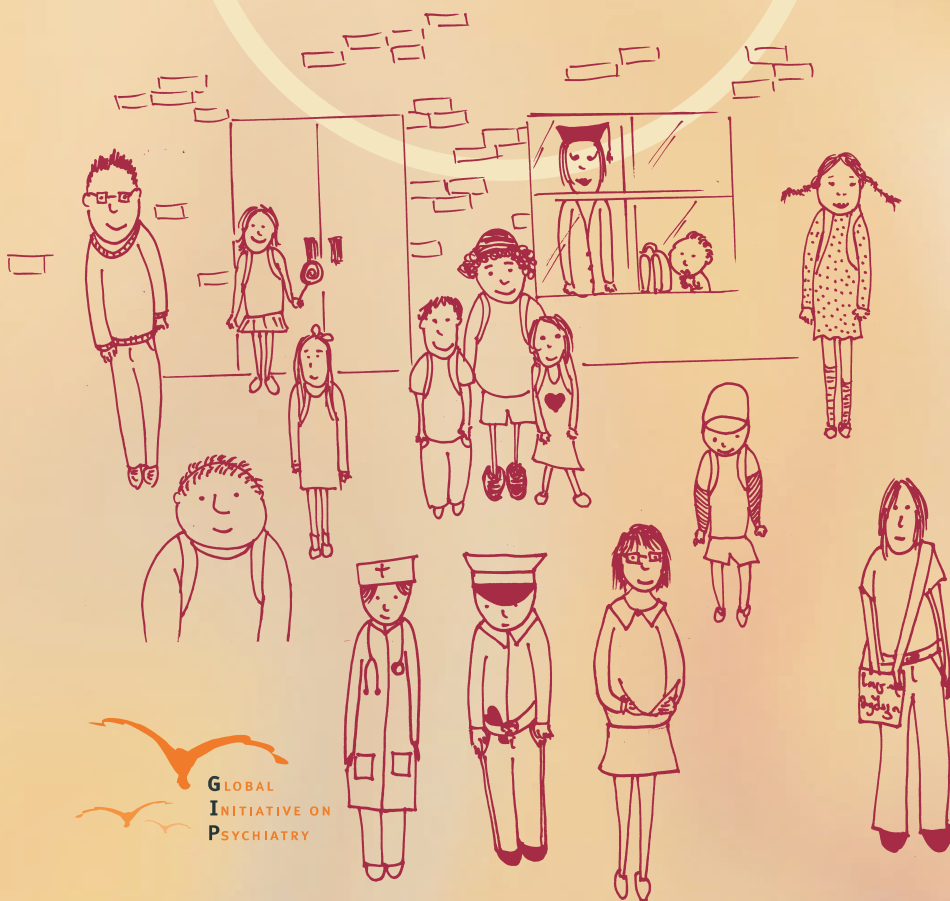


ჯანა ჯავახიშვილი

ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრევენცია



ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრევენცია

ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრების მიდგომა

„სახელმძღვანელო ადიქტოლოგებისთვის,
ფსიქოლოგებისთვის, პედაგოგებისთვის, სკოლის
ადმინისტრაციისა და პრევენციით დაინტერესებული სხვა
მომიჯნავე პროფესიების წარმომადგენლებისათვის

ნიგნში გადმოცემულია ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების პრევენციის მეთოდოლოგია, რომელიც ეყრდნობა ცხოვრების ჯანსაღი სტილის მიდგომას. მოწოდებულია საბაზო ინფორმაცია ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე; გადმოცემულია წამალდამოკიდებულების პრობლემის ახსნის ძირითადი ფილოსოფიურ-ფსიქოლოგიური პარადიგმები, დაძლევის სტრატეგიები; განხილულია წამალდამოკიდებულების პრევენციისა და ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრების მეცნიერულად დასაბუთებული მიდგომები და მეთოდები.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია იმ ადიქტოლოგებისთვის, ფსიქოლოგებისთვის, პედაგოგებისთვის, სკოლის ადმინისტრატორებისა და სხვა მომიჯნავე პროფესიების წარმომადგენლებისთვის, ვინც დაინტერესებულია წვლილი შეიტანოს ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოხმარების პრევენციის საქმეში.

სტილისტური რედაქტორი: რუსუდან ჩინჩალაძე

მხატვარი: ნატო ბაგრატიონი

დიზაინი და დაკაბადონება: გიორგი ბაგრატიონი

გამოცემულია ევროკომისიის „TEMPUS“ მექანიზმის მხარდაჭერით, პროექტის „ადამიური რესურსების, მტკიცებულებითი ბაზისა და ხარისხის სტანდარტების განვითარება საქართველოს ადიქტოლოგიაში“ ფარგლებში. 544219-TEMPUS-1-2013-1CZ-TEMPUS-SMHES (2013-4566/001-01). ევროკომისიის მიერ ამ გამოცემის დაფინანსება არ ნიშნავს მისი შინაარსის გაზიარებას, რომელიც მისი ავტორის ნააზრევია.

მესამე გამოცემა

© ჯანა ჯავახიშვილი, 2017

ISBN: 978-9941-0-9740-9

პირველი გამოცემა: თბილისი, 2009, საგამომცემლო კაპანია „საუნჯე“, ISBN: 9788-9941-0-1811-4

მეორე გამოცემა: თბილისი, 2011, გამომცემლობა „ნეკერი“, ISBN: 978 9941-416-58-3

სარჩევი

მადლობები	5
მეორე გამოცემის წინასიტყვაობა	7
პირველი გამოცემის წინასიტყვაობა	8
სახელმძღვანელოს კონცეფცია: წიგნიერება და მართვა, როგორც პრევენციის საბაზო პრინციპები	10
ნაწილი პირველი: წიგნიერება ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების საკითხში	19
1. თავი პირველი. ფსიქოაქტიური საშუალებები	20
1.1. ფსიქოაქტიური საშუალებები და მათი მოხმარების სახეები	20
1.2. სხვადასხვა ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები	28
1.2.1. ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებები	28
1.2.2. არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებები	35
1.2.3. არაქიმიური დამოკიდებულების ფორმები	47
2. თავი მეორე. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემის ახსნა	49
2. 1. ახსნითი ფილოსოფიურ-ფსიქოლოგიური პარადიგმები ..	49
2.2. ახსნითი ფსიქოლოგიური ფაქტორები	57
3. თავი მესამე. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემის აღწერა	68
3.1. ნამალდამოკიდებულების დონეების აღწერა	68
3.2. სხვადასხვა დონეზე მოქმედი რისკისა და დამცავი ფაქტორები	70
3.2.1. ბიოლოგიური კაპიტალი ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ	71
3.2.2. ფსიქოლოგიური კაპიტალი ფსიქოლოგიური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ	74
3.2.3. სოციალური კაპიტალი სოციალური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ	81

3.2.4. სულიერების კაპიტალი სულიერებაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ	100
3.2.5. პოლიტიკური კაპიტალი პოლიტიკური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ	103
4. თავი მეოთხე. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრობლემის დაძლევის სტრატეგიები ..	105
4.1. მოწოდება და მოთხოვნა – პრობლემის ორი საკვანძო ასპექტი	105
4.2. მოწოდებისა და მოთხოვნის შემცირების სტრატეგიები	109
ნაწილი მეორე: ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოსმარების პრევენციის მართვა საჯარო სკოლაში	115
5. თავი მეხუთე. პრევენცია, პრევენციის სამიზნეები და ამოცანები	116
5.1. პრევენციის რაობა და სახეები	116
5.2. საჯარო სკოლაში პრევენციული მუშაობის სამიზნეები და ამოცანები	120
6. თავი მეექვსე. საჯარო სკოლის პოლიტიკა ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრევენციის დარგში ...	139
6.1. სკოლის პოლიტიკის მნიშვნელობა	139
6.2. სკოლის პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავების პრინციპები და პროცესი	141
6.3. სკოლის პოლიტიკის კომპონენტები	146
7. თავი მეშვიდე. მუშაობა ბავშვებსა და მოზარდებთან	157
7.1. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარების მიდგომა	158
7.2. როგორ ვესაუბროთ ბავშვებს/მოზარდებს ავადმოსმარების პრობლემაზე	161
7.3. პანაცეის ძიება და სტიგმატიზაცია: მცდარი მიდგომები პრევენციის საქმეში	164
7.4. შემთხვევა პრაქტიკიდან	169
ბოლოსიტყვა	183
ლიტერატურა	184

მადლობა

მინდა მადლობა გადაუხადო ყველა იმ ადამიანს და ორგანიზაციას, ვინც ამ წიგნის მომზადებისა და გამოცემის საქმეში დამეხმარა:

ევროკომისიასა და მის TEMPUS-ის მექანიზმს პროექტის “ადამიანური რესურსების, მტკიცებულებათა ბაზისა და ხარისხის სტანდარტების განვითარება საქართველოს ადიქტოლოგიაში” დაფინანსებისთვის, რომლის ფარგლებშიც შესაძლებელი გახდა მოცემული წიგნის მესამედ გამოცემა;

პროექტის თანაავტორებსა და პარტნიორებს - ჩარლზის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის ადიქტოლოგიური დეპარტამენტის გუნდს ტომას ზაბრანსკის ხელმძღვანელობით, ჰამბურგის უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიურ ცენტრს მარკუს მარტენის ლიდერობით, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში ადიქტოლოგიის სამაგისტრო პროგრამისა და ადიქტოლოგიის ინსტიტუტის თანადამფუძნებელ კოლეგებს - დათო ოთიაშვილს, ირმა კირთაძეს, ნინო ჯავახიშვილსა და ნინო ჟვანიას;

ქართველი ადიქტოლოგების პირველ თაობას - ნინო ბალანჩივაძეს, სოფო ბერიძეს, ნინო დუჩიძეს, დათო ვადაჭკორიას, ნიკა კაპანაძეს, მარიამ რაზმაძეს, ზურა სიხარულაძეს, თიკო ცომაიას, ნათია ხარატს, და სხვებს - კოლეგიალური მხარდაჭერისათვის;

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრსა და მოზარდთა ESPAD გამოკითხვის მთავარ ავტორს - ლელა სტურუას, ნაყოფიერი თანამშრომლობისათვის;

სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში, 2005-2006 წლებში მოქმედ პრევენციის მუშა ჯგუფის წევრებს - თამარ სირბილაძეს, მაია ჯავახიშვილს, ეკა კავთიაშვილს, ხათუნა თოღაძეს, ირმა მიქაძეს, მანანა ბერუჩაშვილს, ნინო კანდელაკს, თამარ მეიფარიანს, ნონა დოხნაძეს, მოცემული წიგნის ნიადაგის შემზადებისათვის ბრწყინვალე სახელმძღვანელოს, „ნარკომანიის პირველადი პრევენცია საჯარო სკოლაში“, შექმნით;

მხატვარ-დიზაინერს - გიორგი ბაგრატიონსა და სტილისტურ რედაქტორს - რუსუდან ჩინჩალაძეს, მოცემული წიგნის მომზადებაში გაწეული ერთგული თანამშრომლობისათვის;

მხატვარს ნატო ბაგრატიონს, უანგაროდ წიგნის მხატვრული გაფორმებისათვის;

ჩემს მოსწავლეებსა და კოლეგებს ნარკომანიის პრევენციაში – ქეთი ხინთიბიძეს, ირმა მიქაძეს, ოთო ტაბატაძეს, ირინა იაკობაშვილს, ქეთი მოსაშვილს, სოფო მოსიას, 2003-2005 წლებში ჩემი ხელმძღვანელობით განხორციელებული პირველი პრევენციული პროექტის ფარგლებში თანამშროლობისათვის;

ადიქტოლოგიის სამიაგისტრო პროგრამის სტუდენტებს – შთაგონებისთვის;

ჩემს მასწავლებლებს: ნარკოლოგიაში – გელა ლეჟავას, ფსიქოლოგიაში – ნოდარ სარჯველაძესა და დალი ფარჯანაძეს, განეული ამაგისათვის;

დაბოლოს, დედაჩემს, ექიმ გულიკო კანდელაკს, რომელმაც, ჯერ კიდევ გასული საუკუნის ოთხმოციანი წლების დასაწყისში, პროფესორ ვახტანგ ალადაშვილთან ერთად, დაწერა წიგნი – „რა ზიანი მოაქვს თამბაქოს წევას“, რამაც ადიქტოლოგიის სფეროზე ჩემი პროფესიული არჩევანის შეჩერებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა.

მესამე გამოცემის წინასიტყვაობა

საქართველოში ფსიქოაქტიური საშუალებების მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნას 2002 წლიდან ვცდილობთ. თუმცა დღესდღეობით დიდი წარმატებით ვერ დავიკვებებით. ჯერ კიდევ ძლიერია საბჭოთა ინერცია, რომელიც პრევენციად, შეცდომით, დასჯაზე ორიენტირებული ნარკოკანონმდებლობისა და რეპრესიული ნარკოპოლიტიკის ცხოვრებაში გატარებას მიიჩნევს. ამავე დროს, როგორც ჩვენში, ასევე დასავლეთის ქვეყნებში დაგროვდა უაღრესად მნიშვნელოვანი გამოცდილება, რომელიც გვიჩვენებს, რომ პრევენცია ზრუნვასა და განათლებაზე უნდა იყოს დაფუძნებული; რომ აქ “პირველი ვიოლინოს” როლი არა სამართალდამცავმა უწყებებმა, არამედ განათლების სისტემამ უნდა შეასრულოს, და რომ უნივერსალური პრევენცია სკოლის კურიკულუმის ნაწილი უნდა იყოს. იმედი მაქვს, რომ წიგნი მკითხველს ამ მიმართულებით შთააგონებს.

მეორე გამოცემის წინასიტყვაობა

მოცემული წიგნი **პრევენციის მრავალფაქტორულ მოდელს ეყრდნობა**. ნარკომანია მრავალგანზომილებიანი პრობლემაა და მის სამართავად ერთ რომელიმე ცალკე აღებულ დონეზე მუშაობა არ არის საკმარისი.

ამავე დროს, მნიშვნელოვანია პრობლემის მრავალფაქტორულობის გაცნობიერებამ მის წინაშე უძღურებისა და პასიურობის სინდრომს არ შეუწყოს ხელი.

რაგინდ გლობალური არ უნდა იყოს ნარკომანიის პრობლემა, მისი დაძლევა თითოეული ჩვენგანიდან იწყება: ჩვენი საკუთარი გულისხმიერებიდან – გულგრილობის საპირისპიროდ, ფასეულობებიდან – ნიჰილიზმის საპირისპიროდ, ცვლილების ინიცირების კეთილი ნებიდან – პასიური შემგუებლობისა და უმოქმედობის საპირისპიროდ, მიზანმიმართული და მიზანშეწონილი ცვლილებების განსახორციელებლად პრობლემაზე წიგნიერების ამალგებიდან – ვარაუდებისა და მითების ტყვეობაში ყოფნის საპირისპიროდ.

მნიშვნელოვანია, ცვლილებები დავიწყოთ საკუთარი თავიდან და ჩვენს გარშემო არსებული სოციალური სინამდვილიდან – იქნება ეს ჩვენი ოჯახი, სამეგობრო წრე, სკოლა რომელშიც ვსწავლობთ თუ ვასწავლით, სამეზობლო თემი, რაიონი, ქალაქი თუ სოფელი სადაც ვცხოვრობთ და ა.შ. ამიტომ, შეუძლებელია თვითმმართველობის როლის გადაფასება ნარკომანიის პრობლემასთან გამკლავების საქმეში.

მოცემული წიგნი სწორედ სკოლის კონტექსტში განსახორციელებელ, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომას გთავაზობთ.

პირველი გამოცემის წინასიტყვაობა

მოცემული სახელმძღვანელო მოწოდებულია დაეხმაროს ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ატმოსფეროს შექმნაში საჯარო სკოლის ყველა იმ დაინტერესებულ სუბიექტს, ვისაც სასკოლო გარემოზე გავლენის მოხდენის პოტენციალი და კეთილი ნება გააჩნია. ეს, ერთი მხრივ, არის სკოლის მმართველი წრე: დირექტორი, სასწავლო ნაწილები, ზოგადად ადმინისტრაცია, სამეთვალყურეო საბჭო (რომელთა შემადგენლობაშიც, პედაგოგების გარდა, შედიან მშობლები და უფროსკლასელი მოსწავლეები). მეორე მხრივ, წიგნი განკუთვნილია სკოლის ფსიქოლოგებისა და პედაგოგებისთვის, როგორც ამჟამად მოქმედი, ასევე მომავალი პროფესიონალებისათვის (აქ შესაბამისი უმაღლესი დაწესებულებებისა და ფაკულტეტების სტუდენტები იგულისხმება). სახელმძღვანელო მათ, პროფესიის ათვისების პროცესში, მისცემს საშუალებას თავიდანვე გაიაზრონ სასკოლო გარემოში ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრებისა და ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის პრიციპები და მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები.

ჩვენში ცხოვრების ჯანსაღ სტილსა თუ ნარკომანიაზე მსჯელობისას, ჩვეულებრივ, ეყრდნობიან საზოგადოებრივ წარმოდგენებს ამ საკითხების თაობაზე. არადა, საზოგადოებრივი წარმოდგენები ხშირად ვერ ასახავს საქმის რეალურ ვითარებას, ასე ვთქვათ, *მითოლოგიზებულია*. მაგალითად, ხშირად გაიგონებთ მოსაზრებას, რომ, „ნარკოტიკების მოხმარება მძიმე პრობლემაა, სიგარეტის მოხმარება კი არა“ – რაც უდავოდ, მცდარია და ნარკოტიკების პრობლემის პრევენციისათვის თუ საზოგადოებაში ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრებისათვის მნიშვნელოვან დაბრკოლებებს ქმნის. ანდა, ჯერ კიდევ ხშირად გავიგონებთ, რომ „ნარკოტიკების ლეგალიზაცია ნარკოტიკების პრობლემის გადაჭრის ეფექტური გზაა“; ამ დროს, ლეგალური ნარკოტიკული საშუალებებით (ისევე და ისევე, თამბაქო და ალკოჰოლი) ინდივიდისათვის,

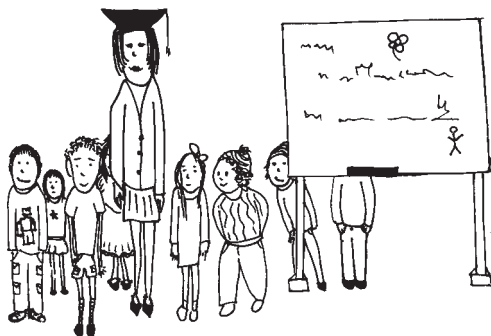
საზოგადოებისა თუ სახელმწიფოსათვის მიყენებული ზარალის მასშტაბი, მოხმარების მასობრივი ხასიათის გამო, აღემატება არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებებით მიყენებულ ანალოგიურ ზარალს. ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების თაობაზე მრავალი სხვა მითის მოყვანა შეგვიძლია, მაგრამ ამაზე აქ აღარ შევჩერდებით.

გამომდინარე ზემოთქმულიდან, სახელმძღვანელო ეყრდნობა კონცეფციას, რომლის ქვაკუთხედსაც წარმოადგენს თანამედროვეობის ორი წამყვანი პრინციპი: **ნიგნიერება და მართვა**. ნიგნიერება გულისხმობს მინიმალური ცოდნის აუცილებლობას კონკრეტულ სფეროში. ეს ადამიანს მცდარი საზოგადოებრივი, ოჯახური თუ ინდივიდუალური წარმოდგენების/მითების ტყვეობისაგან დააზღვევს. მართვა გულისხმობს ამ მინიმალური ცოდნის ცხოვრებაში გასატარებლად შესაბამისი უნარ-ჩვევების ფლობა-გამოყენებას, რათა ცოდნა არ დარჩეს პასივში და პრაქტიკაში ამოქმედდეს.

ამდენად, ჩვენი ნიგნის პათოსი შემდეგია: იმისათვის, რომ ცხოვრების ჯანსაღი სტილი დანერგო, როგორც საკუთარ ცხოვრებაში, ასევე შენ გარშემო არსებულ სოციალურ სინამდვილეში (იმიტომ, რომ ეს ორი ერთმანეთისაგან იზოლირებულად ვერ ხდება და არც ხდება) და, შესაბამისად, ნარკოტიკების ავადმოხმარების პრობლემა თავიდან აიცილო, არ არის აუცილებელი ამ საქმის პროფესორი ან აკადემიკოსი იყო. ამავე დროს, გარკვეული ელემენტარული ცოდნა საკითხისა – **ნიგნიერება** ამ სფეროში – **აუცილებელია**; ამის გარეშე დიდია ალბათობა იმისა, რომ საკუთარი თუ სხვისი მითების გავლენის ქვეშ აღმოჩნდე და პრევენციის მცდელობისას, დაარღვიო პრინციპი – **არ ავნო**. ამავე დროს, ნიგნიერება ამ საკითხში აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი პირობაა. საჭიროა, აგრეთვე, **მართვა**: ანუ, გქონდეს საიმისო უნარ-ჩვევები, რათა ცხოვრებაში ამ ცოდნის შესაბამისად იმოქმედო, მართო საკუთარი ცხოვრება და გავლენა მოახდინო გარშემომყოფ სინამდვილეზე.

სახელმძვანალოს კონცეფცია: ნიგნიერება, მართვა და ფასეულობითი აღზრდა, როგორც პრევენციის საბაზო პრინციპები

თუ გასული საუკუნის დასაწყისში ნიგნიერება, როგორც ცნება, ძირითადად, წერა-კითხვის ცოდნას უკავშირდებოდა, დღეისათვის მას ბევრად უფრო ფართო გაგება და შესაბამისად, გამოყენება გააჩ-



ნია. იმისათვის, რომ თანამედროვეობაში ადამიანმა ეფექტურად იფუნქციონიროს, მას, წერა-კითხვის გარდა, მთელ რიგ საკითხებში ესაჭიროება ნიგნიერება: იგი უნდა იყოს „ენობრივად ნიგნიერი“ – მშობლიური ენის სრულფასოვან ცოდნასთან ერთად, იცოდეს ერთი ან მეტი უცხო ენა; უნდა იყოს „კომპიუტერულად ნიგნიერი“ – ფლობდეს კომპიუტერისა და გლობალური ქსელის გამოყენების ელემენტარულ ცოდნას; ადამიანი უნდა იყოს „მოქალაქეობრივად ნიგნიერი“ – იცნობდეს სამოქალაქო ფასეულობებს (მონაწილეობა, გენდერული თანასწორობა, ადამიანის უფლებები, გამჭვირვალობა და ა.შ.); იცნობდეს ადამიანის უფლებების დეკლარაციას და ამის საფუძველზე, გაუფრთხილდეს როგორც საკუთარ, ასევე გარშემომყოფ ადამიანთა უფლებებს; იცოდეს, თუ რა არის ძალადობა, რათა მოახდინოს ძალადობრივი ქმედებების სახელდება, რაც მას ძალადობის გამკლავებასა და პრევენციაში დაეხმარება (პრობლემის სახელდება ხომ მასთან გამკლავების პირველი ნაბიჯია) და ა.შ.

ზემოთქმულთან დაკავშირებით, შეგვიძლია მოვიყვანოთ ეპიზოდი ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ პენიტენციურ სისტემაში მუშაობიდან: ორგანიზაციის

წარმომადგენელთა ამოცანა იყო თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში წამების პრევენცია; როდესაც ისინი პირველად გაესაუბრნენ ციხის მომსახურე პერსონალს და ჰკითხეს – აქვს თუ არა ადგილი პატიმართა წამების ფაქტებს, მათ პასუხად „არა“ მიიღეს; რამდენადაც პატიმრების მხრიდან საწინააღმდეგო ინფორმაცია არსებობდა, მათ გადანყვიტეს სხვა სიტყვებში „შეეფუთათ“ შეკითხვა და ჰკითხეს პერსონალს – ზოგჯერ პატიმრებს ხომ არ „ურტყამთ“... დარტყმით როგორ არა, ვცემთ, მაგრამ ეს ხომ წამება არ არისო... – აი, ამგვარი პასუხი მიიღეს. ეს საკმარისად ჭკუის სასწავლებელი მაგალითია: სანამ პერსონალმა არ გაიაზრა, რომ ცემაც წამებაა, მანამ, რასაკვირველია, ის არც დაფიქრდა ამ ქცევითი სტერეოტიპის შეცვლის აუცილებლობაზე. „მწამებლის“ როლი და სახელი, რბილად რომ ვთქვათ, სახარბიელო არ არის. აქ ქცევის სახელდება უკვე გამოდის მისი შეცვლის ერთ-ერთი სტიმულის როლში. თუმცა, ქცევის შეცვლას, სახელდების გარდა, კიდევ სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორები ესაჭიროება, რასაც ქვემოთ განვიხილავთ.

მეორე ამგვარი მაგალითის მოყვანა შესაძლოა უკვე მასწავლებელი-მოსწავლისა თუ მშობელი-შვილის ურთიერთობებიდან: მასწავლებელმა ან მშობელმა, ან, თუ გნებავთ, ბავშვმა, რომ იცოდეს, რომ მაშინ, როდესაც მშობელი თუ პედაგოგი ბავშვს ფიზიკურად ეხება (არტყამს) – ეს **ძალადობაა**, ის შეეცდებოდა აღარ მიემართა ამგვარი „აღმზრდელობითი ღონისძიებისათვის“. არადა, ცოდვა გამხელილი სჯობს და, დღეისათვის, საქართველოში, განსაკუთრებით ქვეყნის რეგიონებში, ეს საკმაოდ გავრცელებული ქცევითი სტერეოტიპია.

ამიტომ, ამა თუ იმ პრობლემაზე მუშაობისას, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მისი ელემენტარული ცოდნა, რათა მოვახდინოთ შესაბამისი პრობლემის სწორი სახელდება. აი, მაგალითად, მნიშვნელოვანია, რომ პედაგოგმა, რომელიც სკოლაში მოსწავლეების თვალწინ სიგარეტს ეწევა, იცოდეს,

რომ იგი მოსწავლისათვის **ლეგალური ნარკოტიკული საშუალების ავადმოსმარების** ცოცხალი მაგალითია; და რომ მისი მხრიდან, ზოგადად ნარკოტიკების ავადმოსმარებაზე საუბარი, შესაძლოა, მოსწავლის მიერ აღქმულ იქნას, როგორც ორმაგი სტანდარტი. ნარკომანიის პრობლემაზე წიგნიერება, მეორე მხრივ, გულისხმობს ვიცნობდეთ ამ პრობლემის გადაჭრის ეფექტურ სტრატეგიებს, რათა მცდარს თუ არაეფექტურს თავი ავარიდოთ. მაგრამ სტრატეგიების ცხოვრებაში გატარებას არა მარტო ცოდნა, არამედ მართვაც ესაჭიროება.

დღეისათვის საქართველოში სიტყვა „მენეჯერი“, ალბათ, ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარულია. საზოგადოების მხრიდან პრესტიჟულად აღიქმება მენეჯერის პროფესია; იგი, ხშირად, „დირექტორისა“ თუ „უფროსის“ სინონიმად იხმარება, რაც, პრინციპში, შეესაბამება სინამდვილეს. სიტყვა „მენეჯმენტის“ პირდაპირი თარგმანი კი, სწორედაც, რომ ჩვენი „მართვაა“.

თუ ძველად სიტყვა „მართვას“, ძირითადად, პროფესიული საქმიანობის სფეროში იყენებდნენ, თანამედროვე სოციალურ მეცნიერებასა და პრაქტიკაში მან ბევრად უფრო ფართო გაგება და გამოყენება ჰპოვა. დღეისათვის ჩვენ ვსაუბრობთ არა მარტო ორგანიზაციულ მართვაზე, არამედ, პრობლემათა, კონფლიქტის, კომუნიკაციის, სოციალურ ცვლილებათა, აგრესიის, საკუთარი ცხოვრების მართვაზე და ა.შ. ანუ, მართვა ფართო გაგებით პრობლემებთან გამკლავებაში პროაქტიური პოზიციის დაკავებას, პრობლემის მოგვარებაზე ორიენტაციასა და შესაბამისი უნარ-ჩვევების გამოყენებით, სიტუაციის გაუმჯობესებაზე მუშაობას გულისხმობს.

წიგნიერება ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ნარკოტიკების საკითხში, სკოლის ადმინისტრაციასა და პედაგოგიკტივს, ერთი მხრივ, დაანახევებს შესაბამისი შიდა-სასკოლო პოლიტიკის შემუშავების აუცილებლობას; მეორე მხრივ, აღჭურვავს ცოდნით, თუ როგორ გააკეთონ ეს. მას მერე, რაც სკოლა უკვე

შეიმუშავებს პოლიტიკას, აუცილებელია მისი მართვა, რათა ის ცხოვრებაში რეალურად გატარდეს.

2008 წელს წიგნის ავტორს მოუწია მუშაობა – ნარკომანიის პირველადი პრევენციის ტრენინგის ჩატარება – თბილისის რამდენიმე საჯარო სკოლის სამეთვალყურეო საბჭოსა და პედკოლექტივთან. მოცემული სახელმძღვანელოს დაწერის იდეა სწორედ ამ მუშაობის პროცესში დაიბადა, ტრენინგში მონაწილე ენთუზიასტი პედაგოგების დამსახურებით. როგორც გაირკვა, მიუხედავად იმისა, რომ 2007 წლიდან სამოქალაქო განათლების ერთ-ერთ გრიფირებულ¹ სახელმძღვანელოში შეტანილია ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ნარკომანიის პრევენციის საკითხები, პედაგოგები არ არიან მზად, რათა ესაუბრონ მოსწავლეებს ამ პრობლემის თაობაზე. პირიქით, ხშირად მოსწავლემ ბევრად მეტი იცის ამ საკითხზე, რამდენადაც ინტერნეტიდან მოიპოვებს ინფორმაციას; მაშინ, როცა პედაგოგები, გარკვეული თვალსაზრისით, გაუბრძან ნარკოტიკებზე ინფორმაციას, როგორც ასეთს. აღმოჩნდა, რომ ეს ხდება საზოგადოებაში მოარული მითის გამო, რომლის თანახმადაც „რაც ნაკლები იცი ნარკოტიკების შესახებ, მით ნაკლებ საფრთხეს წარმოადგენს ისინი შენთვის... არ მოგინდება...“, რაც არ არის მართებული.

სატრენინგო მუშაობის პროცესში, აგრეთვე, გაირკვა, რომ ნარკომანიის პრევენციის საქმე, უფრო ხშირად, ითვლება არა მთლიანად სკოლის ატმოსფეროს ფუნქციად, არამედ გარკვეული საგნების პედაგოგების საქმედ; როგორც გაირკვა, ნარკომანიის პრევენციაზე მუშაობა ითვლება არა სამოქალაქო განათლების პედაგოგების პრეროგატივად (რომელთა საგანში, იმ სკოლებში, სადაც ცხოვრების ჯანსაღი წესის შემცველთაგანია სახელმძღვანელო ისწავლება, ნარკომანიის პრევენცია საკითხად შედის), არამედ – ბიოლოგიის მასწავლებლებისა.

1 საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ მიღებული/აღიარებული სახელმძღვანელო.

აღწერილი საქმის ვითარება, ერთი მხრივ, იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოს განათლების სისტემაში არის იმის გააზრება/გასიგრძელებების საჭიროება, რომ ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ნარკომანიის პრობლემები არა მხოლოდ ამა თუ იმ საკითხის სწავლებით, არამედ საერთო-სასკოლო ატმოსფეროს შექმნის გზითაა დასაძლევ. მეორე მხრივ, ეს მიგვითითებს იმის საჭიროებაზე, რომ საქართველოს საჯარო სკოლებში გამახვილდეს ყურადღება ნარკომანიის პრობლემის არა მხოლოდ ერთ – ბიოლოგიურ ასპექტზე. ეს შეესაბამება გასული საუკუნის 60-იანი წლების მიდგომას პრობლემის მიმართ. დღევანდელი სამეცნიერო ცოდნის გადასახედიდან, ნარკომანია ბიოფსიქო-სოციო-სულიერ-პოლიტიკური ფენომენია და მისი პრევენცია სისტემურ, მთლიანობით ხედვასა და მიდგომას საჭიროებს.

კიდევ ერთი კანონზომიერება, რასაც სკოლებში დავაკვირდით, იყო ის, რომ ბიოლოგიის მასწავლებლები, ნარკოტიკების ავადმთხმარების პრევენციის თვალსაზრისით, თავიანთ მისიას, ძირითადად, დაშინებითი ტექნოლოგიების გამოყენებაში ხედავენ. მაგალითად, ერთ-ერთი სკოლის პედაგოგმა გაგვიზიარა, რომ რამდენიმე მოსწავლე „პათანატომიურ თეატრში“ წაიყვანა მახინჯი ჩანასახების საჩვენებლად. ეს არ არის მხოლოდ სკოლის პედაგოგების მიდგომა – იგი ნარკომანიაზე ჩვენი საზოგადოების სოციალურ წარმოდგენებს/მითებს შეესაბამება.

ნარკომანიის პრობლემაზე საზოგადოება, ჩვეულებრივ, საშინელებათა ფილმების („თრილერის“) ჟანრში მსჯელობს ხოლმე. არადა, ხომ ვიცით, რომ საშინელებათა ფილმებს საკმაოდ დიდი აუდიტორია გააჩნია – და ბევრ ადამიანს (განსაკუთრებით, ახალგაზრდებს) იგი მიმზიდველად და ამიტომ, სასურველად მიაჩნია.

უკანასკნელ წლებში სამხატვრო აკადემიაში რამდენჯერმე გაიმართა ანტინარკოტიკული პლაკატის გამოფენა სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ეგიდით.

ყველა ჯერზე ძალიან ძნელი იყო პოზიტიური, სიცოცხლის განმამტკიცებელი ნახატის თუ უწყების შემცველი პლაკატის მონახვა; მიუხედავად იმისა, რომ სტუდენტებთან სპეციალური წინასწარი შეხვედრები ტარდებოდა, სადაც ვთხოვდით პოზიტიური მესიჯების ჩამოყალიბებას. სტუდენტები, ძირითადად, ჩონჩხებს, შპრიცებსა და კუბოებს ხატავდნენ, გატაცებით.

სწორედ ამ სტრიქონების წერის პროცესში, მოცემული სახელმძღვანელოს ავტორს დაურეკეს თბილისის ერთ-ერთი თეატრიდან, რჩევის საკითხავად: ნარკოტიკების საწინააღმდეგო თემაზე სპექტაკლს ვამზადებთ, გვჭირდება 200-მდე შპრიცი და სად ვიშოვოთო. კითხვაზე, თუ რაში სჭირდებოდათ ამდენი შპრიცი, უპასუხეს – ნარკომანიაზე სპექტაკლს ვდგამთ და დადგმის ბოლოს „შპრიცებ-გარჭობილი“ ადამიანის მანეკენი გვესაჭიროება დეკორაციადო...

ნარკომანიის პრევენციაზე მიმართული სამუშაოები საშინელებათა მომწუსხველ ჟანრად რომ არ ვაქციოთ, აუცილებელია გავითვალისწინოთ სამეცნიერო მტკიცებულებები, რომელიც დღეისათვის ამ სფეროში არსებობს და ასაბუთებს, რომ ნარკომანიის პრევენციაში დაშინებითი ტექნოლოგიების გამოყენება არაეფექტურია; რომ ბევრად უფრო ეფექტურია საკითხზე გათვითცნობიერების დონის ამაღლებისა (წიგნიერება) და საკუთარი ცხოვრების მართვისათვის (მართვა) აუცილებელი უნარ-ჩვევების განვითარების მეთოდები, გამოყენებული, როგორც ღონისძიებათა ერთიანი სისტემა.

მაგრამ წიგნიერება და მართვა, რაგინდ სისტემური, მთლიანობით არ იყოს მიდგომა, მანკიერია, თუ ჰუმანისტურ და სამოქალაქო ფასეულობებზე არ იქნა დაფუძნებული.

ამდენად, ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციაზე სერიოზული საუბარი შესაძლოა იქ, სადაც მუშაობა მიმართულია პრობლემის გაცნობიერების დონის ამაღლებაზე, ამ ცოდნის ცხოვრებაში გატარებისათვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების შემუშავებასა და **ფასეულობით აღზრდაზე.**

ფასეულობითი აღზრდა გამორიცხავს მხოლოდ „ნარკომანია ცუდია/საშიშია“ და სხვა ამ ტიპის ნეგატიური უწყებებით დაკმაყოფილებას. პრევენციის საქმეში არაეფექტურია ისაუბრო მხოლოდ ნარკოტიკებზე: ეს, როგორც წესი, უკუეფექტის გამონეგებით მთავრდება: შედეგად, ან პრევენციაა ხოლმე დისკრედიტებული, ან ნარკოტიკების მოხმარება – პოპულარიზებული. მითუმეტეს არაეფექტურია მხოლოდ ერთ ცალკე აღებული ნარკოტიკზე საუბარი, როგორც, მაგალითად, ხდებოდა ჩვენს ქვეყანაში 2000-იანი წლების დასაწყისში, სუბუტექსის შემთხვევაში.

პრევენციულმა მუშაობამ ნარკოტიკების ავადმოხმარების მაგივრად სამიზნე ჯგუფს გარკვეული ფასეულობები და მათი განხორციელების გზები უნდა შესთავაზოს. ჩვენს შემთხვევაში ეს ცხოვრების ჯანსაღი სტილია, რომელიც ჰუმანისტურ და სამოქალაქო ფასეულობებს ეფუძნება და სისტემური მიდგომის განხორციელების საშუალებას იძლევა.

სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ნარკომანიის პრევენცია ეფექტურია იქ, სადაც ადამიანს უზიარებ არა მარტო იმას, თუ **რა არ უნდა აკეთოს** (აკრძალვაზე, ისევე, როგორც დაშინებაზე მიმართული სტრატეგიები, ნაკლებად ეფექტურია პრევენციის საქმეში). პირიქით, ადამიანს უნდა მივანოდოთ ალტერნატივების ფართო სპექტრი იმ თვალსაზრისით, თუ **რა არის შესაძლებელი, რომ აკეთოს**; მივცეთ იმის გაცნობიერების საშუალება, თუ **რატომ შეიძლება გააკეთოს ესა თუ ის** (რატომ-ს მიღმა სწორედ ფასეულობებია); შევუქმნათ პირობები, რომ **არჩევანი გააკეთოს**, დაბოლოს, დავეხმაროთ იმ **უნარების განვითარებაში**, რომლებიც საკუთარი არჩევანის ცხოვრებაში გატარების საშუალებას მისცემს.

ცხოვრების ჯანსაღი სტილი, ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ცხოვრების პარალელურად, მოიცავს, ერთი მხრივ, ისეთ ჰუმანისტურ ასპექტებს, როგორიცაა სოციალური ინტერესი, ჯანსაღი სოციალური ურთიერთობები, განსხვავებულის მიმართ ტოლერანტობა, ურთიერთობზრუნვა, ერთმანეთის გაფრთხილება და ა.შ.; მეორე მხრივ, ჯანმრთელობასთან დაკავ-

შირებულ ისეთ ასპექტებს, როგორიცაა ჰიგიენა, ფიზიკური კულტურა, ჯანსაღი კვება, ჯანსაღი სქესობრივი ცხოვრება და ა. შ.

სოციალური ინტერესი და ცხოვრების აქტიური სტილი – ფსიქოლოგიის კლასიკოსის, ალფრედ ადლერის[30] მიხედვით, ადამიანის სულიერი ჯანმრთელობის „ბარომეტრია“ და გულისხმობს ადამიანის მიერ ისეთი ცხოვრებისეული მიზნების დასახვას და მათ განხორციელებაზე მუშაობა-ზრუნვას, რაც სხვათა კეთილდღეობასა და საზოგადოების განვითარებაში წვლილს შეიტანს.

თუ სკოლაში ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრება გვაინტერესებს, აქ, ერთი მხრივ, მოსწავლეებს უნდა **ვასწავლოთ** ეს საკითხები: გაეუზიაროთ ფასეულობები, ჯანსაღი სოციალური ურთიერთობების მნიშვნელობა, ვასწავლოთ ძალადობის ამოცნობა, არაძალადობრივი ურთიერთობის პრინციპები. ამავე დროს, ავუხსნათ, თუ რას ნიშნავს ცხოვრების ჯანსაღი წესი (ჰიგიენა, დღის რაციონალური რეჟიმი, ჯანსაღი კვება და ა.შ.), დავეხმაროთ იმის გაგებაში, თუ რას წარმოადგენს ფსიქოაქტიური ნივთიერებები და მათ მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები, ავუხსნათ ფიზიკური ვარჯიშით სხეულის დახვეწის მეთოდები და ა.შ. მაგრამ, ყველა ამ საკითხზე ცოდნით უზრუნველყოფის გარდა, სკოლამ უნდა იზრუნოს მოსწავლეებში ამ ცოდნის შესაბამისი უნარ-ჩვევების განვითარებაზე. ეს მოსწავლეებს ამ მიმართულებით **საკუთარი ცხოვრების მართვის უნარ-ჩვევებს განუვითარებს**. ამის მიღწევის მეთოდი, ერთი მხრივ, უნარ-ჩვევების ტრენინგია. მეორე მხრივ კი – მაგალითის მიცემა.

სკოლის ატმოსფერო თვითონ უნდა წარმოადგენდეს ცხოვრების ჯანსაღი სტილის ცხოვრებაში გატარების მაგალითს. და აქ, პედაგოგების მხრიდან სოციალური ინტერესი, ტოლერანტობა, კეთილგანწყობილება, ურთიერთობისას საკუთარი და მოურთიერთე მხარის ღირსების დაცვაზე ზრუნვა; შემდგომ, ფიზიკური კულტურა, ჯანსაღი კვება, ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისაგან თავშეკავება – ყოველივე აქედან გამომდინ-

არე, ურთიერთობების ხასიათი პედკოლექტივში და ზოგადად, ატმოსფერო სკოლაში – წამყვანი აღმზრდელობით/პრევენციული ფაქტორების როლში გვევლინება.

ნაწილი პირველი

წიგნიერება ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების საკითხში

სახელმძღვანელოს პირველ ნაწილში გადმოცემულია მინიმალური ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია დღეს იცოდეს მოქალაქემ ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარებაზე;

გამახვილებულია ყურადღება ისეთ საკითხებზე, რისი ცოდნაც სასარგებლო იქნება საჯარო სკოლის პედაგოგების, ფსიქოლოგების, ადმინისტრატორების, მანდატურებისა და სამეთვალყურეო საბჭოს წევრებისთვის, რათა პრობლემისა და მისი დაძლევის გზების ხედვა შეიმუშაონ.

1. თავი პირველი. ფსიქოაქტიური საშუალებები

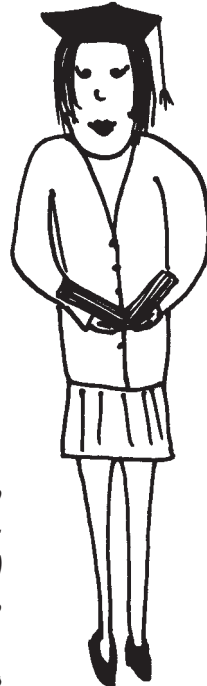
მოცემულ თავში განსაზღვრულია, თუ რა იგულისხმება ფსიქოაქტიური საშუალებების ქვეშ; დახასიათებულია ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების განსხვავებული ფორმები; აღწერილია საქართველოში გავრცელებული ფსიქოაქტიური საშუალებები, მათი მოხმარების მასშტაბი 16 წლის ასაკის მოზარდებში, მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები.

1.1. ფსიქოაქტიური საშუალებები და მათი მოხმარების სახეები

რამდენადაც ჩვენი მეთოდოლოგიური მიდგომა ჯანსაღი ცხოვრების სტილს ეყრდნობა, მოცემულ თავში ჩვენ ყველაზე ხშირად ტერმინს „ფსიქოაქტიური საშუალებები“ გამოვიყენებთ. ეს კრებითი ცნებაა, რომელიც აერთიანებს, როგორც აკრძალულ ნარკოტიკულ საშუალებებს (მარიხუანა, ოპიუმი, ჰეროინი, კოკაინი და ა.შ.), ასევე ფსიქოტროპულ ნაშთებს (დამამშვიდებელი, ტკივილგამაყუჩებელი, ანტიდეპრესიული და სხვ.), ლეგალურ ნარკოტიკულ საშუალებებს (როგორიცაა ალკოჰოლი, თამბაქო) და ასევე ნივთიერებებს, რომლებიც საყოველთაოდ გავრცელებულია ჩვენს საზოგადოებაში (მაგალითად, ყავა და ჩაი) და რომელთაც, აგრეთვე, გააჩნიათ ფსიქოაქტიური ეფექტი და მიჩვევის პოტენციალი.

ფსიქოაქტიურ საშუალებებს ახასიათებთ ადამიანის ფსიქიკაზე (აღქმა, ყურადღება, აზროვნება, გრძნობები და ემოციები, წარმოსახვა) ზემოქმედების, შესაბამისად, ცნობიერებისა და ქცევის ცვლილების გამოწვევის და მიჩვევის, ანუ, წამლდამოკიდებულების განვითარების მეტ-ნაკლები პოტენციალი.

მიჩვევის პოტენციალის ქვეშ იგულისხმება, რომ ამა თუ იმ ფსიქოაქტიურ საშუალებას აქვს განსხვავებული უნარი გამოიწვიოს მასზე მიჯაჭვულობა. მაგალითად, ითვლება, რომ



ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკებს მიჩვევის ყველაზე მაღალი პოტენციალი აქვს, მაშინ, როდესაც, მაგალითად, დისკოთეკების კულტურაში ფეხმოკიდებულ სტიმულატორ ექსტაზის ნაკლებად ახასიათებს მიჩვევა. მიჩვევის გამოწვევა ნარკოტიკის მავნეობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინდიკატორია, მაგრამ მის გარდა, ფსიქოაქტიურ საშუალებებს მავნეობის სხვა მაჩვენებლებიც ახასიათებს, რაც, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული რისკების შეფასებისას უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული. მაგალითად, იგივე ექსტაზის, დისკოთეკაზე მოხმარებისას, ახასიათებს ადამიანის ორგანიზმის გაუწყლოვანება და დაღლილობის შეგრძნების გაქრობა, რამაც ზემოქმედების ქვეშ მყოფი, შესაძლოა, სიკვდილამდეც მიიყვანოს.

სხვადასხვა სასკოლო თემთან მუშაობაში გაირკვა, რომ პედაგოგებს, ხშირად, არ გააჩნიათ ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ *თამბაქო და ალკოჰოლი ფართო გაგებით ნარკოტიკებს წარმოადგენს*. ჩვენს საზოგადოებაში ეს ორივე შედარებით უწყინრად ითვლება, მაშინ, როდესაც გრძელვადიან პერსპექტივაში თუ განვიხილავთ, სახელმწიფოსათვის მათ მიერ მიყენებული ზარალი მასშტაბით ბევრად აღემატება არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებებით (მაგალითად, ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატებით) გამოწვეულ ზარალს. მაგალითად, თამბაქოს მოხმარება უშუალო კავშირშია სიმსივნური და გულსისხლძარღვთა დაავადებების სტატისტიკასთან და მათი მკურნალობის ხარჯებთან[135,141]; ალკოჰოლის მოხმარება უშუალო კავშირშია სახმელეთო ავარიების რიცხვთან.

კვლევა

ჰენრი საფერმა იკვლია[124] მსოფლიოს 17 ქვეყანაში 1970-1983 წლების მანძილზე ალკოჰოლის ტელე და რადიო რეკლამირების შეზღუდვის გავლენა და აღმოაჩინა, რომ ამას მოჰყვა ამ ქვეყნების მოსახლეობაში ალკოჰოლის საერთო მოხმარების კლება 16%-ით და ავტოსაგზაო შემთხვევების გამო სიკვდილის კლება 11%-ით.

მოხმარების მასშტაბის თვალსაზრისით, სხვადასხვა ფსიქო-აქტიური საშუალების მხრივ, განსხვავებული სურათი გვაქვს.

არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების გავრცელების მასშტაბი (და შესაბამისად, მათ მიერ გამოწვეული ზიანი), რამდენადაც ექვემდებარება კონტროლს სახელმწიფო(ები)ს მხრიდან, ბევრად უფრო მცირეა, ლეგალურ ნარკოტიკულ საშუალებებთან შედარებით.

ს ა ს უ ხ ი ს მ გ ე ბ ლ ო ბ ი	2014 წელს ამა თუ იმ არალეგალური ნარკოტიკული საშუალების უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ერთხელ მაინც მოხმარება დაფიქსირდა მსოფლიო მოსახლეობის 5.2%-ში 143], მაშინ როცა ლეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მასშტაბი, ფაქტობრივად, მასიურია.
--	---

ლეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მიერ მიყენებული ზარალის დიდი მასშტაბი სწორედ მათი მასიური მოხმარებიდან მომდინარეობს.

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება არ არის ერთმნიშვნელოვანი ქცევა: აქაც, განსხვავებული რისკების გათვალისწინებით, მოხმარების სხვადასხვა ფორმის გამოყოფა შეიძლება, რომელთაც ქვემოთ დავახასიათებთ. გამომდინარე მოცემული ნიგნის პროფილიდან, არ შეგვხვებით მხოლოდ სამედიცინო მიზნით მოხმარებას, თუმცა იგიც შეიცავს მიჩვევის პოტენციალს.

მოხმარება პასუხისმგებლობით

ტერმინი – „მოხმარება პასუხისმგებლობით“ გულისხმობს ფსიქოაქტიური საშუალებების იმგვარ გამოყენებას, რომელიც მომხმარებელს და მის გარშემოყოფ ადამიანებს არ უქმნის რაიმე ფიზიკურ, სოციალურ თუ სამართლებრივ პრობლემას.

ამ მხრივ, ყველა ფსიქოაქტიურ საშუალებას არ გააჩნია „პასუხისმგებლობით მოხმარების პოტენციალი“. პასუხისმგებლობით შესაძლოა ისეთი საშუალებების მოხმარება, როგორიცაა ჩაი, ყავა (კოფეინის შემცველი), ალკოჰოლი. აქ იგულისხ-

მება, რომ პასუხისმგებლობით მოხმარების დროს ადამიანს შენარჩუნებული აქვს მოხმარების ქცევის კონტროლის უნარი და არ აყენებს ზიანს არც საკუთარ თავს და არც გარშემომყოფებს. ავიღოთ ალკოჰოლის მაგალითი: ცნობილია, რომ მისი მოხმარება პირდაპირ კავშირშია სახმელეთო ავარიების რიცხვთან და ძალადობრივ ქცევასთან (ძალადობა ოჯახში, თუ ქუჩაში და ა.შ.). პასუხისმგებლობით ალკოჰოლის მოხმარებას ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ადამიანი მოიხმარს ისეთ რაოდენობას, რომელიც მას „სახეს არ აკარგვინებს“; თანაც, თუ იმდენად შეგნებულად მოიხმარს, რომ, მაგალითად, ნასვამ მდგომარეობაში არ დაჯდება საჭესთან, არ მივა სამსახურში; თუ მოხმარება მას და მის ახლობლებს არ უშლის ხელს ცხოვრებისეული პრიორიტეტების განხორციელებაში და ა.შ.

თამბაქოს შემთხვევაში პასუხისმგებლობით მოხმარება გამორიცხულია, რამდენადაც იგი ყველა შემთხვევაში მავნებელია ადამიანის ჯანმრთელობისათვის, ისევე, როგორც მის გარშემო მყოფი არამწვეველი ადამიანების ჯანმრთელობისათვის[2, 135, 141, 142].

პასუხისმგებლობით მოხმარება გამორიცხულია არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების შემთხვევაშიც, რამდენადაც მათი შენახვა თუ შეძენა უკვე წარმოადგენს სამართალდარღვევას.

ექსპერიმენტული მოხმარება

ტერმინი – „ექსპერიმენტული მოხმარება“ გულისხმობს ამა თუ იმ ფსიქოაქტიური საშუალების ეპიზოდურ მოხმარებას მისი ეფექტის გაგებისათვის.

არალეგალური საშუალებებიდან, საქართველოში, ექსპერიმენტულად, ყველაზე ხშირად, მარიხუანა და ე.წ. „დისკოთეკის ნარკოტიკები“ (ძირითადად, ექსტაზი) გამოიყენება. ლეგალური ნივთიერებებიდან – თამბაქო, ალკოჰოლი. ექსპერიმენტირება გულისხმობს ახალგაზრდის მიერ ამ ნარკოტიკების გასინჯვასა თუ პერიოდულ მოხმარებას მასზე მიჯაჭვულობის განვითარების გარეშე, ერთობლივი გართობის სიტუაციებში. „ნარკოტიკული კარიბჭის“ ჰიპოთეზის თანახმად ექსპერიმენ-

ტული მოხმარება რეგულარულ მოხმარებაში (შესაძლოა, იმავე, ან სხვა ფსიქოაქტიური საშუალების) გადასვლისა და დამოკიდებულების განვითარების რისკს შეიცავს^[90,107].

სოციალური მოხმარება

ტერმინი – „სოციალური მოხმარება“ გულისხმობს, რომ ადამიანი დამოკიდებულია არა ამა თუ იმ საშუალებაზეა, არამედ მის მოხმარებასთან დაკავშირებულ სოციალურ სიტუაციაზე;

ტერმინი სოციალური მოხმარება, ძირითადად, გამოიყენება თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიმართ (თუმცა, შესაძლოა, არაღელვარებით ნარკოტიკული საშუალებების – ვთქვათ, მარიხუანის, ექსტაზის მიმართაც იყოს ნახმარი). აქ იგულისხმება, რომ ადამიანი, ჩვეულებრივ, სოციალურ სიტუაციებში მოიხმარს თამბაქოსა თუ ალკოჰოლს, როდესაც მომხმარებლების წრეში ხვდება. სხვა შემთხვევაში მას არ უჩნდება მოხმარების მოთხოვნილება.

რეკრეაციული მოხმარება

ტერმინი – „რეკრეაციული მოხმარება“ არსით ახლოს დგას „სოციალურ მოხმარებასთან“ (ზოგიერთი ავტორი მათ სინონიმებადაც იყენებს) და რეკრეაციის, დასვენების, გართობის მიზნით ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას აღნიშნავს.

აქ, შესაძლოა, მოიხმარებოდეს ალკოჰოლი, მარიხუანა, ექსტაზი თუ სხვა. როგორც სოციალური, ასევე რეკრეაციული მოხმარების შემთხვევაში ადგილი არა აქვს ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე დამოკიდებულებას; თუმცა, ე.წ. **„ნარკოტიკული კარიბჭის“ ჰიპოთეზის თანახმად, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და მარიხუანას მოხმარება ნარკოკარიერის ერთგვარ „შესასვლელს“ და ნამდლდამოკიდებულების განვითარების რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს**. გამოკვლევების თანახმად, ამგვარი კავშირის ხარისხი განსხვავდება თაობიდან თაობამდე და დამოკიდებულია სოციალურ კონტექსტზე^[90,107].

მოხმარების ზემოთ განხილული უკანასკნელი სამი ტიპი

2 რიგი მკვლევარებისა არ ეთანხმება კარიბჭის კონცეფციას^[115,134]

ერთმანეთის მსგავსია იმ თვალსაზრისით, რომ არ გულისხმობს ფსიქოპათიური საშუალებების მიმართ მიჯაჭვულობას, თუ რაიმე სხვა სახის მანევრე შედეგს მომხმარებლისათვის. თუმცა, „ნარკოტიკული კარიბჭის“ კონცეფციის თანახმად, აქ არსებობს ნამალდამოკიდებულებაში შესვლის საფრთხე. რაც შეეხება ქვემოთ განხილულ მოხმარების ტიპებს, ისინი მოხმარების ქცევაზე კონტროლის დაკარგვას გულისხმობენ და განსაკუთრებულად საზიანოა როგორც მომხმარებლისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის (ეს სამართლიანია როგორც ლეგალური – თამბაქო, ალკოჰოლი, ისე არალეგალური ფსიქოპათიური საშუალებების მიმართ).

ავადმომხმარება

ტერმინი – „ავადმომხმარება“ გულისხმობს ფსიქოპათიური საშუალებების მოხმარებას არასამედიცინო მიზნით, რომელიც ადამიანს უქმნის ფიზიკურ (ჯანმრთელობასთან და სიცოცხლესთან დაკავშირებულ) და/ან ფსიქოლოგიურ და/ან სოციალურ და/ან მორალურ და/ან სამართლებრივ პრობლემებს.

ამა თუ იმ საშუალების ავადმომხმარება, შესაძლოა, სხვა პრობლემური ქცევის (ვთქვათ, სამართალსაწინააღმდეგო) ნაწილი იყოს. ეს ტერმინი ნებისმიერი ფსიქოპათიური საშუალების არასამედიცინო მიზნით მოხმარებას ეხება.

პრობლემური მოხმარება

ტერმინი – „ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება“, ევროპის ნარკომანიისა და ნარკოტიკების მონიტორინგის ცენტრის განმარტებით, წარმოადგენს „ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებას, ან, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში/რეგულარულად ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკების, კოკაინის ან/და ამფეტამინების³ მოხმარებას“ [150].

შპრიცით ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ისეთ

3 საინექციო ხელსაწყოებით, შპრიცით.

4 ინფორმაცია ჩამოთვლილ ნარკოტიკულ საშუალებებზე იხილეთ შემდგომ ქვეთავში („სხვადასხვა ფსიქოპათიური საშუალების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები“).

