

არაგადამდებ დაავადებათა რისკის  
ფაქტორების კვლევა

2010

---

[www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge)

**ანგარიში მოამზადეს:**

ლელა სტურუა

ნატა ავალიანი

ლევან ბარამიძე

კახა ღვინიაძე

ნია გიუაშვილი

მაია შიშნიაშვილი

მარინა თოფურიძე

დალი ტრაპაიძე

ზაალ მერაბიშვილი

ლია სხირტლაძე

ნანა მეზონია

რობინზონ წიკლაური

ლია მგალობლიშვილი

ნანა წინაშვილი

ფიქრია ნემსაძე

**სარჩევი**

ცხრილები	5
დიაგრამები	5
წინათქმა	7
მადლობები	8
რეზიუმე	9
თავი 1 შესავალი	13
არაგადამდები დაავადებების მსოფლიო ტენდენციები	13
არაგადამდები დაავადებების ტენდენციები საქართველოში	14
კვლევის მიზანი	18
კვლევის ამოცანები	18
თავი 2 კვლევის მეთოდოლოგია	19
კვლევის არეალი	19
სასწავლო სემინარი, ინტერვიუერებისა და ლაბორანტების შერჩევა	20
კვლევის ინვენტარი	20
საველე სამუშაოები	21
კითხვარის შევსების მეთოდიკა	21
მონაცემთა მართვა და ანალიზი	21
ხარისხის კონტროლი	22
შეზღუდვები	24
თავი 3 კვლევის შედეგები	25
სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები	25
კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი	25
სქესი და ასაკი	25
ოჯახური მდგომარეობა	25
განათლება	26
დასაქმება	26
ოჯახის შემოსავალი	27
ქცევითი რისკ-ფაქტორები(STEP 1)	27
თამბაქოს მოხმარება	27
ამჟამად მწეველები	27
ყოფილი მწეველები	30
მოწევის შეწყვეტის მცდელობა	32
ალკოჰოლის მოხმარება	32
ალკოჰოლის მოხმარება მთელი ცხოვრების განმავლობაში	32
ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირე და რაოდენობა	34
ალკოჰოლის მიღება კატეგორიების მიხედვით	35
კვება	36
დღეში საკვების მიღების ჯერადობა	36
საკვები პროდუქტების მოხმარების ზოგადი სტრუქტურა	36
ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და/ან ბოსტნეულის მოხმარება	38
დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი	
ცხიმების მოხმარება	39
კვება სახლის გარეთ	39
საკვები პროდუქტების მოხმარება რეგიონებში	40
ფიზიკური აქტივობა	40
დღეში სხვადასხვა საქმიანობისას ფიზიკური აქტივობაში	42
დახარჯული დრო	
ძლიერი ფიზიკური აქტივობა	43
კლინიკური ანამნეზი	43
ჰიპერტენზიის ანამნეზი	43
დიაბეტის ანამნეზი	48
სხვა დაავადებების ანამნეზი	50

ექიმთან ვიზიტი	51
თვითმკურნალობა	52
ოჯახში დაავადებების ისტორია	53
პირის ღრუს ჯანმრთელობა	54
ბუნებრივი კბილები	54
პროთეზი	55
კბილის ტკივილი და დისკომფორტი	55
ვიზიტი სტომატოლოგთან	56
პირის ღრუს ჰიგიენის საშუალებები	56
კბილების ცუდი მდგომარეობით გამოწვეული პრობლემები	56
ფიზიკური განზომილებები(STEP 2)	57
არტერიული წნევა და გულისცემა	57
ანთროპომეტრული მაჩვენებლები	59
ბიოქიმიური განზომილებები(STEP 3)	61
გლუკოზა	61
ქოლესტეროლი	61
ტრიგლიცერიდები	62
კომბინირებული რისკი	62
თავი 4 დასკვნები	65
გამოყენებული ლიტერატურა	67

## ცხრილები

ცხრილი 1. შერჩეული კლასტერების გადანაწილება სტრატეგში	20
ცხრილი 2. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ამჯამად მწვევლობის სტატუსის, სქესისა და ასაკის მიხედვით	28
ცხრილი 3. მწვევლობის ხანგრძლივობა წლების, სქესისა და ასაკის მიხედვით	30
ცხრილი 4. ყოფილი მწვევლების (რომლებმაც გამოიყენეს რაიმე ტიპის სახმარება) განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით	31
ცხრილი 5. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში მოწვევის შეწყვეტის მცდელობები ამჯამად მწვევლებს შორის სქესისა და ასაკის მიხედვით	32
ცხრილი 6. ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში	33
ცხრილი 7. ალკოჰოლური სასმელის მიღების სიხშირე სქესისა და ასაკის მიხედვით	35
ცხრილი 8. ერთ ჯერზე მიღებული სტანდარტული ალკოჰოლური სასმელის რაოდენობა სქესისა და ასაკის მიხედვით	35
ცხრილი 9. სუფთა ალკოჰოლის მოხმარებელთა განაწილება კატეგორიებად ბოლო 30 დღის განმავლობაში მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობის მიხედვით სქესისა და ასაკის მიხედვით	36
ცხრილი 10. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ფიზიკური აქტივობის დონეების, სქესის და ასაკის მიხედვით	41
ცხრილი 11. რესპონდენტთა შორის ძლიერი ფიზიკური აქტივობის არმქონეთა წილი სქესის და ასაკის მიხედვით	43
ცხრილი 12. რესპონდენტების პროცენტული განაწილება ბუნებრივი კბილების რაოდენობის და ასაკის მიხედვით	54
ცხრილი 13. გულისცემის საშუალო მაჩვენებელი სქესის და ასაკის მიხედვით	59

**დიაგრამები**

დიაგრამა 1, პროპორციული სიკვდილობა, საქართველო, 2008	14
დიაგრამა 2. 10 ძირითადი დაავადების წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002	15
დიაგრამა 3. 10 ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002	16
დიაგრამა 4. რესპირატორული დაავადებები GARD პილოტური კვლევისა და ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით	17
დიაგრამა 5. მწვეელობის სტატუსი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით	28
დიაგრამა 6. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება მწვეელობის სტატუსის მიხედვით	29
დიაგრამა 7. ყოფილი მწვეელების პროცენტული განაწილება ასაკის და სქესის მიხედვით	31
დიაგრამა 8. ალკოჰოლის მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში ასაკის და სქესის მიხედვით	33
დიაგრამა 9. ალკოჰოლის მიღების სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სქესის მიხედვით	34
დიაგრამა 10. დღის პირობითი მენიუს გასაშუალოებული შემადგენლობა მოხმარებული პროდუქტების ულუფების რაოდენობის მიხედვით	37
დიაგრამა 11. დიეტური რისკი სქესის მიხედვით	38
დიაგრამა 12. დიეტური რისკი სქესისა და ასაკის მიხედვით	38
დიაგრამა 13. საკვების მოსამზადებლად ყველაზე ხშირად გამოყენებული ცხიმი	39
დიაგრამა 14. დღის პირობითი მენიუს გასაშუალოებული შემადგენლობა მოხმარებული პროდუქტების ულუფების რაოდენობის მიხედვით	39
დიაგრამა 15. სხვადასხვა ფიზიკურ აქტივობაზე ტიპური დღის განმავლობაში დახარჯული წუთების საშუალო რაოდენობა სქესის მიხედვით	42
დიაგრამა 16. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის მიხედვით	44
დიაგრამა 17. მამაკაც რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის მიხედვით	44
დიაგრამა 18. ქალ რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის მიხედვით	45
დიაგრამა 19. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის და ასაკის მიხედვით	45
დიაგრამა 20. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში მომატებული წნევის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალებების მიხედვით	46
დიაგრამა 21. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში მომატებული წნევის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალებების გამოყენების და სქესის მიხედვით	47
დიაგრამა 22. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ გლუკოზის გაზომვის სტატუსის მიხედვით	48
დიაგრამა 23. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში ჰიპერგლიკემიის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალებების მიხედვით	49
დიაგრამა 24. ანამნეზში სისხლში შაქრის მომატებული დონის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალების მიღების და სქესის მიხედვით	50
დიაგრამა 25. ანამნეზში სისხლში შაქრის მომატებული დონის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალების მიღების და სქესის მიხედვით	51
დიაგრამა 26. ექიმთან ვიზიტების სტრუქტურა ასაკის და სქესის მიხედვით	51
დიაგრამა 27. ექიმთან ვიზიტების სტრუქტურა ვიზიტის მიზეზების და სქესის მიხედვით	52

დიაგრამა 28. სისხლით ნათესავების ანამნეზში დაავადებების გავრცელება	53
დიაგრამა 29. რესპონდენტების პროცენტული განაწილება ასაკის მიხედვით, რომელთაც თვითშეფასებით აქვთ კბილებისა და ღრძილების ცუდი ან ძალიან ცუდი მდგომარეობა	55
დიაგრამა 30. რესპონდენტების პროცენტული განაწილება პროთეზის გამოყენების, სქესის და ასაკის მიხედვით	55
დიაგრამა 31. კბილების ცუდი მდგომარეობით გამოწვეული პრობლემები	56
დიაგრამა 32. სისხლის წნევის ციფრები სქესისა და ასაკის მიხედვით	57
დიაგრამა 33. ჰიპერტენზიის გავრცელება სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით	58
დიაგრამა 34. სხეულის მასის ინდექსი ასაკის მიხედვით	60
დიაგრამა 35. სხეულის მასის ინდექსი დღის განმავლობაში პირობითი მენიუს შემადგენლობა მოხმარებული პროდუქტების უფულების გასაშუალოებული რაოდენობის მიხედვით	60
დიაგრამა 36. ქცევითი რისკ-ფაქტორები	63
დიაგრამა 37. მამაკაც რესპონდენტთა განაწილება კომბინირებული რისკ-ფაქტორების ჯგუფების და ასაკის მიხედვით	64
დიაგრამა 38. ქალ რესპონდენტთა განაწილება კომბინირებული რისკ-ფაქტორების ჯგუფების და ასაკის მიხედვით	64

## წინათქმა

არაგადამდები დაავადებები, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, კიბო, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები განაპირობებს სიკვდილობის 63%-ს მთელ მსოფლიოში. ყოველწლიურად 36 მილიონი ადამიანი იღუპება არაგადამდები დაავადებებით, მათ შორის 9 მილიონი 60 წლამდე ასაკში, რაც დიდ სოციალურ-ეკონომიკურ ზიანს აყენებს თითოეულ ქვეყანას, განსაკუთრებით კი განვითარებად ქვეყნებს. საქართველოში სიკვდილობის 96% განპირობებულია არაგადამდები დაავადებებით და ტრავმებით, ხოლო სიკვდილობის მიზეზთა შორის 75% გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებია.

მიმდინარე წლის 19-20 სექტემბერს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შტაბ-ბინაში უმაღლესი დონის შეხვედრაზე ყურადღება გამახვილდა ორ მთავარ მოვლენაზე. პირველ მოვლენას წარმოადგენს, საერთაშორისო დონეზე სულ უფრო მზარდი გაცნობიერება იმისა, რომ არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილობა განაპირობებს პროდუქტიულობის დაქვეითებას, წარმოქმნის ბარიერებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისათვის და ხელს უწყობს მნიშვნელოვანი ხასიათის სოციალური პრობლემების წარმოშობას ქვეყნების უმრავლესობაში. მეორე მოვლენას წარმოადგენს ის, რომ დადასტურებულია არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილობის წინააღმდეგ მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა და წარმოადგენს საუკეთესო ინვესტიციას, მათ შორის ღარიბი ქვეყნებისათვის.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში უაღრესად მნიშვნელოვან ეტაპს წარმოადგენს არაგადამდები დაავადებების გამომწვევი რისკ-ფაქტორების შემსწავლელი კვლევის ჩატარება მთელ ქვეყანაში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული მეთოდოლოგიის გამოყენებით. აღნიშნული კვლევა საშუალებას გვაძლევს, არა მარტო შევაფასოთ არაგადამდები დაავადებების მხრივ არსებული ტენდენციები სტანდარტიზებული კითხვარებისა და პროტოკოლების მეშვეობით, არამედ შევუდაროთ ჩვენი მონაცემები სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებს. კვლევის ფარგლებში შესრულებული სამუშაოები კი საფუძვლად უნდა დაედოს არაგადამდები დაავადებების პროვენციისა და კონტროლის სტრატეგიისა და ეროვნული სამოქმედო გეგმის შემუშავებას, რათა განვსაზღვროთ არაგადამდები დაავადებების მართვის საქართველოს დღის წესრიგი.

დასასრულ, მადლობა მინდა გადავუხადო ჩვენს პარტნიორ საერთაშორისო და ადგილობრივ ორგანიზაციებს მხარდაჭერისათვის, ასევე, ყველა მკვლევარს გაწეული შრომისათვის.

## ნატა ავალიანი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი  
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის  
გენერალური დირექტორი

## მადლობები

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, კვლევის განხორციელებისათვის გაწეული ღვაწლისა და მხარდაჭერისათვის, გამოხატავს მადლიერებას ევროკავშირის მისიისადმი საქართველოში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისადმი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსადმი, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელი ცენტრისადმი, საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციისადმი „ექთს ჯორჯია“ და არასამთავრობო ორგანიზაციისადმი „საქართველოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და განათლების ფონდი“, აგრეთვე, საქართველოს ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების ხელმძღვანელებისა და მოხელეებისადმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებისა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსონალისადმი, რომლებიც უშუალოდ მონაწილეობდნენ და დახმარებას უწევდნენ მკვლევართა ჯუფებს.



## რეზიუმე

არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა ჩატარდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS (*STEP wise approach to NCD Surveillance - STEPS*) მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით.

კვლევის მიზანი იყო არაგადამდები დაავადებების ქცევითი და ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების გავრცელებისა და თავისებურებების შესწავლა საქართველოს მოსახლეობაში, რის მისაღწევად განხორციელდა საერთაშორისო სტანდარტიზებული მეთოდოლოგიის და ინსტრუმენტის დამუშავება და ადაპტირება საქართველოს პირობების და შეზღუდული რესურსების მდგომარეობის შესაბამისად, რამაც მოგვცა რელევანტური და სანდო მონაცემების მოპოვების საშუალება ეროვნულ დონეზე ხარჯთეფექტურად და დროის მოკლე მონაკვეთში, გაძლიერდა ორგანიზაციის შესაძლებლობები და ადამიანური რესურსები. მუშავდება არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორებზე ზედამხედველობის ეფექტური სისტემა.

კვლევა ჩატარდა 243 კლასტერში, განხორციელდა 7802 ვიზიტი, მათ შორის რეპრეზენტატიული აღმოჩნდა 6839 შინამეურნეობა, კვლევაში მონაწილეობა მიიღო საქართველოს 18-დან 64 წლამდე 6497-მა მოქალაქემ, პასუხის მაჩვენებელმა შეადგინა 95%. კვლევა განხორციელდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თბილისში და ქვეყნის 10 რეგიონში. საველე სამუშაოები მიმდინარეობდა 2010 წლის 4 აგვისტოდან 30 სექტემბრამდე.

კვლევის მონაცემთა შეკრება ხორციელდებოდა ჯიბის პერსონალური კომპიუტერით (Personal Digital Assistants – PDA). მიღებული მონაცემების ანალიზი მოხდა სტანდარტული ინდიკატორების შესაბამისად, ხოლო გაფართოებული შეკითხვებისათვის შემუშავდა დამატებითი ინდიკატორები. ანალიზისას განხორციელდა მონაცემთა შეწონვა, რათა კვლევის შედეგები რეპრეზენტატიული ყოფილიყო საქართველოს მასშტაბით შესაბამისი ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფებისათვის. მონაცემთა ბაზის საბოლოო ვერსია, შეწონვა და ანალიზის ძირითადი ნაწილი განხორციელდა ჯანმოს STEPS გუნდის მიერ სახელმძღვანელოს მიხედვით. მონაცემთა ანალიზი ჩატარდა EpiInfo-ში.

ამჟამად თამბაქოს რომელიმე პროდუქტს (მოსაწევს და უკვამლოს) მოიხმარს რესპოდენტთა 30.3% (მამაკაცების 55.5% და ქალების 4.8%). გამოკითხული რესპოდენტების 27.7% ამჟამად ყოველდღე მწეველია, რაც ამჟამად მწეველთა 91.2%-ს შეადგენს. თამბაქოს მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისშია (36.5%).

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება საკმაოდ მაღალია საქართველოში და 78.5%-ს შეადგენს. ეს მაჩვენებელი ძალზე მაღალია მამაკაცებში (90.3%). ალკოჰოლის მომხმარებელ ქალთა და მამაკაცთა თანაფარდობაა 1 : 3. ალკოჰოლს საერთოდ არ ღებულობს, საშუალოდ, ყოველი მე-5 რესპოდენტი. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ალკოჰოლის მომხმარების გავრცელებამ 22.5% შეადგინა, იგი სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება სქესისა და ასაკების მიხედვით. ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება გამოკითხვამდე ბოლო ერთი თვის მონაცემების მიხედვით 41.5%-ია. ის 2.5-ჯერ მაღალია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში ერთ ჯერზე მიღებული სასმელის პორციის მაქსიმალური რაოდენობა საკმაოდ მაღალი აღმოჩნდა მამაკაცებში (9.3); ქალები კი, საშუალოდ, 3 სტანდარტულ დოზაზე მეტს არ ღებულობდნენ.

რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობა (69.6%) საშუალოდ, დღიურად 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და ბოსტნეულს ღებულობს. რესპონდენტთა 5.6% საერთოდ არ იკვებება ხილითა და ბოსტნეულით. რესპონდენტთა 32.2% ხილისა და ბოსტნეულის საშუალოდ 1-2 ულუფას ღებულობს, თითქმის ამდენივე 3-4 ულუფას, ხოლო 5 და მეტ ულუფას ღებულობს გამოკითხულთა მხოლოდ 30.4%.

დაბალი ფიზიკური აქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი 21.6%-ია. რეგიონებში მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტივობის გავრცელება გაცილებით მაღალია თბილისთან შედარებით. დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული დროის საშუალო მაჩვენებელი 202.6 წუთია. კაცები ხარჯავენ უფრო მეტ დროს ფიზიკური აქტივობაზე, ვიდრე ქალები (225.1 საპირწონედ 179.8).

სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ორივე სქესისათვის 26.7-ია. რესპონდენტთა 31.4%-ს (მამაკაცთა 36.8% და ქალთა 25.7%) ჭარბი წონა აქვს. რესპონდენტთა 25.1% (მამაკაცთა 21.8% და ქალთა 28,5%) მსუქანია. ჭარბწონიანებში დაბალინტენსიური ფიზიკური აქტივობა უფრო გავრცელებულია ვიდრე ნორმალური წონის მქონე და გამხდარ პირებში. წელის გარშემოწერილობა კაცებისათვის (90.9 სმ.) უფრო მეტია, ვიდრე ქალებისათვის (84.7 სმ.). წელის გარშემოწერილობის შეფარდება თემოს გარშემოწერილობასთან ქალებში 0.8 და კაცებში 0.9-ია.

უზმოზე მცირე გლიკემია გვხვდება რესპონდენტთა 20.9%-ში (მამაკაცებში 23.1% და ქალებში 18.6%). სისხლში გლუკოზის მაღალი მაჩვენებელი აღენიშნა მონაწილეთა 16.3%-ს (მამაკაცებში 19% და ქალებში 13%). 18.1%-ს აქვს ქოლესტეროლის მაღალი მაჩვენებელი და 25%-ს ჰიპერტრიგლიცერიდემია.

გამოკვლეულ პოპულაციაში, არტერიული წნევის საშუალო მაჩვენებლებია 129.3 მმ.ვწყ.სვ. (სისტოლური) და 81.3 მმ.ვწყ.სვ. (დიასტოლური). მამაკაცებში სისტოლური წნევა 8.7 ხოლო დიასტოლური 3.4 ერთეულით მაღალია იგივე მაჩვენებელზე ქალებში. არტერიული წნევა 140/90 მმ.ვწყ.სვ. და/ან მკურნალობს გამოკითხულთა 33.4% (მამაკაცების 30% და ქალების 16.4%). ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფ პირთა შორის არაეფექტურად ნამკურნალები ანუ არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის გავრცელება 19.7%-ია. კონტროლირებული ჰიპერტენზიის არ-მკურნალობის მაჩვენებელია 61.1% (მამაკაცებში 73.2% და ქალებში 35.7%), აპ არაეფექტური მკურნალობის მაჩვენებელია 27.2% (მამაკაცებში 20.2% და ქალებში 46.4%). სხეულის მასის ინდექსის ზრდას თან ახლავს ჰიპერტენზიის გავრცელების მკვეთრი მატება. 25-ზე დაბალი სმი-ს მქონეთა შორის ორივე სქესში ჰიპერტენზიის გავრცელება 17.6%-ს, ჭარბწონიანებში 37.6%, ხოლო სიმსუქნის შემთხვევაში 55%-ს აღწევს. აღნიშნული ტენდენციაა როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში. პულსი ორივე სქესში ნორმაზე ოდნავ მაღალია და 81.7 დარტყმაა წუთში.

მოსახლეობის უდიდესი უმრავლესობა (93.6%) არაგადამდებ დაავადებათა ერთი და/ან მეტი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის. 3-5 რისკ-ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ მოსახლეობის 35.2% იმყოფება, მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 2-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს ქალებში. 45 წლის და უფროსი მოსახლეობის თითქმის ნახევარს (49.7%) არაგადამდები დაავადებების მაღალი რისკი აქვს.



# საქართველო STEPS კვლევა 2010

მონაცემთა ცხრილი

ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების STEPS კვლევა საქართველოში ჩატარდა 2010 წლის მაისიდან დეკემბრის პერიოდში. საქართველომ ჩაატარა Step 1, Step 2 და Step 3. სოციო-დემოგრაფიულ და ქცევით ფაქტორებთან დაკავშირებული ინფორმაცია შეგროვებულ იქნა Step 1-ში, ფიზიკური განზომილებები როგორცაა სიმაღლე, წონა და სისხლის წნევა Step 2, ხოლო ბიოქიმიური მაჩვენებლები (უზმობე გლუკოზა, საერთო ქოლესტეროლი და ტრიგლიცერიდები) Step 3-ში. STEPS კვლევა საქართველოში მოიცავდა 18-64 წლის პირებს. გამოყენებულ იქნა მრავალსაფეხურიანი, კლასტრული შერჩევის დიზაინი იმისათვის, რათა მიღებულიყო რეპრეზენტატიული მონაცემები ამ ასაკობრივი ჯგუფისათვის. სულ 6 497 ზრდასრული პირი მონაწილეობდა კვლევაში. გამოხმაურების მაჩვენებელი იყო 95%.

შედეგი 18-64 წლის ზრდასრულებისათვის (incl. 95% CI)	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
<b>Step 1 თამბაქოს მოხმარება</b>			
ამჟამად მწეველები (პროცენტი)	30.3% (28.4-32.2)	55.5% (52.7-58.4)	4.8% (3.7-5.8)
ამჟამად ყოველდღიური მწეველები (პროცენტი)	27.7% (25.8-29.5)	51.1% (48.1-54.0)	4.0% (2.9-5.0)
<i>ყოველდღიურ მწეველთათვის</i>			
ყოველდღიური მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი (წლები)	18.6 (18.3-19.0)	18.3 (18.0-18.6)	23.2 (21.7-24.7)
ყოველდღიურ მწეველთა პროცენტი, რომლებიც ეწევიან ქარხნულ სიგარეტს	98.8% (97.8-99.9)	98.8% (97.7-99.9)	100.0% (100.0-100.0)
ქარხნული სიგარეტის ღერების საშუალო ოდენობა, რომელსაც ეწევიან დღის განმავლობაში (ქარხნული სიგარეტის მოხმარებლები)	19.5 (18.7-20.4)	20.0 (19.0-20.9)	14.0 (12.8-15.3)
<b>Step 1 ალკოჰოლის მოხმარება</b>			
ცხოვრების განმავლობაში არამსმელთა პროცენტი	21.5% (18.9-24.2)	9.6% (7.2-11.9)	33.7% (29.6-37.7)
იმ პირების პროცენტი, რომლებიც უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში არიან არამსმელები	14.5% (13.0-15.9)	9.7% (7.8-11.5)	19.3% (17.4-21.2)
იმ პირების პროცენტი, რომლებიც სვავენ (მიიღეს ალკოჰოლი უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში)	41.5% (38.6-44.5)	59.4% (55.5-63.4)	23.4% (20.6-26.2)
იმ პირების პროცენტი, რომლებიც ჩართულნი არიან მძიმე ეპიზოდურ სმაში (კაცები, რომლებმაც მიიღეს 5 ან მეტი/ქალები რომელთაც მიიღეს 4 ან მეტი სტანდარტული დოზა უკანასკნელი 30 დღიდან რომელიმე ერთ დღეს)	--	49.8% (45.7-53.9)	10.3% (8.5-12.0)
<b>Step 1 ხილის და ბოსტნეულის მოხმარება (ტიპიური კვირის განმავლობაში)</b>			
დღეების საშუალო რაოდენობა როცა მოიხმარეს ხილი	4.9 (4.8-5.1)	4.7 (4.5-4.9)	5.2 (5.1-5.3)
ხილის სტანდარტული პროციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	1.8 (1.7-1.9)	1.7 (1.6-1.8)	1.9 (1.8-2.0)
დღეების საშუალო რაოდენობა, როცა მოიხმარეს ბოსტნეული	5.8 (5.7-5.9)	5.8 (5.6-5.9)	5.9 (5.8-6.0)
ბოსტნეულის სტანდარტული პროციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	2.2 (2.1-2.3)	2.2 (2.1-2.4)	2.1 (2.0-2.2)
პროცენტი იმ პირებისა, რომლებიც საშუალოდ მიირთმევენ ხილის და/ან ბოსტნეულის 5 სტანდარტულ პროციაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში	69.6% (66.7-72.6)	70.7% (66.8-74.6)	68.6% (65.6-71.5)
<b>Step 1 ფიზიკური აქტივობა</b>			
დაბალი ფიზიკური აქტივობის მქონე პირების პროცენტი (განისაზღვრება როგორც კვირაში < 600 მეტ-წუთში)*	21.6% (19.3-23.8)	20.9% (17.8-23.9)	22.3% (19.8-24.9)
მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტივობის მქონე პირების პროცენტი (განისაზღვრება როგორც კვირაში ≥ 3000 მეტ-წუთში)*	59.6% (56.9-62.3)	63.2% (59.5-66.9)	56.0% (53.1-59.0)
დროის მედიანა, რომელსაც საშუალოდ დღიურად ხარჯავენ ფიზიკურ აქტივობაზე (წუთები) (წარმოდგენილია ინტერ-კვარტილური რანჟირებით)	154.3 (42.9-310.0)	180.0 (60.0-353.6)	130.0 (34.3-292.9)
იმ პირების პროცენტი, რომლებიც ჩართულია მძიმე სახის ფიზიკურ აქტივობაში	78.6% (76.1-81.1)	68.7% (64.7-72.7)	88.6% (86.5-90.8)

შედეგები 18-64 წლის ზრდასრულებისათვის (incl. 95% CI)	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
<b>Step 2 ფიზიკური განზომილებები</b>			
საშუალო სხეულის მასის ინდექსი - BMI (კგ/მ <sup>2</sup> )	<b>26.7</b> (26.5-27.0)	<b>26.6</b> (26.3-26.9)	<b>26.8</b> (26.5-27.1)
ჭარბწონიანთა პროცენტი (BMI ≥ 25 კგ/მ <sup>2</sup> )	<b>56.4%</b> (54.3-58.5)	<b>58.6%</b> (55.5-61.7)	<b>54.2%</b> (52.0-56.4)
მსუქების პროცენტი (BMI ≥ 30 კგ/მ <sup>2</sup> )	<b>25.1%</b> (23.3-26.8)	<b>21.8%</b> (19.3-24.3)	<b>28.5%</b> (26.6-30.3)
საშუალოდ წელის გარშემოწერილობა (სმ)	--	<b>90.9</b> (89.9-92.0)	<b>84.7</b> (83.8-85.6)
საშუალოდ სისხლის სისტოლური წნევა - SBP (mmHg), იმ პირების ჩათვლით, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	<b>129.3</b> (128.4-130.3)	<b>133.0</b> (131.7-134.3)	<b>125.7</b> (124.7-126.7)
საშუალოდ სისხლის დიასტოლური წნევა - SBP (mmHg), იმ პირების ჩათვლით, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	<b>81.3</b> (80.7-81.9)	<b>83.0</b> (82.2-83.9)	<b>79.6</b> (79.0-80.2)
მომატებული არტერიული წნევის მქონეთა პროცენტი (სისტოლური ≥ 140 და/ან დიასტოლური ≥ 90 mmHg) ან პირები, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	<b>33.4%</b> (31.4-35.5)	<b>37.1%</b> (34.0-40.3)	<b>29.8%</b> (27.9-31.8)
მომატებული არტერიული წნევის მქონეთა პროცენტი (სისტოლური ≥ 140 და/ან დიასტოლური ≥ 90 mmHg), რომლებიც ამჟამად არ იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	<b>61.1%</b> (57.6-64.6)	<b>73.2%</b> (68.8-77.5)	<b>46.4%</b> (42.9-49.9)
<b>Step 3 ბიოქიმიური მაჩვენებლები</b>			
უზმოზე სისხლში გლუკოზის საშუალო მაჩვენებელი, იმ პირების ჩათვლით, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს სისხლში გლუკოზის მომატების გამო (mg/dl)	<b>101.2</b> (100.1-102.2)	<b>104.1</b> (102.5-105.8)	<b>98.1</b> (97.1-99.2)
იმ პირების პროცენტი, რომლებსაც უზმოზე აქვთ მცირე გლიკემია, როგორც ეს განსაზღვრულია ქვემოთ: • პლაზმურ-ვენოზური მაჩვენებელი ≥6.1 mmol/L (110 mg/dl) და <7.0 mmol/L (126 mg/dl) • კაპილარული სისხლის მაჩვენებელი ≥5.6 mmol/L (100 mg/dl) და <6.1 mmol/L (110 mg/dl)	<b>20.9%</b> (19.2-22.5)	<b>23.1%</b> (20.4-25.9)	<b>18.6%</b> (17.0-20.2)
იმ პირების პროცენტი, რომლებსაც აქვთ უზმოზე მაღალი გლიკემია, როგორც ეს განსაზღვრულია ქვემოთ ან ამჟამად იღებენ მედიკამენტს სისხლში გლუკოზის მომატების გამო: • პლაზმურ-ვენოზური მაჩვენებელი ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl) • კაპილარული სისხლის მაჩვენებელი ≥ 6.1 mmol/L (110 mg/dl)	<b>16.3%</b> (14.8-17.9)	<b>19.7%</b> (17.3-22.1)	<b>13.0%</b> (11.5-14.4)
საერთო ქოლესტეროლის საშუალო მაჩვენებელი, იმ პირების ჩათვლით რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მომატებული ქოლესტეროლის გამო (mg/dl)	<b>172.9</b> (171.5-174.4)	<b>169.6</b> (167.6-171.5)	<b>175.8</b> (174.3-177.4)
მომატებული საერთო ქოლესტეროლის მქონე პირთა პროცენტი (სართო ქოლესტეროლი ≥ 5.0 mmol/L ან ≥ 190 mg/dl ან ამჟამად იღებს მედიკამენტს მომატებული ქოლესტეროლის გამო)	<b>18.1%</b> (15.9-20.2)	<b>14.9%</b> (12.1-17.7)	<b>20.9%</b> (18.5-23.3)
<b>მომატებული რისკი</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ამჟამად ყოველდღე მწვეველი</li> <li>დღეში 5 პორციაზე ნაკლები ხილი და ბოსტნეული</li> <li>აქტიურობის დაბალი დონე(&lt;600MET-წუთში)</li> <li>ჭარბი წონა ან სიმსუქნე(BMI≥25 kg/ m<sup>2</sup>)</li> <li>მომატებული არტერიული წნევა (SBP ≥ 140 and/or DBP ≥ 90 mmHg ან ამჟამად მკურნალობს მაღალ წნევაზე)/.</li> </ul>			
იმ პირების პროცენტი, რომელთაც არ აქვთ არცერთი ამ რისკ-ფაქტორთაგან	<b>6.4%</b> (5.3-7.5)	<b>3.7%</b> (2.4-5.0)	<b>9.2%</b> (7.6-10.8)
18-44 წლის პირების პროცენტი, რომელთაც აქვთ ზემოთ აღნიშნული რისკებიდან 3 ან მეტი	<b>27.0%</b> (24.3-29.8)	<b>39.4%</b> (35.3-43.6)	<b>13.5%</b> (11.5-15.5)
45-64 წლის პირების პროცენტი, რომელთაც აქვთ ზემოთ აღნიშნული რისკებიდან 3 ან მეტი	<b>49.7%</b> (47.0-52.5)	<b>57.6%</b> (53.2-62.1)	<b>42.8%</b> (39.9-45.7)
18-64 წლის პირების პროცენტი, რომელთაც აქვთ ზემოთ აღნიშნული რისკებიდან 3 ან მეტი	<b>35.2%</b> (33.0-37.4)	<b>45.5%</b> (42.2-48.8)	<b>24.8%</b> (22.7-26.8)

\* მეტ – მეტაბოლური ექვივალენტი. For complete definitions of low and high levels of physical activity, other conditions are specified in the GPAQ Analysis Guide, available at: <http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>

## თავი 1

### შესავალი

საქართველო საპრეზიდენტო რესპუბლიკაა სამხრეთ კავკასიაში, შედგება 9 რეგიონისა და ერთი ავტონომიური რესპუბლიკისაგან. ორი რეგიონი - აფხაზეთი და ცხინვალის რეგიონი (ე.წ. სამხრეთ ოსეთი) მოწყვეტილია დანარჩენ ქვეყანას. გასული საუკუნის ოთხმოცდაათიანი წლებიდან დაწყებული შიდასახელმწიფოებრივი კონფლიქტების შედეგად და 2008 წელს მომხდარი რუსეთ-საქართველოს ომის გამო ორივე რეგიონი *de facto* ოკუპირებულია რუსული ჯარების მიერ. დაახლოებით 288 000 ადამიანი არის იძულებით ადგილნაცვალა.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით 2011 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით საქართველოში ცხოვრობს 4 469.2 ათასი კაცი; 2010 წელს მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ) მიმდინარე ფასებში 20791.3 მლნ. ლარია (11663.4 აშშ დოლარი), მშპ ერთ სულზე მიმდინარე ფასებში - 4686.5 ლარი (2629.0 აშშ დოლარი); მთლიანი ეროვნული შემოსავალი (მეშ) - 20458.4 მლნ.ლარი (11476.6 აშშ დოლარი), მეშ ერთ სულზე - 4611.5 ლარი (2586.9 აშშ დოლარი). 2010 წლის მონაცემებით საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი 539.1 ლარია, უმუშევრობის მაჩვენებელი 16.3-ია.

