



საქართველოს ოპერირებადი  
ტერიტორიებიდან დევნილთა,  
მომხმარებლის, ჯანმრთელობისა და  
სოციალური დაცვის სამინისტრო



დაავადებათა კონტროლისა  
და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის  
ეროვნული ცენტრი



ჯანმრთელობის  
მსოფლიო  
ორგანიზაცია

ევროპის რეგიონალური ოფისი

# არაბადამდეები დაავადებების რისკის ფაქტორების STEPS კვლევა საქართველო 2016

თბილისი  
2018

**ავტორები**  
**ამირან გამყრელიძე**  
**ნანა მებონია**  
**ლელა სტურუა**  
**ნინო დემეტრაშვილი**  
**ნათია ქაჯუთია**

## **საერთაშორისო კონსულტანტები:**

**ენრიკე ლოიოლა** - არაგადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის კოორდინატორი, არაგადამდები დაავადებებისა და სასიცოცხლო ციკლის მანძილზე ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმართულება, ჯანმოს ევროპის რეგიონი

**სტეფან სავინი** - არაგადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობის ტექნიკური ხელმძღვანელი, არაგადამდები დაავადებებისა და სასიცოცხლო ციკლის მანძილზე ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმართულება, ჯანმოს ევროპის რეგიონი

შემოკლებები .....	5
წინასიტყვაობა.....	6
მადლობები .....	7
მოკლე მიმოხილვა.....	9
ძირითადი მიგნებები.....	10
არაგადამდები დაავადებების გლობალური ტვირთი.....	12
არაგადამდები დაავადებები საქართველოში.....	14
კვლევის მიზანი და ამოცანები .....	17
კვლევის საფუძველი.....	17
კვლევის მეთოდოლოგია .....	17
საკვლევი პოპულაციის აღწერა.....	18
კვლევის ეთიკური საკითხები.....	19
მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზის პროცედურები .....	19
კვლევის შედეგები.....	25
დემოგრაფიული მახასიათებლები.....	25
აღმსარებლობა.....	29
თამბაქოს მოხმარება.....	30
მოწევაზე თავის დანებება .....	34
კოტინინის შემცველობა შარდში .....	36
ალკოჰოლის მოხმარება .....	38
კვებითი თავისებურებები .....	44
მარილის მოხმარება .....	49
ფიზიკური აქტივობა.....	52
ანთროპომეტრული მაჩვენებლები.....	56
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ანამნეზი .....	58
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების რისკი .....	59
არტერიული წნევის ანამნეზი .....	61
არტერიული წნევის მაჩვენებლები კვლევის მომენტში.....	63
სისხლის მაღალი წნევის მქონე რესპოდენტთა ზოგიერთი მახასიათებლები.....	68
შაქრიანი დიაბეტის ან სისხლში გლუკოზის მაღალი დონის ანამნეზი.....	70
სისხლში გლუკოზის დონის მაჩვენებლები კვლევის მომენტში.....	72
სისხლში ქოლესტეროლის დონის განსაზღვრა ანამნეზის მიხედვით.....	75
სისხლში საერთო ქოლესტეროლის დონის მაჩვენებლები კვლევის მომენტში .....	77
კომბინირებული რისკის ფაქტორები .....	79
ექიმთან მიმართვა .....	80

ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტები.....	81
ცხოვრების წესთან დაკავშირებით სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული რეკომენდაციები ...	81
პირის ღრუს ჯანმრთელობა .....	86
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი.....	88
სქესობრივი ჯანმრთელობა .....	89
მენტალური ჯანმრთელობა/სუიციდი .....	92
ავტო-საგზაო შემთხვევებით გამოწვეული ტრავმა.....	94
ძალადობა.....	95
არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევა, 2010-2016.....	98
დასკვნები .....	105
რეკომენდაციები .....	106
დანართი 1 .....	107
დანართი 2.....	108
დანართი 3.....	109

## შემოკლებები

აგდ - არაგადამდები დაავადებები

გსდ - გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები

STEPS - არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა

ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

IFG - პრედიაბეტური მდგომარეობა

სმი - სხეულის მასის ინდექსი

აჰ - არტერიული ჰიპერტენზია

MET - მეტაბოლური ექვივალენტი

SBP - სისტოლური წნევა

DBP - დიასტოლური წნევა

არაგადამდები დაავადებები (აგდ) ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს გლობალურად. 2016 წელს არაგადამდები დაავადებებით 41.5 მილიონი ადამიანი დაიღუპა, მათ შორის 15 მილიონზე მეტი 30-69 წლამდე ასაკში, რაც დიდ სოციალურ-ეკონომიკურ ზიანს აყენებს ყველა ქვეყანას, განსაკუთრებით კი განვითარებად ქვეყნებს.