განსაკუთრებულ პრობლემებთან არის დაკავშირებული, როგორიცაა C ჰეპატიტი, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი/შიდსი (აივ/შიდსი), თუ სისხლისა და სქესობრივი გზით გადადები სხვა ინფექციები. მაგალითად, საქართველოში, 2014 წლის ბოლოსათვის შიდსის ცენტრში მკურნალობაზე მყოფი 2,541 პირიდან 1,094 დაინფიცირდა ნარკოტიკის გაკეთებისას ზიარი საინექციო საშუალებების გამოყენების გზით[29ა]. რაც შეეხება C ჰეპატიტს, საქართველოში ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ეპიდემიაა[29ა]. კიდევაც რომ არ ჰქონდეს ადგილი შპრიცის გაზიარების პრაქტიკას, ნარკოტიკული ზემოქმედების ქვეშ ხშირია შემთხვევითი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტები (რამდენადაც ადამიანი თავის ქცევას სრულფასოვნად ველარ აკონტროლებს), რასაც, აგრეთვე, მიყვავართ აივ/შიდსისა და C ჰეპატიტის გადადებამდე. სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვანი რისკი, რომელსაც ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება შეიცავს – ეს არის ზედოზირების და შესაბამისად, სიკვდილის რისკი (იხ. შემდგომ ქვეთავში).

წამალდამოკიდებულება

ტერმინი – წამალდამოკიდებულება, ანუ „ნარკომანია“ გულისხმობს იმას, რომ ადამიანი ამა თუ იმ ფსიქოაქტიური საშუალების ექსპერიმენტული, რეკრეაციული, ავად- თუ პრობლემური მოხმარების შედეგად გადავიდა რეგულარულ მოხმარებაზე, აგრძელებს მას მიუხედავად ამ ქცევის გამო წარმოქმნილი პრობლემებისა, და ვერ აკონტროლებს ამ ქცევას, რადგან უკვე განვითარებული აქვს დამოკიდებულების სინდრომი[11].

დამოკიდებულების სინდრომი, თავის მხრივ, გულისხმობს ორი ტიპის – ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ დამოკიდებულებას.

ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება გულისხმობს ნარკოტიკული საშუალების მიმართ აკვიატებულ ლტოლვას, მოხმარება-არმოხმარების თაობაზე არჩევანის გაკეთების უნარის დაკარგვას, ადამიანის ფსიქოლოგიურ მიჯაჭვულობას ნარკო-

ტიკებზე, რაც მოხმარების შეწყვეტის შემთხვევაში გამოიხატება მძაფრი ფსიქოლოგიური დისკომფორტის სახით: დეპრესია, შფოთვა, სხვადასხვა სახის შიში, პანიკური რეაქციები და ა.შ. (სპეციფიკა მეტ-ნაკლებად განსხვავებულია სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალების შემთხვევაში).

ფიზიკური დამოკიდებულება გულისხმობს ადამიანის ყველა სასიცოცხლო სისტემის (გულ-სისხლ-ძარღვთა, საჭმლის მომნელებელი, ნერვული და ა.შ.) ჩათრევას დაავადებაში და ვლინდება ე.წ. „ალკვეთის სინდრომის“ (ყოფითად, „ლომკის“) სახით. იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი წყვეტს ნარკოტიკის მოხმარებას, მას უჩნდება მძაფრი ფიზიკური დისკომფორტი, გამოხატული სახსრების გაუსაძლისი ტკივილით, გულისრევით, ფაღარათით და ა.შ. აქაც, სპეციფიკა განსხვავებულია ამა თუ იმ ნარკოტიკის თავისებურებიდან გამომდინარე, მაგრამ დისკომფორტი ყველა შემთხვევაში მძაფრია.

რიგ ქვეყნებში, ზოგიერთ სამკურნალო დაწესებულებაში, არსებობს მკურნალობის მიდგომა, რომლის თანახმადაც მკურნალობისას დამოკიდებულ პირს არ უნდა შეუშუშებუქო ფიზიკური „ლომკა“, რათა მან მთელი სიძლიერით განიცადოს ის და ამით დამოკიდებულების გადალახვის გადანწყვეტილება გაუმყარდეს (მომდევნო რეციდივის პრევენციისათვის); ამ მიდგომას მთელ რიგ ქვეყნებში არაჰუმანურად და ადამიანის უფლებების შელახვად მიიჩნევენ – რაც კიდევ ერთხელ გვიჩვენებს ფიზიკური აბსტინენციის მიერ გამოწვეული დისკომფორტის სიმძიმეს.

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

– რომელი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებაა შესაძლებელი პასუხისმგებლობით?

– რომელი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებაა შეუძლებელი პასუხისმგებლობით?

– რით განსხვავდება ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომარება ნამალდამოკიდებულებისაგან (ნარკომანიისაგან)?

1.2. სხვადასხვა ფსიქოაქტიური საშუალების⁵ მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების ცოდნა ამ საკითხში ნიგნიერების მნიშვნელოვანი ასპექტია. ეს ის ინფორმაციაა, რომ-

ლის მართებულად მიწოდებასაც ადამიანის ცხოვრებაში ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლისგან დამცველი ერთ-ერთი ფაქტორის როლის შესრულება



შეუძლია[2,95,121]. ამიტომ, სხვადასხვა ფსიქოაქტიური საშუალების დახასიათებისას ყურადღება სწორედ მათ მოხმარებასთან დაკავშირებულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ რისკებზე გვექნება გამახვილებული.

1.2.1. ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებები

ალკოჰოლი

ალკოჰოლის მიმართ საქართველოში განსაკუთრებული დამოკიდებულება გვაქვს – იგი ქართული კულტურის ნაწილია. აქედან გამომდინარე, ჩვენში იმთავითვე ძვეს ალკოჰოლის ავადმომხმარებლისა და ალკოჰოლიზმის, როგორც დაავადების განვითარებისაგან დამცავი მექანიზმები: ტრადიციულად, მარტო სმა მიღებული არ არის; ადამიანი, როცა სვამს – სუფრის წესები უნდა დაიცვას და ამდენად, „ფორმაში“ იყოს; აქ მიზანი არა თრობის მიღწევა, არამედ ურთიერთობა და დროის შინაარსიანად გატარებაა, გაზავებული საუბრით, ლექსებით, სიმღერებითა თუ თავის გამოხატვის სხვა ხერხებით; სუფრა

⁵ მოცემულ თავში ყურადღებას შევაჩერებთ მხოლოდ იმ ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე, რომელთა მოხმარებაც გავრცელებულია საქართველოში.

3-6 საათი მიმდინარეობს, სმას ახლავს ჭამა, რაც ალკოჰოლიზაციის ეფექტს ამცირებს; დაღევისთვის, წინათ, როგორც წესი, ღვინო (და არა სპირტიანი სასმელები) გამოიყენებოდა; დათრობა ქართულ სუფრაზე შეუფერებელ, სამარცხვინო საქციელად ითვლებოდა.

დღეისათვის ალკოჰოლიზმისაგან დაცვის ეს ტრადიციული პრინციპები თანდათანობით მოიშალა და ალკოჰოლი გადაიქცა ავადმობმარებისათვის, ფაქტობრივად, ყველაზე ხელმისაწვდომ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებად. დღევანდელ საქართველოში სმა თრობისათვის ჩვეულებრივ ყოფით მოვლენად იქცა; ალბათ ყოველი ჩვენგანი შესწრებია თავმომწონე შეჯიბრის კილოში მსჯელობას იმის შესახებ, თუ ვინ როგორ – „უფრო საკაიფოდ გაითიშა“, რაც ტრადიციულად სამარცხვინო და დასამალი ამბავი იქნებოდა.

იმის გამო, რომ სმას ქართული საზოგადოება კულტურულ ტრადიციად აღიქვამს, სმის ქცევისა და საზრისის დღევანდელ ამ დესტრუქციულ ცვლილებებს (სმა გათიშვისთვის და გათიშვამდე, გადასვლა სპირტიან სასმელებზე, ქალების ალკოჰოლიზაცია, დათრობამდე სმა მოზარდების მიერ და ა.შ.) იგი ვერ ამჩნევს ან არ ამჩნევს და ალკოჰოლიზმის, როგორც დაავადების ხვედრითი წილი სხვა ფსიქიკურ დაავადებათა შორის წლიდან წლამდე მატულობს. საზოგადოება, ტრადიციის ინერციის გამო, უბრალოდ თვალს უხუჭავს ამ სინამდვილეს და ალკოჰოლის ავადმობმარების გამო სერიოზული პრობლემების მქონე ადამიანს, ჩვეულებრივ, „მსმელ კაცს“ უწოდებს, „დაღევა რომ უყვარს“. ამის გამო ადამიანი დაავადების საწყის ეტაპზე ვერ ხვდება, ან არ უნდა რომ დაინახოს, რომ ავადა და სამკურნალოდ უკვე დაავადების განვითარების ისეთ გვიანდელ სტადიაზე მიდის, როდესაც მისი შველა ბევრად უფრო რთულია.

იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც საქმე დაავადებასთან არა გვაქვს, ალკოჰოლის უპასუხისმგებლო მოხმარება შეიცავს სხვა სახის რისკებს – ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის ტარებასა და სახმელეთო ავარიებს, ოჯახურ თუ ქუჩურ ძალადობას და ა.შ.

მეტყველია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს ევროკავშირის ფინანსური ნხარდაჭერით განხორციელებული ეროვნული მასშტაბის სასკოლო გამოკითხვა [140]:

კვლევა

გამოკვლეული მოზარდების 43%-მა მიუთითა, რომ ერთხელ მაინც ცხოვრების მანძილზე ჰქონია ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია (მონამვლა, გამოხატული ისეთი მოვლენებით, როგორიცაა ფეხის აშლა, ენის ბორძიკი და ღებინება);

გამოკვლეულთა 22%-ს დათრობის გამოცდილება ჰქონდა მიღებული 13 წლის, ანდა უფრო ადრეულ ასაკში;

გამოკვლეულთა 33%-მა აღიარა, რომ ბოლო დალევისას მიიღო სპირტიანი სასმელი;

გამოკვლეულ მოზარდთა 41%-მა მიუთითა გასული ერთი თვის მანძილზე, ერთხელ მაინც, ხუთ ჭიქაზე მეტის დალევა (რაც, პროფესიული კრიტერიუმებით, წარმოადგენს, ე.წ. „ეპიზოდურ მძიმე სმას“ და ფაქტობრივად, ალკოჰოლის ავადმოხმარების ინდიკატორია);

გამოკვლეულ მოზარდთა 28%-ს ჰქონდა ნასვამ მდგომარეობაში აუზში თუ ზღვაში ცურვის გამოცდილება; 17%-ს ჰქონია ფიზიკური ჩხუბი ნასვამ მდგომარეობაში; 17%-ს - დაშავება და/ან ნივთების დაკარგვა; 15%-ს - პრობლემები პოლიციასთან; 10%-ს - თვითდაზიანება; 4%-ს უბედური შემთხვევა ან ტრავმა; 5%-ს - ჰოსპიტალიზაცია ტრავმის გამო; 9%-ს - არასასურველი სქესობრივი კონტაქტები, და ა.შ.

ამგვარად, კვლევა გვიჩვენებს, რომ ალკოჰოლის თრობა-მდე მოხმარება ქართველ მოზარდებში იწყება ძალიან ადრე, რომ მაღალია სპირტიანი სასმელების მოხმარების დონე, რომ

ხშირია ნასვამ მდგომარეობაში მოზარდებს შორის ძალადობრივი ქცევები (შესაბამისად, პრობლემები სამართალდამცავებთან) და შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტები. ამავე დროს, გამოვლინდა, რომ მოზარდები ვერ აცნობიერებენ ალკოჰოლის უპასუხისმგებლო მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებს:

კვლევა

კვლევის თანახმად, გამოკითხულ მოზარდთა 54%-ს მიაჩნია, რომ ყოველდღიურად 4-5 ჭიქა ალკოჰოლური სასმელის დალევა არ შეიცავს დიდ რისკს მათი ჯანმრთელობისა თუ კეთილდღეობისათვის. 40% იღებს ალკოჰოლს იმისთვის, რათა წვეულებებზე უკეთესი დრო გაატაროს; 229% - გასართობად; 1% იმისთვის, რომ სტრესი მოიხსნას; 22% - ხასიათის გამოსაკეთებლად.

ზემოთ მოყვანილი შედეგები დამაფიქრებელია, რამდენადაც ცნობილია, რომ ქცევის განხორციელების განმაპირობებელი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი სწორედ რომ ქცევის შედეგის მოლოდინია. ეს კიდევ უფრო დამაფიქრებელი ხდება საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ 2007 წელს ჩატარებული კვლევის მონაცემების ფონზე[17], რომელშიც მონაწილეობა მიიღო თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში მცხოვრებმა 948 მოზარდმა:

კვლევა

კვლევამ გამოავლინა, რომ დალევის ქცევის საფუძვლად მდებარე განზარხვის ჩამოყალიბებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს, ერთი მხრივ, საზოგადოებრივი წარმოდგენები ალკოჰოლის შესახებ – „ალკოჰოლი არ ვნებს“, მეორე მხრივ კი მშობლის დადებითი დამოკიდებულება – „მამა მოიწონებდა ჩემს დათრობას“ („შვილი მომესწრო“ ტიპის რეაქცია).

საქმის აღწერილი ვითარება თვალნათლივ გვიჩვენებს, რომ მხოლოდ და მხოლოდ არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების პრევენციული საქმიანობის განევა ქართულ

საზოგადოებაში არამც და არამც არ მოგვიტანს მომავალი თაობის გაჯანსაღებას. მითუმეტეს, დესტრუქციულია ისეთი ტიპის „პრევენციული კამპანიები“, როგორიცაა „ყველაფერი სუბუტექსის გარდა“, რომლის ავტორებიც „ღვინო-დუდუკი-ქალები“-ს პროპაგანდით ცდილობდნენ ნარკომანიის პრევენციას.

მოყვანილი კვლევები ადასტურებს, რომ **საქართველოს ახალგაზრდებისათვის, ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმონხმარების თვალსაზრისით, ყველაზე შემაშფოთებელ პრობლემას ალკოჰოლის ავადმონხმარება წარმოადგენს[66].** ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს ჩვენს მიდგომას, რომლის თანახმადაც ნარკომანიის პირველადი პრევენცია უნდა ხდებოდეს ზოგადად ფსიქოაქტიური საშუალებების მონხმარების პრევენციის ქრილში, ცხოვრების ჯანსაღი სტილის მიდგომის ფარგლებში.

თამბაქო

თამბაქო, ალკოჰოლთან ერთად, მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული ფსიქოაქტიური საშუალებაა და საქართველოც არ წარმოადგენს ამ მხრივ გამონაკლისს. თამბაქოს მონხმარება მასიურ მასშტაბს ატარებს.

თამბაქო მცენარეული წარმოშობისაა (ფსიქოაქტიური ინგრედიენტი – ნიკოტინი), მოიხმარება, ყველაზე ხშირად, მონევიტ, გააჩნია მყისიერი ფსიქოაქტიური ეფექტი და მიჩვევის უაღრესად მაღალი პოტენციალი.

მეტყველია თამბაქოს მონევისა და ონკოლოგიური დაავადებების ურთიერთკავშირის სტატისტიკა: ფილტვის კიბოს შემთხვევათა 90% დაკავშირებულია თამბაქოს ნევესთან[3,135,142]. გარდა ონკოლოგიური დაავადებების მაღალი რისკისა, თამბაქოს მონხმარება დაკავშირებულია გულ-სისხლძარღვთა, პირის ღრუს, სასუნთქი სისტემის პათოლოგიებთან (ინევეს არტერიული წნევის მატებასა და ტაქიკარდიას, კარიესს, ხშირია ბრონქიტი, პნევმონია, გარკვეულ კორელაციაშია ტუბერკულოზთან და ა.შ.)[3,64,135].

თამბაქოს მონხმარების წინააღმდეგ უტყუარ არგუმენტს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ იგი საზიანოა არა მარტო მნე-

ველისათვის, არამედ იმ ადამიანისთვისაც, ვინც არ ენევა, მაგრამ იმყოფება მონევის ველში. ამასთან დაკავშირებით, მედიცინაში ე.წ. „პასიური მწველის“ ცნებაც კი დაინერგა. პასიურ მწველთა შორის ფილტვის კიბოს სტატისტიკა რამდენჯერმე უფრო მაღალია (სხვადასხვა კვლევების მონაცემებით, მერყეობს 20%-დან 70%-მდე), ვიდრე ზოგად პოპულაციაში[143].

ზემოთ მოყვანილი რისკების გამო, მონევა დასავლეთის სამყაროში სულ უფრო და უფრო არაპოპულარული ხდება. შესაბამისად, იქ იგეგმება და ცხოვრებაში ტარდება მნიშვნელოვანი პრევენციული სტრატეგიები.

როგორც ამერიკაში, ისევე ევროკავშირში, განუღებელი იქნა მნიშვნელოვანი სამუშაო თამბაქოს ხელმისაწვდომობის დაქვეითების მიმართულებით: შეიზღუდა შესაბამისი რეკლამა, აიწია ფასი, აიკრძალა მონევა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში. ცვლილებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსპექტივიდან ჯერ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში განხორციელდა, შემდგომ კი უკვე საკანონმდებლო დონეზე.

უფაქტური პრევენციის მაგალითი

შთამბეჭდავია ამერიკის შეერთებული შტატების უკანასკნელი ათწლეულის გამოცდილება, სადაც თამბაქოს პრევენციის მულტიფაქტორული მოდელი განხორციელდა. სტრატეგიები მოიცავდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კუთხით მოსახლეობის გათვითცნობიერებას, არამწველთა უფლებების დაცვის კამპანიებს, სოციალურ და კულტურულ შეზღუდვებს, სახელმწიფოს მხრიდან დაბეგვრის პოლიტიკისა და რეკლამირების რეგულირებას. შედეგად, თამბაქოს მოხმარება ჩვეული, ყოველდღიური, მისაღები ქცევიდან ტრანსფორმირდა მიუღებელ და არაპრესტიჟულ ქცევად, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა მისი მოხმარების მასშტაბი და შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ზარალი[64,74,83,112,131,139,141].

ამგვარი მაგალითები ადასტურებს, რომ ფსიქოაქტიური საშუალებებით საზოგადოებისათვის ზიანის მიყენების პრევენცია შესა-

ძლებელია, თუ ამისათვის არსებობს კეთილი ნება და მოქმედება ხდება საერთაშორისო პრაქტიკისა და სამეცნიერო მტკიცებულებების გათვალისწინების საფუძველზე, სისტემურად, მულტიფაქტორულად – პრობლემის ყველა განზომილების გათვალისწინებით.

იმისათვის, რომ საქართველოში მოზარდებს შორის თამბაქოს მოხმარების პრობლემაზე ვიმსჯელოთ, კვლავ კვლევის შედეგებს მოვიშველიებთ:

კვლევა

დაავადებების კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს ჩატარებული მოზარდთა სასკოლო გამოკითხვის[140] თანახმად, გამოკითხუ მოზარდთა 43%-ს ერთხელ მაინც აქვს გასინჯული სიგარეტი; აქედან, 21%-ს სიგარეტი გასინჯული აქვს 13 წელზე უფრო ადრეულ ასაკში;

გამოკითხულთა 4%-მა აღიარა, რომ ყოველდღიურად იმონევა დაიწყო 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში;

დღეში 1-5 ღერ სიგარეტს მოიხმარს გამოკითხული ვაჟების 7% და გოგონების 2%; დღეში 6-10 ღერს – ვაჟების 4% და გოგონების 1%; დღეში 11-20 ღერს – ვაჟების 5% და არც ერთი გოგონა; დღეში 20 ღერზე მეტს – გამოკითხული ვაჟების 3% და არც ერთი გოგონა;

კვლევის თანახმად, გამოკითხულ მოზარდთა 49%-ს არ მიაჩნია, რომ ყოველდღიურად ერთი კოლოფი სიგარეტის მონევა წარმოადგენს დიდ რისკს მათი ჯანმრთელობისა თუ კეთილდღეობისათვის.

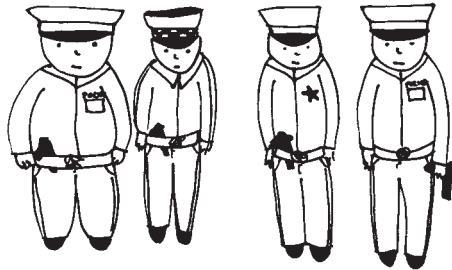
მეცნიერებისა და განათლების სამინისტროს კვლევის მონაცემებით[17]: მოზარდების თამბაქოს მოხმარების ქცევის საფუძველად მდებარე განზარხვის ჩამოყალიბებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს, ერთი მხრივ, დადებითი სოციალური განწყობები ამ ქცევის მიმართ და მეორე მხრივ, მოლოდინი იმისა, რომ ამ ქცევის განხორციელების გამო მშობლის (მამის) მხრიდან არ იქნება გაკიცხვა თუ დასჯა.

ეს კიდევ ერთხელ გვიჩვენებს, რომ ამა თუ იმ ფსიქო-აქტიური საშუალების პრევენცია შეუძლებელია ცალკე აღე-

ბულ მოზარდთა თუ ახალგაზრდათა ჯგუფებთან მუშაობით, ეს საზოგადოების ყველა დონეზე მუშაობას საჭიროებს. სკოლის შემთხვევაში, პრევენციის მიზნობრივი ჯგუფის როლში არა მარტო სკოლის მოსწავლეები, არამედ, პედაგოგებიც და მშობლებიც უნდა იყვნენ; უნდა განხორციელდეს ე.წ. **სათემო მიდგომა**, რომლის დროსაც სკოლის თემის ყველა სუბიექტი იქნება ჩართული პრევენციულ საქმიანობაში.

1.2.2. არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებები

მოცემულ ქვეთავში ჩვენ ვმსჯელობთ არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე; ამ მხრივ, მათ შორის ბევრია საერთო; რასაკვირველია, არის მნიშვნელოვანი სპეციფიკური განსხვავებებიც. მაგრამ, უკლებლივ ყველასთვისაა დამახასიათებელი ის, რომ **რანამს ადამიანი არალეგალური ნარკოტიკული საშუალების მოხმარებას იწყებს, იგი, შესაბამისი კანონმდებლობის თანახმად, ებმება ნარკოტიკების უკანონო მიმოქცევაში, ანუ ახორციელებს სამართალდარღვევას.** ეს წარმოადგენს ყველა ქვემოთ მოყვანილი ნარკოტიკული საშუალებისათვის მოხმარების საერთო რისკს. ამიტომ მას მხოლოდ შესავალში ვახსენებთ, რომ ყოველ მოცემულ შემთხვევაში აღარ გავიმეორებთ.



საქართველოს დღევანდელი კანონმდებლობით, მოქალაქის მიერ ნარკოტიკების მოხმარება ექვემდებარება ადმინისტრაციულ სასჯელს (500 ლარის ოდენობით); თუ იგივე პიროვნება შემჩნეული იქნება ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებაში გამოვლენილი ფაქტიდან ერთი წლის მანძილზე, იგი წარსდგება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის წინაშე. ამ შემთხვევაში სასჯელი შესაძლოა იყოს ან პატიმრობა, ან „სულ მცირე, გაორმაგებული ადმინისტრაციული ჯარიმა“[27].

მარიხუანა (და ზოგადად, კანაბისის ჯგუფის ნარკოტიკული საშუალებები)

საქართველოში, ისევე, როგორც მსოფლიოში, ყველაზე გავრცელებულ არალეგალურ ნარკოტიკს წარმოადგენენ კანაბისის ჯგუფის ფსიქოაქტიური საშუალებები, ცნობილი სხვადასხვა სახელწოდებით – მარიხუანა, ჰაშიში, ანაშა, „პლანი“ და სხვა, რომლებიც მცენარე კანაფიდან მზადდება (ფსიქოაქტიური „ინგრედიენტი“ – ტეტრაჰიდროკანაბინოლი). შესაძლო მიმზიდველი ეფექტები მოხმარებისას მოიცავს სიამოვნების განცდას, ალქმის, აზროვნებისა და ემოციური სფეროს ცვლილებებს – უჩვეულო შეგრძნებებს, სტრესის მოხსნას, პრობლემების დავიწყებას და ა. შ. კანაბისის სხვადასხვა გზით მოიხმარენ, საქართველოში ყველაზე ხშირად – ენევიან. ხშირია მარიხუანას მოხმარების დაწყება მოზარდობიდან, თანატოლთა სხვადასხვა ერთობლივი სოციალური აქტივობის პროცესში.

კვალი

საქართველოს მეცნიერებისა და განათლების სამინისტროს ეროვნული სასწავლო გეგმისა და შეფასების ცენტრის მიერ 2007 წელს ჩატარებული გამოკვლევის თანახმად[17], მარიხუანას ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება მიუთითა თბილისში, ბათუმსა და ქუთაისში გამოკვლეულ 13-დან 18 წლამდე 948 მოზარდის 12..5%-მა.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს ჩატარებული ახალგაზრდათა გამოკითხვის თანახმად [140], გამოკითხული 2,477 მოზარდიდან მარიხუანას ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება მიუთითა 11%-მა (ვაჟების 19%-მა და გოგონების 3%-მა).

როგორც ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ფორმების აღწერას მიძღვნილ თავში აღვნიშნეთ, გამოკვლევათა

რიგი ადასტურებს კავშირის არსებობას მარიხუანას მოხმარებასა და შემდგომ უფრო მძიმე ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებაზე გადასვლას შორის; თუმცა, ამავე დროს, არსებობს საწინააღმდეგო მტკიცებულებაც [90].

ისევე, როგორც ალკოჰოლისა თუ თამბაქოს შემთხვევაში, ახალგაზრდებს, როგორც წესი, არ აქვთ გაცნობიერებული მარიხუანას მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები. გამეფებულია მთელი რიგი მითებისა, რომელთა თანახმად მარიხუანა არათუ საზიანო, არამედ სასარგებლოც კია. დღესდღეისობით კანაბისის გამოიყენება გლაუკომის მკურნალობაში, სიმსივნური დაავადებების დროს, როგორც ქიმიოთერაპიის გვერდითი მოვლენების საწინააღმდეგო საშუალება და ა.შ.[8]

მაგრამ, სამკურნალო თვისებები არანაირად არ ამცირებს კანაბისის ჯგუფის პრეპარატების მავნეობას არასამედიცინო მიზნით მოხმარების შემთხვევაში. აქ ნაკლებად ხდება ფიზიოლოგიური მიჩვევის განვითარება, მაგრამ ფსიქოლოგიური მიჩვევის რისკი მაღალია. გარდა ამისა, გამომდინარე ალქმის მკვეთრი ცვლილებიდან, კანაბისის ზემოქმედება ზრდის უბედური შემთხვევების რისკს; კანაბისის რეგულარულმა ან დიდი დოზებით მოხმარებამ შესაძლოა გამოიწვიოს შიზოფრენიის-მაგვარი ფსიქოზი; რეგულარული მოხმარება, ასევე, აზიანებს ადამიანის შემეცნებით ფუნქციებს (ალქმა, აზროვნება, ყურადღება), აქვეითებს ინტერესებს და აქტიური ცხოვრების მოტივაციას[2,8,149].

მნიშვნელოვანია, რომ ობიექტურ ინფორმაციას ამ ნარკოტიკის თაობაზე ფლობდეს როგორც პედაგოგი, ასევე მოსწავლე/მოზარდი, რათა მათ გაცნობიერებული ჰქონდეთ მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკები. ამავე დროს, საქართველოში ჩატარებული გამოკვლევები პირდაპირ მიგვითითებს კანაბისის ჯგუფის პრეპარატების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების თაობაზე მოზარდთა გათვითცნობიერების აუცილებლობაზე:

საქართველოს მეცნიერებისა და განათლების სამინისტროს მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, მარიხუანას მოხმარების ქცევის საფუძვლადმდებარე განზრახვის ფორმირებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს ის ფაქტი, რომ მოზარდები არ იცნობენ მარიხუანას მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებს და ამ ქცევას გართობასა და დროსტარებაზე მიმართულ „ჩვეულებრივ ქცევად“ განიხილავენ[17].

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ გამოკითხულ მოზარდთა 40%-ს მიაჩნია, რომ მარიხუანას რეგულარული მოხმარება არ შეიცავს დიდ რისკს მათი ჯანმრთელობისა თუ კეთილდღეობის მიმართ[140].

რასაკვირველია, მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების ცოდნა ერთმნიშვნელოვნად არ განაპირობებს ამ ქცევისაგან თავის შეკავებას. მაგრამ, ამავე დროს, რისკების ცოდნა სარისკო ქცევისგან დამცავი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია და ამიტომ, პრევენციული მუშაობის ერთ-ერთი სტრატეგიული ამოცანაა.

ექსტაზი

ეს დისკოთეკების სუბკულტურაში გავრცელებული სტიმულატორი ჰალუცინოგენია, მოიხმარენ გამჭვირვალე კაფსულების, (თეთრი, ყვითელი ან ვარდისფერი) აბების ან ფხვნილის სახით; საქართველოში, ძირითადად, პერორალურად (დალევის გზით). შესაძლო მიმზიდველი ეფექტები მოხმარებისას მოიცავს გუნება-განწყობილების აწევას, დაძაბულობის მოხსნას, სოციალური კონტაქტების გაადვილებას, ენერგიის მოჭარბებას, აღქმის უჩვეულო ცვლილებებს, ზოგადად შეგრძნებების შეცვლასა და გამძაფრებას.

საქართველოში ექსტაზის მოხმარებამ უკანასკნელი რამ-

დენიშე წლის მანძილზე მოიკიდა ფეხი, დისკოთეკების კულტურის განვითარებასთან ერთად:

კვლევა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს გამოკითხული 16 წლის მოზარდების 4%-ს (ვაჟების 7%-სა და გოგონების 1%-ს) ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოუხმარია ექსტაზი[140].

ექსტაზის ზემოქმედებისათვის დამახასიათებელია წნევის, პულსისა და ტემპერატურის მატება, ორგანიზმის გამოშრობა (გაუწყლოვანება), დაღლილობის/სმის/ჭამის კონტროლის უნარის დაქვეითება. სოციალური კონტაქტების გაადვილების გამო, ექსტაზის მოხმარების დროს ხშირია შემთხვევითი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების (და შესაბამისად, აივ/შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები სხვა ინფექციების) რისკი. ექსტაზის ზემოქმედებას შეიძლება თან დაერთოს პირის სიმშრალე, პირღებინების განცდა, ოფლიანობა, რისი ინტენსივობაც, ჩვეულებრივ, ძლიერდება მისი ხშირი მოხმარების შემთხვევაში. გართულებისას ხშირია პანიკური რეაქციები. ორგანიზმის გამოშრობას, მაღალ ტემპერატურას, კონტროლის უნარის დაქვეითებას, მაღალ დაძაბულობას შესაძლოა მოჰყვეს სიკვდილი. ექსტაზის მოხმარების შემთხვევაში არსებობს დოზის გადაჭარბების მიზეზით სიკვდილის საფრთხეც[5,117,147,148].

საქართველოში ჩატარებული კვლევის მონაცემები კვლავ პრევენციული მუშაობის აუცილებლობაზე მეტყველებს:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ გამოკითხულ მოზარდთა მხოლოდ 26%-ს მიაჩნია, რომ ექსტაზის ერთი-ორჯერ მოხმარება დაკავშირებულია დიდ რისკთან; გამოკითხულთა 43%-ს კი მიაჩნია, რომ ექსტაზის რეგულარული მოხმარება არავითარ რისკს არ წარმოადგენს.

აქროლადი გამხსნელები

ნებოს თუ სხვა აქროლადი გამხსნელების (ყოფითი ქიმიის საშუალებების) ყნოსვა, დასავლეთში ჩატარებული კვლევების თანახმად, გავრცელებულია 14 წლამდე ბავშვებში, ძირითადად, სოციალურად დაუცველ ფენებში, პრობლემურ, კეთილდღეობას მოკლებული ოჯახების შვილებში, ქუჩის ბავშვებში[104]. ეს პირდაპირ მიგვითითებს იმაზე, რომ ამ მავნე ჩვევის პრევენციის სტრატეგიული ხაზი მთლიანად ოჯახებთან (და არა ცალკე აღებულ ბავშვებთან) მუშაობაზე უნდა გადიოდეს.

საქართველოში აქროლადი გამხსნელების მოხმარება გავრცელდა გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან. ნარკოლოგიის ინსტიტუტის მიერ ამავე პერიოდში ჩატარებული კვლევის თანახმად მათ, უფრო ხშირად, ე.წ. „ქუჩის ბავშვები“ ყნოსავდნენ. რაც ამ საკითხზე ზემოთ მოყვანილ დასავლურ სტატისტიკას ეთანხმება[9]. მაგრამ უახლესმა სასკოლო გამოკითხვამ გვაჩვენა, რომ პრობლემა დღეისათვის უფრო მასშტაბურია:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს გამოკითხულ მოზარდთა 12%-ს (ბიჭების 10%-სა და გოგონების 14%-ს) გამოუყენებია აქროლადი გამხსნელები ცხოვრებაში ერთხელ მაინც.

აქროლადი გამხსნელებით თრობის ეფექტი გამოიხატება ეიფორიაში, უჩვეულო შეგრძნებებში, ალქმის ილუზიებში, საკუთარ წარმოდგენათა (ფანტაზიის ხატების) ვიზუალიზაციაში (ხედვაში), ჰალუცინაციებში. რაც შეეხება მავნე შედეგებს, აქროლადი გამხსნელების მოხმარება ბავშვის ფსიქო-ფიზიკური განვითარების შეფერხების მნიშვნელოვან რისკს შეიცავს. თუ დასაწყისში გვერდითი ეფექტები თავის ტკივილითა და საერთო სისუსტით შემოიფარგლება, რეგულარული მოხმარების შემთხვევაში მნიშვნელოვნად ქვეითდება შემეცნებითი ფუნქციები (ყურადღება, ალქმა, აზროვნება), ლაბილური ხდება ემოციური სფერო, ზიანდება თითქმის ყველა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანო, შესაძლოა განვითარდეს ტოქსიკური ენცეფალოპათია, ფსიქოორგანული სინდრომი (ნერვული სისტემის მძიმე დაავადებები) და ა.შ.

აქროლადი გამხსნელების რეგულარულ მომხმარებელ ბავშვებს გარეგნულად ეტყობათ მისი მავნე ზეგავლენა: ისინი არიან გამხდარი, ფერმკრთალი, ვერ იცავენ ჰიგიენურ ნორმებს, მოძრაობები შენელებული აქვთ და ცუდად ორიენტირდებიან გარემოში, დაქვეითებული აქვთ საზრიანობა და საერთოდ, ინტელექტუალური ფუნქციები, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ემოციურ განუზრევლობას და აპათიურობას, შესაძლოა პირიქით – სიავეს, ფეთქებადობას, სადისტურ ქცევას.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკი, დაკავშირებული აქროლადი გამხსნელების მოხმარებასთან, გარდა ზემოთ აღწერილისა, არის ინტოქსიკაციით გამოწვეული სიკვდილი. საქართველოში დაფიქსირებულია აქროლადი გამხსნელების მოხმარების გამო თანატოლთა ჯგუფის გარდაცვალების შემთხვევა.

ოპიოიდები

ოპიოიდები ოპიუმის ყაყაჩოსგან დამზადებული საშუალებების აღმნიშვნელი კრებითი სახელწოდებაა. საუკუნეების წინ აღმოჩენილ იქნა ოპიუმის ტკივილგამაყუჩებელი უნარი; გასული საუკუნის დასაწყისამდე იგი ევროპასა და ამერიკაში ფართოდ გამოიყენებოდა და თავისუფლად იყიდებოდა; მეო-

ცე საუკუნის დასაწყისიდან, მათი ძლიერი ნარკოგენური ეფექტის გამო, ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატები მკაცრ კონროლს დაუქვემდებარეს. დღეისათვის არსებობს ბუნებრივი (მაგალითად, ოპიუმი, მორფიუმი), ნახევრად სინთეზური (ჰეროინი) და სინთეზურად შექმნილი (მაგალითად, მეთადონი, სუბუტექსი) ოპიოიდები. ოპიოიდური თრობის ძირითადი ეფექტი გამოიხატება სიამოვნების მძაფრ განცდაში, ეიფორიაში.

საქართველოში ოპიოიდები, ძირითადად, ინექციურად მოიხმარება: 2000 წლამდე, უმეტესად, ნედლი ოპიუმის (ე.წ. „შავის“) მოხმარება ჭარბობდა; 2000 წლიდან ჰეროინს ყველაზე დიდი ხვედრითი წილი ჰქონდა ინექციების გზით მოხმარებულ ნარკოტიკებს შორის; 2004 წლიდან დაიწყო ოპიოიდური წამალ-დამოკიდებულების სამკურნალოდ შექმნილი სინთეზური პრეპარატის – სუბუტექს®-ის ავადმოსმარება. მას ტაბლეტების ფორმა აქვს; მკურნალობისათვის ამ ტაბლეტებს პერორალურად იღებენ (სვამენ). საქართველოში მას, გარკვეული დამუშავების შემდეგ, ინექციის სახით მოიხმარენ („ნემსით იკეთებენ“)[27].

ოპიოიდებს მიჩვევის ძალიან მაღალი პოტენციალი ახასიათებს, მოხმარების შემთხვევაში ე.წ. პათოლოგიური ლტოლვა და დამოკიდებულების სინდრომი⁶ ძალზედ სწრაფად ვითარდება. აღკვეთის სინდრომი („ლომკა“) ძალიან მტკივნეულად მიმდინარეობს. ოპიოიდების შემთხვევაში, აგრეთვე, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ე.წ. ტოლერანტობა⁷. ადამიანს, ოპიოიდების რეგულარულ მოხმარებასთან ერთად, სულ უფრო მეტი დოზა ესაჭიროება იმისათვის, რათა თრობის უწინდელ ეფექტს მიაღწიოს. დაავადების გარკვეულ სტადიაზე იგი საერთოდ ვეღარ იღებს სასურველ ეფექტს და მოიხმარს მხოლოდ იმისათვის, რათა თავი ნაკლებად ავად იგრძნოს და ელემენტარული ცხოველქმედება შეძლოს.

6 იგივე, დაავადება წამალდამოკიდებულება, ანუ ნარკომანია

7 ტოლერანტობა, მეტ-ნაკლებად, მრავალ ფსიქოაქტიურ საშუალებას ახასიათებს; მისი არსი მდგომარეობს შემდეგში: რეგულარული მოხმარების შემთხვევაში თრობის ეფექტის მისაღებად ადამიანს საშუალების იგივე ოდენობა აღარ აკმაყოფილებს და იძულებულია გაზარდოს დოზა.

ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტის შემთხვევაში ტოლერანტობა თანდათან ქრება. ეს, გარკვეულწილად, ზრდის ზედოზირების რისკს: ვთქვათ, ადამიანმა იმკურნალა და შეწყვეტილი აქვს ნარკოტიკების მიღება; თუ იგი ისეთ სიტუაციაში მოხვდა, სადაც ვერ უძლებს ცდუნებას და კვლავ იღებს ნარკოტიკს, მკურნალობამდელი დოზით ნარკოტიკის მოხმარებას იგი ზედოზირებამდე (და შესაძლოა, სიკვდილამდე) მიყავს, რამდენადაც ტოლერანტობა გამქრალია.

ზედოზირება და სიკვდილი არა მარტო თავის დანებების პროცესში ტოლერანტობის კლების შედეგად ხდება. არალეგალური ნარკოტიკების შეძენის ადგილი შავი ბაზარია; წინდანი არავინ იცის, თუ „შემოტანილ საქონელში“ როგორია ნარკოტიკული ნივთიერების კონცენტრაცია, რამაც აგრეთვე შესაძლოა გამოიწვიოს ზედოზირება.

შედეგები ჩვენს ქვეყანაში

ჩვენში, გასული საუკუნის 90-იან წლებში, რამდენიმე თვის მანძილზე, დაფიქსირდა ოპიუმის მომხარებელთა ზედოზირებით სიკვდილობის ნახტომისებური ზრდა; პოლიციის, ექსპერტიზის სამსახურისა და ჯანდაცვის სტრუქტურების მიერ ჩატარებული გამოკვლევის თანახმად აღმოჩნდა, რომ იმ დროისათვის შავ ბაზარზე გავრცელებულ ოპიუმის ჯგუფის ერთ-ერთ ნივთიერებაში ნარკოტიკის კონცენტრაცია აღემატებოდა იმ ოდენობას, რასაც ვარაუდობდნენ მომხარებლები თავისი გამოცდილების შესაბამისად[13].

საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევები საკმარისად არ აღირიცხება, მაგრამ, მინიმალური მონაცემები ამ საკითხის თაობაზე მაინც მოიპოვება:

სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში 2004 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ სიკვდილობა ნარკოტიკების მომხმარებელ მამაკაცებში, სულ ცოტა, ორჯერ მაღალია, ვიდრე არამომხმარებელ მამაკაცებში[27].

სხვა მნიშვნელოვანი რისკი, რომელიც ახასიათებს ოპიოიდების ინექციურ მოხმარებას – არის სისხლის გზით გადამდები ინფექციების გადამდების რისკი. გავიხსენოთ, რომ საქართველოში, როგორც ზემოთ აღვწერეთ, 2014 წელს შიდსის მიზეზით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების 40%-ს ვირუსი ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გზით გადაედო [29ა].

ოპიოიდების ქრონიკული მოხმარება იწვევს ფსიქიკურ დაავადებას, პიროვნების დასუსტება-განადგურებას, სოციალური ურთიერთობების/კავშირების რღვევას და შესაბამისად, სიმართოვებს, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მრავლობით პრობლემას: ოპიოიდების ქრონიკულ მომხმარებლებში ხშირია რესპირატორული დაავადებები (ტუბერკულოზი, ფილტვების ანთება), საჭმლის მომნელებელი სისტემის აშლილობა (საჭმლის მონელებისა და კუჭის მოქმედების პრობლემები), სქესობრივი, რეპროდუქციული სისტემის პრობლემები და სხვა; გარეგნულად შესამჩნევია კანის სიფერმკრთალე, სიყვითლეში გადასული, დაზიანებული კბილები (შესაძლოა კბილების ჩამოცვენა, ზოგჯერ ტკივილისა და ანთების გარეშე) და ა.შ.[10]

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს გამოკითხულ 16 წლის მოზარდთა 2%-მა მიუთითა ჰეროინის მოხმარება ცხოვრებაში ერთხელ მაინც (ვაჟების 3%-მა და გოგონების 1%0მა).[140]

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ საზოგადოებაში მოარული აზრი მოზარდებს შორის ოპიოდების ინექციური გამოყენების საყოველთაო გავრცელების თაობაზე პრობლემის გარშემო საზოგადოებრივ წარმოდგენებში დამკვიდრებული ერთ-ერთი მითია. თუმცა, გამოვლენილი სტატისტიკა დამშვიდებისა და უმოქმედობის საბაბს მაინც არ გვაძლევს და კვლავ პრევენციული სამუშაოების მიაზანმიმართული, გეგმაზომიერი წარმართვის საჭიროებას უსვამს ხაზს.

სტიმულატორები

სტიმულატორები ახდენს გამააქტივებელ ზემოქმედებას ადამიანის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ეფექტი აქ გამოიხატება დაღლილობის მოხსნაში, შიმშილის გრძნობის დათრგუნვაში, ფიზიკური აქტივობის ინტენსიფიკაციაში და ა.შ. არსებობს როგორც მცენარეული სტიმულატორები – მაგალითად, მცენარე კოკადან მიღებული კოკაინი, ასევე მათი ქიმიური ანალოგები – მაგალითად, ამფეტამინები, მეტამფეტამინები. სტიმულატორების მიღება შესაძლოა როგორც პერორალურად, ასევე ყნოსვითა და ინექციების გზით.

აღსანიშნავია, რომ ძველ დროში მცენარე კოკას იყენებდნენ პლანტაციებსა თუ საბადოებზე მონების შორმისუნარიანობის გასაზრდელად. ხანგრძლივი გამოყენების ისტორია აქვთ სტიმულატორებს მედიცინაში – დაწყებული დეპრესიების მკურნალობიდან, დამთავრებული ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტის მიღწევით. მაგრამ, არასამედიცინო მიზნით სტიმულატორების მოხმარება გამანადგურებლად მოქმედებს ადამიანის ორგანიზმსა და ფსიქიკაზე[5].

სტიმულატორები ხასიათდება მაღალი ნარკოგენურობით და მიჩვევის პოტენციალით. სტიმულატორების მიმართ დამოკიდებულება (პათოლოგიური ლტოლვა) ვითარდება ძალიან სწრაფად; ასევე სწრაფად ვითარდება ტოლერანტობაც (არა ერთჯერადი დოზის, არამედ მოხმარების სიხშირის გაზრდის ხარჯზე). ამ ფონზე, ხდება ორგანიზმის ფსიქო-ფიზიკური გამოფიტვა, თრობიდან გამოსვლისას დამახასიათებელია

უძლურების განცდა, ძილიანობა და ამავედროულად, დაძინების შეუძლებლობა, რაც კიდევ უფრო ქანცავს ორგანიზმს; ბრალეულობის გრძნობა და დეპრესია, რომელმაც შესაძლოა, თვითმკვლელობამდეც მიიყვანოს ადამიანი.

აბსტინენციის მდგომარეობაში, პათოლოგიური ლტოლვის გამო, ადამიანი შეპყრობილის შთაბეჭდილებას ტოვებს, იგი ყველაფერზე მიდის, რათა ნარკოტიკი მოიპოვოს და მოიხმაროს, ამ დროს შესაძლოა იყოს აგრესიული და სასტიკი.

დაავადების განვითარებასთან ერთად, წამალდამოკიდებული უკვე ვეღარ აღწევს თრობის სასურველ ეფექტს; იგი აგრძელებს სტიმულატორების მიღებას უკვე იმისათვის, რომ უბრალოდ შეძლოს ელემენტარული ცხოველქმედება და „ლომკა“ თავიდან აიცილოს; აქ ჩნდება პიროვნების დეგრადაციის აშკარად გამოხატული ნიშნები: აზროვნება ქვეითდება, ხშირია სექსუალური დისფუნქცია, ჩნდება ბოდვითი იდეები და შესაბამისი მოჩვენებითი აღქმები და ა.შ. შემდგომ მას უკვე სტიმულატორების მიღებაც აღარ შეუძლია, რადგან საპასუხოდ, ეიფორიის ნაცვლად, შიშისა და შფოთვის განცდები უვითარდება. სტიმულატორების მიღებისას, შესაძლოა, განვითარდეს ინტოქსიკაციური ფსიქოზი, რომლის დროსაც დამახასიათებელია ჰალუცინოზი, ბოდვა, შიშის აფექტი და სხვ.

საქართველოში ლეგალური სტიმულატორებიდან ჩვენი საზოგადოებისათვის კარგადაა ნაცნობი (და ჩვეული) ყავა და ჩაი, რომელთა პასუხისმგებლობით მოხმარება ადამიანს ეხმარება ცხოვრებაში და კომფორტის ერთ-ერთი, არც თუ ისე უმნიშვნელო, წყაროა. რაც შეეხება არალეგალურ სტიმულატორებს, მათ მიმართ სამართლიანია ყველა ის პრობლემა და რისკი, რაც ზედა აბზაცში აღვწერეთ.

არალეგალური სტიმულატორებიდან, საქართველოში კოკაინის გამოყენება ტრადიციულად ნაკლებად შეინიშნებოდა. ეს, ერთი მხრივ, განპირობებულია იმით, რომ მცენარე კოკა ჩვენთან არ ხარობს; მეორე მხრივ, როგორც ჩანს, არ ხდება მისი მასშტაბური იმპორტი ქვეყანაში. ამას კოკაინის ამოღების უმნიშვნელო მაჩვენებლებიც ადასტურებს: 2007 წელს, საქარ-

თველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ, უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული იყო სულ 0.558 გრ. კოკაინი, 2008 წელს – 1.375 გრ., 2009 წელს – 0.78 გრ.[27]; თუმცა, 2015 წელს ამოღებული იქნა 30 კგ-ზე ცოტა მეტი კოკაინი (29ა), რაც, შესაძლოა, შეცვლილი ტენდენციის ინდიკატორი იყოს.

კვალი	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს ჩატარებული ეროვნული სასკოლო გამოკითხვის შედეგების თანახმად, კოკაინის მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 2%-მა, მეტამფეტამინისა ასევე 2%-მა, ხოლო ამდეტამინისა - 1%-მა.
--------------	---

წამალდამოკიდებულთა ზრდასრულ პოპულაციაში საკმაოდ გავრცელებულია აფთიაქში ხელმისაწვდომი გარკვეული მედიკამენტების ქიმიური გადამუშავების გზით კუსტარულად დამზადებული მეტამფეტამინის („ვინტი“) ან მეტკანტინონის („ჯეფი“) ჯგუფის სტიმულატორების ინექციური მოხმარება[15]. მათზე დამოკიდებულება სწრაფად ვითარდება, მიჩვევის პოტენციალი მაღალი აქვთ. ამავე დროს, ჯანმრთელობაზე ზემოქმედება – დამანგრეველი: ყალობდება ცენტრალური ნერვული სისტემის შეუქცევადი ცვლილებები; ვითარდება ისეთი მძიმე ქრონიკული დაავადება, როგორიცაა პარკინსონიზმი; ზიანდება შემეცნებითი უნარები, აზროვნება, მეტყველება; ხშირია ინტოქსიკაციური ფსიქოზები; მოხმარებას მოსდევს პიროვნების დეგრადაცია[5].

საქართველოში ამ კუსტარული ნარკოტიკული საშუალებების პრობლემური მოხმარება წამალდამოკიდებულთა ზრდასრულ პოპულაციაში ამჟამად იზრდება, რაც მნიშვნელოვანი პრობლემაა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით. ამიტომ, გადაწყვიტეთ, რომ ეს მოკლე ინფორმაცია ჩაგვერთო მოცემულ თავში, იმის მიუხედავად, რომ სასკოლო ასაკის მოზარდებში მათი მოხმარება უმნიშვნელოა.

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (NPS)

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქვეშ იგულისხმება ნივთიერებები, რომელიც შეიცავს “ტრადიციული” ნარკოტიკების (კოკაინი, კანაფი, ექსტაზი) მსგავსი ეფექტის გამომწვევ ერთ ან მეტ ქიმიურ ნივთიერებას. ისინი არსებობს სხვადასხვა ფორმით: ფხვნილის, აბების, ბალახოვანი ნარევის, კრისტალის, სითხის სახით. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შემთხვევაში, “ტრადიციულ” ნარკოტიკულ საშუალებების მიღებასთან დაკავშირებული ყველა რისკი აქტუალურია. საქართველოში, უკანასკნელ წლებში, ახალ ფსიქოაქტიურ საშუალებების მოხამრებასთან დაკავშირებულ არა ერთ გახმაურებულ სიკვდილის შემთხვევას ჰქონდა ადგილი.

საქსაპო	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წელს ჩატარებული ეროვნული სასკოლო გამოკითხვის შედეგების თანახმად, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება მიუთითა გამომკითხულ მოზარდთა 7%-მა.
----------------	---

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

- რას გულისხმობს ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკი?
- რა უფრო მაგნედ ხდის ფსიქოაქტიურ საშუალებას: საკუთრივ საშუალების თვისებები, მისი მოხმარების სახე, თუ მისი ხელმისაწვდომობა?
- რომელი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებაა განსაკუთრებით გავრცელებული საქართველოს მოზარდებში? რომელ რისკებთან არის ეს დაკავშირებული?

2. თავი მეორე. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემის ახსნა

თავში გადმოცემულია ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემის ახსნის მიდგომები თანამედროვე ფსიქოლოგიასა და ფილოსოფიაში; განხილულია პრობლემის ჩამოყალიბებასა თუ მის პრევენციაში ისეთი ახსნითი სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორების როლი, როგორიცაა: მოტივაცია, განწყობები, მოლოდინები; აღწერილია პრობლემის დონეები და თითოეულ დონეზე მოქმედი რისკისა და დამცავი ფაქტორები.

2. 1. ახსნითი ფილოსოფიურ-ფსიქოლოგიური პარადიგმები

არსებობს მითი, რომლის თანახმადაც, თუ გავიგებთ, რატომ მოიხმარს ადამიანი ნარკოტიკებს, მივაგნებთ ავადმომხმარებლის თავიდან აცილების პანაცეას⁸. ალბათ, სწორედ ამიტომ, რომ ნარკომანიის, როგორც ფენომენის ახსნას, დღემდე მრავალი მკვლევარი, ფსიქოლოგი, ექიმი, პედაგოგი ცდილობს, მაგრამ ერთადერთი ამხსნელობითი ფაქტორის მოძიება, ერთადერთი პასუხის გაცემა შეუძლებელია – „რატომ“ – დღეისათვის ჯერაც არ არსებობს და როგორც ზედა აბზაცში



აღვნიშნეთ, არც შეიძლება რომ იარსებოს. ეს მითია. პრობლემა იმდენად მრავალგანზომილებიანია, რომ მის ერთადერთ მიზეზზე, ან, თუნდაც, მიზეზთა ჯგუფზე, ან მოგვარების რომელიმე ერთ მეთოდზე იმედის დამყარება ფუჭია. პრობლემის დაძლევა, როგორც ქვემოთ აღვწერთ (იხ. თავი „ნარკომანიის პრობლემის დაძლევის სტრატეგიები“), მრავალპლანიან სისტემურ მიდგომას საჭიროებს.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მოცემულ თავში ახსნითი

8 უნივერსალურ უებარ წამალს

მიდგომების გადმოცემის შემდგომ, მომდევნო თავში, პრობლემის დონეების და მათ შორის ურთიერთკავშირის დეტალურ აღწერას შემოგთავაზებთ, რათა მოწოდებული მასალის საფუძველზე, პრობლემის **თქვენული ხედვა და გაგება** შეიმუშავოთ.

პრობლემის ახსნა, როგორც წესი, დამოკიდებულია იმ ფილოსოფიურ მსოფლმხედველობაზე და შესაბამის ცნებით აპარატზე, რომელსაც იზიარებს ავტორი. ქვემოთ შევეცდებით ფსიქოპაქტიური საშუალებების ავადმთხმარებისა და წამალდამოკიდებულების პრობლემის გააზრებას სამი საკვანძო ფილოსოფიურ-ფსიქოლოგიური პარადიგმის ქრილში.

ფსიქოდინამიკური პარადიგმა

უპირველეს ყოვლისა, ფსიქოდინამიკური ფსიქოლოგიის პარადიგმას განვიხილავთ, რომელიც ზიგმუნდ ფროიდის ფსიქონალიზის მოძღვრებიდან იღებს სათავეს[45,46,47]. ფსიქოდინამიკური მიდგომის თანახმად, პიროვნებას გააჩნია როგორც ცნობიერი ფსიქიკური ცხოვრება, ასევე არაცნობიერი (რომლის შესახებაც ინფორმაციას ის, ჩვეულებრივ, ვერ ფლობს). არაცნობიერი თავს იჩენს სიზმრებისა და ფანტაზიის შინაარსების, ავტომატური ქმედებების, იუმორის, შემთხვევითი (მექანიკური) წამოცდენების, უკიდურეს შემთხვევაში – ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების სახით. ხშირად არაცნობიერი სწრაფვები ეწინააღმდეგება პიროვნების ზნეობრივ ნორმებს, და ამის გამო ადამიანი შინაგან კონფლიქტებსა და ტრავმებს განიცდის, რამაც, შესაძლოა, შეაფერხოს მისი პიროვნული განვითარება და გარკვეულ ფსიქოპათოლოგიურ პრობლემებს დაედოს საფუძვლად.

ფსიქოდინამიკური მიდგომის მიხედვით, წამალდამოკიდებულება, ანუ ნარკომანია არის ფსიქიკური დაავადება, რომელიც ვითარდება ბავშვობის გაუცნობიერებელი ტრავმების, შინაგანი კონფლიქტებისა და პიროვნული განვითარების შეფერხების შედეგად [45,46,47].

ამ ქრილში, ნებისმიერ ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომს

გააჩნია საზრისი და ის გარკვეულ არაცნობიერ ტენდენციას ასიმბოლოებს: მაგალითად, ფროიდისათვის, ალკოჰოლიზმი ადამიანის განვითარების ადრეულ (ე.წ. ორალურ) სტადიაზე მიღებული ტრავმის შედეგად განვითარებული ფსიქოპათოლოგიაა, რომლის სიმპტომებიც (პერორალურად ალკოჰოლის მოხმარება) ადრეულ ბავშვობაში დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილებების სიმბოლურ დაკმაყოფილებას წარმოადგენს; რიგი ავტორებისა ნარკოტიკებისა თუ ალკოჰოლის მოხმარებას ლატენტური ჰომოსექსუალიზმის და, შესაბამისად, განვითარების ანალურ სტადიაზე ფიქსაციის სიმბოლოდ მიიჩნევენ; სხვანი წამალდამოკიდებულებას ქრონიკული თვითმკვლელობის და შესაბამისად, თვითგანადგურებისკენ სწრაფვის სიმბოლოდ განიხილავენ.

ამგვარად, ფსიქოდინამიკური მიდგომის თანახმად, წამალდამოკიდებულება, თუ ამა თუ იმ ფსიქოპათიური ნივთიერების ავადმოხმარება, ერთგვარად, სამედიცინო-ფსიქოლოგიური პრობლემაა, დაკავშირებულია ადამიანის განვითარებასთან, სათავეს ადამიანის ცხოვრების პირველი წლებიდან იღებს. ამ პრობლემისგან განთავისუფლების გზა მის საფუძვლად მდებარე შინაგანი კონფლიქტებისა თუ ტრავმების გაცნობიერება და გადალახვაა.