### არაგადამდები დაავადებების მსოფლიო ტენდენციები

არაგადამდები დაავადებების შედეგად გამოწვეული სიკვდილობისა და ინვალიდობის ტვირთი მთელ მსოფლიოში იზრდება. არაგადამდები დაავადებებით ყოველწლიურად იღუპება მილიონობით (36.1 მილიონი) ადამიანი<sup>1</sup>, რაც შეადგენს მთელ მსოფლიოში სიკვდილობის 60%-ს. აგდ-ებით გამოწვეული სიკვდილობის 80% მოდის დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებზე.<sup>2</sup>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით უახლოესი 10 წლის განმავლობაში არაგადამდები დაავადებებით გარდაიცვლება 388 მილიონი ადამიანი. 2020 წლისთვის აგდ-ების შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის წილი კიდევ უფრო გაიზრდება და შეადგენს მსოფლიოში 60% -ს და ევროპაში კი - 80%-ს.<sup>3</sup>

გარდა სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლისა არაგადამდები დაავადებები ხშირად ხდება ინვალიდობის მიზეზი, ხშირად ცხოვრების ათწლეულების მანძილზე. ქრონიკული დაავადებების ტვირთის 86% მოდის 70 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე.

ძირითადი არაგადამდები დაავადებები, როგორცაა გულის დაავადებები, ინსულტი, დიაბეტი, კიბო და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები ხასიათდებიან საერთო რისკ-ფაქტორებით: თამბაქოს მოხმარება პასიური მოხმარების ჩათვლით<sup>4</sup>, არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით, დაბალი დიზიკური აქტივობა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ეს ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორი და შუალედური რისკ-ფაქტორები, როგორცაა სიმსუქნე, სისხლის მაღალი

1 WHO Global Status Report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011

2 WHO .Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2008. Geneva: World Health Organization, 2010

3 www.who.int

4 Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011; 377: 139-46

წნევა და გლუკოზისა და ქოლესტეროლის კონცენტრაცია ბუნებრივი მოვლენა გახდა ღარიბი ქვეყნებისთვის და მისი მაჩვენებლები სწრაფად იზრდება.<sup>5,6,7</sup>

აღნიშნული ძირითადი რისკ-ფაქტორები სოციალურ-ეკონომიკურ დეტერმინანტებთან ერთად მაგ. სიღარიბე, უთანასწორობა, უმუშევრობა, სოციალური არასტაბილურობა და გლობალური უთანასწორობა წარმოადგენენ პანდემიების ძირითად მიზეზებს.<sup>8</sup> ადრეულ ასაკში ზოგიერთი რისკ-ფაქტორის ღრმად გააზრება მეტად მნიშვნელოვანია ავად-ების პრევენციის მნიშვნელობის განსაზღვრისათვის მთელი ცხოვრების მანძილზე.

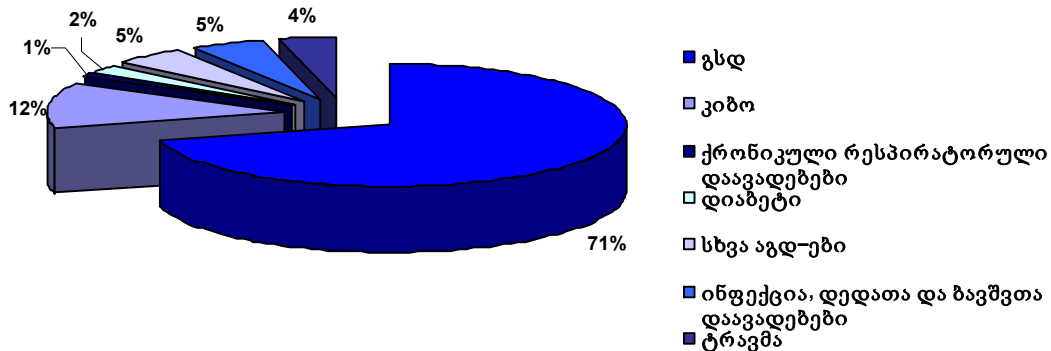
**არაგადამდები დაავადებების ტენდენციები საქართველოში**

მიუხედავად თვალსაჩინო პროგრესისა, რომელიც მიღწეულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით, არაგადამდები დაავადებები კვლავ რჩება მნიშვნელოვან პრობლემად საქართველოს ჯანდაცვისათვის.

ჯანმო-ს 2011 წლის ანგარიშის მიხედვით საქართველოში სიკვდილობის 91% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით, აქედან 71% მოდის გულ-სისხლძარღვთა (გსძ) დაავადებებზე, 12% - კიბოზე, 2% - დიაბეტზე, 1% - ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებზე; სხვა ავად-ებზე მოდის საერთო სიკვდილობის მაჩვენებლის 5%.<sup>9</sup>

*დიაგრამა 1*

*პროპორციული სიკვდილობა, საქართველო, 2008*



5 Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011; 377: 557–67.

6 Danael G, Finucane MM, Lin JK, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet* 2011; 377: 568–77.

7 Farzadfar F, Finucane MM, Danael G, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants. *Lancet* 2011; 367: 578–86.

8 Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, et al, UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet* 2011; 378: 449–55.

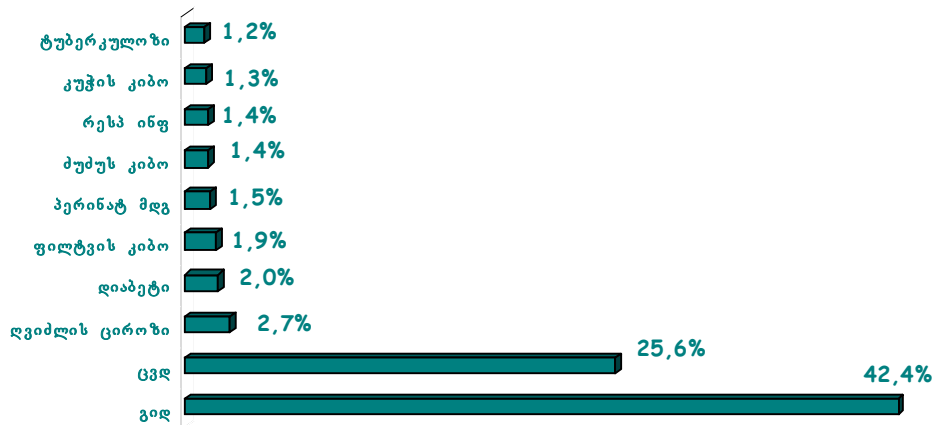
9 [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

არაგადამდები დაავადებების გავრცელების ანალიზი დაფუძნებულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC&PH) მიერ წარმოდგენილ მონაცემებზე, რომელიც თავის მხრივ ეფუძნება სამედიცინო დაწესებულებების მიერ რეგულარულად მოწოდებულ ინფორმაციას აგდების ინციდენტობის, პრევალენტობისა და სიკვდილობის შესახებ. ეს მონაცემები არ ასახავენ შემთხვევებს კერძო კლინიკებიდან და თვითმკურნალობის მონაცემებს.

2000 – 2010 წლებში საქართველოში აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რაოდენობრივი მატების ტენდენცია. ეს ფაქტი შეიძლება აიხსნას არ მხოლოდ რეალურად ინციდენტობის მატებით, არამედ წინა წლებთან შედარებით დაავადებათა აღრიცხვიანობის გაუმჯობესებით. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებში წამყვანი ადგილი უჭირავს ჰიპერტონულ, იშემიურ და ცერებროვასკულარულ დაავადებებს.

**დიაგრამა 2**

10 ძირითადი დაავადების წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002



**არტერიული ჰიპერტენზია** კვლავ რჩება სიკვდილობის ძირითად და ინვალიდობის მესამე უმთავრეს მიზეზად მსოფლიოში.<sup>10</sup> ბევრ ქვეყანაში იგი კვლავ რჩება პაციენტების უმრავლესობაში არაკონტროლირებად ფაქტორად, იმ პაციენტების შემთხვევაშიც კი, რომლებსაც დაესვათ დიაგნოზი და ჩაუტარდათ მკურნალობა.<sup>11</sup>

საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ავადობისა და სიკვდილობის კუთხით ყველაზე დიდი წილი მოდის ჰიპერტენზიაზე (45%-50% - 2000-2010წწ.) ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით (დკ&სზეც)<sup>12</sup> 2005-2010 წლებში აღინიშნა არტერიული ჰიპერტენზიის ინციდენტობის მაჩვენებლის ზრდა 1.24 - ჯერ, ხოლო პრევალენტობის - 1.79-ჯერ.

ჯანმო-ს მონაცემებით (2002) საქართველო იმყოფება მსოფლიოს იმ 5 ქვეყანას შორის, რომელთა მოსახლეობაშიც აღინიშნება არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები; არტერიულ ჰიპერტენზიას წამყვანი ადგილი უჭირავს სიკვდილობის მიზეზებს შორის და შეადგენს 48.8% - ს (2002).<sup>13</sup>

10 Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoom S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360: 1347-1360

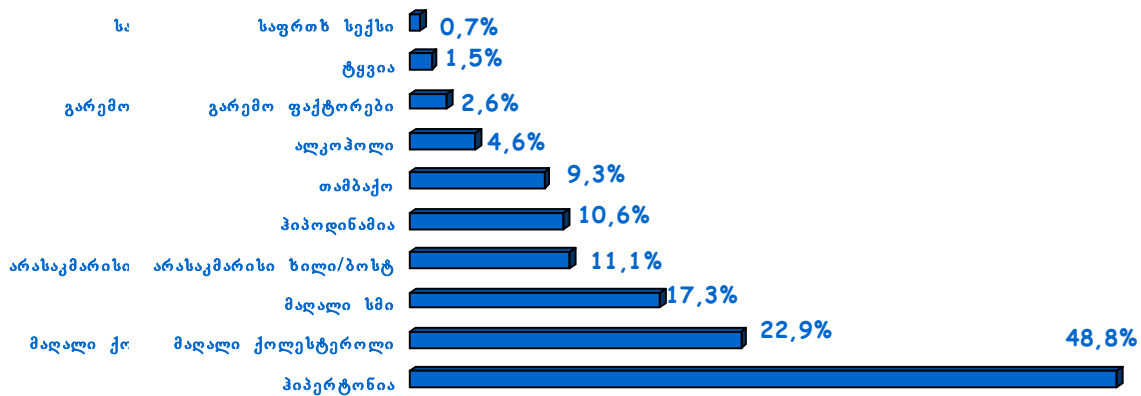
11 Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens 2004; 22:11-19

12 www.ncdc.ge

13 European health report 2005: Public health action for healthier children and populations

**დიაგრამა 3**

*10 ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002*



ჯანმო-ს მონაცემებით მსოფლიოში 80 მილიონ ადამიანს აქვს ზომიერი და მძიმე ფორმის ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ).<sup>14</sup> 2005 წელს 3 მილიონზე მეტი ადამიანი გარდაიცვალა ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების შედეგად, რაც შეადგენს მსოფლიოში სიკვდილობის საერთო მაჩვენებლის 5%-ს.

ჯანმო-ს გაანგარიშებით 2030 წლისთვის ფქოდ მსოფლიოში იქნება სიკვდილობის მესამე უმნიშვნელოვანესი მიზეზი. ფქოდ-ის ძირითად გამომწვევ მიზეზს წარმოადგენს თამბაქოს კვამლი (თამბაქოსპასიური მოხმარების ჩათვლით). სხვა რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: შენობაში ჰაერის დაბინძურება (როგორცაა მყარი საწვავის გამოყენება საკვების მოსამზადებლად და გათბობის მიზნით); ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება; პროფესიული მტვერი და ქიმიური ნივთიერებები (ორთქლი, გამაღიზიანებელი ნივთიერებები და კვამლი); ბავშვობის ასაკში ხშირი ავადობა ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციებით, და სხვა.

სავარაუდოდ, საქართველოში ფქოდ-ის პრევალენტობა მაღალია, რაც განპირობებულია თამბაქოს მოხმარების და ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების მაღალი მაჩვენებლით. თუმცა ტერმინი „ფქოდ“ თითქმის უცნობია მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის და ბევრი ექიმი ჯერ კიდევ არ იყენებს აქტიურად ფქოდ-ის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს. ექიმები იძულებულნი არიან გამოიყენონ ისეთი დიაგნოზები, როგორცაა ქრონიკული ბრონქიტი და ემფიზემა. საქართველოში მონაცემები ფქოდ-ის პრევალენტობის შესახებ, რომელიც ეფუძნება რუტინულ სტატისტიკას საკმაოდ დაბალია (0.47% ქრონიკული ბრონქიტისთვის).

2008-2009 წლებში საქართველოს რესპირატორულმა ასოციაციის მიერ ჩატარებულმა GARD პილოტურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ოფიციალური მონაცემები ალერგიული რინიტის, ტუბერკულოზისა და ასთმის შესახებ ძალიან ახლოს იყოს კვლევის ანგარიშის მონაცემებთან, მაშინ როდესაც კვლევის მონაცემები ფქოდ-ის პრევალენტობის შესახებ ხუთჯერ უფრო ნაკლები იყო ოფიციალურ მონაცემებთან<sup>15</sup> შედარებით.

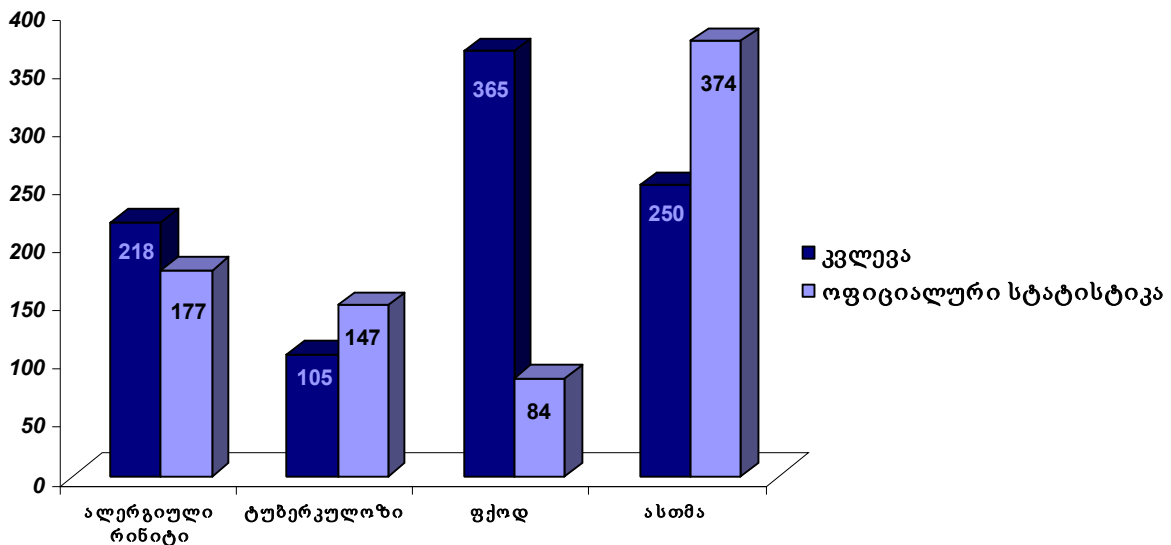
14 The global burden of disease: 2004 update, published in 2008

15 Monaldi Archives for Chest Diseases - Pulmonary Series , 2009 - Volume 71, Issue 4, 141-146



დიაგრამა 4

რესპირატორული დაავადებები GARD პილოტური კვლევისა და ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით



2010 წლის მონაცემებით მსოფლიოში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულია 285 მილიონი ადამიანი; სავარაუდოდ, 2030 წლისთვის ეს რიცხვი გაიზრდება 438 მილიონამდე. დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში დიაბეტით დაავადებულ ადამიანთა უმრავლესობა განეკუთვნება საშუალო ასაკს (45-64) და არ აჭარბებს 65 წელს. ყოველწლიურად მსოფლიოში დიაბეტით სიკვდილობის მაჩვენებელი შეადგეს საერთო სიკვდილობის 5%-ს. დიაბეტით სიკვდილობის 80%-ზე მეტი მოდის დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებზე.

დიაბეტი ზრდის გულის დაავადებებისა და ინსულტის რისკს. დიაბეტით დაავადებულთა 50% იღუპება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით. დიაბეტით დაავადებულთა სიკვდილობის საერთო რისკი სულ მცირე ორჯერ მეტია იგივე ასაკის იმ პირთა სიკვდილობის რისკის მაჩვენებელთან შედარებით, რომლებიც არ არიან დაავადებული დიაბეტით.

საქართველოში შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების შესახებ ზუსტი ინფორმაცია არ არსებობს. ჯანმო-ს მონაცემებით საქართველოში 2000 წელს აღირიცხა დიაბეტით დაავადებული 200 000 პაციენტი; 2030 წლისთვის ეს რიცხვი გაიზრდება და მიაღწევს 223 000.<sup>16</sup> დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2005-2010 წლებში შაქრიანი დიაბეტის პრევალენტობის მაჩვენებელი 1.4-ჯერ გაიზარდა. ტიპი1 დიაბეტის პრევალენტობა გაიზარდა 1.27-ჯერ, ხოლო ტიპი 2 დიაბეტის - 1.43-ჯერ.

კიბო წარმოადგენს სიკვდილობის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზს მსოფლიოში. 2007 წელს კიბოთი გარდაიცვალა 7.9 მილიონი ადამიანი, რაც შეადგენს საერთო სიკვდილობის დაახლოებით 13%-ს. კიბოთი საერთო სიკვდილობის მაჩვენებლის 70%-ზე მეტი ადგილი აქვს დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. ყოველწლიურად ამ ქვეყნებში კიბოს დიაგნოზით იღუპება 5.3 მილიონზე მეტი ადამიანი. არსებული

პროგნოზის მიხედვით კიბოთი სიკვდილობის მაჩვენებელი მომდევნო წლებში გაიზრდება და 2030 წლისთვის 12 მილიონს მიაღწევს.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით საქართველოში ძუძუს კიბო ქალებში და ფილტვის კიბო მამაკაცებში წარმოადგენს წამყვან ავთვისებიან სიმსივნეებს. საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით სიკვდილობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალი რჩება. ამის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ კიბოს შემთხვევების უმრავლესობის გამოვლენა არ ხდება ადრეულ სტადიაზე. კიბოს შემთხვევების 70%-ზე მეტი დიაგნოსტირება მესამე და მეოთხე სტადიაზე.

ძუძუს კიბოს და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამები მამოგრაფიისა და პაპ ტესტის გამოყენებით პირველად დაინერგა საქართველოს დედაქალაქში, თბილისში. 2011 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ კიბოს სკრინინგის პროგრამა ინიცირებულ იქნა ქვეყნის მასშტაბით. გარდა იმისა, რომ განხორციელდა პროგრამის გეოგრაფიული გაფართოება, დაინერგა ახალი სკრინინგ ინიციატივებიც. ამჟამად ხორციელდება სკრინინგის შემდეგი პროგრამები: ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატის (პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის ტესტი (PSA) და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი (ფარული სისხლდენის ტესტი განავალში (FOBT)). კიბოს სკრინინგის პროგრამების დანერგვის შემდეგ თბილისში აღინიშნება გარკვეული გაუმჯობესება კიბოს შემთხვევების ადრეული გამოვლების კუთხით. გარდა ამისა 2010 წლიდან 13 წლის გოგონებისთვის თბილისში ხორციელდება ადამიანის პაპილომაავირუსის საწინააღმდეგო (Human Papilloma Virus - HPV) იმუნიზაციის პროგრამა.

### კვლევის მიზანი

არაგადამდები დაავადებების ქცევითი და ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების გავრცელებისა და თავისებურებების შესწავლა საქართველოს მოსახლეობაში.

### კვლევის ამოცანები

- არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გავრცელების შესწავლის საერთაშორისო სტანდარტიზებული მეთოდოლოგიის და ინსტრუმენტის დამუშავება და ადაპტირება საქართველოს პირობების და შეზღუდული რესურსების მდგომარეობის შესაბამისად, რაც რელევანტური და სანდო მონაცემების მოპოვების საშუალებას მოგვცემდა ეროვნულ, რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეებზე ხარჯთეფექტურად და დროის მოკლე მონაკვეთში
- ორგანიზაციის შესაძლებლობების და ადამიანური რესურსების გაძლიერება
- არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორებზე ზედამხედველობის ეფექტური სისტემის შემუშავება
- კვლევის ანგარიშის მომზადება და დისემინაცია

## თავი 2

### კვლევის მეთოდოლოგია

არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა ჩატარდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS (*STEP wise approach to NCD Surveillance - STEPS*) მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით. ინსტრუმენტი შედგება სამი ძირითადი საფეხურისაგან.

საფეხური 1 (Step 1): კითხვარი სოციო-დემოგრაფიული ინფორმაციის (სქესი, ასაკი, განათლება, სოციალური სტატუსი და ა.შ.), ქვევითი რისკ-ფაქტორების (თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, არაჯანსაღი კვება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა), ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის ანამნეზის შესახებ

საფეხური 2 (Step 2): ფიზიკური გაზომვები (სიმაღლე, წონა, წელისა და თეძოს გარშემოწერილობა, გულის რიტმი, სისხლის წნევა)

საფეხური 3 (Step 3): ბიოქიმიური გაზომვები (გლუკოზა, საერთო ქოლესტეროლი, ტრიგლიცერიდები)

კითხვარი მოიცავს ძირითად, გაფართოებულ და ქვეყნის სპეციფიკურ მოდულებს. ძირითადი მოდული გამოიყენება ძირითადი, საბაზისო ცვლადების – ინდიკატორების გამოსათვლელად, გაფართოებული მოდული კი დეტალური ინფორმაციის მოსაძიებლად. საბაზისო ინდიკატორების შედარებით შესაძლებელი ხდება ქვეყნებს შორის შედარებითი ანალიზი.

კითხვარი ითარგმნა ქართულ და რუსულ ენებზე და ადაპტირდა საქართველოს სიტუაციის შესაბამისად. გამოყენებულ იქნა როგორც ძირითადი, ისე გაფართოებული და დამატებითი კითხვები. კითხვარს თვალსაჩინოებისათვის დართული ქონდა ჯანმოს მიერ შემუშავებული ე.წ. საჩვენებელი ბარათები, რომელთა ადაპტირება მოხდა საქართველოს სინამდვილესთან შესაბამისად.

კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა ჯანმოს მიერ შემუშავებული STEPS გზამკვლევი, რომელიც ითარგმნა ქართულად. კითხვარის პილოტური გამოცდა განხორციელდა სასწავლო სემინარის შემდგომ სპეციალურად მომზადებული პერსონალის მიერ.

### კვლევის არეალი

კვლევა განხორციელდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. საკვლევი ჩარჩოს ფორმირება განხორციელდა თბილისში და ქვეყნის 10 რეგიონში, რაიონულ მუნიციპალიტეტებში მოსახლეობის განაწილების პროპორციულად. საველე სამუშაოები ჩატარდა შერჩეული კონტინგენტის სიებისა და შესაბამისი არეალის რუკის მიხედვით.

შერჩევის ჩარჩოდ გამოყენებულ იქნა საქართველოს მოსახლეობის 2002 წლის მონაცემთა ბაზა. სტრატეგიკაცია მოხდა რეგიონების მიხედვით. ყოველი რეგიონი დაიყო 2 სტრატად: ქალაქის და სოფლის. ამგვარად, საქართველო დაიყო 22 სტრატად.

შერჩევის ზომების განსაზღვრა რეგიონებში მოხდა პროპორციულად, სტრატებში შინამეურნეობების რაოდენობის მიხედვით.

გამოთვლებით ქვეყნის მასშტაბით მივიღეთ 15–64 წლის ასაკის მოსახლეობის 6075 ინტერვიუ. 20%-იანი არარელევანტური წილის მხედველობაში მიღების შედეგად შერჩევის ზომად განისაზღვრა 7629 ინტერვიუ.

პირველად შერჩევის ერთეულად (PSU) ქალაქის ტიპის დასახლებებში შეირჩა აღწერის ერთეული, სოფლის ტიპის დასახლებებში კი სოფლები. შესარჩევი კლასტერების

რაოდენობა თითოეული სტრატისათვის იმგვარად გამოითვალა, რომ თითოეულ კლასტერში ჩატარებულიყო 25 ინტერვიუ; ქვეყნის მასშტაბით შერჩეულ იქნა 243 კლასტერი. კლასტერში შინამეურნეობების შერჩევა ხდებოდა „შემთხვევითი ხეტიალის“ პრინციპით. ქალაქის ტიპის დასახლებებში ინტერვიუერებს ეძლეოდათ შერჩეული ადწერის ერთეულების ქუჩის სახელები და სახლის ნომრები. გამომხაურების მაჩვენებლის (response rate) გათვალისწინებით კლასტერიდან საშუალოდ 25 ინტერვიუს მისაღებად თითოეულ ქალაქის ტიპის კლასტერში შეირჩა 33, ხოლო თითოეულ სოფლის ტიპის კლასტერში კი 30 შინამეურნეობა.

შინამეურნეობებში ერთი 15–64 წლის რესპოდენტის შერჩევა ხდებოდა კიშის მეთოდით.