აგდ-ის სიკვდილიანობის მთავარი გამომწვევი მიზეზი გულ-სისხლძარღვთა (17.9 მილიონი), ონკოლოგიური (9.0 მილიონი), ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები (3.9 მილიონი) და დიაბეტია (1.6 მილიონი). ეს დაავადებები საერთო რისკ-ფაქტორებით ხასიათდება: თამბაქოს მოხმარება, არაჯანსაღი კვება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. აღსანიშნავია, რომ ეს ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორი ისეთი შუალედური რისკ-ფაქტორების თანდართვით, როგორიცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, სისხლში გლუკოზისა და ქოლესტეროლის მაღალი კონცენტრაცია, წარსულში მიჩნეული იყო განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს და უმწვავეს პრობლემად, თუმცა ამჟამად მზარდ პრობლემად გადაიქცა უღარიბესი ქვეყნებისთვისაც.

საქართველოში, მიუხედავად თვალსაჩინო პროგრესისა, რომელიც მიღწეულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით, არაგადამდები დაავადებების ტვირთი კვლავაც დიდია. ქვეყანაში სიკვდილიანობის 97% სწორედ არაგადამდები დაავადებებით და ტრავმებითაა განპირობებული. უფრო კონკრეტულად: სიკვდილიანობის 64% გულ-სისხლძარღვთა, 12% ონკოლოგიურ, 4% ქრონიკულ რესპირაციულ, 2% დიაბეტზე და 11% დანარჩენ აგდ-ზე მოდის, 4% კი ტრავმაზე. ამგვარად, აგდ პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერების, ეროვნული პოლიტიკისა და სახელმწიფო პროგრამების პრიორიტეტების განსაზღვრის მიზნით მეტად მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული მეთოდოლოგიის გამოყენებით ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების გამომწვევი რისკის ფაქტორების პოპულაციური კვლევა. დამატებით, აღნიშნული კვლევა, რომელიც სტანდარტიზებული კითხვარებისა და პროტოკოლების გამოყენებით ტარდება, საშუალებას გვაძლევს არა მარტო შევაფასოთ არაგადამდები დაავადებებისა და მათი რისკის ფაქტორების გავრცელების თავისებურებები და ტენდენციები საქართველოში, არამედ შევადაროთ სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებს.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც) კვლევის განსახორციელებლად გაწეული მხარდაჭერისათვის მადლიერებას გამოხატავს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და

სოციალური დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებისა და კვლევაში ჩართული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსონალისადმი, რომლებიც უშუალოდ მონაწილეობდნენ და დახმარებას უწევდნენ მკვლევართა ჯგუფებს.

დკსჯეც გულწრფელ მადლიერებას გამოხატავს კვლევის ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფის მიმართ კვლევის მიმდინარეობისას გაწეული კონსულტაციისა და ტექნიკური დახმარებისათვის.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით დკსჯეც-ის ინტერვიუერების გუნდს, რომელმაც წარმატებით განახორციელა საველე სამუშაოები ქვეყნის მასშტაბით.



**ამირან გამყრელიძე**

მედ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი  
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი  
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი  
გენერალური დირექტორი

2016 წელს საქართველოში ჩატარდა არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS (STEP wise approach to NCD Surveillance - STEPS) მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში არაგადამდები დაავადებების ძირითადი რისკის ფაქტორების გავრცელებისა და თავისებურებების შესწავლა, შემდგომში არაგადამდები დაავადებების კონტროლისა და პრევენციის ეფექტური ღონისძიებების დაგეგმვის მიზნით.

კვლევის ამოცანები:

- 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების ქცევითი რისკის ფაქტორების გავრცელების შესწავლა
- 18-69 წლის მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების - ჰიპერტენზია, ჰიპერქოლესტეროლემია, ჰიპერგლიკემია, ჭარბი წონა/სიმსუქნე - გავრცელების შესწავლა
- რისკის ფაქტორების გავრცელების თავისებურებების შესწავლა სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

განხორციელდა ქვეყნის მასშტაბის პოპულაციური კვლევა, რომელმაც მოიცვა თბილისი და ქვეყნის ათი რეგიონი.