ქცევათმეცნიერული პარადიგმა

ქცევითი, ანუ ბიჰევიორისტული ფსიქოლოგია, ანუ იგივე, ქცევათმეცნიერება, ამერიკაში იღებს სათავეს, რაც ლოგიკურია – გამომდინარე ამერიკელების „დრო – ფულია“ აზროვნების სტილიდან. ბიჰევიორისტებმა გადაწყვიტეს „არ იქექონ შავ ყუთში“ (ანუ ადამიანის ფსიქიკაში, როგორც ამას ფსიქოდინამიკური მიმდინარეობა გვთავაზობს) და შექმნან მეცნიერება, რომელიც მათ ადამიანის ქცევის წინასწარმეტყველების შესაძლებლობას მისცემს. კლასიკური ბიჰევიორიზმი ადამიანს ქცევითი სტერეოტიპების ჯამად განიხილავდა, ხოლო ქცევას კი – როგორც რეაქციას ამა თუ იმ სტიმულზე. თუ გვეცოდინება რა სტიმული რომელ რეაქციას იწვევს, შევძლებთ ქცევის წი-

ნასწარმეტყველებას – აი, ამგვარად ჟღერდა მათი კრედო.

ბიჰევიორიზმის ცენტრალური ცნებაა დასწავლა: ადამიანი ახორციელებს ამა თუ იმ ქცევას და იმის მიხედვით, თუ რას იღებს შედეგად – დაჯილდოვებას თუ დასჯას, იგი მას ან დაისწავლის, ან „ამოიღებს თავისი ქცევითი რეპერტუარიდან“.

უფრო კონკრეტულად რომ ვთქვათ, თუ ქცევის განხორციელებას მოსდევს ადამიანისათვის მნიშვნელოვანი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება (ე.ი. „დაჯილდოვება“), მაშინ ეს ქცევა დაისწავლება. თუ ქცევას მოსდევს განმახორციელებლისათვის მნიშვნელოვანი მოთხოვნილების ფრუსტრაცია⁹ (ე.ი. „დასჯა“), მაშინ იგი, სავარაუდოა, აღარ გაიმეორებს ამგვარ ქცევას.

მაგალითად, თუ თამბაქოს გასინჯვისას მორცხვ ახალგაზრდას გაუადვილდა ქალიშვილთან ურთიერთობა (აღარ შეანუხა საუბარში პაუზებმა, ხელები დააკავა და გაუქრა იმის განცდა, რომ არ იცის სად წაილოს, ამის გამოისობით მოახერხა ურთიერთობაში დაუძაბავი ტონის დაჭერა და ა.შ.), ეს ნიშნავს, რომ მან თამბაქოს მოწევის შედეგად „დაჯილდოვება“ მიიღო, რამდენადაც დაიკმაყოფილა აფილაციის¹⁰ მოთხოვნილება; აქედან გამომდინარე, იგი თამბაქოს ავადმომხმარებლის ქცევის დასწავლის გზაზეა (ანუ, იკვრება პირობითი რეფლექსი თამბაქოს მოხმარებასა და დადებით ემოციებს შორის, ან სოციალურ სიტუაციებში ყოფნასა და თამბაქოს მოხმარებას შორის).

ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარებას ქცევათმეცნიერება განიხილავს, როგორც დასწავლილ არამიზანშეწონილ ქცევას.

ავადმომხმარებლისაგან გასათავისუფლებლად საჭიროა აღმოცენებული პირობითი რეფლექსის ჩაქრობა (ქცევის „გადასწავლა“) და ახალი, მიზანშეწონილი ქცევის (პირობითი რეფლექსების) დასწავლა – მაგალითად, ქცევების ისეთი კომპლექსისა, როგორიცაა ეფექტური კომუნიკაცია და სხვა.

შავი ყუთის „ბრმა“ მიდგომა ქცევათმეცნიერების წიაღში

9 იმედგაცრუება, გამოწვეული ამა თუ მოთხოვნილების დაუკმაყოფილებლობით

10 ურთიერთობის, ემოციურ კავშირებში ჩართულობის მოთხოვნილება

თანდათანობით გადაილახა და ე.წ. ნეობიჰევიორიზმის ტალღაში. მეოცე საუკუნის მეორე ნახევრიდან, ყურადღება მიექცა ქცევის მიღმა მდებარე შემეცნებით (აზრები, წარმოდგენები, რწმენები) და მოტივაციურ ფაქტორებს. დღეისათვის წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სფეროში განსაკუთრებული ეფექტურობა დაადასტურა ე.წ. **კოგნიტურ-ბიჰევიორისტულმა, ანუ შემეცნებით-ქცევითმა** მიდგომამ. ამ მიდგომის თანახმად, ამა თუ იმ სტიმულზე ადამიანის რეაქციას განსაზღვრავს ამ სტიმულის აღქმის დროს აღმოცენებული შემეცნებითი პროცესები. თუ შემეცნებითი პროცესებით ინფორმაციის გადამუშავება არასწორად ხორციელდება, ადამიანს ექმნება არასწორი წარმოდგენები (კოგნიციები) სამყაროსა და საკუთარი თავის შესახებ, რაც საფუძვლად ედება მრავალ სხვადასხვა პიროვნულ პრობლემას, მათ შორის წამალდამოკიდებულებასაც.

კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული (შემეცნებით-ქცევითი) მიდგომის თანახმად, ისეთმა არასწორმა წარმოდგენამ, როგორიცაა „თუ შეთავაზებულ სიგარეტზე უარს ვიტყვი, დედიკოს ბიჭად ჩამთვლიან“, შესაძლოა მოზარდი თამბაქოს ავადმომხმარებამდე მიიყვანოს. ანდა, შესაძლოა ადამიანს, რომელმაც სასმელს თავი დაანება, უჭირდეს სასმელის შეთავაზების სიტუაციებში უარის თქმა იმის გამო, რომ აქვს წარმოდგენა (შესაძლოა, გაუცნობიერებელი), რომლის თანახმადაც „თუ უარს ვეტყვი, მარტო დავრჩები, თუ მარტო დავრჩები, დავიღუპები...“ და ა.შ. იმისათვის, რათა შემცირდეს რეციდივის რისკი, კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული ფსიქოთერაპია ეხმარება ადამიანს ამგვარი დესტრუქციული, დაღევისა თუ მოწევის მამოტივირებელი წარმოდგენების გაცნობიერებასა და გადალახვაში.

შემეცნებით-ქცევითი მიდგომა ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემას უყურებს, როგორც არასწორი წარმოდგენების/აზრების/რწმენების (კოგნიციების) გავლენით განხორციელებულ და დასწავლილ არამიზანშეწონილ ქცევას[67,82,89,111].

ავადმობმარების პრობლემის დაძლევის შემეცნებით-ქცევითი მიდგომა ხედავს შემდეგში:

ა. არასწორი კოგნიციების გაცნობიერება-გადასინჯვა-ცვლილება;

ბ. არასწორად დასწავლილი ქცევების საფუძვლად მდებარე პირობითი რეფლექსების ჩაქრობა: მაგალითად, სოციალური ურთიერთობების სიტუაციებში თანმხლები ჩვეული შფოთვის მოხსნა და ამით დაღევის იმპულსის დაძლევა;

გ. დაბოლოს – მიზანშეწონილი ქცევების დასწავლა: არასასურველ შეთავაზებაზე უარის თქმის, ეფექტური კომუნიკაციის, პრობლემისა და კონფლიქტის მართვის თუ სხვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარება.

ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური პარადიგმა

ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური ფილოსოფიისა და ფსიქოლოგიისათვის **ადამიანური ყოფნა** ცენტრალური ცნებაა. ადამიანური ყოფნა არჩევანის თავისუფლებას, გაკეთებული არჩევანისთვის პასუხისმგებლობის ღირსეულ ტარებას, შესაბამის მოქმედებას და ამ გზით საკუთარი თავის განხორციელებას, **თვითრეალიზაციას** გულისხმობს.

ადამიანური ყოფნა, არსებობა, ამასთან დაკავშირებული პირადი პასუხისმგებლობა – მძიმე ტვირთია. აქ ადამიანი ერთი ერთზეა სამყაროს წინაშე, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს ე.წ. ეგზისტენციალური (არსებობის) შიში/შფოთვა, დაკავშირებული მარტოობასთან და სხვა რთული სულიერი განცდები. თუ მას, ამ განცდების გავლენით, არ ეყო გამბედაობა, უარს იტყვის თავისუფალ არჩევანზე და მასთან დაკავშირებულ პი-

როვნულ პასუხისმგებლობაზე, იგი, ფაქტობრივად, **თავისუფლებიდან ლტოლვილის** როლში აღმოჩნდება. ამ შემთხვევაში იგი ვერ ჰპოვებს ცხოვრების საზრისს, ვერ ერკვევა საკუთარ თავში, გარემომცველ სამყაროში და ხდება **უცხო** – გაუცხოებული, როგორც საკუთარი თავიდან, ასევე გარშემომყოფი სინამდვილიდან.

ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური ფსიქოლოგიის თანახმად, ნამალდამოკიდებულება თუ ფსიქოპათიური საშუალებების ავადმობმარება **თავისუფლებიდან გაქცევის ერთ-ერთი გზაა [44,48,49,53,54,55,61].**

ნამალდამოკიდებულების შემთხვევაში, ადამიანი, ერთი მხრივ, გაურბის ადამიანური ყოფნის ტვირთს; მეორე მხრივ, გაქცეულს, მას უკვე აღარ სცალია იმისათვის, რომ საკუთარი თავი განახორციელოს. იგი ან „სმაშია წასული“, ან ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება-მოპოვების მანკიერ წრეშია დამწყვედული. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში, ნარკოტიკების საშოვნელად მიმართული „შრომატევადი“ აქტივობების ჯაჭვი მას ცხოვრების საზრისის უქონლობის გამო აღმოცენებულ არსებობის (ე.წ.ეგზისტენციალურ) ვაკუუმს უვსებს, დასაქმებულობისა თუ საზრისის ქონის ფსევდო-განცდებს (ილუზიას) უქმნის.

ნარკოპათიოზის ციკლი	არალეგალური ნარკოტიკების მოპოვება, როგორც წესი, დიდ დროსა და ძალისხმევას მოითხოვს („ნამლის“ საყიდელი ფულის „შოვნა“, „ბარიგის“ მონახვა, მასთან მისვლა, არალეგალური შეძენა, მოხმარება და მოხმარების შემდგომ იგივე ციკლის ხელახლა დაწყება). მომხმარებელს, ფაქტობრივად, აღარ სცალია ცხოვრების სხვა ასპექტებისათვის და ეს მას საქმით დაკავებულობის ილუზიას უქმნის.
--------------------------------	--

ადამიანი დამოკიდებულია, როგორც წესი, არა მარტო ნი-

ვითიერებაზე, არამედ მის შოვნასთან დაკავშირებული აქტივობების ჯაჭვზეც (მთლიან ციკლზე). თავის დანებების შემთხვევაში იგი არა მარტო ფიზიკურ თუ ფსიქოლოგიურ „ლომკას“ განიცდის, არამედ რეალური ვაკუუმის წინაშე დგება, სრულიად დაბნეულია – აქ მას შემდეგი შეკითხვა უჩნდება: „რა ვაკეთო იმის მაგივრად, რასაც ადრე ვაკეთებდი?“^[35,36]; რამდენად წარმატებით და რეალისტურად შეძლებს ადამიანი უპასუხოს ამ შეკითხვას, მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს მისი რემისიის¹¹ ხარისხსა და ხანგრძლივობას. ამ შეკითხვაზე პასუხის გაცემაში მისი დახმარება (ოჯახის, საზოგადოების, სახელმწიფოს მხრიდან) ძალიან მნიშვნელოვანია.

ჰუმანისტურ-ეგზისტენციალური მიდგომის თანახმად, ფსიქოპატიური საშუალებების ავადმომხმარებლის თავის დანებების საქმეში ადამიანის დახმარება შესაძლებელია ღირსების დაცვაზე, მიმღებლობასა და ნდობაზე დაფუძნებულ, არაშეფასებით, პარიტეტულ, თერაპიულ ურთიერთობებში მისი ჩართვის გზით. ეს მისცემს ადამიანს საშუალებას, მოიძიოს თავისი ჭეშმარიტი მე, გაბედოს იყოს ის რაც არის, ანუ გაბედოს ყოფნა, დაიწყოს ზრუნვა თვითგამოხატვაზე, ცხოვრების საზრისის მოძიებაზე, თვითრეალიზაციაზე. აქ აუტენტური¹² ადამიანური ურთიერთობები პრობლემის დაძლევის საქმეში გადამწყვეტ ფაქტორს წარმოადგენს.

ინტეგრირებული მიდგომა

ამგვარად, ფსიქოდინამიკური პარადიგმა ნარკოტიკების ავადმომხმარებლას განიხილავს, როგორც გაუცნობიერებელი შინაგანი კონფლიქტებისა და ტრავმების მიზეზით გამოწვეულ ფსიქო-პათოლოგიას; ქცევითი პარადიგმა – როგორც დასწავლილ პრობლემურ, არამიზანშეწონილ ქცევას; ეგზისტენციალურ-ჰუმანისტური პარადიგმა – ადამიანის თვითრეალიზაციის ბლოკირების შედეგად გამოწვეული ეგზისტენციალური

11 ნათელი პერიოდი ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობაში

12 ჭეშმარიტი, ნამდვილი

ვაკუუმის გადალახვის არაპროდუქტიულ გზად, თავისუფლებიდან გაქცევად. თითოეული ეს მიდგომა სხვადასხვა (არაც-ნობიერ, ქცევით და ეგზისტენციალურ) დონეზე არსებული პრობლემებით ხსნის წამალდამოკიდებულებას. გარკვეული თვალსაზრისით, ეს ახსნები ერთმანეთს არ ეწინააღმდეგება. ამ დონეებზე არსებული პრობლემების ერთობლივად გააზრება, ინტეგრირებული მიდგომა, პრობლემის „თავსატეხის ნაწილების“ შეერთებისა და გამთლიანებული სურათის დანახვის საშუალებას გვაძლევს.

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

– რომელი ახსნითი მიდგომაა თქვენს მსოფლმხედველობასთან უფრო ახლო? რით?

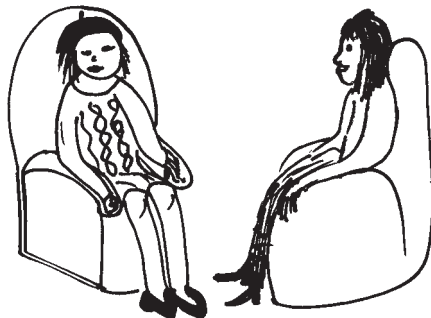
– რა მინიშნებებს გვაძლევს თითოეული აღწერილი მიდგომა ავადმოსმარების პრობლემის პრევენციის (თავიდან აცილების) თვალსაზრისით?

– სკოლაში რომელი მიდგომის პრინციპების გამოყენება შეიძლება პრევენციის მიზნით?

2.2. ახსნითი ფსიქოლოგიური ფაქტორები

პიროვნული წყობა („ვინ?“)

მეცნიერები დიდი ხნის მანძილზე ცდილობდნენ დაედგინათ, თუ რა ტიპის პიროვნებას გააჩნია ნარკოტიკების ავადმოსმარებისა და წამალდამოკიდებულების განვითარების მაღალი რისკი. აღმოჩნდა, რომ ერთმნიშვნელოვანი კავშირი ამა თუ იმ პიროვნულ ტიპსა და ნარკოტიკების მოხმარებას შორის არ არსებობს. მაგალითად, ვერ ვიტყვით, რომ



ექსტრავერტულ პიროვნებას ნარკოტიზაციის უფრო მეტი რისკი აქვს, ვიდრე ინტროვერტს, მიუხედავად იმისა, რომ მათ ფსიქოპათიური საშუალებების მოხმარების დანყების განსხვავებული მოტივაცია ახასიათებთ (იხ. შემდეგ ქვეთავში).

„ნარკომანიის მიდრეკილების მქონე პიროვნული ტიპის“ კვლევებმა ამგვარის არსებობა არ დაადასტურა, თუმცა გარკვეული კანონზომიერებებიც გამოავლინა. მაგალითად, აღმოჩნდა, რომ ზრდასრულობაში წამალდამოკიდებულების პრობლემის მქონე პირებს ბავშვობაში ხშირად ახასიათებდათ ჰიპერაქტივობა და ყურადღების დეფიციტი, სკოლაში დაბალი მოსწრება, სოციალური ნორმების გაგებისა და გათავისების სირთულეები, ემფატიის დეფიციტი, აგრესიულობა, იმპულსურობა, სიფიცხე, საფრთხის მუდმივი მოლოდინი/განცდა; მოზარდობის ასაკში – დაბალი თვითშეფასება, მნიშვნელოვანი განსვლა პრეტენზიისა და მიღწევის დონეებს შორის, სირთულეები სოციალურ ადაპტაციაში, შესაძლო ასოციალური ტენდენციები[11,76,81,92,129].

ზემოთქმული არ უნდა გავიგოთ ისე, თითქოს ამგვარი პრობლემების მქონე ბავშვებსა და მოზარდებს წამალდამოკიდებულება ერთმნიშვნელოვნად განუვითარდებათ. ან, რომ მათ ნარკოტიკების ავადმომხმარების მიდრეკილება აქვთ[92,106].

არ ვაპყნო! ამ კონტექსტში არასასურველია ცნება „მიდრეკილების“ გამოყენება. ტარდება კვლევები, სადაც ნაცადია ფსიქოპათიური საშუალებების ავადმომხმარების ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური თუ სოციალური პრედიკტორების (წინასწარი მანიშნებლების) დადგენა; კვლევები იძლევა სამეცნიერო მტკიცებულებას იმისა, რომ ფსიქოპათიური საშუალებების ავადმომხმარების მიმართ ერთმნიშვნელოვანი მიდრეკილების დადგენა-წინასწარმეტყველება არ შეიძლება და თანაც, შესაძლოა ზიანი მოუტანოს ადამიანს, მითუმეტეს არასრულწლოვანს[102, 123,138].

აქ საუბარი, მხოლოდ და მხოლოდ, ბიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ დონეზე არსებულ რისკ-ფაქტორებს ეხება. მაგრამ, როგორც წიგნის მომდევნო თავებში დავინახავთ, ყოველი კონკრეტული ბავშვის/მოზარდის/ადამიანის ცხოვრებაში ბიო-ფსიქო-სოციო-სულიერ-პოლიტიკურ დონეზე რისკისა და დამცავი ფაქტორების მთელი სისტემა მოქმედებს და, როგორი იქნება წამალდამოკიდებულების თვალსაზრისით (კეთილსამედო თუ არა) მათი „მოზაიკა“ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში – ეს ინდივიდუალური მიდგომისა და გრძელვადიანი შეფასების საგანია[106,123].

ზრდასრულების შემთხვევაში გამოიკვეთა ერთგვარი პიროვნული სტილი – ე.წ. „კონტროლდაქვეითებული“ ქცევითი სტერეოტიპი[11, 88,94,105,132], რომელიც წამალდამოკიდებულების განვითარების მაღალი რისკის შემცველად განიხილება. მას ახასიათებს პიროვნული არათანმიმდევრულობა, იმპულსური მოთხოვნილებების და შესაბამისად, ქცევის კონტროლის დაბალი დონე, ემოციური არამდგრადობა, გაუნონასწორებლობა, აზროვნების შეცდომები (რომელთა მიღმაც ინფორმაციის გადამუშავების ხარვეზები დგას), ზნეობრივი ნორმებისადმი არასაკმარისი ანგარიშის განევა (ზნეობრივი მოუმწიფებლობა) და ა.შ.

მოტივაცია („რატომ“?)

როგორც მოცემული თავის დასაწყისშივე ვახსენეთ, ყველაზე ხშირად განმეორებადი შეკითხვა, რომელიც ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების თუ წამალდამოკიდებულების (ნარკომანიის) კონტექსტში გაისმის ხოლმე, არის „რატომ მოიხმარს ადამიანი ფსიქოაქტიურ საშუალებებს?“; ეს შეკითხვა აქტუალური და მართებული მოხმარების საწყის სტადიაზეა – როდესაც ადამიანის ნებაზეა დამოკიდებული, მოიხმაროს თუ არა ფსიქოაქტიური საშუალება. დაავადების განვითარებასთან ერთად, შეკითხვა „რატომ“, ფაქტობრივად, კარგავს აზრს, რადგანაც აქ მოხმარება უკვე არა ინდივიდუალური არჩევანის საკითხი, არამედ დაავადების განვითარების

შედეგად გაჩენილი პათოლოგიური ლტოლვის ფუნქციაა და თვით დაავადება (და არა ადამიანი) ხდება ამა თუ იმ საშუალების მოხმარების მიზეზი.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მოცემულ ქვეთავში, შეჩერდებით მოხმარების საწყისი მოტივაციის თვალსაზრისით არსებულ განსხვავებებზე.

საინტერესოა წამალდამოკიდებულების კვლევების ერთ-ერთი კლასიკოსის, ვოლფრამ კეუპის[98] გამოკვლევა, რომელმაც რეტროსპექტული თვითანგარიშების საფუძველზე, წამალდამოკიდებულ პირთა კლასიფიკაცია მოახდინა. იმის მიხედვით, თუ რა წარმოადგენს ადამიანისთვის მოხმარების „მოტივატორს“ ნარკოკარიერის დასაწყისში, კეუპმა გამოყო 5 განსხვავებული პიროვნული სტერეოტიპი – *კონფორმისტი, დიონისელი, მკვლევარი, ექსპერიმენტატორი და გაუმაძღარი*. ქვემოთ დავახიასიათებთ თითოეულ მათგანს:

კონფორმისტი – იწყებს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას მიზანმიმართულად, ჯგუფთან თანაზიარობის განცდის მისაღწევად. იგი ჯგუფზეა დამოკიდებული, ახასიათებს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობისაგან თავის არიდების ტენდენცია. ინტელექტი, ჩვეულებრივ, საშუალო აქვს; არა აქვს მიდრეკილება რაიმე სერიოზული ფსიქიკური პათოლოგიის მიმართ, ერიდება ფსიქოაქტიური საშუალებების ინტენსიურ მოხმარებას; ამიტომ წამალდამოკიდებულების სინდრომი იშვიათად უვითარდება. იმისათვის, რომ მოხმარებას თავი დაანებოს, ზოგჯერ საკმარისია, უბრალოდ, მისი ჯგუფიდან ჩამოშორება და ახალი ინტერესის გაჩენა.

დიონისელი – ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას სიამოვნებისა და გართობისათვის მისდევს. მას ახასიათებს ექსტრავერტობა (გარემოზე მიმართულობა), უპასუხისმგებლობა, პრაქტიკულობა. ინტელექტი, ჩვეულებრივ, საშუალო აქვს, ინტერესები – ფართო დიაპაზონის და ცვალებადი. ფსიქიკური პათოლოგიის შემთხვევაში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ერთგვარ ინფანტილიზმს, ისტერიული წრის¹³[41,42] ხასიათის

13 დემოსტრატიული ქცევები, „გათვლილი მაყურებელზე“

პათოლოგიას. წამალდამოკიდებულებაში ადვილად შედის. თავის დანებების მხრივ პროგნოზი შედარებით კეთილსაიმედოა.

მკვლევარი – ინყებს ფსიქოპაქტიური საშუალებების მოხმარებას საკუთარი პიროვნული პრობლემების შემსუბუქების მიზნით. მას ახასიათებს ინტროვერტობა (საკუთარ თავზე მიმართულობა), სოციალური ურთიერთობების გაძნელება, დაუცველობის განცდა, შფოთვის მაღალი დონე, მიდრეკილება დეპრესიისადმი, კონფლიქტურობა. აქ, ფსიქოლოგიურ დარღვევათა მიღმა, ბიოლოგიური დარღვევები უნდა ვიგულისმოთ, ხშირ შემთხვევაში საქმე გვაქვს შიზოიდური¹⁴ ან ფსიქასტენიური¹⁵[41,42] წრის ხასიათის პათოლოგიასთან. წამალდამოკიდებულების განვითარების რისკი აქ ძალიან მაღალია, რადგან მკვლევარი თანმიმდევრულად უნაცვლებს ერთ ნივთიერებას მეორეს, რათა თვითდახმარების ეფექტურ საშუალებას მიაგნოს, ხოლო ამ პრობლემური ქცევის სიღრმისეული მიზეზები კი, ფაქტობრივად, მიუხედავი რჩება.

ექსპერიმენტატორი – ინყებს ფსიქოპაქტიური საშუალებების მოხმარებას ცნობისმოყვარეობის გამო, ის სისტემატურად სინჯავს ახალ საშუალებებს ახალი მდგომარეობის განცდისა და შემეცნების მიზნით. მას ხშირად საშუალოზე მაღალი ინტელექტი აქვს, ახასიათებს აქტიურობა, ცნობისმოყვარეობა და გაკვირვების უნარი, ქოლერიკული ტემპერამენტი, ურთიერთობებში – ლიდერობა. იმ შემთხვევაში, თუ ფსიქოპათოლოგიასთან გვაქვს საქმე, მოსალოდნელია ადაპტაციური სირთულეები და პროტესტის რეაქციები. წამალდამოკიდებულების განვითარების რისკი აქ შედარებით დაბალია, ექსპერიმენტირებას თავს დაანებებს, თუ მონახავს თავისთვის ფასეულ, საინტერესო საქმეს. რაც უფრო მაღალია ინტელექტი, მით მეტია ამის ალბათობა და შესაბამისად, მით უფრო დადებითია პროგნოზი.

14 საკუთარ თავში ჩაღრმავება, პიროვნების არათანმიმდევრულობა და პარადოქსულობა, ემოციური სიცივე შეხამებული დაუცველობასთან, ორიგინალური აზროვნება

15 სიმორცხვე, გაუბედავობა, ბრალეულობის განცდა, მაღალი შფოთვა, შინაგანი დაძაბულობა, სოციალური კონტაქტების შიში და ა.შ.

გაუმადლარი – მიღებაზე (და არა გაცემაზე) ორიენტირებული ადამიანია. იგი გაუმადლარია სიამოვნების განცდის მიმართ. ინტელექტი მას, ხშირად, საშუალოზე დაბალი აქვს. მას უყვარს სოციალური ურთიერთობები, მაგრამ საპასუხოდ ვერ იმსახურებს იმავე დამოკიდებულებას, რამდენადაც ურთიერთობებისას აგრესიულობა და დესპოტიზმი ახასიათებს (შესაძლოა, აგრეთვე, ანტისოციალური ტენდენციები). წარმოშობით, უფრო ხშირად, დაბალი სოციალური ფენიდანაა. აქ მაღალია რისკი, როგორც წამალდამოკიდებულების განვითარების, ისე, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების შემთხვევაში, დოზის გადაჭარბების (ლეტალური გამოსავლით). ფსიქოპათოლოგიის შემთხვევაში შესაძლოა ეპილეპტიოიდური¹⁶[41,42] წრის ხასიათის პათოლოგია, ხშირია ტოქსიკური ფსიქოზები. თავის დანებების თვალსაზრისით პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა.

განწყობები¹⁷ და მოლოდინები („როგორ?“)

სინამდვილის ამა თუ იმ მოვლენის მიმართ დადებითი განწყობა ზრდის შესაბამისი ქცევის განხორციელების ალბათობას, უარყოფითი – ამცირებს. ამავე დროს, განწყობა მხოლოდ და მხოლოდ ერთ-ერთი ფაქტორია, რომელიც ქცევაზე ზემოქმედებს. ამ სხვა ფაქტორებს შორის, ერთობ გავლენიანია, მაგალითად, ის, თუ ადამიანი, კონკრეტული ქცევის განხორციელების შემთხვევაში, რა შედეგს ელის (მოლოდინი) ან რეალურად რა შედეგს იღებს („დაჯილდოვება“¹⁸ ან „დასჯა“¹⁹).

16 ნეგატიური ემოციებით დატვირთულობა, ფეთქებადობა, წერილმანებზე ყურადღების გამახვილების ტენდენცია, სამართლიანობის გამძაფრებელი განცდა და სხვ.

17 განწყობის ქვეშ ვგულისხმობთ ე.წ. სოციალურ განწყობას, attitude-ს[43]

18 რაიმე ქცევის განხორციელების შემთხვევაში ადამიანისათვის მნიშვნელოვანი საბაზო მოთხოვნების დაკმაყოფილება

19 რაიმე ქცევის განხორციელების შედეგად ადამიანისათვის მნიშვნელოვანი საბაზო მოთხოვნების ფრუსტრაცია

**ქცევის
პრობლემა**

სოციალური ფსიქოლოგიის კლასიკოსი, ჯუ-ლიან როტერი გვთავაზობს ქცევის პროგნოზის ფორმულას[43]:

ქცევის პოტენციალი (ანუ ქცევის განხორციელების ალბათობა) = მოლოდინი (ან განწყობა) + განმტკიცების („დაჯილდოვების“ ან „დასჯის“) ღირებულება.

ადამიანი იქცევა განწყობის შესაბამისად იმ შემთხვევაში, თუ იმ მომენტში მასზე/სიტუაციაზე სხვა ფაქტორების გავლენა მინიმალურია და თუ განწყობა საკმარისად ძლიერია. ამავდროს, ფსიქოლოგიაში ცნობილია, რომ არა მარტო განწყობა მოქმედებს ქცევაზე, არამედ პირიქითაც: ქცევა არანაკლებ (თუ მეტად არა) მოქმედებს განწყობაზე. განხორციელებული ქცევა აძლიერებს მის შესაბამის განწყობას[50].

ყოველივე ეს გარკვეულ ორიენტირებს იძლევა პრობლემის გააზრებისა და პრევენციული სამუშაოებისათვის. ქვემოთ შევეცდებით კონკრეტულ მაგალითებზე გავარჩიოთ აღწერილი კანონზომიერებები.

ავიღოთ, მაგალითისათვის, ალკოჰოლის მოხმარების ქცევა: მისი ალბათობა იზრდება, თუ გვაქვს დადებითი განწყობა ალკოჰოლის მიმართ.

**განწყობის
კომპონენტები**

სოციალური ფსიქოლოგიის თანახმად, განწყობა მოიცავს 3 კომპონენტს [43]:

- შემეცნებითს (მაგალითად, ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა არის ალკოჰოლი, რა ეფექტი აქვს მას, როგორ შედეგებს იწვევს);

- ემოციურს (რა დამოკიდებულება მაქვს მე ალკოჰოლის მიმართ, იმ ინფორმაციის საფუძველზე, რაც მის შესახებ ვიცი);

- ქცევითს (რას ვაკეთებ მე ალკოჰოლთან მიმართებაში).

ვთქვათ, მოზარდს ალკოჰოლზე მხოლოდ დადებითი ინფორმაცია აქვს (მაგალითად ის, რომ იგი ქართული კულტურის ნაწილია, რომ ჩვენი წინაპრები სვამდნენ, რომ ზრდასრულებთან ერთად სუფრასთან ჯდომა ნიშნავს, რომ შენ უკვე, გარკვეული გაგებით, საზოგადოების სრულფასოვანი წევრი ხარ დ. ა. შ.). ასეთ შემთხვევაში, გამომდინარე ამ დადებითი ინფორმაციიდან, მას დადებითის მოლოდინი და ემოციური დამოკიდებულება უჩნდება ალკოჰოლის მიმართ და აქვს შესაბამისად მისი მოხმარების ტენდენცია. დადებითი განწყობა სახეზეა. ამავე დროს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დადებითი განწყობა ერთმნიშვნელოვნად არ განსაზღვრავს ქცევას. თუ მოზარდზე სხვა ფაქტორებიც, სხვა გავლენებიც მოქმედებს – მაგალითად, შეყვარებული ჰყავს, რომელსაც არ მოსწონს, როდესაც ვაჟი სვამს, ანდა იცის, რომ მშობელი არ მოუწონებს ამ საქციელს და მშობლის აზრს ანგარიშს უწევს – მაშინ, ალკოჰოლის მიმართ დადებითი განწყობის მიუხედავად, იგი მას არ მოიხმარს. მაგრამ, თუ მოიხმარს, მაშინ განწყობაც შესაბამისად, ალკოჰოლის მოხმარების სასარგებლოდ დაიწყებს ცვლილებას.

ავიღოთ საპირისპირო მაგალითი. ვთქვათ, მოზარდს უარყოფითი ინფორმაცია აქვს თამბაქოს შესახებ – რომ თამბაქო ცუდად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე (შესაძლოა, სპორტული მიღწევების მხრივ უკან დასწიოს, საინტერესოს არაფერს მოუტანს და საერთოდ, სისულელე, ზრდასრულის „სატყუარა“). ვთქვათ, ამ ინფორმაციის შესაბამისად, უარყოფითი ემოციური დამოკიდებულება აქვს თამბაქოს მიმართ, ქცევის დონეზე – შესაბამისი ტენდენცია. ამგვარად, სახეზეა უარყოფითი განწყობა თამბაქოს მიმართ. მიუხედავად ამისა, თუ გაჩნდა სხვა გავლენები, სხვა ფაქტორები, შესაძლოა, უარყოფითი განწყობის მიუხედავად, ვაჟმა მაინც დაიწყოს მოწევა. ამგვარი ფაქტორი, შესაძლოა იყოს, მაგალითად, გოგონა, რომელსაც ის თავს აწონებს და რომელსაც სწორედ ისეთი ყმანვილები მოსწონს, ვინც ეწევა; ანდა, თანატოლები, რომლებიც მას „დედიკოს ბიჭად“ აღიქვამენ იმის გამო, რომ არ

ენევა და სხვა ამდაგვარი. თუ ამ ფაქტორების გავლენით მან მოწევა დაიწყო, განწყობაც შესაბამისად (თამბაქოს მოხამრების სასარგებლოდ) დაიწყებს ცვლილებას.

ზემოთ მოყვანილი ორი მაგალითით იმის ჩვენება გვინდა, რომ ამა თუ იმ ნივთიერების მიმართ უარყოფითი განწყობა ერთმნიშვნელოვნად არ თამაშობს პრევენციულ როლს და არ განსაზღვრავს ამ ნივთიერებისაგან თავის შეკავებას. არც დადებით განწყობას აქვს პირდაპირი კავშირი ქცევასთან.

სოციალური ფსიქოლოგიის განმარტებით, განწყობა – ეს არის კავშირი, რომელსაც ჩვენ ვქმნით ობიექტსა და ჩვენ მიერ ამ ობიექტის შეფასებას შორის (მაგალითად, თამბაქოსა და ჩვენ მიერ თამბაქოს შეფასებას შორის). თუ ეს კავშირი მყარია, მაშინ ობიექტთან პირისპირ შეხვედრისას ჩვენი განწყობა აქტუალიზდება და მის შესაბამისად ვმოქმედებთ. თუ მყარი არ არის, ან, თუ გავლენის სხვა ფაქტორები იწყებენ მოქმედებას (როგორც ზემოთ მოყვანილ მაგალითებში), მაშინ განწყობა გავლენას ვერ ახდენს ქცევაზე. თავის მხრივ, მოხმარების ქცევა, განხორციელების შემთხვევაში, გავლენას ახდენს შესაბამის განწყობაზე და ამდენად, გამოდის ავადმოხმარების რისკ-ფაქტორის როლში.

ამდენად, პრევენციული მუშაობის მიზანი, შესაძლებელია, იყოს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოხმარების მიმართ შესაბამისი უარყოფითი განწყობების, როგორც დამცავი რისკ-ფაქტორების, მიზანდასახული შემუშავება ან უკვე არსებულის გამყარება. მაგრამ, რათა არ მოვახდინოთ ამ ფაქტორის მნიშვნელობის გადაფასება, სასურველია გავითვალისწინოთ შემდეგი[38,40,50]:

– **განწყობა უფრო მყარია, როცა იგი არა გაგონილის/მოსმენილის, არამედ გამოცდილების საფუძველზეა შემუშავებული;** ამ შემთხვევაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს გამოცდილების მიღების დროს განხორციელებული ქცევის შედეგი: რა მოჰყვა ქცევას, „დაჯილდოვება“ თუ „დასჯა“ (იხ. ქვეთავი „ქცევითი მიდგომა“). მაგალითად, თუ ზემოთ მოყვანილი მოზარდის მიერ ალკოჰოლის მოხმარებას „დაჯილდოვება“ მო-

ჰყვა – მაგალითად, ყურადღების ცენტრში ყოფნა და აღიარება, სავარაუდოა, რომ მას ალკოჰოლის მოხმარების მიმართ დადებითი განწყობა განუმტკიცდებოდა და მიუხედავად ოჯახური თუ შეყვარებულის მხრიდან დამცავი ფაქტორების არსებობისა, სამს განაგრძობდა. ანდა, მეორე მოზარდის შემთხვევაში, თუ მას სიგარეტი ოდესმე გასინჯული ჰქონდა და გემო არ მოსწონებია (გასინჯვას „დასჯა“ მოჰყვა), მას უფრო მტკიცე უარყოფითი განწყობა ექნებოდა, რომელიც უფრო დიდი ალბათობით იმოქმედებდა ქცევის დონეზე და წინააღმდეგობას გაუწევდა სხვა გარეშე გავლენებს;

– **განწყობა ქცევაზე ახდენს გავლენას, თუ კი ის სპეციფიკური და ქცევის ზედმიწევნით შესაბამისი.** მაგალითად, კვლევების თანახმად, ჩვენი მოსახლეობის გამოკითხვისას ცხოვრების ჯანსაღი წესის თაობაზე (რაც საკმაოდ არასპეციფიკური ფორმულირებაა), უმრავლესობა პასუხებისა დადებითი განწყობის მაჩვენებელია: რესპოდენტები ამბობენ, რომ ისინი დადებითად, საჭიროდ და კიდევ მეტი – აუცილებლად მიიჩნევენ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვას. ამავე დროს, კარგად ვიცით, თუ რაოდენ დაბალია ჩვენს მოსახლეობაში ფიზიკულტურული აქტივობები თუ ჯანსაღი კვება და რამდენად მაღალია სიგარეტის მოხმარება. ამგვარად, კვლევის შედეგად გამოვლენილი ზოგადი განწყობა არამც და არამც არ დასტურდება რეალობაში. ამავე დროს, თუ ჩავატარებთ გამოკითხვას ჯანსაღი ცხოვრების წესის რომელიმე კონკრეტული კომპონენტის შესახებ (მაგალითად, ხილის მოხმარების დონე), მეტია ალბათობა, რომ ისეთი სპეციფიკური განწყობის ამსახველი პასუხები მივიღოთ, რომელსაც ქცევაზე გავლენის პოტენციალი ექნება. იგივე კანონზომიერება იმუშავებს ამა თუ იმ პრევენციული განწყობის შემუშავების საქმეში – რაც უფრო კონკრეტულია იგი, მით უფრო რეალურია მისი გავლენა;

– **განწყობა მყარდება, თუ მის საფუძვლად მდებარე გადაწყვეტილება (არ მოვნიო, არ დავლიო) ადამიანს შინაგანი მუშაობის შედეგად აქვს მიღებული,** თავის საკუთარ გადაწყვეტილებად აღიქმება და არა თავს მოხვეულად გარეშე სუბიექტის

მიერ; ამიტომ, *პრევენციულმა მუშაობამ მზა გადაწყვეტილებების ჩაგონება კი არ უნდა ახორციელოს, ან შიშის ტექნოლოგიებს კი არ უნდა მიმართოს, არამედ პირობები შეუქმნას მოზარდებს, რათა მათ საკითხზე საკუთარი აზრი, დამოკიდებულება შეიმუშავონ და შესაბამისი არჩევანი გააკეთონ;*

– განხორციელებული ქცევა, გახმოვანებული შეხედულება ამყარებს მის შესაბამის განწყობას; ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მტკიცებულებაა პრევენციული სამუშაოების თვალსაზრისით: თუ ადამიანი გარკვეული (მაგალითად, ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდის) მიმართულებით მოქმედებს და ქცევის მოცემული კურსის შესაბამის მოსაზრებებს საჯაროდ აფლერებს, ამ პროცესში მას შესაბამისი განწყობა უძლიერდება და იგი თავად იწყებს თავისი პროპაგანდის შესაბამისად ცხოვრებას. ამიტომ, პრევენციულ კამპანიებში მოზარდების მონაწილეობამ, შესაძლოა, სხვა მოზარდებს არ გადააფიქრებინოს ფსიქოაქტიური საშუალებების გასინჯვა, მაგრამ თვით კამპანიაში ჩართულ მოზარდებს ნამდვილად განუმტკიცებს ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესაბამის კონკრეტულ (კამპანიის უწყებების შესაბამის) განწყობებს.

შეკითხვები ნაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

– დადასტურდა თუ არა კვლევებით ნამაღდამოკიდებულების მიდრეკილების მქონე პიროვნული ტიპის არსებობა?

– ცხოვრებაში ხომ არ შეგხვედრიათ პირი, რომელიც ვოლფრამ კეუპის მიერ აღწერილ რომელიმე სტერეოტიპს (კონფორმისტი, დიონისელი, მკვლევარი, გაუმაძლარი, ექსპერიმენტატორი) მოგაგონებთ? თუ პასუხი დადებითია, როგორია თქვენი ურთიერთობის გამოცდილება?

– რა ფაქტორები ზრდის ქცევის განხორციელების ალბათობას?

– როგორ მოქმედებს განწყობა ქცევაზე? კონკრეტულად, როგორ შეიძლება ეს გამოვიყენოთ პრევენციაში?

– როგორ მოქმედებს ქცევა განწყობაზე? კონკრეტულად, როგორ შეიძლება ეს გამოვიყენოთ პრევენციაში?

3. თავი მესამე. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემის აღწერა

მოცემულ თავში აღწერილია ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრობლემის დონეები/ფაქტორები/განზომილებები: ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, სულიერი, პოლიტიკური; დახასიათებულია თითოეულ დონეზე მოქმედი რისკისა და დამცავი ფაქტორები; ნაჩვენებია, რომ პრობლემის გაგება აღწერილი დონეების ერთობლიობაში განხილვასა და მათი ურთიერთქმედების გააზრებას მოითხოვს.

წამალდამოკიდებულება (ნარკომანია) ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის უკიდურესი გამოვლინებაა. მის მაგალითზე შეუიარაღებელი თვალითაც ჩანს ტიპური პრობლემები, რომლებიც ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარებას ახლავს თან. ამიტომ, მოცემულ თავს სწორედ წამალდამოკიდებულების აღწერით ვინწყებთ. ეს საშუა-



ლებას მოგვცემს უკეთ გავიგოთ მომდევნო ქვეთავი, სადაც ადამიანური არსებობის თითოეულ დონეზე მოქმედ, წამალდამოკიდებულების თვალსაზრისით **სარისკო და დამცავი ფაქტორების გავლენის** ანალიზს ვახდენთ.

3.1. წამალდამოკიდებულების დონეების აღწერა

წამალდამოკიდებულება, ანუ ნარკომანია არის ქრონიკული დაავადება, რომელიც ვითარდება ნარკოტიკული საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების შედეგად და მოიცავს ხუთ

სხვადასხვა – ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სულიერ, პოლიტიკურ – დონეზე მიმდინარე პრობლემების ჯაჭვს.

ბიოლოგიური დონე გულისხმობს, ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქიკაზე აქტიური ზემოქმედების გამო, ამ საშუალებებზე ადამიანის ფიზიოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას;

ფსიქოლოგიური დონე გულისხმობს ერთი მხრივ, ნარკოტიკული საშუალებების მიმართ ადამიანის ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას;

სოციალური დონე გულისხმობს ნარკოტიკების პრობლემაში არა მარტო ცალკეული ინდივიდის, არამედ მისი სოციალური გარემოს (ოჯახის, სამეგობროს, თემის, დაბოლოს, მთელი საზოგადოების) ჩართულობას. აქ იგულისხმება წამალდამოკიდებულების, როგორც დაავადების გავრცელება, ნარკოტიკების გასაღების ქსელების ჩამოყალიბება, ნარკომანიის პრობლემის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულება (გულგრილობა თუ გულისხმიერება), დაავადებულთა მიმართ მიდგომა (რეპრესიული თუ მზრუნველი), პრობლემის დაძლევის საქმეში ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელობის გაცნობიერება თუ უგულვებელყოფა და ა. შ.;

სულიერი დონე გულისხმობს, რომ ნარკოტიკების ავადმხმარება და წამალდამოკიდებულება უფრო ადვილად ჩნდება იქ, სადაც სულიერი კრიზისია, ფასეულობების დეფიციტია, ე.წ. ეგზისტენციალური ვაკუუმი; თავის მხრივ, წამალდამოკიდებულების განვითარების შედეგად სულიერი კრიზისი, ფასეულობების სისტემის ნგრევა, ეგზისტენციალური ვაკუუმი ღრმავდება და ანადგურებს სულიერებას ინდივიდის თუ საზოგადოების დონეზე;

პოლიტიკური დონე გულისხმობს ნარკოტიკული საშუალებების რეგულაციის სამართლებრივ მექანიზმებს (რა არის ამა თუ იმ სახელმწიფოში მიჩნეული ლეგალურ თუ არალეგალურ ნარკოტიკულ საშუალებად, როგორი სახელმწიფო პოლიტიკა ტარდება ლეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მიმართ, როგორ ხდება არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების კონტროლი და სხვ.), მისი დაძლევის პოლიტიკური ნებისა და

ეროვნული სტრატეგიული გეგმის არსებობას, საკვანძო სახელმწიფო უწყებებს შორის კოორდინაციასა და შეთანხმებულ მოქმედებას პრობლემის დაძლევის საქმეში და სხვა.

ზემოთ აღწერილი ყველა დონისათვის შესაძლებელია, ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენების თვალსაზრისით, როგორც რისკის, ასევე დამცავი ფაქტორების იდენტიფიცირება/აღწერა.

პრევენციის სტრატეგია	პრევენციული მუშაობის სტრატეგია უნდა ეფუძნებოდეს ყველა აღწერილ დონეზე მოქმედ რისკ-ფაქტორებთან გამკლავებას (მათ მინიმუმადე დაყვანას) და დამცავი ფაქტორების გაძლიერებას (მათ შეძლებისდაგვარ მაქსიმალიზაციას). სწორედ აქედან გამომდინარეობს პრევენციის მრავალფაქტორული მიდგომის შესაბამისი სტრატეგისა და სამოქმედო გეგმის აუცილებლობა.
---------------------------------	--

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

- თითოეული აღწერილი დონისათვის, რა პრევენციული სტრატეგიის დაგეგმვაა შესაძლებელი?
- რა მიმართებაშია საჯარო სკოლა აღწერილ დონეებთან, რომელ დონეზე შეუძლია პრევენციული მუშაობის განწევა?

3.2. ადამიანური გარემოს სხვადასხვა დონეზე მოქმედი რისკისა და დამცავი ფაქტორები

რისკ-ფაქტორების ქვეშ ვგულისხმობთ იმ ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სულიერ და პოლიტიკურ ფაქტორებს, რომლებიც ადამიანს მონყვლადს, დაუცველს ხდის ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარების თვალსაზრისით.

დამცავი ფაქტორების ქვეშ, მეტაფორულად რომ ვთქვათ, ვგულისხმობთ, „კაპიტალს“, რომელიც გააჩნია ადამიანს ამ სხვადასხვა დონეზე, ვითარდება ცხოვრების მანძილზე, უპირისპირდება რისკ-ფაქტორებს და გარკვეულწილად, აზღვევს ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებისაგან.

ქვემოთ ჩვენ შევეცდებით ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სულიერ და პოლიტიკურ დონეებზე არსებული კაპიტალისა და რისკის ფაქტორების ანალიზს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ანალიზი ხელოვნურად აცალკევებს ამ ფაქტორებს. სინამდვილეში ისინი ერთობლიობაში მოქმედებენ: რიგი ფაქტორებისა სინერგიულია (ურთიერთგამაძლიერებელი) ერთმანეთის მიმართ, რიგი – ურთიერთგანმაპირობებელი, რიგი, პირიქით, ურთიერთსაწინააღმდეგო და ა.შ. ყოველივე ეს ცხოვრებაში მათი ურთიერთქმედებისა და ურთიერთზეგავლენის რთულ დინამიკურ სისტემას ქმნის. მაგრამ, რამდენადაც ანალიზი სინამდვილის შემეცნების ერთ-ერთი ეფექტური გზაა, ქვემოთ ჩვენ შევეცდებით მათ ერთმანეთისაგან იზოლირებულად განვიხილავს.

3.2.1. ბიოლოგიური კაპიტალი ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ

ბიოლოგიურ კაპიტალს, ყველაზე ზოგადად რომ განვსაზღვროთ, ადამიანის ჯანმრთელობა წარმოადგენს. აქ იგულისხმება ჯანმრთელობის თანდაყოლილი პოტენციალი, ნორმალური განვითარება და ცხოვრების მანძილზე შეძენილი ჯანმრთელობის პოტენციალი. აქ შესაძლოა ჩამოვთვალოთ გავლენის ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: ჯანსაღი მემკვიდრეობა, მშობლების კარგი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ჩასახვის მომენტში, დედის კარგი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ბავშვის მუცლად ყოფნის პერიოდში, ორგანიზმის ძირითადი სისტემების (გულ-სისხლ-ძარღვთა, ცენტრალური ნერვული, შარდ-სასქესო და სხვ.) ჯანსაღი განვითარება, ნორმალური მშობიარობა და შემდგომი ფსიქოფიზიკური განვითარება, ცხოვრების ისტორიაში ძლიერი ტრავმების არქონა, ძლიერი იმუნური სისტემა, ნივთიერებათა ნორმალური ცვლა და ა.შ.



რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების სპეციფიკურ ბიოლოგიურ რისკ-ფაქტორებს, მიმდინარეობს კვლევები, სადაც ცდილობენ წამალდამოკიდებულების გენეტიკური, ფიზიოლოგიური და ნეიროენდოკრინული მარკერების გამოვლენას. ერთმნიშვნელოვანი შედეგები ამ მიმართულებით ჯერჯერობით მიღწეული არ არის[11, 81, 85, 99].

არ პაპნოი

ყოველი მოცემული ინდივიდის შემთხვევაში სხვადასხვა დონის რისკისა და დამცავი ფაქტორები კომპლექსურ დინამიკურ სურათს ქმნის, რომელიც არ იძლევა ერთმნიშვნელოვანი პროგნოზის გაკეთების საშუალებას. კვლევის მიხედვით, ამგვარი პროგნოზი თვით გამოდის დამაზიანებელი ფაქტორის როლში მოზარდისათვის რადგან მოიცავს თვითაცხადებადი წინასწარმეტყველებისა და სტიგმატიზაციის რისკს[115, 118].

პედაგოგისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვის ისეთი პრობლემური მდგომარეობების ცნობა, რაც მისი მხრიდან ადრეულ გამოვლენასა და შესაბამის რეაგირებას საჭიროებს. ისინი ხშირად ქცევითი და ემოციური პრობლემების სახით იჩენს თავს: უყურადღებობა, მოუსვენრობა, ჰიპერაქტივობა, აგრესიულობა, შფოთვა, სხვისი უფლებების დარღვევა, სოციალური ნორმების დაუმორჩილებლობა და ა.შ. [88, 123, 129]. არ არის გამორიცხული, ამგვარი ქცევითი დარღვევების მიღმა მეტ-ნაკლებად გამოხატული ნევროლოგიური კომპონენტის მექანე ფსიქიკური ჯანმთელობის პრობლემები იდგას, მაგალითად ტურეტის სინდრომი, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის აშლილობა²⁰ და ა.შ., რაც შესა-

20 **ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომი:** მემკვიდრეობითი ნეირო-ფსიქიატრიული დაავადება, თავს იჩენს მრავლობითი მოტორული (მოძრაობითი) და ფონური (ხმოვანი) ტიკების სახით;

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის აშლილობა ჯერჯერობით არ არის საკმარისად შესწავლილი, დღეისათვის იგი ბიო-ფსიქო-სოციალურ პრობლემად განიხილება. მაგრამ, რამდენადაც აშკარად გამოკვეთილი ბიოლოგიური კომპონენტი ახასიათებს, ჩვენ მას პირობითად ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორებისადმი მიძღვნილ ქვეთავში შევყვებით.

ბამის სპეციალისტთან გადამისამართებას საჭიროებს.

ქცევითი დარღვევების მქონე ბავშვი სკოლაში შეუიარაღებელი თვალთაყ ჩანს. პედაგოგების მხრიდან იგი, ჩვეულებრივ, საკლასო ოთახში სიტუაციის ამრევად და ამდენად, „არასასურველ მოსწავლედ“ აღიქმება. აქედან გამომდინარე, პედაგოგის რეაქცია უფრო ხშირად არა იმაზეა მიმართული, თუ როგორ დაეხმაროს ამგვარ ბავშვს ჩაერთოს სასწავლო პროცესში (ე.წ. ინკლუზიური²¹ მიდგომა), არამედ იმაზე, თუ როგორ მოახდინოს მისი „უვნებელყოფა“, ფაქტობრივად – იზოლაცია, კლასის „დაცვის“ მიზნით. ეს კი, კვლევების თანახმად, არც ბავშვს რგებს, არც მის თანატოლებს, რამდენადაც, ინკლუზიური ეთიკის საწინააღმდეგოდ, საკლასო გარემოში სოციალური გარიყვისა და სტიგმა-დისკრიმინაციის ატმოსფეროს ქმნის[87,130].

მნიშვნელოვანია პედაგოგს შეეძლოს ბავშვის პრობლემური მდგომარეობის ამოცნობა და მართებული გადამისამართება შესაბამის სპეციალისტთან, რათა მას დროული დახმარების გაუწიონ. ამავე დროს, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ადრეული გამოვლენის თუ გადამისამართების პროცესში არ მოხდეს ბავშვის პრობლემების საჯაროდ გაცხადება, მისი სტიგმატიზაცია – „ავადმყოფის“ დამლის დასმა. ამ შემთხვევაში ჰიპერაქტივობას, ყურადღების დეფიციტსა თუ სხვა ქცევით თუ ემოციურ პრობლემას სხვა სოციალური სახის პრობლემები დაემატება, რაც არასასურველია[115, 118]. ეს ყველაფერი უკვე სკოლის შიდა პოლიტიკის საკითხებია, რასაც მოცემული წიგნის მეორე ნაწილში შევეხებით.

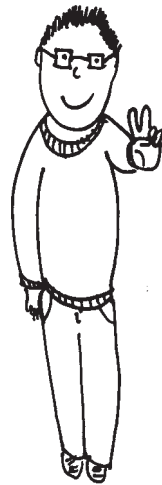
21 **Inclusion** – ინგლისური ტერმინია, სიტყვა-სიტყვით ნიშნავს ჩართვას; შემოსულია ჰუმანისტური პედაგოგიიდან და გამოხატავს მიდგომას – „სკოლა ყველასათვის“; ეს გულისხმობს სასკოლო გარემოში ამა თუ იმ ფსიქიკური თუ ფიზიკური დისფუნქციის მქონე ბავშვების განსაკუთრებული საჭიროებების გათვალისწინებას და დაკმაყოფილებას, იმისათვის, რათა ისინი სრულფასოვნად ჩაერთონ სასკოლო ცხოვრებაში (როგორც საკლასო ოთახში, ასევე სათემო სასკოლო აქტივობებში). კვლევების თანახმად, ეს სასარგებლოა როგორც პრობლემების მქონე ბავშვებისათვის, ასევე (და შესაძლოა, უფრო მეტადაც) მათი თანატოლებისათვის.

3.2.2. ფსიქოლოგიური კაპიტალი

ფსიქოლოგიური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ

ფსიქოლოგიური კაპიტალის ქვეშ ვგულისხმობთ იმ ფსიქოლოგიურ პოტენციალს, რომელიც აკუმულირდება ადამიანში პიროვნული ზრდა-განვითარების გზაზე, სხვადასხვა კრიზისის²² გადალახვის პროცესში. ცხოვრებაში ადამიანი მრავალი, სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული კრიზისის დაძლევის ამოცანის წინაშე დგება. მაგრამ არსებობს, ასე ვთქვათ, უნივერსალური კრიზისები, რომელიც, გარემოებების მიუხედავად, ყველა ადამიანის ცხოვრებაში, პიროვნული განვითარების გზაზე, გარდაუვალია: ე.წ. **ასაკობრივი კრიზისები**.

ფსიქოლოგიურ მეცნიერებაში **პიროვნების განვითარების ეტაპების** განსხვავებული კლასიფიკაციები არსებობს. ქვემოთ მოყვანილ ანალიზში ჩვენ განვითარების ფსიქოლოგიის კლასიკოსის, **ერიკ ერიკსონის ასაკობრივ პერიოდიზაციას**[60] დავეყრდნობით. აღსანიშნავია, რომ ნებისმიერი ასაკობრივი პერიოდიზაცია ერთგვარად პირობითია, ანუ ქვემოთ მითითებული ასაკობრივი პერიოდები, აქსელერაციასთან დაკავშირებით, შესაძლოა მეტ-ნაკლებად წანაცვლებული იყოს, ამიტომ როგორც დოგმას ნუ მივიღებთ. ამავე დროს, ისინი სრულფასოვნად გვიჩვენებს განვითარების ზოგად მიმართულებას, ეტაპებსა და კანონზომიერებას.