ცხრილი 1. შერჩეული კლასტერების გადანაწილება სტრატებში

რეგიონი	შინამეურნეობების რაოდენობა	შერჩეული კლასტერების რაოდენობა	შერჩევის ზომა	ინტერვიუების მოსალოდნელი რაოდენობა
კახეთი	21625	4	132	100
	88007	15	450	375
თბილისი	305732	52	1716	1300
	10124	2	60	50
შიდა ქართლი	26959	5	165	125
	54089	11	330	275
ქვემო ქართლი	46499	8	264	200
	72405	12	360	300
სამცხე-ჯავახეთი	14315	4	132	100
	37066	12	360	300
აჭარა	39905	7	231	175
	47622	9	270	225
გურია	8141	3	99	75
	31602	13	390	325
სამეგრელო, ზემო სვანეთი	45701	8	264	200
	73447	12	360	300
იმერეთი	93113	16	528	400
	108100	18	540	450
მცხეთა-მთიანეთი	6407	3	99	75
	24550	13	390	325
რაჭა-ლეჩხუმი, ქვემო სვანეთი	2880	3	99	75
	14349	13	390	325
<b>სულ</b>	<b>1172638</b>	<b>243</b>	<b>7629</b>	<b>6075</b>

**სასწავლო სემინარი, ინტერვიუებისა და ლაბორანტების შერჩევა**

სემინარი ჩატარდა 2010 წლის 13–15 ივლისს ჯანმოს STEPS ჯგუფის წარმომადგენლის მეღანი კოვანის მიერ. სემინარში მონაწილეობდა 50 სპეციალისტი. ტრენინგის პირველი ორი დღის განმავლობაში მონაწილეებმა მიიღეს ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე: WHO STEPS მეთოდოლოგია, მონაცემთა შეკრება ჯიბის პერსონალური კომპიუტერით (Personal Digital Assistants – PDA), კიშის მეთოდით რესპოდენტთა შერჩევა, ინტერვიუერის უნარები, STEPS ინსტრუმენტი, კვლევის საფეხური 1. სემინარის მესამე დღეს მონაწილეებმა გაიარეს ტრენინგი ფიზიკური და ბიოქიმიური გაზომვების (საფეხური 2 და 3) პროცედურებში. ტესტირების შედეგად შეირჩა 30 ინტერვიუერი და 10 ლაბორანტი. შერჩეულმა ჯგუფმა გაიარა დამატებითი ერთდღიანი ინსტრუქტაჟი კვლევის პრაქტიკულ საკითხებში. შედგა 10 ჯგუფი, თითოეულში 3 ინტერვიუერი და 1 ლაბორანტი.

### კვლევის ინვენტარი

მკვლევართა თითოეული ჯგუფი აღჭურვილი იყო 3 ძირითადი და 1 ლაბორატორიული პერსონალური კომპიუტერით (PDA), ელექტრონული სასწორით, არტერიული წნევისა და პულსის საზომი აპარატით (Microlife 100 Plus), სიმაღლისა და გარშემოწერილობის საზომი ხელსაწყოთი, Gima-ს ფორმის აპარატით MultiCare გლუკოზისა და საერთო ქოლესტეროლის ანალიზისათვის. ყველა ხელსაწყო სტანდარტიზირებულ იქნა საველე სამუშაოების დაწყებამდე. გარდა ამისა, ჯგუფები აღჭურვილ იყო ერთჯერადი ხალათებით, ხელთათმანებით, ჩაჩებით, სათვალეებით, მაგიდის გადასაფარებლებით და სტერილური სახარჯი მასალებით. რესპოდენტთა მოტივაციის გასაზრდელად ჯგუფებს გადაეცათ საჩუქრები (სულ 6000 ერთეული სააბაზანო პაკეტი) საფეხური 3-ში მონაწილეთათვის.

### საველე სამუშაოები

საველე სამუშაოები მიმდინარეობდა 4 აგვისტოდან 30 სექტემბრამდე. თითოეული ჯგუფი სრული შემადგენლობით გადიოდა წინასწარ განსაზღვრულ კლასტერში და ადგენდა საწყის წერტილებს, ინაწილებდა კოდებს და ბიჯის დაცვით ახორციელებდა შინამეურნეობების შერჩევას.

ინტერვიუს წინ ივსებოდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც ხდებოდა კითხვარის შევსება და ფიზიკური გაზომვების ჩატარება. არტერიული წნევა იზომებოდა ჯანმოს რეკომენდაციების შესაბამისად, გამოიყენებოდა სხვადასხვა ზომის მანჟეტები. ბიოქიმიური გაზომვები ტარდებოდა მეორე დილას, უზმოზე, 08:00 საათიდან 11:00 საათამდე პერიოდში. ლაბორატორიული გამოკვლევა ტარდებოდა მშრალი წესით – რესპოდენტის თითიდან აღებული სისხლი თავსდებოდა აპარატის ფირფიტებზე და პასუხი ავტომატურად ფიქსირდებოდა ციფერბლატზე. მონაცემები ფიქსირდებოდა ნაბეჭდ ფორმაზე და ლაბორატორიულ PDA-ში. კვლევის პროცესში დაცული იყო რესპოდენტისა და ლაბორანტის უსაფრთხოება. რესპოდენტებს გადაეცემოდათ სისხლის ანალიზის პასუხი და საჩუქარი.

### კითხვარის შევსების მეთოდოლოგია

კითხვარის შევსება ხდებოდა შემდეგი წესების დაცვით:

- ინტერვიუერი სვამს შეკითხვას, რესპოდენტის პასუხს ინიშნავს PDA-ში
- თუ რესპოდენტი ვერ პასუხობს, შეკითხვა მეორდება; თუ შეკითხვაზე არსებობს თვალსაჩინოება, ინტერვიუერი იყენებს
- თუ რესპოდენტი კვლავ ვერ პასუხობს, შესაძლოა კითხვა დაისვას მესამედ, სხვა სიტყვებით
- პასუხები ინიშნება ინტერპრეტაციისა და ცვლილებების გარეშე
- საფეხური 1 და 2 კითხვარი ივსება ძირითად PDA-ში, ხოლო საფეხური 3 – ლაბორატორიულ PDA-ში

### მონაცემთა მართვა და ანალიზი

მონაცემების მართვა ხორციელდებოდა შემდეგი სქემით: ინტერვიუერების და ლაბორანტების მიერ ველზე შეკრებილი ინფორმაცია (როგორც ნაბეჭდი, ისე ელექტრონული) პირველი რიგის შემოწმებას გადიოდა სუპერვაიზერთან და შემდგომ მოეწოდებოდა ცენტრალურ ოფისს, სადაც ხდებოდა ინფორმაციის გადახარისხება, კომპიუტერში შენახვა და პირველადი ანალიზი. PDA-ებში ფაილის სახით ინახება

ძირითადი ინფორმაცია, კერძოდ კიშის მეთოდით შერჩევის და კითხვარით მიღებული ყველა მონაცემი. აღნიშნული ფაილების გადატვირთვა ხდებოდა ცენტრალურ კომპიუტერში და შემდგომ მუშავდებოდა. გარდა ამ ინფორმაციისა, მნიშვნელოვანია ველზე ნაბეჭდი ფორმების შევსებით მოძიებული ინფორმაცია, რომელთაგან მთავარი – ინფორმაცია სამეთვალყურეო ფორმებიდან – შეიყვანებოდა ექსელის მარტივ ბაზაში. აღნიშნული ინფორმაცია ძირითადად გამოიყენებოდა ბაზის გაწმენდის და კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებლის დასადგენად.

ველიდან ამ ორის სახის საბოლოო მონაცემის მიღების შემდგომ ხდებოდა მთელი ბაზის გაწმენდა STEPS-ის შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით და გადაგზავნა ჯანმოს ოფისში, სადაც განხორციელდა მათი პროგრამაში გადატანა და საბოლოო ანალიზი. მიღებული მონაცემების ანალიზი მოხდა სტანდარტული ინდიკატორების შესაბამისად, ხოლო გაფართოებული შეკითხვებისათვის შემუშავდა დამატებითი ინდიკატორები. ანალიზისას განხორციელდა მონაცემთა შეწონვა, რათა კვლევის შედეგები რეპრეზენტატიული ყოფილიყო საქართველოს მასშტაბით შესაბამისი ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფებისათვის. მონაცემთა ბაზის საბოლოო ვერსია, შეწონვა და ანალიზის ძირითადი ნაწილი განხორციელდა ჯანმოს STEPS გუნდის მიერ სახელმძღვანელოს მიხედვით. მონაცემთა ანალიზი ჩატარდა EpiInfo-ში.

კვლევის ფარგლებში უზრუნველყოფილ იყო მოპოვებული მონაცემების სამმაგი დაცვა. პირველი რიგის დაცვას უზრუნველყოფდა ე.წ. შესავსები ნაბეჭდი ფორმები, კერძოდ ინტერვიუს სამეთვალყურეო და სისხლის ანალიზის ფორმები, რომლებზეც ფიქსირდებოდა მონაწილეთა პირადი კოდი, ოჯახში რელევანტურ წევრთა რაოდენობა, ინფორმაცია კვლევის სხვადასხვა ეტაპებში მონაწილეობის შესახებ, ლაბორატორიული ანალიზის შედეგები და სხვა. ეს უზრუნველყოფდა PDA-ში არსებულ მონაცემთა დაკარგვის შემთხვევაში მისი აღდგენის შესაძლებლობას. მეორე დონის დაცვას უზრუნველყოფდა PDA-ში არსებული მახსოვრობის ბარათი, რომელზეც იწერებოდა შევსებული კითხვარი და საკუთრივ PDA-ს დაზიანების შემთხვევაში უზრუნველყოფდა ინფორმაციის შენახვას. იმ შემთხვევებისთვის, როდესაც შესაძლოა დაკარგულიყო ან დაზიანებულიყო მთლიანად PDA ან შესავსები ფორმები ან მახსოვრობის ბარათი, ძველი მონაცემების დაცვისთვის ყველა ბრიგადა ვალდებული იყო თითოეული გასვლის შემდგომ (1 გასვლისას საშუალოდ ხდებოდა 5 კლასტერის მოცვა) სამუშაო ჯგუფის და სტატისტიკოსისთვის მიეწოდებოდათ ყველა სახის მოპოვებული ინფორმაცია, კერძოდ ცენტრალურ ოფისში რჩებოდა ყველა შევსებული ნაბეჭდი ფორმა, ხოლო PDA-ში არსებული ინფორმაცია იწერებოდა კომპიუტერში. ეს უკანასკნელი უზრუნველყოფდა მონაცემთა მესამე რიგის დაცვას.

### **ხარისხის კონტროლი**

კვლევის ხარისხის კონტროლის მიზნით ჩატარდა რიგი ღონისძიებებისა, როგორც შიდა (მიმდინარე), ისე გარე (საბოლოო) მონიტორინგის სახით. ხარისხის მიმდინარე კონტროლი მოიცავდა ველზე კვლევის პროცესის სუპერვიზირებას როგორც გუნდების სუპერვაიზერების, ისე საველე სამუშაოთა საკოორდინაციო ჯგუფის მიერ. ხარისხის მიმდინარე კონტროლის ძირითადი ამოცანა იყო პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია და რეაგირება, ხოლო გარე მონიტორინგი შეფასებითი ხასიათის იყო და შესაბამისად, გავლენა ვერ მოახდინა კვლევის მიმდინარეობაზე.

ოჯახებში ვიზიტების რაოდენობის, ოჯახებში ინდივიდების რაოდენობის, გამოკვლეული პირების საიდენტიფიკაციო ნომრების, მონაწილეთა სქესისა და ასაკის,

მონაწილეთა რაოდენობას საფეხურებისათვის ცალ-ცალკე თანხმობის და უარის რაოდენობების, ინდივიდუალური კომენტარების გადამოწმებით/გაკონტროლებით სუპერვიზორები ახორციელებდნენ დაკვირვების პროცესს. გარდა ამისა, ზედამხედველები ამოწმებდნენ PDA-ში მონაცემთა შეყვანის სიზუსტეს ყოველი გასვლის ბოლოს, ზოგჯერ ყოველდღიურადაც. კვლევის დროს გარანტირებულ იყო ეთიკური ნორმების სრული დაცვა, რაზეც მეტყველებს ისიც, რომ ძალზე მაღალი იყო კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი და რაც განსაკუთრებით ნიშანდობლივია, საფეხური 3-ში მონაწილეობის (რაც გარკვეულ დისკომფორტს უკავშირდებოდა) მაღალი დონე. გარდა სუპერვიზორებისა, ხარისხის შიდა კონტროლს აწარმოებდა საველე სამუშაოების მაკოორდინირებელი ჯგუფი. ამ მიზნით ადგილზე, თბილისსა და 10 რეგიონში შემოწმებულ იქნა საველე სამუშაოების კვლევისათვის ფორმირებული სამუშაო ჯგუფების საქმიანობა.

შემოწმების კრიტერიუმები მოიცავდა კვლევის სხვადასხვა კომპონენტების ხარისხის დადგენას, კერძოდ: კომპიუტერული სისტემის ხელსაწყოთა საკმარისი რაოდენობით არსებობა, მათი გამართულობა და მათი მოხმარების ჩვევების დემონსტრირება ინტერვიუერთა მიერ; კიშის მეთოდის გამოყენების სიზუსტე მონაწილის შერჩევის მიზნით, კვლევაში მონაწილეობაზე ოფიციალური თანხმობის მიღებისათვის კომუნიკაციის რელევანტურობა; ინტერვიუს ჩატარების ჩვევების პრაქტიკული გამოვლენა, საიდენტიფიკაციო ინფორმაციის მიღების მეთოდების გამოყენება, კონფიდენციალურობის დაცვის ხარისხი, შეკითხვებისა და დამხმარე სურათების (სამუშაო სტატუსის, თამბაქოს, ალკოჰოლის, ხილის და ბოსტნეულის და ტიპიური ულუფის ზომები, ფიზიკური აქტივობის ტიპები) რელევანტური შეფასება; ქცევის გაზომვებისა და მომატებული სისხლის წნევისა და დიაბეტის თაობაზე მიღებული ანამნეზის ხარისხი მასალის სანდოობის უზრუნველყოფისათვის; სისხლის წნევისა და გულის რიტმის გაზომვის, წონის, სიმაღლის, წელისა და თემოს გარშემოწერილობების გაზომვების ხარისხი; მონაწილისთვის კლინიკაში სისხლის ასაღებად მისვლის მნიშვნელობის ახსნის ხარისხი და შესაბამისი ფორმების გამოყენების სიზუსტე; მოსახლეობასთან ურთიერთობის ეთიკური მხარე, ინტერვიუერთის მიერ ოჯახთან პირველივე კონტაქტიდან მოყოლებული, მონაწილის შერჩევის, თანხმობის მიღების და ინფორმაციის ადექვატური მიწოდების ფორმისა და შინაარსის ჩათვლით; შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინება: კონფიდენციალობა, მონაწილის დროის მოხმარების გამო პატივისცემა, ტაქტიანობის გამოვლენა, კეთილგანწყობა, ჟესტების ენა, ინტერვიუს ტემპი, მოთმინება, ტოლერანტობა, მადლიერება; არაქართულენოვან მოსახლეობასთან მუშაობის ხარისხი, მათ შორის მოხერხებულობისთვის “თარჯიმანის” გამოყენების შემთხვევების გამოვლენა, სოფლის თავკაცის ან სხვა ადგილობრივის მონაწილეობა, რაც ზრდის არასწორი მონაცემების დაფიქსირების რისკს; ლაბორატორიული ნაწილის - ბიოქიმიური გაზომვების ჩატარების ხარისხი: სისხლში გლუკოზის, ქოლესტეროლისა და ტრიგლიცერიდების გაზომვის, კლინიკის სარეგისტრაციო ფორმების შევსების, უსაფრთხოებისა და ჰიგიენის ნორმების დაცვის პირობების, მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ დიაბეტიან პაციენტებთან ურთიერთობის შემთხვევებში შესაბამისი ინდივიდუალური მიდგომის უზრუნველყოფის ხარისხი; საქმიანობის გაშლის, კითხვარების შევსების და ადგილზე წამოჭრილი საკითხების მოგვარების ხარისხი.

კვლევის მიმდინარეობისას ათივე რეგიონში ჩატარდა თითოეული ინტერვიუერთის მიერ განხორციელებული მონაცემთა შეგროვების რაოდენობრივი პროპორციის შეფასება,

ინტერვიუებისა და გაზომვების ჩატარების სისრულე, ინტერვიუერის მიერ განხორციელებული მონაცემთა შეგროვების რაოდენობრივი დინამიკა.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, კვლევის ცენტრალური აპარატი პროტოკოლის მიხედვით ახორციელებდა მონაცემთა გადამოწმებას და გაწმენდას.

მთლიანობაში ხარისხის მიმდინარე კონტროლის სისტემამ უზრუნველყო კვლევის წარმართვა არსებითი ხასიათის მეთოდოლოგიური ხარვეზების გარეშე. გარდა ინტერვიუერების მომზადების მაღალი დონისა, ამას მნიშვნელოვნად უწყობდა ხელს თავად კვლევის მეთოდოლოგიის გამართულობა და სიმარტივე, დამხმარე მასალების სრული პაკეტი, მონაწილეთა შერჩევის და მონაცემთა შეგროვების ავტომატიზირებული სისტემა, აგრეთვე კარგი ორგანიზება და მოსახლეობის მხრიდან დიდი ინტერესი კვლევაში მონაწილეობასთან დაკავშირებით.

ხარისხის შიდა (მიმდინარე) კონტროლის გარდა არასამთავრობო ორგანიზაცია “ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფონდის” მიერ განხორციელდა თითოეული ბრიგადის მიერ მოცული სამ-სამი კლასტერიდან 181 რესპონდენტის სატელეფონო გამოკითხვა. თითოეულ კლასტერში შერჩეულ იქნა 3 ქალი და 3 მამაკაცი. ცენტრალური აპარატის მიერ კლასტერების და რესპონდენტების შერჩევა მოხდა შემთხვევითად.

სატელეფონო გამოკითხვა მოიცავდა კვლევაში და მის ცალკეულ ეტაპებში რესპონდენტის მონაწილეობის დადასტურებას/უგულვებელყოფას; რესპონდენტის გამოკითხვას მის კლასტერში საკონტროლოდ აღებული სხვა რესპონდენტის თაობაზე; ლაბორატორიული კვლევისას უზმოდ ყოფნის შესახებ; რესპონდენტის გამოკითხვას 10 მეზობელ ქალბატონში მწველობის გავრცელების დონესთან დაკავშირებით; კმაყოფილებას კვლევასთან დაკავშირებით; რესპონდენტის რეკომენდაციებს.

ხარისხის გარე კონტროლის შედეგად გამოვლინდა PDA-ებში შეყვანილი და ნაბეჭდ ფორმებზე არსებული მონაცემების შესაბამისობა გამოკითხვის შედეგებთან. რესპონდენტთა 100%-მა დაადასტურა კვლევაში მონაწილეობა, უზმოდ ყოფნა დაადასტურა 96%-მა, დანარჩენებს სხვადასხვა მიზეზების გამო არ ჩატარებიათ ლაბორატორიული კვლევა. რესპონდენტთა 94.1%-მა გამოხატა დიდი კმაყოფილება კვლევის ჩატარების გამო, დანარჩენი რესპონდენტები იკავებდნენ ნეიტრალურ პოზიციას. რესპონდენტები განსაკუთრებულ კმაყოფილებას გამოთქვავდნენ ლაბორატორიული კვლევების გამო. მათი თქმით მიზანშეწონილია მსგავსი კვლევების განმეორებით ჩატარება და ასაკობრივი შეზღუდვის მოხსნა 64 წელზე უფროსი ადამიანებისთვის.

ველზე მიღებული ლაბორატორიული მონაცემების (ქოლესტეროლის და ტრიგლიცერიდებისათვის) ხარისხის კონტროლისათვის ჩატარდა კონფირმაციული კვლევა იმერეთის ზონალურ სადიაგნოსტიკო და ვისბადენის Human-QC-Referral ლაბორატორიებში (გერმანია). მონაცემების შედარებამ დაადასტურა ველზე მიღებულ მონაცემთა სანდოობის ხარისხი.

### **შეზღუდვები**

კვლევის დროს არსებობდა გარკვეული შეზღუდვები და ნაკლოვანებები, რომელთა გათვალისწინებაც სასურველია შემდგომი კვლევების დაგეგმვისას:

- შეზღუდული რესურსები
- კვლევა არ მოიცავდა 11-17 წლის პირებს და აგრეთვე 64 წელზე ასაკოვან ადამიანებს



- კვლევა არ მოიცავდა ისეთი ბიოქიმიური მაჩვენებლების შესწავლას, როგორცაა დაბალი და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები, გლიკოზირებული ჰემოგლობინი და სხვა
- მიზანშეწონილია რეგიონულ დონეზე ჩარღმავებული ანალიზი

### თავი 3

#### კვლევის შედეგები

##### სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

###### კვლევაში მონაწილეობის მაჩვენებელი

კვლევა ჩატარდა 243 კლასტერში, განხორციელდა 7802 ვიზიტი, მათ შორის რეპრეზენტატული აღმოჩნდა 6839 შინამეურნეობა, პასუხის მაჩვენებელმა შეადგინა 95%. 6018 პირმა გაიარა სამივე საფეხური, 424-მა მხოლოდ პირველი და მეორე საფეხურები, ხოლო 60-მა მხოლოდ ლაბორატორიული კვლევა. ნაცვლად დაგეგმილი 6075-ისა კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 6497-მა რესპონდენტმა.

###### სქესი და ასაკი

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო საქართველოს 6497-მა მოქალაქემ, რომელთაგან 1887 (29%) იყო მამაკაცი, ხოლო 4610 (71%) ქალი. მონაწილეები დაჯგუფებულ იყვნენ 5 ასაკობრივ ჯგუფად. რესპონდენტების ყველაზე მეტ ოდენობას (31%) შეადგენდა 55-64 წლის ადამიანები, მას მოსდევდა 45-54 წლის ჯგუფი (26,4%), შემდგომ 35-44 (18.2%) და 25-34 (14%) წლის, ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობით (10%) 18-24 წლის პირები იყვნენ წარმოდგენილნი.

ასაკობრივ ჯგუფებში სქესის მიხედვით გადანაწილება თითქმის თანაბარია და შეადგენს 26-31%-ს მამაკაცებისთვის და 70-72%-ს ქალებისთვის. გამონაკლისია 18-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, რომელშიც მამაკაცები შედარებით დიდი პროპორციით არიან წარმოდგენილნი – 38.8%, აგრეთვე 55-64 წლის ასაკობრივი ჯგუფი სადაც პროპორციულად ქალები მეტად (73.9%) არიან წარმოდგენილნი.

რეგიონების მიხედვით მონაწილეთა ყველაზე დიდი რაოდენობა მოცულ იქნა თბილისში (20.6%), მას მოსდევს იმერეთი - 15%, მცირერიცხოვანი აღმოჩნდა შიდა ქართლი (5.1%), რაჭა-ლეჩხუმი (6.2%), გურია (6.6%), მცხეთა-მთიანეთი (6.5%) და სამცხე-ჯავახეთი (6.8%). 7.2-9.1%-ის ფარგლებში მერყეობს რესპონდენტთა რაოდენობა აჭარაში, კახეთში, ქვემო ქართლსა და სამეგრელოში.

სხვაობა სქესობრივი შემადგენლობის მხრივ (ქალების შეფარდება მამაკაცებთან) რეგიონებს შორის 3:1-თან. გამონაკლისს წარმოადგენს შიდა ქართლი (შეფარდება 4:1).

###### ოჯახური მდგომარეობა

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით გამოყოფილ იქნა 6 ჯგუფი. ყველაზე დიდ ჯგუფს (64.3%) შეადგენს ამჟამად დაქორწინებულები. სიდიდით მომდევნო ჯგუფებია დაუქორწინებლები (16.7%) და ქვრივები (12.3%). შედარებით მცირერიცხოვანია განქორწინებულთა (3.4%) და ცალკე მცხოვრებთა (3.0%) ჯგუფები, და ძალზე დაბალი თანამცხოვრებლები (0.1%).

დაქორწინებულთა მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 25-54 წლის კონტიგენტში (68.6-75.7%) და ყველაზე დაბალი (30.8%) 18-24 წლის პირებში. დაუქორწინებულთა მაჩვენებელი მცირდება ასაკის მატებასთან ერთად და ვარირებს 67.1%-დან (18-24 წლის პირებში) 6.2%-მდე (55-64 წლის პირებში). ცალკე მცხოვრებთა და ქვრივთა მაჩვენებელი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. დაუქორწინებულთა მაჩვენებელი კაცებში უფრო მეტია, ვიდრე ქალებში (24.7% საპირწონედ 13.5%). განქორწინებულთა მაჩვენებელი

უფრო მაღალია ქალებში (4.1%), ვიდრე კაცებში (1.8%). განქორწინებულთა მაღალი პროცენტი ფიქსირდება ქალთა 25-34 წლის კონტინგენტში (5.2%) და კაცთა 35-44 წლის კონტინგენტში (3.4%). ქვრივთა მაჩვენებელი მაღალია ქალებში (15.9%), ვიდრე კაცებში (4.1%). ასაკის მატებასთან ერთად, ქვრივთა მაჩვენებელი, როგორც კაცებში ასევე ქალებშიც, იზრდება.

18-24, 25-34 და 35-44 წლის ჯგუფებში ქალებში დაქორწინების მაჩვენებელი მეტია ვიდრე მამაკაცებში და პირველ 2 ჯგუფში სხვაობა 16-20%-ს შეადგენს. ამასთან ერთად ბოლო ორ ასაკობრივ ჯგუფში (45-54 და 55-64) მამაკაცებში დაქორწინებული მეტია ვიდრე ქალებში, რის ხარჯზეც მთლიანობაში დაქორწინებულთა მაჩვენებელი კაცებში მეტია (66.2%), ვიდრე ქალებში (63.5%). დაქორწინებულთა მაჩვენებელი კაცებში ყველაზე მაღალია 45-54 წლის ასაკობრივ კონტინგენტში (83.2%), ხოლო ქალებში მაღალია 35-44 წლის კონტინგენტში (77.3%).

### განათლება

განათლების წლების (სულ წლების რაოდენობა გატარებული სკოლაში ან სრულდღიანი სწავლების რეჟიმში, გარდა სკოლამდელი განათლებისა) საშუალო მაჩვენებელი იყო 12.5. ეს მაჩვენებელი ასაკობრივ ჯგუფების მიხედვით მცირედ ვარირებს. ყველაზე მცირეა 18-24 წლიანი ჯგუფისათვის (11.9 წელი); ყველაზე დიდი 25-44 წლიანი ჯგუფისათვის (12.9 წელი).

კაცები უფრო მეტ დროს ხარჯავენ განათლებაზე, ვიდრე ქალები (12.7 საპირწონედ 12.4). იგივე პროპორცია გვხვდება ასაკობრივ ჯგუფებშიც გარდა 18-24 წლიანი კონტინგენტისა, სადაც ქალები უფრო მეტ დროს ხარჯავენ განათლებაზე ვიდრე კაცები (12.0 საპირწონედ 11.7).

დასრულებული განათლების დონე (განათლების უმაღლესი დონე რომელსაც მონაწილემ მიაღწია) დაჯგუფებული იქნა 7 დონედ. არანაირი სასკოლო, არასრული დაწყებითი და სრული დაწყებითი განათლების მქონე პირები ძალზე ცოტაა (0.3%, 0.3% და 0.6% შესაბამისად). მცირეა ასევე დიპლომისშემდგომი განათლების მქონე (1.2%) და არასრული საშუალო განათლების მქონე (6.7%) პირები. გამოკითხულთა უმეტესობას აქვს სრული საშუალო (57.2%) და საუნივერსიტეტო (33.6%) განათლება.

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით საუნივერსიტეტო განათლების მეტი სიხშირით გამოირჩევა 25-44 წლის ასაკის პირები.

### ეთნიკური შემადგენლობა

ეთნიკური შემადგენლობის მხრივ ყველაზე დიდი ჯგუფია ქართველები (87.3%). ეთნიკურ უმცირესობებს შორის შედარებით დიდი ჯგუფებია სომხები (5.7%) და აზერბაიჯანელები (4.1%).

რუსების პროცენტული მაჩვენებელი შედარებით მაღალია (1.9%) მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში. საპირისპირო ტენდენციაა აზერბაიჯანელებისა და სომხების ჯგუფებში სადაც, ასაკის მატებასთან ერთად მაჩვენებელი მცირდება.

### დასაქმება

სამუშაო სტატუსის მიხედვით გამოყოფილი იქნა 4 ჯგუფი. ყველაზე დიდ ჯგუფი (65.3%) შეადგინა არაანაზღაურებადი სამუშაო სტატუსის მქონე პირებმა. ამ სტატუსის მქონე ქალები შეადგენენ გამოკითხულ ქალთა 70.6%-ს, კაცები კი 52.4%-ს.

არაანაზღაურებადი სამუშაო სტატუსის მქონე პირები განსაკუთრებით ჭარბობენ 18-24 წლის ასაკებში.

სახელმწიფო მოხელედ მუშაობს გამოკითხულთა 17.1%. ქალებში სახელმწიფო მოხელეთა პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალია 18%, ვიდრე კაცებში - 14.7%.

არასამთავრობო სექტორში მომუშაოებელი შორის ჭარბობენ მამაკაცები (9.4%) ქალებთან (4.5%) შედარებით. თვითდასაქმებულთა პროცენტული მაჩვენებელი კაცებში გაცილებით მაღალია (23.5%), ვიდრე ქალებში (6.9%). თვითდასაქმებულთა პროცენტული მაჩვენებელი მაღალია 25-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

არაანაზღაურებადი სამუშაო სტატუსის მქონე პირთა შორის ჭარბობენ დიასახლისები (44.3%). ამ ჯგუფში სიდიდით მეორე ქვეჯგუფს შეადგენენ შრომისუნარიანი უმუშევრები (31.3%). შრომისუნარიან უმუშევართა მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია კაცებში, ვიდრე ქალებში (74.3% საპირწონედ 18.2%). ქალებში შრომისუნარიან უმუშევრთა მაჩვენებელი მაღალია 18-24 წლის კონტინგენტში და ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს. კაცებში შრომისუნარიან უმუშევრთა პროცენტული წილი მაღალია 25-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

პენსიონერები შეადგენენ გამოკითხულთა 16.2%-ს. პენსიონერთა მაჩვენებელით ჭარბობენ ქალები, ვიდრე კაცები (17.5% საპირწონედ 11.7%). პენსიონერთა მაჩვენებელი ქალებში ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. შრომისუნარო უმუშევართა პროცენტული მაჩვენებელი კაცებში (6.4%) გაცილებით მაღალია, ვიდრე ქალებში (1.9%). სტუდენტთა ჯგუფი უფრო წარმომადგენლობითია კაცებში, ვიდრე ქალებში (6.4 საპირწონედ 4.3).

### ოჯახის შემოსავალი

კომლის საშუალო წლიური შემოსავლის მიხედვით გამოყოფილი იყო 5 ჯგუფი. გამოკითხულთა 95.5%-ის წლიური შემოსავალი ნაკლებია 2600 ლარზე. მცირე რაოდენობის კომლთა შემოსავლები მერყეობს 2600-5000 ლარის ფარგლებში (3%) და კიდევ უფრო მცირე 5000-10000 ლარის ფარგლებში (1%) და 10000-20000 ლარის ფარგლებში (0.5%). კომლის წლიური საშუალო შემოსავალია 1587.4 ლარი.