კვლევაში გამოყენებული იყო მრავალსაფეხურიანი კლასტერული შერჩევის მეთოდი. შეირჩა 5 554 კომლი, ინტერვიუ ჩატარდა 4 204 მონაწილესთან, გამოხმაურების მაჩვენებელმა 75.7% შეადგინა.

თამბაქოს რომელიმე პროდუქტის (მოსაწევი და უკვამლო) ამჟამინდელი მომხმარებელია რესპოდენტთა 31.0% (მამაკაცების 57.0% და ქალების 7.0%). გამოკითხული რესპოდენტების 28.0% თამბაქოს ამჟამინდელი ყოველდღიური მომხმარებელია, რაც ამჟამინდელ მწეველთა 90.5%-ს შეადგენს.

ალკოჰოლის ამჟამად მომხმარებელია გამოკითხულთა 39.0%. ამ თვალსაზრისით, სქესობრივი განსხვავება დიდია: მამაკაცთა შორის თითქმის სამჯერ მაღალია იმ პირთა ხვედრითი წილი (58.9% და 20.7% შესაბამისად), რომელთაც ბოლო ერთი თვის განმავლობაში მიღებული ჰქონდათ ალკოჰოლური სასმელის თუნდაც ერთი სტანდარტული დოზა. უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ალკოჰოლი არ მიუღია რესპოდენტთა 20%-ს.

როგორც მამაკაცების, ასევე ქალების თითქმის ორი მესამედი (63.8% და 62.4% შესაბამისად) ყოველდღიურად ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს მოიხმარს; მამაკაცთა 6%-ის და ქალების 4%-ის დღიურ რაციონში ხილი და ბოსტნეული არ შედის.

რესპოდენტთა მეოთხედზე მეტი (26.7%) ყოველთვის ან ხშირად უმატებს მარილს ან მარილიან საწებელს საკუთარ ულუფას საკვების მიღებამდე ან მისი მიღების პროცესში. მარილის ჭარბი მოხმარების მავნე ჩვევა მამაკაცებში ბევრად უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ქალებში (33.4% და 20.6% შესაბამისად).

გამოკვლეულთა საერთო პოპულაციაში რესპოდენტთა 17.4%-ის ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება ჯანმრთელობის რეკომენდაციებს და ეს მაჩვენებელი ქალებში მცირედ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით (18.4% და 16.2% შესაბამისად).



სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელია 28.1. რესპოდენტთა 64.6%-ს (მამაკაცთა 65.5% და ქალთა 63.8%) აქვს ჭარბი წონა და რესპოდენტთა 33.2% (მამაკაცთა 30.2% და ქალთა 36.0%) მსუქანია.

უზმოზე გლუკოზის მომატებული ( $\geq 6.1$  მმოლ/ლ და  $< 7.0$  მმოლ/ლ) მაჩვენებელი გვხვდება რესპოდენტთა 2.0%-ში (მამაკაცთა 2.0% და ქალთა 1.9%). სისხლში გლუკოზის მაღალი მაჩვენებელი ( $\geq 7.0$  მმოლ/ლ) გამოუვლინდა მონაწილეთა 4.5%-ს (მამაკაცთა 4.7% და ქალთა 4.3%).

რესპოდენტთა 27.7%-ს სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე დაუდგინდა ან მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე იმყოფება მომატებული ქოლესტეროლის გამო.

სისტოლური წნევის საშუალო მაჩვენებელი, მათი ჩათვლით, ვინც იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას, შეადგენს 129.4 მმ.ვწყ.სვ.; დიასტოლური წნევის საშუალო მაჩვენებელი, მათი ჩათვლით ვინც იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას - 82.2 მმ.ვწყ.სვ.; გამოკითხულთა 37.7%-ს აქვს მაღალი არტერიული წნევა ან იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას (მამაკაცებში 38.6% და ქალებში 36.9%). მაღალი არტერიული წნევის მქონე მამაკაცთა 64.2% არ იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას; იგივე მაჩვენებელი ქალებში 47.2%-ია. მაღალი არტერიული წნევის მქონე პაციენტთა შორის არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის ხვედრითი წილი 83.6%-ია.

მოსახლეობის 36.1% არაგადამდებ დაავადებათა სამი და/ან მეტი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის. მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი თითქმის 2-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს ქალებში.