ერიკსონის მიხედვით, ადამიანი ცხოვრების მანძილზე, დაბადებიდან სიკვდილამდე, განვითარების რვა პერიოდს გადის. თითოეული ეს პერიოდი მის წინაშე სპეციფიკურ ამოცანებს აყენებს. თუ ადამიანმა წარმატებით გადაჭრა კონკრეტული ასაკობრივი პერიოდის ძირითადი ამოცანები – იგი შემდგომ ასაკობრივ პერიოდს მომზადებული (ჩვენი ტერმინოლოგიით, გარკვეული ფსიქოლოგიური „კაპიტალით“) ხვდება. ეს მას

22 კრიზისი – ბერძნული წარმოშობის სიტყვაა, ნიშნავს გარდატეხას, შემობრუნებას, გადაწყვეტილებას, ახლის დაწყებას.

ხელს უწყობს შემდგომი პერიოდისათვის დასმული ამოცანების გადაჭრაში და შესაბამისად, შემდგომი კრიზისის დაძლევაში.

ყოველი ვერდაძლეული ასაკობრივი კრიზისი ადამიანს მოწყვლადს ხდის შემდგომი კრიზისის დაძლევის თვალსაზრისით. ეს ფსიქოლოგიური, სოციალური თუ სულიერი პრობლემების (მათ შორის, ავადმობხარების) რისკ-ფაქტორია. მაგრამ ამა თუ იმ კრიზისის ვერძლევა არ არის „განაჩენი“. ადრეული ასაკის კრიზისის დაძლევა ცხოვრების შემდგომ გზაზეც შესაძლებელია, რიგ შემთხვევებში ამას პროფესიული (ფსიქოთერაპიული) დახმარება ესაჭიროება. რიგ შემთხვევებში – გონივრულ პედაგოგიურ სტრატეგიას უაღრესად დიდი დახმარების გაწევა ძალუძს.

პირველი ასაკობრივი კრიზისი დაბადებიდან 18 თვემდე ასაკობრივ ინტერვალში ხდება. ამ პერიოდში ჩვილის წინაშე სამყაროში პირველადი ორიენტაციის ამოცანა დგას და სინამდვილისა და საკუთარი თავის მიმართ საბაზო დამოკიდებულება უმუშავდება. აქ მნიშვნელოვანია მშობელმა/მომვლელმა უპირობო პოზიტიური ყურადღება²³[53,54,55] გამოიჩინოს ჩვილის მიმართ. თბილი, მზრუნველი, დაცული ურთიერთობების პოზიტიური გამოცდილება ჩვილს სამყაროს, როგორც სანდოს, კეთილგანწყობილის, იმედის მომცემის აღქმაში უწყობს ხელს და პირველი ასაკობრივი კრიზისიც, ფაქტობრივად, გადალახულია. ამის საწინააღმდეგოდ, თუ ბავშვი ფსიქოლოგიური ან/და ფიზიკური იგნორირების, ან არაჰუმანური მოპყრობის ობიექტია, იგი ვერ ძლევს კრიზისს და პასუხად შფოთვა, შიში, სამყაროს მიმართ უნდობლობა, საკუთარი თავის არმიმდებლობა და უიმედობა უჩნდება;

მეორე ასაკობრივი კრიზისი 18 თვიდან 3 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალში ხდება. ამ პერიოდში ბავშვის წინაშე დგას ამოცანა გამოეყოს დედასთან ერთგვარ ფსიქოლოგიურ სიმ-

23 ჰუამანისტურ-ეგზისტენციალური ფსიქოლოგიის კლასიკოსის, კარლ როჯერსის მიერ აღწერილი ცნება, რომელიც გულისხმობს ერთი ადამიანის მიერ მეორე ადამიანის მიმდებლობას, მის მიმართ ყურადღებას, კეთილგანწყობილებასა და დაფასებას უპირობოდ – მხოლოდ იმის გამო, რომ ის არსებობს და ისეთია, როგორიც არის.

ბიოზს (რომელშიც მუცლად ყოფნის პერიოდიდან არის ჩართული) და შეიგრძნოს თავისი, როგორც დამოუკიდებელი სუბიექტის, ავტონომიურობა, რაც უაცილებელია პიროვნული მე-ს განვითარებისათვის. ამ დროს ის მუდმივად უპირისპირდება სამყაროს – ჯიუტობს, რაც ეხმარება ავტონომიურობის განცდის განვითარებაში. მნიშვნელოვანია, მშობელი/აღმზრდელი ამას გაგებით შეხვდეს და არ აღიქვას, როგორც თავის სანინალმდეგოდ მიმართული, ან ბავშვის „უზნეობით“ თუ „ცუდი ხასიათით“ გამოწვეული ქცევა. აქ მნიშვნელოვანია ბავშვში დამოუკიდებლობისა და თვითმყოფადობის ნახალისება, ამავე დროს, სამართლიანი და მკაფიო ლიმიტების (დამოუკიდებლობის საზღვრების) მითითება/დანესება. ყოველივე ეს ეხმარება ბავშვს მეორე ასაკობრივი პერიოდის შესაბამისი კრიზისის გადალახვაში და საფუძვლად ედება პიროვნული მე-ს ჩამოყალიბებას, დადებითი თვითშეფასებისა და ნებისყოფის ჩანასახების განვითარებას. თუ პირიქით, აღმზრდელი ჰიპერმზრუნველია და ჭარბი ზრუნვით ახშობს ავტონომიურობისკენ სწრაფვას, ბავშვი ვერ ძლევს კრიზისს, მას საკუთარ ძალებში ეჭვი შეაქვს, თვითშეფასება ეცემა, პიროვნული მე-ს ძალა უქვეითდება;

მესამე ასაკობრივი კრიზისი 3-დან 6 წლამდე ასაკობრივ პერიოდში ხდება. აქ ბავშვის ძირითადი ამოცანებია თავისივე სქესის მშობელთან/აღმზრდელთან იდენტიფიკაცია, ოჯახში თავისი ფუნქციისა და როლის აღმოჩენა. აქ მშობლების მხრიდან ინიციატივების ნახალისება (ისევე და ისევე, ლიმიტების მკაფიოდ განსაზღვრა-დანესების ფონზე), ფუნქციის მინიჭება ამა თუ იმ მარტივ საქმიანობაში, თავისი ქცევით დადებითი მაგალითის – ე.წ. როლური მოდელის მიცემა (*სოციალური დასწავლისათვის*²⁴) ბავშვს ეხმარება კრიზისის დაძლევაში, მშობელთან იდენტიფიკაციაში და მასში ინიციატივიანობის, მიზანსწრაფულობის, სოციალური პასუხისმგებლობის ჩანასახების განვითარებას უწყობს ხელს. ამის სანინალმდეგოდ, თუ

24 სოციალური ფსიქოლოგიის კლასიკოსის, ალბერტ ბანდურას მიერ შემოტანილი ცნებაა, გულისხმობს სწავლას გარემომცველი ადამიანების ქცევიდან, მათი ქცევების გადაღება-გათავისების გზით[65].

მშობლების მხრიდან ჭარბი კონტროლია, ან თუ მშობლები თავისი ქცევით სოციალურად დადებით მაგალითს არ წარმოადგენენ, ბავშვი კარგავს სპონტანურობას, მიზანსწრაფულობას, სოციალური დასწავლის უნარს (რაც მშობელთან იდენტიფიკაციის ხელისშემშლელ ფაქტორს წარმოადგენს), მას დაბნეულობა, შიში და ბრალეულობის განცდა უვითარდება;

მეოთხე ასაკობრივი კრიზისი 6-დან 12 წლამდე ასაკობრივ პერიოდში ხდება. აქ ბავშვში სამყაროს შემეცნების მოთხოვნილება წამყვანია, იგი ცოდნის მიღებისა და ამ ცოდნის საფუძველზე, სამყაროში შემდგომი ორიენტაციისათვის საკუთარი თავის კომპეტენტურად აღქმის ამოცანის წინაშე დგება. ამ ასაკობრივი პერიოდის გვიანდელი ხანა (10-12 წელი) ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების თაობაზე ინფორმაციის აღქმისათვის განსაკუთრებით კეთილსაიმედოა[29].

ამ ასაკობრივ პერიოდში მშობლებთან და სკოლასა თუ სამეზობლო თემში თანატოლებთან ურთიერთობის პოზიტიური გამოცდილება საფუძველად ედება კრიზისის გადალახვას. სკოლაში, თანატოლებთან თუ შინ მიღწეული წარმატებების საფუძველზე ბავშვს კომპეტენტურობისა და საკუთარი ღირსების განცდა უვითარდება. თუ, ამის საწინააღმდეგოდ, ადგილი აქვს მშობლებთან ურთიერთობის ნეგატიურ გამოცდილებას (იგნორირება, ჭარბი კონტროლი თუ სხვა) და მარცხის განცდას თანატოლებთან ურთიერთობაში, ბავშვი ვერ ძლევს კრიზისს და პასუხად დაჩაგრულობისა და არაადექვატურობის განცდები უჩნდება;

მეხუთე ასაკობრივი კრიზისი 12-დან 19 წლამდე ასაკობრივ პერიოდში აქვს ადგილი და ცნობილია ე.წ. გარდამავალი ასაკის სახელწოდებით. აქ, მნიშვნელოვანი ფსიქო-ფიზიოლოგიური (სქესობრივი მომწიფება და ა.შ.) ძვრების ფონზე, მოზარდს უჩნდება საკუთარ თავში გარკვევის ამოცანა: მან უნდა გასცეს პასუხი საკვანძო შეკითხვების მთელ რიგს – ვინ ვარ მე, რა მინდა ამ ცხოვრებაში?

მოზარდობა, ფაქტობრივად, საკუთარი თავის ძიებისა და ექსპერიმენტირების ხანაა. აქ ადამიანი ცდილობს საკუთარ თავ-

ვზე სხვადასხვა სოციალური როლის მოსინჯვა-მორგებას, რათა ამის საფუძველზე საკუთარი თავი ჰპოვოს. იდენტობის ძიება მტკივნეული ეგზისტენციალური პროცესია (იხ. ზემოთ ქვეთავი „ეგზისტენციალურ-ჰუმანისტური პარადიგმა“); იმისათვის, რათა გაიგოს თუ რას წარმოადგენს თვითონ, მას ესაჭიროება გაარკვიოს, თუ რას არ წარმოადგენს. ამიტომ, აქ მოზარდი ემიჯნება მშობლებსა და „ზრდასრულთა სამყაროს“, ახორციელებს ე.წ. საპროტესტო რეაქციებს, მათ შორის, სავსებით შესაძლებელია, ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარებას.

რ
ა
ნ
ა
ს
ა
ს
ა
ს

სტატისტიკური მონაცემებით, წამალდამოკიდებულებით დაავადებულ პირთა ორი მესამედი ავადმთხმარებას სწორედ მოზარდობის ასაკიდან იწყებს, ამდენად ეს ასაკი თავისთავად წარმოადგენს რისკ-ფაქტორს ამ თვალსაზრისით[4,57,62,78,80,96,118,120,127].

მნიშვნელოვანია, რომ მშობლები გაგებით, მოთმინებითა და უპირობო პოზიტიური ყურადღებით შეხვდნენ მოზარდის რთულ ქცევას, რათა ერთი მხრივ, კონფლიქტი თავიდან აიცილონ და მასთან კონტაქტი არ განწყდეს; მეორე მხრივ – რომ ტაქტიანად, მოზარდის ღირსების გაფრთხილებით, თავზე მოხვევის (ზედმეტი დანაღვის) გარეშე, დაეხმარონ.

თუ მოზარდი იპოვის პასუხებს ამ ასაკობრივი პერიოდის ძირითად ეგზისტენციალურ შეკითხვებზე, იგი წარმატებით დაძლევეს იდენტობის კრიზისს და მოიპოვებს ისეთ ფსიქოლოგიურ რესურსებს, როგორიცაა ერთი მხრივ, ცოდნა იმისა, თუ ვინ არის და რა უნდა (ასე ვთქვათ, მე-კონცეფცია); მეორე მხრივ – პიროვნული მე-ს ძალას, რათა ეს ცხოვრებაში განახორციელოს.

თუ მოზარდი განიცდის ჭარბ შეზღუდვებს, იგნორირებას ან ორმაგ სტანდარტებს ოჯახის მხრიდან, თუ მას არა აქვს დაძლეული გასული ასაკობრივი პერიოდების ძირითადი ამო-

ცანები, თუ მის გარშემო არაკეთილსაიმედო თემია (სკოლა იქნება ეს თუ სამეზობლო) – მას ნაკლები შანსი აქვს, რომ გადალახოს იდენტობის კრიზისი, რაც მას ცხოვრების წინაშე დაბნეული ადამიანის პოზიციაში აყენებს: არ იცის, თუ ვინ არის, რა უნდა, სად არის მისი ადგილი საზოგადოებაში. ამ შემთხვევაში მაღალია ნარკოტიკების ავადმთხმარების რისკი;

მეექვსე ასაკობრივი კრიზისი 19-დან 35 წლამდე ინტერვალში ხდება. აქ ახალგაზრდა სტაბილური, ფასეული სოციალური კავშირების დამყარებისა და თავისი ცხოვრების საქმის ამორჩევის ამოცანების წინაშე დგას. თუ გადაჭრა ეს ამოცანები, მას უჩნდება გარემომცველ ადამიანებთან შეკავშირებულობის განცდა, იგი დაკავებულია საქმით და უვითარდება სიყვარულის უნარი; თუ იგი, წარსული კრიზისების გადალახვაში მარცხის გამო, დაბნეულია, არა აქვს საკუთარი ძალების რწმენა, ან თავისუფლების დაკარგვის შიში აქვს, მაშინ ვერ ახერხებს გარემომცველ ადამიანებთან ღირებულ ემოციურ ურთიერთობებში შესვლას, ვერ ირჩევს საქმეს – ვერ სძლევს მოცემულ კრიზისს და ფსიქოლოგიურ იზოლაციაში დარჩენის საფრთხის წინაშე დგას. აქ მაღალია ავადმთხმარების ქცევის რისკი;

მეშვიდე ასაკობრივი კრიზისი 35-დან 64 წლამდე ასაკობრივ პერიოდში ხდება. აქ მთავარი ეგზისტენციალური ამოცანა საკუთარი ცხოვრების საზრისის მოპოვებაა. თუ ადამიანმა გასული ასაკობრივი კრიზისები წარმატებით გადალახა, შვილებზე ზრუნვის, პროდუქტიულად შრომის, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის საშუალებით იგი პოულობს ცხოვრების საზრისს. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური რესურსი, რაც ამ პერიოდში ვითარდება, არის სხვაზე ზრუნვა. ამის საპირისპიროდ, დაბნეულობასა და ეგოცენტრიზმს მიჰყავს ადამიანი საკუთარი თავისგან და ცხოვრებიდან გაქცევის სურვილამდე, რაც, ფაქტობრივად, ავადმთხმარების მნიშვნელოვანი წინაპირობაა;

მერვე ასაკობრივი კრიზისი 65 წლიდან სიკვდილამდე ასაკობრივ პერიოდში ხდება. აქ ადამიანი აჯამებს განვლილ ცხოვრების გზას და იმ შემთხვევაში თუ უჩნდება საკუთარი

მიღწევების, როგორც ღირებულის განცდა, თუკი მიმღებლობს საკუთარ თავს, იგი მზადაა სიკვდილს ღირსეულად შეხვდეს. ცხოვრების ამ პერიოდის საკვანძო ფსიქოლოგიურ შენაძენს, რესურსს – სიბრძნე წარმოადგენს. თუ ადამიანი უკმაყოფილოა განვლილი გზითა და საკუთარი თავით – მას სინანულის განცდა და დაბნეულობა ტანჯავს.

პიროვნული განვითარება

ამგვარად, რომ დავაჯამოთ, იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი წარმატებით გადის პიროვნული განვითარების გზას, მას უჩნდება ისეთი ფსიქოლოგიური კაპიტალი, როგორიცაა ნდობა საკუთარი თავისა და სამყაროს მიმართ, ძლიერი მე (რომელიც რეალობას უწევს ანგარიშს), დადებითი თვითშეფასება და საკუთარი ღირსების განცდა, ინიციატივიანობა, სოციალური ინტერესი და აქტიურობა, ცოდნა იმისა, თუ ვინ არის და რა უნდა, და უნარი იმისა, რომ ეს ცხოვრებაში განახორციელოს – პასუხისმგებლობის აღების უნარი და შრომისმოყვარეობა; როგორც ადამიანების, ასევე საქმის მიმართ სიყვარულის, ერთგულების, ზრუნვის უნარი; ცხოვრების საზრისის მკაფიო განცდა, სიბრძნე.

პიროვნული ბანკითარების გლუპირება

წინააღმდეგ ამისა, პიროვნული განვითარების შეფერხების შემთხვევაში, ადგილი აქვს: სუსტ პიროვნულ მე-ს, რომელიც რეალობას არასაკმარისად ითვალისწინებს და რომლის ენერგია მიდის გადაულახავი კრიზისების გამო აღმოცენებული ნეგატიური განცდების – შფოთვა, დაბალი თვითშეფასება, ბრალეულობა, სოციალური პასიურობა, საკუთარ თავში და ცხოვრებისეულ ფასეულობებში გაურკვეველობა და ა.შ. – მოთოკვაში. ეს ყველაფერი ადამიანს წამალდამოკიდებულების მიმართ ფსიქოლოგიურად მოწყვლადს ხდის.

მაგრამ, ამა თუ იმ კრიზისის ვერდაძლევა არ არის განაჩენი: ადამიანს გადაულახავი კრიზისების გადალახვა მთელი ცხოვრების მანძილზე შეუძლია, ძალუძს; გარკვეულ შემთხვევებში მას ამაში ადამიანური თანადგომა ესაჭიროება, რიგ შემთხვევაში – პროფესიული დახმარება.

3.2.3. სოციალური კაპიტალი სოციალური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ

თანამედროვე სოციალურ მეცნიერებაში სოციალური კაპიტალის ცნება შედარებით ახლახანს გაჩნდა და ამჟამად უკიდურესად პოპულარულია. ცნება იმდენად ახალია, რომ საერთაშორისო სამეცნიერო წრეებში ჯერ-ჯერობით არ არსებობს შეთანხმება მისი განსაზღვრების თაობაზე. მას, ძირითადად, ორი განსხვავებული მნიშვნელობით იყენებენ[97,125]:

ავტორთა რიგი სოციალური კაპიტალის ცნებით აღნიშნავს ამა თუ იმ ადამიანთა ერთობის (ჯგუფი, თემი და ა.შ.) სოციალურ შეჭიდულობას. ანუ თუ თემი შეკრულია, ფასეულობები მის წევრებს შორის გაზიარებულია, გამომუშავებულია საერთო ნორმები, თანაცხოვრების შეთანხმებული წესები და ა.შ. – იგი აღჭურვილია სოციალური კაპიტალით.

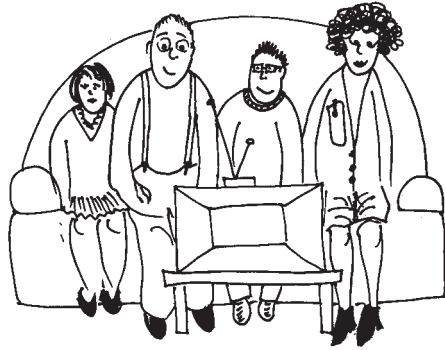
სხვა ავტორები სოციალურ კაპიტალს ამა თუ იმ ადამიანისათვის თუ სოციალური ერთობისათვის (თემისათვის, ქსელისათვის, ორგანიზაციისათვის, საზოგადოებისათვის) ხელმისაწვდომი სოციალური რესურსების მნიშვნელობით ხმარობენ.

უკანასკნელ შემთხვევაში სოციალური რესურსების ქვეშ იგულისხმება ისეთი რესურსების ხელმისაწვდომობა, როგორიცაა სამედიცინო, ფსიქოლოგიური თუ სოციალური დახმარება (ექიმის, ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკის ხელმისაწვდომობა), სამართლებრივი დახმარება (ადვოკატის ინსტიტუტი), ამა თუ იმ ინოვაციების ლობირების შესაძლებლობა (პოლიტიკური კავშირების თუ საზოგადოებრივი აქციების გზით), ამა თუ იმ მოწყვლადი ჯგუფის ინტერესების დაცვის (ადვოკატირების) საშუალება და ა.შ.

სოციალური კაპიტალის ცნებას დიდი პოტენციალი აქვს ავადმომხმარებლის ქცევის მეცნიერული კვლევისა და პრევენციის დაგეგმვის თვალსაზრისით. თუმცა, მოცემულ თავში ჩვენ, სოციალურ დონეზე მოქმედი ფაქტორების აღწერის გასაადვილებლად, გავკადნიერდებით და გავაფართოვებთ მის მნიშვნელობას. გამოვიყენებთ მას, ერთი მხრივ, ზემოთ აღწერილი ორივე განსაზღვრების შესაბამისად, ასე ვთქვათ, ამ ცნების მეცნიერული გაგებით. მეორე მხრივ, ვიხმართ უფრო ფართო გაგებითაც – სოციალური ცხოვრების ყველა დონეზე (ოჯახი, თანატოლთა წრე, სკოლა, საზოგადოება, სახელმწიფო) არსებული დამცავი ფაქტორების კრებით სახელწოდებად.

ოჯახი

ასაკობრივი განვითარების აღწერის პროცესში თვალნათლივ გამოჩნდა, რომ ადამიანის ფსიქოლოგიური კაპიტალის ჩამოყალიბებას, მნიშვნელოვანწილად, ოჯახი განსაზღვრავს. ასე რომ, მოცემულ ქვეთავში სათქმელი, მრავალი რამ, ზემოთ უკვე ითქვა. ამიტომ, აქ შევეცდებით მოკლედ აღვწეროთ გავლენის ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებს ოჯახურ დონეზე.



ფუნქციური ოჯახი

თუ ოჯახში კეთილგანწყობილი, ღია, გულწრფელობაზე, ნდობასა და ოჯახის წევრების მიერ ერთმანეთის ღირსების გაფრთხილებაზე დამყარებული ატმოსფეროა, ეს მნიშვნელოვანი დამცავი ფაქტორის როლს ასრულებს ბავშვის განვითარებაში. ამ მხრივ, აგრეთვე, მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახში თანაცხოვრების სამართლიანი, მკაფიოდ განსაზღვრული, გაზიარებული წესები იყოს. მნიშვნელოვანია, რომ წესები არა ხისტი, გახევებული, უცვლელი, არამედ მოქნილი და განვითარებადი იყოს. ამგვარ ოჯახს ფუნქციურს უწოდებენ[33,126].

ოჯახი, მსგავსად პიროვნებისა, განვითარების გარკვეულ სტადიებს გადის. თითოეული სტადია შესაბამისი კრიზისის გადალახვას გულისხმობს. ოჯახური ფსიქოთერაპიის თანახმად, თვით ოჯახის შექმნა უკვე კრიზისია: აქ განსხვავებული ოჯახური თუ პიროვნული ისტორიის მქონე ორი ადამიანი ერთად იწყებს ცხოვრებას, რაც მათი მხრიდან ურთიერთგაცნობას, ურთიერთმორგებას, ერთმანეთის საჭიროებებისა და ინტერე-

სების დაკმაყოფილებაზე ზრუნვას, სამომავლო გეგმებსა და ყოველდღიური რუტინის მართვაზე შეთანხმებას გულისხმობს. ბავშვ(ებ)ის დაბადებაც მნიშვნელოვანი კრიზისია – აქ „დუეტში“ ურთიერთობიდან ცოლ-ქმარი „ტრიოზე“, „კვარტეტზე“ და ა.შ. უნდა გადაიწეოს და ურთიერთობის ახალი წესები შეიმუშავოს. შვილის მოზარდობის ხანაც მთლიანად მთელი ოჯახის კრიზისია, რადგანაც აქ ჩვეული მოზრდილი-ბავშვი ურთიერთობის სტერეოტიპიდან მშობლები შვილის, როგორც მოზარდის (და შემდგომ პერიოდში უკვე – ზრდასრულის) აღქმაზე უნდა გადავიდნენ და ა.შ.

საქართველოში, ხშირ შემთხვევაში, ოჯახურ ურთიერთობებში კიდევ უფრო მეტი ფაქტორი თამაშობს როლს ე.წ. „სრული ოჯახების“ (დედამთილ-მამამთილი თუ სიდედრ-სიმამრი და ახალგაზრდა ოჯახი) თანაცხოვრების გამო.

ამა თუ იმ კრიზისის გადალახვაში მარცხის გამო ოჯახი, შესაძლოა, დაიშალოს, რაც ბავშვებისათვის ავადმოსმარების ქცევის რისკ-ფაქტორია. ან შესაძლოა, არ დაიშალოს, მაგრამ დისფუნქციურ (გადაუწყვეტელი პრობლემების მქონე) ოჯახად იქცეს, რაც, აგრეთვე, შვილისათვის ამა თუ იმ ავადმოსმარების ქცევის რისკ-ფაქტორია.

მნიშვნელოვანია, თუ რა **ალმზრდელობით სტრატეგიებს** ახორციელებს ოჯახი. მანკიერი ალმზრდელობითი სტრატეგიები ავადმოსმარების ქცევის სერიოზული რისკ-ფაქტორია:

უამრავლობა

საქართველოში ხშირია ე.წ. ზემეურვეობის, ანუ ზემზრუნველობითი ალზრდის სტრატეგია. აქ, ერთი შეხედვით, მშობელი ყველაფერს აკეთებს იმისათვის, რათა ბავშვი დაცული იყოს, მაგრამ სინამდვილეში თავისი გადაჭარბებული ზრუნვით აფერხებს შვილის პიროვნების განვითარებას და ამით როგორც შვილს, ასევე საკუთარ თავს ბევრ პრობლემას უქმნის.

იგნორირება და/ან უპასუხობა

ზემოთ აღწერილის საპირისპიროა იგნორირების სტრატეგიები, როდესაც მშობელს არ სცალია შვილისთვის და ბავშვი მოკლებულია პოზიტიურ ყურადღებასა და სასიცოცხლო ორიენტირებს.

უფრო მძიმედ არის საქმე, თუ ბავშვი, ამა თუ იმ მიზეზით (ვთქვათ, არასასურველი შვილია), მშობლის აგრესიის განმუხტვის ობიექტი ხდება. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს ოჯახურ ძალადობას – ან ფსიქოლოგიურს, ან ფიზიკურს, ან ორივე ფორმას ერთად.

აბუზუდული გორბალი

არსებობს ე.წ. „აბუზუდული გორგალის“ ტიპის სტრატეგიები შვილთან ურთიერთობაში, სადაც არ არის დაცული სათანადო დისტანცია მშობელსა და შვილს შორის (მაგალითად, დედა შვილს თავის რომანტიკულ განცდებს უზიარებს „დაქალივით“, ან მამა-შვილი „ქალებში ერთად დადიან“).

აღზრდისა თუ ურთიერთობის სტრატეგიები შესაძლოა ორივე მშობლის მიერ ერთნაირად ხორციელდებოდეს, ან შესაძლოა სხვადასხვა კომბინაცია სხვადასხვა ოჯახის წევრს შორის (დედა, მამა, თუ ერთად ცხოვრობენ – მაშინ აგრეთვე, ბებია-ბაბუები).

წინააღმდეგობა

შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს, აგრეთვე, ე.წ. ურთიერთგამომრიცხავ აღმზრდელობით მითითებებს (და შესაბამისად, აღზრდის კურსს) სხვადასხვა მშობლის მხრიდან, რაც ბავშვს აბნევს.

შესაძლოა იყოს ერთი და იმავე მშობლის მხრიდან ორმაგი კომუნიკაცია (ე.წ. ორმაგი დაბმა) – ორი ურთიერთგამომრიცხავი უწყების („მესიჯის“) ერთდროული მიწოდება, რაც ბავშვს შინაგანად „ხლეჩს“, რადგან მან არ იცის, თუ რომელ უწყებას ენდოს. ეს წამალდამოკიდებულების განვითარების მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს[32,34,35,36].

ბავშვს დაბადებიდან გააჩნია ე.წ. **სოციალური დასწავლის უნარი**[65], რომელიც მოქმედებს როგორც ოჯახში, ასევე გარეთ. **იგი სწავლობს არა მარტო სიტყვიერი აღმზრდელობითი მითითებებიდან (მაგალითად, „იცხოვრე ჯანსაღად“), არამედ გარშემომყოფთა ქცევიდან.** და, როგორც წესი, ბავშვი სოციალურად უფრო მეტს დაისწავლის, ვიდრე სიტყვიერი აღმზრდელობითი მითითებებიდან. ამიტომ, არ-მოწვეის მოწოდება მწველი მშობლისა თუ პედაგოგის მხრიდან არ იმუშავებს, და კიდევ უფრო მეტიც – ბავშვის მხრიდან ორმაგ სტანდარტად იქნება აღქმული.

გამომდინარე ზემოთ თქმულიდან, მშობლების მიერ ფსიქოპათიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარება შვილის შემთხვევაში ავადმთხმარების ქცევის რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს; ამავე დროს, სამეცნიერო გამოკვლევების თანახმად, თუ მშობელი სოციალურად დეგრადირებულია წამალდამოკიდებულების გამო, ამან შესაძლოა, საპირისპიროდ იმოქმედოს და შვილი არასოდეს გაეკაროს იმ კონკრეტულ ნივთიერებას, რომელმაც მშობელი ამ მდგომარეობამდე მიიყვანა. აქ, როგორც ჩანს, როლს თამაშობს შვილის სწრაფვა არ დაემსგავსოს დეგრადირებულ მშობელს.

თანატოლთა წრე

როგორც ასაკობრივი განვითარების სტადიებიდან ვნახეთ, მოზარდობამდე, ბავშვისათვის ძირითად სოციალურ გარემოს ოჯახი წარმოადგენს და სოციალურ გავლენასაც ის ახორციე-

ლებს. გარდამავალი ასაკიდან იზრდება თანატოლთა წრის გავლენა. ეს წრე მოზარდისათვის, ფაქტობრივად, პრიორიტეტული რეფერენტული ჯგუფი ხდება, რომელზეც ის სწორებას აკეთებს.

თანატოლთა ჯგუფი მოზარდისათვის აღიარების მოთხოვნის დაკმაყოფილების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ასპარეზია. იგი მიისწრაფვის აღიარებისკენ სწორედ ამ სოციალურ ჯგუფში (მითუმეტეს, თუ მანამდე ვერ ჰპოვა აღიარება ოჯახში). ამის გამო მან, შესაძლოა, ისეთი ქცევაც განახორციელოს, რაც, გარკვეულწილად, ეწინააღმდეგება მის ფასეულობებს. ხოლო განხორციელებული ქცევა კი, როგორც ვიცით, აძლიერებს მის შესაბამის განწყობას და შესაბამისად, მომავალში ამ ქცევის განხორციელების ალბათობას. ამიტომაც, რომ ამა თუ იმ პრობლემურ (ვთქვათ, ასოციალური ტენდენციების მქონე) ჯგუფში გაერთიანების შემდეგ მშობლები ამბობენ, რომ „ვერცნობენ შვილს“. იგი მართლაც იცვლება, მას თანატოლთა წრე მნიშვნელოვანწილად აყალიბებს. ამავე დროს, სამეცნიერო გამოკვლევები მიგვითითებს, რომ თანატოლთა წრეში მოზარდი ერთიანდება ინტერესთა, ფასეულობების, პრობლემების მსგავსების პრინციპით[22,56,68, 77].

დასკვნა

მშობლისა თუ პედაგოგის მხრიდან მოზარდის „ცუდ წრეში ჩავარდნის“ პრევენციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ხერხია მისი დახმარება საზოგადოებრივად სასარგებლო ინტერესების გარშემო სოციალური ჯგუფების/ქსელების შექმნასა თუ ჩართვაში და ამ ქსელების სოციალური კაპიტალის განვითარებაზე ზრუნვა.

აღმოჩნდა, რომ ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოხმარების რისკის მხრივ, განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ისეთ ფაქტორს, როგორიცაა მოზარდის მიერ აღქმა იმისა, მოიხმარს თუ არა მისი თანატოლი ამ საშუალებებს.

კვლევა

სამეცნიერო გამოკვლევების თანახმად, თუ მოზარდს ჰგონია, რომ მისი ნაცნობ-მეგობრები მოიხმარენ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს არასამედიცინო მიზნით, ეს ზრდის მის მიერ ამ ნივთიერების მოხმარების ალბათობას[77,137].

ეს, შესაძლოა, აიხსნას ე.წ. ნორმალიზაციის კონცეპტით. მოხმარების საყოველთაოობის განცდა მოხმარების ქცევას ერთგვარ სოციალურ ნორმად ხდის ადამიანის (ჩვენს შემთხვევაში, მოზარდის) თვალში: „თუ ჩემი ნაცნობ-მეგობრების უმრავლესობა მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებებს, მაშინ ეს ნორმალური ქცევაა და, მე რატომ უნდა ვიყო გამონაკლისი...“.

გავრცელება არ გვარგებს

მნიშვნელოვანია გავაცნობიეროთ, რომ ნარკოტიკების მომხმარებელთა და ნარკოდამოკიდებულთა რაოდენობის გაზვიადებულად წარმოჩენა, რაც ჩვეული გახდა ქართულ მედია სივრცეში თუ ქართულ საზოგადოებაში (აქ არც პროფესიული თემია გამონაკლისი), არც თუ ისე უწყინარი ქცევაა და ქართულ პოპულაციაში ნარკოტიკების ავადმომხმარების რისკს ზრდის.

ამ მხრივ დამაფიქრებელია სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ჩატარებული სასკოლო გამოკითხვის შედეგები[66]:

კვლევა

გამოკითხულ მოზარდთა 85.9%-მა მიუთითა, რომ მათი მეგობრების უმრავლესობა მოიხმარს ალკოჰოლს; 87.4%-მა მიუთითა, რომ მათი მეგობრების უმრავლესობა მოიხმარს სიგარეტს; 49.1%-მა მიუთითა, რომ თითქმის ყველა მათი ნაცნობ-მეგობარი მოიხმარს მარიხუანას.

ეს მონაცემები, ერთი მხრივ, შესაძლოა იყოს იმის მაჩვენებელი, რომ მოზარდებმა უფრო ადვილად აღიარეს პრობლემა, როდესაც არა საკუთარი თავის, არამედ მეგობრების შესახებ წერდნენ. საკუთარი მოხმარების გამოვლენილი მაჩვენებლები, როგორც ზემოთ ვაჩვენეთ, მნიშვნელოვნად უფრო დაბალი იყო (იხ. თავი პირველი). მეორე მხრივ, ეს მონაცემები, შესაძლოა, იმის მაჩვენებელი იყოს, რომ მოზარდები გადაჭარბებულად აფასებენ მეგობრების მიერ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას, რითიც მოხმარების ერთგვარ ნორმალიზაციას ახდენენ, რაც საკმაოდ დამაფიქრებელი რისკ-ფაქტორია.

სასკოლო თემი

სასკოლო თემის, როგორც რისკისა და დამცავი ფაქტორების შემცველი სოციალური გარემოს, აღწერაში ძალიან გვეხმარება *სოციალური კაპიტალის* ზემოთ მოყვანილი თანამედროვე მეცნიერული გაგება. საკვანძო საკითხი აქ, ალბათ, ისაა, თუ რამდენად „*სოციალურად მდიდარია*“ სკოლა, ანუ რა სოციალური კაპიტალი გააჩნია მას. ამის საფუძველზე, სკოლის თვითშეფასებისათვის, შემდეგი კითხვების ჩამოყალიბება შეიძლება:

- რამდენად შეჭიდულია სასკოლო თემი:
 - რა დეკლარირებული ფასეულობები აქვს სკოლას? რამდენად არის ეს გაზიარებული სასკოლო თემის ძირითადი სუბიექტების მიერ (მოსწავლეები, პედაგოგექტივი, დირექცია, სამეთვალყურეო საბჭო)?
 - რა ფაქტობრივი ფასეულობები აქვს სკოლას (ფასეულობები, რომელიც ქცევაში ვლინდება)? არსებობს თუ არა მათზე ძირითადი სუბიექტების კონსენსუსი? რამდენად ემთხვევა დეკლარირებული და რეალური/ფაქტობრივი ფასეულობები ერთმანეთს?
 - რამდენად არის ჩამოყალიბებული სკოლაში ურთიერთობისა და თანაარსებობის მკაფიო წესები? თუ არის, რამდენად ემთხვევა ისინი ყოველდღიურ პრაქტიკაში გამოვლენილ (რეა-

ლურ/ფაქტობრივ) წესებსა და ნორმებს? რამდენად მოქნილია ეს წესები და ნორმები?

– რამდენად გაზიარებულია ეს წესები და ნორმები ძირითადი სასკოლო სუბიექტების მიერ (სკოლის დირექცია, სამეთვალყურეო საბჭო, პედაგოგები, მოსწავლეები, მშობლები)?

– რა მექანიზმები არსებობს ამ წესებისა და ნორმების ცხოვრებაში გატარებისათვის?

– რამდენად მონაწილეობს ამ წესებისა და ნორმების შექმნა-ევოლუციაში სკოლის ყველა ძირითადი სუბიექტი?

– აღზრდის თვალსაზრისით, რა კურსი აქვს აღებული სკოლას – კონტროლისა თუ ზრუნვის?

- რა სოციალური რესურსები გააჩნია სკოლას:

– რამდენად ხელმისაწვდომია სკოლისათვის სამედიცინო, ფსიქოლოგიური, სოციალური სერვისები?

– რამდენად აქვს სკოლას ახალი სასარგებლო ინიციატივების წამოყენების, ლობირებისა და ცხოვრებაში დანერგვის შესაძლებლობა?

– რამდენად თანამშრომლობს სკოლა სოციალურ პრობლემებზე (იგივე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმთხმარება, ადამიანისა და ბავშვთა უფლებები, ძალადობა, გენდერული თანასწორობა, ეთნიკური უმცირესობები, გარემოს დაცვა და ა.შ.) მომუშავე ორგანიზაციებთან და რამდენად ხელმისაწვდომია მისთვის ამ ორგანიზაციების სერვისები (შესაბამისი ტრენინგები, კონსულტირება და სხვ.)?

– რამდენად შეუძლია სკოლას გარკვეული სპეციფიკური პრობლემების (ვთქვათ, მოსწავლის ჰიპერაქტივობა) შემთხვევაში მართებულად გადაამისამართოს მოსწავლე, რათა მან დროული პროფესიული დახმარება მიიღოს და სასკოლო გარემოში ცხოვრების ხარისხი გაიუმჯობესოს? ანუ, გააჩნია თუ არა სკოლას სხვადასხვა პრობლემის შემთხვევაში რეფერირების (გადამისამართების) სისტემა და თანამშრომლობა შესაბამის ორგანიზაციებთან?

– რამდენად გააჩნია სკოლას შიდა-საკომუნიკაციო რე-

სურსები (ვთქვათ, შიდა-სასკოლო რადიო), რათა ამა თუ იმ მნიშვნელოვან საკითხზე სკოლის მთლიან თემთან ანარმოს კომუნიკაცია?

- და კიდევ უფრო სპეციფიკური შეკითხვები:
 - რამდენად არიან ინფორმირებული სკოლის ძირითადი სუბიექტები საკვანძო სოციალური პრობლემების (ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარება, ძალადობა, გენდერული თანასწორობა, ეთნიკური უმცირესობები და ა.შ.) თაობაზე?
 - რამდენად თანამშრომლობენ სკოლის ძირითადი სუბიექტები ამ პრობლემების პრევენციის საქმეში ერთმანეთთან? სხვა შესაბამის ორგანიზაციებთან?
 - რამდენად ღირებულია სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების სტილის მიდგომა?
 - ღირებულია დეკლარაციის დონეზე, თუ საქმის დონეზეც? რამდენად წარმოდგენენ პედაგოგები მოსწავლეებისათვის როლურ მოდელებს (მიბაძვის მაგალითს) ჯანსაღი ცხოვრების სტილის რეალობაში გატარების თვალსაზრისით?
 - გააჩნია თუ არა სკოლას ჯანსაღი ცხოვრების სტილსა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარების თაობაზე განსაზღვრული პოლიტიკა?
 - არის თუ არა სასკოლო თემში დელეგირებული პასუხისმგებლობები ამ პოლიტიკის ცხოვრებაში გატარებისათვის?
 - რამდენად შეუძლია სკოლას სოციალური პრობლემების პრევენციისათვის მოსწავლეებში სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარებაზე ზრუნვა, შესაბამისი პროგრამების დანერგვა?
- სკოლის დონეზე არსებული სოციალური კაპიტალის „გასაღები“, ფაქტობრივად, მოყვანილი შეკითხვების ჩამონათვალშია. თუ სკოლას მათზე დადებითი პასუხების გაცემა შეუძლია, ეს ნიშნავს, რომ მისი სოციალური კაპიტალი მნიშვნელოვანი დამცავი შრის როლში გვევლინება მოსწავლეების მიერ ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების

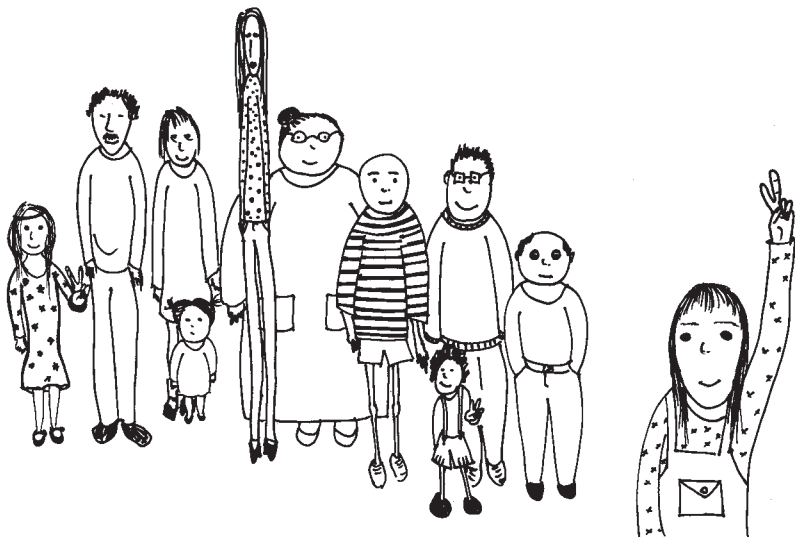
პრევენციის საქმეში. და პირიქით – უარყოფითი პასუხები ამ შეკითხვებზე სკოლის მოწყვლადობის მაჩვენებელია და მოცემული დეფიციტების აღმოფხვრის მიმართულებით მუშაობის განეხას მოითხოვს.

საზოგადოება

ამ დონეზე მნიშვნელოვანია, თუ რა სოციალური კაპიტალი ახასიათებს საზოგადოებას: რამდენადაა განვითარებული ჯანმრთელობის, ადამიანის უფლებების დაცვის, სოციალურ უზრუნველყოფაზე მიმართული ინფრასტრუქტურა, სამოქალაქო სექტორი, შესაბამისი კავშირები და სოციალური ქსელები.

აქ განსაკუთრებულ როლს იძენს **მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები**: ისინი, ერთი მხრივ, საზოგადოების ერთგვარი „რუპორია“; მეორე მხრივ – საზოგადოებრივი აზრის ფორმირების ძლიერი იარაღი. აქედან გამომდინარე, მათ დიდი სოციალური პასუხისმგებლობა აკისრიათ. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათი როლი სოციალური პრობლემების გამკლავების, ჩვენს შემთხვევაში – ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრევენციის საქმეში. მედიის კვალიფიციურობა და პროფესიონალიზმი პრობლემის დაძლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დამცავი ფაქტორია.

დემოკრატიულ ქვეყანაში საზოგადოებას, როგორც ამომრ-



ჩვევებს, შეუძლია მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანოს ამა თუ იმ პრობლემის პოლიტიკურ დონეზე კონსტრუქციული მოგვარების საქმეში, საკითხზე **სოციალური დაკვეთის** ფორმულირების გზით. ამ მხრივ ძალიან მნიშვნელოვანია, თუ რა პრიორიტეტები აქვს საზოგადოებას: რა მიაჩნია ფასეულად, რამდენად შეუძლია ამა თუ იმ სოციალურად მნიშვნელოვანი პრობლემის მოგვარების საქმეში ადამიანის უფლებებზე, მონაწილეობაზე, პრობლემის გადაჭრაზე (და არა „დამნაშავეის ძიებაზე“) მიმართული, გამჭვირვალე (საზოგადოებრივ მონიტორინგზე დაფუძნებულ) სტრატეგიებზე სოციალური დაკვეთის ჩამოყალიბება, მათი ინიცირება, ლობირება და მხარდაჭერა.

საზოგადოებრივ დონეზე მოქმედ ერთ-ერთ უაღრესად გავლენიან ფაქტორს წარმოადგენს **რეკლამა** – რასაც ისევ და ისევ მედიის მნიშვნელობის გააზრებამდე მივყავართ. რეკლამა ახდენს გავლენას არა მარტო საზოგადოებრივ წარმოდგენებზე, არამედ მოსახლეობის ქცევაზეც.

კვლევა

ჰენრი საფერმა, რომელმაც 1970 – 1983 წლებში მსოფლიოს ჩვიდმეტ ქვეყანაში ალკოჰოლის რეკლამირების გავლენა შეისწავლა, დაადასტურა, რომ ალკოჰოლის გრძელვადიანი რეკლამა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მოსახლეობაში მისი მოხმარების ნორმებისა და სტანდარტების ჩამოყალიბებაზე. ქვეყნებში, სადაც შეიზღუდა სპირტიანი სასმელების რეკლამა, 16%-ით შემცირდა ალკოჰოლის საერთო მოხმარება, ხოლო სახმელეთო ავარიების რიცხვმა 11%-ით იკლო. იმ ქვეყნებში, სადაც სპირტიან სასმელებთან ერთად, ლუდისა და ღვინის რეკლამაც შეიზღუდა, ზემოთ მოტანილ ქვეყნებთან შედარებით, ალკოჰოლის საერთო მოხმარება 11%-ით შემცირდა, ხოლო სახმელეთო ავარიების სტატისტიკამ 23%-ით იკლო[124].

საფერის გამოკვლევა გასული საუკუნის მეორე ნახევარს მიეკუთვნება. ამ და სხვა მისთანა გამოკვლევებისა და პრობლემის მიმართ საზოგადოების აქტიური პოზიციის საფუძველზე[128,133] დასავლეთის სამყაროში მომდევნო წლებში მართლაც შეიცვალა ლეგალური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების რეკლამირების პოლიტიკა.

რეკლამის რეგულირება ევროკავშირში

ალკოჰოლის სატელევიზიო რეკლამა დასავლეთის ქვეყნებში რეგულირდება 1989 წელს შემუშავებული „ტელევიზია საზღვრებს გარეშე“ დირექტივის მე-15-ე მუხლით, რომლის თანახმადაც:

- ალკოჰოლის რეკლამა არ უნდა მიმართავდეს არასრულწლოვანს, არასრულწლოვანი არ უნდა იყოს მისი სამიზნე ჯგუფი;

- ის (ალკოჰოლის რეკლამა) არ უნდა აკავშირებდეს ერთმანეთთან ალკოჰოლის მოხმარებასა და გაუმჯობესებულ ფიზიკურ ფორმას, განსაკუთრებით, მანქანის ტარებას;

- ის არ უნდა ქმნიდეს შთაბეჭდილებას, რომ ალკოჰოლის მოხმარება იწვევს სოციალურ თუ სექსუალურ წარმატებას;

- ის არ უნდა ქმნიდეს შთაბეჭდილებას, რომ ალკოჰოლს აქვს თერაპიული ეფექტი, რომ ის ან სტიმულატორი, ან დამამშვიდებელი, ან პიროვნული პრობლემების გადაჭრის საშუალებაა;

- ის არ უნდა აგულიანებდეს ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებას, არ უნდა გამოხატავდეს უარყოფით დამოკიდებულებას ზომიერი მოხმარების თუ თავშეკავების მიმართ;

- ის არ უნდა ქმნიდეს შთაბეჭდილებას, რომ ალკოჰოლის მაღალი შემცველობა სასმელს უკეთესს ხდის.

განსაკუთრებით საინტერესოა ევროკავშირისა და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ინიციატივა, რომელმაც 2005 წლიდან ევროპის რეგიონისათვის ალკოჰოლური პოლი-

ტიკის ჩარჩო მიიღო. ჩარჩო 5 ეთიკურ პრინციპს ეფუძნება, რომელთა შორის ერთ-ერთი ამგვარად ჟღერს: „ყველა ბავშვსა და მოზარდს აქვს უფლება გაიზარდოს გარემოში, რომელიც დაცულია ალკოჰოლის მოხმარების უარყოფითი შედეგებისაგან და, შესაძლებლობის ფარგლებში, ალკოჰოლური სასმელების რეკლამირებისაგან“[153].

მნიშვნელოვანია, რომ რეკლამის ესოდენ მძლავრი გავლენა ჩვენშიაც იქნას გამოყენებული ავადმოსმარების პრობლემის პრევენციის საქმეში: ერთი მხრივ, ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების (თუ ავადმოსმარების სხვა ასპარეზის – მაგალითად, აზარტული თამაშების) რეკლამირების შეზღუდვის გზით; მეორე მხრივ – ჯანსაღი ცხოვრების სტილის სოციალური რეკლამირების ინტენსიფიკაციის გზით. ეს დასავლეთის აღწერილი გამოცდილების გათვალისწინებითა და რეკლამის ფსიქოლოგიის ცოდნით უნდა გაკეთდეს, რათა სასურველი (და არა საწინააღმდეგო) ეფექტი გამოიღოს.

საზოგადოების დამცავ ფაქტორებზე საუბრისას გვერდს ვერ ავუვლით **კულტურულ ტრადიციებს**. მაგალითად, ალკოჰოლის მიმართ ტრადიციული დამოკიდებულება საუკუნეების მანძილზე იცავდა ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობას ალკოჰოლიზმის პრობლემისაგან (იხ. თავი პირველი). თუმცა, დღეისათვის, როგორც ზემოთ აღვწერეთ, მდგომარეობა შეიცვალა და საჭიროა ალკოჰოლის მოხმარების მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების გადახედვა. ამ გადახედვის შესაბამისად, უნდა შეიცვალოს ალკოჰოლის რეკლამირების სტრატეგია და მასშტაბი (იხ. ზედა აბზაცი), რისი მიღწევაც მხოლოდ და მხოლოდ ამ საკითხზე სოციალური დაკვეთის ჩამოყალიბების გზით შეიძლება. რეკლამირების სტრატეგიის შეცვლა, თავის მხრივ, ალკოჰოლის მოხმარების ნორმების ტრანსფორმაციას შეუწყობს ხელს, რაც ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას გააუმჯობესებს და სახმელეთო ავარიებით გამოწვეული სიკვდილის სტატისტიკას მნიშვნელოვნად შეამცირებს.

საზოგადოების ნებაზეა დამოკიდებული, აგრეთვე, **აზარტული თამაშების ინფრასტრუქტურის რეგულირება** – ის არ

უნდა იყოს ადვილად ხელმისაწვდომი მოზარდებისა და ახალგაზრდებისათვის. ხელმისაწვდომობის შემცირება ავადმთხოვარების ქცევის პრევენციის თვალსაზრისით ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დამცავი ფაქტორია. დღეისათვის საქართველოში ჯერ-ჯერობით არ ჩატარებულა კვლევა, რომელიც ავადმთხოვარების ამ ფორმის მასშტაბს შეისწავლიდა, მაგრამ თბილისის ცენტრალურ ქუჩებზე სათამაშო დანესებულებების სწრაფი ტემპით გამრავლება, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით მათი ინტენსიური რეკლამირება და ამ დანესებულებებში ახალგაზრდათა თვალხილული ხალხმრავლობა, უნდა ვიფიქროთ, სავალალო შედეგებს მოგვითხანს. ეს ისეთი პრობლემაა, რომელსაც დღეს თუ დაუფხუჭეთ თვალი, ხვალ ჯანმრთელობისა და სოციალური ზარალის სახით დაგვიბრუნდება.

საზოგადოებრივ რისკ-ფაქტორებზე მსჯელობისას არ გვინდა გამოგვჩვენოს **სოციალური ტრავმა**, როგორც ავადმთხოვარების ქცევების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი [16,58,86,109]. ჩვენი საზოგადოება ტრავმირებული საზოგადოებაა. ამ ტრავმის მიზეზი, ერთი მხრივ, გასული საუკუნის მიწურულს, დამოუკიდებლობის მოპოვებასთან ერთად დანყებული სოციალური, ეკონომიკური, პოლიტიკური კრიზისი, მოსახლეობის ცხოვრების პირობების მყისიერი შეცვლა და დაუცველობაა; მეორე მხრივ, 90-იანებში გადატანილი ძმათა სისხლისმღვრელი სამოქალაქო ომი, ეთნო-პოლიტიკური კონფლიქტები, რუსეთ-საქართველოს ომი, დაკარგული ტერიტორიები და იქიდან გამოსახლებულ დევნილთა დიდი პოპულაცია.

ჩამოთვლილის ფონზე, შეიძლება ითქვას, რომ მთელი საქართველოს მოსახლეობაა ტრავმირებული; მაგრამ, ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით მონყვლადი, მაინც, დევნილთა პოპულაციაა, რომელიც, ერთი მხრივ, უკიდურეს სიღარიბეშია, ხოლო მეორე მხრივ – მარგინალიზებული. მათ, ფაქტობრივად, დაკარგეს სიცოცხლის მანძილზე დაგროვილი სოციალური კაპიტალი და მისი ახლად შექმნის ამოცანის წინაშე დგანან. ბევრმა მათგანმა საომარი კონფლიქტის დროს ან ახლობელი დაკარგა, ან სიცოცხლისათვის საშიში ვითარება გამოიარა და

საზოგადოებრივ ტრავმას პირადი ტრავმებიც დაემატა.

ტრავმირებულ ადამიანებში, საზოგადოებაში, ხშირია ტრავმასთან გამკლავების მიზნით ფსიქოაქტიური საშუალებების (ჩვენში, თამბაქო, ალკოჰოლი – მასიურად, კანაბისი – რიგ შემთხვევებში) ავადმოსმარება. ეს, გარკვეულ ეტაპზე, მათ მდგომარეობას უმსუბუქებს. მაგალითად, 2008 წლის ზაფხულში, გორში, აგვისტო-სექტემბერში, დევნილთა დროებითი ბანაკის ერთ-ერთ კარავზე ნახავდით წარწერას: „ვისაც დალევა უნდა, აქ შემოვიდეს...“. იმ პერიოდში, როგორც ჩანს, ამგვარი მიპატიჟება და ერთობლივი სმა ადამიანებს თავს უყრიდა, ერთმანეთის ჭირვარამის გაზიარების სიტუაციას ქმნიდა, დაძაბულობას უხსნიდა და ამდენად, ეხმარებოდა. მაგრამ, მიუხედავდ იმისა, რომ ამგვარ წარწერას დევნილთა დღევანდელ, ხელოვნურად შექმნილ დასახლებებში ვერ ნახავთ (ის „განსაკუთრებული მდგომარეობის“ სიმბოლო იყო), კვლევის თანახმად, დევნილ მამაკაცებში დღეისათვის მაღალია ალკოჰოლიზაციის დონე[110].

სახელმწიფო

საერთაშორისო გამოცდილების თანახმად, ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკს მნიშვნელოვნად ამცირებს მოსახლეობისათვის ამ საშუალებების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, რაც, თავის მხრივ, ამცირებს შესაბამის მოთხოვნას. ეს ეხება როგორც ლეგალურ, ასევე არალეგალურ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს.

ხელმისაწვდომობა მონოდების საშუალებით რეგულირდება. ეკონომიკის მეცნიერების კანონზომიერების თანახმად, ხელმისაწვდომობის შემცირებამ, შესაძლოა, არ შეცვალოს მოთხოვნა მოკლევადიან პერსპექტივაში (რა-



მდენადაც ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე მოთხოვნა არ ხასიათდება მყისიერი ელასტიურობით, ცვლილებებზე სწრაფი რეგირებით). მაგრამ, გრძელვადიან პერსპექტივაში ის ამცირებს მოთხოვნას. ეს ხდება, თუნდაც, ახალგაზრდებში ექსპერიმენტირების მიზნით მოხმარების შემცირების და, შესაბამისად, ნარკოკარიერის დაწყების რისკ-ფაქტორების შემცირების გზით.