### ქცევითი რისკ-ფაქტორები (STEP 1)

#### თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარების შესწავლისათვის კვლევა მოიცავდა 19 შეკითხვას, მათ შორის ყველა ძირითად, გაფართოებული კითხვარის ნაწილს და 2 დამატებით შეკითხვას (მოწევაზე თავის დანებებისას დახმარების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება). აღსანიშნავია, რომ მრავალ სხვა საკითხთან ერთად შესწავლილ იქნა მწეველობის სხვადასხვა სტატუსები, კერძოდ – ამჟამად თამბაქოს მოხმარება, ამჟამად მწეველობა, ყოველდღიური მწეველობა, ყოფილი მწეველობა, ყოფილი ყოველდღიური მწეველობა, არამწეველობა. ამჟამად მწეველობა განსაზღვრულია როგორც ამჟამად ყოველდღიური და ხანგამოშვებით მწეველობა, ხოლო ყოველდღიური მწეველობა როგორც დღეში მინიმუმ ერთი ღერი თამბაქოს პროდუქტის მოხმარება.

#### ამჟამად მწეველები

ამჟამად თამბაქოს რომელიმე პროდუქტს (მოსაწევს და უკვამლოს) მოიხმარს რესპონდენტთა 30.3% (მამაკაცების 55.5% და ქალების 4.8%). მკვეთრი განსხვავებაა

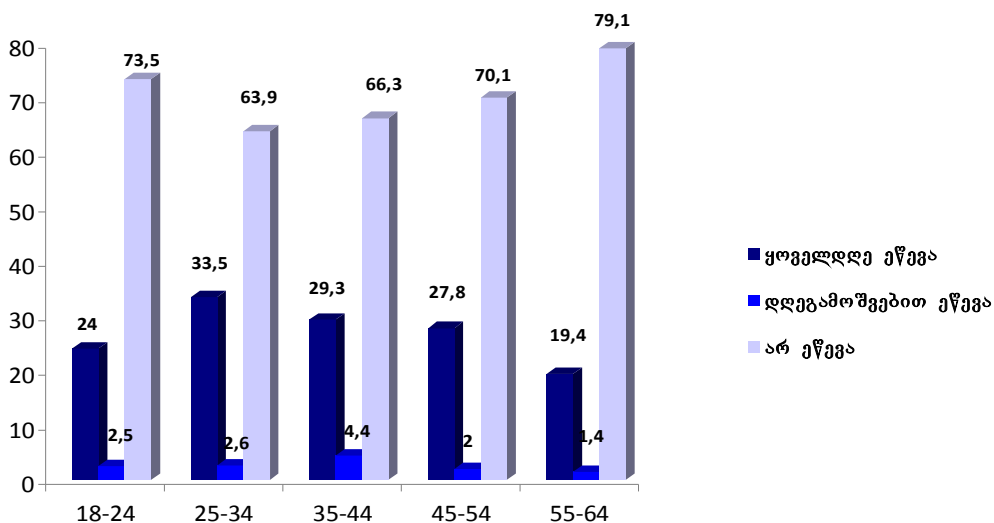
მამაკაცებსა და ქალებში ამჟამად მწვევლობის გავრცელების მხრივ. როგორც ჩანს ე.წ. სქესთა შორის მწვევლობის გავრცელების ისტორიული ტენდენციები ჯერჯერობით არ შეცვლილა საქართველოში, რის გამოც ქალების შემთხვევაში პოზიტიური, ხოლო მამაკაცების შემთხვევაში უკიდურესად ნეგატიური შედეგებია შენარჩუნებული. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ დღემდე ქალების მწვევლობა სტიგმატიზირებული თემაა და სავარაუდოა, რომ ზოგიერთი ქალი მაღავს ამ ჩვევას, რის შედეგადაც მიღებული მაჩვენებელი, სავარაუდოდ, ზუსტად არ ასახავს რეალურ სიტუაციას.

ცხრილი 2. რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება ამჟამად მწვევლობის სტატუსის, სქესისა და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	ამჟამად მწვეველი (%)		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	45.2	5.0	26.5
25-34	62.7	3.7	36.1
35-44	65.3	5.7	33.7
45-54	57.5	5.7	29.9
55-64	40.1	3.2	20.9
18-64	55.5	4.8	30.3

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მოწვევა ყველაზე მეტად 25-44 წლის ასაკშია გავრცელებული (36.1%). ყველაზე დაბალია 55-64 წლის პირებს შორის. დამაფიქრებელია ის, რომ 18-24 წლის მამაკაცების 45.2% მწვეველია, ხოლო ქალებში 5%, რაც ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით პიკურ მაჩვენებლებს მამაკაცებში (65.3%) მხოლოდ 1/3-ით ჩამორჩება, ხოლო ქალებში 0.7%-ით. თუ გავითვალისწინებთ 2008 წელს 13-15 წლის ასაკის ბავშვებში ჩატარებული კვლევის (Global Youth Tobacco Survey 2008) შედეგებს (ამჟამად მწვევლობა 8.7%) და იმავე წელს განხორციელებული თამბაქოს, ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარება 16 წლის ქართველ მოსწავლეებში ევროპის ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების სასკოლო პროექტის (European School Project on Alcohol and Other Drug - ESPAD) პილოტური კვლევის შედეგებს (ამჟამად მწვევლობა 16%), სავარაუდოა, რომ მწვევლობის სტატუსის განსაზღვრა/ჩამოყალიბება მამაკაცების და ქალების დიდ უმრავლესობაში 15-24 წლის ასაკში ხდება.

დიაგრამა 5. მწვევლობის სტატუსი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



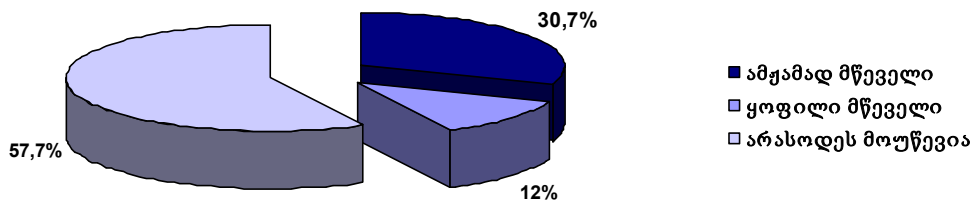
თამბაქოს უკვამლო პროდუქტებს (საყნოსი თამბაქო, საღებავი თამბაქო და სხვა) მოიხმარს რესპოდენტთა მხოლოდ 0.6% (კაცების 1% და ქალების 0.2%).

თამბაქოს მომხმარებელთა ძირითადი ნაწილი მოიხმარს მოსაწევ თამბაქოს. გამოკითხულთა ძალზე მცირე ნაწილს შეადგენს ყოფილი მწვევლები – 12%, ხოლო ყველაზე დიდი ჯგუფია არასოდეს მწვევლები (57.7%)

გამოკითხული რესპოდენტების 27.7% ამჟამად ყოველდღე მწვევლია, რაც ამჟამად მწვევლთა 91.2%-ს შეადგენს. ამჟამად ხანგამოშვებით ეწევა 2.7%, ამჟამად არ ეწევა 69.7%. მამაკაცებში ამჟამად ყოველდღე მწვევლობის პროცენტული მაჩვენებელი (51.1%) ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში (4.0%), თუმცა, განსხვავებით მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებისაგან, მამაკაცებში შეიმჩნევა ამ მაჩვენებლის შემცირების ტენდენცია ასაკობრივი ჯგუფის მატებასთან ერთად.

გამოკითხულ მამაკაცებში ამჟამად ხანგამოშვებით მწვევლობის მაჩვენებელი მაღალია 4.5%, ვიდრე ქალებში (0.8%). ხანგამოშვებით მწვევლობის მაჩვენებლები ყველა ასაკობრივ ჯგუფში დაბალი მონაცემით ხასიათდება. კაცებში ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 35-44 ასაკობრივ ჯგუფში (8.2%). გამოკითხული მამაკაცებიდან ამჟამად არ ეწევა 44.5%, ხოლო გამოკითხული ქალების 95.2%.

*დიაგრამა 6. რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება მწვევლობის სტატუსის მიხედვით*



რეგიონების მიხედვით ამჟამად თამბაქოს მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისშია (36.5%), ხოლო ყველაზე დაბალი შიდა ქართლში (18.8%). თბილისის შემდეგ მოდის აჭარა (34.5%) და გურია (34.3%), შემდგომ ქვემო ქართლი (30.8%), მცხეთა-მთიანეთი (29.6%) და კახეთი (27.9%). საკმაოდ დაბალია ამჟამად მწვევლთა მაჩვენებელი რაჭა-ლეჩხუმსა (21.4%) და სამცხე-ჯავახეთში (23%). ამ მონაცემების მიხედვით უნდა ვივარაუდოთ, რომ ურბანიზაცია წარმოადგენს მოწვევის გავრცელების ერთერთ რისკ-ფაქტორს. ეს უმთავრესად თამბაქოს ინდუსტრიის მიერ ურბანულ რაიონებში მარკეტინგული ძალისხმევის კონცენტრაციის შედეგი შეიძლება იყოს.

თამბაქო არასოდეს მოუხმარიათ შიდა ქართლის მოსახლეობის 72.1%-ს, რაც ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია, ამ მხრივ ყველაზე დაბალი მონაცემი თბილისს აქვს (50%).

ყოფილი მომხმარებლების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი თბილისსა და იმერეთშია (13.5%), მას მოსდევს კახეთი (12.9%). ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი გვხვდება შიდა ქართლში.

ამჟამად თამბაქოს მომხმარებელთა რაოდენობის კლებას რეგიონების მიხედვით უპირატესად თან სდევს არასოდეს მომხმარებელთა მაჩვენებლების მატება და

შედარებით უმნიშვნელოდ ყოფილ მომხმარებელთა რაოდენობის მომატება, რაც გვაფიქრებინებს იმას, რომ სადღეისოდ საქართველოში ზრდასრულ ასაკში თამბაქოსაგან თავისუფლების ძირითადი განმაპირობებელი არა მოწვევაზე თავის დანებების პრაქტიკა (მეორეული პრევენცია) არამედ მისი საერთოდ არდაწყება (პირველადი პრევენცია) უნდა იყოს. აღნიშნული ერთის მხრივ პირველადი პრევენციის მნიშვნელობაზე და ამავდროულად მოწვევის შეწყვეტის მოტივირების და მხარდაჭერის გაძლიერების აუცილებლობაზე მიუთითებს.

ცხრილი 3. მწვევლობის ხანგრძლივობა წლების, სქესისა და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	საშუალო ხანგრძლივობა		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	3.9	5.3	4.0
25-34	11.3	9.2	11.2
35-44	21.2	16.9	20.8
45-54	30.3	21.6	29.4
55-64	39.9	28.8	39.2
18-64	18.8	16.0	18.6

გამოკითხულ ყოველდღიურ მწვევლებში მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი 18.6 წელია, ამასთან, ყოველდღიურ მწვევლებში 35 წელზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში მოწვევა დაიწყეს უფრო ადრე, ვიდრე 35 და მეტ ასაკობრივ ჯგუფებში. გამოვლინდა, რომ მამრობითი სქესის წარმომადგენლებში მოწვევის დაწყება ხდება უფრო ადრეულ ასაკში (საშუალოდ 18.3 წ.), ვიდრე ქალებში (საშუალოდ 23.2წ).

“მწვევლობის სტაჟი” ორივე სქესში, როგორც მოსალოდნელი იყო, პროპორციულად იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. მამაკაცების მწვევლობის სტაჟი ოდნავ მაღალია ვიდრე ქალებისა (18.8 საპირწონედ 16.0).

ყოველდღიურ მწვევლთა 98.8% იყენებს სამრეწველო წარმოების სიგარეტს. თამბაქოს პროდუქტებიდან დღიურად მოხმარებული სამრეწველო წარმოების სიგარეტის საშუალო რაოდენობა ორივე სქესში საშუალოდ 19.5 ღერია. კაცები ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მოიხმარენ უფრო მეტ სიგარეტს დღის განმავლობაში (20 ღერი), ვიდრე ქალები (14 ღერი).

ორივე სქესის ყოველდღე მწვევლნი დღიურად საშუალოდ 0.4 ღერ ხელით დახვეულ სიგარეტს და 0.6 სიგარის სხვადასხვა ტიპს მოიხმარენ; ამასთან, სიგარის სხვადასხვა ტიპს მოიხმარენ მხოლოდ მამრობითი სქესის წარმომადგენლები.

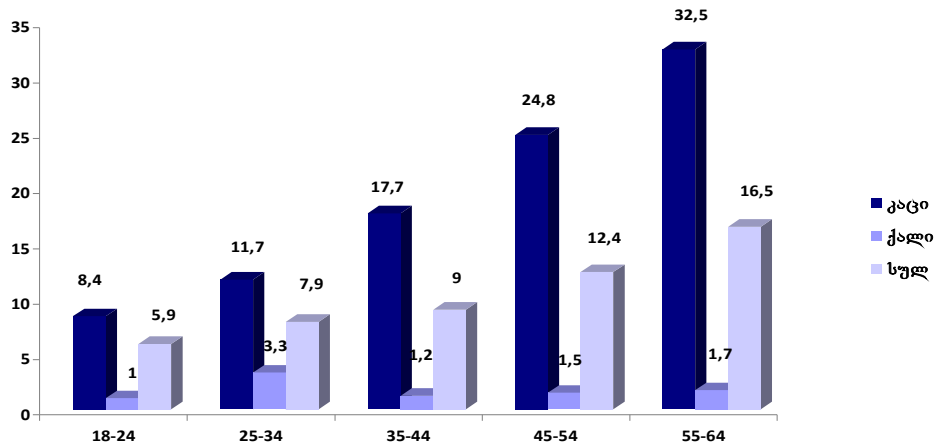
**ყოფილი მწვევლები**

შესწავლილ იქნა ყოფილი მწვევლობის და ყოფილი ყოველდღე მწვევლობის გავრცელება და მახასიათებლები. უნდა აღინიშნოს, რომ ყოფილი ყოველდღე მწვევის სტატუსი განსაზღვრულია როგორც წარსულში ყოველდღიური მწვევისა, რომელიც ამჟამად არ ეწევა, ან ეწევა ხანგამოშვებით (არაყოველდღიურად).

ყოფილი მწვევლები მოსახლეობის 12%-ს შეადგენენ, მათი დიდი უმრავლესობა ყოფილი ყოველდღე მწვევლია. გამოკითხულ რესპოდენტებში ყოფილი ყოველდღე მწვევლების წილი 9.6%-ია. კაცების 17.4% და ქალების 1.8% წარსულში ყოველდღე ეწეოდა სიგარეტს. ყოფილი ყოველდღე მწვევი კაცების წილი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მკვეთრად მეტია ქალებთან შედარებით, განსაკუთრებით მაღალია ეს მაჩვენებელი 55-64 ასაკობრივ ჯგუფში (32.5%). ამასთან, მამრობითი სქესის

წარმომადგენლებში, განსხვავებით ქალებისაგან, შეიმჩნევა ასაკობრივი ჯგუფის მატებასთან ერთად ყოფილი მწვევლების რაოდენობის მომატება.

დიაგრამა 7. ყოფილი მწვევლების პროცენტული განაწილება ასაკის და სქესის მიხედვით



ყოფილ ყოველდღე მწვევლებში მოწვევის შეწყვეტიდან კვლევის ჩატარებამდე თამბაქოსაგან თავისუფალი პერიოდის ხანგრძლივობა საშუალოდ ორივე სქესის წარმომადგენლებში არის 15.8 წ., მამაკაცებში ეს პერიოდი უფრო მეტია (16.1 წ.), ვიდრე ქალებში (13 წ.).

ყოფილ ყოველდღე მწვევლებს შორის დიდი უმრავლესობა ამჟამადაც არ ეწევა. ორივე სქესში ამჟამად არ ეწევიან ყოფილ ყოველდღიურ მწვევლთა 8.7%; კაცებში ეს მაჩვენებელი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ბევრად მაღალია (15.7%), ვიდრე ქალებში (1.6%). ყოფილ ყოველდღიურად მწვევლ მამაკაცებში ასაკობრივი ჯგუფის მატებასთან ერთად შეიმჩნევა ამჟამად არამწვევლთა პროცენტული მაჩვენებლის მკვეთრი ზრდა (ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი არის 55-64 წ. ასაკობრივ ჯგუფში - 31.5%). მსგავსი ტენდენცია არ აღინიშნება მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებში, ქალებში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (3.2%) დაფიქსირდა 25-34 წ. ასაკობრივ ჯგუფში.

ცხრილი 4. ყოფილი მწვევლების (რომლებმაც გამოიყენეს რაიმე ტიპის სახმარება) განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	გამოიყენეს დახმარება (%)		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	12.8	14.2	13.0
25-34	7.4	31.2	14.2
35-44	20.9	9.7	18.9
45-54	24.1	34.8	25.2
55-64	27.2	35.0	27.8
18-64	19.4	26.3	20.4

ჩვენ ვეკითხებოდით რესპონდენტებს თუ რომელი დახმარება (კონსულტაცია, მათ შორის სპეციალურ თამბაქოს საწინააღმდეგო კლინიკაში, ნიკოტინჩანაცვლებითი მკურნალობა, სხვა მედიკამენტები, როგორცაა ბუპროპრიონი ან ტაბექსი, სპეციალური სატელეფონო კონსულტაცია, გადასვლა თამბაქოს უკვამლო პროდუქტებზე, რაიმე სხვა) გამოიყენეს მათ მოწვევაზე თავის დანებებისათვის.

ყოფილი მწვევლების მხოლოდ 20.4%-მა გამოიყენა მოწვევაზე თავის დანებებისათვის დახმარების სულ მცირე 1 საშუალება (ქალების 26.3% და მამაკაცების 19.4%).



აღნიშნული მიუთითებს ერთის მხრივ ამ მეთოდების დაბალი ხელმისაწვდომობის და შესაძლოა აგრეთვე ეფექტურობის დაბალ დონეზე. მამაკაცებში 35-44 წ. ასაკობრივი ჯგუფიდან შეიმჩნევა ამ მაჩვენებლის ზრდა (თუ 35-44 ასაკობრივ ჯგუფში 20.9%-მა სცადა მოწვევის შეწყვეტისათვის დახმარების გამოყენება, 55-64 წ. ასაკობრივ ჯგუფში ეს მაჩვენებელი 27.2% მდე გაიზარდა); ქალებში მოწვევაზე თავის დანებებისათვის დახმარების გამოყენება ყველაზე მეტჯერ სცადეს 55-64 წ. ასაკობრივ ჯგუფში (35%), ხოლო ყველაზე ნაკლები მაჩვენებელი არის 35-44 წ. ასაკობრივ ჯგუფში (9.7%).

**მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა**

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოწვევაზე თავის დანებება წარუმატებლად სცადა ამჟამად მწვევლების 39.1%-მა (მამაკაცების 40.3% და ქალები 25.8%). ორივე სქესის ამჟამად მწვევლებში თავის დანებების მცდელობის მაქსიმალური მაჩვენებელი (43.9%; მამაკაცების 44% და ქალების 40.6%) დაფიქსირდა 25-34 წ. ასაკობრივ ჯგუფში.

მოწვევაზე თავის დანებებისთვის დახმარების სულ მცირე 1 საშუალება გამოიყენა ამჟამად მწვევლების მხოლოდ 16.8%-მა; გამოკითხულ ქალებში ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია (24.2%), ვიდრე კაცებში (16.4%).

მოწვევაზე თავის დანებებისთვის დახმარების გამოყენების მხრივ ყველაზე მაღალი აქტივობა შეიმჩნევა 18-24 წ. ასაკობრივ ჯგუფში (24.9%; ქალების 38.8% და მამაკაცთა 23.8%). სავარაუდოა, რომ ამის ერთ-ერთი მიზეზი სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ამ ჯგუფის ინტერნეტსა და თანამედროვე კომუნიკაციებში გათვითცნობიერებულობის მაღალი დონეა, ვინაიდან სწორედ ინტერნეტ სივრცეში მოიპოვება ყველაზე მეტი ინფორმაცია მოწვევაზე თავის დანებების მეთოდების შესახებ. ზოგადად მნიშვნელოვანია მოწვევის შეწყვეტის დახმარების შეთავაზებისას გამოყენებულ იქნეს ადექვატური საკომუნიკაციო არხები, რისთვისაც, როგორც ამ მონაცემებით შეიძლება ვივარაუდოთ, მნიშვნელოვანი იქნება განსხვავებები ასაკობრივ ჯგუფებს შორის.

*ცხრილი 5. უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში მოწვევის შეწყვეტის მცდელობები ამჟამად მწვევლებს შორის სქესისა და ასაკის მიხედვით*

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	(%)		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	37.6	32.2	37.1
25-34	44.0	40.6	43.9
35-44	40.2	20.8	38.5
45-54	37.4	14.8	35.1
55-64	39.3	30.5	38.6
18-64	40.3	25.8	39.1

**ალკოჰოლის მოხმარება**

**ალკოჰოლის მოხმარება მთელი ცხოვრების განმავლობაში**

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება საკმაოდ მაღალია საქართველოში და 78.5%-ს შეადგენს. ეს მაჩვენებელი ძალზე მაღალია მამაკაცებში (90.3%).

ალკოჰოლის მოხმარებელ ქალთა და მამაკაცთა თანაფარდობაა 1 : 3. ალკოჰოლს საერთოდ არ ღებულობს, საშუალოდ, ყოველი მე-5 რესპოდენტი. მათი უმრავლესობა მდებრობითი სქესის და ახალგაზრდა ასაკის პირებია, თუმცა 25 წელზე მეტი ასაკის რესპოდენტებში ასაკის მატებასთან ერთად ასეთ პირთა რაოდენობა ქალებში იზრდება

30.3%-დან 38.6%-მდე, ხოლო მამაკაცებში სტაბილურად ერთ დონეზე რჩება 8.7%. 18-24 წ. ჯგუფში, ორივე სქესში, სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით მაღალია იმ პირთა წილი, რომლებსაც ცხოვრების მანძილზე არ მოუხმარიათ ალკოჰოლი (მამაკაცებში 13.7% და ქალებში 35.7%). ამასთან ერთად, ამავე ჯგუფში სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან ერთად მაღლე მაღალი მოხმარება, რაც იძლევა იმის ვარაუდის საშუალებას, რომ ალკოჰოლის მოხმარების ქცევა ადრეული ასაკიდანვე ყალიბდება.

ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსი კვლევამდე 30 დღის და 12 თვის განმავლობაში გამოკითხვისას ყურადღება გამახვილდა ერთის მხრივ, ალკოჰოლის მიღების სტატუსზე დროის მიხედვით (უკანასკნელი 30 დღე, 12 თვე), და, მეორეს მხრივ, მიღებული ალკოჰოლის ჯერადობასა და ოდენობაზე, სტანდარტული, ჯანმოს მიერ მიღებული ნორმების გათვალისწინებით.

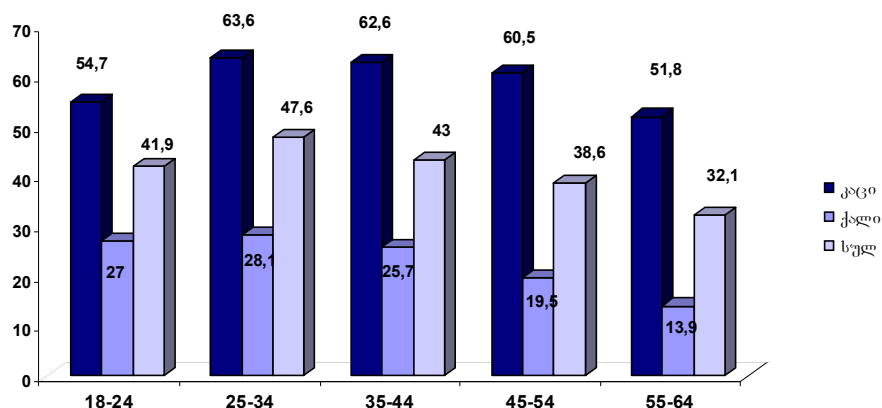
უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელებამ 22.5% შეადგინა, საზოგადოდ, იგი სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება სქესისა და ასაკების მიხედვით, თუმცა ქალებში ეს მაჩვენებელი ოდნავ მაღალია, განსაკუთრებით 25-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. მიუხედავად იმისა, რომ პრევალენტობა ქალებსა და მამაკაცებში თანაბარია ალკოჰოლის აქტიური მოხმარების ასაკობრივ ჯგუფში (45-54 წ.), 25-34 წლის ასაკის ქალებში ალკოჰოლის მოხმარების მაჩვენებელი (26.3%) სჭარბობს ანალოგიურ მაჩვენებელს მამაკაცებში (20.3%).

ცხრილი 6. ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	უკანასკნელი 12 თვე (%)		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	23.0	22.8	22.9
25-34	20.3	26.3	23.0
35-44	20.3	24.2	22.4
45-54	22.9	23.3	23.1
55-64	19.6	20.0	19.8
18-64	21.3	23.6	22.5

ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება გამოკითხვამდე ბოლო 1 თვის მონაცემების მიხედვით 41.5%-ია. ის 2.5-ჯერ მაღალია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში. რესპოდენტ მამაკაცთა ნახევარზე მეტი ალკოჰოლს აქტიურად მოიხმარდა ბოლო 30 დღის განმავლობაში. მაშინ, როცა ქალებში ეს მაჩვენებელი ასაკის ზრდის შესაბამისად მცირდებოდა.

დიაგრამა 8. ალკოჰოლის მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში ასაკის და სქესის მიხედვით



მიუხედავად იმისა, რომ ალკოჰოლის ყოველდღიურად მიღების მაჩვენებელი დაბალია ორივე სქესის წარმომადგენლებში და, საშუალოდ, 1.6%-ს არ აჭარბებს, აღმოჩნდა, რომ ალკოჰოლს ყოველდღიურად ღებულობს 35-44 წლის მამაკაცთა 3.4% და 55-64 წლის მამაკაცთა 4.7%. ქალთა შორის ალკოჰოლს ყოველდღიურად, ძირითადად, 35-44 წლის ასაკში ღებულობენ. ამავე ასაკობრივ ჯგუფებში ასევე მაღალი აღმოჩნდა ალკოჰოლის მიღების სიხშირის სხვა მაჩვენებლებიც, კერძოდ, ალკოჰოლის მომხმარებელ მამაკაცთაგან ყოველი მე-2, ხოლო ქალთაგან ყოველი მე-5 ალკოჰოლს ღებულობს კვირაში 1-3 ღღეს. ასეთ პირთა რაოდენობა მაღალია 25-34 წლის მამაკაცებში და 35-44 წლის ქალებში.

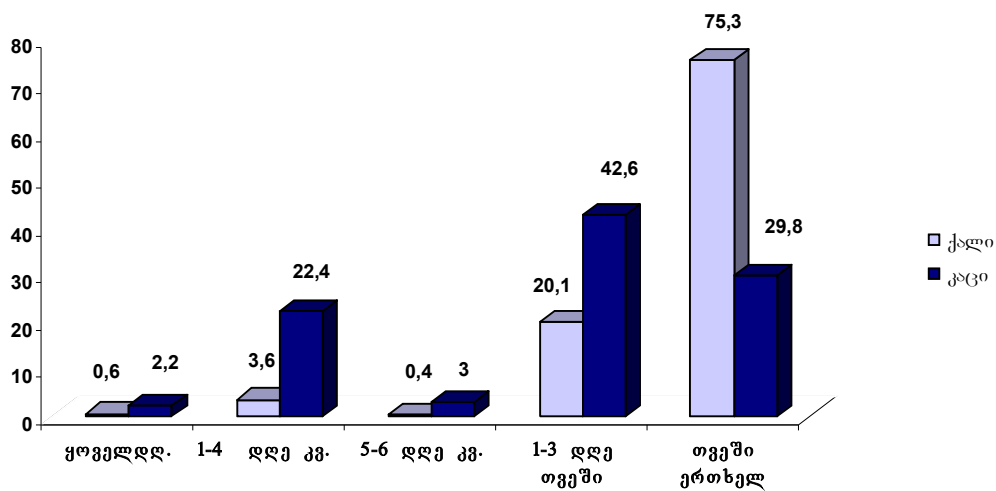
რეგიონების მიხედვით ამჟამად მსმელთა ყველაზე მაღალი პროპორცია გვხვდება კახეთში (51.7%), ხოლო ყველაზე დაბალი სამცხე ჯავახეთსა (28%) და აჭარაში (32%). ყველა დანარჩენ რეგიონში ამჟამად მსმელთა პროპორცია 38-46%-ის ფარგლებში მერყეობს. ამჟამად მსმელთა და ბოლო 12 თვის განმავლობაში მსმელთა მაჩვენებლების ტენდენციები რეგიონების მიხედვით იდენტურია.

სიცოცხლის განმავლობაში არამსმელთა ყველაზე მაღალი პროპორცია ქვემო ქართლშია (40.7%), მას მოსდევს სამცხე ჯავახეთი (33%) და გურია (29.9%). ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ამ მხრივ აქვს აჭარას (7.8%) და მცხეთა-მთიანეთს (11.5%). ყველა დანარჩენ რეგიონში არამსმელთა პროპორცია 15-21%-ის ფარგლებში მერყეობს.

**ალკოჰოლის მოხმარების სიხშირე და რაოდენობა**

რესპონდენტ მამაკაცთა დიდი უმრავლესობა (42.6%) ალკოჰოლს თვეში 1-3 ღღე ღებულობს, ხოლო 22.4% - კვირაში 1-4 ღღე. ეს მაჩვენებლები, შესაბამისად, 2-ჯერ და 7-ჯერ სჭარბობს ანალოგიურ მაჩვენებლებს ქალებში. საზოგადოდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ქალთა დიდი უმრავლესობა (75.3%) ალკოჰოლს თვეში ერთხელ ღებულობს, განსაკუთრებით, 45 წლის ასაკიდან.

დიაგრამა 9. ალკოჰოლის მიღების სიხშირე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სქესის მიხედვით



რაც შეეხება ალკოჰოლის მიღების სიხშირეს უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში, ალკოჰოლის მომხმარებლებს, საშუალოდ, 5-ჯერ მოუწიათ სულ მცირე ერთი ნებისმიერი სახის სასმელის მიღება. ქალებთან შედარებით მამაკაცებს 2-ჯერ უფრო ხშირად მოუწიათ სმა. ამდენჯერვე განსხვავდება სტანდარტული ალკოჰოლური სასმელის მიღება ბოლო ერთი თვის განმავლობაში. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ

მამაკაცები ერთ ჯერზე ღებულობენ 6, ხოლო ქალები – 2 სტანდარტულ ალკოჰოლურ სასმელს. ამ მხრივ გამოირჩევიან 35-44 წლის მამაკაცები და 25-34 წლის ქალები

ცხრილი 7. ალკოჰოლური სასმელის მიღების სიხშირე სქესისა და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	საშუალო მაჩვენებელი		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	6.0	3.4	5.2
25-34	5.5	3.5	4.9
35-44	6.6	3.3	5.5
45-54	6.5	2.5	5.4
55-64	6.1	3.1	5.4
18-64	6.1	3.2	5.3

ცხრილი 8. ერთ ჯერზე მიღებული სტანდარტული ალკოჰოლური სასმელის რაოდენობა სქესისა და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	საშუალო მაჩვენებელი		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	5.3	2.3	4.4
25-34	6.4	2.8	5.4
35-44	6.9	2.1	5.4
45-54	6.2	2.1	5.1
55-64	5.9	1.7	5.0
18-64	6.2	2.3	5.1

საგულისხმოა, რომ გამოკითხვამდე უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში ერთ ჯერზე მიღებული სასმელის პორციის მაქსიმალური რაოდენობა საკმაოდ მაღალი აღმოჩნდა მამაკაცებში (9.3); ქალები კი, საშუალოდ, 3 სტანდარტულ დოზაზე მეტს არ ღებულობდნენ. ამასთან ერთად, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ასაკის მხრივ სტატისტიკურად მნიშვნელოვან განსხვავებას მამაკაცთა შორის ადგილი არ ჰქონია, მაშინ, როცა ქალთა შორის 25 წლის ასაკიდან ერთ ჯერზე მიღებული სასმელის პორციის რაოდენობა მცირდება 4-დან 2.4-მდე.