სიცოცხლის მანძილზე თუნდაც ერთხელ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული კვლევა ჩაიტარა გამოკითხული ქალების 20%-მა. ასეთი ქალების ხვედრითი წილი ყველაზე მაღალი 30-59 წლების ასაკობრივ ჯგუფშია, თუმცა აღნიშნულ ჯგუფშიც სკრინინგული კვლევა გამოკითხულთა მესამედზე ნაკლებს აქვს ჩატარებული.



## არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა (STEPS) 2016 ძირითადი მიზნები

არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების STEPS პოპულაციური კვლევა საქართველოში ჩატარდა 2016 წლის ივნისიდან სექტემბრამდე პერიოდში და მოიცავდა 18-69 წლის მოზრდილ მოსახლეობას. კვლევა გახლდათ სამ საფეხურიანი: მონაცემები სოციო-დემოგრაფიული და ჩვევითი რისკ-ფაქტორების შესახებ შეგროვდა პირველ საფეხურზე; ფიზიკური გაზომვები (სიმაღლე, წონა, სისხლის არტერიული წნევა) - მეორე და ბიოქიმიური გაზომვები (გლუკოზისა და ქოლესტეროლის კონცენტრაცია სისხლში) მესამე საფეხურზე. კვლევაში გამოყენებული იყო მრავალსაფეხურიანი კლასტერული შერჩევის მეთოდი. კვლევის ამონარჩევის ზომად განისაზღვრა 5554 პირი, მონაწილეობა მიიღო 4204 რესპოდენტმა (გამოხმაურებამ შეადგინა 75.7%). რეკომენდირებულია კვლევის გამეორება 2021 წელს.

შედეგები 18-69 წლის პოპულაციაში (მათ შორის 95% CI)	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
<b>Step 1 თამბაქოს მოხმარება</b>			
თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარება (%)	31.0% (28.9 – 33.0)	57.0% (53.6 – 60.3)	7.0% (5.8 – 8.2)
თამბაქოს ამჟამინდელი ყოველდღიური მოხმარება (%)	28.0% (26.0 – 30.0)	51.5% (48.1 – 55.0)	6.2% (5.1 – 7.4)
<i>მათთვის ვინც ყოველდღიურად ეწევა</i>			
მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი (წლები) ამჟამინდელ ყოველდღიურ მწეველებში	18.3 -	17.8 -	22.4 -
მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი (წლები) ამჟამინდელ მწეველებში	18.4 -	17.9 -	22.6 -
ქარხნული სიგარეტის მოხმარება ყოველდღიურ მწეველებში (%)	98.6% (97.7 – 99.5)	98.4% (97.5 – 99.4)	100.0% -
ყოველდღიურად მოწეული ქარხნული სიგარეტის ღერების საშუალო რაოდენობა (ვინც ეწევა ქარხნულ სიგარეტს)	21.3 -	22.2 -	14.4 -
<b>Step 1 ალკოჰოლის მოხმარება</b>			
არასოდეს მიუღიათ ალკოჰოლი (%)	10.4% (8.9 – 12.0)	3.9% (2.6 – 5.3)	16.4% (14.1 – 18.8)
არ მიუღიათ ალკოჰოლი უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში (%)	20.1% (18.5 – 21.7)	11.4% (9.5 – 13.3)	28.1% (25.8 – 30.4)
ალკოჰოლის ამჟამინდელი (ალკოჰოლის მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში) მოხმარებლები (%)	39.1% (36.6 – 41.5)	58.9% (55.2 – 62.5)	20.8% (18.6 – 22.9)
ალკოჰოლის მძიმე ეპიზოდური (ერთ ჯერზე 6 და მეტი ულუფა ალკოჰოლის მიღება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში) მოხმარება (%)	18.3% (16.1 – 20.6)	35.3% (31.2 – 39.4)	2.6% (1.7 – 3.5)
<b>Step 1 კვებითი ჩვევები</b>			
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში დღეების საშუალო რაოდენობა, როდესაც მიიღეს ხილი	5.3 (5.2 – 5.4)	5.1 (4.9 – 5.3)	5.4 (5.3 – 5.6)
ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში მიღებული ხილის ულუფების საშუალო რ-ბა	2.0 (1.9 – 2.1)	2.0 (1.8 – 2.1)	2.1 (1.9 – 2.2)
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში დღეების საშ. რაოდენობა, როდესაც მიიღეს ბოსტნეული	6.0 (5.9 – 6.1)	5.9 (5.8 – 6.0)	6.1 (5.9 – 6.2)
ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში მიღებული ბოსტნეულის ულუფების საშ. რ-ბა	2.4 (2.3 – 2.5)	2.4 (2.3 – 2.6)	2.4 (2.3 – 2.5)
დღის განმავლობაში იღებენ 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და/ან ბოსტნეულს (%)	63.0% (60.1 – 66.0)	63.8% (59.6 – 67.9)	62.4% (59.5 – 65.3)
საკვებს ყოველთვის ან ხშირად ამატებენ მარილს ან მარილიან საწებელს გაუსინჯავად ან გასინჯვის შემდეგ (%)	26.7% (24.7 – 28.8)	33.4% (29.4 – 37.3)	20.6% (18.6 – 22.7)
ყოველთვის ან ხშირად მიირთმევენ მარილის მაღალი შემცველობის მზა საკვებს (%)	14.3% (12.4 – 16.2)	18.9% (15.3 – 22.5)	10.1% (8.7 – 11.5)
<b>Step 1 ფიზიკური აქტივობა</b>			
არასაკმარისი ფიზიკური აქტივობა (კვირის განმავლობაში < 150 წუთი საშუალო ინტენსივობის აქტივობა, ან ეკვივალენტი)* (%)	17.4% (15.6 – 19.2)	16.2% (13.6 – 18.9)	18.4% (16.3 – 20.4)
ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში ფიზიკურ აქტივობაზე დახარჯული მედიანური დრო (წუთი) (წარმოდგენილია ინტერ-კვარტილური ინტერვალით)	137.1 (40.0 – 300.0)	158.6 (55.7 – 342.9)	173.8 (30.0 – 270.0)
ინტენსიურად არ არის დატვირთული (%)	82.4% (80.3 – 84.6)	72.2% (68.5 – 75.9)	91.8% (90.1 – 93.4)