მაგალითისათვის განვიხილოთ სახელმწიფოს მხრიდან ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების ხელმისაწვდომობის რეგულაციის ძირითადი ასპექტები:

– **ფინანსური ხელმისაწვდომობა:** კვლევები ადასტურებს, რომ რაც უფრო იაფია ესა თუ ის ფსიქოაქტიური საშუალება, მით უფრო მაღალია მისი მოხმარება ქვეყნის პოპულაციაში. ამიტომ, დასავლეთის ქვეყნებში, თამბაქოსა თუ ალკოჰოლის ავადმომხმარებლის ერთ-ერთი პრევენციული სტრატეგია მათზე მაღალი ფასების დაწესებაა. ავილოთ, მაგალითისთვის, სიგარეტი: რაც უფრო დაბალია სიგარეტის ფასი, მით მეტია ალბათობა, რომ მას წაეტანოს ის ბავშვი, მოზარდი, თუ გნებავთ, მოზრდილი ადამიანი, რომელსაც ეს, დაბალი ხელმისაწვდომობის პირობებში, აზრადაც არ მოუვიდოდა; და პირიქით: რაც უფრო მაღალია ფასი, მით ნაკლებია ალბათობა იმისა, რომ „შემთხვევითი“ ადამიანი მოიხმარს მას. გარდა ამისა, რაც უფრო მაღალია სიგარეტის ფასი, მით მეტ ფინანსურ ზარალს განიცდის მისი მომხმარებელი, ამიტომ სიძვირე, როგორც კვლევებით დასტურდება, ხშირ შემთხვევაში, თავის დანებების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მოტივის როლს ასრულებს;

– **გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა:** კვლევების თანახმად, თუ ფსიქოაქტიური საშუალება „ერთი ხელის განვდენის“ მანძილზე იყიდება, მეტია მისი მოხმარების ალბათობა. ამიტომ, დასავლეთის სამყაროში, პრევენციის მიზნით, ფსიქოაქტიური საშუალებების გაყიდვის გეოგრაფია მკაცრი რეგულირების საგანია: იქ ვერ ნახავთ სკოლის ეზოს სიახლოვეს თითო ღერი სიგარეტით მოვაჭრე დახლებსა თუ ჯიხურებს, რაც ჩვენი სკოლების მოსწავლეებისათვის თამბაქოს მოხმარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია; ასევე, მთელ რიგ ქვეყნებში

შეზღუდულია ალკოჰოლის გაყიდვის გეოგრაფიაც, არაფერი რომ ვთქვათ სათამაშო ბიზნესზე;

– **დროში ხელმისაწვდომობა:** კვლევების თანახმად, თუ ფსიქოაქტიური საშუალების შეძენა დროში შეზღუდული არ არის, ეს ზრდის მისი გამოყენების ალბათობას და ამდენად, მოხმარების ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორის როლს ასრულებს. სწორედ ამის გათვალისწინებით, დასავლეთის მთელ რიგ ქვეყნებში ალკოჰოლური სასმელებით ვაჭრობა გარკვეულ დროით შეზღუდვებს ექვემდებარება;

– **ასაკობრივი ხელმისაწვდომობა:** კვლევების თანახმად, თუ ფსიქოაქტიური საშუალებების გაყიდვაზე არ არის დაწესებული ე.წ. „ასაკობრივი ზღურბლი“, იგი ნებისმიერი ასაკის ადამიანს შეუძლია იყიდოს, რაც მნიშვნელოვანწილად ზრდის მისი მოხმარების რისკ-ფაქტორის მასშტაბს. მაშინაც კი, როდესაც ასაკობრივი ზღურბლი დაწესებულია, თუ მას გამყიდველი ფორმალობად იღებს და რეალობაში არ იცავს, ეს სავალალო შედეგებს იწვევს მოხმარების მასშტაბის გაზრდის თვალსაზრისით. გავიხსენოთ, თუნდაც, ზემოთ მოყვანილი თითო ლერი სიგარეტის თუ არასრულწლოვანთათვის ალკოჰოლის მიყიდვის მანკიერი პრაქტიკა.

საინტერესოა, თუ როგორ აღიქვამენ ამა თუ იმ ფსიქოაქტიური საშუალების ხელმისაწვდომობას ქართველი მოზარდები. ამაში კვლავ დაგვხმარება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მოზარდებში ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები[66]:

კვლევა

სიგარეტს, როგორც საკმაოდ ან ძალიან ადვილად ხელმისაწვდომს (გაყიდვის ადგილების, დროის, ასაკის თვალსაზრისით) აღიქვამს გამოკითხულ მოზარდთა 60%; ლუდს – 73.5%, შამპანურის – 58%, ღვინოს – 72.5%, სპირტიან სასმელებს – 49.4%.

ამ კოტექსტში, ნიგნის პირველ თავში აღწერილი პასუხისმგებლობით მოხმარების ცნების ანალოგიურად, გვინდა,

ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებებისათვის, შემოვიტანოთ ცნება პასუხისმგებლობით მოწოდება, რაც ნიშნავს იმას, რომ გამყიდველი თუ გნებავთ, მომწოდებელი იცავს კანონით დაწესებულ ყველა რეგულაციას ამა თუ იმ ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალების გასაღების საქმეში; ხოლო, შესაბამისი სამართლებრივი რეგულაციები, თავის მხრივ, ემყარება სამეცნიერო მტკიცებულებას და ეფექტურია ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე მოთხოვნის შემცირებაში.

3.2.4. სულიერების კაპიტალი წინააღმდეგ სულიერებაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორებისა

ადამიანის სულიერების კაპიტალი გულისხმობს იმას, თუ რამდენად იზიარებს და გათავისებული აქვს ადამიანს ზოგადსაკაცობრიო ფასეულობები, რამდენად ატარებს მათ ცხოვრებაში, რამდენად მოძიებული და მიგნებული აქვს საკუთარი ცხოვრების საზრისი[44]. ეს არ ხდება ერთბაშად, ან ადრეულ ასაკში. ჩვენ უკვე დავინახეთ ზემოთ, ასაკობრივ განვითარებასთან დაკავშირებულ თავში, თუ როგორ თანდათანობით, ნაბიჯ-ნაბიჯ, ცხოვრებისეული გამოწვევების გადალახვის, გამოცდილების მიღებისა და საკუთარი თავის განხორციელების პროცესში, უგროვდება ადამიანს სულიერების კაპიტალი – ცხოვრებისეული სიბრძნე. მანამდე კი, ყოველ ასაკობრივ პერიოდში, ადამიანს მისი ჩანასახები უჩნდება. მაგალითად, 18 თვის ასაკში, ჩვილობის კრიზისის დაძლევის საფუძველზე სამყაროს მიმართ გაჩენილი ნდობა, თვით სამყაროს – როგორც შესაძლებლობების განხორციელების ასპარეზის აღქმა, უკვე წარმოადგენს სიბრძნის ჩანასახს. პიროვნების განვითარება, ფაქტობრივად, მისი სულიერების განვითარებასაც წარმოადგენს.

სულიერების განვითარება მჭიდრო კავშირშია ადამიანის ზნეობრივ განვითარებასთან. ამ მხრივ უაღრესად საინტერესოა ამერიკელი ფსიქოლოგის, **ლოურენს კოლბერგის პიროვნების მორალური განვითარების დონეების კლასიფიკაცია**[103]. კოლბერგი გამოყოფს *მორალური განვითარების პრე-კონვენციურ, კონვენციურ და პოსტ-კონვენციურ დონეებს* და თითოეული დონის შესაბამის საფეხურებს:

პრე-კონვენციური დონე. ეს დონე განსაკუთრებით დამახასიათებელია ბავშვებისათვის, თუმცა მას ზრდასრულებშიც ვხვდებით. ამა თუ იმ საქციელის შეფასებას აქ ადამიანი ამ საქციელის უშუალო შედეგიდან გამომდინარე ახდენს:

პირველი საფეხური (სასჯელის შიშით განსაზღვრული). ადამიანი ემორჩილება ზნეობის ნორმებს იმ მოტივით, რომ თავიდან აიცილოს სასჯელი;

მეორე საფეხური (საკუთარი ინტერესით განსაზღვრული). ადამიანი ემორჩილება ზნეობის ნორმებს იმ მოტივით, რომ მიიღოს გარკვეული სარგებელი.

კონვენციური დონე. ეს დონე განსაკუთრებით დამახასიათებელია მოზარდებისათვის, მაგრამ ხშირია ზრდასრულებშიც. აქ ადამიანი იზიარებს და მისდევს მის სოციალურ წრეში თუ საზოგადოებაში გამეფებულ ნორმებს/წესებს/კანონებს, მათი განსჯისა და კრიტიკული შეფასების გარეშე:

მესამე საფეხური (კონფორმიზმით განპირობებული). ადამიანი იქცევა იმგვარად, რომ სხვა ადამიანებს მოეწონოს, აკეთებს სწორებას სხვა ადამიანების კეთილგანწყობაზე;

მეოთხე საფეხური (ავტორიტეტითა და სოციალური ნორმების მიმართ მორჩილებით განპირობებული). აქ ადამიანი უკრიტიკოდ ემორჩილება მის თემსა თუ საზოგადოებაში გამეფებულ წესებსა და კანონებს.

პოსტ-კონვენციური დონე. აქ ინდივიდი აცნობიერებს, რომ იგი საზოგადოებისაგან დამოუკიდებელი სუბიექტია და ამდენად, აქვს უფლება ჰქონდეს საზოგადოების აღიარებული ნორმებისაგან განსხვავებული ხედვები/პრინციპები და, ამ პრინციპების შესაბამისად, არ დაემორჩილოს არსებულ წეს(ებ)ს (გავიხსენოთ, მაგალითისთვის, ვაჟა ფშაველას ალუდა ქეთელაური):

მეხუთე საფეხური („სოციალური კონტრაქტით“ განსაზღვრული). აქ სამყარო განიხილება როგორც დივერსიფიცირებული (მრავალფეროვანი) – სხვადასხვა ხედვების, ფასეულობების, შეთანხმებების შემცველი; საზოგადოებრივი კანონები და წესები განიხილება უფრო როგორც „სოციალური კონტრაქტი“ (შეთანხმება), ვიდრე რიგიდული, უცვლელი „ზემოდან ქვემოთ განსაზღვრული“ ქცევის ნორმები;

მეექვსე საფეხური (უნივერსალური ეთიკური პრინციპებით განსაზღვრული). ამ დონეზე ინდივიდი კანონებს განიხილავს უნივერსალური ფასეულობების – მაგალითად, სიცოცხლის, თავისუფლების, სამართლიანობის – პრიზმაში. თუ კანონს შეაფასებს როგორც უსამართლოს – მაშინ მის მიმართ ურჩობის უფლებას აძლევს თავს, რაც მოცემული კანონის შეცვლისათვის ქმედების მასტიმულირებელია. აქ ადამიანი გადაწყვეტილებას იღებს და მოქმედებს არა იმიტომ, რომ მას რალაციის ეშინია (პირველი საფეხური), ან ანაზღაურებას ელის (მეორე საფეხური), ან ცდილობს სხვისი კეთილგანწყობილება მოიპოვოს და მის მიმართ არსებულ მოლოდინებს შეესაბამოს (მესამე საფეხური), ან კანონმორჩილი იყოს (მეოთხე საფეხური), ან არსებული სოციალური შეთანხმება დაიცვას (მეხუთე საფეხური), არამედ იმიტომ, რომ ეს სწორია უნივერსალური ეთიკური პრინციპებიდან გამომდინარე, ზოგადასაკაცობრიო ფასეულობებთან მიმართებაში.

ადამიანის ზნეობრივი განვითარება, ერთი შეხედვით, თითქოს პირველიდან მეექვსე საფეხურამდე თანმიმდევრულ სვლას უნდა წარმოადგენდეს – გარეშე ზნეობრივი ორიენტირების გაშინაგნებისა და ზოგადასაკაცობრიო ღირებულებების გათავისების გზით. მაგრამ რეალურ ცხოვრებაში ეს ასე არ არის. მიუხედავად იმისა, რომ პირველი ორი საფეხური მართლაც უფრო ხშირად ბავშვებში გვხვდება ხოლმე, მაინც, შეიძლება ითქვას, რომ კოლბერგის კლასიფიკაცია ზოგადად ადა-

მიანების ტიპოლოგიზაციის ინსტრუმენტი. იგი იძლევა ამა თუ იმ ადამიანის (განურჩევლად ასაკისა თუ სქესისა), თემის, თუ გნებავთ, მთლიანად საზოგადოების ზნეობრივი სიმნიფის ხარისხის შეფასების/გააზრების საშუალებას.

თუ ბავშვის/მოზარდის/ახალგაზრდის სოციალურ გარემოს ზნეობრივად მომნიჭებული საზოგადოება წარმოადგენს, თუ მისი ოჯახიც აგრეთვე ზნეობრივი სიმნიფის მაღალ დონეზეა, დაბოლოს, რაც ჩვენს შემთხვევაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია – თუ სკოლა, რომელშიაც სწავლობს იგი და იღბრდება, აკმაყოფილებს ზნეობრივი სიმნიფის მოთხოვნებს, მაშინ მას ყველა წინაპირობა აქვს იმისათვის, რომ თავადაც მიაღწიოს ზნეობრივ სიმნიფეს და ამგვარად – აღიჭურვოს სულიერების კაპიტალით. თუ პირიქით, ოჯახში და/ან სკოლაში და/ან თემში და/ან საზოგადოებაში სადაც არსებობს ბავშვი ზნეობრივი სიმნიფის ხარისხი დაბალია, ეს სულიერებაზე მოქმედ რისკ-ფეტორად უნდა განვიხილოთ. ამ შემთხვევაში ბავშვის სულიერების საწყისი კაპიტალი მწირია და მას ამ თვალსაზრისით დახმარება ესაჭიროება რათა არსებული დეფიციტი ანაზღაურდეს.

ბავშვობასა და მოზარდობის ასაკში ადამიანს მნიშვნელოვნად ეხმარება სულიერი ორიენტირების მიცემა, რაც ყველაზე ადვილად, მშობლებისა და პედაგოგების პარალელურად, რელიგიასა და მოძღვარს შეუძლია. აქ არა აქვს მნიშვნელობა, თუ რომელ რელიგიურ მრწამსს იზიარებს ადამიანი, ყოველი რელიგია (თუ ის არ ჩავარდა უზნეო პირთა, ფანატიკოსების, ფუნდამენტალისტებისა და/ან ინკვიზიტორების ხელში), ზოგადსაკაცობრიო ჰუმანისტურ ფასეულობებს ეფუძნება.

3.2.5. პოლიტიკური კაპიტალი პოლიტიკურ დონეზე მოქმედი რისკ-ფეტორების წინააღმდეგ

ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარების თვალსაზრისით, პოლიტიკური კაპიტალის ქვეშ ვგულისხმობთ სახელმწიფოში ამ პრობლემის დაძლევის პოლიტიკურ ნებას. ამის საწინააღმდეგოდ, ამავე დონეზე მოქმედი საკვანძო რისკ-ფეტორი სწორედ პრობლემის დაძლევის პოლიტიკური ნების არქონაა.

პოლიტიკური ნება უზრუნველყოფს ეფექტურ სახელმწიფო სტრატეგიას პრობლემის დაძლევის საქმეში, დაფუძნებული სამართლიან, ეფექტურ და მოქნილ კანონმდებლობაზე, ამ სტრატეგიის შესაბამის ეროვნულ სამოქმედო გეგმას, მასში ქვეყნის საკვანძო უწყებების (განათლების, ჯანდაცვის, კულტურისა და სპორტის, შინაგან საქმეთა სამინისტროების) ჩართულობასა და კოორდინაციას, გეგმის შესაბამისი ღონისძიებების დაფინანსებას[64,72,91,108,139]. საქართველო დღეისათვის სწორედ ამ სისტემის აწყობის პროცესშია. ხოლო როგორია სისტემის ძირითადი კომპონენტები, ამას შემდგომ თავში გაგაცნობთ.

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

- რა დონეებზე შეუძლია სკოლას იზრუნოს სასკოლო გარემოში რისკ-ფაქტორების შემცირებაზე? რომელ დონეზე რა შეიძლება გაკეთდეს ამ თვალსაზრისით?

- როგორ შეუძლია სკოლას იზრუნოს სასკოლო გარემოში დამცავი ფაქტორების შექმნა-გაძლიერებაზე? რომელ დონეზე რა შეიძლება გაკეთდეს ამ თვალსაზრისით?

- გთავაზობთ, რომ ასაკობრივი განვითარების ეტაპების ქრილში გაიაზროთ თქვენი რომელიმე მოსწავლე, რომელსაც უკვე წლების მანძილზე ასწავლით: განვითარების რომელ ფაზაშია იგი ამჟამად, შეამჩნიეთ თუ არა ერთი ფაზიდან მეორეში მისი გადასვლა? კონკრეტულად, რა შეიცვალა მასში? რა შეგიძლიათ გააკეთოთ, რომ ამჟამინდელი ასაკობრივი ფაზის ძირითადი ამოცანების გადანყვეტაში შეუწყოთ ხელი?

- როდის უნდა დაიწყოს ფსიქოპაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრევენცია სკოლაში (განვიხილოთ პერიოდი პირველი კლასიდან სკოლის დამთავრებამდე)? რა ეტაპზე როგორი ამოცანები შეიძლება დაისახოს?

- ზნეობრივი განვითარების რომელ საფეხურზეა (კოლბერგის კლასიფიკაციის მიხედვით) თქვენი სკოლა? საზოგადოება?

- როგორია თქვენი სკოლის სოციალური კაპიტალი? როგორი გინდათ, რომ იყოს: კონკრეტულად, რა გინდათ რომ იყოს უკეთესად და როგორ შეიძლება ამის მიღწევა?

4. თავი მეოთხე. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრობლემის დაძლევის სტრატეგიები

მოცემულ თავში განხილულია ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრობლემის ორი ძირითადი შემადგენელი: მონოდება და მოთხოვნა; აღწერილია მონოდებასა და მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართული სტრატეგიები; ნაჩვენებია, რომ ცალკე აღებული, ვერც ერთი სტრატეგია ვერ იქნება ეფექტური, რომ საჭიროა მათი ერთიანი, დაბალანსებული, კოორდინირებული განხორციელება.

4.1. მონოდება და მოთხოვნა – პრობლემის ორი საკვანძო ასპექტი

ხშირად, საზოგადოებაში ნარკომანიის პრობლემაზე მსჯელობისას, მიდის ხოლმე ერთგვარი „შეჯიბრი“ და პასუხისმგებლობის ამა თუ იმ უწყებისათვის ცალმხრივად დაკისრების ტენდენცია. მაგალითად, ხშირად გავიგონებთ, რომ „ნარკომანიის პრობლემასთან ბრძოლა პოლიციის საქმეა“. ან რომ „ნარკომანიის პრევენცია ჯანდაცვის სამინისტროს პრეროგატივაა“. სამწუხაროდ, საკმაოდ იშვიათად გაისმის, რომ ეს განათლების სამინისტროს, უმაღლესი სასწავლებლებისა და საჯარო სკოლების საქმეა – როგორც ჩანს, დღეისათვის ჩვენს საზოგადოებაში ჯეროვნად არ არის შეფასებული, ზოგადად, განათლების სისტემისა და კერძოდ, სკოლის როლი ნამალდამოკიდებულების პრევენციის საქმეში. პრობლემის გადაჭრის მართებული მიდგომა ყველა ამ მსჯელობის გაერთიანებას მოითხოვს – ნარკომანიის პრობლემის დაძლევა მრავალუწყებრივ, სისტემურ, მთლიანობით, კოორდინირებულ სტრატეგიას საჭიროებს.

ჯერ კიდევ ხშირად გაისმის დისკუსიებში, სატელევიზიო თუ რადიო ეთერიდან ყბადაღებული დილემა: „ნარკომანია დანაშაულია თუ დაავადება?“ ეს საკითხის არასწორი დაყენებაა და ამდენად, ხელს უშლის პრობლემის მოგვარებას. პრობლემის გადაჭრის მნიშვნელოვან წინაპირობას ხომ სწორედ კითხვების

მართებულად ფორმულირება, საკითხის მართებულად დასმა წარმოადგენს.

ეჭვს გარეშეა, რომ, დამოკიდებულების სინდრომი (ანუ ნარკომანია), დაავადებაა – ის შეტანილია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციათა სათანადო დოკუმენტებში, გააჩნია რიგითი ნომერი, სინდრომის ახსნა და აღწერა და ა.შ. ამასვე მიუთითებს ქართული ნარკოკანონმდებლობა, რომელშიც 2002 წლიდან დაფიქსირდა, რომ ნარკომანია არის ქრონიკული დაავადება[152].

რაც შეეხება ნარკომანიის, როგორც დანაშაულის აღქმას, ესეც მცდარია – წამალდამოკიდებულება, რომლის საფუძველსაც ფსიქოპატიური საშუალებების მიღების პათოლოგიური ღტოლვა წარმოადგენს, როგორც ასეთი, დანაშაული არ არის.

ამავე დროს, თუ ადამიანი არაღლეგალურ, სახელმწიფოს მიერ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნარკოტიკულ საშუალებას მოიხმარს, იგი ნებისთ თუ უნებლიეთ ერთეულ ნარკოტიკების არაღლეგალური მიმოქცევის საქმეში (ყიდვისას, შენახვისას და ა.შ.), რაც სამართლებრივ პასუხისმგებლობას ექვემდებარება.

ნარკოტიკების ავადმოდხმარების პრობლემა რომ მრავალუწყებრივ თანამშრომლობას მოითხოვს, იქიდანაც ჩანს, რომ იგი, როგორც პრობლემა, ჩნდება იქ, სადაც არსებობს **ნარკოტიკების მოწოდება** და სადაც არის **მოთხოვნა ნარკოტიკებზე**.

ნარკოტიკების მოწოდებაზე როცა ვსაუბრობთ, თავისუფლად შეგვიძლია ვიფიქროთ ლეგალურ ნარკოტიკულ საშუალებებზე – მაგალითად, ალკოჰოლსა თუ თამბაქოზე, ქვეყნის ბაზარზე მათი მოწოდების კანონზომიერებების ანალიზზე. თუმცა, როგორც წესი, როდესაც ნარკოტიკების მოწოდებაზე საუბრობენ, გულისხმობენ, ფაქტობრივად, არაღლეგალურ ნარკოტიკებს, კერძოდ, მათ უკანონო შემოტანას, გასაღების მიზნით შენახვას, გასაღებას, მოყვანას (კულტივირებას), ვაჭრობას. ჩვენც მოცემული მნიშვნელობით გამოვიყენებთ ტერმინს ამ ცნებას. აქედან გამომდინარე, მოწოდების მაკონტროლირებელი, უდავოდ, სამართალდამცავი უწყებებია.

ნარკოტიკებზე მოთხოვნის ქვეშ იგულისხმება ამა თუ იმ

ნარკოტიკის შეძენის (და შესაბამისად, მოხმარების) მზაობა საზოგადოებაში თუ მის გარკვეულ ჯგუფებში.

აღწოდებისა და მოთხოვნის პაციენტის სტრატეგიაში

საინტერესოა ეკონომისტი გრეგორი მენქიუსი^[12] ანალიზი, რომლის საფუძველზეც შეიძლება ისეთი დასკვნა გამოვიტანოთ, რომ მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართული სტრატეგიები უფრო მდგრად რეზულტატს იძლევა, ვიდრე მოწოდების შემცირებაზე:

მოწოდების შეზღუდვის (ვთქვათ, ნარკოტიკული საშუალებების ქვეყანაში შემოღების შემცირების) შემთხვევაში, მოკლევადიან პერსპექტივაში, ნარკოტიკებზე მოთხოვნის უცვლელობის პირობებში, შეძენილი ნარკოტიკული საშუალებების რაოდენობა არ იკლებს. ეს, მომატებული ფასების ფონზე, ზრდის მომხმარებელთა მიერ ნარკოტიკების შეძენაში გადახდილ თანხას და შესაბამისად, მაღალი ალბათობით, კრიმინალურ ქმედებათა სტატისტიკას. ამავე დროს, გრძელვადიან პერსპექტივაში, ექსპერიმენტული მოხმარების კლების ხარჯზე, მოწოდების შეზღუდვამ შესაძლოა შეამციროს მოთხოვნის მასშტაბიც. თუმცა, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში, ყოველთვის გამოინახება მოწოდების ალტერნატიული გზები, რათა შეზღუდვის კომპენსირება მოხდეს და მოწოდება კვლავ გაიზარდოს, რაც, თავის მხრივ, მოთხოვნის ზრდის პირობებს შექმნის;

წინააღმდეგ ამისა, თუ მცირდება მოთხოვნა (ვთქვათ, საგანმანათლებლო პროგრამების საშუალებით), იკლებს ნარკოტიკების მოხმარება და დაბლა ეცემა ფასები. ეს ამცირებს მომხმარებელთა მიერ ნარკოტიკების შეძენაში გადახდილ მთლიან თანხას და, შესაბამისად, ნარკოტიკების შესაძენად საჭირო ფულის მოპოვების მიზნით კრიმინალურ აქტივობასაც. ეს, თავისთავად, ცვლის (ამცირებს) მოწოდებას და ამდენად, უზრუნველყოფს გრძელვადიან რეზულტატს.

უკანასკნელი მსჯელობისათვის იგივე არგუმენტის დაპირისპირება შეგვიძლია, რასაც თვით ბატონი მენქიუ მოწოდების შემთხვევაში გვთავაზობს: გრძელვადიან პერსპექტივაში, მოთხოვნაც ტრანსფორმირდება, იღებს ალტერნატიულ ფორმებს, იზრდება, და შესაბამისად, მოწოდების ზრდის პირობებს ქმნის. **აქედან გამომდინარე, მოთხოვნისა და მოწოდების შემცირებაზე მუშაობა ერთიანი სტრატეგიის ორი ძირითადი ასპექტია, არც მათი დაცალკევება შეიძლება, არც „ერთმანეთთან გაჯიბრება“.**

გვინდა ხაზი გავუსვათ, რომ მოთხოვნის შემცირებაზე მართული ღონისძიებების ჯეროვნად არ შეფასება და ნარკომანიის პრობლემის, ძირითადად, ძალოვანი ღონისძიებებით გამკლავების მცდელობა (რასაც წლების მანძილზე ადგილი აქვს ჩვენს ქვეყანაში და, რაც საბჭოთა მემკვიდრეობის ინერციად შეიძლება ჩავთვალოთ), ფაქტობრივად, ხელიდან გვაცლის პრობლემასთან გამკლავების ეფექტურ იარაღს.

დასკვნის სახით შეიძლება შემდეგი ითქვას:

მოთხოვნა/ მოწოდების ციკლი

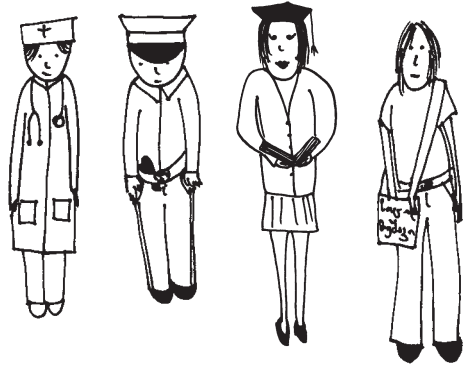
ბაზრის კანონების თანახმად, მოთხოვნა და მოწოდება ერთიან ციკლს წარმოადგენს. ნარკოტიკების შემთხვევაში ეს ციკლი ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო ბრუნვის მანკიერ წრეში იკვრება, რომლის გარღვევაც დაბალანსებულ სტრატეგიას საჭიროებს.

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

- როგორ აისახება ფსიქოაქტიური საშუალებების მოწოდების პრობლემა თქვენს სკოლაზე?
- რა სიტუაციაა თქვენს სკოლაში სხვადასხვა ფსიქოაქტიურ საშუალებაზე მოთხოვნის თვალსაზრისით?
- რა სტრატეგიის დასახვაა შესაძლებელი თქვენს სკოლაში ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე მოთხოვნის შესამცირებლად?

4.2. მოწოდებისა და მოთხოვნის შემცირების სტრატეგიები

ნამალდამოკიდებულების პრობლემის დაძლევის სტრატეგიები მის ორივე ასპექტს უნდა პასუხობდეს: მიმართული იყოს როგორც მოწოდების, ასევე მოთხოვნის შემცირებაზე. უფრო მეტიც – სტრატეგია ამ ორი მიმართულებით მუშაობის თვალსაზრისით დაბალანსებული, თანაბრად განვითარებული უნდა იყოს, მხოლოდ მაშინ იქნება ის ეფექტური (და არა ცალმხრივი).



ნარკოტიკების მოწოდების შემცირების სტრატეგიები

აქ, ძირითადად, იგულისხმება ძალოვანი სტრუქტურების მოღვაწეობა ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის აღკვეთის მიმართულებით. ამ მხრივ, ძალიან მნიშვნელოვანია ქვეყნის ძალოვანი რესურსები ეფექტურად უმკლავდებოდნენ ბრძოლას ნარკოტრაფიკის წინააღმდეგ, აკონტროლებდნენ და მაქსიმალურად ზღუდავდნენ ნარკოტიკული ნივთიერებების უკანონო შემოტანას, გადაზიდვას, მოშენებას, გასაღებას. მნიშვნელოვანია, აგრეთვე ნარკოტიკული ნივთიერებების ამოღებაც, რაც არა მარტო ამ ნივთიერებების გავრცელების წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებაა, არამედ, ასევე, ინფორმაციას იძლევა ქვეყანაში ნარკოტიკების მოხმარების მასშტაბისა და სახეების შესახებ, რაც თავის მხრივ, მოთხოვნისა და ზიანის შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების გონივრულად დაგეგმვას შეუწყობს ხელს. თუ მოწოდების საპასუხოდ მიმდინარე ღონისძიებები ეფექტურად ტარდება ქვეყანაში, ეს, ბაზრის კანონების თანახმად, შესაბამისად ამცირებს ნარკოტიკულ საშუალებებზე მოთხოვნასაც.

არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების პარალელუ-

რად, სახელმწიფოში მნიშვნელოვანია სათანადო ყურადღება ეთმობოდეს ლეგალური ნარკოტიკული საშუალებების (თამბაქო, ალკოჰოლი), თუ ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოწოდების რეგულაციას. ეს, უკვე, არა ძალოვანი სტრუქტურების, არამედ, ძირითადად, შესაბამისი სამინისტროების და ქვეყნის საკანონმდებლო ორგანოს საქმეა. აქ უნდა შეფასდეს ქვეყნის შესაბამისი კანონმდებლობა, მაგალითად, თამბაქოსა და ალკოჰოლის ავადმთხმარებასთან დაკავშირებული რისკების თვალსაზრისით, და მხოლოდ ამის საფუძველზე იქნას შემუშავებული მოწოდების ისეთი რეჟიმი, რომელიც მაქსიმალურად შეამცირებს მათი მოხმარებით გამოწვეულ პოტენციურ ზიანს. არანაკლებ მნიშვნელოვანია აზარტული თამაშების „მოწოდების“ (ინფრასტრუქტურა, რეკლამა და ა.შ.) დარეგულირება, რათა შემცირდეს მისი ხელმისაწვდომობა, სულ ცოტა, ბავშვებისა და მოზარდებისთვის მაინც.

ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების სტრატეგიები

ა. პირველადი ანუ უნივერსალური პრევენცია²⁵

ნარკოტიკების პირველადი პრევენცია გულისხმობს იმ ღონისძიებებს, რომელსაც უნდა ახორციელებდეს ოჯახი, განათლების სისტემა/სკოლა, თემი, იმისათვის, რომ ბავშვმა/მოზარდმა არ გასინჯოს ნარკოტიკული საშუალებები, ან, გასინჯვის (ექსპერიმენტული მოხმარების) შემთხვევაში, არ განაგრძოს მათი მოხმარება.

ოჯახში ამის მიღწევა შესაძლებელია ბავშვში საკუთარი ღირსების გრძნობის, ზოგადსაკაცობრიო ფასეულობების გაშინაგნების, მორალური განვითარების ხელშეწყობის, პასუხისმგებლობის აღების უნარის განვითარებით, თავისუფალი დროის შინაარსიანი შევსებისა და ჯანსაღი და მოქალაქეობრივი ცხოვრების წესის დამკვიდრებით.

სკოლაში ამის მიღწევა შესაძლებელია, ერთი მხრივ, სწო-

25 პრევენციის სხვა ფორმებს განვმარტავთ წიგნის მეორე ნაწილის შესაბამის თავში.

რი ანტინარკოტიკული სასკოლო პოლიტიკის შემუშავებით, მეორე მხრივ, ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრებითა და შესაბამისი პროგრამების დანერგვით. ცხოვრებისეულად მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების სწავლების პროგრამებმა პირველადი პრევენციის საქმეში განსაკუთრებული ეფექტურობა დაადასტურეს.

თემაში პირველადი პრევენციის გატარება შესაძლებელია ჯანსაღი ცხოვრების სტილის კეთილი ნების დამკვიდრებითა და შესაბამისი სათემო ინფრასტრუქტურის (საგანმანათლებლო, კულტურული, სპორტული და სხვ.) განვითარებით.

ბ. მკურნალობა და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

ნამალდამოკიდებულების მკურნალობა დაავადებულზე ზრუნვის უწყვეტ ჯაჭვს უნდა წარმოადგენდეს.

მკურნალობის ჯაჭვის საწყისი, ნულოვანი რგოლი ფიზიკური დამოკიდებულების მოხსნას გულისხმობს. ეს ხდება დეტოქსიკაციური თერაპიით (ყოფითად, „სისხლის გაწმენდით“); ასევე, ორგანიზმის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი სისტემების (ცენტრალური ნერვული სისტემა, გულსისხლძარღვთა სისტემა, საჭმლის მომნელებელი სისტემა და ა.შ.) ნორმალური ფუნქციონირების აღდგენაზე მიმართული მკურნალობის გზით.

მკურნალობის შუალედური რგოლი ფსიქოთერაპიას გულისხმობს, რაც ეხმარება ნამალდამოკიდებულ პირს ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების გადალახვაში, პათოლოგიური ლტოლვის დაძლევაში, ეგზისტენციალური ვაკუუმის გადალახვაში, საკუთარი თავის მონახვასა და გაძლიერებაში.

მკურნალობის საბოლოო რგოლი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციას გულისხმობს. ეს ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულ პირთა სამედიცინო და/თუ ფსიქოლოგიური მკურნალობის ფონზე მათთან სოციალურ მუშაობას (სამართლებრივი პრობლემების დაძლევაში დახმარება, დასაქმების ხელშეწყობა და ა.შ.), საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მათი რეინტეგრაციის მიმართულებით, რეციდივის თავიდან აცილების (ე.წ. რეციდივის პრევენცია[111]) მიზნით. რეაბილიტაციის საქმეში

ეფექტურია თერაპიული კომუნის ფორმატი, სადაც გამოჯანმრთელების გზაზე მდგომი პაციენტები ცხოვრობენ თავისი ჩვეულებრივ გარემოდან იზოლირებულად, როგორც თემი, რომელიც მათ გაჯანსაღებასა და რესოციალიზაციაზე მიმართული წესებით ხელმძღვანელობს. აქ ძალიან მნიშვნელოვანი ხდება, აგრეთვე, სულიერების განზომილებაზე მუშაობა, ეკლესიის დახმარებით.

მკურნალობასთან დაკავშირებით, საზოგადოების მხრიდან ხშირად გაისმის პესიმისტური მსჯელობა, იმის ხაზგასმა, რომ წამალდამოკიდებულება „უიმედო სენია“, რომ მის მკურნალობას აზრი არა აქვს და ა.შ. ეს კიდევ ერთი მითია წამალდამოკიდებულების შესახებ, რომელიც უნდა დაიძლიოს ჩვენს საზოგადოებრივ ცნობიერებაში. წამალდამოკიდებულება ერთ-ერთი ქრონიკული დაავადებაა და შესაბამისად, მას ახასიათებს რეციდივების (გამწვავება) და რემისიების (ნათელი პერიოდი) მონაცვლეობა, ისევე, როგორც ნებისმიერ ქრონიკულ დაავადებას. მაგრამ, **წამალდამოკიდებულების მკურნალობა ეფექტურია, მუშაობს.**

მკურნალობა

წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მიზანია რეციდივის სიხშირისა და ხანგრძლივობის შემცირება, რემისიის მიღწევა და გახანგრძლივება, რემისიის დროს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება[7,20] – რაც რეციდივის თავიდან აცილებისათვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დაცვითი ფაქტორია. გარკვეულ შემთხვევებში, რემისია იმდენად მტკიცეა, რომ მთელი სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება.

გ. ზიანის შემცირება

ნარკოტიკული საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მომხმარებელთა იმ კატეგორიისათვის, რომელიც მათ თავს ვერ ანებებს, შექმნილია სპეციალური პროგრამები, მიმართული ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის (მაგალითად, აივ/შიდსისა და ჰეპატიტების გავრცელების) შემცირებაზე. ზოგიერ-

თი ავტორი ზიანის შემცირებას მოწოდებისა და მოთხოვნის შემცირების თანაფარდ, ცალკეულ კატეგორიად გამოყოფს. ჩვენ ზიანის შემცირებას, პირობითად, მოთხოვნის შემცირების ერთ-ერთ მიმართულებად განვიხილავთ, რამდენადაც გვნამს, რომ პროფესიულად წარმართული ზიანის შემცირების ღონისძიებებს წვლილი შეაქვთ მოთხოვნის შემცირებაში.

ზიანის შემცირება

ზიანის შემცირების ღონისძიებები გულისხმობს შემდეგ მიმართულებებს:

– ე.წ. შპრიცების გაცვლის პროგრამები, რაც ნარკომანიით დაავადებულთა შორის საინექციო ხელსაწყოების უფასო დარიგებას და მათგან ნახშიარი შპრიცების აგროვება-განადგურებას გულისხმობს;

– აივ-სა თუ ჰეპატიტებზე ნებაყოფლობითი ტესტირება-კონსულტირება, დაინფიცირების შემთხვევაში დროული გამოვლენისა და დახმარების მიზნით, ხოლო დაავადების არქონის შემთხვევაში – ვირუსის გადაცემის თვალსაზრისით სარისკო ქცევების განხორციელების აღბათობის შემცირებისა და შესაბამისად, პრევენციის მიზნით;

– ჩანაცვლებითი თერაპია, მაგალითად, მეთადონის პროგრამა, რომლის პაციენტებს რეგულარულად აძლევენ პრეპარატ მეთადონს, ინდივიდუალურად შერჩეული იმ სახით, რაც არ იწვევს ნარკოტიკულ თრობას და ამავე დროს, იცავს მათ აღკვეთის სინდრომის (ლომკის) განვითარებისაგან. ეს ადამიანს აძლევს სიმბოლურ „ყავარჯენს“, რომელიც ეხმარება დამოკიდებულებისაგან განთავისუფლებაში. მეთადონით მიღწეული სიფხიზლე ადამიანმა საკუთარი ცხოვრების წესის კონსტრუქციული ცვლილებისათვის უნდა გამოიყენოს.

დ. „თავსატეხის გამოთლიანება“ – სისტემური მიდგომა

ყველა ზემოთ აღწერილი მიდგომა მუშაობს და ეფექტურია მხოლოდ კომპლექსში; მოწოდებისა და მოთხოვნის შემცირების სტრატეგიებთან მიმართებაში ჩვენ დასაწყისშივე ვახსენეთ მათ შორის ბალანსის აუცილებლობა [146]:

ცალკე აღებულ არც ერთ მიმართულებას არ ძალუძს ქვეყანაში ნარკოვითარების გაუმჯობესება. ისინი არ არიან ერთმანეთის მიმართ კონკურენტულ დამოკიდებულებაში: ყოველი მიმართულება იძენს მნიშვნელობასა და ღირებულებას დანარჩენებთან ერთობლიობაში.

– ზიანის შემცირების პროგრამების ეფექტი თითქმის მყისიერია[6]: მათი ეფექტური განხორციელების შემთხვევაში იკლებს ზედოზირებით გარდაცვლილ პირთა რაოდენობა, წამალდამოკიდებულ პირთა კრიმინალური აქტივობა, ინფექციური დაავადებების სტატისტიკა და ა.შ.;

– მკურნალობა-რეაბილიტაციას 3-5-წლიანი პერსპექტივა ესაჭიროება[6], რათა წამალდამოკიდებული ადამიანების ჯანმრთელობის თვალსაზრისით სიტუაცია გაუმჯობესდეს;

– მაგრამ, როგორც ზიანის შემცირების, ასევე მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამები, მაქსიმალურად ეფექტური განხორციელების შემთხვევაშიც კი, თვისობრივად ვერ შეცვლიან ნარკოვითარებას, თუ პარალელურად პრევენციული სამუშაოები არ ჩატარდა და აი, რატომ:

– პირველადი პრევენციის პროგრამებს, ჩვეულებრივ, დროის 10-წლიანი პერსპექტივა ესაჭიროებათ, რომ მათში გავლილი ახალგაზრდების კეთილდღეობის რეზულტატები თვალხილი გახდეს[6]. მაგრამ, ამავე დროს, თუ ამ პირველადი პრევენციის პროგრამების განხორციელება 10 წლის წინ, ზიანის შემცირებისა და მკურნალობა-რეაბილიტაციის სტრატეგიული ხაზების პარალელურად არ დაიწყო, სულ მეტი და მეტი ადამიანი იქნება ჩასართველი ზიანის შემცირებისა და სამკურნალო-სარეაბილიტაციო პროგრამებში და მათი მოქმედება, ფაქტობრივად, სიზიფეს უქმ შრომას დაემსგავსება.

ამიტომ, როგორც თავიდანვე აღვნიშნეთ, პრევენციის, მკურნალობა-რეაბილიტაციის, ზიანის შემცირების საზრისი მხოლოდ მათ ტანდემშია და არა ცალკე აღებულ თითოეულ მათგანში.

შეკითხვები ნაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

– როგორ უნდა დაიგეგმოს სტრატეგიები, რომ მათ ურთიერგამაძლიერებლად იმოქმედონ?

– მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართული რომელი სტრატეგიის განხორციელება შეიძლება საჯარო სკოლაში?

ნაწილი მეორე

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოსმარების პრევენციის მართვა საჯარო სკოლაში

სახელმძღვანელოს მეორე ნაწილში გადმოცემულია საჯარო სკოლაში ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრევენციის განხორციელებისა და მართვისათვის აუცილებელი ინფორმაცია; დახასიათებულია ავადმოსმარების საკითხზე სკოლის შიდა პოლიტიკა, როგორც მართვის „სამუშაო იარაღი“; გამახვილებულია ყურადღება იმაზე, თუ კონკრეტულად რა შეუძლია გააკეთოს სკოლამ ამ მიმართულებით, რათა პრობლემის წინაშე მაქსიმალურად დაცული იყოს.

5. თავი მეხუთე. პრევენცია, პრევენციული სამიზნეები და ამოცანები

მოცემულ თავში განსაზღვრულია პრევენციის რაობა, დახასიათებულია პრევენციული მუშაობის სხვადასხვა დონე; განხილულია სკოლაში პირველადი და მეორეული პრევენციის მიზნობრივი ჯგუფები, სამიზნეები და შესაბამისი ამოცანები; ნაჩვენებია, რომ პრევენციული მუშაობა უნდა ტარდებოდეს კომპლექსურად, ყველა მიზნობრივი ჯგუფისა და სამიზნეს გათვალისწინებით.

5.1. პრევენციის რაობა და სახეები

პრევენცია სიტყვა-სიტყვით პრობლემის თავიდან აცილებას ნიშნავს. იგი ინგლისური სიტყვიდან – „prevention“ მოდის და ფართოდ გამოიყენება შესაბამის დასავლურ ლიტერატურაში. საქართველოში, ნარკოტიკების ავადმომხარების პრობლემის თავიდან აცილების კონტექსტში, ამ სიტყვის ხმარება 2000-იანი წლებიდან დაიწყო, როგორც წამალდამოკიდებულების პრობლემის მოვლის საქმეში დასავლური მიდგომების (და შესაბამისი ენის) გაზიარების სიმბოლო. 90-იანებში საბჭოთა სივრცეში უფრო „ფეხმოკიდებული“ ტერმინი – პროფილაქტიკა იხმარებოდა, ასევე თავიდან აცილების მნიშვნელობით. თუმცა, პრობლემის თავიდან აცილებას, ძირითადად, ძალოვან ღონისძიებებში, და კერძოდ, ნარკოლოგიური თრობის შემოწმებაში (ექსპერტიზაში) ხედავდნენ.

ნიშანდობლივია, რომ გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან 2005 წლამდე, ნარკომანიის პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამის ძირითადი ბიუჯეტი სწორედ



ნარკოლოგიური ექსპერტიზის სამსახურს ხმარდებოდა, იმის ფონზე, რომ მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებები ქვეყანაში პრაქტიკულად არ ფინანსდებოდა. ეს პროფესიულ თემში ქმნიდა მცდარ წარმოდგენას იმის თაობაზე, რომ პრევენცია ყველაზე უხვად დაფინანსებული, მაგრამ არაეფექტური მეთოდია, რამაც 2000-იანი წლების დასაწყისში პრევენციის წინააღმდეგ მიმართულ ერთგვარ მედია კამპანიასაც კი გაუკეთა პროვოცირება.

დღელსათვის, საბედნიეროდ, ეჭვი უკვე არავის ეპარება, რომ ნარკოლოგიურ ექსპერტიზა „არ უდრის“ პრევენციას. პროფესიული თემი ერთსულოვანია პრევენციის საჭიროებისა და აუციელობის აღიარებაში. თუმცა, ამან ჯერჯერობით ვერ შეცვალა საქმის ვითარება და როგორც იყო, პრევენცია დღესაც რჩება ყველაზე უფრო უყურადღებოდ დატოვებულ მიმართულებად, როგორც საბიუჯეტო უზრუნველყოფის, ასევე ინსტიტუციური განვითარების სიმწირის თვალსაზრისით.

ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCCDA) კლასიფიკაციის თანახმად [150], უნდა განვასხვაოთ უნივერსალური (პირველადი), მიზანმიმართული (მეორეული) და შერჩევითი (სელექტიური) პრევენცია.

პირველადი ანუ უნივერსალური პრევენცია

ბანმარტება

პირველადი ანუ უნივერსალური პრევენცია ნარკომოდგენს „პრევენციას ყველასათვის“: ზოგადად მოსახლეობისათვის, ანდა, მთლიანად სამეზობლო თუ სასკოლო თემისათვის და ა.შ.

უნივერსალური პრევენციის მაგალითია სკოლაში ნარკოტიკების თაობაზე საგნობრივი სწავლება. ასევე, აღმზრდელობითი საქმიანობა, რომელიც უნდა განიონ მშობლებმა, საბავშვო ბაღისა თუ სკოლის მასწავლებლებმა, მოძღვრებმა – იმისათვის, რომ ბავშვმა არ დაიწყოს ფსიქოაქტიური საშუალებების მიღება.

უმცროსი ასაკის ბავშვებთან პრევენციული მუშაობისას სიტყვა „ნარკოტიკი“ შეიძლება საერთოდ არ იყოს ნახსენები, მაგრამ სწორი აღმზრდელობითი მიდგომით ნარკოტიკების მიმართ მდგრადობას სერიოზული საფუძველი ჩაეყაროს. აქ იგულისხმება ბავშვისათვის ზნეობრივი ორიენტირების მიცემა, საკუთარი თავის პატივისცემისა და ღირსების გრძნობის განვითარება – რაც მისი მხრიდან სხვისი პატივისცემისა და ღირსების გაფრთხილების საწინდარია; არჩევანის გაკეთებისა და პასუხისმგებლობის აღების გამოცდილებაში გატარება, ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის, როგორც ფასეულობების გაცნობიერებაში დახმარება, ჯანსაღი ცხოვრების შესაბამისი უნარ-ჩვევების განვითარება და ა.შ.

გვიანდელი ბავშვობისა (10-12 წელი) და მოზარდობის ასაკში უკვე მნიშვნელოვანია ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე ობიექტური ინფორმაციის მიწოდება[2,29,31,93]. მოზარდებთან მიმართებაში ამ მხრივ საგანმანათლებლო მუშაობას მავნე ჩვევების წინააღმდეგ „ვაქცინაციასაც“ უწოდებენ (იხ. თავი 7.1). თუ ინფორმაცია ინტერაქტიულ ფორმატში იქნება მიწოდებული, ეს მას ამ საკითხებზე დაფიქრებასა და სწორი გადაწყვეტილების მიღებაში დაეხმარება. მოზარდობის ასაკში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს, აგრეთვე, ცხოვრებისეულად მნიშვნელოვანი ისეთი უნარ-ჩვევების განვითარება, როგორიცაა ეფექტური კომუნიკაცია, პრობლემის გადაჭრა, კონფლიქტური სიტუაციების მოგვარება, უარის თქმა არასასურველ შეთავაზებაზე და ა.შ.[144, 145]

მეორეული ანუ მიზანმიმართული პრევენცია

ბანა-ტაბა	მეორეული ანუ მიზანმიმართული პრევენციის მიზანი ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების ადრეული გამოვლენა და შესაბამისი ჩარევის განხორციელებაა: მოხმარების ან მისი ხელშემწყობი ფაქტორების გამოვლენა და შესაბამისი დახმარების გაწევა.
-------------------------	---

აქ მიზანმიმართული ხდება წამალდამოკიდებულების განვითარების რისკის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების გამოვლენა და მათთან მუშაობა. შესაძლოა ეს იყვნენ ბავშვები, რომელთაც უკვე აქვთ ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები; ან ისინი, ვინც მონყვლადია ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური თუ სხვა რისკ ფაქტორების გამო. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებელ, მათ შემთხვევაში, არა თვით პრობლემა, არამედ პრობლემის სიმპტომია. საჭიროა ამ სიმპტომის მიზეზებზე მუშაობა: ბავშვების/მოზარდების პროფესიული დახმარება როგორც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ, ასევე პიროვნულ, ოჯახურ და ყოფით პრობლემებთან გამკლავებაში; ფასეულობათა გადაფასებაში, პრობლემათა დაძლევის გამოცდილების შეძენაში, ცხოვრებისეულად მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების ათვისებაში. აქ ძალიან მნიშვნელოვანია როგორც პედაგოგის, ასევე ფსიქოლოგის (და თუ ხელმისაწვდომია, სოციალური მუშაკის) საქმიანობა, ასევე მოძღვრის მხარში დგომა[116].

შერჩევითი ანუ სელექტიური პრევენცია

ბანარტა

შერჩევითი ანუ სელექტიური პრევენცია გულისხმობს ზოგადი პოპულაციიდან წამალდამოკიდებულების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების შერჩევასა და მათთან მუშაობას. ეს შესაძლოა იყოს სპეციალური პროგრამები წამალდამოკიდებულ მშობელთა შვილებისათვის, ან უკიდურეს სიღარიბეში თუ კრიმინალურ გარემოცვაში მცხოვრები სამეზობლოებისათვის და ა.შ.

მოცემული წიგნის მომდევნო თავებში ფოკუსირებას მოვახდენთ, ძირითადად, პირველად, უნივერსალურ პრევენციაზე და ნაწილობრივ, მეორეულ ანუ მიზანმიმართულ პრევენციაზე (ადრეული გამოვლენა და ჩარევა). სწორედ ამ მნიშვნელობით პრევენციაზე ვისაუბრებთ ქვემოთ, ამიტომ სათაურსა და ტექსტში, უმეტესწილად, აღარ გავაკეთებთ პრევენციის ტიპის სპეციფიკაციას.

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

– რომელი დონის პრევენციის განხორციელებაა მიზანშეწონილი საჯარო სკოლაში?

– როგორ უნდა დაიგეგმოს პრევენციული მუშაობა სკოლაში, რომ პირველადმა და მეორეულმა პრევენციამ ურთიერთშემაჯებლად იმოქმედონ?

5.2. პრევენციული მუშაობის სამიზნეები და ამოცანები საჯარო სკოლაში

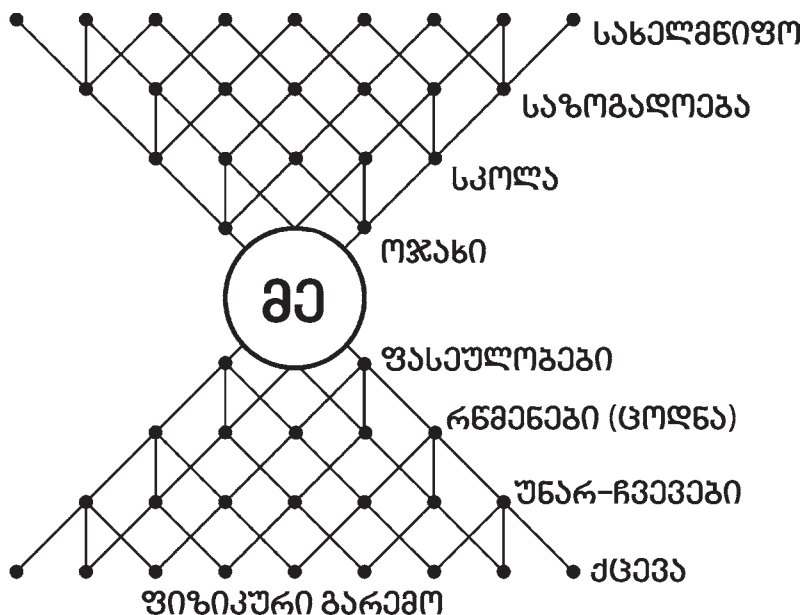
პრევენციული სამიზნეების დასახასიათებლად დავეყრდნობით ინფორმაციის თეორიის მეთოდოლოგის, **გრეგორი ბეიტსონისა** და **ნეირო-ლინგვისტური პროგრამირების** ერთ-ერთი საკვანძო ავტორის, **რობერტ დილტსის** სისტემის ლოგიკური დონეების სქემის მოდიფიკაციას (იხ. ქვემოთ)[32,37]. სქემა წარმოგვიდგენს ადამიანს, როგორც ლოგიკური დონეების (ქცევა, უნარ-ჩვევები, რწმენები, ფასეულობები, მე) მქონე სისტემას, ჩართულს უფრო მსხვილ სოციალურ სისტემაში, რომელსაც, თავის მხრივ, აგრეთვე, ლოგიკური დონეები გააჩნია (ოჯახი, სკოლა, საზოგადოება, სახელმწიფო). თითოეული ეს დონე შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს, აგრეთვე, როგორც სისტემა, რომელსაც, თავის მხრივ, ლოგიკური დონეები გააჩნია. ყველა ეს სისტემა არსებობს გარკვეულ ფიზიკურ გარემოში – გარკვეულ სივრცეში, გარკვეულ დროში.

სქემა მოსახერხებელია, ერთი მხრივ, იმის გასააზრებლად, რომ პრევენციული სამუშაო უნდა მიმდინარეობდეს სისტემურად, ყველა დონეზე; მეორე მხრივ – ყოველ დონეზე პრევენციული სამუშაოს ამოცანებისა და სამიზნე ჯგუფების დასახასიათებლად. ადამიანის ლოგიკური დონეების შესაბამისი პრევენციული ამოცანების დახასიათებისას სამიზნე ჯგუფების როლში გააზრებული გვყავს



ბავშვები და მოზარდები. ყოველი შემდგომი ლოგიკური დონის სამიზნე ჯგუფებს უკვე შესაბამის ქვეთავეებში განვსაზღვრავთ.

პრევენციულ ამოცანებზე მსჯელობისას, ყურადღებას გავამახვილებთ, უპირველეს ყოვლისა, სასკოლო გარემოში არსებულ პრევენციულ საჭიროებებსა და მათ საპასუხო მიდგომებზე, რომელთა განხორციელებაზეც უნდა იზრუნონ სკოლის ძირითადმა სუბიექტებმა – პედაგოგებმა, ადმინისტრაციამ, სამეთვალყურეო საბჭომ, მშობლებმა, მოსწავლეების მონაწილეობით. სოციალურ დონეზე პრევენციის გააზრებისას, დავახასიათებთ იმას, თუ როგორ შეუძლია სკოლას მიიღოს *მონაწილეობა* ამ დონეებზე პრევენციის თვალსაზრისით აუცილებელი, კონსტრუქციული ცვლილებების მიღწევაში.



ფიზიკური გარემო

სკოლა გარკვეულ ფიზიკურ გარემოში არსებობს, რომელიც მოიცავს მის გარშემო არსებულ სივრცესა და ინფრასტრუქტურას. ეს გარემო ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმონხმარების თვალსაზრისით, შეიცავს კონკრეტულ რისკებს,

რომელთა შემჩნევა და უვნებელყოფა სკოლის პრევენციული მუშაობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ პრობლემის რისკისა და დამცავი ფაქტორების ანალიზისას (იხ. წიგნის პირველი ნაწილი), ფიზიკური გარემოს დონეზე ავადმოსხმარების ერთ-ერთ ძირითად ხელშემწყობს წარმოადგენს ფსიქოაქტიური საშუალებების ხელმისაწვდომობა.

აქედან გამომდინარე, გარემოს დონეზე სკოლის პრევენციული მუშაობის ამოცანაა ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობის შემცირება. აქედან გამომდინარე, პრევენციული მუშაობა ამ დონეზე შესაძლოა გულისხმობდეს შემდეგს:

სასკოლო გარემოს დაცვა

– სკოლის გარემოს ანალიზს ფსიქოაქტიური საშუალებების (ვთქვათ, სიგარეტი, ალკოჰოლი, შეძლებისდაგვარად – ესა თუ ის კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკი(ც) ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით;

– ამ ანალიზის საფუძველზე, მათი ხელმისაწვდომობის შემცირებაზე ზრუნვა: ვთქვათ, ღერა-ღერა სიგარეტების გაყიდვის პრაქტიკის აღმოფხვრა სკოლის მიდამოებში და ა.შ.

უკანასკნელი მოითხოვს თანამშრომლობას ადგილობრივი თვითმმართველობის სტრუქტურებთან თუ შესაბამის სამართალდამცავ ორგანოებთან, რაც, აგრეთვე, სკოლის სოციალურ კაპიტალთან დაკავშირებული საკითხებია (იხ. ქვემოთ, ქვეთავი – სკოლა).

ქცევა

ქცევის დონეზე პრევენციული მუშაობის ამოცანაა ბავშვებისა და მოზარდების ჩართვა ისეთ აქტივობებში, რომელიც მათში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკს შეამცირებს.