ყოველი მეორე მამაკაცი ერთ ჯერზე 5 და მეტ სასმელს ღებულობდა, ყოველი მეათე ქალი კი - 4 და მეტს. ასაკის მხრივ ასეთ პირთა რაოდენობამ 55.6% შეადგინა 35-44 წლის ასაკის იმ მამაკაცთა შორის, ვინც ბოლო 30 დღის განმავლობაში რეგულარულად იღებდა სასმელს. ქალთა შორის აქტიური მსმელები აღმოჩნდნენ 18-24 და 25-34 წლის ასაკის პირები.

**ალკოჰოლის მიღება კატეგორიების მიხედვით**

ბოლო ერთი თვის განმავლობაში მიღებული სუფთა ალკოჰოლის რაოდენობის მიხედვით რესპოდენტთა I, II და III კატეგორიებად დაყოფამ გვიჩვენა, რომ მსმელი მამაკაცების 92% საშუალოდ დღიურად 40 გრ.-ზე ნაკლებ სუფთა ალკოჰოლს ღებულობს, ხოლო ქალების 97.7% - 20 გრ.-ზე ნაკლებს.

სუფთა ალკოჰოლის მიღების გავრცელება არ განსხვავდებოდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. ამდენად, შეიძლება ითქვას, რომ ალკოჰოლის ყოველდღიურ მომხმარებელთა დიდი უმრავლესობა მსმელთა პირველ კატეგორიის განეკუთვნება. რაც შეეხება სუფთა ალკოჰოლის უფრო დიდი რაოდენობით მიღებას, მამაკაცებს შორის უფრო ხშირი იყო II (40-59.9 გრ სუფთა ალკოჰოლი დღიურად) და III კატეგორიის (60 გრ. მეტი სუფთა ალკოჰოლი დღიურად) პირები, ვიდრე ქალებში; რესპოდენტთა დიდი უმრავლესობა I კატეგორიას განეკუთვნება.

საგულიხმოა ისიც, რომ ალკოჰოლის მომხმარებელთა დიდი უმრავლესობა (90.1%) ალკოჰოლს საკვებთან ერთად ღებულობს. ეს მაჩვენებელი უმნიშვნელოდ განსხვავდება მამაკაცებსა (89.3%) და ქალებში (92.1%).

*ცხრილი 9. სუფთა ალკოჰოლის მომხმარებელთა განაწილება კატეგორიებად ბოლო 30 დღის განმავლობაში მიღებული ალკოჰოლის რაოდენობის მიხედვით სქესისა და ასაკის მიხედვით*

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	კატეგორიები					
	კაცი			ქალი		
	% I	% II	% III	% I	% II	% III
18-24	92.6	5.8	1.6	98.1	1.4	0.5
25-34	93.2	1.7	5.1	94.9	4.5	0.6
35-44	90.4	3.0	6.6	98.7	1.3	0.0
45-54	92.6	4.0	3.4	99.3	0.7	0.0
55-64	89.4	4.8	5.7	99.7	0.0	0.3
18-64	92.0	3.6	4.4	97.7	2.0	0.3

### კვება

#### დღეში საკვების მიღების ჯერადობა

რესპოდენტთა უმრავლესობა (60.1%) დღეში 3-ჯერ ღებულობს საკვებს. დღეში 2-ჯერ საკვებს იღებს რესპოდენტთა სიდიდით მეორე ჯგუფი (28.8%; ქალები – 33.3% და მამაკაცები – 24.3%). საკვებს 4 და მეტჯერ ღებულობს გამოკითხულთა დაახლოებით 8%. დღეში ერთხელ საკვებს იღებს რესპოდენტთა 3.6%.

დღეების რაოდენობის მიხედვით გარკვეული განსხვავებაა ქალებსა და მამაკაცებს შორის, კერძოდ მამაკაცები ქალებთან შედარებით იშვიათად მოიხმარენ ხილს, ბოსტნეულს და ტკბილეულს, მაგრამ უფრო ხშირად მოიხმარენ პურს, რძის ნაწარმს, ხორცს და თევზეულს.

#### საკვები პროდუქტების მოხმარების ზოგადი სტრუქტურა

კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპოდენტთა დიდი უმრავლესობა (69.6%) საშუალოდ, დღიურად 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და ბოსტნეულს ღებულობს. ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია მამაკაცებში, თანაც ძირითადად 18-24 წლის ასაკის ახალგაზრდებში (73.5%). რესპოდენტთა 5.6% კი საერთოდ არ იკვებება ხილითა და ბოსტნეულით. აქ ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილით 25-34 წლის ასაკის პირები გამოირჩევიან. რესპოდენტთა 32.2% ხილისა და ბოსტნეულის საშუალოდ 1-2 ულუფას ღებულობს, თითქმის ამდენივე 3-4 ულუფას, ხოლო 5 და მეტ ულუფას ღებულობს გამოკითხულთა მხოლოდ 30.4%.

ხილის მიღებული ულუფების საშუალო რაოდენობა 1.8-ს შეადგენს, და იგი ოდნავ მაღალია ქალებში (1.9) მამაკაცებთან შედარებით. ბოსტნეულის დღიური ულუფების რაოდენობა 1.2-ჯერ ჭარბობს ხილის მოხმარების მაჩვენებელს და საშუალოდ 2.2-ს შეადგენს. ხილის მიღების სიხშირე კვირაში 4.9 დღეს არ აჭარბებს. ეს მაჩვენებელი ოდნავ მაღალია ქალებში (5.2) მამაკაცებთან შედარებით (4.7). რაც შეეხება ბოსტნეულს, მისი საშუალო მიღების სიხშირე კვირაში ხილის მიღების საშუალო მაჩვენებელზე ოდნავ მაღალია (5.8) და სტატისტიკურად არ განსხვავდება სქესისა და ასაკის მიხედვით.

პროდუქტის სახეებს შორის პურპროდუქტების მოხმარებას პირველი ადგილი უჭირავს გამოკითხულ მოსახლეობაში. პურპროდუქტების მოხმარებაში ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი 25-54 წლის ასაკის მოსახლეობაზე მოდის. ყველაზე დაბალი

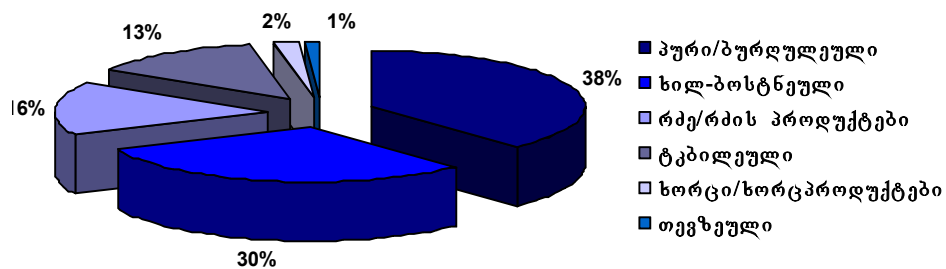
მაჩვენებელი კი ამ მხრივ 18-24 წლის პირებში დაფიქსირდა. ულუფების რაოდენობის მიხედვით მამაკაცები მნიშვნელოვნად მეტ პურპოდუქტს (4.5 ულუფა) მოიხმარენ ვიდრე ქალები (3.3 ულუფა).

თევზეულის მოხმარების ჯერადობა და რაოდენობა ყველაზე დაბალია სხვა პროდუქტებთან შედარებით. თევზეულს კვირაში საშუალოდ 1.1 დღეს მოიხმარენ და ულუფების საშუალო რაოდენობა 0.5-ით განისაზღვრება. ასაკობრივი და სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით განსხვავება შედარებით უმნიშვნელოა.

ხორც-პროდუქტების მოხმარების ჯერადობა და რაოდენობა ასევე საკმაოდ დაბალია სხვა პროდუქტებთან შედარებით. ხორცპროდუქტებს კვირაში საშუალოდ 2.1 დღეს მოიხმარენ და ულუფების საშუალო რაოდენობა 0.8-ით განისაზღვრება. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით განსხვავება შედარებით უმნიშვნელოა. ხორცპროდუქტების მოხმარების ჯერადობა, ისევე როგორც ულუფების რაოდენობა მამაკაცებში უფრო მეტია ვიდრე ქალებში, კერძოდ მამაკაცებში დღეების რაოდენობა 28%-ით მეტია ქალებისაზე (2.5 / 1.8), ხოლო ულუფების მიხედვით 44%-ით მეტი (0.9 / 0,5).

კვლევამ გამოავლინა საქართველოში რძის პროდუქტების საკმაოდ მაღალი მოხმარება. რძის ნაწარმს კვირაში საშუალოდ 5.5 დღეს მოიხმარენ. კვირაში რძის ნაწარმის მოხმარების დღეების რაოდენობა უმნიშვნელოდ განსხვავდება სქესის და ასაკის მიხედვით. მოხმარებული რძის ნაწარმის ულუფების რაოდენობის მიხედვით პირობით მენიუში იგი მე-3 ადგილზეა (2 ულუფა ტიპიურ დღეს, ანუ მენიუს 16%), რითიც იგი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარებას (4 ულუფა, მენიუს 31%), აგრეთვე პურპროდუქტების მოხმარებას (30%) და შედარებით უმნიშვნელოდ აღემატება ტკბილეულისას.

*დიაგრამა 10. დღის პირობითი მენიუს გასაშუალოებული შემადგენლობა მოხმარებული პროდუქტების ულუფების რაოდენობის მიხედვით*



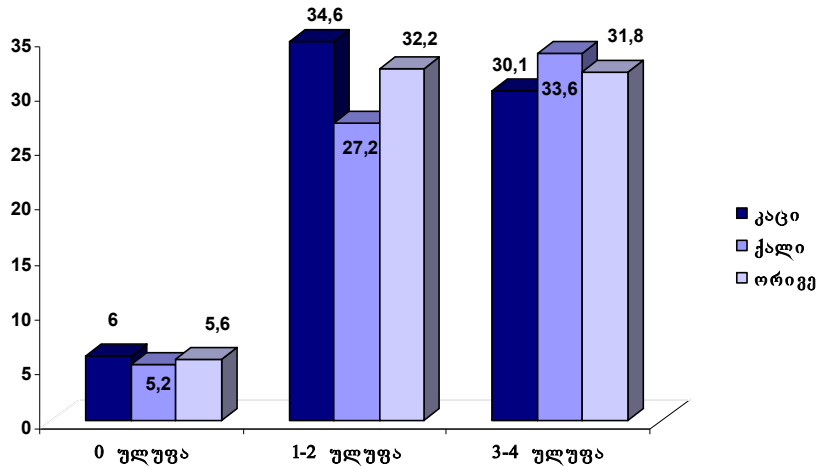
საყურადღებოდ მაღალია ტკბილეულის და შაქრის შემცველი პროდუქტების მოხმარების დონე. მოხმარების დღეების რაოდენობის მიხედვით იგი რძის პროდუქტების შემდგომ მე-4 ადგილზეა კაცებში და მე-3 ადგილზე ქალებში. იგივე ტენდენციაა მოხმარებული ულუფების რაოდენობის მიხედვითაც. გამოკითხულები ტკბილეულს კვირაში საშუალოდ 5.3 დღე მიირთმევენ. ქალები მეტად მოიხმარენ ტკბილეულს (5.6) ვიდრე კაცები (5). ჩვეულებრივ, ტკბილეულის 1.7 ულუფას მიირთმევენ კაცები, ხოლო 1.8-ს ქალები. ამ მხრივ ასაკობრივ ჯგუფებს შორის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 25-34 წლის პირებს აქვთ. მათ თანაბარი ოდენობებით მოსდევს 18-

24 და 35-44 წლის მოსახლეობა. ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობით ტკბილეულის მიღებას აღნიშნავს 55-64 წლის მოსახლეობა.

**ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილის და/ან ბოსტნეულის მოხმარება დღეში და კვებასთან დაკავშირებული რისკი**

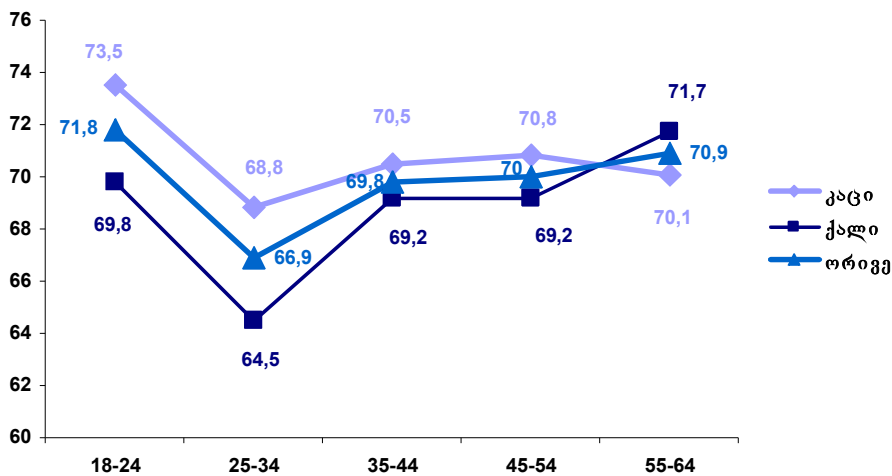
დიეტური რისკი შეფასდა ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მონაცემების საფუძველზე.

დიაგრამა 11. დიეტური რისკი სქესის მიხედვით



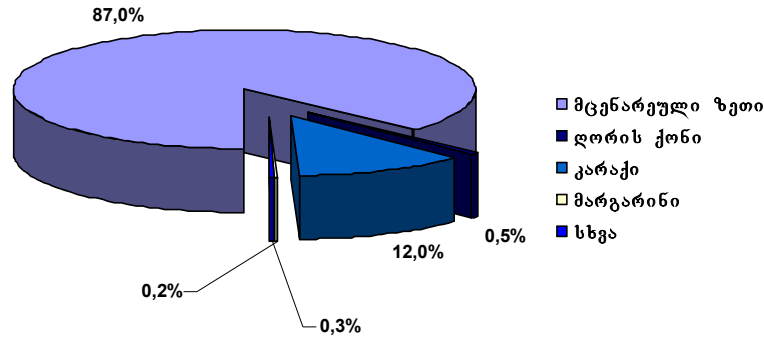
კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ რესპოდენტთა დიდი უმრავლესობა (69.9%) დიეტური რისკის ქვეშაა. ეს ეხება როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს. მამაკაცთა შორის ასეთ პირთა რაოდენობა შედარებით მეტია 18-24 წლის ახალგაზრდებში, ქალებში კი – ყველა ასაკობრივი ჯგუფი თანაბარი რისკის ქვეშ აღმოჩნდა, თუ არ ჩავთვლით 55-64 წლის ასაკის პირებს, რომელთა შორის ხილისა და ბოსტნეულის 5-ზე ნაკლები ულუფის მიღების პრევალენსია 71.7% აღმოჩნდა. ეს ოდნავ მაღალია ანალოგიური მაჩვენებელზე (70.7%) მამაკაცთა შორის. ფაქტიურად ერთნაირი ტენდენცია და მაჩვენებლებია ორივე სქესში.

დიაგრამა 12. დიეტური რისკი სქესისა და ასაკის მიხედვით



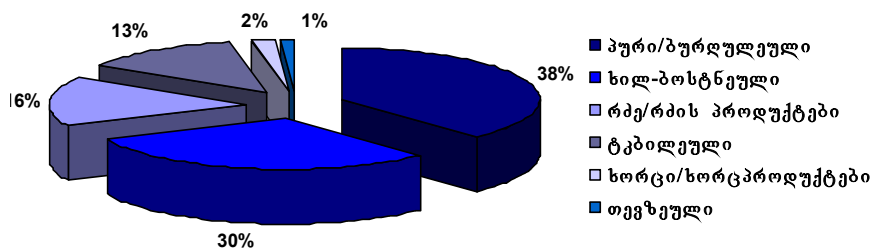
**ცხიმების მოხმარება**

საქართველოში სახლში საკვების მოსამზადებლად ყველაზე მეტად გავრცელებულია მცენარეული ზეთი (აღნიშნავს გამოკითხულთა 87%). მას მოსდევს კარაქი, რომელსაც 12% უჭირავს. ძალზე იშვიათია ღორის ქონის (0.5%) და მარგარინის (0.2%) გამოყენება. დიაგრამა 13. საკვების მოსამზადებლად ყველაზე ხშირად გამოყენებული ცხიმი



დღის გასაშუალოებული მენიუს მიხედვით პურპროდუქტების მოხმარება ცალკე აღებულ პროდუქტებს შორის აღმოჩნდა ყველაზე მაღალი (38%), შემდგომ მოდის ხილი და ბოსტნეული (30%), რძის ნაწარმი - 16% და ტკბილეული - 13%. რაც შეეხება ხორცს და ხორცპროდუქტებს, იგი მენიუს მხოლოდ 2%-ს იკავებს. ყველაზე მცირე წილი მენიუში თევზეულს უჭირავს (1%).

დიაგრამა 14. დღის პირობითი მენიუს გასაშუალოებული შემადგენლობა მოხმარებული პროდუქტების ულუფების რაოდენობის მიხედვით



დღის მენიუს მიხედვით გაკეთებული გათვლებით საქართველოს ზრდასრული მოქალაქე საშუალოდ 2700 კკალ-ს იღებს, მათ შორის ორ მესამედზე მეტი პურეულით და ტკბილეულით მიღებული კალორიებია.

**კვება სახლის გარეთ**

სახლის გარეთ მომზადებული საკვების მოხმარება საკმაოდ დაბალი მაჩვენებლით (კვირაში საშუალოდ 1.1; მამაკაცებში 1,6 და ქალებში 0,5) გამოირჩევა. მამაკაცებში ყველაზე ხშირად საკვებს სახლის გარეთ 25-44, ხოლო ქალებში 18-24 წლის პირები მიირთმევენ.



### საკვები პროდუქტების მოხმარება რეგიონებში

რეგიონების დიდ უმეტესობაში (11-დან 9-ში) პურეულს ყველაზე მეტად მოიხმარენ. მეორე ადგილზეა ბოსტნეულის მოხმარება, რომელიც 2 რეგიონში (აჭარა და იმერეთი) აღემატება პურის მოხმარებას. თითქმის 2-ჯერ ნაკლებია რძის ნაწარმის, ტკბილეულისა და ხილის მოხმარება, რომლებიდანაც 11-დან 9 შემთხვევაში ჭარბობს რძის ნაწარმის მოხმარება. იგი მხოლოდ აჭარასა და კახეთში ჩამორჩება ხილის მიღების მაჩვენებელს. ხორცეულის და თევზეულის მოხმარება მინიმალურია და ეს უკანასკნელი ყველა რეგიონში 2-ჯერ და მეტად ჩამორჩება ხორცის მიღების მაჩვენებელს.

ხილს და ბოსტნეულს რეგიონებს შორის ყველაზე მეტად აჭარაში, კახეთსა და სამეგრელოში მოიხმარენ და ყველაზე ნაკლებად ქვემო ქართლსა და თბილისში. აჭარის მონაცემებთან შედარებით ქვემო ქართლში 3-ჯერ და თბილისში 2-ჯერ ნაკლებად მოიხმარენ. დანარჩენ რეგიონებში ხილის საშუალო მოხმარება დღეში 1.1-დან 1.5-ულუფამდეა.

პურპროდუქტებს ყველაზე მეტად (4.3 და მეტი) კახეთში, რაჭა-ლეჩხუმში და მცხეთა-მთიანეთში მოიხმარენ. მათ მცირედ ჩამორჩება ყველა სხვა რეგიონი (3.45-3.98) გარდა ქვემო ქართლისა და სამცხე-ჯავახეთისა, სადაც სხვა რეგიონებთან შედარებით ამ პროდუქტების მოხმარება ყველაზე დაბალია (3.29-3.45).

რძეს და რძის ნაწარმს ყველაზე მეტად სამეგრელოსა და გურიაში მოიხმარენ, მათ მოსდევს აჭარა, იმერეთი, მცხეთა-მთიანეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და სამცხე-ჯავახეთი, ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ქვემო-ქართლში, კახეთში, შიდა ქართლსა და თბილისში დაფიქსირდა.

ტკბილეულის მოხმარება ყველაზე მაღალია აჭარაში და მცხეთა-მთიანეთში (1.5 ულუფა), ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (1.2 და 1.22) აქვს სამეგრელოს და კახეთს. ხილის შეადარებით მაღალი მოხმარება (1.64-1.91) აჭარაში, კახეთსა და სამეგრელოს რეგიონების მოსახლეობაში დაფიქსირდა. ყველაზე დაბალი ქვემო ქართლსა და თბილისში (თითქმის 3-ჯერ ნაკლები), ხოლო დანარჩენ რეგიონებში მოხმარება 1.27-1.64-ის ფარგლებშია. ძალიან დაბალია ხორცის და თევზეულის მოხმარება რეგიონებში, ამ მხრივ ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი შიდა ქართლში დაფიქსირდა (ხორცი 0.12), და ყველაზე მაღალი თბილისში (0.28).

### ფიზიკური აქტივობა

ფიზიკური აქტივობის ინტენსიურობის დონის გამოსახვისათვის და აგრეთვე GPAQ მონაცემებისათვის ძირითადად გამოიყენება MET - მეტაბოლური ექვივალენტი (დეტალურად განხილულია დანართი 2-ში).

დაბალი ფიზიკური აქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი 21.6%-ია (ქალებისათვის 22.3% და კაცებისათვის 20.9%).

ზომიერი ფიზიკური აქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი 18.8%-ია (ქალებისთვის 21.7% და კაცებისათვის 15.9%). ზომიერი ფიზიკური აქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი ორივე სქესისთვის ასაკის მატებასთან ერთად ძირითადად ხასიათდება კლებადი ტენდენციით.

მაღალი ფიზიკური აქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი 59.6%-ია (ქალებისთვის 56% და კაცებისათვის 63.2%).

ცხრილი 10. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ფიზიკური აქტივობის დონეების, სქესის და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	კაცი			ქალი			ორივე სქესი		
	% დაბალი	% საშუალო	% მაღალი	% დაბალი	% საშუალო	% მაღალი	% დაბალი	% საშუალო	% მაღალი
18-24	20.4	14.3	65.3	23.0	28.2	48.8	21.6	20.7	57.7
25-34	18.7	16.2	65.1	22.6	22.4	55.0	20.5	19.0	60.5
35-44	23.1	17.0	60.0	20.0	20.2	59.8	21.4	18.7	59.9
45-54	20.9	16.3	62.8	20.6	18.5	60.9	20.7	17.5	61.8
55-64	23.1	16.1	60.8	27.5	19.2	53.4	25.4	17.7	56.9
18-64	20.9	15.9	63.2	22.3	21.7	56.0	21.6	18.8	59.6

რეგიონებში მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტივობის გავრცელება გაცილებით მაღალია თბილისთან შედარებით (საშუალოდ 65% რეგიონებში და 41.6% თბილისში). ამასთან რეგიონებს შორის შედარებისას მეტი ურბანიზაციის მქონე რეგიონებში მაღალინტენსიური ფიზიკური აქტივობა შედარებით იშვიათია; მაგ: აჭარაში - 59.5%, ხოლო სამცხე-ჯავახეთში - 77.8%.

საპირისპირო ტენდენციაა დაბალი და ზომიერადინტენსიური ფიზიკური აქტივობის გავრცელებაში. ორივე ამ ტიპის დატვირთვის გავრცელების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია თბილისში ნებისმიერ სხვა რეგიონთან შედარებით. ურბანიზაციის ზრდასთან ერთად იზრდება მისი გავრცელებაც.

ტიპური დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული წუთების რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელმა ორივე სქესისთვის შეადგინა 202.6. კაცები ხარჯავენ უფრო მეტ დროს ფიზიკური აქტივობაზე, ვიდრე ქალები (225.1 საპირწონედ 179.8). დახარჯული წუთების რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელი 18-54 წლის კონტიგენტში ხასიათდება ზრდის ტენდენციით.

ტიპური დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული წუთების რაოდენობის მედიანურმა მაჩვენებელმა შეადგინა 154.3. ტიპური დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული დრო კაცებისათვის უფრო მეტია, ვიდრე ქალებისათვის. შესაბამისად, მედიანური მაჩვენებელი კაცებისათვის (180) აჭარბებს ქალების მაჩვენებელს (130). 18-54 წლის კონტიგენტში ორივე სქესისათვის ასაკის მატებასთან ერთად, დახარჯული წუთების მედიანური მაჩვენებელი იზრდება. იგივე ტენდენციაა 18-54 წლის ქალთა კონტიგენტშიც, განსხვავებით კაცებისაგან. 55-64 წლის კონტიგენტში ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული წუთების რაოდენობა როგორც კაცებში, ასევე ქალებშიც მცირდება. ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული წუთების ინტერკვარტილური რანჟირება ფართე საზღვრებში მერყეობს, რაც მიუთითებს, რომ გამოკითხულ პირთა ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული დრო ვარიაბელურია.

ჯამური ფიზიკური აქტივობის შემადგენლობა ასეთია: 56.3% სამუშაოსთან დაკავშირებულ აქტივობაზე მოდის, 39.2% - ტრანსპორტთან დაკავშირებულ აქტივობაზე, 4.5% - დასვენებასთან დაკავშირებულ აქტივობაზე. კაცებისათვის 54.8% მოდის სამუშაოსთან დაკავშირებულ აქტივობაზე, 38.4% ტრანსპორტთან დაკავშირებულ აქტივობაზე, 6.7% დასვენებასთან დაკავშირებულ აქტივობაზე. ქალებში, კაცებთან შედარებით შემცირებულია დასვენებასთან დაკავშირებული აქტივობის წილი (2.2%), მაგრამ გაზრდილია ტრანსპორტთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობის წილი 39.9%-მდე და სამუშაოსთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობის წილი 57.8%-მდე. 18-24 წლის კონტიგენტში ტრანსპორტთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობის წილი უფრო მეტია ვიდრე სამუშაოსთან დაკავშირებულ აქტივობაზე.

გამოკითხულთა შორის ფიზიკური პასიურობა (არააქტივობა), სხვადასხვა საქმიანობის მიხედვით განსხვავებულია. პასიურობის მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი (89.3%) აღნიშნა რეკრიაციის დროს. ქალებში ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია (94.2%), ვიდრე კაცებში (84.6%). გამოკითხულთა შორის სამუშაოსთან დაკავშირებული ფიზიკური არააქტივობა აღნიშნა 34.4%-მა. ტრანსპორტთან დაკავშირებული ფიზიკური არააქტივობა აღნიშნა გამოკითხულთა 27.8%-მა. არააქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი კაცებისა და ქალებისათვის სამუშაოსთან დაკავშირებით თითქმის იდენტურია. ტრანსპორტთან დაკავშირებული არააქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი კაცებისათვის იყო 28.3%, ქალებისათვის 27.2%. დასვენებასთან დაკავშირებული ფიზიკური არააქტივობის პროცენტული მაჩვენებელი ქალებისათვის ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება.

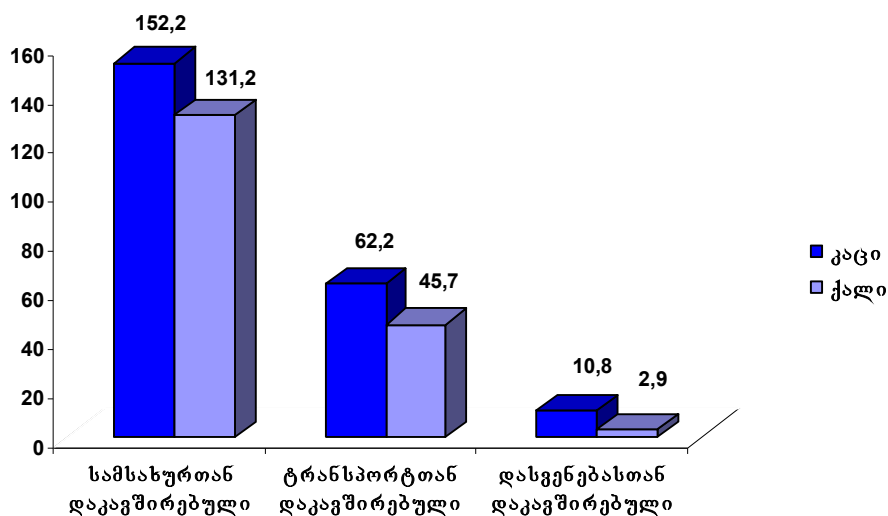
ტიპური დღის განმავლობაში მოსვენებულ მდგომარეობაში გატარებული წუთების საშუალო მაჩვენებელი 198.9 წუთი/დღეა (კაცებისათვის არის 210.6 და ქალებისათვის 187.2).

მოსვენებულ მდგომარეობაში გატარებული წუთების მედიანური მაჩვენებელი 180 წუთია როგორც კაცებისთვის, ასევე ქალებისთვის. იგეგვა მედიანური მაჩვენებელი სხვადასხვა ასაკის კონტინგენტისათვის. ეს ფაქტი მიუთითებს, რომ ადამიანები მოსვენებაზე (ძილის გარეშე) ხარჯავენ დაახლოებით ერთი და იგივე დროს. მედიანური მაჩვენებელი 25-34 წლის ასაკის ქალებში განსხვავებულია - 150 წუთი.