შედეგები 18-69 წლის პოპულაციაში (მათ შორის 95% CI)	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
<b>Step 1 საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი</b>			
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სიცოცხლის განმავლობაში ჩატარება 30-49 წლის ქალთა შორის (%)			23.9% (20.6 - 27.3)
<b>Step 2 ფიზიკური გაზომვები</b>			
სხეულის მასის ინდექსი (BMI - კგ/მ <sup>2</sup> ) საშუალო მაჩვენებელი	28.1 (27.8 - 28.4)	27.9 (27.5 - 28.3)	28.3 (28.0 - 28.6)
ჭარბი წონა (BMI ≥ 25 კგ/მ <sup>2</sup> ) (%)	64.6% (62.3 - 67.0)	65.5% (61.4 - 69.7)	63.8% (61.4 - 66.3)
სიმსუქნე (BMI ≥ 30 კგ/მ <sup>2</sup> ) (%)	33.2% (31.3 - 35.2)	30.2% (26.9 - 33.6)	36.0% (33.7 - 38.2)
წელის საშუალო გარშემოწერილობა (სმ)		95.7 (94.3 - 97.2)	89.6 (88.7 - 90.5)
სისტოლური წნევის საშუალო მაჩვენებელი (მმ ვწყ სვ), მათი ჩათვლით, ვინც იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას	129.4 (128.4 - 130.4)	132.6 (131.3 - 134.0)	126.5 (125.4 - 127.6)
დიასტოლური წნევის საშუალო მაჩვენებელი (მმ ვწყ სვ), მათი ჩათვლით, ვინც იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას	82.2 (81.6 - 82.8)	83.0 (82.1 - 84.0)	81.4 (80.7 - 82.1)
მაღალი არტერიული წნევა (SBP ≥ 140 და/ან DBP ≥ 90 მმ ვწყ სვ ან იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას)	37.7% (35.5 - 40.0)	38.6% (35.1 - 42.2)	36.9% (34.7 - 39.1)
მაღალი არტერიული წნევა (SBP ≥ 140 და/ან DBP ≥ 90 მმ ვწყ სვ ვინც არ იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას)	55.4% (52.1 - 58.8)	64.2% (59.3 - 69.0)	47.2% (43.4 - 50.9)
<b>Step 3 ბიოქიმიური გაზომვები</b>			
კაპილარულ სისხლში გლუკოზის საშუალო კონცენტრაცია უზმოზე (მმოლ/ლ), მათი ჩათვლით, ვინც იტარებს ჰიპოგლიკემიურ მკურნალობას	4.4 მმოლ/ლ (4.3 - 4.5)	4.4 მმოლ/ლ (4.3 - 4.5)	4.4 მმოლ/ლ (4.3 - 4.5)
უზმოზე გლუკოზის მომატებული (კაპილარულ სისხლში ≥5.6 მმოლ/ლ და <6.1 მმოლ/ლ) მაჩვენებელი (%)	2.0% (1.4 - 2.5)	2.0% (1.0 - 3.0)	1.9% (1.4 - 2.4)
უზმოზე გლუკოზის მაღალი (კაპილარულ სისხლში ≥6.1 მმოლ/ლ) მაჩვენებელი ან ამჟამად იტარებს ჰიპოგლიკემიურ მკურნალობას (%)	4.5% (3.7 - 5.3)	4.7% (3.5 - 6.0)	4.3% (3.4 - 5.2)
სისხლში საერთო ქოლესტეროლის საშუალო კონცენტრაცია უზმოზე (მმოლ/ლ), მათი ჩათვლით, ვინც ამჟამად იტარებს ანტილიპიდურ მკურნალობას	4.3 მმოლ/ლ (4.3 - 4.4)	4.1 მმოლ/ლ (4.0 - 4.3)	4.5 მმოლ/ლ (4.4 - 4.6)
საერთო ქოლესტეროლის მომატებული (≥5.0 მმოლ/ლ ან იმყოფება ანტილიპიდურ მკურნალობაზე) მაჩვენებელი (%)	27.7% (25.5 - 29.9)	21.9% (18.6 - 25.2)	33.0% (30.4 - 35.6)
მიღებული მარილის საშუალო დღიური რაოდენობა (გრამი)	8.5 გრ. (8.3 - 8.6)	9.7 გრ. (9.4 - 9.9)	7.4 გრ. -
<b>კარდიოვასკულური (გსდ) რისკი</b>			
10-წლიანი გსდ რისკი ≥ 30%, ან არსებული გსდ <sup>1</sup> 40-69 წლის პოპულაციაში	28.8% (25.9 - 31.7)	30.8% (25.9-35.7)	27.1% (24.3 - 29.9)
<b>რისკ-ფაქტორების კომბინაცია:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თამბაქოს ამჟამინდელი ყოველდღიური მოხმარება</li> <li>• დღის განმავლობაში 5 ულუფაზე ნაკლები ხილსა და/ან ბოსტნეულის მიღება</li> <li>• არასაკმარისი ფიზიკური აქტივობა</li> <li>• ჭარბი წონა (სმი ≥ 25 კგ/მ<sup>2</sup>)</li> <li>• სისხლის მაღალი წნევა (SBP ≥ 140 და/ან DBP ≥ 90 მმ ვწყ სვ ან იმყოფებისან ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე</li> </ul>			
არცერთი აღნიშნული რისკ-ფაქტორი (%)	7.6% (6.0 - 9.2)	5.7% (3.4 - 8.0)	9.3% (7.7 - 11.0)
3 ან მეტი რისკ-ფაქტორი 18-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში	25.2% (22.1 - 28.3)	37.9% (32.5 - 43.3)	12.5% (10.2 - 14.8)
3 ან მეტი რისკ-ფაქტორი 45-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში	48.6% (45.7 - 51.5)	55.1% (50.4 - 59.8)	43.4% (40.2 - 46.5)
3 ან მეტი რისკ-ფაქტორი 18-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში	36.1% (33.8 - 38.4)	45.4% (41.7 - 49.2)	27.6% (25.5 - 29.8)