ამ ამოცანის შესრულება შეიძლება, უპირველეს ყოვლისა,

მათი ჩართვით სპორტულ თამაშებში, თვითგამოხატვისა თუ შემეცნებით-გასართობ ნრეებში და ა.შ. სასურველია, ეს მოხდეს უკვე მოზარდობამდე, არა უგვიანეს მესამე-მეოთხე კლასის ასაკისა. სპორტული თამაშები ბავშვს მიანიჭებს ხალისსა და სიამოვნებას (ასწავლის სიამოვნების მიღებას ფსიქოაქტიური საშუალებების გარეშე), განუვითარებს გუნდურობის განცდას, ხელს შეუწყობს მის ფსიქო-ფიზიკურ განვითარებას, ასწავლის მოგების სიხარულს, ღირსეულად წაგებას, წაგებიდან გაკვეთილის გამოტანას, ამ გამოცდილების საფუძველზე, შემდგომ გამარჯვებაზე/მიღწევაზე ორიენტაციას და ა.შ. თვითგამოხატვისა და შემეცნების სხვადასხვა წრე ასწავლის სიამოვნების მიღებას შემოქმედებითი აქტივობებიდან თუ „ინსაიტებიდან“²⁶, საკუთარი ინტერესის დასაკმაყოფილებლად მოქმედებას და ა.შ.



უფრო სპეციფიკური ქცევითი პრევენციული სტრატეგია, შესაძლოა, იყოს ბავშვებისა და მოზარდების ჩართვა ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრების ისეთ აქტივობებში, როგორიცაა საინფორმაციო კამპანია თანატოლებისათვის. აქ იგულისხმება პრინციპი „თანატოლი – თანატოლს“^[93,101,136,147,148], როდესაც მოზარდი თვით ხდება ჯანსაღი წესის პოპულარიზატორი თავის თანატოლებში, გარკვეული საინფორმაციო საშუალებების გამოყენებით; **გამოცდილება გვკარნახობს, რომ თანატოლთა მიერ მიწოდებული ინფორმაცია მოზარდების მიერ უფრო სანდოდ აღიქმება და გავლენის დიდი პოტენციალი აქვს**]. ამ შემთხვევაში, აგრეთვე, იმოქმედებს პრევენციული პრინციპი, რომელიც აღვწერეთ განწყობებსა და მოლოდინებს მიძღვნილ ქვეთავში: განხორციელებული ქცევა აძლიერებს მის შესაბამის განწყობას. ანუ, ბავშვების მიერ ჯანსაღი ცხოვრების წესის დასაბუთებული პოპულარიზაცია-პროპაგანდა ამ ცხოვრების წესის დაცვის მათსავე განწყობას გააძლიერებს, რაც მათ მიერ ცხოვრების ჯანსაღი სტილით ცხოვრების ალ-

²⁶ **Insight** – ინგლისური სიტყვაა, ნიშნავს ამა თუ იმ მოვლენის არსის უეცარ წვდომას, რომელიც ძლიერ ინტელექტუალურ ემოციას იწვევს.

ბათობას გაზრდის.

ქცევა, როგორც სამიზნე, გულისხმობს, აგრეთვე, სკოლაში პედაგოგების მხრიდან მეორეულ პრევენციას: მოსწავლეებში პრობლემების მომასწავებელი ქცევების (ქცევითი დარღვევების) აღრეულ ამოცნობასა და შესაბამისი დახმარების გაწევას. ეს, შესაძლოა იყოს ჰიპერაქტივობა, ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება, აგრესიულობა და ა.შ. იქ, სადაც პედაგოგიური დახმარება არასაკმარისია, საჭიროა ქცევითი დარღვევების მქონე ბავშვების მართებულად გადამისამართება, როგორც ეს, მაგალითად, ჰიპერაქტივობის შემთხვევაში აღვწერეთ (იხ. თავი მეორე).

დაბოლოს, გვინდა აღვნიშნოთ, რომ თვით პედაგოგთა ქცევა, როგორც ასეთი, შესაძლოა იყოს პრევენციული ფაქტორი მოსწავლეებისათვის: როგორც წინა თავებში აღვწერეთ, სოციალური დასწავლის უნარის მეოხებით, ბავშვი სწავლობს უფროსების ქცევებს, ითვისებს მათ. ამიტომ, თუ პედაგოგები თვითონ იქნებიან ცხოვრების ჯანსაღი სტილის გამტარებლები, ეს მნიშვნელოვანწილად დაეხმარება ბავშვებს შესაბამისი ქცევების ათვისებაში.

უნარ-ჩვევები

უნარ-ჩვევების დონეზე პრევენციული მუშაობის ამოცანაა ბავშვებსა და მოზარდებში ისეთი უნარ-ჩვევების განვითარება, რომელიც მათ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებისაგან დაიცავს, დამცავი ფაქტორების როლს შეასრულებს.

კვლევებით დასაბუთებულია, რომ მოზარდებში ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოხმარების პრევენციის თვალსაზრისით, განსაკუთრებით ეფექტურია ე.წ. სასიცოცხლო უნარ-ჩვევების პროგრამები[116,144,145]. ეს პროგრამები ტარდება, როგორც წესი, სკოლის ბაზაზე (თუმცა, ეს არ არის აუცილებელი) და გულისხმობს ტრენინგს ისეთ საკითხებში, როგორიცაა: ეფექტური კომუნიკაცია, პრობლემების გადაჭრა, კონფლიქტების მართვა, სტრესის მართვა და ა.შ.

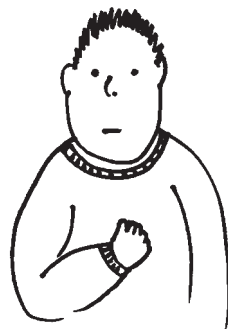
სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების ტრენინ-

გის ნაწილი სასურველია იყოს ე.წ. ასერტიულობის ტრენინგი. ასერტიულობა გულისხმობს ურთიერთობისას ადამიანის მიერ საკუთარი ინტერესების დაცვის უნარს მოურთიერთე ადამიანის/მხარის ინტერესების შელახვის გარეშე. ასერტიულობის ტრენინგის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია არა-ს თქმის ტრენინგი („როგორ ვთქვათ **არა** ისეთ შემთავაზებაზე, რომელიც ჩვენთვის სასურველი არ არის“). არა-ს თქმის უნარი ითვლება განსაკუთრებით მნიშვნელოვან დამცავ ფაქტორად ფსიქოპატიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრევენციის თვალსაზრისით.

რწმენები (ცოდნა)

აქ რწმენების ქვეშ იგულისხმება არა რელიგიური რწმენა, არამედ ის სუბიექტური ცოდნა, რომელიც ადამიანს გააჩნია სამყაროს შესახებ: რა რა არის, რა რასთან არის დაკავშირებული მიზეზ-შედეგობრივად და ა.შ. სიტყვა „რწმენა“ აქ იხმარება ცოდნის ნაცვლად მხოლოდ იმიტომ, რომ ამ დონეზე შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს არა მარტო ცნობიერ, არამედ, აგრეთვე, გაუცნობიერებელ ცოდნასაც. მაგალითად, გავიხსენოთ ადამიანის ასაკობრივი განვითარება: 18 თვის თავზე, ასაკობრივი კრიზისის დაძლევის შედეგად, ჩვილს უვითარდება რწმენა იმის თაობაზე, რომ სამყარო სანდოა და კეთილგანწყობილი; ფაქტია, რომ ჩვილს არა აქვს იმდენად განვითარებული აზროვნება, რომ ეს გააცნობიეროს; იმიტომ ამ ცოდნას იგი გაუცნობიერებელად, რწმენის სახით იძენს და ინახავს და ეს რწმენა მის შემდგომ განვითარებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს[1,22,23,34,39,52].

რწმენების/ცოდნის დონეზე პირველადი პრევენციული მუშაობა გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოპატიური საშუალებების ავადმომხმარებლის შესახებ გვიანდელი ასაკის ბავშვებისა და მოზარდების ინფორმირებას. ჯანსაღი ცხოვრების სტილის (რა არის ჯანსაღი კვება, ფიზიკური



ვარჯიშის მნიშვნელობა და ა.შ.) შესახებ ინფორმაცია ბავშვებს უკვე პირველი კლასიდან უნდა მიენოდოს, იმ პერიოდისათვის მისაღები ფორმითა და ულუფით. ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარებაზე საუბარი 10-11 წლის ასაკიდან შეიძლება, აქაც შესაბამისი ფორმითა და ულუფით, გარკვეული სოციალურ-ფსიქოლოგიური პრინციპების დაცვით.

რაც შეეხება ამ დონეზე მეორეულ პრევენციას, ეს პრობლემური რწმენების მქონე ბავშვებისა და მოზარდების გამოვლენას და მათში ამ პრობლემური რწმენების კორექციაზე მუშაობას ეგულისხმობს.

პრობლემური რწმენები, ხშირად, ქცევის სახით იჩენს თავს (ზედმეტი პასიურობა, ან პირიქით, აგრესიულობა და ა.შ.), მათი ამოცნობა პედაგოგის საქმეა. დახმარების სტრატეგია უნდა ყოველი კონკრეტული შემთხვევისათვის განისაზღვროს: საკმარისია მხოლოდ პედაგოგიური ჩარევა, თუ საჭიროა ბავშვის გადამისამართება შესაბამის სპეციალისტთან (ვთქვათ, ბავშვის ფსიქოლოგთან ან ფსიქოთერაპევტთან), ან, შესაძლოა შესაბამის ტრენინგში (მაგალითად, აგრესიის მართვის) ჩართვამ მოაგვაროს პრობლემა.

აგრესიის მართვის ტრენინგის მოდულის ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტი აგრესიული ქცევის მიღმა მდებარე აზროვნების 4 ტიპური შეცდომის გამოვლენას და ტრენინგის მონაწილეთა მიერ მათ გაცნობიერება-დაძლევაში დახმარებას გულისხმობს[89]. ეს შეცდომებია:

- გარშემომყოფი მოვლენების მიზეზად მუდმივად საკუთარი თავის აღქმა. მაგალითად, თუ აზროვნების ამგვარი შეცდომის მატარებელ ბავშვს/მოზარდს/ზრდასრულს ნაცნობი არ მიესაღმა, იგი ამას აუცილებლად საკუთარი თავიდან გამომდინარე ახსნის („ფეხებზე ვკიდევარ“, „უნდა, რომ გამაბრაზოს“, „ზედაც არ შემომხედა, კაცად არ ჩამაგდო“ და ა.შ.). მიზეზი კი შესაძლოა სულ სხვა იყოს (მაგალითად – ადამიანი ცუდ გუნებაზეა, ან დაღლილი და უყურადღებოა მოცემული მომენტისათვის, ჩაფიქრებულია რაიმეზე, ცუდად ხედავს და ა.შ.);

- მოვლენების მინიმიზაცია და არასწორი სახელდება. მაგალითად, შესაძლოა მოზარდმა თავისი კლასელი სისხლამდე სცემა, მაგრამ ამაზე შემდეგნაირად მსჯელობს: „რა მოხდა, მაგრა გავერთეთ, ცოტა ვიბლლარძუნეთ რა, არაფერია“. ამ მსჯელობის მიღმა მოვლენის არასწორი აღქმა და სახელდება, მისი სიმძაფრისა და მნიშვნელობის ნიველირება, ფაქტობრივად, ინფორმაციის გადამუშავების ხარვეზ(ებ)ი და აზროვნების შესაბამისი შეცდომა დგას;

- საკუთარი საქციელის გამო პასუხისმგებლობის სხვისთვის მიწერა. მაგალითად, ბავშვი მამას სისტემატურად პარავს ფულს შარვლის ჯიბიდან და ასე მსჯელობს: „მისი ბრალოა, სპეციალურად დებს შარვალს ისეთ ადგილას რომ ადვილი მისაწვდომი იყოს; იმედია, მიხვდება ბოლო-ბოლო, რომ ფული საიმედო ადგილას უნდა შეინახოს – მადლობა უნდა მითხრას, რომ ჭკუას ვასწავლი“;

- უარესის მოლოდინი. ეს ის შემთხვევაა, როდესაც ბავშვს/მოზარდს/ზრდასრულს ჰგონია, რომ არაფერი გამოუვა (ვთქვათ, გამოცდაში ჩაიჭრება, ან კლასელები დასცინებენ, სამსახურის გასაუბრებას ვერ გაივლის და ა.შ.), ან რომ მის გარშემო ადამიანები ერთნაირად „ცუდები“ არიან („ყველა ადამიანი ეგოისტია“ და ა.შ.). ნებისმიერი სამომავლო ამოცანის შერსულების წინ აზროვნების ამგვარი შეცდომის მატარებელ ბავშვს/ადამიანს წინდანი ყველაზე საუარესო სცენარის განხორციელების რწმენა უჩნდება. ეს რწმენა კი, თავის მხრივ, მას ბუმერანგივით – ე.წ. თვითაღსრულებადი წინასწარმეტყველების სახით უბრუნდება: უარყოფითი წინასწარმეტყველებას განხორციელების ტენდენცია აქვს, რამდენადაც იგი ადამიანს მარცხის მიმართულებით განაწყობს. მისი განხორციელება, თავის მხრივ, ადამიანს უმყარებს მცდარ რწმენას („ვიცოდი, რომ არაფერი გამომივიდოდა“) და, ამგვარად, მანკიერი წრე იკვრება.

აგრესიის მართვის ტრენინგი მონაწილეებს სწორედ აზროვნება-ქცევის ამგვარი მანკიერი წრეების გარღვევასა და ზე-

მოთ აღწერილი აზროვნების შეცდომების გადალახვაში ეხმარება და ამდენად, მეორეული პრევენციის ეფექტურ ინსტრუმენტს წარმოადგენს.

ფასეულობები

ფასეულობების დონეზე პრევენციული მუშაობა გამჭოლ ხაზად უნდა გასდევდეს მთელ სკოლის პერიოდს. ზემოთ ჩვენ ბევრი ვიმსჯელეთ ზოგადსაკაცობრიო და სამოქალაქო ფასეულობების გათავისების მნიშვნელობასა და სულიერებაზე, როგორც დამცავ ფაქტორზე. ამიტომ აქ მხოლოდ სპეციფიკური ფასეულობების აღზრდაზე შევაჩერებთ ყურადღებას.

პირველადი პრევენციული მუშაობა ამ დონეზე გულისხმობს უკვე პირველი კლასიდან ბავშვების დახმარებას სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის, როგორც თავისთავადი ფასეულობების გაცნობიერებაში; ძალიან მნიშვნელოვანია, აგრეთვე, საკუთარი სხეულის, როგორც უნიკალურის – გაცნობიერება, მის მიმართ ზრუნვის დამოკიდებულების გამომუშავება.

თერთმეტი-თორმეტი წლიდან ძალიან მნიშვნელოვანია წარმატებისა და მიღწევის, როგორც საკუთარი თავის განხორციელების „სამუშაო იარაღების“ გაცნობიერება. აუცილებელია, სკოლას ჰქონდეს წარმატებისა და მიღწევის სტიმულირებისა და ნახალისების სისტემა; რომ სკოლაში მიღწევა, წარმატება „მოდაში შემოვიდეს“. ამ კონტექსტში, უაღრესად, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რომ წარმატება „რჩეულთა ხვედრი“ კი არ იყოს, არამედ პოტენციურად *ნებისმიერ ბავშვს*, სურვილის შემთხვევაში, შეეძლოს მისი მიღწევა. ამ მექანიზმის შემუშავება და დანერგვა სკოლის შიდა პოლიტიკის საკითხია.

ფასეულობათა დეფიციტი, ხშირად, ქცევის დონეზე იჩენს თავს ასოციალური ქცევებისადმი მიდრეკილების სახით, რაც სპეციალურ ყურადღებას მოითხოვს პედაგოგების მხრიდან. აქ საჭირო ხდება მეორეული პრევენცია: მაგალითად, პრობლემური მოზარდების გადამისამართება **სოციალური გადანყვევტილების უნარ-ჩვევების განვითარების ტრენინგში[89]** მონაწილეობის მისაღებად, რომელიც, ასევე, აგრესიის მართვის სწავლების

ნაწილია[. ამგვარი ტრენინგის მოდული მოიცავს ზნეობრივი გადანყვეტილების მისაღებ პრობლემურ სიტუაციებზე მართულ ჯგუფურ დისკუსიებს, ზნეობრივ არჩევანზე ჯგუფში კონსენსუსის მიღწევას. ამგვარი ინტერაქტიული მუშაობის პროცესში მოზარდებს ნაბიჯ-ნაბიჯ უმუშავდებათ სოციალური გადანყვეტილებების მიღების უნარ-ჩვევები. მეორადი პრევენცია, გარდა ამისა, გულისხმობს პრობლემური ბავშვების მშობლებთან/ოჯახებთან მუშაობას, საჭიროების შემთხვევაში – სათანადო სპეციალისტთან (მაგალითად, ფსიქოთერაპევტთან) გადამისამართებას, თანამშრომლობას ეკლესიასთან და ა.შ.

სკოლის როლი

ფასეულობითი აღზრდის თვალსაზრისით, სკოლის ყველაზე მძლავრი იარაღი თვით სკოლის „პირადი მაგალითია“. როგორც ზემოთ აღვწერეთ, სოციალური დასწავლის თეორიის თანახმად, ბავშვი სწავლობს გარშემომყოფი ადამიანების (სკოლის შემთხვევაში – პედაგოგების) ქცევიდან. ამიტომ, სკოლის თითოეული ცალკეული პედაგოგის, პედკოლექტივის – როგორც მთლიანის, დაბოლოს, სკოლის, როგორც თემის ზნეობრივ მონიფულობას (გავიხსენოთ კოლბერგის მორალური განვითარების დონეები) უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს. აქ თვით სკოლის კლიმატი უნდა გამოვიდეს მოსწავლეებისათვის (ისევე, როგორც მასწავლებლებისათვის) პრევენციული დამცავი ფაქტორის როლში.

მე (იდენტობა)

იდენტობაზე მუშაობაც გამჭოლ ხაზად უნდა გასდევდეს სასკოლო ცხოვრებას. სკოლამ, ერთი მხრივ, ხელი უნდა შეუწყოს მოსწავლეს პოზიტიური მე-კონცეფციის ჩამოყალიბებაში. აქ მნიშვნელოვანია ბავშვებისა და მოზარდების მიმართ **უპირობო პოზიტიური ყურადღება**: მიმღებლობა და კეთილგანწყობილება; არაშეფასებითი დამოკიდებულება: „ცუდი ბიჭი“ თუ „კარგი ბიჭი“ ტიპის შეფასებითი ირალიყებისაგან თავის არიდება; პარიტეტული, მაგრამ შესაბამისი დისტანციის

დაცვაზე დამყარებული კეთილგანწყობილი კომუნიკაცია და ა.შ. ეს ყველაფერი მოსწავლეებს მისცემს საშუალებას თავი დაცულად იგრძნონ სკოლის გარემოში, რაც მნიშვნელოვანია მათი განვითარებისათვის.

რაც შეეხება სპეციფიკურ თემატურ მუშაობას, უკვე პირველი კლასიდან შეიძლება ზრუნვა იმაზე, რომ ბავშვმა თავის ჩამოყალიბების პროცესში მყოფ მე-ს კონცეფციაში შეიტანოს საკუთარი თავის, როგორც ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამცველის, აღქმა.

ამ დონეზე მუშაობას განსაკუთრებული ყურადღება ესაჭიროება მოზარდობის ასაკში. აქ სკოლა, ერთი მხრივ, უნდა ეხმარებოდეს მოზარდს ახალი, სოციალურად პროდუქტიული როლების მოსინჯვა-მორგებაში. ეს შესაძლებელია შიდა სასკოლო, საერთო-სათემო კლასგარეშე აქტივობების ორგანიზებით (კონცერტები, უაღკოშოლო დისკოთეკები, თეატრალური წრე, ლაშქრობები, ლიტერატურული საღამოები და ა.შ.).

მეორე მხრივ, სკოლამ უნდა უზასუხოს მოზარდობის ასაკისათვის დამახასიათებელ სწრაფვას დაჯგუფებისაკენ და სოციალურად სასარგებლო ინტერესებით გაერთიანებული წრეების შექმნას შეუწყოს ხელი (ეკოლოგია, თანატოლებში ძალადობის პრევენცია, ცხოვრების ჯანსაღი წესი თუ მრავალი სხვა).

კარგი სამსახურის განევა შეუძლია აქ სასკოლო რადიოს – მასში მოზარდების ინტენსიურ მონაწილეობას; ეფექტურია, აგრეთვე, მოზარდების დაკავშირება სხვადასხვა სოციალურ პრობლემებზე მომუშავე ორგანიზაციებთან ან ქსელებთან, სადაც ისინი, სურვილის შემთხვევაში, სამოხალისეო საქმიანობას გასწევენ და ა.შ. ამ თვალსაზრისით შესაძლებლობების შექმნას ხელი უნდა შეუწყოს სკოლის სოციალურმა კაპიტალმა, რომლის ერთ-ერთი ასპექტი სწორედ ამგვარ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა შეიძლება იყოს.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, რომ პედაგოგებმა შეამჩნიონ იდენტობის კრიზისის თუ, შესაძლოა, სხვა მიზეზების გამო ქცევითი პრობლემების მქონე (აგრესიულობა, ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარება, ჭარბი სიმორცხვე და ა.შ.) მოზარდები, შეძლებისდაგვარად დაეხმარონ მათ, საჭიროე-

ბის შემთხვევაში, იმუშავონ მათ ოჯახებთან; ხოლო იქ, სადაც პროფესიული ჩარევაა საჭირო (ფსიქოთერაპიული თუ სხვა), მართებულად გადაამისამართონ. ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც გადამისამართებაზე ვსაუბრობთ, ისევ და ისევ სკოლის სოციალურ კაპიტალს ვგულისხმობთ: ამ შემთხვევაში, იმას, თუ რამდენად აქვს სკოლას ანყობილი გადამისამართების სისტემა, ანუ რამდენად კავშირშია/თანამშრომლობაშია მოსწავლეებისათვის სპეციფიკური სამედიცინო, ფსიქოლოგიური თუ სხვა სახის სერვისების გამწევ ორგანიზაციებთან.

ოჯახი

ამ დონეზე პრევენციული მუშაობის სამიზნეს ოჯახები და მშობლები წარმოადგენენ. აქ შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დაცვაზე მიმართული სასკოლო-სათემო პროგრამების ინიცირება, სადაც მშობლები ბავშვებისა და მოზარდების პარალელურად, აქტიურად იქნებიან ჩართულები; ასევე, სასურველია ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის საკითხში მშობლების გათვითცნობიერების დონის ამაღლებაზე მიმართული პროგრამების განხორციელება.

მეორე მხრივ, თუ სკოლაში პედაგოგმა ამა თუ იმ ბავშვის ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული თუ სხვა ქცევითი დარღვევების ადრეული გამოვლენა მოახდინა, მან სპეციალური სამუშაო უნდა ჩაატაროს ამ ბავშვის მშობელთან, დაიწყოს მასთან თანამშრომლობა შვილის კეთილდღეობის დაცვის მიზნით; თუ ოჯახური პრობლემები სცილდება პედაგოგის კომპეტენციას, მნიშვნელოვანია, რომ მან შეძლოს ოჯახის მართებული გადამისამართება (შესაძლოა, ფსიქოლოგთან ან ნარკოლოგთან და ა.შ.), რაზეც ზემოთ უკვე ვისაუბრეთ.

სკოლა

აქ იგულისხმება სკოლის დახმარება სოციალური კაპიტალის განვითარებაში (იხ. თავი „სოციალური კაპიტალი სოციალური რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ“). ეს შესაძლოა, იყოს სკოლის დახმარება შემდეგში:

– ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმონხმარების საკითხებზე სასკოლო პოლიტიკის შემუშავება (სკოლის ადმინისტრაციისა და პედკოლექტივის შესაბამისი ტრენინგი, პოლიტიკის შემუშავებისათვის არჩეული მუშა ჯგუფის საქმიანობის ფასილიტაცია, პოლიტიკის სასკოლო ცხოვრებაში გატარების მონიტორინგის მექანიზმების დანერგვა და ა.შ.)[18,63];

– ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმონხმარების პრევენციაში პედკოლექტივის კომპეტენციის გაზრდა (შესაბამისი ტრენინგის გზით);

– მოსწავლეებში ქცევითი დარღვევების (ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმონხმარება, ძალადობა, ჰიპერაქტივობა თუ სხვა) ადრეული გამოვლენისათვის, პედკოლექტივის კომპეტენციის გაზრდა (შესაბამისი ტრენინგის გზით);

– „სასარგებლო კონტაქტების“ გაბმა და თანამშრომლობა შესაბამის – სამედიცინო, ფსიქოლოგიური, ოჯახური ძალადობისა თუ სხვა სერვისების უზრუნველყოფ ორგანიზაციებთან, პრობლემების მქონე მოსწავლეების ეფექტური გადამისამართებისათვის;

– თანამშრომლობა ამა თუ იმ მნიშვნელოვანი პრობლემის (ეკოლოგია, ადამიანის უფლებები, ფსიქო-სოციალური დახმარება და ა.შ.) გარშემო გაერთიანებულ პროფესიულ და საზოგადოებრივ კავშირებთან, სკოლის მოსწავლეების საზოგადოებრივად სასარგებლო საქმიანობებში ჩართვის მიზნით;

– ჯანსაღი ცხოვრების სტილის საერთო-სათემო პროგრამების დანერგვა;

– ბავშვებისა და მოზარდებისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების ტრენინგის პროგრამების დანერგვა;

– ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმონხმარების პრევენციის სასკოლო სასწავლო გეგმის და შესაბამისი აქტივობების განვითარება;

– და ა.შ.

მოცემულ საკითხებს უფრო დანვრილებით შემდგომ თავებში შევხვებით.

საზოგადოება

საზოგადოების დონეზე მუშაობის თვალსაზრისით, სკოლის მთავარი ამოცანაა სხვადასხვა სოციალურ ქსელში ჩაბმა, სასარგებლო კონტაქტების მოპოვება, მთელ რიგ ორგანიზაციებთან და პირებთან თანამშრომლობის დამყარება, ძალიან მოკლედ რომ ვთქვათ – ისევ და ისევ, **სოციალური კაპიტალის კუმულირება**. ქვემოთ შევეცდებით გავაკეთოთ მოკლე ჩამონათვალი თანამშრომლობის პოტენციური სუბიექტებისა:

– ეკლესია [ერთ-ერთ საჯარო სკოლასთან ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციის ტრენინგის ჩატარებისას პედკოლექტივმა გაგვიზიარა, თუ როგორ თანამშრომლობს მართლმადიდებელი ეკლესიის ერთ-ერთ მოძღვართან, რომელიც რეგულარულად დადის სკოლაში და ბავშვების ფასეულობით



აღზრდაში ეხმარება, ჩართულია ქცევითი დარღვევების მქონე ბავშვებზე ზრუნვაში, ეხმარება სკოლას კლიმატის გაჯანსაღებაში და ა.შ. ამ მაგალითიდან ჩანს, თუ როგორი რესურსის შეძენა შეუძლია სკოლას ეკლესიასთან თანამშრომლობის აწყობით];

– საერთაშორისო ფონდები და საქველმოქმედო ორგანიზაციები [ხდება ხოლმე, რომ პედკოლექტივი, მოსწავლეები და მშობლები საინტერესო ინიციატივებით გამოდიან, მაგრამ, ძალიან ხშირად, სკოლაში არ არსებობს ამ ინიციატივების განხორციელების მატერიალური რესურსი; საერთაშორისო ფონდებთან და საქველმოქმედო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის დამყარება სკოლას უფრო მოქნილს გახდის სასარგებლო ინიციატივების ცხოვრებაში გატარების თვალსაზრისით];

– ადგილობრივი მმართველობის სტრუქტურები [თბილისის სკოლებში მუშაობისას ადგილობრივი მმართველობის სტრუ-

ქტურებთან თანამშრომლობის რამდენიმე მაგალითი ვნახეთ: გარკვეული სასარგებლო სოციალური აქციების დაფინანსება და ერთობლივი ჩატარება, სკოლისათვის სპორტული მოედნის გამართვაში დახმარება და ა.შ. ეს თვალსაჩინოს ხდის ამ მიმართულებით თანამშრომლობის ანყოფის მნიშვნელობას;

– სპორტული ასოციაციები და კავშირები [2009 წლის გაზაფხულზე საქართველოს ხელბურთის ფედერაციამ, სპორტის საქალაქო სამსახურთან ერთად, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის მხარდაჭერით, მინი ხელბურთის ჩემპიონატი ჩაატარა თბილისის სამი სკოლის მესამე-მეხუთე კლასების მოსწავლეებისათვის; ჩემპიონატს წინ უძღოდა ბავშვებისათვის მინი ხელბურთის სწავლება, შესაბამისი ფიზიკულტურის გაკვეთილები – ფედერაციის თანამშრომელთა დახმარებით; საკუთრივ ჩემპიონატში მოსწავლეები აზარტით, ხალისითა და სიხარულით მონაწილეობდნენ; ამ გამოცდილებამ ბავშვებში ცხოვრების ჯანსაღი სტილის მიმართ დადებითი განწყობა გაამყარა. ეს მაგალითი გვიჩვენებს, რომ თუ სკოლას არა აქვს საკუთარი რესურსი, რათა ამგვარი ღონისძიება განახორციელოს (და ხშირად არა აქვს ხოლმე), ამა თუ იმ სპორტულ ფედერაციასთან თანამშრომლობამ შესაძლოა ეს დეფიციტი აუნაზღაუროს];

– სამედიცინო, ფსიქოლოგიური, ოჯახური ძალადობის, ფსიქო-სოციალური დახმარების სერვის-ორგანიზაციები [როგორც უკვე ზემოთ აღვწერეთ, სკოლაში ხშირად დგება ამა თუ იმ პრობლემის გამო მოსწავლის დახმარებისათვის მისი გადამისამართების საჭიროება. არსებობს მთელი რიგი ორგანიზაციები, რომელნიც შესაბამის სერვისებს ახორციელებენ. მნიშვნელოვანია სკოლამ მოიძიოს ეს რესურსები და ითანამშრომლოს მათთან, რათა პრობლემის წინაშე არ დაიბნეს და ბავშვს დაეხმაროს];

– საზოგადოებრივი ორგანიზაციები [საქართველოში მთელი რიგი არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციები საშუალებას სოციალურ პრობლემებზე: ადამიანის უფლებებზე, ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევენციაზე, გარემოს დაცვა-

ზე, ძალადობის პრევენციაზე და ა.შ. მნიშვნელოვანია ამ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა, რათა, ერთი მხრივ, მათ, თავისი კომპეტენციის შესაბამისად, ტრენინგი შესთავაზონ სკოლის პედკოლექტივს (ხშირად ამგვარი ორგანიზაციები ეძებენ „მრე-ვლს“ ტრენინგის ჩასატარებლად. მათ მნიშვნელოვანი ცოდნის გაზიარება შეუძლიათ); მეორე მხრივ – რათა უფროსკლასელმა მოსწავლეებმა, სურვილის შემთხვევაში, არდადაგების დროს ინტერნატურა გაიარონ ამ ორგანიზაციებში. ერთი მხრივ, ისინი თავის ინტერესებს დაიკმაყოფილებენ, მეორე მხრივ, ჩაერთვებიან საზოგადოებრივად სასარგებლო საქმიანობაში;

– და ა.შ.

ეს ჩამონათვალი მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილია იმ დიდი პოტენციური სიისა, რომელიც შეიძლება წარმოვიდგინოთ სკოლისათვის სასარგებლო კონტაქტების თვალსაზრისით. სკოლამ თვითონ უნდა იზრუნოს თავისი სოციალური კაპიტალის გამდიდრებაზე, მის მაგივრად ამას სხვა ვერავინ გააკეთებს. ეს მნიშვნელოვან რესურსებს შესძენს სკოლას არა მარტო ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის, არამედ მთელი რიგი სხვა პრობლემების მოგვარების თვალსაზრისით.

განსაკუთრებული ყურადღება გვინდა გავამახვილოთ სამეთვალყურეო საბჭოზე – როგორც სოციალური კაპიტალის დაგროვების პოტენციალის მქონე სტრუქტურაზე. საჯარო სკოლებში ფსიქოპედაგოგიური საშუალებების ავადმომხმარებლის საკითხებზე მუშაობისას დავრწმუნდით, რომ არსებობს სკოლები, რომლებიც სამეთვალყურეო საბჭოს ფორმალობად აღიქვამენ და შესაბამისად, მის პოტენციალს ვერ იყენებენ; წინააღმდეგ ამისა, არის სკოლები, სადაც სამეთვალყურეო საბჭო რეალური, მოქმედი, აქტიური, პროდუქტიულია. საქმე ისაა, რომ სამეთვალყურეო საბჭო სკოლისა და საზოგადოების კავშირის გამაშუალებელი რგოლია. მისი ყოველი წევრი შესაძლოა განვიხილოთ, როგორც თავისი წილი სოციალური კაპიტალის წარმომადგენელი: მისი სახით ხომ საზოგადოების გარკვეული სეგმენტი, მისი პროფესიული თუ ადამიანური კავშირები, მისი სამსახური და შესაძლოა, სხვა რესურსიც შემოდის სკოლის სი-

ნამდვილეში. რასაკვირველია, საბჭოს წევრები განსხვავდებიან გავლენის პოტენციალის მიხედვით, შესაბამისი სოციალური რესურსების მასშტაბით, მაგრამ საბჭოს სიძლიერე სწორედ მისი წევრების განსხვავებულობაშია. აქედან გამომდინარე, კიდევ ერთხელ გვინდა გავიმეოროთ, რომ საჯარო სკოლის სამეთვალყურეო საბჭო, მართვაში დახმარების გარდა, შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სოციალური კაპიტალის „აკუმულატორი“. მთავარია, რომ სკოლას ეს გაცნობიერებული ჰქონდეს და სრულად იცენებდეს მის პოტენციალს.

სახელმწიფო

ამ დონეზეც შეუძლია სკოლას გარკვეული წვლილი შეიტანოს. იმისათვის, რათა ქვეყანაში ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრევენცია ეფექტურად განხორციელდეს, აუცილებელია პრევენციის მრავალუწყებრივი (განათლების, ჯანდაცვის, კულტურისა და სპორტის სამინისტროები და ა.შ.) სახელმწიფო სტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმის არსებობა. მათი შემუშავება, ერთი მხრივ, „ზევიდან ქვევით“ ხდება – ანუ, შესაბამისი უწყებები სახავენ სტრატეგიას, თანხმდებიან სამოქმედო გეგმაზე, ზრუნავენ მის დაბიუჯებაზე, კოორდინირებულ განხორციელებასა და ამის საფუძველზე, საჯარო სკოლებისათვის ამ მიმართულებით საკეთებელსაც საზღვრავენ.

მაგრამ, არსებობს მეორე, აღწერილის შემავსებელი, გზა – „ქვევიდან ზევით“; ეფექტური სტრატეგია ამ ორი გზის შერწყმით იქმნება ხოლმე. აქ სკოლამ უნდა შეაფასოს თავისი, როგორც ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების საჭიროებები, ჩვენ შემთხვევაში, ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის თვალსაზრისით; მიიტანოს ეს საჭიროებები სამინისტრომდე, ამასთან ერთად, მიაწოდოს გამოვლენილი საჭიროებების დაკმაყოფილების მექანიზმებისა და საშუალებების თავისი ხედვა. ეს სტრატეგიას უფრო რეალისტურს და მდგრადს გახდის. ამ გზით, სკოლას შეუძლია *მონაწილეობა* მიიღოს სახელმწიფო დონეზე პრევენციის სტრატეგიის შემუშავების საქმეში. ეს არ არის ლოზუნგი, ეს ცხოვრების მიერ

დასმული რეალური ამოცანაა: მონაწილეობა შენი ინტერესების დაცვის აუცილებელი პირობაა.

პირველადი და მეორეული პრაქტიკის ინსტიტუციონალიზაცია

დღევანდელ დღეს შეუიარაღებელი თვალითაც ჩანს, თუ რა უნდა გაკეთდეს საწყის ეტაპზე ჩვენს ქვეყანაში ფსიქოაქტიური საშუალებების პირველადი და მეორეული პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნის თვალსაზრისით. აქ მხოლოდ მოკლე ჩამონათვალს მოვიყვანთ:

- ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარების პრევენცია უნდა ისწავლებოდეს უმაღლეს სასწავლებლებში, განსაკუთრებით სკოლის მომავალი ადმინისტრატორების, პედაგოგებისა და ფსიქოლოგებისათვის;

- უნდა შეიქმნას ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარების პრევენციის საკითხებში პედაგოგთა უწყვეტი განათლების მექანიზმები;

- ცხოვრების ჯანსაღ სტილსა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარებაზე სკოლაში შიდა პოლიტიკის შემუშავება და განხორციელება უნდა იყოს დამოკიდებული არა მხოლოდ სკოლის კეთილ ნებაზე, არამედ შედიოდეს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ სკოლის შეფასების მოთხოვნებში, როგორც სკოლის უსაფრთხოების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორი;

- ცხოვრების ჯანსაღი სტილი სამოქალაქო განათლების ეროვნული სასწავლო გეგმისა ნაწილი უნდა იყოს და აისახებოდეს შესაბამის სტანდარტებში;

- სასიცოცხლო უნარ-ჩვევათა პროგრამების განხორციელება არ უნდა ატარებდეს ფრაგმენტულ ხასიათს და სკოლის სასწავლო გეგმის ნაწილი უნდა იყოს;

- და ა.შ.

სკოლას შეუძლია ქმედითი როლი შეასრულოს ყველა ამ აუცილებელი კონსტრუქციული ცვლილების დანერგვაში, მონაწილეობის გზით. ესეც პრევენციული საქმიანობაა.

შეკითხვები ნაკითხულზე სარეფლექსიოდ:

– კონკრეტულად, რა შეუძლია გააკეთოს თქვენმა სკოლამ ფსიქოაქტიური საშუალებებისაგან დაცული ფიზიკური გარემოს შექმნის მიმართულებით (რა არის რეალისტური)?

– კონკრეტულად, რა შეუძლია გააკეთოს თქვენმა სკოლამ მოსწავლეებთან პრევენციული მუშაობის თვალსაზრისით (რა არის რეალისტური)?

– კონკრეტულად, რა შეუძლია გააკეთოს თქვენმა სკოლამ პრევენციულ საქმიანობაში ოჯახების ჩასართავად (რა არის რეალისტური)?

– კონკრეტულად, რა შეუძლია გააკეთოს თქვენმა სკოლამ სოციალური კაპიტალის განვითარების მიმართულებით (რა არის რეალისტური)?

– კონკრეტულად, რა შეუძლია გააკეთოს თქვენმა სკოლამ პრევენციისათვის საზოგადოებასთან ურთიერთობის მიმართულებით (რა არის რეალისტური)?

– კონკრეტულად, რა შეუძლია გააკეთოს თქვენმა სკოლამ პრევენციის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავებაში მონაწილეობის თვალსაზრისით (რა არის რეალისტური)?

6. თავი მეექვსე. სათემო მიდგომა: ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრევენციის სკოლის პოლიტიკა

მოცემულ თავში აღწერილია, თუ რისთვის არის საჭირო ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრევენციის პოლიტიკა, თუ რა სამსახურის განევა შეუძლია მას საჯარო სკოლის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად; აღწერილია მისი შემუშავების პროცესი, დაფუძნებული სკოლის, როგორც თემის, ძირითადი სუბიექტების მონაწილეობაზე; ნაჩვენებია, თუ რა კომპონენტებისაგან უნდა შედგებოდეს და რა ამოცანებს წყვეტდეს იგი. ლაკონურობისათვის ტექსტში ვიხმართ სიტყვას „პოლიტიკა“ და „სკოლის პოლიტიკა“.

6.1. სკოლის პოლიტიკის მნიშვნელობა

ჯანსაღი ცხოვრები სტილის დამკვიდრება და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრევენცია შესაბამის სამუშაო იარაღს მოითხოვს. სკოლისათვის ამგვარ სამუშაო იარაღს, უპირველეს ყოვლისა, ამ საკითხზე სკოლის შიდა პოლიტიკა წარმოადგენს[18,63,79].

პოლიტიკის შემუშავება სკოლას საშუალებას მისცემს, ერთი მხრივ, ჩამოაყალიბოს პრობლემისა და მისი გადაწყვეტის გზების ხედვა, პრინციპები, მიზნები, ამოცანები – ერთგვარად, დაკვალიანდეს ამ საკითხში.

მეორე მხრივ, **პოლიტიკის ცხოვრებაში დანერგვა სკოლის უსაფრთხოების საკითხის გარშემო სასკოლო თემის ყველა სუბიექტის გაერთიანებას, ზრუნვის ერთობლივი მექანიზმების შემუშავებასა და ცხოვრებაში გატარებას შეუწყობს ხელს, რაც გაზრდის სკოლის შეჭიდულობას²⁷[43] და შესაბამისად, გაა-**

27 შეჭიდულობა – სოციალურ-ფსიქოლოგიური ცნება, აღნიშნავს სოციალური ერთობის შეკავშირებულობის ხარისხს: იმას, თუ რამდენად ახასიათებს მას გაზიარებული ფასეულობები, ქცევის ნორმები და ა. შ.

მდიდრებს მის სოციალურ კაპიტალს. ეს კი, როგორც ზემოთ დავინახეთ, ერთ-ერთი ყველაზე მძლავრი დამცავი ფაქტორია ავადმომარების პრევენციის საქმეში.

როცა ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომარების პრევენციაზე ვსაუბრობთ, როგორც წიგნის პირველ ნაწილში აღვწერეთ, შესაბამისი მუშაობა არ შეიძლება იყოს აგებული „ნეგატიურის თავიდან აცილების“ მიდგომაზე. ეს არამდგრადი მიდგომაა და ამიტომ, ვერ იქნება ეფექტური. პრევენცია გულისხმობს, ნეგატიური მოვლენის საწინააღმდეგოდ, კონსტრუქციული ალტერნატივების – პოზიტიურის შეთავაზებას. პოზიტიურის აშენების პროცესში, ნეგატიური, როგორც არამიზაშენონილი და საზრისს მოკლებული ალტერნატივა, ბევრად უფრო ეფექტურად დაიძლევა.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომარების პრევენციის **სკოლის პოლიტიკა ცხოვრების ჯანსაღი სტილის ფილოსოფიას უნდა ეფუძნებოდეს.** აქ ვგულისხმობთ არა ვინრო გაგებით ცხოვრების ჯანსაღ წესს, როგორც ის ხშირად მხოლოდ ფიზკულტურული ვარჯიშების კომპლექსსა თუ დაცულ სექსამდე დაჰყავთ, არამედ ჰუმანისტურ მსოფლმხედველობას, რომლის თანახმადაც, ერთი მხრივ, **ადამიანის სიცოცხლე – უკვე თავისთავადი ფასეულობაა;** ხოლო მეორე მხრივ, **ცხოვრების ჯანსაღი სტილი, ჯანსაღი სოციალური ურთიერთობები და სოციალური ინტერესი²⁸ – ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებელია**[30].

ამგვარად, ფართო გაგებით ცხოვრების ჯანსაღი სტილის ფასეულობებია: ადამიანის სიცოცხლე, ჯანმრთელობა, სხეულისა და სულის ერთიანობა, ჯანსაღი ურთიერთობები, ეკოლოგიურობა ამ სიტყვის პირდაპირი და გადატანითი მნიშვნელობით, ურთიერთზრუნვა, ტოლერანტობა და ა.შ. ეს ყოველივე, თავის მხრივ, ეფუძნება ზოგადსაკაცობრიო, ჰუმანისტურ,

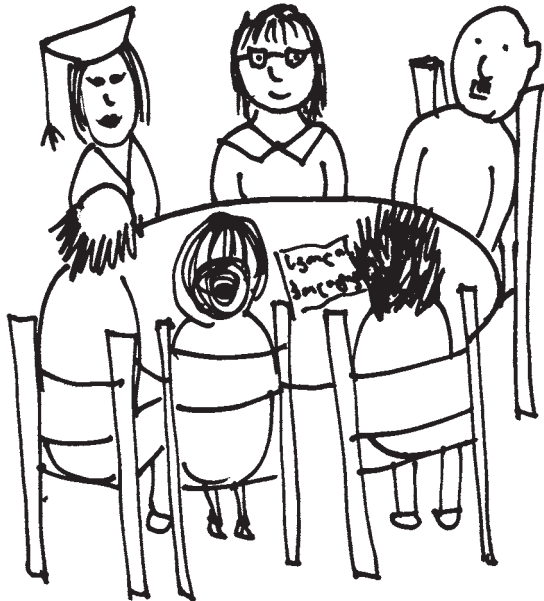
28 სოციალური ინტერესი და ცხოვრების აქტიური სტილი – ფსიქოლოგიის კლასიკოსის, ალფრედ ადლერის მიხედვით, ადამიანის სულიერი ჯანმრთელობის მაჩვენებელია და გულისხმობს აქტიურ ცხოვრებისეულ პოზიციას საზოგადოების საკეთილდღეოდ.

სამოქალაქო ფასულობებს. ამგვარი ფილოსოფია უზრუნველყოფს სკოლას იმ პოზიტიური მიდგომით, რაც აუცილებელია მავნე ჩვევების თავიდან აცილებაზე ზრუნვისათვის.

6.2. სკოლის პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავების პრინციპები და პროცესი

იმისათვის, რომ სკოლის პოლიტიკა იყოს რეალისტური, მდგრადი, გაზიარებული და გათავისებული სკოლის ძირითადი სუბიექტების (მოსწავლეები, მშობლები, პედაგოგები, სკოლის ადმინისტრაცია და სამეთვალყურეო საბჭო) მიერ, იგი უნდა ეყრდნობოდეს გარკვეულ პრინციპებს. ქვემოთ შემოგთავაზებთ ამ პრინციპების აღწერას და თითოეული პრინციპისათვის, მისი ცხოვრებაში გატარების შესაძლო მექანიზმს:

– **საჭიროებების გათვალისწინების პრინციპი და მისი განხორციელება.** პოლიტიკა უნდა პასუხობდეს იმ რეალურ საჭიროებებს, რაც არსებობს სკოლის თემში. ამიტომ, მის შემუშავებას წინ უნდა უძღოდეს სკოლის საჭიროებათა შეფასება ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრევენციის თვალსაზრისით. ეს მის რეალისტურობასა და სასკოლო თემისათვის სასარგებლოობას უზრუნველყოფს.



საჭიროებების შესწავლა შესაძლოა პედაგოგთა, მოსწავლეთა, მშობლებისა და დირექციის გამოკითხვის გზით. გამოკითხვის ჩასატარებლად, თუ სკოლას სათანადო ფინანსური რესურსები გააჩნია, შესაძლოა, შეირჩეს მიუკერძოებელი ჯგუფი – ვთქვათ, შესაბამისი ორგანიზაცია ან ექსპერტი; თუ სკოლას საამისო რესურსი არა აქვს, მაშინ მოცემული მინიგამოკვლევისათვის პასუხისმგებლობის დელეგირება შესაძლოა მოხდეს სკოლის შიგნით, ამ მიზნით სპეციალურად არჩეულ მცირე (2-3 კაციან) ჯგუფზე, რომელიც შეეცდება მაქსიმალურად მიუკერძოებლად გამოკითხოს ძირითადი სუბიექტები იმის თაობაზე, თუ (ა) როგორ აფასებენ ისინი სკოლაში საქმის ვითარებას ავადმთხმარებისა და ცხოვრების ჯანსაღი სტილის თვალსაზრისით, (ბ) რისი შეცვლა მიაჩნიათ მიზანშეწონილად და (გ) მათი აზრით, როგორ უნდა განხორციელდეს ეს ცვლილება. ფაქტობრივად აი, ამ სამი კითხვის პასუხები უნდა შეგროვდეს და გაანალიზებულ იქნას.

გამოკითხვა კონფიდენციალური²⁹ უნდა იყოს. გამოკითხულთა რაოდენობა თითოეული სუბიექტისათვის – შემთხვევითობის პრინციპით შერჩეული 10-15 პირი (მოსწავლეები, მშობლები, პედაგოგები) და დირექციის 2-3 წარმომადგენელი, დაახლოებით 50 ადამიანი. ეს იქნება, როგორც ინგლისელი მკვლევარები უწოდებენ, „სწრაფი და ჭუჭყიანი“³⁰ კვლევა, რომელმაც პოლიტიკის შექმნისათვის გარკვეული ორიენტირები უნდა გამოავლინოს.

შესაძლოა მეორე გზაც – თითოეულმა კლასის დამრიგებელმა წამოაყენოს ფსიქოპაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციის თვალსაზრისით, სკოლის გაძლიერების საკითხი მშობელთა კრებაზე და თავის კლასთან, მოისმინოს და დააფიქსიროს, თუ რა იდეები გამოითქმება ამ საკითხზე, მიღებული ინფორმაცია განხილულ იქნას პედკოლექტივის კრებაზე და

29 არ იქნას მითითებული, თუ კონკრეტულად ვინ რა თქვა; საჯარო განხილვის საგანი მხოლოდ შეჯამებული ინფორმაცია უნდა იყოს.

30 Quick and dirty – ინგლისური ტერმინია, ქართულად, ალბათ, სიტყვა „თათარიახნი“ გამოხატავს მის მნიშვნელობას.

შესაბამისად, მოხდეს შეთანხმება პოლიტიკის შემუშავებასა და მის მიმართულებებზე.

– **პასუხისმგებლობების დელეგირების პრინციპი და მისი განხორციელება.** მნიშვნელოვანია, რომ სკოლის პოლიტიკაზე პასუხისმგებლობა დაეკისროს კონკრეტულ ჯგუფს, რათა მისი მართვა შესაძლებელი გახდეს. პედკოლექტივის კრებაზე უნდა კონსენსუსით აირჩეს 3-5 კაციანი ჯგუფი, რომელმაც შემდგომში უნდა მართოს პოლიტიკის შემუშავებისა და განხორციელების პროცესი. ამ ჯგუფს შეიძლება სკოლის ჯანმრთელობის ჯგუფი ვუწოდოთ, როგორც ეს შემოგვთავაზა სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში მოქმედმა ექსპერტთა საბჭომ³¹[18].

ჯანმრთელობის ჯგუფმა უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა, ერთი მხრივ, არსებული კვლევის რეზულტატების საფუძველზე, პოლიტიკის დოკუმენტის პირველი ვერსიის დაწერაზე; მეორე მხრივ, ამ დოკუმენტის შემდგომი დახვეწის პროცესის ორგანიზებაზე. შემდგომი ნაბიჯები გულისხმობს დოკუმენტზე ძირითადი სუბიექტების უკუკავშირის აკრეფას (დამრიგებლების მიერ) და ამ ინფორმაციის საფუძველზე, ჯანმრთელობის ჯგუფის მიერ, დოკუმენტისათვის საბოლოო სახის მიცემას.

გარდა პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავებისა, ჯანმრთელობის ჯგუფს ეკისრება ამ პოლიტიკის მართვა: ფუნქციების დელეგირება პედკოლექტივში პოლიტიკის ამა თუ იმ კომპონენტის შესრულებაზე, პრობლემური ინციდენტების მართვაზე და ა.შ.

31 სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში 2005-2006 წლებში მოქმედმა პირველადი პრევენციის ექსპერტთა საბჭომ (სირბილაძე, თ., ჯავახიშვილი, მ., კავთიაშვილი, ე., თოდაძე, ხ., მიქაძე, ი., ბერუჩაშვილი, მ., კანდელაკი, ნ., მეიფარიანი, თ., დონნაძე, ნ.) საჯარო სკოლაში პირველადი პრევენციის საკითხის მიმართ მიძღვნილ სახელმძღვანელოში შემოგვთავაზა ამ ჯგუფისათვის „ჯანმრთელობის ჯგუფის“ სახელწოდება, რასაც ზედმიწევნით ვეთანხმებით, რადგანაც ეს მოცემული ჯგუფის მუშაობის პოზიტიურ მნიშვნელობას უსვამს ხაზს.

– მონაწილეობის პრინციპი და მისი განხორციელება. პოლიტიკის შექმნაში მონაწილეობას უნდა იღებდეს სასკოლო თემის ყველა ძირითადი სუბიექტი. ეს სკოლას მისცემს საშუალებას, გაითვალისწინოს ყველა ძირითადი სუბიექტის საჭიროებები და ინტერესები, რაც პოლიტიკას მდგრადობას შესძენს. ამასთან ერთად, მონაწილეობა ძირითად სუბიექტებს პოლიტიკის შემუშავებაში თავისი წვლილის შეტანის საშუალებას და შესაბამისად, კუთვნილების განცდას შეუქმნის.

წინა პარაგრაფში აღწერილი საჭიროებების კვლევაში სკოლის თემის მონაწილეობა უკვე ქმნის, ფაქტობრივად, პოლიტიკის შემუშავების საქმეში მონაწილეობის პრეცედენტს – ეს, ასე ვთქვათ, კარგი სტარტია და ამგვარად უნდა გაგრძელდეს პოლიტიკის შემდგომ ეტაპებზეც. პოლიტიკის ჯგუფის მიერ შემუშავებული დოკუმენტის პირველი ვარიანტი უნდა განხილულ იქნას ძირითადი სუბიექტების მიერ – ეს, შესაძლოა, მოხდეს ისევ კლასის დამრიგებელთა დახმარებით; მოსწავლეების, მშობლებისა და პედაგოგების უკუკავშირი უნდა გათვალისწინებულ იქნას დოკუმენტისთვის საბოლოო სახის მიცემისას.

– გამჭვირვალობის პრინციპი და მისი განხორციელება. მნიშვნელოვანია, რომ პოლიტიკის როგორც შემუშავების, ასევე განხორციელებისა და შეფასების პროცესი იყოს გამჭვირვალე: სკოლის ჯანმრთელობის ჯგუფი ანგარიშვალდებული უნდა იყოს სკოლის დირექციის, პედაგოგიკისა და მშობელთა მიმართ, როგორც პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავების, ასევე მისი სკოლის ცხოვრებაში დანერგვის საქმეში. ანგარიშვალდებულება უნდა იყოს როგორც გეგმიური (გარკვეული რეგულარობით ანგარიშის წარდგენის გზით), ასევე, მოთხოვნის შესაბამისი: სურვილის შემთხვევაში, სკოლის ნებისმიერ სუბიექტს უნდა შეეძლოს მიიღოს ინფორმაცია მისი მოღვაწეობის თაობაზე.

– კონფიდენციალობის პრინციპი და მისი განხორციელება. გამჭვირვალობის პრინციპის განხორციელების პარალელურად,

სკოლამ უნდა უზრუნველყოს იმ შემთხვევების კონფიდენციალობის დაცვა, სადაც მუშაობა კონკრეტული მოსწავლეებისა და მათი ოჯახების პრობლემების გადანაცვლებაში დახმარებაზე იქნება მიმართული. არ შეიძლება ამ პრობლემების თაობაზე ინფორმაციის გასაჯაროება, დახმარება უნდა მიდიოდეს კონფიდენციალობის პრინციპის მკაცრი დაცვით.

– **მოქნილობის პრინციპი და მისი განხორციელება.** ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსხმარების საქმეში მოქმედი სკოლის პოლიტიკა არ უნდა იყოს ხისტი. პოლიტიკის განხორციელების პროცესის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულება უნდა იყოს **სკოლაში, ავადმოსხმარების პრობლემის თვალსაზრისით, სიტუაციის მონიტორინგი.** პედაგოგების, მშობლებისა და მოსწავლეების მხრიდან შემოსული ინფორმაციის საფუძველზე, ჯანმრთელობის ჯგუფი უნდა ახდენდეს ახალი საჭიროებების გამოვლენას და შესწორებები შეჰქონდეს პოლიტიკის დოკუმენტსა და შესაბამისად, სტრატეგიულ კურსში; პოლიტიკის განხორციელების ყოველი წლის დასასრულს უნდა ტარდებოდეს საჭიროებათა გამოვლენის ახალი კვლევა და შესაბამისად, იხვეწებოდეს პოლიტიკა და მისი განხორციელების მექანიზმები.

– **სოციალური კაპიტალის კუმულირების პრინციპი და მისი განხორციელება.** ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსხმარების პრევენციის შიდა სასკოლო პოლიტიკის კურსი უნდა მიმართული იყოს სკოლის სოციალური კაპიტალის განვითარებაზე – სამედიცინო, ფსიქოლოგიური, ფსიქოთერაპიული, სოციალური სერვისების ორგანიზაციებთან, სოციალურ პრობლემებსა და ადამიანის უფლებების დაცვაზე მომუშავე ორგანიზაციებთან, სპორტულ ფედერაციებთან, კულტურის სფეროში მოღვაწე ორგანიზაციებთან და სხვა რესურსულ უწყებებსა და პროფესიულ თუ საზოგადოებრივ გაერთიანებებთან თანამშრომლობის გზით.

6.3. სკოლის პოლიტიკის კომპონენტები

ქვემოთ აღწერთ, თუ რა და რა კომპონენტებს, შესაძლოა, შეიცავდეს ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ავადმომარების პრევენციის სასკოლო პოლიტიკა და შესაბამისი დოკუმენტი. ეს ჩამონათვალი „მოქნილია“ – სკოლას, თავისი საჭიროებების, პრიორიტეტების, ფასეულობების მიხედვით, შეუძლია აირჩიოს ამ კომპონენტებიდან ყველა, ან ზოგიერთი, ან გამოაკლოს თუ დაამატოს სხვა. სკოლის ამოცანაა საკუთარი პოლიტიკის შემუშავება. ჩვენ მიერ ქვემოთ გადმოცემული ვერსია მხოლოდ ნიმუშია.