**დღეში სხვადასხვა საქმიანობისას ფიზიკური აქტივობაში დახარჯული დრო**

დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე საშუალოდ დახარჯული დროის რაოდენობა (წუთების საშუალო დღეში) სხვადასხვა საქმიანობისათვის შემდეგნაირია: ყველაზე მეტი დრო იხარჯება სამუშაოსთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე (141.7 წუთი/დღე), შემდეგ ტრანსპორტთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე (54 წუთი/დღე), ყველაზე ცოტაა დასვენებასთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობა (6.9 წუთი/დღე). ყველა სახის აქტივობაზე მამაკაცები უფრო მეტ დროს ხარჯავენ. კერძოდ: სამუშაოსთან დაკავშირებით 1.16-ჯერ მეტ დროს, ტრანსპორტთან დაკავშირებით 1.36-ჯერ მეტ დროს, ხოლო დასვენებასთან დაკავშირებით 3.37-ჯერ მეტს.

დიაგრამა 15. სხვადასხვა ფიზიკურ აქტივობაზე ტიპური დღის განმავლობაში დახარჯული წუთების საშუალო რაოდენობა სქესის მიხედვით



სამუშაოსთან დაკავშირებულ ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული დროის რაოდენობა 18-54 წ. კონტიგენტში ხასითდება ზრდის ტენდენციით. სამუშაოსთან დაკავშირებულ ფიზიკური აქტივობის მაღალი მაჩვენებლებით გამოირჩევა 35-54 წლის კონტიგენტი, როგორც კაცებში, ასევე ქალებშიც. დასვენებასთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე დახარჯული დროის რაოდენობა ორივე სქესისათვის ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება. დასვენებასთან დაკავშირებულ ფიზიკური აქტივობაზე გამორჩეულად დიდ დროს ხარჯავს 18-24 წლის კონტინგენტი.

დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე დახარჯული დროის რაოდენობის მედიანური მაჩვენებელი შემდეგნაირია: დიდი დრო ხმარდება სამუშაოსთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობას (85.7 წუთი/დღე). შედარებით ნაკლები დრო ხმარდება ტრანსპორტთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობას (30 წუთი/დღე). რესპონდენტთა უმრავლესობას (75 პროცენტზე მეტს) არ აქვს დასვენებასთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობა.

**ძლიერი ფიზიკური აქტივობა**

ძლიერი ფიზიკური აქტივობა არ აქვს გამოკითხულთა 78.6%-ს. ქალებს შორის ძლიერი ფიზიკური აქტივობა არ აღენიშნება 88.6%, ხოლო მამაკაცებში 68.7%-ს. ძლიერი ფიზიკური აქტივობის არმქონე პირთა პროცენტული მაჩვენებელი 18-54 წლის ქალებისათვის ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს. ანუ ასაკის მატებასთან ერთად ძლიერი ფიზიკური აქტივობა ქალებში იზრდება. მამაკაცებში ასაკის მატებასთან ერთად ძლიერი ფიზიკური აქტივობა მცირდება.

*ცხრილი 11. რესპონდენტთა შორის ძლიერი ფიზიკური აქტივობის არმქონეთა წილი სქესის და ასაკის მიხედვით*

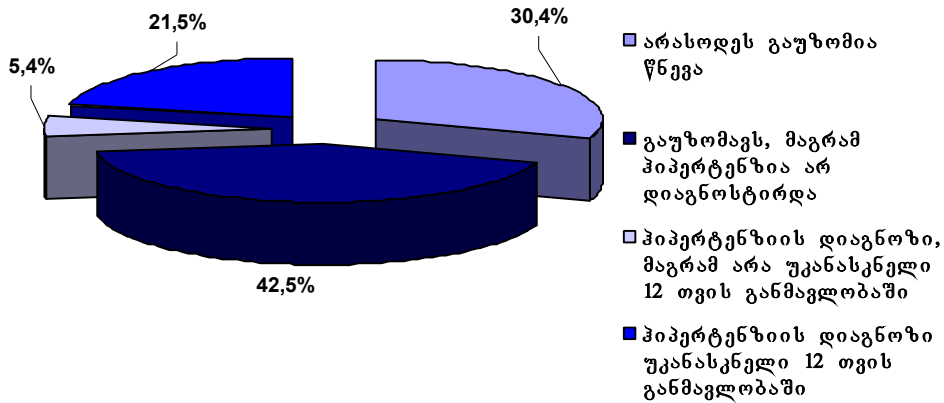
ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	%		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	61.0	93.6	76.2
25-34	67.7	90.9	78.2
35-44	67.8	85.9	77.5
45-54	72.7	84.7	79.1
55-64	78.9	88.8	84.1
18-64	68.7	88.6	78.6

**კლინიკური ანამნეზი**

**ჰიპერტენზიის ანამნეზი**

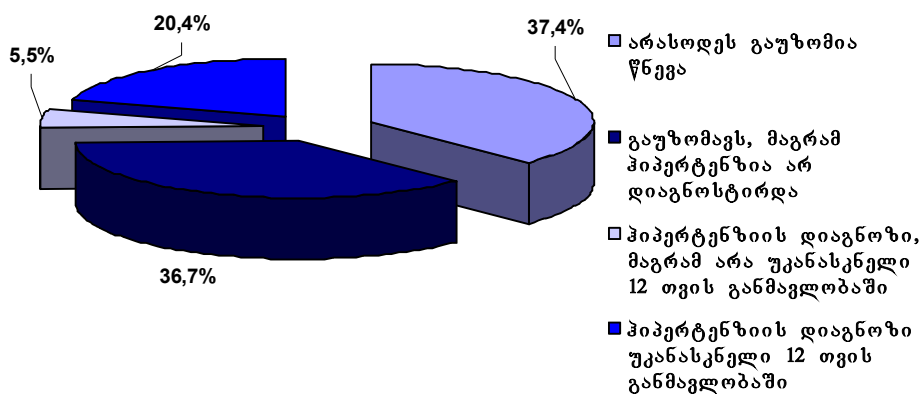
რესპოდენტთა დიდი ნაწილი (42.7%) აღნიშნავს, რომ გაუზომავთ სისხლის წნევა, მაგრამ ჰიპერტენზია არ დაფიქსირებიათ, 30.4%-მა განაცხადა, რომ არასოდეს გაუზომიათ წნევა, 21.5% -ს ჰიპერტენზია აღენიშნებოდათ უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ხოლო მინიმალური რაოდენობა რესპოდენტებისა (5.4%) აცხადებს რომ ჰიპერტენზია დაუფიქსირდათ, მაგრამ არა ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

დიაგრამა 16. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის მიხედვით



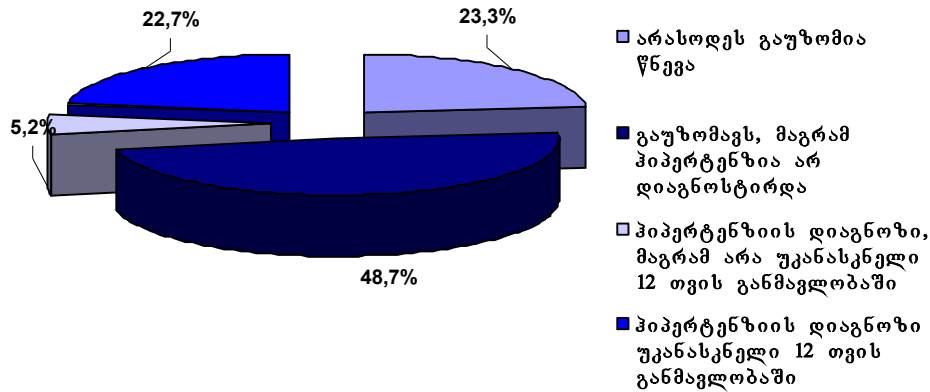
აღნიშვნის ღირსია, რომ ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკის მაჩვენებელი უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე 21.5%-ში და წინა წლებში 5.4%-ში, რაც აშკარად არ შეესაბამება ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელს ქართულ პოპულაციაში, რომელიც ამავე კვლევის ფარგლებშია დადგენილი. კერძოდ, ჰიპერტენზიის გაზომვების მიხედვით მაღალი არტერიული წნევა და სამკურნალო პრეპარატების მიღება დაუდგინდათ პოპულაციის 33.4%-ს. კაცებს შორის მეტია იმ პირების ოდენობა, რომელთაც არასოდეს გაუზომიათ წნევა სამედიცინო პერსონალის მიერ (37.4%). ქალებში აღნიშნული მაჩვენებელი 23,3%-ია.

დიაგრამა 17. მამაკაც რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის მიხედვით



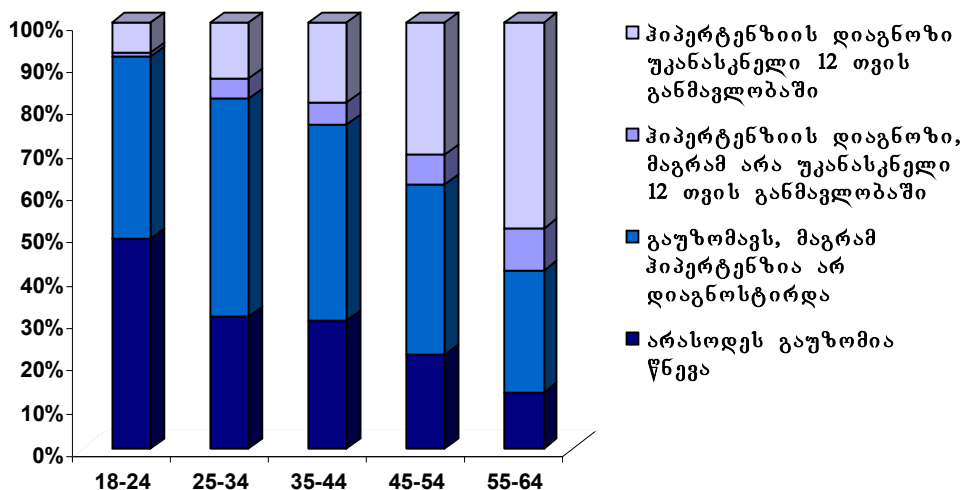
იმ პირთა პროცენტული განაწილება, რომელთაც დაუდგინდათ ჰიპერტენზია სამედიცინო პერსონალის მიერ თითქმის თანაბარია ორივე სქესში – ქალებში 27.9%, ხოლო მამაკაცებში 25.9%.

დიაგრამა 18. ქალ რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის მიხედვით



ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, აღნიშნულ შეკითხვაზე 18-24 წ. რესპოდენტები ყველაზე ხშირად (49.3%) აცხადებენ, რომ არასოდეს გაუზომავთ სისხლის წნევა. 25-34, 35-44 და 45-54 ასაკობრივი ჯგუფის გამოკითხულები ყველაზე ხშირად აღნიშნავენ, რომ გაუზომიათ სისხლის წნევა, მაგრამ ჰიპერტენზია არ დაფიქსირებიათ, ხოლო 55-64 წლისანი – აღნიშნავენ, რომ მომატებული სისხლის წნევის მაღალი მაჩვენებლები და ჰიპერტენზია აღნიშნებოდათ, როგორც ბოლო 12 თვის განმავლობაში (48.3%) ასევე წინა პერიოდშიც (9.9%).

დიაგრამა 19. რესპონდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ არტერიული წნევის გაზომვის სტატუსის და ასაკის მიხედვით



18-24 წლის მამაკაცთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ არასოდეს გაუზომავთ სისხლის წნევა (57.5%), მაშინ როდესაც ამავე ასაკის ქალები, უფრო ხშირად აცხადებენ რომ გაუზომავთ სისხლის წნევა, მაგრამ მაღალი მაჩვენებლები არ დაუფიქსირდათ (51.1%). ქალებში ამ მხრივ პიკური მონაცემია 25-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (62.4%). ასევე მაღალია მსგავსი პასუხების სიხშირე 35-44 წ. (53.5%) და 45-54 წ. (42.3%) ასაკის ქალთა შორის. 55-64 წლის როგორც ქალ (51.9%), ასევე მამაკაც (44.5%) რესპოდენტებში

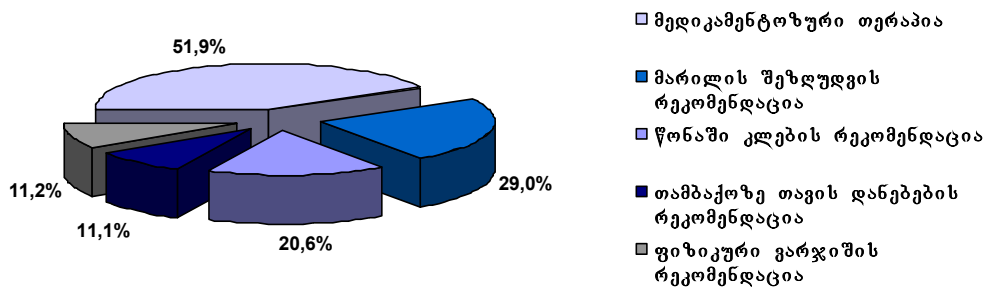
დომინირებს პასუხი, რომ მათ აღნიშნებოდათ მომატებული სისხლის წნევა და ჰიპერტენზია უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე.

განსაკუთრებით საყურადღებოა წნევის არგაზომვის მაჩვენებლის დეფიციტი 35 - 44 და 45 - 54 წ. ასაკობრივ ჯგუფებში მამაკაცებში. მამაკაცებში 45 წ. და უფროსი ასაკი მოიაზრება ერთ-ერთ ძირითად რისკის ასაკად კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასებისას. აქედან გამომდინარე, სკრინინგული აქტივობის დეფიციტი ასოცირებულია სისხლძარღვოვანი კატასტროფების განვითარების მაღალ რისკთან სწორედ ამ ასაკობრივ ჯგუფებში. აღნიშნულ „საბოლოო წერტილებს“ შორის, მაგ.: ჰემორაგიული ინსულტის 75% სწორედ პირველი ინციდენტის შედეგია არავერიფიცირებული ჰიპერტენზიის ფონზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე სქესში ასაკის ზრდასთან ერთად სტაბილურად მცირდება იმ პირთა ოდენობა, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ წნევა სამედიცინო პერსონალის მიერ და იზრდება ჰიპერტენზიით დიაგნოზირებულთა რაოდენობა.

მომატებული არტერიული წნევის მქონე რესპოდენტები უფრო ხშირად ექიმის ან სამედიცინო პერსონალის სხვა წარმომადგენლის მიერ დანიშნულ მედიკამენტოზურ თერაპიას მიმართავენ (51.9%), შემდგომ მოდის რეკომენდაცია საკვებში მარილის შემცირების შესახებ (29%), წონის დაკლება, მინიმალურად იღებენ რეკომენდაციას თამბაქოს მოწევის თავის დანებების (11.1%), ფიზიკური ვარჯიშის დაწყებისა და გაძლიერების თაობაზე (11.2%).

*დიაგრამა 20. რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში მომატებული წნევის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალებების მიხედვით*



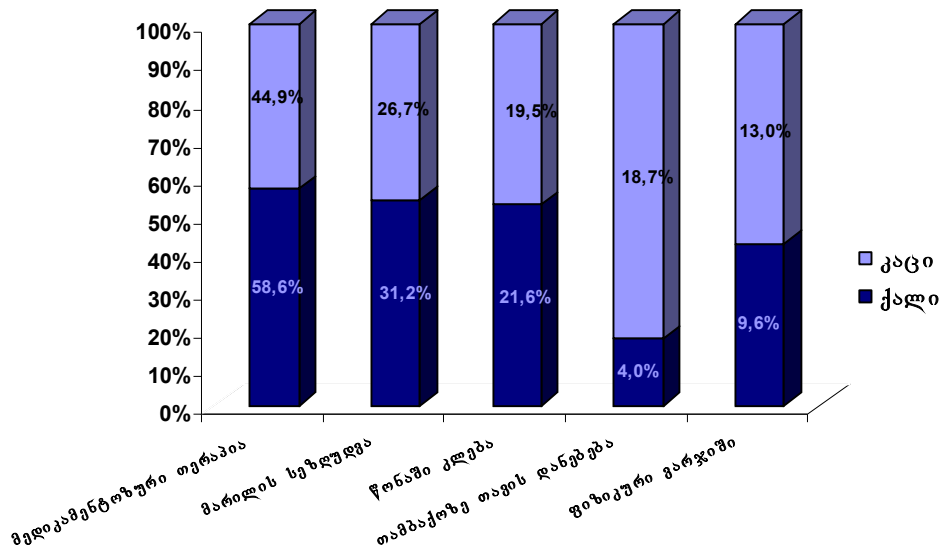
უნდა აღინიშნოს, რომ ამ კვლევის ფარგლებში, ჰიპერტენზიის გაზომვის ეტაპზე რესპოდენტებს ვაძლევთ კიდევ ერთ შეკითხვას – ბოლო ორი კვირის განმავლობაში მიგიღიათ წნევისდამწევი მედიკამენტები, გამოწერილი ექიმის ან სამედიცინო პერსონალის სხვა წარმომადგენლის მიერ? აღნიშნულ შეკითხვაზე დადებითი პასუხი მაღალი აპ-ს მქონეთა 38.9%-მა გასცა, რაც მნიშვნელოვნად დაბალია ანამნეზში აპ მედიკამენტური მკურნალობის მაჩვენებელზე.

სავარაუდოა, რომ მედიკამენტური მკურნალობის შესახებ კითხვაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში, რესპოდენტები არ ითვლისწინებდნენ წყვეტილობას მკურნალობაში, ხოლო კონკრეტულად ბოლო ორი კვირის შემთხვევაში ეს უკანასკნელი გათვალისწინებულია.

სქესობრივი კუთხით დიფერენციაცია ძირითადად ზემოაღნიშნული პროპორციის იდენტურია როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში, თუმცა ქალები მამაკაცებზე უფრო

იშვიათად იღებენ რეკომენდაციებს თამბაქოს მოწევაზე თავის დასანებებლად (ქალები 4%, მამაკაცები 18.7%) და ფიზიკური ვარჯიშის დაწყების ან გაძლიერების შესახებ (ქალები 9.6%, მამაკაცები 13%). ქალების მიერ მედიკამენტური თერაპიის, მარილის შეზღუდვისა და წონის დაკლების რეკომენდაციების განხორციელების მონაცემი, აჭარბებს მამაკაცებისას.

*დიაგრამა 21. რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში მომატებული წნევის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალებების გამოყენების და სქესის მიხედვით*



ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ მედიკამენტების გამოყენების მაჩვენებელი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად და პიკს აღწევს 55-64 წ. ასაკში (72%). ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში ქალთა აქტიობა აჭარბებს მამაკაცებისას. გამონაკლისია 18-24 წ. ასაკობრივი ჯგუფი, რომელშიც მამაკაცთა მეტი რაოდენობა (18.7%) იღებს ჰიპოტენზიურ საშუალებებს, ვიდრე იმავე ასაკის ქალები (11.7%).

საკვებში მარილის შემცირების რეკომენდაციის რჩევას ყველაზე ხშირად იზიარებენ 55-64 წ. რესპოდენტები. აღნიშნული რეკომენდაცია ყველაზე “პოპულარულია” 45-54 ასაკის ქალთა შორის (37.6%). რეკომენდაციას წონის დასაკლებად 20.6% იღებს. ყველაზე აქტიურად იზიარებენ ამ რეკომენდაციას 45-54 წ. ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტები (24.3%), ქალთა აქტივობა ამ ჯგუფში აჭარბებს მამაკაცთა აქტივობას, ასაკობრივი კრიტერიუმით აღნიშნულ რჩევას ყველაზე მეტად იღებს 18-24 წლის მამაკაცები (26.8%) და 35-44 წლის ქალები (24.3%).

რეკომენდაციებს ან სამკურნალო პროცედურებს თამბაქოს მოწევის თავის დასანებებლად, რესპოდენტთა მინიმალური რაოდენობა (11.1%) იღებს, თუმცა ამ შემთხვევაში მამაკაცები ბევრად უფრო ხშირად, ვიდრე ქალები (შესაბამისად 18.4%-4.0%). აღნიშნული სავარაუდოდ მამაკაცებს შორის თამბაქოს მოხმარების ბევრად მაღალ მაჩვენებელს უკავშირდება. ასაკობრივი ჯგუფების მხრივ, მას ყველაზე ხშირად იღებს 55-64 წ. (23.5%) და 25-34 წ. (20.3%) ასაკის, მინიმალურად კი 18-24 წ. ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცები (12.3%). ქალებში ანალოგიური მაჩვენებელი მაქსიმალურია 35-44 წლის პირებში (5.5%), ხოლო მინიმალური 25-34 წ. (3%) ასაკობრივ ჯგუფში.

ექიმის რეკომენდაციას ფიზიკური ვარჯიშის დაწყებაზე და გაძლიერებაზე მაღალი არტერიული წნევით რესპოდენტთა ასევე მცირე რაოდენობა იღებს (11.2%). მათ შორის



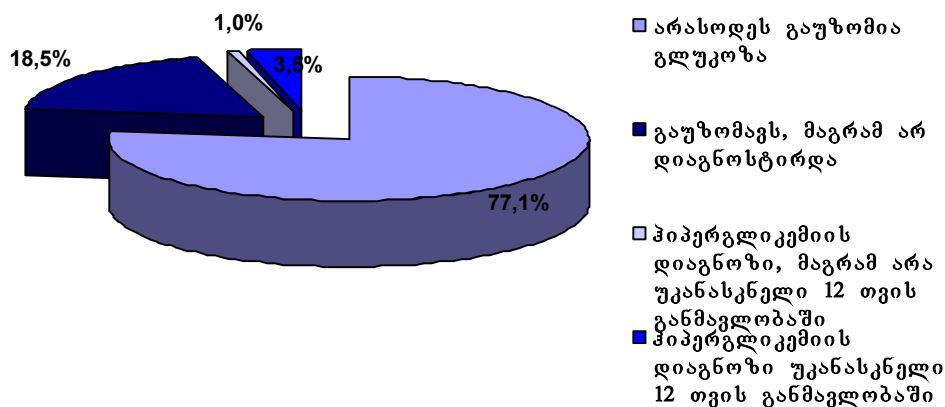
ყველაზე ხშირად (14.1%) 18-24 წ. ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები. მამაკაცთა მაჩვენებელი ამ შემთხვევაში აჭარბებს იგივე მაჩვენებელს ქალებში (შესაბამისად, 13%-9.6%). რჩევას ყველაზე მეტად იღებენ 18-24 და 55-64 წ. ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცები (17.6% და 16%) და 35-44 ასაკობრივი ჯგუფის ქალები (12.6%). მინიმალურად – 25-34 წლის ქალები (3.9%).

მომატებული სისხლის წნევის გამო ექიმბაშისათვის (სახალხო მკურნალისათვის), მიუკითხავ გამოკითხულთა 4.5%-ს. მამაკაცთა და ქალთა აქტიობა ამ მხრივ მცირედ განსხვავდება. სამკურნალო მცენარეს ან ტრადიციულ საშუალებებს მომატებული სისხლის წნევის გამო რესპოდენტთა 8% იღებს. ქალთა შორის სამკურნალო მცენარეების გამოყენების სიხშირე მცირედ მაღალია ვიდრე მამაკაცების მიერ (შესაბამისად, 8.8%-7.2%).

**დიაბეტის ანამნეზი**

რესპოდენტთა უმრავლესობა (77.1%) აცხადებს, რომ არასოდეს გაუზომიათ სისხლში გლუკოზა; 18.5% აღნიშნავს, რომ გაუზომიათ, მაგრამ მაღალი მაჩვენებლები არ დაუფიქსირდათ; 3.5%-ს გლუკოზის მომატებული მაჩვენებლები დაუდგინდათ ბოლო 12 თვის განმავლობაში; 1% აცხადებს, რომ ჰიპერგლიკემია დაუდგინდათ, მაგრამ არა უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

*დიაგრამა 22. რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში სამედიცინო პერსონალის მიერ გლუკოზის გაზომვის სტატუსის მიხედვით*

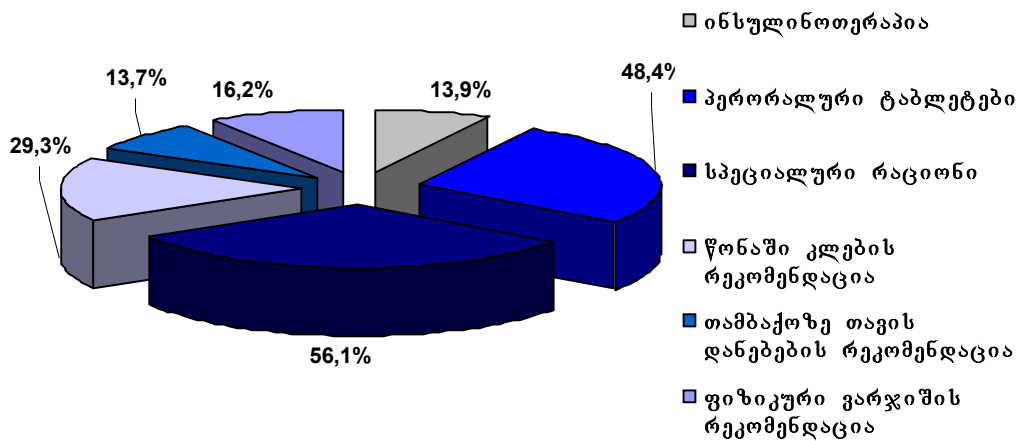


მამაკაცები ქალებთან შედარებით, უფრო ხშირად აცხადებენ, რომ არასოდეს გაუზომიათ სისხლში გლუკოზა (მამაკაცი 81.3%, ქალი 72.8%), და რომ დიაგნოსტირებული აქვთ ჰიპერგლიკემია უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში (მამაკაცი 3.9%, ქალი 3.1%).

სამედიცინო პერსონალის მიერ სისხლში გლუკოზის შემცველობა არასოდეს გაუზომია შიდა ქართლის მოსახლეობის 70.7%-ს და ქვემო ქართლის მოსახლეთა 83.6%-ს. შესაბამისად, ამ უკანასკნელ რეგიონში ყველაზე დაბალია ანამნეზში დიაბეტის მქონეთა რაოდენობა (1.8%), ხოლო შიდა ქართლში ყველაზე მეტი (7.4%). ანამნეზში დიაბეტის გავრცელება შიდა ქართლის შემდეგ რაჭა-ლეჩხუმშია (7.2%). თბილისში, კახეთსა და სამეგრელოში დიაბეტის გავრცელება ანამნეზში 3.1-4.4%-ის ფარგლებში, ხოლო დანარჩენ რეგიონებში 5.1 - 6.2%-ის ფარგლებში მერყეობს.

რესპოდენტთა უმრავლესობა (56.1%), რომელთაც დიაგნოსტირებული აქვთ დიაბეტი სამედიცინო პერსონალის მიერ, აცხადებს, რომ იღებს რეკომენდაციას სპეციალური კვებითი რაციონის შესახებ; 48.4% აცხადებს, რომ ბოლო ორი კვირის განმავლობაში იღებს ანტიდიაბეტურ პერორალურ ტაბლეტებს; 13.9% - იტარებს ინსულინოთერაპიას; 29.3% ახორციელებს ექიმის რეკომენდაციას წონის დასაკლებად; 16.2% - რეკომენდაციას ფიზიკური ვარჯიშის დაწყებასა და გაძლიერებაზე და მხოლოდ უმცირესობა, 13.7%-რეკომენდაციას თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ.

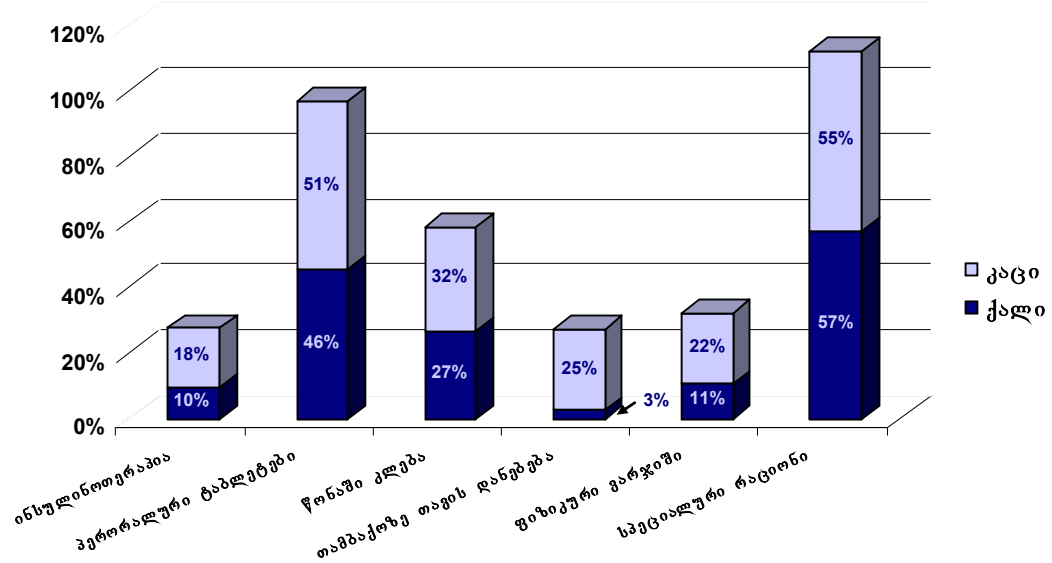
დიაგრამა 23. რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება ანამნეზში ჰიპერგლიკემიის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალებების მიხედვით



დიაბეტის სამკურნალოდ ექიმის მიერ გამოწერილ საშუალებებს/რეკომენდაციებს მამაკაცები, ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად იღებენ. მათ შორის, ვინც ინსულინოთერაპიას იტარებს, მამაკაცების რაოდენობა ქალებზე თითქმის ორჯერ მეტია (შესაბამისად 18.1% და 9.5%), ინსულინს ყველაზე ხშირად 45-54 წ. ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცები და 55-64 წ. ასაკობრივი ჯგუფის ქალები იღებენ. პერორალურ ტაბლეტებს დიაბეტის მქონეთა 48.4% იღებს, მამაკაცები უფრო ხშირად (51%), ვიდრე ქალები (45.8%)

ექიმის მიერ დანიშნულ კვების სპეციალურ რაციონს იღებს გამოკითხულთა 56.1%, სპეციალურად დანიშნული რაციონის შესახებ მინიმალურ რეკომენდაციას იღებენ ორივე სქესის 25-34 წ. ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები (მამაკაცები 0%, ქალები 37.9%)

დიაგრამა 24. ანამნეზში სისხლში შაქრის მომატებული დონის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალების მიღების და სქესის მიხედვით



ექიმის რეკომენდაციებს ან სამკურნალო პროცედურებს წონის დასაკლებად დიაბეტის მქონეთა 29.3% (მამაკაცთა 31.9% და ქალები 26.6%) იღებს.

რეკომენდაციას ვარჯიშის დაწყებასა და გაძლიერებაზე იღებს დიაბეტით დაავადებულთა 16.2% (მამაკაცთა 21.7% და ქალები 10.6%), ამასთან ყველაზე მეტად 35-44 წ. ასაკის შესაბამისი კონტინგენტი; ეს რეკომენდაცია პრაქტიკულად არ მიუღიათ 25-34 წ. ასაკის რესპოდენტებს.