<sup>1</sup> 10-წლიანი გსდ რისკი ≥30% შეფასებულია ასაკის, სქესის, არტერიული წნევის, თამბაქოს მოხმარების სტატუსის (ამჟამინდელი მომხმარებლები ან რომლებმაც თავი დაანებეს შეფასებამდე 1 წელზე ნაკლები პერიოდის წინ), საერთო ქოლესტეროლის მაჩვენებლის და დიაბეტის (დიაგნოსტირებული დიაბეტი, ან დიაბეტის არმქონე პირებში უზმოზე გლუკოზის კონცენტრაცია >7.0 მმოლ/ლ) სტატუსის გათვალისწინებით.

## არაგადამდები დაავადებების გლობალური ტვირთი

მსოფლიო პოპულაციის ჯანმრთელობის ზოგადი გაუმჯობესების მიუხედავად, არაგადამდები დაავადებების (აგდ) წილი როგორც სიკვდილიანობის, ასევე შრომისუნარიანობის დაქვეითების თვალსაზრისით იზრდება. შესაბამისად, იგი ხელშემშლელი ფაქტორია გლობალური, სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისათვის. 2016 წელს მსოფლიოში სიკვდილის შემთხვევათა 70%-ისა და შრომისუნაროდ გატარებული წლების 78%-ის მიზეზი არაგადამდები დაავადებები იყო. ჯანმოს ევროპის რეგიონში აგდ-ს ტვირთი საერთო ავადობაში კიდევ უფრო დიდია; კერძოდ, 2015 წელს იგი სიკვდილიანობის 89%-ზე და შრომისუნაროდ გატარებული წლების 85%-ზე იყო პასუხისმგებელი<sup>2</sup>.