1. ჯანსაღი სკოლის ხედვა სასკოლო თემის ძირითადი სუბიექტების მიერ

მოცემული კომპონენტი აღწერს იმას, თუ საით მიისწრაფვის სკოლა, როგორი უნდა რომ გახდეს:

- მოსწავლეების მხრიდან პედაგოგების ხელშეყობა სასწავლო და აღმზრდელობითი პროცესის ეროვნული სასწავლო გეგმის შესაბამისად, ეფექტურად და საინტერესოდ წარმართვაში;

- პედაგოგების მხრიდან მოსწავლეების ხელშეწყობა ეროვნული სასწავლო გეგმით გათვალისწინებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების ათვისებაში;

- მოსწავლეების, მშობლების, მასწავლებლების, სკოლის დირექციისა და სამეთვალყურეო საბჭოს თანამშრომლობა სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების სტილის დამკვიდრებაში;

- სასკოლო თემის ყველა სუბიექტის მიერ ერთმანეთის ღირსებისა და ადამიანური უფლებების პატივისცემა;

- სასკოლო თემის სუბიექტებს შორის ურთიერთდახმარება და ურთიერთზრუნვა;

- სასკოლო თემის ყველა წევრის მიერ სასკოლო დისციპლინის წესებისა და ნორმების დაცვა;

- და ა.შ.: ის, თუ სასურველი მდგომარეობის რა ფორმულირებები იქნება ჩართული სკოლის პოლიტიკის დოკუმენტის ამ ნაწილში, როგორც უკვე ვთქვით, დამოკიდებულია სკოლის ფასეულობებზე, პრიორიტეტებსა და ხედვაზე, ამიტომ ზემოთ მოყვანილი ჩამონათვალი პირობითია.

II. საჯარო სკოლაში ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარების პრევენციის პოლიტიკის ზოგადი მიზანი:

ეს კომპონენტი აღწერს იმას, თუ ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და ავადმთხმარების პრევენციის პოლიტიკის ცხოვრებაში გატარებით, რა უნდა სკოლას, რომ შესძინოს ქვეყანას, საზოგადოებას, რაში სურს ნვლილის შეტანა. მაგალითისათვის, მოვიყვანთ შემდეგ ნიმუშს:

– ქვეყნის საზოგადოებაში ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრება.

შესაძლოა ნებისმიერი სხვა ფორმულირებაც, რომელიც სკოლის საკუთარ თავზე მუშაობას საზრისს სძენს – ეს, ისევ და ისევ, მის პრიორიტეტებზეა დამოკიდებული.

III. საჯარო სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების სტილის დამკვიდრებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარების პრევენციის პოლიტიკის კონკრეტული მიზანი:

პოლიტიკის კონკრეტული მიზანი შესაძლოა ძალიან ლაკონურად ჟღერდეს:

– ჯანსაღი სკოლა

IV. საჯარო სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების სტილის დამკვიდრებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარების პრევენციის პოლიტიკის კონკრეტული ამოცანები:

ქვემოთ დახასიათებული კონკრეტული ამოცანები, ფაქტობრივად, პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებებია. ისინი, მეტნაკლებად, უნივერსალურია, არ იცვლება სკოლიდან სკოლამდე: იმისთვის, რომ ცხოვრების ჯანსაღი სტილის დამკვიდრება მართოს, სკოლას სჭირდება შესაბამისი წესები; იმისთვის, რომ ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმთხმარებასთან დაკავშირებული ინციდენტი მართოს, სკოლას სჭირდება თავისი რეაგირების სტრატეგიების წინასწარი გააზრება; იმისთვის, რომ სკოლის მოსწავლეთა უსაფრთხოება აკონტროლოს, სკოლას სჭირდება თავისი ფიზიკური გარემოს დაცვა; იმისთვის, რომ ჯანსაღი ცხოვ-

ოვრების სტილის დამკვიდრება და ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევენცია მოახდინოს, სკოლას სჭირდება შესაბამისი სოციალური კაპიტალი; იმისთვის, რათა იცოდეს, თუ რამდენად ეფექტურია ყველა ამ მიმართულებით განხორციელებული მუშაობა, სჭირდება სიტუაციის მონიტორინგი. ეს ყველაფერი საერთოა ყველა სკოლისათვის. მაგრამ ის, თუ როგორ გადან-ყვეტს თითოეულ ამ ამოცანას, დამოკიდებულია, ყოველ კონკრეტულ სკოლაზე, ისევ და ისევ, პრობლემის მისეულ ხედვაზე, პრიორიტეტებსა და ფასეულობებზე. ქვემოთ გთავაზობთ თითოეული ამოცანის შესაბამის რეკომენდაციებს.

IV.1. ფსიქოაქტიურ საშუალებებთან დაკავშირებული საერთო სათემო წესების შემოღება და დაცვა

სკოლამ თავად უნდა განსაზღვროს, თუ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მხრივ რა დამცავი წესები და ქცევის ნორმები უნდა შეიმუშავოს.

გამომდინარე იქიდან, რომ, როგორც მოცემული წიგნის პირველ ნაწილში აღვწერეთ, თამბაქოს შემთხვევაში, არ არსებობს პასუხისმგებლობით მოხმარება, სასურველია, რომ სკოლის თემი მივიდეს სკოლის მთელ ტერიტორიაზე (ეზოსა და შემოგარენის ჩათვლით) თამბაქოს მოწევის აკრძალვის გადანყვეტილობამდე. საქართველოს კანონმდებლობით („საქართველოს კანონი თამბაქოს კონტროლის შესახებ“) თამბაქოს მოწევა ისედაც აკრძალულია „სააღმზრდელო, საგანმანათლებლოდასაგანმანათლებლო-სააღმზრდელოდაწესებულებებში“, მაგრამ აუცილებელია სკოლამ იზრუნოს ამ კანონის განხორციელების ინსტიტუციური მექანიზმების უზრუნველყოფაზე - როგორც სასკოლო გარემოში, ასევე სასკოლო ღონისძიებებზე (ექსკურსიებზე, ლაშქრობებსა და წვეულებებზე).

თამბაქოს წევა ფსიქოლოგიურ თუ ფიზიკურ მიჯაჭვულობას გულისხმობს და მწველ პედაგოგებს ვერ ვეტყვით, რომ წევას თავი მყისიერად დაანებონ; მაგრამ რეალისტურია, თუ ამის კეთილი ნება არსებობს პედაგოგეტიკაში, დაისახოს გარკვეული დროის პერსპექტივა, რომლის პერიოდშიც სკოლა გახდება

– არამწვეელი სკოლა; მწველმა პედაგოგმა თუ მოსწავლემ ან უნდა მოახერხოს თავის დანებება ამ პერიოდში, ან აღარ მოწიოს სკოლაში ყოფნის დროს. ეს მიდგომა არ არის ახალი, იგი წლების მანძილზე ხორციელდება დასავლეთის ქვეყნებში.

ასევე, უნდა მოხდეს ცნობიერების ამაღლება იმ სანქციებზე, რაც სასკოლო ტერიტორიასა თუ ღონისძიებებზე თამბაქოს მოხმარებას მოყვება.

იგივე ითქმის ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ: აქ ზოგადი წესი უნდა გულისხმობდეს სკოლის ტერიტორიაზე ალკოჰოლის მოხმარებისა თუ ნასვამ მდგომარეობაში გამოჩენის აკრძალვას; ასევე, სკოლის თემმა უნდა შეიმუშავოს ალკოჰოლის რეგლამენტირების წესები საერთო-სათემო ზეიმებისა თუ სოციალური თავყრილობებისათვის; წესების ხასიათი, ისევე და ისევე, სკოლის ხედვაზე, პრიორიტეტებსა და არჩევანზეა დამოკიდებული. როგორც უკვე ვაჩვენეთ წიგნის პირველ ნაწილში, მოზარდების მიერ ალკოჰოლის ავადმომხმარება, სამეცნიერო კვლევის თანახმად, საქართველოში სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. ამ პრობლემის მოგვარებაში წვლილის შეტანა სკოლის მხრიდან მნიშვნელოვანი და აუცილებელია.

ის, რომ არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება დაუშვებელია სკოლის ტერიტორიასა თუ მოსწავლეთა სკოლის გარეთ შეხვედრების დროს, თავისთავად იგულისხმება, რამდენადაც სამართალდარღვევას წარმოადგენს; ამიტომ, აქ სპეციფიკური წესის შემოღება აუცილებლობას არ წარმოადგენს. მაგრამ, სასურველია დაფიქსირდეს წესად, რომ ფსიქოაქტიურ საშუალებასთან დაკავშირებული ინციდენტის შემთხვევაში, მას მართავს ჯანმრთელობის ჯგუფი.

IV.11. ფსიქოაქტიურ საშუალებებთან დაკავშირებული შემთხვევების მართვა

ფსიქოაქტიურ საშუალებებთან დაკავშირებული ინციდენტებისათვის, ჯანმრთელობის ჯგუფს უნდა ჰქონდეს კონკრე-

ტული სტრატეგიები, რომლითაც ის სწრაფ რეაგირებას მოახდენს ინციდენტში ჩართული მოსწავლის/ეებისა და მთლიანად, სკოლის თემის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად. „რეაგირების ალგორითმის“ არსებობა არ ნიშნავს, რომ სკოლა მას თავიდან ბოლომდე ზუსტად უნდა მიჰყვეს – სიტუაციამ, შესაძლოა, განსხვავებული რეაგირება მოითხოვოს და ამ შემთხვევაში, ჯანმრთელობის ჯგუფი საკმარისად მოქნილი უნდა იყოს, რომ იმოქმედოს საჭიროებისდა მიხედვით. ალგორითმის ქონას, აქ, უფრო სიმბოლური მნიშვნელობა ენიჭება: იგი, ერთი მხრივ, რეაგირების პრინციპების მუდმივი შესენებაა და ამდენად, მათი დაცვის ერთგვარი გარანტია, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია. მეორე მხრივ, რეაგირების ალგორითმის არსებობა სკოლას თვითდარწმუნებულობას შემატებს რეალური ინციდენტის შემთხვევაში, რაც იმის გარანტია, რომ სირთულეების საპასუხოდ ადგილი არ ექნება პანიკურ თუ დაბნევის რეაქციებს. ეს კი, მათი გადანყვეტის აუცილებელი პირობაა.

მნიშვნელოვანია, რომ მოსწავლეებმა, სკოლის პოლიტიკის გამჭვირვალობის საფუძველზე, ნინდანინ იცოდნენ, თუ როგორი რეაგირება მოჰყვება ამა თუ იმ ინციდენტს. ქვემოთ გთავაზობთ პოტენციური ინციდენტების ჩამონათვალს:

- მოსწავლე გაკვეთილზე ფსიქოაქტიური საშუალების ზემოქმედების ქვეშ იმყოფება...

- ერთ-ერთი პედაგოგისთვის გახდა ცნობილი, რომ ესა და ეს მოსწავლე არალეგალურ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს რეგულარულად მოიხმარს...

- მოსწავლეს, სკოლის ტერიტორიაზე, შემთხვევით აღმოუჩინეს არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალება, ჩანთაში...

- სკოლის ტერიტორიაზე იპოვეს ნივთიერება, რომელიც გარეგნულად ნარკოტიკულ საშუალებას ჰგავს...

- პედაგოგმა სკოლის სარდაფში რამდენიმე ბიჭის რეგულარულად ჩასვლა შენიშნა, ჩავიდა იქ, როდესაც ბიჭები არ იყვნენ და ნებოს რამდენიმე კოლოფი და პოლიეთილენის პაკეტები დახვდა...

- უკვე რამდენიმე გაკვეთილია, ერთ-ერთი მოსწავლე არაადექვატურად იქცევა – პედაგოგს გაუჩნდა ეჭვი, რომ ის ფსიქოაქტიურ საშუალებას იყენებს...

- პედაგოგს შეატყობინეს, რომ სკოლის ტერიტორიაზე შემოსულია უცხო ახალგაზრდა, რომელიც ყიდის რაღაც აბებს...

- და ა.შ.

ჩვენ არ დავინწყებთ ყოველი სიტუაციისათვის რეაგირების ალგორითმის ჩამოყალიბებას – ეს თითოეული, ცალკე აღებული სკოლის, ჯანმრთელობის ჯგუფის საქმეა. აქ მხოლოდ იმ პრინციპებს ჩამოვაყალიბებთ, რომლითაც სასურველია ხელმძღვანელობდეს ჯანმრთელობის ჯგუფი, რეაგირების სტრატეგიების დასახვისას:

– უპირველეს ყოვლისა, უნდა ვიზრუნოთ მოსწავლის უსაფრთხოებაზე: თუ გვგონია, რომ ის ზემოქმედების ქვეშაა (გაკვეთილზე აგზნებულია, ან პირიქით, ზედმეტად რელაქსირებული, თავისთვის უჩვეულოდ მეტყველებს, ან სხვა სახის სიმპტომები აქვს), მნიშვნელოვანია თავი დავიზღვიოთ და საქმეში ჩავრთოთ სკოლის ექიმი;

– თუ მდგომარეობა ექიმის გადაუდებელ ჩარევას არ საჭიროებს, აუცილებელია მოსწავლესთან ცალკე საუბარი, იმისთვის, რომ გავერკვეთ პრობლემაში; გარდა ამისა, გავერკვეთ იმაში, აცნობიერებს თუ არა მოზარდი მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებს;

– არ არის სასურველი მოზარდთან საუბრის გარეშე მშობელთან დაკავშირება, ეს მასთან კონტაქტს დაგვაკარგვინებს; არ შეიძლება მშობელთან ამ საკითხზე სატელეფონო საუბარი: პირისპირ შეხვედრა აუცილებელია.

სატრენინგო მუშაობის დროს პედაგოგებმა გაგვიზიარეს გამოცდილება, რომ დაეჭვდნენ ორი ვაჟის სიფხიზლეში და დაურეკეს მშობლებს ამის თაობაზე. როგორც ჩანს, მშობლებს არ ჰქონდათ შვილებთან ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა და წაიყვანეს ისინი ექსპერტიზის ბიუროში შარდის ჩასაბარებლად. აღმოჩნდა, რომ მოზარდები არ იყვნენ ზემოქმედების ქვეშ. გასაკვირი არ იქნებოდა, რომ საპროტესტო რეაქციის სახით, ამ დამცირების შემდეგ, მათ მართლაც გაესინჯათ ნარკოტიკი. ვიმედოვნებთ, რომ ეს ასე არ მოხდა, მაგრამ მოცემული შემთხვევა დაგვანახებს, რომ, როგორც მშობლებთან და მოსწავლეებთან, ასევე პედაგოგექტივში აუცილებელია მსჯელობა რეაგირების სტრატეგიებზე;

– თუ მოსწავლესთან საუბრის საფუძველზე ეჭვი მოხმარების თაობაზე დასტურდება, ეს აუცილებელია შევატყობინოთ ჯანმრთელობის ჯგუფს, რათა მან დაიწყოს შემთხვევის მართვა, შეხედეს მოსწავლეს, მის მშობლებს, გაესაუბროს, ფსიქოლოგიური თუ ნარკოლოგიური პრობლემების შემთხვევაში – მართებულად გადაამისამართოს და ა.შ.;

– არალეგალური ნარკოტიკული საშუალების თუ მისი გასაღების ფაქტის სკოლის ტერიტორიაზე გამოჩენის შემთხვევაში, უნდა მივმართოთ, ისევ და ისევ, ჯანმრთელობის ჯგუფს, რათა მან შემთხვევის მართვაში ჩართოს პოლიცია;

– ყოველივე ზემოთ აღწერილი უნდა ხდებოდეს, შეძლებისდაგვარად, კონფიდენციალურად, მხოლოდ ჯანმრთელობის ჯგუფთან, მშობელთან და საჭიროების შემთხვევაში, დირექტორთან (თუ ადმინისტრაციის წარმომადგენელთან) ურთიერთობის გზით;

– თუ ინციდენტი, მიუხედავად კონფიდენციალობის პრინციპისა, გასაჯაროვებულ იქნა (ვთქვით, იმიტომ, რომ მოსწავლეები შეესწრნენ), მაშინ ის სკოლის თემის განხილვის საგანი უნდა გახდეს და პედაგოგებმა თავის სადამრიგებლო კლასებში იგი პრევენციული მიზნით სასაუბროდ გამოიყენონ.

IV.III. სკოლის ფიზიკური გარემოს დაცვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მონოდებისაგან

ძალიან მნიშვნელოვანია, ამ მხრივ, სკოლის ყველა სუბიექტის მობილიზება, რათა მათ ფსიქოაქტიური საშუალებების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, სკოლის ფიზიკურ გარემოში არსებული პრობლემების შემჩნევა და გამოვლენა მოახდინონ. პრობლემების არსებობის შემთხვევაში (ვთქვათ, სკოლის წინ ქუჩის დახლზე იყიდება სიგარეტის ღერები), მნიშვნელოვანია, რომ ჯანმრთელობის ჯგუფმა უზრუნველყოს სკოლის

პოლიტიკის თანახმად დასახული ღონისძიებები: ეს, შესაძლოა, იყოს, პირველ ეტაპზე, გამყიდველთან დალაპარაკება და მისთვის რეკომენდაცია, რომ შეწყვიტოს ღერების გაყიდვა; თუ ამან არ გაჭრა, შესაძლოა ამ ფაქტზე ადგილობრივი თვითმმართველობის სტრუქტურების ყურადღების გამახვილება და დახმარების თხოვნა; თუ ამანაც არ გაჭრა, შესაძლოა უბნის ინსპექტორის ჩართვა პრობლემის მოგვარებაში და ა.შ. ანუ, აქ მნიშვნელოვანია მოქმედების ალგორითმის წინდანი არსებობა, რომ სკოლის ფიზიკური გარემოს უსაფრთხოების რისკ-ფაქტორი უყურადღებოდ არ დარჩეს.

IV.IV. სოციალური კაპიტალის განვითარება

ამ ამოცანის გადანყვეტაში ჯანმრთელობის ჯგუფს დაეხმარება სკოლის სოციალური კაპიტალის რუკის – საზოგადოებრივი ურთიერთობების ვიზუალური სქემის – შედგენა. სქემამ, სასურველია, მოიცვას არა მარტო ის სოციალური რესურსები, რომელთანაც სკოლას უკვე აქვს თანამშრომლობა, არამედ, აგრეთვე, ისინი, რომლებთანაც ჯერ არა აქვს ურთიერთობა, თუმცა, არიან სკოლის ხელმისაწვდომობის არეში. ეს სოციალური კაპიტალის განვითარებისათვის პრიორიტეტული მიმართულებების გამოყოფის და მათი შესაბამისი სამოქმედო გეგმების შემუშავების საშუალებას იძლევა. ამის საფუძველზე, ჯანმრთელობის ჯგუფმა, უნდა გაანალიზოს სამოქმედო გეგმების განხორციელების პასუხისმგებლობები უკვე პედკოლექტივში, მშობლებსა თუ მოსწავლეებს შორის. გარდა ამისა, სასურველია რესურსული ორგანიზაციებისა და უწყებების საინფორმაციო ბანკის შედგენა.

აქ აღარ შეეჩერდებით იმ ორგანიზაციების, უწყებებისა და საზოგადოებრივი გაერთიანებების ჩამოთვლაზე, რომელნიც სკოლის სოციალურ კაპიტალს გაამდიდრებენ, რადგან პრევენციის სამიზნეებისადმი მიძღვნილ თავში უკვე გადმოვეცით შესაბამისი ინფორმაცია.

IV.V. სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და ფსიქოაქ-

ტიური საშუალებების ავადმოხმარების თვალსაზრისით სიტუაციის მონიტორინგის მექანიზმების დანერგვა

მნიშვნელოვანია, სკოლამ, თითოეული ზემოთ ჩამოთვლილი კონკრეტული ამოცანისთვის, განსაზღვროს, თუ რა იქნება იმის ინდიკატორი, რომ ამოცანა წარმატებით შესრულდა. ჩვენ არ შევეხებით ყველა ამოცანას, უბრალოდ გავაკეთებთ იმის მინიშნებას, თუ როგორ შეიძლება ინდიკატორების განსაზღვრა.

მაგალითისათვის, ავიღოთ, თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვაზე (ან აკრძალვაზე) მიმართული ამოცანა. თუ, ამ ამოცანის დასმიდან ერთი წლის მანძილზე, სკოლაში შემცირდა პედაგოგების თუ მოსწავლეების მხრიდან თამბაქოს მოხმარება, ეს იქნება უტყუარი ინდიკატორი იმისა, რომ ამოცანა შესრულებულია. მოხმარების მასშტაბის შემცირებაზე დასკვნის გაკეთება შესაძლებელი იქნება, თუკი ჯანმრთელობის ჯგუფი სთხოვს მათ, ვინც დაანება ან შეამცირა წევა, მიაწოდონ ინფორმაცია ამის შესახებ; პარალელურად, თუ დაფიქსირდება სკოლაში მოწვევის აკრძალვის წესის დარღვევის შემთხვევათა რაოდენობა და მათი დინამიკა (ესეც „სწრაფი და ჭუჭყიანი“ გაზომვის მეთოდია, მაგრამ უფრო ძვირადღირებულისათვის – მაგალითად, სასკოლო გამოკითხვისათვის, დიდი რესურსებია საჭირო).

ავიღოთ, რეფერალური სისტემის აგების ამოცანა. მისი შესრულების მაჩვენებელი შესაძლოა, იყოს: წლის მანძილზე გადამისამართებულ მოზარდთა რაოდენობა, რომელთაც ადექვატური დახმარება გაუწიეს სერვისულმა ორგანიზაციებმა; ცხოვრების ჯანსაღ წესსა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოხმარებაზე მომუშავე ორგანიზაციებთან ერთად ჩატარებული სკოლის ერთობლივი ღონისძიებები; სპორტულ ფედერაციებთან ერთად ჩატარებული სასკოლო ან სკოლათშორისი შეჯიბრებები; იმ მოსწავლეთა რაოდენობა, ვინც არდადეგების პროცესში მოხალისედ მუშაობდა ეკოლოგიურ და ადამიანის უფლებათა დაცვით ორგანიზაციებში და ა.შ. ყველა ეს მაჩვენებელი ადასტურებს, რომ სკოლა ჩართულია სხვადასხვა სოციალურ ქსელში და თავის მოსწავლეებს დამატებითი სოციალური რესურსებით უზრუნველყოფს. თუ ზემოთ ჩამოთ-

ვლილ ინდიკატორებს დავაჯამებთ და შევადარებთ გასული წლის შესაბამის ინდიკატორებს, დავინახავთ, თუ რამდენად გაზარდა სკოლამ თავისი სოციალური კაპიტალი ერთი წლის განმავლობაში.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ზედა აბზაცების მსჯელობა ნიმუშად მოვიყვანეთ. პოლიტიკაში დასახული თითოეული ამოცანის შესრულების ინდიკატორები სკოლამ (ჯანმრთელობის ჯგუფმა) თავად უნდა განსაზღვროს. პოლიტიკის განხორციელების გარკვეულ ფაზაზე (მაგალითად, ერთი წლის თავზე), თავის ანგარიშში, ჯანმრთელობის ჯგუფმა უნდა წარადგინოს ამ ინდიკატორების მატება-ზრდის დინამიკა, რაც სკოლას განეულები მუშაობის მონიტორინგის საშუალებას მისცემს.

შეკითხვები წაკითხულზე სარეფლექსიოდ:

– ორგანიზებას რომ უწევდეთ თქვენს სკოლაში ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევენციის პოლიტიკის შექმნას, რა ნაბიჯებს განახორციელებდით? საიდან დაიწყებდით?

– ორგანიზებას რომ უწევდეთ, როგორ ააწყოდით თქვენი სკოლის საზოგადოებრივ ურთიერთობებს? რა პრიორიტეტებით იხელმძღვანელებდით სხვა ორგანიზაციებთან პარტნიორობის დამყარებაში?

– თუ ყოფილა თქვენს სკოლაში ფსიქოაქტიურ საშუალებასთან დაკავშირებული ინციდენტი, როგორ განხორციელდა მისი მოგვარება, რა იყო მსგავსი და განსხვავებული იმ პრინციპებისგან, რაც მოცემულ თავში აღვწერეთ?

7. თავი მეშვიდე. მუშაობა ბავშვებსა და მოზარდებთან

მოცემულ თავში განხილულია ბავშვებისა და მოზარდებისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების პროგრამები, მათი კომპონენტები და ეფექტურობის ფაქტორები; დახასიათებულია ბავშვებისა და მოზარდებისათვის ფსიქოაქტიურ საშუალებათა თაობაზე ინფორმაციის მართებულად მიწოდების პრინციპები და შესაბამისი რეკომენდაციები; აღწერილია მცდარი მიდგომები ნარკოტიკების მოხმარების პირველადი და მეორეული პრევენციის საქმეში; დაბოლოს, მოყვანილია შემთხვევა პრაქტიკიდან: თბილისის რამდენიმე საჯარო სკოლის მოსწავლეებთან სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის მიერ განხორციელებული პირველადი პრევენციის პროექტი.

როგორც წინა თავში აღვნიშნეთ, ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და პრევენციის პოლიტიკის შემუშავება-განხორციელებაში სკოლის ყველა ძირითადი სუბიექტი უნდა მონაწილეობდეს, რათა სასკოლო გარემოს სოციალური კაპიტალი მაქსიმალური ძალით იყოს ამოქმედებული და ეფექტურად განახორციელოს დამცველობითი ფუნქცია. მოსწავლეების მონაწილეობა, ამ მხრივ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მაგრამ, ეს არ არის საკმარისი.



ნარკოტიკების ავადმოხმარების პრევენციისათვის, ასევე, აუცილებელია განათლების ეროვნული გეგმის (და მასზე დაფუძნებული სწავლა-სწავლების პროცესის) საშუალებით ისეთი საბაზო კომპეტენციების განვითარებაზე ზრუნვა, რომლებიც მოსწავლეთა ფასეულობით აღზრდასა და სამოქალაქო ცნობიერების ჩამოყალიბებაში შეიტანს წვლილს. ამ მხრივ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამოქალაქო განათლება. სამოქალაქო განათლების საკითხები უნდა ისწავლებოდეს, პრაქტი-

კულად, ბავშვის სკოლაში ყოფნის მანძილზე – პირველი კლასიდან სკოლის დამთავრებამდე.

საბაზო განათლების საფეხურზე (I - VI კლასები) სამოქალაქო განათლება შესაძლოა ხორციელდებოდეს სხვადასხვა საგნის სასწავლო გეგმაში შემავალი „გამჭოლი საკითხების“³² სახით; საშუალო საფეხურიდან (VII-IX კლასები) და ზევით (X-XII კლასები) – უკვე როგორც ცალკეული საგანი. საგნის ძირითადი აქცენტები სწორედ ჯანსაღი ცხოვრების სტილის შესაბამისი ისეთი ფასეულობების აღზრდაზეა მიმართული, როგორიცაა: გარემოს გაფთხილება, ურთიერთზრუნვა, ტოლერანტობა, სამართლიანობა, მონაწილეობა, გამჭვირვალობა, უსაფრთხოება, მოქალაქეობა და ა.შ.

უკიდურესად მნიშვნელოვანია, რომ სკოლა და მასწავლებლები ცხოვრებაში ატარებდნენ სამოქალაქო ფასეულობებს, რათა მოსწავლეებმა სამოქალაქო განათლება არა მარტო საგნობრივი სწავლებით, არამედ სოციალური დასწავლის გზითაც მიიღონ. მაგრამ არც ეს არის საკმარისი.

სკოლის მოსწავლეებში ნარკოტიკების ავადმომხმარებლისა თუ სხვა ასოციალური ქცევების პრევენციისათვის აუცილებელია, სკოლის პოლიტიკისა და სამოქალაქო აღზრდა-განათლების მიდგომების შემავსებელი და სინერგიული (გამაძლიერებელი), სპეციალური აღმზრდელობით-საგანმანათლებლო პროგრამების დანერგვა, რათა ბავშვებთან და მოზარდებთან კიდევ უფრო მჭიდრო, მიზანმიმართული პრევენციული მუშაობა გავნიოთ მათი ფსიქოლოგიური და სულიერი კაპიტალის გამაძლიერების მიზნით. ეს შესაძლოა იყოს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარების პროგრამები.

7.1. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი

უნარ-ჩვევების განვითარების მიდგომა

სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარების პროგრამებმა დაადასტურეს თავისი ეფექტურობა

32 საკითხები, რომლებიც ინტეგრირებულია სხვადასხვა საგანში და ამიტომ, ფაქტობრივად, მსჭვალავს სწავლა-სწავლების მთელ პროცესს.

ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარების პრევენციის საქმეში. არსებობს მათი სხვადასხვა ვარიაცია, მაგრამ გენერალური ხაზი და პათოსი მიმართულია **ბავშვისა და მოზარდის აღჭურვაზე** იმ საკვანძო უნარ-ჩვევებით, რაც მას ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებისაგან დაიცავს. უნარ-ჩვევების განვითარების მეთოდი – ტრენინგია, ანუ გამოცდილებითი სწავლა, რომელიც მიმდინარეობს ინტერაქტიულ ფორმატში.

ტრიალის პრინციპი პრაქტიკაში

უნარ-ჩვევების პროგრამები ეფუძნება ე.წ. ტრიალის პრინციპს[2,145] და გულისხმობს სამი დონის სამიზნეს:

– ცოდნის შეძენისათვის ხელსაყრელი პირობების შექმნა (იმგვარი პირობების, სადაც ბავშვი/მოზარდი ინფორმაციის პასიური მიმღები კი არ არის, არამედ ჯგუფური დისკუსიის, მსჯელობის, არგუმენტირების გზით – თვითონ მიდის საკითხის შესახებ სათანადო დასკვნებამდე);

– ცოდნის შესაბამისი დამოკიდებულებების/განწყობების შემუშავების ხელშეწყობა (ისევე და ისევე აქტიურ მსჯელობასა და განსჯაში, აგრეთვე, სხვადასხვა ქცევით, როლურ თამაშში ჩართვის გზით);

– ცოდნისა და დამოკიდებულებების/განწყობების შესაბამისი უნარ-ჩვევების განვითარება (სავარჯიშოების, ქცევითი რეპეტიციების, თამაშების, როლური გათამაშების და ა.შ. საშუალებით).

სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების „პაკეტი“ საკმაოდ მოქნილია და თემების თვალსაზრისით, მრავალგანზომილებიანი. შეგვიძლია გამოვარჩიოთ ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოსმარებისათვის არასპეციფიკური თემები, როგორიცაა მაგალითად: ეფექტური კომუნიკაცია, პრობლემების გადაჭრა, კონფლიქტის მართვა, შემოქმედებითი აზროვნე-

ბა, ასერტიულობა და ა.შ. ყველა ამ უნარის განვითარება სასიცოცხლოდ მართლაც მნიშვნელოვანია და ფაქტობრივად, ადამიანის ფსიქოლოგიურ კაპიტალს ამდიდრებს.

გარდა ამისა, უნარ-ჩვევების პროგრამები, ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევენციის დარგში, ახორციელებენ სპეციფიკურ სამუშაოსაც, ისევ და ისევ ტრიადის პრინციპის გამოყენებით: ცოდნის მიწოდებას ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, შესაბამისი დამოკიდებულებების გამომუშავებასა და ქცევების განხორციელებას. ქცევის განხორციელება, ერთი მხრივ, ზრდის მის შესატყვის განწყობას; მეორე მხრივ – შესაბამისი უნარ-ჩვევების განვითარებას უწყობს ხელს.

შეჯამება

მაგალითად, ტრენინგის მონაწილეებს ტრენერმა მიაწოდა ინფორმაცია წებოს ყნოსვასთან დაკავშირებულ რისკებზე; მონაწილემ, ინტერაქტიულ ფორმატში, დისკუსიის რეჟიმში, ჯგუფთან ერთად, იმსჯელა ამ რისკებზე, გააკეთა დასკვნები და შესაბამისად, გამოიმუშავა გარკვეული (ნეგატიური) დამოკიდებულება ამ მავნე ქცევის მიმართ. ამის შემდეგ, ტრენინგის ფორმატი, აგრეთვე, საშუალებას იძლევა, ისეთი ქცევის განხორციელებისა და შესაბამისი უნარ-ჩვევის გავარჯიშებისა, როგორიცაა თანატოლების მიერ წებოს ყნოსვის შეთავაზებასა და ზეწოლაზე წინააღმდეგობის გაწევა. ამის განხორციელების მექანიზმი შესაბამისი როლური თამაშია: ტრენერის თხოვნით, რომელიმე მონაწილე ან მონაწილეები ასრულებენ „ზეწოლის განმახორციელებლის“ როლს, სხვები კი „ზეწოლის მომგერიებლისა“, შემდგომ როლები იცვლება.

ამ უკანასკნელი ტიპის როლური გათამაშებების ეფექტურობის შესახებ ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომარების პრევენციის საქმეში ცნობილია, ჯერ კიდევ, გასული საუკუნის 80-იანი წლებიდან, როდესაც სოციალურ ფსიქოლო-

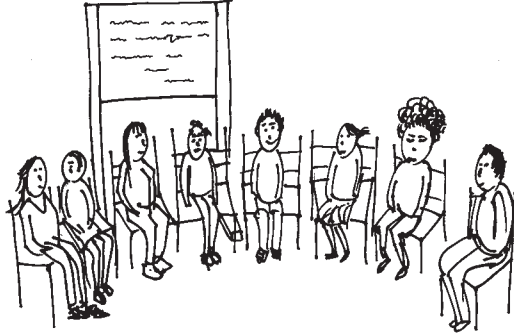
გიაში თამბაქოს მოხმარების წინააღმდეგ ე.წ. „აცრის“ მიდგომა გახდა პოპულარული[43]. აცრის მიდგომა ხორციელდება სკოლაში, ინტერაქტიულ ფორმატში, გულისხმობს რამდენიმე (ორ-ექვს) ერთსაათიან გაკვეთილს, სადაც მოსწავლეებს, როლური თამაშების პროცესში, ხელოვნურად აყენებენ ამა თუ იმ ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარების დაძალების სიტუაციაში და ასწავლიან, თუ როგორ გაუწიონ მას წინააღმდეგობა, როგორც ჩვენ ეს ზემოთ, ნებოს შემთხვევაში, აღვწერეთ. აღმოჩნდა, რომ ამგვარ „აცრას“ მნიშვნელოვანწილად შეუძლია დაიცვას მოზარდი თამბაქოს შემდგომი მოხმარებისაგან („აცრის“ გაკვეთილების მონაწილეები, კვლევის მონაცემებით, ორჯერ ნაკლებად იწყებდნენ თამბაქოს მოხმარებას იმ თანატოლებთან შედარებით, ვისაც „აცრა“ არ მიუღია. სწორედ ამ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ ეფექტს იყენებს არა-ს თქმის (არასასურველ შეთავაზებაზე უარის თქმის) ტრენინგი, რომელიც ერთ-ერთ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან უნარად ითვლება ავადმოხმარების ქცევის პრევენციის თვალსაზრისით.

სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების მიდგომა ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევენციის დარგში დღეისათვის ფართოდ გამოიყენება; დასავლეთის ბევრ ქვეყანაში იგი წარმოადგენს სასკოლო გეგმიური სწავლების ნაწილს; აქ, სწავლების წლების მიხედვით, რეგულირდება მასალის სირთულე და მიწოდების ინტენსივობა. კლასიდან კლასში გადასვლასთან ერთად, მოსწავლე ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმოხმარების პრევენციისათვის დაგეგმილი ცოდნის, დამოკიდებულებებისა და უნარ-ჩვევების თვალსაზრისით მარტივიდან რთულის ათვისებისკენ მიდის[2,145].

7.2. როგორ ვესაუბროთ ბავშვებს/მოზარდებს ავადმოხმარების პრობლემაზე

მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვისა თუ მოზარდის გარშემო მყოფი ზრდასრულები (მშობლები, პედაგოგები), გათვითცნო-

ბიერებულნი იყვნენ ავადმოსმარების საკითხებსა და მათზე რეფლექსიის, ერთობლივი მსჯელობის ტონში შეძლონ შეილებთან თუ მოსწავლეებთან საუბარი. მზა შეხედულებების მიწოდება წინააღმდეგ



ხვდება და პრევენციულ ფუნქციას ვერ ასრულებს. საკითხში გათვითცნობიერება გულისხმობს როგორც მის ცოდნას, ასევე მსჯელობისას, სწორი ტონის დაჭერას. ამიტომ, ქვემოთ გვინდა გაგიზიაროთ ნარკოტიკებზე ინფორმირების სტრატეგიების პრინციპები და მეცნიერულად დასაბუთებული რეკომენდაციები [2,24,25,28,29,70,71,73,75,100,144,147,148,149]. მათი გაცნობა თქვენეული საინფორმაციო სტრატეგიის შემუშავებაში დაგეხმარებათ:

– **უპირველესი პრინციპი არის კომპეტენტურობა**, ანუ ახალგაზრდებთან ამ საკითხზე საუბარი მოითხოვს მის გარკვეულ ცოდნას, ამ ცოდნის მისაღებად (შესაბამისი წიგნის წასკითხად, თუ ტრენინგზე დასასწრებად) დროისა და ენერგიის გამოყოფას, ანუ საკუთარ თავზე მუშაობას;

– **მიწოდებული ინფორმაცია უნდა იყოს აუცილებლად ობიექტური**. როგორც იტყვიან, „ტყუილს მოკლე ფეხები აქვს“ და არაობიექტური ან ცალმხრივი ინფორმაციის მიწოდება თქვენი, როგორც ინფორმაციის წყაროს, სამომავლო დისკრედიტაციას გამოიწვევს;

– **ინფორმაცია არ უნდა იყოს დიდაქტიკური** – აქ დიდია ალბათობა, რომ საპასუხოდ, მოზარდის მხრიდან, წინააღმდეგობა აღიძრას; პირიქით, იგი უნდა იყოს მიწოდებული ინტერაქ-

ტიულ ფორმატში, არადირექტიულად, რომ ბავშვებს/მოზარდებს ჰქონდეთ მასზე მსჯელობისა და საკუთარი დასკვნების გამოტანის საშუალება;

– **ინფორმაცია არ უნდა იყოს დამაშინებელი:** ერთი მხრივ, შიში ბევრ ადამიანს იზიდავს და ამდენად, პრევენციის სანინააღმდეგო, უკუეფექტი შეიძლება გამოიწვიოს (გავიხსენოთ, თუნდაც, საშინელებათა ფილმები, რომლებსაც მოყვარულთა დიდი აუდიტორია ჰყავს); მეორე მხრივ, თუ ბავშვი მართლაც დავაშინეთ და დავაფრთხეთ, ეს მის ფსიქიკურ ჯანმრთელობას აზარალებს;

– **ინფორმაცია არ უნდა იყოს სენსაციური:** მაგალითად, რომელიმე პოპულარული ადამიანის მიერ ნარკოტიკების მოხმარება; მიუხედავად იმისა, თუ რა ზიანი მიაყენა მას ნარკოტიკმა, ან მიუხედავად მისი წარმატებისა თავის დანებების ასპარეზზე, ის, ბავშვისთვის, წარმატებასა და ნარკოტიკს აღქმის ერთ ველში გააერთიანებს, რაც არ არის სასურველი;

– **ინფორმაცია არ უნდა იყოს ტრაგიკული:** ტრაგედიის ჟანრიც, ისევე, როგორც საშინელებათა თუ სენსაციისა, ადამიანს ნუსხავს და იზიდავს, ეს ჯერ კიდევ ანტიკური ხანიდანაა ცნობილი;

– **ავადმოხმარების თემაზე პრევენციული მუშაობისას, მნიშვნელოვანია, რომ არ დავყოთ ნარკოტიკები „მძიმედ“ და „მსუბუქად“, რადგან მათ მიერ მიყენებული ზარალის ოდენობას ეს არ ასახავს:** გავიხსენოთ, რომ ისეთ, ერთი შეხედვით, მსუბუქ ნივთიერებას, როგორიც თამბაქოა, საზოგადოებისათვის ეგრეთ წოდებულ მძიმე ნარკოტიკებზე უფრო დიდი ზარალი მოაქვს;

– **არ არის მიზანშეწონილი აღვწეროთ ნარკოტიკული საშუალებების მომზადების ხერხები, თუ გაკეთების ტექნოლოგია:** ბავშვებს/მოზარდებს უნდა მივანოდოთ ის ინფორმაცია, რომელიც მათთვის სასარგებლოა (როგორიცაა, მაგალითად, რისკების „პრიზმაში“ სხვადასხვა ფსიქოაქტიური საშუალების

გააზრება); ასევე, არ არის სასურველი საინექციო ხელსაწყოების ჩვენება;

– არ არის მართებული, პირველადი პრევენციის საქმეში (მაგალითად, სკოლაში) დავიხმართ ყოფილი წამალდამოკიდებული პირები, რომელთაც მოახერხეს ავადმომხმარებლისათვის თავის დანებება. ამგვარ პირებს ძალიან სასარგებლო საქმიანობის განევა შეუძლიათ წამალდამოკიდებულებით დაავადებული ადამიანების რეაბილიტაციაში (ანონიმურ ნარკომანთა თუ ალკოჰოლიკთა გაერთიანებები სწორედ ამ პრინციპზეა აგებული). მაგრამ, პირველადი პრევენციის თვალსაზრისით, მათი მოლვანობა არამიზანშეწონილია;

– ბავშვების/მოზარდების მიერ ინფორმაციის ათვისება ბევრად უფრო ეფექტურად ხდება, როდესაც ეს ინფორმაცია მათი თანატოლებიდან მოდის. მნიშვნელოვანია, რომ ეს რესურსი გამოყენებულ იქნას ჯანსაღი ცხოვრების სტილისა და ფსიქოპატიური საშუალებების ავადმომხმარებლის პრევენციის შიდა სასკოლო თუ სკოლათმორისი ღონისძიებების დაგეგმვა-განხორციელებისას.

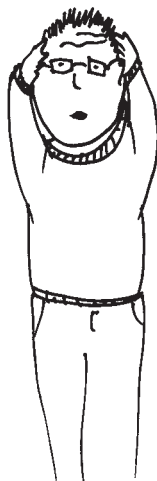
7.3. პანაცეის ძიება და სტიგმატიზაცია:

მცდარი მიდგომები პრევენციის საქმეში

ჩვენს ქვეყანაში ნარკომანის პირველად და მეორეულ პრევენციაზე მიმართული პროექტები ხშირად ერთსა და იმავე შეცდომებს უშვებენ. რიგი ამ შეცდომებისა ჩვენ დავახასიათეთ ნინა ქვეთაევში და აღარ გავიმეორებთ (საშინელებათა ჟანრში პრობლემის გამოსახვა, შიშის მომგვრელი სტრატეგიები, ჭარბი დიდაქტიკა, პანიკა, სენსაცია და ა.შ.). აქ გვინდა შევეხოთ კიდევ ორ ბაზისურ შეცდომას, რომელთაც არც თუ ისე იშვიათად უშვებენ პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვისას არა მარტო არაპროფესიულ, არამედ პროფესიულ წრეებში.

პანაცეის („ჯადოსნური ჯოხის“) ძიება

ნარკომანიის პრობლემის მოგვარებას ჩვენი საზოგადოების წარმომადგენლები ხშირად ხედავენ რაიმე ერთი, ცალკე აღებული მიმართულებით მოქმედებაში: მაგალითად – „აღმოვფხვრათ კორუფცია ნარკოტიკების მონოდების შემცირებაზე პასუხისმგებელ უწყებებში, ქვეყანაში ნარკოტიკი აღარ შემოვა და პრობლემას მოეწლება“. ანდა, „გავამკაცროთ სასჯელი ნარკოტიკების გასაღების (ან, გნებავთ, მოხმარების) გამო და პრობლემას მოეწლება“. ანდა – „გავახშიროთ ქუჩაში რეპროდუქციული ასაკის მამაკაცთა შემთხვევითობის პრინციპზე დაფუძნებული დაკავება ნარკოტიკული თრობის შესამონმებლად და პრობლემას მოეწლება“ (2006-2007



წლებში შემონმების სიხშირემ 10-ჯერ და მეტად იმატა, მაგრამ ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობის კლება ექსპერტიზის გახშირებას არ მოჰყოლია[27]). ან – „ვეუთხრათ მოზარდებს, რომ სუბუტექსის მოხმარება დამლუპველია და პრობლემას მოეწლება“. ან – „შევეუქმნათ ყველა მოზარდს ანტინარკოტიკული განწყობა და პრობლემას მოეწლება“; ან – „ამა თუ იმ ფსიქოლოგიური ტესტებითა და სამედიცინო გამოკვლევებით დავადგინოთ, თუ რომელ მოზარდს აქვს ნარკოტიკების ავადმოხმარების თუ კრიმინალის მიმართ მიდრეკილება და პრობლემას მოეწლება“³³.

ამ ცალმხრივი და რიგ შემთხვევაში არასწორი მიდგომების გასაქარწყლებლად საკმარისია გავიხსენოთ ნარკომანიის პრობლემის დაძლევის სტრატეგიებს მიძღვნილი თავი, სადაც ნაჩვენებია, რომ პრობლემის დაძლევა შეუძლებელია ერთდროულად მონოდებისა და მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართული დაბალანსებული სტრატეგიის გარეშე. ანუ, ცალმხრივ მიდგომას სასურველი რეზულტატების მოტანის მცირე (შეიძლება ითქვას, ნულოვანი) პოტენციალი აქვს. მაგრამ, განსაკუთრებით

33 ყველა მოყვანილი მაგალითი აღებულია საქართველოში უკანასკნელ წლებში ამა თუ იმ პროფესიული თუ არაპროფესიული ჯგუფის მიერ დეკლარებული და განხორციელებული მიდგომებიდან.

დამაფიქრებელია ის პოტენციური ზიანი, რაც ამა თუ იმ მცდარ მიდგომას შეუძლია მიაყენოს ადამიანებს.

სტიგმატიზაცია

ამ მხრივ განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს მეორეულ პრევენციაში, რომელიც რისკის ჯგუფის ბავშვების გამოვლენასა და მათთან მუშაობას გულისხმობს და ამდენად, მოიცავს სამიზნე კონტინგენტის სტიგმატიზაციის საფრთხეს.

თუ პირველადი პრევენცია არის „პრევენცია ყველასათვის“ და ამდენად, სტიგმატიზაციისა და შესაბამისად, დისკრიმინაციის საფრთხე მინიმუმამდეა დაყვანილი, მეორეული პრევენციის დროს განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს. აქ უაღრესად მნიშვნელოვანია არ დავადლოთ ბავშვებსა თუ მოზარდებს „ნარკომანიის თუ კრიმინალური ქცევის მიდრეკილების მქონე“-ს სტიგმა.

ზრუნვის პრინციპები

ფსიქოჰიგიენა და ფსიქოთერაპიული ცოდნა გვკარნახობს, რომ მაშინაც კი, როდესაც ადამიანი პრობლემურ ქცევას ახორციელებს, დამლის დასმას შეძლებისდაგვარად უნდა ავარიდოთ თავი. მაგალითად, ადამიანზე ვთქვათ არა „ნარკომანი“, „კრიმინალური მიდრეკილების მქონე“, „ნერვიული“, და ა.შ., არამედ, „ვთარგმნოთ“ მისი პრობლემა ქცევის ტერმინებში. ამ შემთხვევაში, ზევით ჩამოთვლილი იარღიყების ნაცვლად, შესაძლოა ითქვას: „ეს ადამიანი მოიხმარს ნარკოტიკებს“, „ამ ადამიანმა სამართალდარღვევა ჩაიდინა“, „ეს ადამიანი ამა და ამ სიტუაციებში ნერვიულობს ხოლმე“ და ა.შ.[32,34,35,36,37,118].

ქცევის ტერმინებში ადამიანის პრობლემის თარგმნა მას ერთგვარ „უდანაშაულობის პრეზუმპციას“ უბრუნებს, პრობლემური ქცევის დაძლევისათვის კეთილგანწყობილ ფსიქოლოგიურ ველს უქმნის – დღეს იგი პრობლემურად იქცევა, მაგრამ მას აქვს ამ ქცევის ცვლილების შანსი და, ხვალ სხვაგვარად მოქცევის პოტენციალი.

თუ ბავშვსა თუ მოზარდს (გნებავით, ზრდასრულს) კრიმინალისა და/ან ნარკომანიის მიდრეკილების მქონეს ვუწოდებთ, ამით მას საზოგადოებაში უკანდასაბრუნებელ გზას ვუკეტავთ. თანაც, ფსიქოლოგიურ ენაზე რომ ვთქვათ, ე.წ. **თვითაცხადებად წინასწარმეტყველებას**[115,118] ვუკეთებთ, რომელიც მას მერე, რაც გაჟღერდა, თავისი ცხოვრებით ცხოვრობს, ვითარდება და, ერთ მშვენიერ დღეს, შესაძლოა, სინამდვილედ იქცეს. სიტყვას, განსაკუთრებით, ავტორიტეტული ორგანიზაციებისა თუ პირების მხრიდან წამოსულს, დიდი ძალა აქვს.

ამიტომ, სიფრთხილე გვმართებს მეორეული პრევენციის სამუშაოების რეკლამირებისას მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით – ეს სტიგმატიზაციის რისკს მოიცავს. მასტიგმატიზებული მიდგომა დამახასიათებელია ავტოკრატული სახელმწიფოს ფსიქიატრიული სისტემისათვის. მაგალითად, ცნობილია ბესლანის ტრაგედიის შემდგომ, სერბსკის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტის (რუსეთის ფედერაცია) მუშაკების სატელევიზიო განცხადება: „გაუპატიურებულ ქალებს ვთხოვთ ამა და ამ ოთახში მობრძანდნენ ფსიქოთერაპიული დახმარების მისაღებად“. წარმოიდგინეთ ჩრდილოკავკასიური საზოგადოება, იქაური მანდილოსნები – რასაკვირველია, ამგვარმა დამოკიდებულებამ და მასზე აგებულმა მიდგომამ არ იმუშავა.

მეორეული პრევენციის მასშტაბი ერთგვარ „კამერულობას“ მოითხოვს, რაც **კონფიდენციალობის პრინციპის** ჯეროვანი დაცვის პირობაა. მაგალითად, თუ პრობლემური ქცევის მქონე მოზარდების დახმარებაზე ვმუშაობთ, უპრიანია, უპირველეს ყოვლისა, რეფერალური³⁴ ქსელის აგებაზე ვიმუშავოთ, დავამყაროთ უშუალო ურთიერთობა შესაბამის დაწესებულებებთან: სკოლებთან, პოლიციასთან, სოციალურ სააგენტოსთან, პრობაციის დეპარტამენტ-

34 რეფერალი ინგლისური სიტყვაა, ქართულად გადამისამართებას ნიშნავს; რეფერალური ქსელის ქვეშ ვგულისხმობთ იმ ორგანიზაციების ქსელში გაერთიანებასა და თანამშრომლობას, რომელნიც თავისი პროფილითა თუ სერვისების ხასიათით ურთიერთშემავსებელნი არიან. აქედან გამომდინარე, მათ, მოსარგებლის საჭიროების შესაბამისად, შეუძლიათ ის გადაამისამართონ ქსელის ნევრ შესაბამის ორგანიზაციაში სათანადო დახმარების აღმოსაჩენად.

თან და ა.შ., ავუსხსნათ ჩვენი მანდატი, ის პრობლემები, რომელთა დასახმარებლადაც ვართ მოწოდებული, დავუტოვოთ არამასტიგმატიზებელ და არამადისკრიმინაციულ ენაზე დაწერილი პრობლემათა ნუსხა სკრინინგისათვის და ამ სისტემით აგებული მონარტივიანობის საფუძველზე დავეხმაროთ მოზარდებს.

დასკვნის სახით, კიდევ ერთხელ შევახსენებთ მკითხველს, რომ ნარკომანიის პრობლემის მოვლა ჰუმანისტურ, არამასტიგმატიზებელ, დამცველობითი ფაქტორების გაძლიერებასა და რისკ ფაქტორების მინიმიზაციაზე მიმართულ დაბალანსებულ, სისტემურ მიდგომას საჭიროებს. მნიშვნელოვანია გავაცნობიეროთ, რომ ამ საკითხში არ არსებობს პანაცეა; არც ჯადოსნური ჯოხი არსებობს.

სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პირველადი და მეორეული პრევენცია მოითხოვს შესაბამისი ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნას: კადრების (პედაგოგების, სკოლის ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების, მედმუშაკების, ჟურნალისტების და ა.შ.) შესაბამის საუნივერსიტეტო მომზადებას; სკოლებში ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის პოლიტიკის შექმნას და ცხოვრებაში გატარებას; ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის ჩართვას სასკოლო კურიკულუმში, სამოქალაქო განათლების ეროვნულ გეგმაში და ა.შ.

ზედა აბზაცში ჩვენ ნარკომანიის პრევენციის სისტემური მიდგომის მხოლოდ ერთი, საგანმანათლებლო-აღმზრდელობითი ასპექტი განვიხილეთ, მაშინ როცა პრობლემას მულტიდისციპლინარული მიდგომა ესაჭიროება: ჯანდაცვის, კულტურის, სპორტისა და სხვა უწყებების მონაწილეობით, შესაბამისი ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნითა და მრავალუწყებრივი თანამშრომლობით. ყოველივე ამას ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის ეროვნული სტრატეგია და ბიუჯეტით განმტკიცებული სამოქმედო გეგმა ესაჭიროება, ამ გეგმის კოორდინირებულად წარმართვა, კოორდინაციის შესაბამისი ინსტიტუციური მექანიზმის შექმნა, კადრების მომზადება და ა.შ.

ჩვენს ამოცანას მოცემულ თავში არ წარმოადგენს მრავალუ-

ყებრივი სისტემური მიდგომის დეტალური აღწერა, უბრალოდ გვინდა მკითხველს დავეხმაროთ იმაში, რომ წარმოიდგინოს ის თანმიმდევრული მიდგომა, რომელიც ქვეყანაში პირველადი და მეორეული პრევენციის ინსტიტუციურ მექანიზმებს ჩაუყრის საფუძველს.

შეკითხვები წაკითხულზე რეფლექსიისათვის:

– რა უნდა გაკეთდეს თქვენს სკოლაში (ან თქვენი სკოლის მიერ) იმისათვის, რომ ბავშვებისა და მოზარდებისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების სწავლება რეგულარული გახდეს?

– როგორ ხორციელდება ფსიქოაქტიური (ან ნარკოტიკული) საშუალებების შესახებ საუბარი თქვენს სკოლაში? თქვენს ოჯახში? რა საინფორმაციო სტრატეგიას იყენებთ პირადად თქვენ? რა მუშაობს (ანუ ეფექტურია) და რა არა?

– როგორ მცდარ მიდგომებს უნდა მოვერიდოთ ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრევენციის დაგეგმვისას, როგორ შეიძლება მათგან თავის დაცვა-დაზღვევა?

7.4. შემთხვევა პრაქტიკიდან

მოცემულ თავში აღწერილია სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის (სკაპ) ფარგლებში, 2003-2004 წლებში, უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებთან ჩატარებული ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრევენციაზე მიმართული კლასგარეშე სამუშაო. ეს სამუშაო თავდაპირველად არ იყო დაგეგმილი სკაპ-ის ფარგლებში. მისი ინიცირება მოხდა სტუდენტთა ჯგუფის მიერ, რომელთაც მოცემული წიგნის ავტორი ასწავლიდა წამალდამოკიდებულების ფსიქოლოგიურ ასპექტებს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში. განვითარებასთან ერთად, სამუშაომ პირველადი პრევენციის პროექტის სახე მიიღო, რომლის განხორციელების გამოცდილებას ქვემოთ გთავაზობთ.

პროექტის წინარე გამოკვლევა (საჭიროებათა კვლევა)

მუშაობა დაიწყო საჯარო სკოლაში ნარკოტიკების ავადმოსმარების პირველადი პრევენციის თვალსაზრისით არსებული

საჭიროებების კვლევით. კვლევა ჩატარდა ფოკუს ჯგუფების – სოციოლოგიური კვლევის მეთოდის საშუალებით, რომელიც ამა თუ იმ საკითხის გამოკვლევის მიზნით სპეციალურად მოპატიჟებული საშუალოდ 6-8 კაციანი ჯგუფის გამოკითხვას გულისხმობს, წინდანი შედგენილი შეკითხვების ნუსხით. ფოკუს ჯგუფის მეთოდი არა მარტო იკვლევს მონაწილეთა აზრს, არამედ, გარკვეულწილად, აყალიბებს კიდევაც მას[39].

კვლევა

გამოკვლევამ, რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს თბილისის 10 საჯარო სკოლის 100 მოზარდმა, 50 მშობელმა და 50 პედაგოგმა, საქმის შემდეგი ვითარება გამოავლინა:

ა. პედაგოგებს არ აინტერესებდათ ნარკოტიკების თემა (და არა თუ არ აინტერესებდათ, არამედ ეშინოდათ კიდევაც მისი შეხების), სამაგიეროდ მოსწავლეებს აინტერესებდათ იგი. ამ ინტერესს ისინი იკმაყოფილებდნენ ინტერნეტისა და ამხანაგების საშუალებით;

ბ. პედაგოგები ვერ ხედავდნენ თავის როლს ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრევენციაში, სამაგიეროდ, მოსწავლეებს მიაჩნდათ, რომ თავად შეეძლოთ წვლილის შეტანა ამ საქმეში;

გ. პედაგოგები არ ფლობდნენ ინფორმაციას ნარკოტიკების ავადმოსმარებაზე, სამაგიეროდ მოსწავლეები ფლობდნენ;

დ. რამდენადაც მოსწავლეებს ეს ინფორმაცია სანდო წყაროებიდან არ ჰქონდათ მოპოვებული (სარგებლობდნენ, ძირითადად, ინტერნეტით, ამხანაგების მონაყოლით, ტელევიზიით და ა.შ.), ისინი ნარკოტიკების გარშემო ჩვენს საზოგადოებაში მოარული მითების მთელ რიგს იზიარებდნენ და არასაკმარისად იყვნენ ინფორმირებული ნარკოტიკების მოხმრებასთან დაკავშირებულ რისკებზე;

ე. მშობლები თვლიდნენ, რომ პრევენციული მუშაობა საჭიროა და რომ ამას სკოლა უნდა ახორციელებდეს; მასწავლებლებიც თვლიდნენ, რომ პრევენცია საჭიროა, მაგრამ მათი აზრით, ამას მშობლები უნდა აკეთებდნენ; და ა.შ.