დიაბეტის მქონენი ყველაზე ნაკლებად იღებენ ექიმის რეკომენდაციას თამბაქოს მოწევის თავის დანებების შესახებ (13.7%; ქალები 2.6% და კაცი 24.6%); აღნიშნულ რეკომენდაციას ყველაზე მეტად 25-34 და 35-44 წ. ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცები იღებენ.

სისხლში მომატებული შაქრის გამო რესპოდენტთა 3.3% ექიმბაშს (სახალხო მკურნალი) მიმართავს, სამკურნალო მცენარეებს ან ტრადიციულ საშუალებებს დიაბეტის მქონეთა 9.6% იღებს.

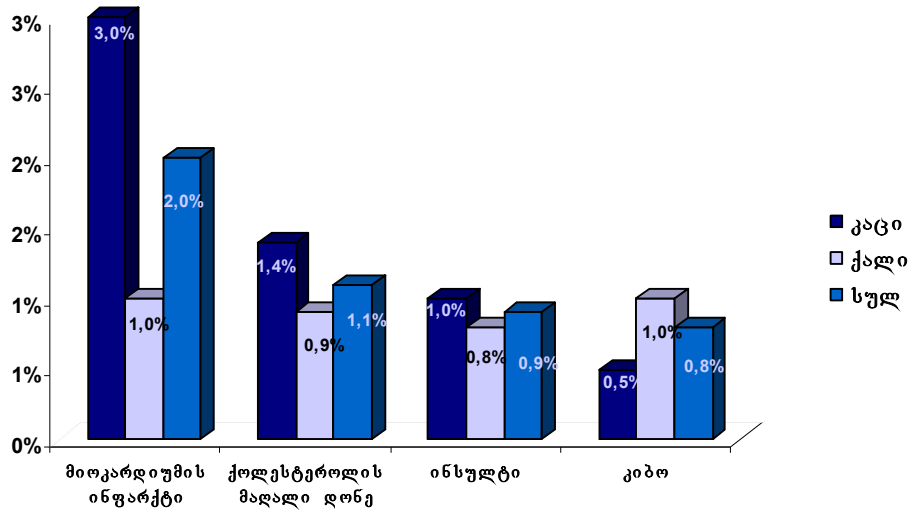
**სხვა დაავადებების ანამნეზი**

კითხვარის ეს ნაწილი ეხებოდა სხვა დაავადებს და მდგომარეობებს, კერძოდ მიოკარდიუმის ადრეულ ინფარქტს, ინსულტს, სიმსივნეს და მომატებულ ქოლესტეროლს.

ანამნეზში პირველ ადგილზე მიოკარდიუმის ინფარქტია (2%; მამაკაცთა 3% და ქალები 1%); მეორე პოზიციას იკავებს სისხლში ქოლესტეროლის მომატება (1.1%; მამაკაცთა 1.4% და ქალები 0.9%), შემდეგ მოდის ინსულტი (0.9%; მამაკაცთა 1% და ქალები 0.8%) და კიბო (0.8%; მამაკაცთა 0.5% და ქალები 1%).

რესპოდენტთა დაავადების ანამნეზში ზემოთჩამოთვლილი დაავადებების სიხშირე ასაკის მატების პროპორციულად იზრდება. მიოკარდიუმის ადრეულ ინფარქტს ყველაზე ხშირად ანამნეზში 55-64 წ. ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცები ასახელებენ (9.6%), ხოლო ამავე ასაკის ქალები – მიოკარდიუმის ინფარქტს და ინსულტს (შესაბამისად, 3.8%-3.6%).

დიაგრამა 25. ანამნეზში სისხლში შაქრის მომატებული დონის გამო სამედიცინო პერსონალის მიერ რეკომენდებული საშუალების მიღების და სქესის მიხედვით

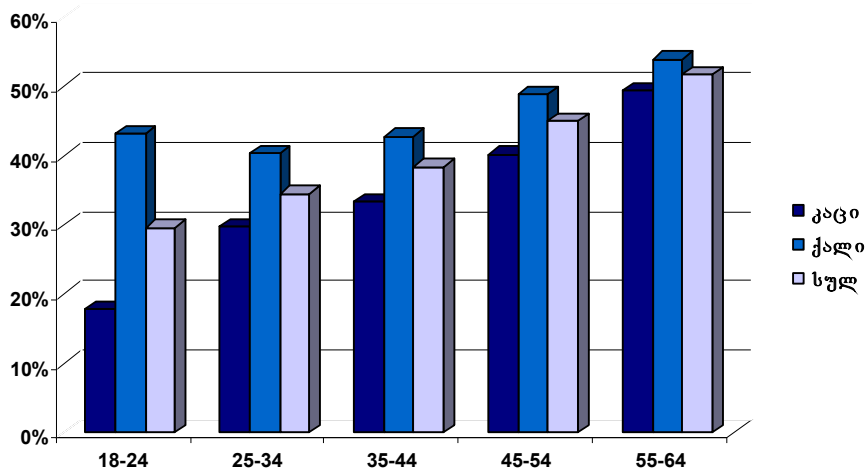


**ექიმთან ვიზიტი**

შესწავლილ იქნა ბოლო 12 თვის მანძილზე ექიმთან ან სხვა სამედიცინო პერსონალთან რესპოდენტთა მიმართვის სიხშირე და მოტივები.

ბოლო 12 თვის განმავლობაში, ორივე სქესის წარმომადგენლების ექიმისადმი მიმართვიანობამ 38.8% (ქალებში 45.3% და მამაკაცებში 32.4%) შეადგინა. ექიმთან ვიზიტის მაჩვენებელი ასაკის შესაბამისად იზრდება. მიმართვიანობის სიხშირე ყველაზე მაღალი (51.7%) 55-64 წ., ხოლო მინიმალური (29.6%) 18-24 წ. ასაკობრივ ჯგუფშია.

დიაგრამა 26. ექიმთან ვიზიტების სტრუქტურა ასაკის და სქესის მიხედვით

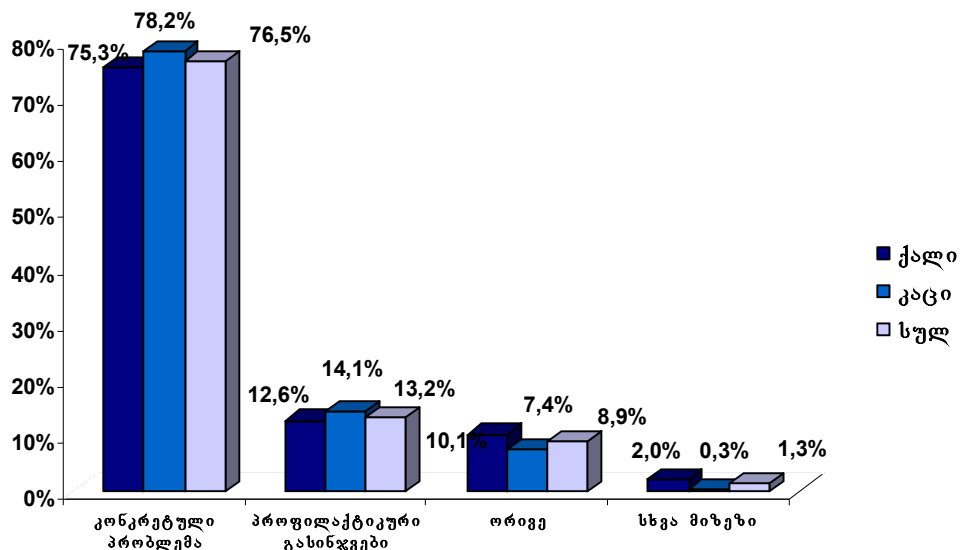


რეგიონების მიხედვით ექიმთან ვიზიტი ყველაზე გავრცელებულია შიდა ქართლში (47.2%), კახეთში (46.7%), რაჭა-ლეჩხუმში (45.3%), იმერეთსა (44.6%) და აჭარაში (44.5%). ყველაზე დაბალია ქვემო ქართლსა და სამეგრელოში (31% და 32.1%). დანარჩენ რეგიონებში ექიმთან ვიზიტის პრაქტიკა მოსახლეობის 33.9%-დან (თბილისი) 38.8%-მდეა (სამცხე-ჯავახეთში) გავრცელებული.

რესპოდენტთა 38.8% (ქალთა 32.4% და მამაკაცთა 45.3%) აღნიშნავს სამედიცინო დაწესებულებებში ვიზიტს უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში. რესპოდენტები ექიმთან ან სამედიცინო პერსონალის სხვა წარმომადგენელთან ვიზიტის მიზეზებიდან ყველაზე ხშირად ჯანმრთელობის კონკრეტულ პრობლემას ასახელებენ (76.5%), მეორე ადგილს პროფილაქტიკური გასინჯვების გამო ვიზიტი იკავებს (13.2%), მესამე პოზიციაზე ორივე ზემოთჩამოთვლილი მიზეზი სახელდება (8.9%), რესპოდენტთა მინიმალური რაოდენობა (1.3%) სხვა მიზეზს ასახელებს.

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემის გამო ექიმს ყველაზე ხშირად 35-44 წ. ასაკის ადამიანები მიმართავენ (77.9%). პროფილაქტიკური გასინჯვებისათვის 18-24 წლის ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტები (21.6%). 55-64 წლის ასაკის რესპოდენტები ყველაზე ხშირად ვიზიტის მიზეზად ორივე ზემოთჩამოთვლილს ასახელებენ.

დიაგრამა 27. ექიმთან ვიზიტების სტრუქტურა ვიზიტის მიზეზების და სქესის მიხედვით



რეგიონებს შორის ექიმთან ვიზიტის მქონეთაგან პროფილაქტიკის მიზნით ექიმს ყველაზე ხშირად სტუმრობდნენ სამეგრელოსა და რაჭა-ლეჩხუმში, მას მოსდევს გურია, თბილისი და აჭარა. ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ამ მხრივ აქვს შიდა ქართლს, რაც უმაღლეს მაჩვენებელს თითქმის 3-ჯერ ჩამორჩება.

**თვითმკურნალობა**

კითხვარში ჩამოთვლილ პათოლოგიათა (დიაბეტი ან მომატებული გლუკოზის დონე სისხლში, მაღალი არტერიული წნევა, ინსულტი, სიმსივნე, მომატებული ქოლესტეროლი სისხლში და მიოკარდიუმის ადრეული ინფარქტი) შორის თვითმკურნალობას ყველაზე ხშირად მომატებული არტერიული წნევის შემთხვევაში (7.5% ორივე სქესისთვის) მიმართავენ. აღნიშნული პრიორიტეტი დაავადებათა შორის (ონკოლოგიურ დაავადებების, დიაბეტისა და ინსულტთან შედარებით) რეალურად ასახავს ქართულ პოპულაციაში არტერიული ჰიპერტენზიის მართვისას, პაციენტთა ე.წ. თვითშემოქმედების სიხშირეს. აქ საუბარია მკურნალობის სქემებში ცვლილებებისა და პრეპარატის დოზის ტიტრაციისას პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღებაზე, ე.წ. ექიმთან ტიტრაციული ვიზიტების კრიტიკული დეფიციტის გამო (და არა თვითმენეჯმენტზე, რაც პაციენტის მიერ გულისხმობს მკურნალობისას ექიმის

რეკომენდაციების დაცვას და ასევე სიმპტომების დროულად მიტანას სამედიცინო პერსონალთან).

პოზიტიურ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს თვითმკურნალობის დაბალი მაჩვენებელი ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვისას, რაც ინფორმატულობის შედარებით დამაკმაყოფილებელი დონის მანიშნებელია ამ მიმართულებით. ხოლო რაც შეეხება ინფორმატულობას ჰიპერტენზიის მართვის ხანგრძლივ პროცესში სამედიცინო პერსონალის პერმანენტული მონაწილეობის აუცილებლობის საჭიროების შესახებ, დაბალია არა მარტო პაციენტებში, არამედ ჯანდაცვის პროფესიონალთა შორის.

ძალიან იშვიათია თვითმკურნალობა დიაბეტის (0.8%), სიმსივნეებისა და სისხლში მომატებული ქოლესტეროლის შემთხვევაში (0.1-0.1%).

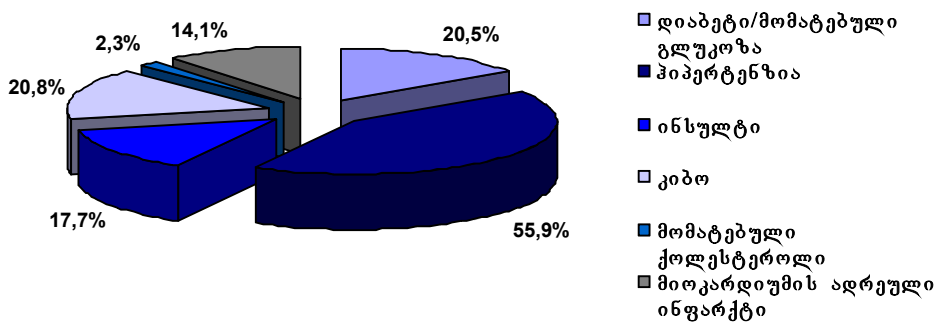
**ოჯახში დაავადებების ისტორია**

კითხვაზე, დაუსვამთ თუ არა თქვენი სისხლით ნათესავისთვის (დედა, მამა, და, ძმა და არა მეუღლე და მისი სისხლით ნათესავები) როდესმე ჰიპერგლიკემიის ან დიაბეტის, მაღალი არტერიული წნევის, ინსულტის, სიმსივნის, ჰიპერქოლესტერინემიის, მიოკარდიუმის ადრეული ინფარქტის დიაგნოზი, გამოკითხულთა უმრავლესობა (55.9%) ასახელებს მაღალ არტერიულ წნევას, მეორე პოზიციას ოჯახურ ანამნეზში სიმსივნეები იკავებენ (20.8%), მას მცირედ ჩამორჩება დიაბეტი და ჰიპერგლიკემია (20.5%). გამოკითხულთა მინიმალური რაოდენობა (2.3%) ოჯახურ ანამნეზში აღნიშნავს ჰიპერქოლესტერინემიას.

ლიპიდური პროფილის კვლევისას დაბალი მაჩვენებელი როგორც რესპონდენტებს, ასევე მათი სისხლით ნათესავების ანამნეზში, აიხსნება ამ ლაბორატორიული ტესტის ფაქტიურად იგნორირებით პირველადი ჯანდაცვის ქსელში კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასებისას (მიზეზი არ არის მხოლოდ დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობა).

მიზეზებს შორის განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის გათვითცნობიერების დაბალი დონე ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრის მნიშვნელობის თვალსაზრისით, როგორც კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასების, ასევე მანიფესტირებული დაავადების მართვის, და ე.წ. მედიკამენტური პრევენციის თვალსაზრისით.

დიაგრამა 28. სისხლით ნათესავების ანამნეზში დაავადებების გავრცელება



სხვაობა სქესის და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით უმნიშვნელოა

**პირის ღრუს ჯანმრთელობა**

**ბუნებრივი კბილები**

ორივე სქესის რესპოდენტთა მხოლოდ 71.2%-ს ჰქონდა 20-ზე მეტი ბუნებრივი კბილი, კბილი საერთოდ არ ჰქონდა გამოკითხულთა 2.2%-ს.

*ცხრილი 12. რესპოდენტების პროცენტული განაწილება ბუნებრივი კბილების რაოდენობის და ასაკის მიხედვით*

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	%			
	არცერთი ბუნებრივი კბილი	1 – 9 ბუნებრივი კბილი	10 – 19 ბუნებრივი კბილი	20 ბუნებრივი კბილი
18-24	0.5	0.0	3.1	96.4
25-34	0.3	1.0	7.9	90.8
35-44	0.4	5.2	20.7	73.7
45-54	2.1	15.8	31.6	50.5
55-64	11.2	27.3	35.7	25.7
18-64	2.2	8.3	18.3	71.2

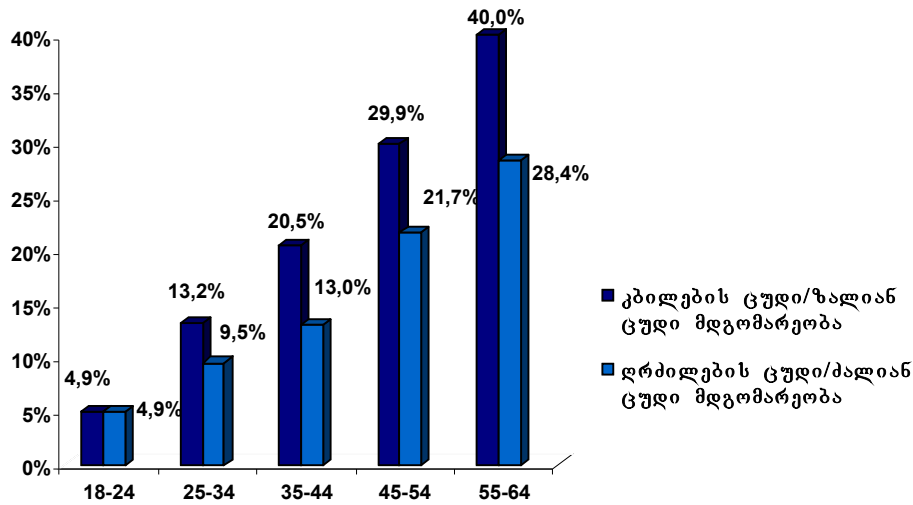
ორივე სქესში 20-ზე მეტი ბუნებრივი კბილი გვხვდებოდა ძირითადად ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში (18-24 და 25-34 წ.); კბილების რაოდენობა სტაბილურად იკლებს ასაკის მატებასთან ერთად, თუმცა მკვეთრ, ერთგვარ ნახტომისებურ კლებას ადგილი აქვს 45-54 და 55-64 წლის ჯგუფებში. მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში (55-65 წ.) აღინიშნებოდა ბუნებრივი კბილების რაოდენობის ძლიერ შემცირება ან არარსებობა. კბილების დაზიანება უფრო ხშირად აღენიშნებათ ქალებს.

20-ზე ნაკლები ბუნებრივი კბილის მქონეები ყველაზე ხშირად თბილისში (36.5%) გვხვდება, შემდეგ მოდის კახეთი (35.8%), იმერეთი (34.3%), სამეგრელო (33.1%) და სხვა რეგიონები. ყველაზე იშვიათად რაჭა-ლეჩხუმში (24.1%), გურიაში (27%), შიდა ქართლში (27.4%) და აჭარაში (28.8%) აღინიშნა.

რესპოდენტთა მიერ საკუთარი კბილების მდგომარეობის ცუდად ან ძალიან ცუდად შეფასებისას როგორც მამაკაცების ასევე ქალების მხრივ გამოიკვეთა მსგავსი ტენდენციები. მამაკაცების 18%-მა და ქალების 21.7%-მა თავისი კბილების მდგომარეობა შეაფასა როგორც ცუდი. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ეს მაჩვენებელი მამაკაცებში მერყეობს 41-38.3%, ხოლო ქალებში – 5.8-41.6% ფარგლებში.

მსგავსი მდგომარეობაა ღრძილების მდგომარეობის შეფასებისას. მამაკაცების 13.3%-მა და ქალების 15%-მა ღრძილების მდგომარეობა შეაფასა როგორც ცუდი. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ეს მაჩვენებელი მამაკაცებში მერყეობს 5.3-27.5%, ხოლო ქალებში – 4.5-29.2% ფარგლებში. ორივე სქესისათვის საშუალო მაჩვენებელია – 14.1%.

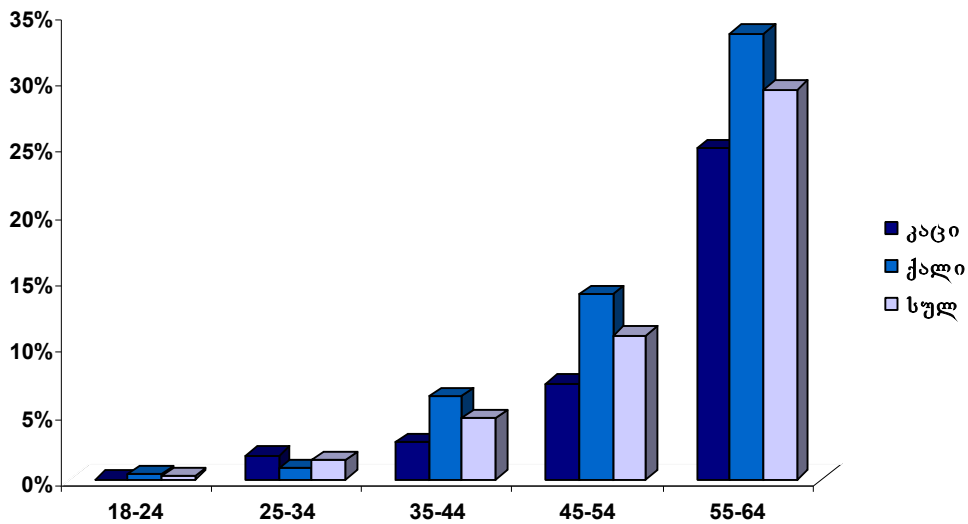
დიაგრამა 29. რესპონდენტების პროცენტული განაწილება ასაკის მიხედვით, რომელთაც თვითშეფასებით აქვთ კბილებისა და ღრძილების ცუდი ან ძალიან ცუდი მდგომარეობა



**პროთეზი**

პროთეზის არსებობა დაფიქსირდა გამოკითხულთა 7.5%-ში. მამაკაცებში პროთეზის არსებობის საშუალო მაჩვენებელია 5.6%, ხოლო ქალებში – 9.4%. პროთეზის არსებობა ძირითადად აღინიშნება 55-64 წ. ასაკობრივ ჯგუფში (მამაკაცებში – 24.9%, ხოლო ქალებში – 33.5% შემთხვევაში). ორივე სქესში ჭარბობს ზედა ყბის პროთეზის არსებობა.

დიაგრამა 30. რესპონდენტების პროცენტული განაწილება პროთეზის გამოყენების, სქესის და ასაკის მიხედვით



მამაკაცებში ზედა ყბის პროთეზის არსებობის საშუალო მაჩვენებელია 89.6%, ქვედა ყბის – 55.4%. ქალებში ეს მაჩვენებლებია: 87% და 60.6%. ორივე სქესისათვის ზედა ყბის პროთეზის არსებობის საშუალო მაჩვენებელია – 88%, ქვედა ყბის – 58.6%.

**კბილის ტკივილი და დისკომფორტი**

უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე კბილის ტკივილის ან სხვა დისკომფორტის შეგრძნება პირის ღრუში ჰქონდა გამოკითხულთა 33.6%-ს (მამაკაცთა 32.3% და ქალთა 34.9%), მაჩვენებლები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მსგავსია.



**ვიზიტი სტომატოლოგთან**

ბოლო ერთი წლის განმავლობაში სტომატოლოგისათვის არ მიუმართავს რესპოდენტთა 73.4%-ს (მამაკაცთა 75.9% და ქალთა 70.9%). რეგიონებს შორის სტომატოლოგთან ყველაზე იშვიათად გურიასა და სამცხე-ჯავახეთში სტუმრობენ, მათ მცირედ ჩამორჩებიან ყველა დანარჩენი რეგიონები.

გამოკითხული მოსახლეობის სტომატოლოგთან ვიზიტის ძირითადი მიზეზია კბილის ან ღრძილების ტკივილი (54.8%) ან მიმდინარე მკურნალობა (33.6%). ბოლო ერთი წლის განმავლობაში სტომატოლოგს კონსულტაციისთვის მიმართა მხოლოდ გამოკითხული მოსახლეობის 6.2%-მა, ხოლო – პროფილაქტიკური გასინჯვებისთვის - 3.6%-მა.

**პირის ღრუს ჰიგიენის საშუალებები**

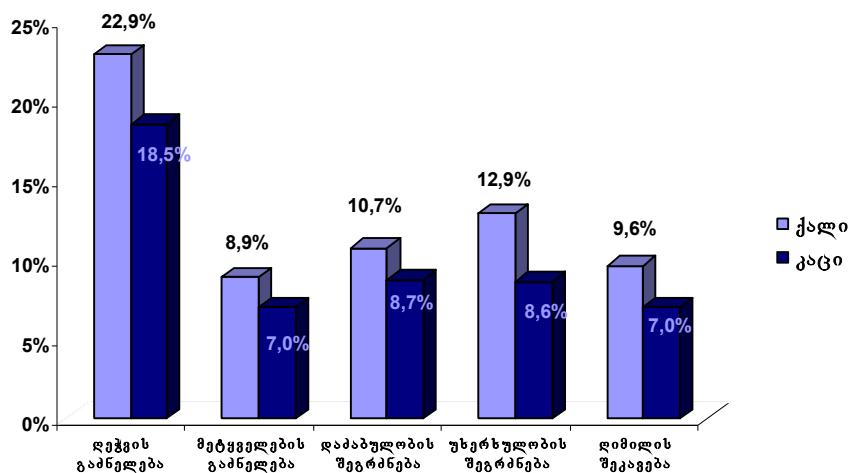
რესპოდენტთა ძირითადი ნაწილი იცავს პირის ღრუს ჰიგიენას. თუმცა მამაკაცთა 16.8% და ქალების 12.8% ყოველდღიურად არ ისუფთავებს კბილებს. ძირითადად ეს ეხება მაღალი ასაკობრივი ჯგუფის (45-64 წ.) რესპოდენტებს. 55-64 წლის რესპოდენტთა 24.7% (მამაკაცთა 30.2% და ქალთა 19.6%) ყოველდღიურად არ ისუფთავებს კბილებს.

კბილების ჰიგიენისთვის ძირითადად იყენებენ კბილის პასტას. კბილის პასტას არ იყენებს რესპოდენტთა მხოლოდ 2.5%. მოსახლეობის მიერ გამოყენებული კბილის პასტები ძირითადად ფტორის შემცველია; მოსახლეობის 25.4% არ იყენებს ფტორის შემცველ კბილის პასტას. კბილების საწმენდად გამოკითხული მოსახლეობის 98% იყენებს კბილის ჯაგრისს (მამაკაცები – 97.4%, ქალები – 98.5%). შესაბამისად, კბილის საწმენდი სხვა საშუალებები (სხვადასხვა ჩხირები, ნახშირი და აშ.) ნაკლებად გამოიყენება. ამ საშუალებებიდან უფრო მეტად ორივე სქესში გამოიყენება ხის ჩხირები. მისი გამოყენების საშუალო მაჩვენებელი 11%-ია (მამაკაცებში – 12.4%, ქალებში – 9.5%).

**კბილების ცუდი მდგომარეობით გამოწვეული პრობლემები**

ბოლო ერთი წლის განმავლობაში იმ პრობლემებიდან, რომლებიც გამოწვეული იყო კბილების ცუდი მდგომარეობით, გამოკითხული მოსახლეობის უმრავლესობა აღნიშნავდა ღეჭვის გაძნელებას (20.7%), მეტყველების გაძნელებას (8.0%), დაძაბულობის შეგრძნებას (10.7%), უხერხულობის შეგრძნებას კბილების გამოჩენისას (10.7%) და კბილების გამო ღიმილის შეკავებას (9.6%).

დიაგრამა 31. კბილების ცუდი მდგომარეობით გამოწვეული პრობლემები



პრობლემური კბილების გამო რესპოდენტებში შედარებით იშვიათად დაფიქსირდა ძილის დარღვევა (3.5%), სამუშაო დღეების გაცდენა (0.4%), ჩვეული აქტივობის შემცირება (1.7%), მეუღლის ან სხვა ახლობლებისაგან ტოლერანტობის არარსებობა (0.9%) და სოციალური აქტივობის შემცირება (0.4%).

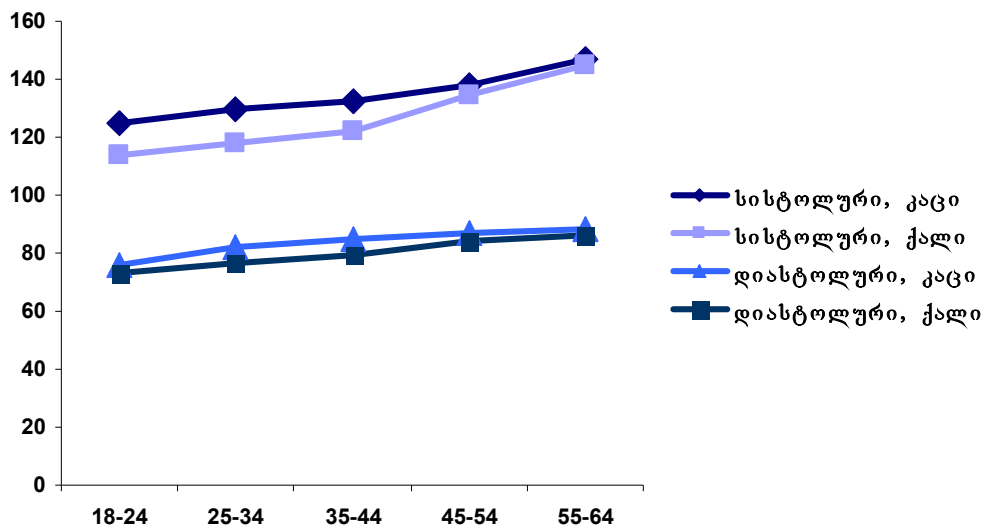
**ფიზიკური განზომილებები (STEP 2)**

ფიზიკური განზომილებებიდან შეფასებული იქნა არტერიული ჰიპერტენზია, გულისცემის სიხშირე, წონა, სიმაღლე, სხეულის მასის ინდექსი, წელისა და თეძოს გარშემოწერილობა. წონის, წელისა და თეძოს გარშემოწერილობის განსაზღვრა არ მომხდარა ორსულებისთვის.

**არტერიული წნევა და გულისცემა**

გამოკვლეულ პოპულაციაში, არტერიული წნევის საშუალო მაჩვენებლებია 129.3 მმ.ვწყ.სვ. (სისტოლური) და 81.3 მმ.ვწყ.სვ. (დიასტოლური). მამაკაცებში სისტოლური წნევა 8.7 ხოლო დიასტოლური 3.4 ერთეულით მაღალია იგივე მაჩვენებელზე ქალებში. ასაკის მატებასთან ერთად არტერიული წნევის ორივე მაჩვენებელი სტაბილურად იზრდება, სისტოლური - 119.6-დან (18-24 წლის პირებში) 145.8-მდე (55-64 წლის პირებში) და დიასტოლური - 74.3-დან (18-24 წლის პირებში) 87.3-მდე (55-64 წლის პირებში).