არაგადამდებ დაავადებებს, მათი პრიორიტეტულობიდან გამომდინარე 2011, 2014 და 2018 წლებში გაეროს გენერალური ასამბლეის უმაღლესი დონის შეხვედრები მიეძღვნა. მესამე უმაღლესი დონის შეხვედრაზე, რომელიც 2018 წლის 27 სექტემბერს ჩატარდა ნიუ იორკში, სახელმწიფო და სამთავრობო ხელმძღვანელებმა ახალი გადაწყვეტილებები მიიღეს არაგადამდები დაავადებების - კიბოს, გულისა და ფილტვის დაავადებების, დიაბეტის, მენტალური ჯანმრთელობის პრევენციისა და ადამიანთა კეთილდღეობის გაუმჯობესების მიზნით.

მსოფლიო ლიდერები შეთანხმდნენ, რომ საკუთარ ქვეყნებში თავად აიღებენ პასუხისმგებლობას აგდ-ს პრევენციისა და მკურნალობის მიმართულებით. ისინი მზადყოფნას გამოთქვამენ, შექმნან ძლიერი საკანონმდებლო რეგულაციები და მიმართონ ფინანსური აქტივები თამბაქოს, არაჯანსაღი საკვების და სხვა მავნე პროდუქტებისაგან მოსახლეობის დაცვის მიზნით; მაგალითად, ალკოჰოლის რეკლამირების შეზღუდვის, თამბაქოს აკრძალვისა და უალკოჰოლო სასმელების დაბეგვრის გზით.

მდგრადი განვითარების მიზნებში (მგმ), რომელიც 2015 წლის სექტემბერში გაეროს სამიტზე იქნა მიღებული, აგდ აღიარებულია, როგორც მნიშვნელოვანი გამოწვევა მდგრადი განვითარების მიღწევის თვალსაზრისით: მგმ-ში შეტანილ იქნა ძალიან სპეციფიკური და ამბიციური მიზანი - 2030 წლისთვის აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება ერთი მესამედით (ქვემიზანი 3.4) და მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება ეროვნული რეაგირების გეგმის შემუშავების შესახებ აგდ-სთან დაკავშირებული სხვა სამიზნეების შესრულების თვალსაზრისით: (1) ალკოჰოლის მავნე ზემოქმედების შემცირება; (2) საყოველთაო ჯანდაცვის (უნივერსალური ჯანდაცვა) მოცვის მაღალი მაჩვენებლები; (3) ჯანმოს თამბაქოს საწინააღმდეგო ჩარჩო-კონვენციის აღსრულების გაძლიერება; (4) აგდ-ს მართვის მიზნით საჭირო ვაქცინებისა და მედიკამენტების კვლევისა და დანერგვის მხარდაჭერა; (5) აგდ-ს ესენციური მედიკამენტებისა და ვაქცინებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

მოსახლეობის ზრდასა და დაბერებასთან ერთად აგდ-ს მნიშვნელოვან მიზეზებს ქცევითი რისკის ფაქტორები წარმოადგენს: მეტა-ანალიზით და მულტიკოჰორტული კვლევებით, რომელშიც 48 დამოუკიდებელი პროსპექტული კოჰორტა და 1.7 მილიონი ადამიანი იყო ჩართული, დასტურდება, რომ 40-85 წლის ასაკში მოსალოდნელი სიცოცხლის წლების შემცირება თამბაქოს მოხმარებით საშუალოდ შეადგენს 4.8, ალკოჰოლის ჭარბი მიღებით 0.5, სიმსუქნით 0.7, დიაბეტით 3.9, ჰიპერტენზიით 1.6 და დაბალი ფიზიკური აქტივობით 2.4 წელს.<sup>3</sup> თამბაქოს მოხმარება პასიური მოხმარების ჩათვლით, ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობის არაჯანსაღი საკვები, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ალკოჰოლის

<sup>2</sup> Health systems respond to NCDs: time for ambition. WHO, 2018.