კვლევის შედეგებიდან განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევდა ის გარემოება, რომ მოსწავლეებს ჰქონდათ ინტერესი ნარკოტიკების მიმართ, რომ ამ ინტერესს მშობლებისა და პედაგოგებისაგან დამოუკიდებლად იკმაყოფილებდნენ, უფრო ხშირად არასანდო წყაროებიდან. ამასთან ერთად, ისინი აცნობიერებდნენ თავის შესაძლო როლს პრევენციული საქმიანობის განევაში. ამ ორი ფაქტორის კომბინაციამ პროექტის დაგეგმვისას საშუალება მოგვცა აგვემოქმედებინა აიკიდოს³⁵ პრინციპი: მოზარდთა ნარკოტიკების მიმართ ინტერესი გამოგვეყენებინა, როგორც რესურსი მათი პრევენციულ საქმიანობაში ჩასართველად.

პროექტის მუშაობის აგების პრინციპები და კომპონენტები

როგორც მოცემული თავის დასაწყისშივე აღვნიშნეთ, პროექტს უშუალოდ სტუდენტური ასაკის ახალგაზრდებისაგან შემდგარი გუნდი ახორციელებდა, მოცემული წიგნის ავტორის რეგულარული სწავლებითა (ტრენინგი, კონსულტირება, სუპერვიზია) და მეთოდოლოგიური ხელმძღვანელობით.

პროექტის გუნდის ასაკობრივი სიახლოვე მოსარგებლებთან (სკოლის მოსწავლეებთან) მათ, ფაქტობრივად, თანასწორგანმანათლებელთა³⁶ როლში აყენებდა და პროექტში მონაწილე უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებთან ურთიერთობას მნიშვნელოვანწილად უადვილებდა.

პროექტის სახელწოდებაზე გუნდმა კარგა ხანს იფიქრა და ბოლოს „ჩვენი საქმე – ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი საქართველო“ გადაწყვიტა. ამით გუნდს იმის თქმა უნდოდა, რომ ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენცია თითოეული ჩვენგანის საქმეა, რომ ეს საკუთარ თავზე მუშაობით, საკუ-

35 აიკიდო: აღმოსავლური ორთაბრძოლა დაფუძნებული ფილოსოფიურ მსოფლმხედველობაზე. აქ მებრძოლი ცდილობს მოწინააღმდეგის ძალა გამოიყენოს თავდაცვის საკუთარი სტრატეგიის განსახორციელებლად.

36 თანასწორგანმანათლებელი: პრევენციულ და ზიანის შემცირებით საქმიანობაში საკმაოდ გავრცელებული ინსტიტუტია, როომელიც გულისხმობს რომ მოსარგებლებს სწავლებას უტარებს მათთან ასაკით, სოციალური მდგომარეობით და, შესაძლოა, მთელი რიგი სხვა პარამეტრებით ახლოს მდგომი პირები.

თარი ცხოვრების ჯნასალი სტილით იწყება და რომ თუ ეს საქმე მომავალმა თაობამ გაითავისა, მაშინ ის შეძლებისდაგვარად დაცული იქნება ამ პრობლემისაგან.

მუშაობის პრინციპების შემუშავებისას უპირველეს, ასევე ვთქვათ, ნულოვან პრინციპად, დავსახეთ **არ ავნო**. შემდგომი, უკვე საქმის შინაარსთან, კომპონენტებთან და პროექტის გუნდის საქმიანობასთან დაკავშირებული პრინციპები ამგვარად იქნა ჩამოყალიბებული:

1. მუშაობის ზოგადი პრინციპები:

- **მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული[91]** მეთოდოლოგიური მიდგომა, რომელიც ეფუძნება დარგში არსებულ სამეცნიერო კვლევათა შედეგებს, პრაქტიკულ გამოცდილებასა და მოსარგებლეთა საჭიროებებსა და ინტერესებს[21,113];

- **ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი[69]:** მუშაობაში ჩართვამდე სკოლის ადმინისტრაციის, პედაგოგოს, დამრიგებლების, მოსწავლეებისა და მათი მშობლების მაქსიმალური ინფორმირება პროექტის მეთოდოლოგიისა და მოსალოდნელი შედეგების თაობაზე, რათა მონაწილეობის გადწყვეტილება ინფორმირებულ თანხმობასა და შესაბამის მოლოდინებსა და მოტივაციაზე ყოფილიყო დაფუძნებული;

- **აიკიდოს პრინციპი:** ნარკოტიკების მიმართ მოზარდების ინტერესის, როგორც რესურსის გამოყენება, პირველად პრევენციულ აქტივობებში მათ ჩასართველად;

- **უკუკავშირის მუდმივი ცირკულაციის პრინციპი:** პროექტის მსვლელობაზე, ეფექტურობაზე, პრობლემებზე/მიღწევებზე უკუკავშირის რეგულარულად შეგროვება მასში მონაწილე მოსწავლეებისაგან და მათი პედაგოგებისა და მშობლებისაგან. ასევე, მოსწავლეების, პედაგოგების, მშობლების უზრუნველყოფა უკუკავშირით პროექტის დინამიკაზე, მონაწილეების მიღწევებზე და ა.შ.;

- **პროექტის გუნდის ღიაობა და პროექტის დიზაინის მოქნილობა** მონაწილეთა ინტერესების მაქსიმალური გათვალისწინებისათვის. პროექტის მსვლელობის კორექცია მისი განხორციელების პროცესში მიღებული გამოცდილების შესაბამისად.

2. პროექტის კომპონენტებისა და საქმიანობის დაგეგმვასთან დაკავშირებული პრინციპები:

- **მოზარდებისათვის კლასგარეშე სწავლა-განვითარებისა და პიროვნული ზრდისათვის საჭირო კონტექსტის შექმნა** (ინტერაქტიული სწავლების პროცესში საკუთარი თავის უკეთ შეცნობის, თვითგამოხატვის, აღიარების მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების პირობების შექმნით, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარებით);

- **მოზარდებისათვის ფსიქოტროპული საშუალებების ავადმოსმარების თაობაზე ინფორმირებული გადანყვებილების მიღებისათვის პირობების შექმნა.** ამის მიღწევა ვალიდური, სარწმუნო, ხარისხიანი, მეცნიერულ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდებით ფსიქოტროპული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, ყოველგვარი პათოსისა და ისტერიის გარეშე. ანუ, საკუთარი ზნეობრივი არჩევანის გასაკეთებლად მათი სათანადოდ ინფორმირება (წინააღმდეგობის აღმძვრელი დიდაქტიკის გარეშე);

- **მუშაობისას ფორმატის მრავალფეროვნების უზრუნველყოფა.** ამის მიღწევა ისეთი ფორმატების მონაცვლეობითა და კომბინირებით, როგორიცაა: უნარ-ჩვევათა ტრენინგი, სხვადასხვა ფილმის ჩვენება შემდგომი ჯგუფური გარჩევით, დებატები მოზარდებისათვის საინტერესო თემებზე, დისკუსიები ზნეობრივ საკითხებზე, შეხვედრები ახალგაზრდა პოეტებთან, მწერლებთან, მუსიკოსებთან, სხვა მათთვის საინტერესო ადამიანებთან და ა.შ.;

- **მუშაობაში ანტინარკოტიკული მოდის გავრცელების პოტენციალის მქონე მოსწავლეების მოზიდვა.** ანუ, პროექტის აქტივობებში, შეძლებისდაგვარად, არაფორმალური ლიდერების ჩართვა, რათა მათ თავიანთ სკოლებში ნარკოტიკების ავადმოსმარების მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება პოპულარული გაეხადათ;

- **ნარკოტიკების ავადმოსმარების მიმართ უარყოფითი განწყობის გაძლიერების პრინციპი.** ამის მიღწევა მონაწილეების ჩართვით ნარკოტიკების სანინააღმდეგო საზოგადოებრივ

აქციებში, რამდენადაც სოციალური ფსიქოლოგიის თანახმად, ქცევის გაცხადებული კურსი აძლიერებს ამ ქცევის კურსის შესაბამის განწყობას;

- **თანასწორგანმანათლებელთა პრინციპი.** ეს პრინციპი, ერთი მხრივ, ხორციელდებოდა პროექტის პრაქტიკული სამუშაოს განხორციელებით სტუდენტური ასაკის ახალგაზრდების მიერ, რომლებიც გარკვეულწილად, უფროს დეზად და ძმებად აღიქმებოდნენ მონაწილე ბავშვების მიერ. მეორე მხრივ, თანასწორგანმანათლებელთა პრინციპის ცხოვრებაში გატარება ხდებოდა პროექტის აქტიურ მონაწილეთა მომზადებითა და რეკრუტირებით ტრენერებად და, პროექტის გუნდში სრულუფლებიან წევრებად მათი ჩართვით. დაბოლოს, თანასწორგანმანათლებელთა პრინციპი ხორციელდებოდა პროექტში ჩართული ბავშვებისა და მოზარდების მიერ თანატოლთათვის ჯანსაღი ცხოვრების წესის თაობაზე საგანმანათლებლო ლიფტების, ფლაიერების შექმნითა და ახალგაზრდული გაზეთის გამოცემით.

3. გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი სპეციფიკური პრინციპებისა, შემუშავებულ იქნა პროექტის გუნდის მუშაობის პრინციპები:

- **პროექტის გუნდის კომპეტენტურობა:** იმის გარდა, რომ პროექტის გუნდის წევრებს გავლილი ჰქონდათ წამალდამოკიდებულების ფსიქოლოგიის საუნივერსიტეტო სწავლება, საქმიანობის თითოეული კომპონენტის დაგეგმვისას მათ, ასევე, გაიარეს შესაბამისი ტრენინგი (დებატების წარმოების, წამალდამოკიდებულების პრევენციის, კონფლიქტოლოგიის, ეფექტური კომუნიკაციის და ა.შ.), რეგულარულად გადიოდნენ ინტერვიუებისა და სუპერვიზიის³⁷ სესიებს და ა.შ.;

- **ხალისიანი მუშაობის პრინციპი,** რომლის იდეოლოგიაც დაახლოებით ამგვარად ჟღერდა: „სამუშაო უნდა იყოს საინტერესო, უნდა ვმუშაობდეთ სიხარულითა და სიყვარულით, გუნდურად – რათა საქმისადმი ამგვარი დამოკიდებულება გა-

³⁷ ინტერვიზია: თანაბარი პოზიციების მქონე კოლეგების მიერ სამუშაოსთან დაკავშირებულ საკითხებზე ურთიერთკონსულტირება; სუპერვიზია: უფრო გამოცდილი კოლეგის მიერ ნაკლებად გამოცდილი კოლეგის/კოლეგათა ჯგუფის კონსულტირება.

დავდოთ ბავშვებსაც“;

- **როლური მოდელის პრინციპი:** პროექტის გუნდი, ფაქტობრივად, როლური მოდელი უნდა ყოფილიყო მონაწილე ბავშვებისათვის – როგორც ცხოვრების ჯანსაღი სტილის, ასევე გაზიარებული და ყოველდღიურობაში გაცოცხლებულ/გატარებული მოქალაქეობრივი ფასეულობების თვალსაზრისით.

პროექტის ძირითადი მიმართულებები/კომპონენტები და დინამიკა

სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარების ტრენინგი (ინტერაქტიული სწავლების ფორმატი). ტრენინგის ძირითადი ნაწილი ეთმობოდა ისეთი უნარ-ჩვევების გამოუმუშავებას, როგორიცაა ეფექტური კომუნიკაცია, ასერტიულობა (საკუთარი ინტერესების დაცვა იმავდროულად სხვისი ინტერესების გათვალისწინების ფონზე), უარის თქმა არასასურველი ქცევის დაძალების შემთხვევაში, კონფლიქტის მართვა, პრობლემების მართვა და სხვა. პარალელურად, მონაწილეებს მიეწოდებოდათ ინფორმაცია ამა თუ იმ ფსიქოტროპული საშუალების ავადმომხმარებელთან დაკავშირებულ რისკებზე და წამალდამოკიდებულებაზე – როგორც თავისუფალი არჩევანის დაკარგვასთან დაკავშირებულ ბიო-ფსიქო-სოციო-სულიერ პრობლემაზე;

ინტერესების მიხედვით მოზარდების გაერთიანება სხვადასხვა შემოქმედებითი წრეობრივ მუშაობაში, მაგალითად: ახალგაზრდული გაზეთის გამოცემა, ნარკოტიკების ავადმომხმარებელთან დაკავშირებულ რისკებზე დასარიგებელი მასალის – ბროშურების, ფლაიერების შექმნა და სხვა. ამისათვის ბავშვები და მოზარდები იყენებდნენ, ერთი მხრივ, ტრენინგის პროცესში მიღებულ ცოდნას ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკების თაობაზე; მეორე მხრივ, ეძიებდნენ ინფორმაციას შესაბამის სანდო ლიტერატურასა და სანდო ინტერნეტ-გვერდებზე. მოპოვებული ინფორმაციის სანდოობისა და მართებულობის გადამოწმება ხდებოდა პროექტის გუნდთან. განსაკუთრებით ფრთხილი იყვნენ ბავშვები თანატოლებისათვის ინფორმაციის

სტრუქტურირების დროს: პროექტის გუნდთან ერთად ისინი შეგნებულად იცავდნენ პრინციპს არ ავნო;

მონაწილეობა საზოგადოებრივ აქციებში. ტრენინგისა და წრეობრივი მუშაობის პარალელურად, ბავშვებსა და მოზარდებს ეძლეოდათ სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის საინფორმაციო კამპანიებში მონაწილეობისა და საზოგადოებისათვისა და თავისი თანატოლებისათვის პრობლემისადმი საკუთარი დამოკიდებულების გაზიარების საშუალება. მოზარდები, აგრეთვე, ხალისით მონაწილეობდნენ საქართველოს ანტინარკოტიკული კოალიციის³⁸ ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის წინააღმდეგ მიმართულ ესტრადის ახალგაზრდა ვარსკვლავების („ჯეოსთარის“) კონცერტის ორგანიზებაში, სატელევიზიო თოქ-შოუებში და სხვა საზოგადოებრივ ღონისძიებებში. ამ ღონისძიებებში მონაწილეობდნენ არა მარტო მოზარდები, არამედ მათი მშობლებიც, რომლებიც აქციების ჩატარებისას იცავდნენ საზოგადოებრივ წესრიგს, უზრუნველყოფდნენ უსაფრთხოებას და ა.შ. ამგვარად, პროექტს თაობათა შორის ურთიერთთანამშრომლობის მუხტი შემოჰქონდა პრობლემასთან გამკლავების საქმეში;

მოზარდების მიერ თანატოლთა ინფორმირება. პროექტის სანყის ფაზაზე სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის მიერ მომზადებულ იქნა ანტინარკოტიკული საინფორმაციო ბუკლეტი, რომლის შეფასებაც ვთხოვეთ მონაწილე ბავშვებსა და მოზარდებს. მოზარდებმა გაგვიზიარეს, რომ ამგვარი ბუკლეტი (აკადემიურად შედგენილი) არ იქნებოდა საკმარისად დამარწმუნებელი და საინტერესო მათი თანატოლებისათვის. მაშინ, პროექტის გუნდმა ბავშვებს სთხოვა ბუკლეტების მომზადება და, აღმოჩნდა, რომ ისინი ხალისით ჩაერთვნენ ამ საქმეში. პროექტის მონაწილე ბავშვები და მოზარდები ადგენდნენ ბუკლეტებს, სადაც თანატოლებს მათთვის გასაგებ ენაზე, იუმორის მოშველიებით აცნობდნენ ამა თუ იმ

38 2003 – 2007 წლებში საქართველოში ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების დარგში მომუშავე ორგანიზაციათა და უწყებათა ნებაყოფლობითი გაერთიანება.

ფსიქოტროპული საშუალების ავადმომხმარებასთან დაკავშირებულ **რისკებს**, უქმნიდნენ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების პირობებს. ბავშვები არა მარტო ბუკლეტების ტექსტებს ადგენდნენ, არამედ დიზაინსა და დაკაბადონებასაც საკუთარი ძალებით ახორციელებდნენ, რაც მათ შემოქმედებითი თვითგამოხატვის ასპარეზს აძლევდა.

შეხვედრები და დებატები. პროექტის მონაწილე სხვადასხვა სკოლის მოსწავლეებს ეძლეოდათ საშუალება თვეში ერთხელ შეკრებილიყვნენ, გაეცნოთ ერთმანეთი, დამეგობრებულიყვნენ. ამგვარი შეხვედრები ყოველთვის წინასწარ იყო გააზრებულ-დაგეგმილი, მაგრამ ამავე დროს, მოქნილი სცენარის მიხედვით მიმდინარეობდა. აქ ახალგაზრდები, ერთი მხრივ, აფართოვებდნენ ნაცნობ-მეგობრების წრეს, აბამდნენ სოციალურ კავშირებს, ქსელებს; მეორე მხრივ, მათ ეძლეოდათ საშუალება ენახათ თავისუფლებისა და დამოკიდებულების თემებზე შექმნილი მხატვრული თუ ანიმაციური ფილმები, მონაწილეობა მიეღოთ ამ ფილმების ერთობლივ განხილვებსა და დებატებში სხვადასხვა მათთვის საინტერესო თემებზე. შეხვედრებში პერიოდულად მონაწილეობდნენ ბავშვებისათვის საინტერესო პირები – ახალგაზრდა პოეტები, მწერლები, ექიმები, ფილოსოფოსები, მუსიკოსები.

თანატოლთა განათლება. მონაწილე ბავშვებიდან, მას მერე, რაც მათ პროექტის ტრენინგის კომპონენტის ფარგლებში სპეციალური სწავლება გაიარეს, შეირჩა რამდენიმე მოზარდი, რომლებმაც პროექტის გუნდის წევრებთან ერთად მოსინჯეს თავი ტრენერების როლში – ეწეოდნენ სატრენერო მოღვაწეობას თავის თანატოლებთან, პროექტში ჩართულ ახალ სკოლებში. ტრენერი-მოზარდები გახდნენ პროექტის გუნდის სრულფასოვანი წევრები, მონაწილეობას იღებდნენ სამუშაოს დაგეგმვაში, განხორციელებაში და შეფასებაში.

პრევენციული მუშაობის დინამიკა

პროექტი დაიწყო ორი სკოლით. აქტივობების გაშლასთან ერთად, პროცესში აქტიურად ჩაერთო 28 ბავშვი, რომლებმაც, ფაქტობრივად, მონაწილეთა საყრდენი გუნდი შექმნეს.

საყრდენი გუნდი ენთუზიაზმით მონაწილეობდა პროექტის სხვადასხვა საქმიანობაში, გვაძლევდა უკუკავშირის დინამიკაზე, იმაზე, თუ რამდენად ითვალისწინებდა პროექტი მონაწილეთა ინტერესებსა და საჭიროებებს. ამის საფუძველზე, ხდებოდა შემდგომი საქმიანობის დაგეგმვა. უკუკავშირის აკრეფა მიმდინარეობდა მათი მშობლებისა და პედაგოგებისაგანაც.

აქტიური წვლილის შეტანა დაიწყო პროექტში ჩართული სკოლების დირექტორებმაც: მაგალითად, ერთ-ერთ სკოლაში დაარსდა ახალგაზრდული კლუბი, რომელმაც ანტინარკოტიკული საზოგადოებრივი აქციის ეგიდით ბავშვების შემოქმედებითი ნამუშევრების (ნახატები, ბატიკა და ა.შ.) გამოფენა-გაყიდვის ტრადიცია შემოიღო. ამავე სკოლაში სამოქალაქო განათლების პედაგოგმა, სკოლის დირექტორის ხელშეწყობითა და საკუთარი ინიციატივით, სამოქალაქო განათლების საგნის სწავლების პროცესში მეექვსე-მერვე კლასელებთან დაიწყო ნარკოტიკების ავადმოსხმარებასთან დაკავშირებული რისკების თაობაზე გაკვეთილების ჩატარება. ეს მითუმეტეს დასაფასებელი იყო იმხანად (2004-2005 წლებში), როდესაც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების საკითხები ჯერ კიდევ არ იყო შესული სამოქალაქო განათლების სახელმძღვანელოში (მოგვიანებით, 2006 წლიდან, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში გაწეული მუშაობის შედეგად, სამოქალაქო განათლების ერთ-ერთ გრიფირებულ სახელმძღვანელოში გაჩნდა თამბაქოს, ალკოჰოლისა და რამდენიმე სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერების ავადმოსხმარებასთან დაკავშირებული თავი).

ორი წლის მანძილზე პროექტმა მოიცვა 11 სკოლა, მასში აქტიურად ჩართული ბავშვებისა და მოზარდების რაოდენობამ 120-ს გადააჭარბა. პროექტის გაშლასთან ერთად ვითარდებოდა მისი განმახორციელებელი გუნდი: სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის მესამე ფაზაში გუნდმა განაგრძო მუშაობა უკვე არა როგორც მოხალისე სტუდენტების ჯგუფმა, არამედ როგორც ნარკოტიკების ავადმოსხმარების პირველად პრევენციაზე ორიენტირებულმა არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჰუმანმა“.

თანდათან, ბავშვებისა და მოზარდებისათვის პროექტში მონაწილეობა, როგორც თავიდან იყო დაგეგმილი, საინტერესო და პრესტიჟული, მოდური გახდა.

პროექტი დასრულდა, როდესაც მის მონაწილეთა პირველმა თაობამ სკოლა დაამთავრა. არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჰუმანი“ ცდილობდა პირველადი პრევენციული საქმიანობის გაგრძელებას, მაგრამ, სამწუხაროდ, საერთაშორისო დონორებისათვის, ისევე, როგორც სახელმწიფოს შესაბამისი უწყებებისათვის, ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პირველადი და მეორეული პრევენცია უკანასკნელ წლებში არ წარმოადგენდა პრიორიტეტს და შემდგომი დაფინანსების მოპოვება იმ წლებში იმდენად გართულდა, რომ 2005 წლისათვის ნარკომანიის პირველად პრევენციაში მოღვაწე 5 არასამთავრობო ორგანიზაციიდან პირველადი პრევენციის ერთგული მხოლოდ და მხოლოდ ერთი – საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“ დარჩა, დანარჩენმა ორგანიზაციებმა გადაინაცვლეს ნარკოტიკების ავადმომხმარებელთა გამონვეული ზიანის შემცირების სფეროში, მათ შორის „ჰუმანის“ ნევრებმაც.

მუშაობის შედეგების შეფასება

პროექტის მსვლელობის პროცესში ხორციელდებოდა მისი მონიტორინგი, ბოლო ფაზაში მოხდა მისი შედეგების შეფასება გარკვეული ინდიკატორების მიხედვით, რომელთა შორის იყო: ბავშვებისა და მოზარდების მიერ ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებასთან დაკავშირებული რისკების ცოდნა, მონაწილეებისა და მათი სოციალური გარემოცვის (მშობლები, პედაგოგები) უკუკავშირი იმ უნარ-ჩვევებსა და ქცევით რეპერტუარზე, რომელიც ბავშვებმა და მოზარდებმა პროექტის მსვლელობაში შეიძინეს, მონაწილეთა უარყოფითი დამოკიდებულება ფსიქოაქტიური საშუალებების ავადმომხმარებლის მიმართ და ა.შ.

ზემოთ ჩამოთვლილი ინდიკატორები, პროექტის შედეგების თვალსაზრისით, პოზიტიურ სურათს გვიხატავდა. მაგრამ, შეუძლებელია ამა თუ იმ პროექტის ეფექტურობაზე მსჯელობა, თუ არ შავაფასებთ მის გრძელვადიან შედეგებს. ამგვარი

შეფასება პროექტის დასრულებიდან 6 წლის თავზე განვახორციელეთ. გამოვიყენეთ ინდივიდუალური გამოკითხვისა და ფოკუს ჯგუფის მეთოდები. ხელი მიგვიწვდა მხოლოდ 50 მობარდის მდგომარეობის შეფასებაზე.

როგორც ინდივიდუალურ ინტერვიუებში, ასევე ფოკუს ჯგუფებში დასმული იყო შემდეგი შეკითხვები:

1. რა მოგცათ პროექტმა;
2. რამდენად დაგიცვათ მან ნარკოტიკების ავადმომხმარებლისაგან;
3. მონაწილეებიდან, ვისაც თქვენ იცნობთ და ამაჟამად ვისთანაც ინარჩუნებთ კონტაქტს, რამდენი მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებას (ამ ინფორმაციის ანონიმურობა გარანტირებულია);
4. რას გვირჩევდით რომ მომავალში გაგაკეთოთ სხვანაირად;
5. თქვენ რომ გყავდეთ შვილი, ურჩევდით თუ არა ანალოგიურ პროექტში მონაწილეობას.

პირველ შეკითხვაზე პასუხები რომ დავაჯამოთ, შემდეგი სურათია: „პროექტი დაგვეხმარა კომუნიკაციური უნარების განვითარებაში, მოგვცა საშუალება ვყოფილიყავით აქტიური, გავხსინილიყავით – უკეთ გაგვეცნო ჩვენი შესაძლებლობები და მოგვეხდინა მათი რეალიზაცია; მან გამოგვეკვითა როგორც ინდივიდები (რის საშუალებასაც სკოლა იმხანად არ იძლეოდა), აღიარების მოთხოვნილება დაგვიკმაყოფილა“.

მეორე შეკითხვაზე პასუხები რომ დავაჯამოთ, შემდეგი სურათი გამოიკვეთა: „პროექტმა დაგვიცვა იმდენად, რამდენადაც მისი საშუალებით გავიგეთ რეალური ინფორმაცია ნარკოტიკებზე, დიდაქტიკის გარეშე (რომელიც ჩვენი მხრიდან მედგარ წინააღმდეგობას შეხვდებოდა); მოგვცა ნარკოტიკების საკითხზე საკუთარი აზრის შექმნის და ჩემოყალიბების საშუალება. პროექტში ყოფნა, ჩართულობა უკვე პრევენციულ ფუნქციას თამაშობდა ჩვენს ცხოვრებაში“.

მესამე შეკითხვაზე პასუხებმა გამოავლინა, რომ იმ 50 მო-

ზარდიდან, რომელთა მდგომარეობის შეფასებაც მოხერხდა, ამჟამად არც ერთი მათგანი და არც პროექტის მონაწილეები, რომლებთანაც ისინი დღეისათვის კონტაქტში არიან, არ მოიხმარენ ნარკოტიკულ საშუალებებს, ანუ, არც ერთი არ დაადგა ნარკოკარიერას; მხოლოდ ერთს ჰქონდა მარიხუანას მოხმარების ეპიზოდი, დაწყებული მოზარდობის გვიანდელ ხანაში, თანაც ხანმოკლე. ეს ეთანხმება სამეცნიერო მტკიცებულებებს პირველადი პრევენციის ეფექტურობის თაობაზე, რომელთა თანახმადაც პირველად პრევენციას არ ძალუძს სრულად დააზღვიოს ახალგაზრდა ნარკოტიკების მოხმარებისაგან, სამაგიეროდ მას შეუძლია გადაავადოს მოზარდის მიერ ნარკოტიკული საშუალების მოხმარების დაწყება (გვიან სინჯავს) და ეხმარება მოზარდს არ დაფიქსირდეს ამ მავნე ქცევაზე (და მალევე ანებებს თავს). ამავ დროს, ჩვენ კარგად ვაცნობიერებთ, რომ საკონტროლო ჯგუფი³⁹ რომ გვყოლოდა შედარებისათვის, მაშინ ჩვენი შეხედულება განხორციელებული სამუშაოს ეფექტურობის თაობაზე სამეცნიერო მტკიცებულებით დასაბუთებული იქნებოდა.

მეოთხე შეკითხვის პასუხები რომ დავაჯამოთ, შემდეგი სურათია: ახალგაზრდების აზრით, სასურველია პრევენციული მუშაობა დაიწყოს უკვე მეხუთე-მეექვსე კლასიდან. ეს რეკომენდაცია ეთანხმება წიგნის პირველ ნაწილში მოტანილ მეცნიერულ მტკიცებულებებს იმის თაობაზე, რომ ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენცია ბავშვის განვითარების ლატენცურ ხანაში უნდა დაიწყოს. ეს, აგრეთვე, ეროვნულ სასწავლო გეგმაში (და, შესაბამისად, სასკოლო სწავლებაში) ცხოვრების ჯანსაღი სტილისა და ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენ-

39 ჩარევის ეფექტის სამეცნიერო დასაბუთებისათვის საჭიროა სპეციალური კვლევა, რომელშიაც შემადგენლობითა და შერჩევის პრინციპით ჩარევის მოსარგებლეთა ჯგუფის ანალოგიური, ე.წ. საკონტროლო ჯგუფიც ჩაერთვება. საკონტროლო ჯგუფს ჩარევა არ ჩაუტარდება; მოსარგებლეთა ჯგუფთან ჩარევის განხორციელებამდე და განხორციელების შემდგომ შეფასდება ორივე ჯგუფის მდგომარეობა. იმ შემთხვევაში, თუ ჩარევა ეფექტურია, მოსარგებლეთა მდგომარეობა საკვლევი პარამეტრის თვალსაზრისით იქნება უკეთესი, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფისა.

ციის ჩართვის საჭიროებას გვაჩვენებს.

აქვე, პროექტის მონაწილეების მიერ აღინიშნა, რომ პირველადი პრევენციის პარალელურად, აუცილებელია იმ მოსწავლეების დახმარებაც, ვინც უკვე ახორციელებს ნარკოტიკების მოხმარების ქცევას, რაც საფრთხით სამართლიანია და მათ მიერ პრობლემის კომპლექსურ ხედვაზე და მეორეული პრევენციის საჭიროების გაცნობიერებაზე მეტყველებს.

ბოლო შეკითხვაზე – გამოუშვებდნენ თუ არა თავიანთ შვილებს ამგვარ სწავლებაზე (ანუ, თვლიან თუ არა, რომ იგი მნიშვნელოვანია), ახალგაზრდებმა აღნიშნეს, რომ არა თუ გამოუშვებენ, არამედ თვითონაც წამოყვებიან – მხარდასაჭერად და პრობლემის წინააღმდეგ სათანამშრომლოდ.

ბოლოსიტყვა

როგორც წიგნში აღვწერეთ, იმისათვის, რომ მართებულად წარმართულმა პრევენციულმა საქმიანობამ შედეგი გამოიღოს, ათწლიანი პერსპექტივაა საჭირო. საქართველოში დღეს ნიადაგი მომზადებულია, რომ დაინერგოს ეს გრძელვადიანი, სისტემური, დაბალანსებული მიდგომა. არსებობს სკოლასთან, პედაგოგებთან და მოსწავლეებთან ეფექტური მუშაობის ალგორითმები. ჯერი ახლა სახელმწიფო ძალისხმევაზე მიდგა: საკითხის გარშემო არსებული ცოდნა და გამოცდილება პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნის საქმეში უნდა გაერთიანდეს.

ნარკომანიის პრობლემაზე მსჯელობისას ქართულ საზოგადოებას არა აქვს პანიკის საფუძველი (რომელიც, სამწუხაროდ, დღეს უკვე ჩვეულ რეაქციად იქცა). პანიკით, პანაცეის ძიებით, ჯადოსნური ჯოხით, დამსჯელობითი ღონისძიებებით, სენსაციების შექმნითა და სხვა სტიქიური თუ დაგეგმილი ფრაგმენტული ძალისხმევებით პრობლემას ვერ მოვუვლით. აქ აუცილებელია გეგმაზომიერი, დინჯი, გააზრებული, არსებულ საერთაშორისო და ადგილობრივ გამოცდილებასა და სამეცნიერო მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ეროვნული მასშტაბის მიდგომა, რომელიც ადგილობრივი თვითმმართველობის რესურსებს (კლასის, სკოლის, სამეზობლოო თემის, რაიონის, ქალაქის/დაბის/სოფლის და ა.შ.) ეფექტურად ჩართავს და აამოქმედებს.

ლიტერატურა:

1. აბზიანიძე მ., აღაპიშვილი ნ., კანდელაკი მ., მეზერიშვილი თ, ჭარელიშვილი თ, ჯიბლაშვილი ნ. (2009). თუ ბავშვი... თბილისი.
2. აივსი რ. (2009). ნარკოტიკების პრევენციასთან დაკავშირებული ეფექტური გამოცდილება. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა, თბილისი: საუნჯე.
3. აღადაშვილი ვ., კანდელაკი გ. (1980). რა ზიანი მოაქვს თამბაქოს ნევას. თბილისი.
4. გეგელაშვილი მ., ჯალიაშვილი თ., ვორისეკი ი. (2007). ბავშვთა და მოზარდთა ქცევითი პრობლემები: საქართველოს ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლაში ჩატარებული კვლევის შედეგები, თბილისი: ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი.
5. ვადაჭკორია დ. (2000). ცენტრალური ნერვული სისტემის სტიმულატორები; ჰალუცინოგენები. გ. ლეჟავა (რედ). ნარკოლოგია. თბილისი.
6. ზაბრანსკი თ. (2006). პრევენტაცია საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიური სტანდარტების თაობაზე. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ეპიდემიოლოგიური ტრენინგი. თბილისი.
7. თოდაძე ხ., კავთიაშვილი ე., ხინთიბიძე ქ. (2008). საქართველოში ნარკოლოგიური მკურნალობის შეფასება. თბილისი, ღია საზოგადოების ინსტიტუტი, კანადის განვითარების სააგენტო.
8. თოდაძე ხ., (2000). კანაბისი. გ. ლეჟავა (რედ). ნარკოლოგია. თბილისი.
9. თოდაძე ხ. (2000). აქროლადი გამხსნელები. გ. ლეჟავა (რედ). ნარკოლოგია. თბილისი.
10. თოდაძე ხ. (2000). ოპიოიდები. გ. ლეჟავა (რედ). ნარკოლოგია. თბილისი.
11. ლეჟავა გ. (2003). ნარკომანია, ფენომენის ანალიზი. თბილისი.
12. მენქიუ გ. (2000). ეკონომიკის პრინციპები, გამომცემლობა დიოგენე, თბილისი.
13. მრავაჩიკ ვ. (2005). ნარკოტიკული საშუალებების ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილიანობა, ჩეხეთის გამოცდილება. პრევენტაცია სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის სემინარზე.

14. ნადირაშვილი შ., ბალიაშვილი მ. (1985). ალკოჰოლი და პიროვნება. გამომცემლობა მეცნიერება. თბილისი.
15. ოთიაშვილი დ., ზაბრანსკი ტ., კირთაძე ი., ფირალიშვილი გ., ჭავჭავანიძე მ, მიოვსკი მ. (2008). ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორების ინექციური მოხმარება საქართველოში, საპილოტე გამოკვლევა. კვლევის გამოუქვეყნებელი ანგარიში, წარდგენილი კონფერენციაზე the First global Methamphetamine Conference, პრაღა.
16. სარჯველაძე ნ., ბებერაშვილი ზ., ჯავახიშვილი ჯ., მახაშვილი ნ., სარჯველაძე ნა. (2000). ტრავმა და ფსიქოლოგიური დახმარება. თბილისი.
17. საძაგლიშვილი შ. (2007). მოზარდებში მავნე ჩვევების კვლევის ანგარიში. თბილისი. საქართველოს მეცნიერებისა და განათლების სამინისტრო.
18. სირბილაძე თ., ჯავახიშვილი მ., კავთიაშვილი ე., თოდაძე ხ., მიქაძე ი., ბერუჩაშვილი მ., კანდელაკი ნ., მეიფარიანი თ., დოხნაძე ნ. (2006). ნარკოკმანის პირველადი პრევენცია საჯარო სკოლებში. თბილისი: სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა.
19. სირბილაძე თ. (რედ), ბარათაშვილი პ., ბარამიძე ლ., ზაქარაშვილი თ., თოდაძე ხ., მაჭავარიანი მ., ნადაშვილი ნ., ციციშვილი დ., ჯავახიშვილი დ.ჯ. (2006) საქართველოს ანტინარკოტიკული სტრატეგია. თბილისი. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო.
20. ჩირიკაშვილი ნ., უშარიძე დ. პეტრიაშვილი თ., ბიძინაშვილი ქ., წურწუმია ზ. (2008). საქართველოში ნარკოლოგიური მკურნალობის შეფასება. ღია საზოგადოების ინსტიტუტი. კანადის განვითარების სააგენტო.
21. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2003). მაქს ნიფის საბაზო მოთხოვნილებათა თეორია და მისი ჰუმანისტური პოტენციალი. ადამიანის საბაზო მოთხოვნილებები და ინსტიტუციური განვითარება საქართველოში. ადამიანის რესურსების განვითარების ფონდი. თბილისი.
22. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2000). წამალდამოკიდებულების ეტიოლოგიის ფსიქოლოგიური, სოციალური და პიროვნების განვითარებასთან დაკავშირებული ფაქტორები. ლეჟავა, გ. (რედ). ნარკოლოგია. თბილისი.
23. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2000). წამალდამოკიდებულების ფსიქოდი-აგნოსტიკა, ფსიქოთერაპია და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია. ლეჟავა, გ. (რედ). ნარკოლოგია. თბილისი.

24. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2007). ნარკომანიის პრევენცია საზოგადოებრივ დონეზე, რეკომენდაციები. საქართველოს ანტინარკოტიკული კოალიცია და გერმანიის საელჩო. გამომცემლობა რეზონი. თბილისი.
25. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2007). ნარკომანიის ანი და ბანი: პასუხები ხშირად დასმულ შეკითხვებზე. საქართველოს ანტინარკოტიკული კოალიცია და გერმანიის საელჩო. გამომცემლობა რეზონი. თბილისი.
26. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2009). ნარკომანიის პიროვნული, სოციალური, გენდერული და ასაკობრივი ფაქტორები. ნადირაშვილი, დ. (რედ). ნარკომანიის პრევენციის ფსიქოლოგიურ-სოციალური საფუძვლები. თბილისი.
27. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ., სტურუა, ლ. (რედ-ები), (2009). ნარკოვითარება საქართველოში, წლიური ანგარიში – 2008, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა. გამომცემლობა საუნჯე. თბილისი.
28. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ. (2009). მედია და ნარკომანიის პრობლემის პრევენცია, სახელმძღვანელო პრინციპები. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა. გამომცემლობა რეზონი. თბილისი.
- 29ა. ჯავახიშვილი (დ.) ჯ., ოთიაშვილი, დ., ტაბატძე, მ., სიკო-ბერგენი, დ. (რედ) (2016). ნარკოვითარება საქართველოში, 2014.
29. ჭავჭავაძე მ. (2009). ნარკომანია, როგორც მოვლენა და დაავადება. ნადირაშვილი, დ. (რედ), ნარკომანიის პრევენციის ფსიქოლოგიურ-სოციალური საფუძვლები. თბილისი.
30. Адлер А. (1997). Наука Жить. Киев: Port Royal.
31. Горбатенко Л. и Др., (2003). Эффективные программы превенции наркомании. Ростов На Дону: Феникс.
32. Бейтсон Г.(2000). Экология разума. Москва: Смысл.
33. Витакер К., Бамбар, У. (1997). Танцы с семьей. Москва: Класс.
34. Гриндер Дж., Бендлер Р. (1995). Структура Магии. Москва: Класс.
35. Бендлер Р., Гриндер Дж. (1995). Рефрейминг. Воронеж: Модек.
36. Бендлер Р., Гриндер Дж. (1995). Из лягушек в принцы. Воронеж: Модек.
37. Дилтс Р. (1997). Изменение убеждений с помощью НЛП. Москва: Класс.
38. Зимбардо Ф., Ляйппе М. (2000). Социальное влияние. Санкт-Петербург: Питер.
39. Крюгер РА, Кейси МЭ. (2003). Фокус Группы: практическое руководство. Москва-Санкт-Петербург-Киев.

40. Левин К. (2000). Теория поля в социальных науках. Санкт-Петербург: Речь.
41. Леонгард К. (1989). Акцентуации личности. Москва: Феникс.
42. Личко А., Битенский В. (1991). Подростковая наркология. Ленинград: Медицина.
43. Майерс Д. (1997). Социальная Психология. Санкт-Петербург: Питер.
44. Франкл В. (1990). Человек в поисках смысла. Москва: Прогрес.
45. Фрейд З. (1991). Психоаналитические этюды. Минск: Беларусь.
46. Фрейд З. (1990). Психология Бессознательного. Москва: Просвещение.
47. Фрейд З. (2004). По ту сторону принципа удовольствия. Минск: Харвест.
48. Фром, Э. (2005). Москва: Аст, Минск: Харвест.
49. Фром Э. (2004). Искусство любить. Санкт-Петербург: Азбука-Классика.
50. Фестингер Л. (1999). Теория когнитивного диссонанса. Санкт-Петербург: Ювента.
51. Ранк О. (2004). Травма рождения. Москва: Аграф.
52. Реана А. (ред.). (2003). Психология детства. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак.
53. Роджерс К. (2001). Взгляд на психотерапию: становление человека. Москва: Прогресс.
54. Роджерс К. (2002). Становление личности. Искусство консультирования. Москва: Эксмо.
55. Роджерс К. (1987). Личные размышления относительно преподавания и учения. Открытое образование, 5-6.
56. Сарджвеладзе Н. (1989). Личность и ее взаимодействие с социальной средой. Тбилиси: Мецниереба.
57. Шнейдер Л. (2005). Девиантное поведение детей и подростков. Москва: Трикта.
58. Сарджвеладзе Но., Беберашвили З., Джавахишвили Дж., Махашвили Н., Сарджвеладзе На. (2006). Травма и психологическая помощь. Москва: Смысл.
59. Хьелл Л., Зиглер Д. (1997). Теории личности. Санкт-Петербург: Питер.
60. Эриксон Э. (1996). Идентичность, юность и кризис. Москва: Прогресс.

61. Ялом И. (1999). Экзистенциальная психотерапия. Москва: Класс.
62. Adelekan ML.(1994). Substance use in special schools for children with emotional and behavioral difficulties in lancashire, UK: A comparative analysis. *Drugs: education, prevention and policy*, 1 (3), 299 – 307.
63. Anderson M., Brown T., Collier D. et al. (2004). School Drug Policy Review Process. BLUEPRINT PROGRAMME. Crown.
64. Apollonio DE, Lopipero P., and Bero LA. (2007). Participation and argument in legislative debate on statewide smoking restrictions. *Health Research Policy and Systems*. 5:12.
65. Bandura A.(1990). Conclusion: Reflections on Non-ability Determinants in Competence. In Sternberg R.J.& Kolligan J. (eds), *Competence Considerable*. London: Yale University Press.
66. Baramidze L., Sturua L. (2009) The Alcohol and Other Drug Use in Georgian Students, Pilot Study Rigorously Following Criteria of European School Project on alcohol and Other Drug. Tbilisi: South Caucasus Anti Drug Programme.
67. Beck A., Wright F., Newman C., Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. The Guilford Press. New York, London.
68. Bloomquist ML. (1996). *Skills Training for Children with Behavior Disorders: A Parent and Therapist Guidebook*. The Guilford Press. New York, London.
69. Berg J.W., Appelbaum P.S., Parker L.S., Lidz Ch.W. (2001). *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice* Oxford University Press.
70. Botvin G. & Resnicow K. (1993). School Based Prevention Programs: Why Do Effects Decay?. *Preventive Medicine* 22, no.4.
71. Brown J.H. & Horowitz J.E. (1993). Deviance and Deviants: Why Adolescent Substance Use Prevention Programs Do Not Work. *Evaluation Reviwe* 17, no.5.
72. *Changing Behavior: A Public Policy Perspective*. (2007). Commonwealth of Australia.
73. Carter S. et al. (2007). *Parents Getting a Head Start Against Drugs: Trainers Guide*. DHHS Publication.
74. Chaloupka FJ., Warner KE, et al. 2000. The Taxation of Tobacco Products. In *Tobacco Control in Developing Countries*, ed. P. Jha and F. J. Chaloupka. New York, NY: Oxford University Press.

75. Cragg A. The Two Sides of Fear. (1994). Druglink. Institute for the Study of Drug Dependence.
76. D'Amico EJ., Edelen MO., Miles J, Andrew RM. (2008). The Longitudinal Association Between Substance Use and Delinquency among High-risk Youth. *Drug and Alcohol Dependence, An International Journal on Biomedical and Psychosocial Approaches*, 93.
77. D'Amico EJ., McCarthy DM. (2006). Escalation and Initiation of Younger Adolescents' Substance Use: the Impact of Perceived Peer Use. *Journal of Adolescents Health*, 39.
78. D'Amico E., et al. (2005). Processes Linking Adolescent Problems to Substance Use Problems in Late Young Adulthood. *Journal of Studies on alcohol*, 66.
79. De Wit D., McKee Ch., Fjeld J., Karioja, K. (2003). The Critical Role of School Culture in Student Success. *Centre for Addiction and Mental Health*.
80. Doherton EE., Green KM., Ensminger ME. (2008). Investigating the Long-term Influence of Adolescent Delinquency on Drug Use intention. *Drug and Alcohol Dependence, An International Journal on Biomedical and Psychosocial Approaches*, 93.
81. Elkashef A, Vocci, F. (2004) Biological markers of cocaine addiction: implications for medications development in *Addiction Biology*. Volume 8, Issue 2. Pages 123–257.
82. Englund M., Egeland B., Oliva E., Collins AW. (2008). Childhood and adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in early adulthood: a longitudinal developmental analysis. In: *Wiley online library, ADDICTION*, vol.103, pp.23 – 35, May, 2008.
83. Fichtenberg CM., and Glantz CA. 2002. Effect of Smoke-Free Workplaces on Smoking Behaviour: Systematic Review. *British Medical Journal* 325: 188–194.
84. Fisher LA, Elias JW, Ritz K. (1998). Predicting Relapse to Substance Abuse as a Function of Personality Dimension. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (5), 1041 – 1047.
85. Fleischhacker, W.W and Brooks, D.J. (2003). *Addiction. Mechanisms, phenomenology and Treatment*, Springer-Verlag/Wienn, 187.
86. Javakhishvili J. (2001). Victims of war: psychological problems of displaced people, in: *Prevention and control of aggression and the impact on*

its victims, ed: Martinez M., Kluwer Academic/Plenum Publishers.

87. Johnsen H. B. (2005). *Towards Inclusion: Socio-Emotional Growth and Development of Learning Strategies*. Oslo Academic Press.
88. Gao Y, Glenn AL, Schug RA, Yang Y, Raine A.(2009). The neurobiology of psychopathy: a neurodevelopmental perspective. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 813-23.
89. Goldstein A.P., Glick B., Gibbs J. (1998). *Aggression Replacement Training: A Comprehensive Intervention for Aggressive Youth*. McNaughton & Gunn, Inc. United States of America.
90. Golub A., Johnson BD. Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations. *American Journal of Public Health*, 2001, 91 (2), 225-32.
91. Grey JA. Muir. (2001). *Evidence Based Healthcare. How to make health policy and management decisions*. Churchill, Livingstone; Harcourt Publishers Limited.
92. Hundleby JD. (1986). *Personality and the Prediction of Delinquency and Drug Use: A Follow-up Study of Training School Boys*. *The British Journal of Criminology*, 26 (2): 129-146.
93. *Involving Children and Young People in Dugr Education* (2006). The Drug Education Forum.
94. Jane L. Ireland JL., Brown SL., Ballarini S. (2006). Maladaptive personality traits, coping styles and psychological distress: A study of adult male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 41/3: 561-573.
95. Kahler CW. et al. (2008). Cigarette Smoking and Lifetime Alcohol Involvement Continuum. *Drug and Alcohol Dependence, An International Journal on Biomedical and Psychosocial Approaches*, 93.
96. Kariouz S., Gliksman L., Demers A., Adlaf, E.M. (2002). For All these Reasons. . I do Drink: A Multilevel Analysis of Contextual Reasons for Drinking among Canadian Undergraduates. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (5).
97. Kawachi I., Subramanian SV., Kim D. (2008). *Social Capital and Health*. Boston.
98. Keup W. (1972). *Compulsory Education – A Cause of Drug Ediction*. Springfield.

99. Kenneth S. Kendler, M.D., Kristen C. Jacobson, Ph.D., Carol A. Prescott, Ph.D., and Michael C. Neale, Ph.D. (2003) Specificity of Genetic and Environmental Risk Factors for Use and Abuse/Dependence of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants, and Opiates in Male Twins. *Am J Psychiatry* 160:687-695.
100. King A. (2004). Advice for Teachers on Delivering Drug Education. Drug Education Forum.
101. Kirby et al. (2003). Building a Culture of Participation: involving children and young people in drug policy, service planning, delivery and evaluation. DfES.
102. Kirkcaldy BD., Siefen G., Surall D., Bischoff RJ. (2003). Predictors of Drug and Alcohol Abuse among Children and Adolescents. *Psychotherapy and Consulting*. Cupertino, CA, USA.
103. Kohlberg L, Levine Ch., Hewer A. (1983). Moral stages: a current formulation and a response to critics. Basel, NY: Karger.
104. Kozel N., Sloboda Z., Rosa M. (1995). Epidemiology of Inhalant Abuse: An International Perspective. NIDA Research Monograph 148.
105. Krueger RF., Hicks BM., Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG., McGue M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology* 111:411-424.
106. Legrand L, Iacono W, McGue M. (2005). Predicting Addiction: Behavioral genetics uses twins and time to decipher the origins of addiction and learn who is most vulnerable. In: *American Scientist*, 93, 140-147.
107. Lynskey MT, Vink JM, Boomsma DI (2006). Early onset cannabis use and progression to other drug use in a sample of Dutch twins. *Behavior Genetics* 36 (2): 195–200.
108. Lindstrom M. (2005). Price Restrictions and Other Restrictions on Alcohol Availability in Denmark and Sweden: A Historical Perspective with Implications for the Current Debate. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33.
109. Makhashvili N., Javakhishvili J, (2005). Overcoming Trauma: Special Focus on Support in School Setting, in: Johnsen, H.B. (ed), *Socio-Emotional Growth and Development of Learning Strategies*, Anthology. University of Oslo, Oslo Academic Press, pp.204-214.

110. Makhashvili N. (ed), Javakhishvili J., Agapishvili N., Kvavilashvili N., Pilauri K. (2009). Mental Health and Psycho-Social Needs of War-Affected Population of Georgia, Analytical Report. Georgian Mental Health Coalition, Tbilisi.
111. Marlatt GA., Gordon JR. (editors). (1985). Relapse Prevention: maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours. The Guilford Press. New York, London.
112. Martin EG., Warner KE., Lantz PM. (2004). Tobacco Harm Reduction: What do the Experts Think? IN: Tobacco Control, 2004, 13, 123 – 128.
113. Max-Neef M. et al. (1991). Human Scale Development. New York: The Apex Press.
114. Melnik G., Wexler HK., Cleland MC. (2008). Client Consensus on Beliefs about Abstinence: Effects on Substance Abuse Treatment Outcomes. Drug and Alcohol Dependence, An International Journal on Biomedical and Psychosocial Approaches, 93.
115. Madton, S., Gyll, M., Spoth, R., Willard, J. (2004). Self Fulfilling Prophecies. The Synergic Accumulative Effect of Parents Believes on Children's Drinking Behavior. Psychological Science, volume 15, no 12.
116. National Institute on Drug Abuse. (2003). Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Second Edition, (NIDA).
117. Nimmo SM., Kennedy, BW., Tullett WM., Blyth AS., Dougall JR. (1993). Drug-induced hyperthermia. Anaesthesia 48 (10): 892–5.
118. Quadrel M.J., Fischhoff B., Davis W. (1993). Adolescent (in) Vulnerability, American Psychologist 48, no.2.
119. Palm R., Zabransky T. (2001). Copernicus Project “Global Approach on Drugs”, Practical Outcomes.
120. Ponton L. (1997). The Romancing of Risk: Why Teenagers Do the Things They Do. New Yourk: Basics Books.
121. Rosenbaum M. (2007). Safety First: a Reality-Based Approach to Teens and Drugs. San Fransisco. Drug Policy Alliance.
122. Ross L., Nisbett RE. (1991). The Person and the Situation. Perspectives of Social Psychology. New York: McGraw-Hill, Inc.
123. Raine A, Yang Y. (2006). Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. In: Social Cognitive & Affective Neuroscience, 2006, 1 (3). 203-13.

124. Saffer H. (1991). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: an international perspective. *Health Econ* 10 (1): 65-79.
125. Sartorius N.(2003). Social Capital and Mental Health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16.
126. Satir V, Bandler R, Grinder J. (1976). *Changing with families: a book about further education for being human*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
127. Semlitz L., Gold MS. (1986). *Adolescents Drug Abuse: Diagnosis, Treatment and Prevention*. North America.
128. Sharp W. (1992). *Mad at the ads: A citizen's guide to challenging alcohol advertising practices*. Washington, DC: Center for Science in the Public Interest.
129. Shirtcliff EA, Vitacco MJ, Graf AR, Gostisha AJ, Merz JL, Zahn-Waxler C. (2009). Neurobiology of empathy and callousness: implications for the development of antisocial behavior. In: *Behavioral Sciences and The Law*. 27 (2), 137-71.
130. Smith D. (1998). *Inclusion: Schools for All Students*. An International Thompson Publishing Company.
131. Strzeszynski L, Cahill K. (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults (Review). *The Cochrane Library*, 1.
132. Swendsen JD., Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR. (2002). Are Personality Traits Familial Risk Factors for Substance Use Disorders? Results of a Controlled Family Study. *American Journal of Psychiatry*, 159: 1760-1766.
133. Szalwitz M. (2005). *Alcohol and Advertising. Understanding Alcohol Abuse*. STATS, George, Mason University.
134. Tarter RE, Vanyukov M, Kirisci L, Reynolds M, Clark DB (2006). "Predictors of marijuana use in adolescents before and after licit drug use: examination of the gateway hypothesis". *The American Journal of Psychiatry* 163 (12): 2134–40.
135. U.S. Department of Health and Human Services (1989). *Report on Public Health*.
136. Valente T.W., Gallaher P., Mouttapa M. (2004). Using Social Networks to Understand and Prevent Substance Use: A Transdisciplinary Perspective. *Substance Use & Misuse*, 39.
137. Walden B., McGue M, Iacono WG, Burt SA and Elkins I. (2004). Identifying shared environmental contributions to early substance use: The respective

roles of peers and parents. *Journal of Abnormal Psychology* 113:440-450.

138. Wang C.E, Huch MH. (2000). Protecting human research subjects: an international perspective, *Nurs Sci Q.* 2000 Oct;13(4):293-8.
139. Warner KE. (2005). Tobacco Policies in The United States: Lessons Learned for the Obesity Epidemics. In: Policy Challenges in Modern Health Care, Rutgers University Press.

ანგარიშები:

140. ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარების შემსწავლელი ევროპული სასკოლო კვლევა **ESPAD 2015 (2016)**. დკ-სჯეც
141. Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta, GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. (www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bpcitation.htm).
142. Chronic Disease Reports: Death from Lung Cancer, United States, 1986. CDC MMWR. (1989), July, 1989, 38/29, 501-505. (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001705.htm>)
143. Report on Carcinogens, Eleven Edition; Environment Tobacco Smoke (<http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleventh/profiles/s176toba.pdf>)
144. World Drug Report 2014. (2016). United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Vienna (https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)

ვებ რესურსები:

144. <http://www.bemonidrug.org.ge/geo>
145. www.lifeskillstraining.com
146. www.nida.nih.gov/students.html
147. <http://teens.drugabuse.gov/index.php>
148. www.drugeducationforum.com
149. www.mentorfoundation.org
150. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>
151. http://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html
152. http://www.parliament.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=69&kan_det=det&kan_id=276
153. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf

ჯ. ჯავახიშვილი

**ნარკოტიკების
ავადმოსმარების
პრევენცია**

**თბილისი
2017**



ჯანა ჯავახიშვილი: ფსიქოლოგი, ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების სფეროში მუშაობს 1990 წლიდან - ჯერ როგორც ფსიქოთერაპევტი, შემდგომ როგორც ნარკოტიკებზე ინფორმაციის ეროვნული კოორდინატორი, შემდგომ როგორც ევროკავშირისა და გაეროს სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ექსპერტი ინფორმაციისა და პრევენციის დარგში. 1999-2000

წელს კოლეგებთან ერთად დაწერა ნარკოლოგიის პირველი ქართული სახელმძღვანელო, კერძოდ, წამალდამოკიდებულების ფსიქო-სოციალური ეტიოლოგიის, ფსიქოდიagnოსტიკის, ფსიქოთერაპიისა და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის თავები. მას მერე არის 18 სამეცნიერო წიგნის თანაავტორი ქართულ, რუსულ და ინგლისურ ენებზე (გამოცემულის, შესაბამისად, საქართველოში, რუსეთში, ნორვეგიაში, ინგლისსა და ამერიკაში), 9 წიგნის სამეცნიერო რედაქტორი. ამჟამად მუშაობს ფონდში გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი, რომელიც ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმას უწყობს ხელს.