დიაგრამა 32. სისხლის წნევის ციფრები სქესისა და ასაკის მიხედვით



არტერიული წნევა 140/90 მმ.ვწყ.სვ. და/ან მკურნალობს გამოკითხულთა 33.4% (მამაკაცების 30% და ქალების 16.4%). აღნიშნული მაჩვენებელი ეხმაურება გარკვეულწილად ქვეყანაში არსებულ ფარმაკო-ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემებს, სადაც ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა დაახლოებით 1/3 საერთოდ არ მკურნალობს და მეორე, ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე დამყოლობის ხარისხი მაღალია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.

უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში, განსაკუთრებით 45-64 წლის პირებში 20%-ით მაღალია ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების მიმღები პირების რიცხვი, რაც მიუთითებს მკურნალობაზე დამყოლობის ზრდაზე ასაკის შესაბამისად და ასევე ჰიპერტენზიის მაღალ გავრცელებაზე ამ ჯგუფებში.

ჰიპერტენზიის მართვის ნაციონალურ გაიდლაინში რეკომენდებულ კლასიფიკაციური სტრუქტურის მიხედვით, II სტადიის ჰიპერტენზია ე.წ. 160/100 აღმოაჩნდათ მამაკაცების 9.5%-ს და ქალების 5.4%-ს (სულ 7.5%). თუკი ამ ჯგუფს გავაერთიანებთ ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფთა ჯგუფთან მამაკაცებში მონაცემი 18.7%-მდე და ქალებში კი 20.6%-მდე იზრდება. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ტენდენცია სტაბილურად მზარდია და მაქსიმალური მატება 35-44 და 55-64 წლის პირებში აღინიშნება.

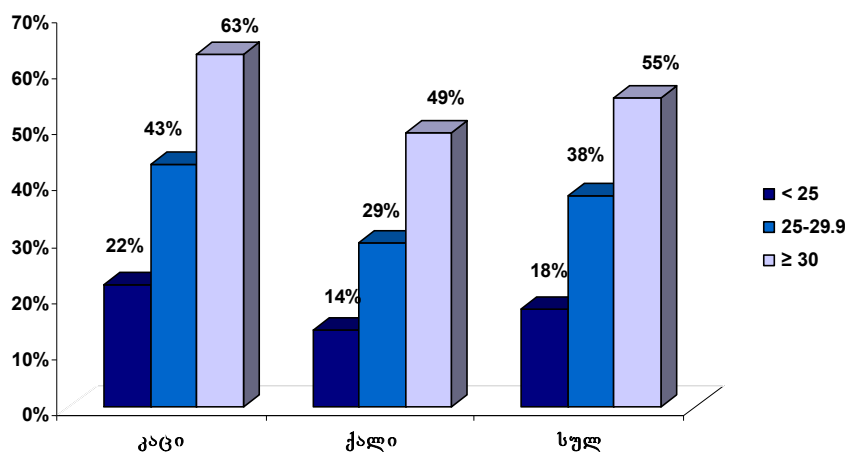
ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფ პირთა შორის არაეფექტურად ნამკურნალები ანუ არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის გავრცელება 19.7%-ია პოპულაციაში.

მომატებული არტერიული ჰიპერტენზია ყველაზე ხშირად შიდა ქართლში გვხვდება (41.3%). მას მოსდევს რაჭა-ლეჩხუმი, გურია და აჭარა (38.3-35.7%). ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი სამცხე-ჯავახეთში (26.5%) და ქვემო ქართლშია (29.9%). ყველა დანარჩენ რეგიონში აკ გავრცელება 31-35.7%-ის ფარგლებში მერყეობს.

ძალიან საინტერესო მონაცემებია ჰიპერტენზიის კონტროლის სურათის წარმოსადგენად ქართულ პოპულაციაში; კონტროლირებული ჰიპერტენზიის მაჩვენებელია 11.7% (მამაკაცებში 6.6% და ქალებში 17.9%), ამ პათოლოგიის არმკურნალობის მაჩვენებელია 61.1% (მამაკაცებში 73.2% და ქალებში 35.7%), აკ არაეფექტური მკურნალობის მაჩვენებელია 27,2% (მამაკაცებში 20.2% და ქალებში 46.4%). ასაკის მატებასთან ერთად თითქმის 2-ჯერ მცირდება აკ მქონე იმ პირების წილი, რომლებიც არ იღებენ მედიკამენტს.

სხეულის მასის ინდექსის ზრდას თან ახლავს ჰიპერტენზიის გავრცელების მკვეთრი მატება. 25-ზე დაბალი სმი-ს მქონეთა შორის ორივე სქესში ჰიპერტენზიის გავრცელება 17.6%-ს, ჭარბწონიანებში (სმი 25-29.9) 2-ჯერ მეტს – 37.6%, ხოლო სიმსუქნის შემთხვევაში (სმი 30 და მეტი) 3-ჯერ მეტს – 55% -ს აღწევს. აღნიშნული ტენდენციაა როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში.

დიაგრამა 33. ჰიპერტენზიის გავრცელება სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით



სიმსუქნით ინდუცირებული ჰიპერტენზიის პრიორიტეტი ქართულ პოპულაციაში განსაკუთრებულ შეფასებას მოითხოვს პრევენციული სტრატეგიების დაგეგმვისას. პულსი ორივე სქესში ნორმაზე ოდნავ მაღალია და 81.7 დარტყმაა წუთში.

ცხრილი 13. გულისცემის საშუალო მაჩვენებელი სქესის და ასაკის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	გულისცემა წუთში		
	კაცი	ქალი	ორივე სქესი
18-24	79.7	85.1	82.2
25-34	83.1	83.3	83.2
35-44	81.3	81.9	81.6
45-54	80.8	80.6	80.7
55-64	80.0	79.8	79.9
18-64	81.2	82.2	81.7

**ანთროპომეტრული მაჩვენებლები**

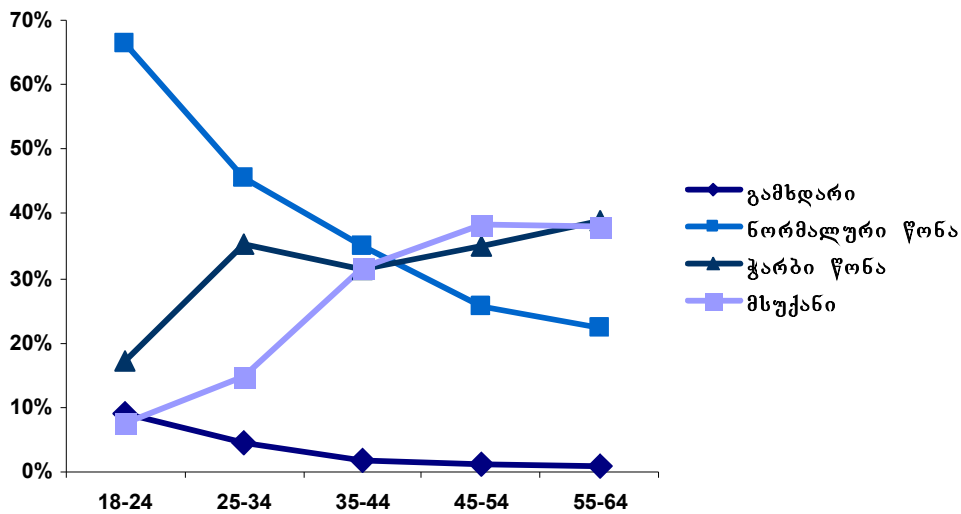
სიმაღლის საშუალო მაჩვენებელი მამაკაცებისათვის (174.8 სმ.) უფრო მეტია, ვიდრე ქალებისათვის (162.7 სმ.). კაცებში ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 18-24 წლის ასაკში და ასაკის მატებასთან ერთად, კლებულობს. ქალებში ყველაზე მაღალი საშუალო მაჩვენებელი აღინიშნება 25-34 წლის ასაკობრივ კონტინგენტში.

წონის საშუალო მაჩვენებელი კაცებში (81.5 კგ.) 1.14-ჯერ მეტია ქალების მაჩვენებელზე (71.1 კგ.). როგორც ქალებში, ასევე კაცებში წონის საშუალო მაჩვენებლის მატებით გამოირჩევა 35-54 წლის ასაკი.

სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ორივე სქესისათვის 26.7–ია. მაჩვენებელი ორივე სქესისათვის, ასაკის მატებასთან ერთად, მატულობს. სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი კაცებისათვის (26.6) მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება იგივე მაჩვენებლისაგან ქალებისათვის (26.8). ქალებში ეს მაჩვენებელი ასაკის მატებასთან ერთად, მატულობს. საყურადღებოა, რომ 18-44 წლის ასაკობრივ კონტინგენტში მაჩვენებელი კაცებში უფრო მეტია, ვიდრე ქალებში. 45-64 წლის ასაკობრივ კონტინგენტში კი, პირიქით.

**სხეულის მასის ინდექსის** მიხედვით გამოყოფილი იქნა 4 ჯგუფი. ორივე სქესისათვის ყველაზე დიდი ჯგუფი (40%) შეადგინა ნორმალური წონის (სმი 18.5-24.9) პირებმა. პროცენტული მაჩვენებელი ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს. ნაკლები წონის მქონე (სმი<18.5) პირთა პროცენტული მაჩვენებელი ორივე სქესისათვის (3.6%) ასაკობრივად არათანაბრადაა განაწილებული. 18-24 წლის ასაკში ის საკმაოდ მაღალია (9.1%) და ასაკის მატებასთან ერთად მნიშვნელოვნად კლებულობს. მნიშვნელოვანი სხვაობაა ნაკლები წონის მქონე პირთა პროცენტული მაჩვენებელში კაცებსა (1.7%) და ქალებს (5.6%) შორის. რესპოდენტთა 31.4%-ს (მამაკაცთა 36.8% და ქალთა 25.7%) ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9) აქვს. რესპოდენტთა 25.1% (მამაკაცთა 21.8% და ქალთა 28.5%) მსუქანია (სმი ≥ 30.0). მსუქან ქალებში ასაკის მატებასთან ერთად მაჩვენებელი მატულობს.

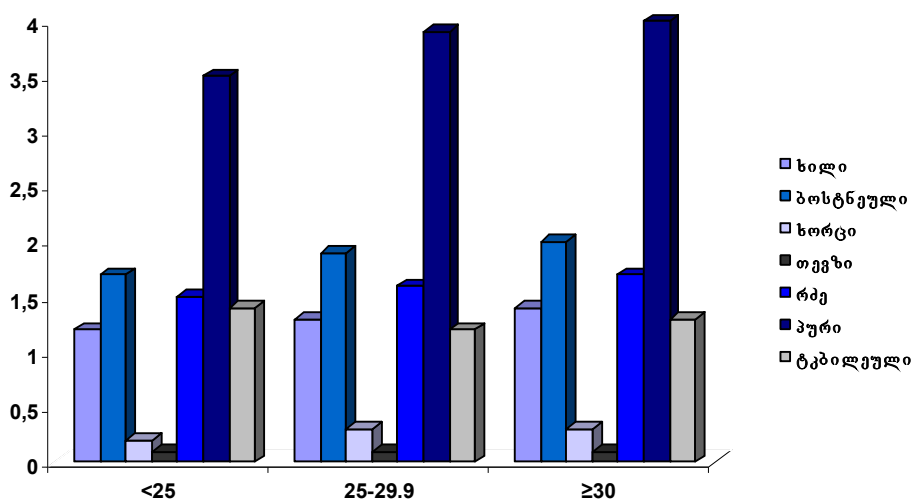
დიაგრამა 34. სხეულის მასის ინდექსი ასაკის მიხედვით



25 და უფრო მაღალი სხეულის მასის ინდექსი რეგიონებს შორის ყველაზე გავრცელებული იმერეთშია (65.3%), მას მოსდევს შიდა ქართლი, გურია და მცხეთა-მთიანეთი (დაახლოებით 60%), ხოლო ყველა დანარჩენ რეგიონში მისი გავრცელება 50.8-54.5%-ის ფარგლებშია. თბილისში მომატებული წონის გავრცელება ერთ-ერთი ყველაზე დაბალია.

საკვები პროდუქტების მოხმარების დაჯგუფება სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით იძლევა მკაფიო სურათს იმისა, რომ ყველა პროდუქტს, გარდა ტკბილეულისა ნორმალური და დაბალი წონის პირები ნაკლები ჯერადობით და რაოდენობით მოიხმარენ ვიდრე ჭარბწონიანები. განსაკუთრებით დიდი სხვაობაა პურეულის მოხმარებაში.

დიაგრამა 35. სხეულის მასის ინდექსი დღის განმავლობაში პირობითი მენიუს შემადგენლობა მოხმარებული პროდუქტების უფულების გასამუალოებული რაოდენობის მიხედვით



ჭარბწონიანებში (სმი $\geq$ 25) დაბალინტენსიური ფიზიკური აქტივობა უფრო გავრცელებულია ვიდრე ნორმალური წონისა და სიგამხდრის მქონეებში, თუმცა ეს განსხვავება დიდი არ არის (საშუალოდ 5%). უმნიშვნელოა განსხვავებები

ზომიერინტენსიურ დატვირთვაში, მაღალინტენსიური დატვირთვა ჭარბწონიან მამაკაცებში ნაკლებია ვიდრე ნორმალური წონის მქონე კაცებში, თუმცა ქალებში საპირისპირო ტენდენციაა. ორივე სქესის წარმომადგენლებში ეს მაჩვენებლები თითქმის თანაბარია.

წელის გარშემოწერილობა კაცებისათვის (90.9 სმ.) უფრო მეტია, ვიდრე ქალებისათვის (84.7 სმ.). როგორც ქალებში, ასევე კაცებში, ასაკის მატებასთან ერთად, ეს მაჩვენებელი მატულობს. წელის გარშემოწერილობის შეფარდება თემოს გარშემოწერილობასთან ქალებში 0.8 და კაცებში 0.9-ია.

### ბიოქიმიური განზომილებები (STEP 3)

#### გლუკოზა

გლუკოზის მაჩვენებელი უზმოდ 5.6 მმოლ/ლ-ია (101.2 მგ/დლ) (მამაკაცებში 5.8 მმოლ/ლ (104.1 მგ/დლ), ქალებში 5.4 მმოლ/ლ (98.1 მგ/დლ)); ორივე სქესის მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში აღინიშნება მაჩვენებლის მატება.

უზმოზე მცირე გლიკემია – კაპილარული სისხლის მაჩვენებელი 6.1 მმოლ/ლ (110 მგ/დლ) და <7.0 მმოლ/ლ (126 მგ/დლ) გვხვდება რესპონდენტთა 20.9%-ში. მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი სჭარბობს ქალების იგივე მონაცემს (23.1% და 18.6%).

სისხლში გლუკოზის მაღალი მაჩვენებელი (კაპილარული სისხლის მაჩვენებელი 6.1 მმოლ/ლ (110 მგ/დლ) აღნიშნა მონაწილეთა 16.3%-ს (მამაკაცებში 19% და ქალებში 13%). ამ ჯგუფში შევიდა ის კონტინგენტი, რომელსაც კვლევის მომენტში მიღებული ჰქონდა მედიკამენტი სისხლში გლუკოზის მომატების გამო. ასაკის ზრდასთან ერთად დიაბეტის გავრცელება იზრდება; განსაკუთრებით მკვეთრი ზრდა 35-44 წლის პირებში აღინიშნება.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ კვლევისას სისხლში გლუკოზის დონის მონაცემების და რესპონდენტების მიერ ანამნეზში აღნიშნული დიაბეტის საკითხი. ამ მხრივ განსხვავება თვალსაჩინოა. კერძოდ, ანამნეზში დიაბეტის დიაგნოზი აღნიშნა 3.5%-მა, ხოლო ობიექტური გასინჯვით ეს მონაცემი 16.3%-ს აღწევს, რაც ძალზე საყურადღებო საკითხია, დაავადების აქტიური გამოვლენის გამო და ადრეული დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით.

#### ქოლესტეროლი

საერთო ქოლესტეროლის საშუალო მაჩვენებელი 4.5 მმოლ/ლ-ია (172.9 მგ/დლ); იგი მნიშვნელოვნად არ იცვლება სქესის და ასაკის მიხედვით.

საერთო ქოლესტეროლი 5.0 მმოლ/ლ ან 190 მგ/დლ ან იმყოფება ანტილიპიდურ მკურნალობაზე აღნიშნა რესპონდენტთა 18.1% (ქალებში 20.9% და მამაკაცებში 14.9%). ასაკის მატებასთან ერთად აღნიშნული მაჩვენებლის გავრცელება იმატებს და მაქსიმუმს აღწევს 35-44 წლის პირებში. კიდევ ერთხელ ერთხელ დასტურდება ამ ასაკობრივ ჯგუფში პირველადი პრევენციის დეფიციტი და მნიშვნელობა.

რაც შეეხება 6.2 მმოლ/ლ და მეტ ქოლესტეროლს სისხლში, იგი რესპონდენტთა 2.3%-ს აღნიშნება და სქესის და ასაკის მიხედვით აქაც იგივე ტენდენციებია.

### ტრიგლიცერიდები

ტრიგლიცერიდების საშუალო მაჩვენებელი 1.5 მმოლ/ლ (129.4 მგ/დლ). სქესის და ასაკის მიხედვით მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ აღინიშნება.

ტრიგლიცერიდების მომატებული მაჩვენებელი 1.7 მმოლ/ლ ან 150 მგ/დლ აღინიშნა მამაკაცების 27.4%-ში და ქალების 22.4%-ში. ასაკის მატებასთან ერთად ეს მაჩვენებელი სტაბილურად იზრდება.

ტრიგლიცერიდების მაღალი მაჩვენებელი (2.0 მმოლ/ლ ან 180 მგ/დლ) გამოკითხული მოსახლეობის 16.8%-ს აღინიშნა. აქაც გარკვეული სხვაობაა მამაკაცებსა და ქალებს შორის (18.6% მამაკაცებში, 14.9% ქალებში). ტრიგლიცერიდების მაღალი მაჩვენებელი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება; განსაკუთრებით მამაკაცებში 25-34 წლის პირებში (9.6-დან 17.4%-მდე).

რეგიონებს შორის ტრიგლიცერიდების მაღალი მაჩვენებლები ყველაზე ხშირად თბილისში აღინიშნება (21.3%), მას მოსდევს კახეთი, აჭარა, მცხეთა-თიანეთი და ქვემო ქართლი (17.7%-18.1%). ყველაზე დაბალი გავრცელება ამ მხრივ რაჭა-ლეჩხუმსა და სამეგრელოში აღინიშნა. დარჩენილ რეგიონებში გავრცელების მაჩვენებელი 13.4%-დან 15.1%-მდე მერყეობს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პოპულაციაში იზოლირებული ტრიგლიცერიდების შეფასება, რომელიც ლიტერატურული მონაცემებით ასოცირებულია ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიასთან (უმეტესად ჰიპოთირეოზთან), ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებასთან და ა.შ. ასევე საინტერესო იქნება ზოგადად ლიპიდური სპექტრის განხილვა რეგიონალურ კვების თავისებურებთან ერთად.

კარდიო-ვასკულური რისკი შეფასებისას, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ასევე მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების სიმცირეს (<40 მგ/დლ) მათი პროტექტორული თვისებების გამო. ლიპიდური პროფილის განსაზღვრისას ეს ინდიკატორი არ იყო გათვალისწინებული აღნიშნული კვლევისას.

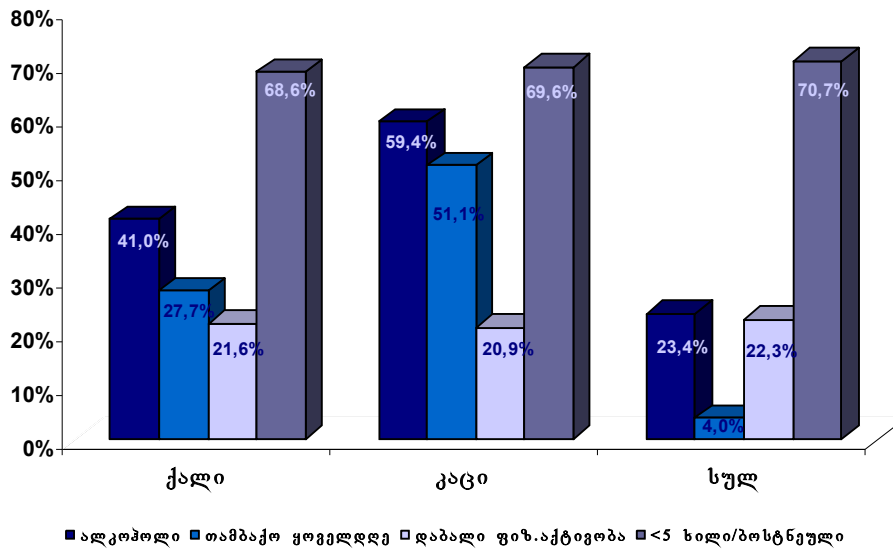
### კომბინირებული რისკი

კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ანალიზი რამდენიმე რისკ-ფაქტორის კომბინაციის მიხედვით. კერძოდ, გამოიყო 3 ჯგუფი:

1. პირები, რომლებსაც არ აქვთ არც-ერთი რისკ-ფაქტორი
2. პირები, რომლებიც 1-2 რისკ-ფაქტორის ზეგავლენის ქვეშაა
3. ჯგუფი, რომელიც 3-5 რისკ-ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის.

რისკ-ფაქტორებში მოიაზრება ამჟამად ყოველდღიური მწევლელობა, დღეში 5 ულუფაზე ნაკლები ხილი და ბოსტნეული, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე ან ჭარბი წონა, მომატებული არტერიული წნევა.

დიაგრამა 36. ქვევითი რისკ-ფაქტორები

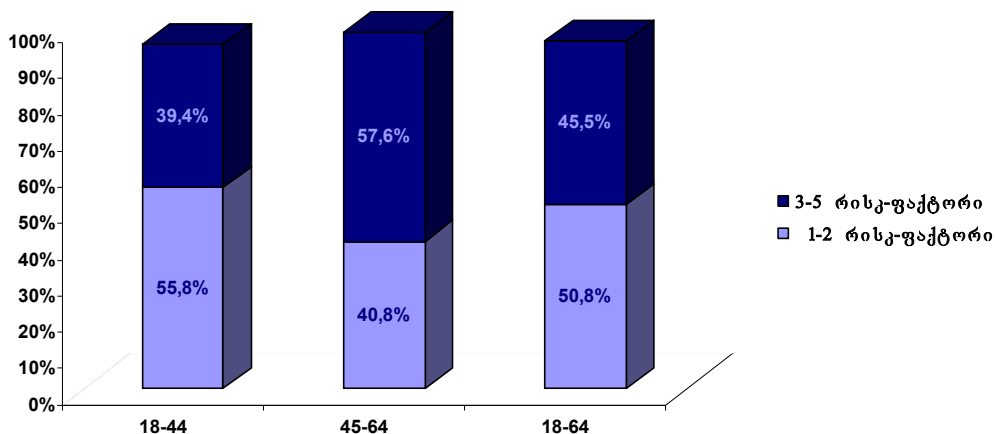


აღმოჩნდა, რომ ამ რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ არ იმყოფება მოსახლეობის ძალზე მცირე ნაწილი (6.4%; 9.2% ქალებში და 3.7% მამაკაცებში). ასაკის მატებასთან ერთად იმ პირთა რაოდენობა, რომლებიც არ იმყოფებიან რისკის ქვეშ, 3-ჯერ და მეტად კლებულობს (8.6% - 45-64 წლის პირებში საპირწონედ 2.5%-ისა 18-44 წლის პირებში). მოსახლეობის უდიდესი უმრავლესობა (93.6%) ერთი და/ან მეტი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის. 3-5 რისკ-ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ მოსახლეობის 35.2% იმყოფება. მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 2-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს ქალებში. ამასთან, ორივე სქესის წარმომადგენლებში ასაკის მატებასთან ერთად ტენდენცია მზარდია.

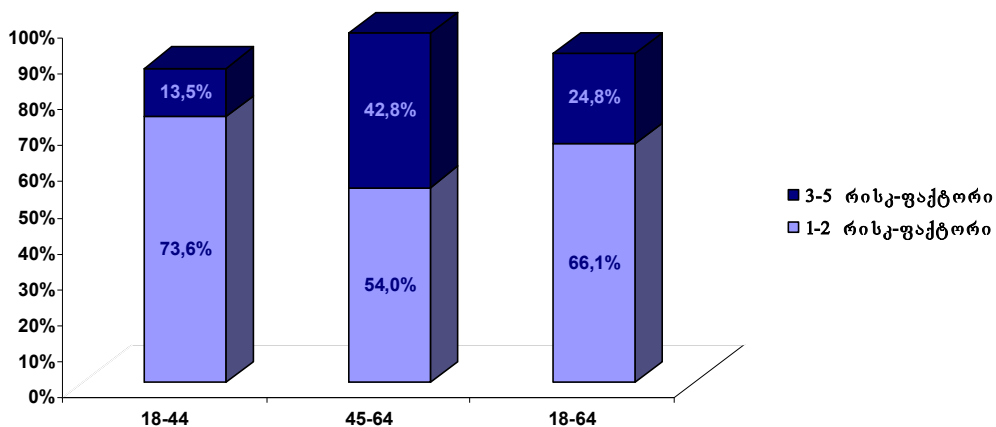
განსხვავებული მდგომარეობაა 1-2 რისკ-ფაქტორის კომბინაციასთან დაკავშირებით. მისი გავრცელება ორივე სქესში 58.4%-ია და ზემოათნიშნული 3 კომბინაციიდან ყველაზე მრავალრიცხოვანია. ქალებში 1-2 რისკ-ფაქტორი კაცებთან შედარებით 16%-ით ხშირად გვხვდება. აღსანიშნავია, რომ ასაკის მატებასთან ერთად მაჩვენებელი კლებულობს და თუ გავითვალისწინებთ იმასაც, რომ ასევე კლებულობს 0 რისკ-ფაქტორის მქონეთა რიცხვიც ნათელი ხდება, რომ ასაკის მატებასთან ერთად 3-5 რისკ-ფაქტორის მქონეთა რაოდენობის ზემოთაღნიშნული ზრდა 0 და 1-2 რისკ-ფაქტორის მქონეთა რაოდენობის კლების ხარჯზე ხდება.



დიაგრამა 37. მამაკაც რესპონდენტთა განაწილება კომბინირებული რისკ-ფაქტორების ჯგუფების და ასაკის მიხედვით



დიაგრამა 38. ქალ რესპონდენტთა განაწილება კომბინირებული რისკ-ფაქტორების ჯგუფების და ასაკის მიხედვით



## თავი 4

### დასკვნები

1. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების შემსწავლელი კვლევა ჩატარდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ტექნიკური დახმარებით კვლევის საერთაშორისო მეთოდოლოგიისა და ინსტრუმენტების გამოყენებით. კვლევა საშუალებას გვაძლევს. არა მარტო შევაფასოთ არაგადამდები დაავადებების მხრივ არსებული ტენდენციები სტანდარტიზებული კითხვარებისა და პროტოკოლების მეშვეობით, არამედ შევუდაროთ ჩვენი მონაცემები სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებს
2. კვლევის შედეგების მიხედვით საქართველოს მოზრდილი პოპულაციის 27.7% ამჟამინდელი ყოველდღიური მწვევლია, 69.6% საშუალოდ მიირთმევს ხილისა და/ან ბოსტნეულის 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღეში, 21.6% არ არის ფიზიკურად აქტიური, 56.4%-ს აქვს ჭარბი წონა, 25.1% მსუქანია, 33.4%-ს აქვს ჰიპერტენზია
3. საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში არაგადამდებ დაავადებათა მაღალი გავრცელებაზე მიუთითებს ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების ფართო გავრცელება: პოპულაციის 20.9%-ს აქვს მცირე და 16.3%-ს მაღალი გლიკემია, 18.1%-ს ქოლესტეროლის მაღალი მაჩვენებელი და 25%-ს აქვს ჰიპერტრიგლიცერიდემია
4. მოსახლეობის უდიდესი უმრავლესობა (93.6%) არაგადამდებ დაავადებათა ერთი და/ან მეტი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის. 3-5 რისკ-ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ მოსახლეობის 35.2% იმყოფება, მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 2-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს ქალებში. 45 წლის და უფროსი მოსახლეობის თითქმის ნახევარს (49.7%) არაგადამდები დაავადებების მაღალი რისკი აქვს
5. კვლევის შედეგები ცხადყოფენ არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის ეფექტური სისტემის დანერგვის გადაუდებელ აუცილებლობას.

## რეკომენდაციები

1. კვლევის ფარგლებში შესრულებული სამუშაოები საფუძვლად უნდა დაედოს არაგადამდები დაავადებების პროვენციისა და კონტროლის სტრატეგიისა და ეროვნული სამოქმედო გეგმის შემუშავებას
2. უნდა მოხდეს კვლევის შედეგების დისემინაცია ყველა დაინტერესებულ ორგანიზაციასა და პირს შორის, ასევე მასობრივ მედია საშუალებებში, რათა მოხდეს მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზრდა არაგადამდებ დაავადებათა რისკისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხების შესახებ
3. აუცილებელია არაგადამდები დაავადებების ძირითადი რისკ-ფაქტორების შემცირებისაკენ მიმართული ეფექტური ინტერვენციების შემუშავება, დაგეგმვა და განხორციელება იმის გათვალისწინებით, რომ დადასტურებულია არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილობის წინააღმდეგ მიმართული ინტერვენციების (სახელწოდებით „საუკეთესო შენაძენი“ – “best buy”) ეფექტიანობა და წარმოადგენს საუკეთესო ინვესტიციას, მათ შორის ღარიბი ქვეყნებისათვის
4. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა უნდა განმეორდეს ყოველ 3–5 წელიწადში, რათა მოხდეს არაგადამდები დაავადებების მხრივ არსებული ტენდენციების შევსება და მოხდეს მონაცემები სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარება

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO Global Status Report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011
2. WHO .Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2008.Geneva: World Health Organization, 2010
3. www.who.int
4. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pētss-Ustbn A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011; 377: 139–46
5. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011; 377: 557–67.
6. Danael G, Finucane MM, Lin JK, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet* 2011; 377: 568–77.
7. Farzadfar F, Finucane MM, Danael G, et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants. *Lancet* 2011; 367: 578–86.
8. Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, et al, UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet* 2011; 378: 449–55.
9. www.euro.who.int
10. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoom S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347-1360
11. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2004; 22:11-19
12. www.ncdc.ge
13. European health report 2005: Public health action for healthier children and populations
14. The global burden of disease: 2004 update, published in 2008
15. Monaldi Archives for Chest Diseases - Pulmonary Series , 2009 - Volume 71, Issue 4, 141-146
16. www.who.int