<sup>3</sup> Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multi-cohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet 2017, 389: 1229-37

ჭარბი მოხმარება ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორია, რომლებიც ისეთი რისკის ფაქტორების თანდართვით, როგორიცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, სისხლში გლუკოზისა და ქოლესტეროლის მაღალი კონცენტრაცია, წარსულში განვითარებული ქვეყნების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს გამოწვევას წარმოადგენდა, თუმცა ამჟამად მეტად აქტუალურ პრობლემად გადაიქცა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებისთვისაც.<sup>4,5,6</sup> რადგანაც მოსახლეობის დაბერებისა და ზრდის პროცესებზე ზემოქმედება შეუძლებელია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციები მიმართული უნდა იყოს აღნიშნული ქცევითი რისკის ფაქტორების წინააღმდეგ, რათა შევძლოთ საერთო სიკვდილიანობის ზრდის არსებული ტენდენციის შეჩერება.

---

<sup>4</sup>MM. Finucane, GA. Stevens, MJ. Cowan et al, *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*, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). (Lancet 2011, 377:557–67; 568–77).

<sup>5</sup>G. Danaei, MM. Finucane, JK. Lin et al, *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*, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). (Lancet 2011, 377:568–77).

<sup>6</sup>F. Farzadfar, MM. Finucane, G. Danaei et al, *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*, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). (Lancet 2011, 367: 578–86).

## არაგადამდები დაავადებები საქართველოში

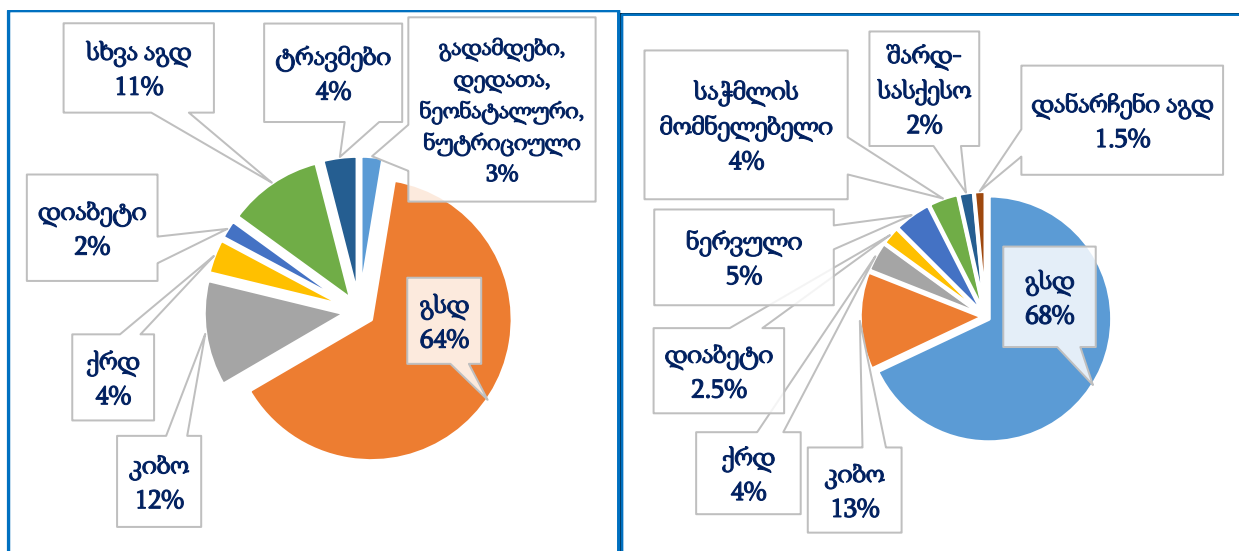
საქართველო საპარლამენტო რესპუბლიკაა, მდებარეობს სამხრეთ კავკასიაში, შედგება 9 რეგიონისა და 2 ავტონომიური რესპუბლიკისაგან (აფხაზეთი და აჭარა).

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2018 წლის პირველი იანვრის მდგომარეობით, ქვეყანაში 3 729.6 ათასი კაცი ცხოვრობს.

ჯანმოს შეფასებითი მონაცემებით 2016 წელს საქართველოში საერთო სიკვდილიანობის 93% გამოწვეული იყო არაგადამდები დაავადებებით და 4% ტრავმებით (სურათი #1).

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების, ასევე ცალკეული ნოზოლოგიების - არტერიული ჰიპერტენზიის, გულის იშემიური და ცერებროვასკულური დაავადებების პრევალენტობის მატება, სავარაუდოდ, სამედიცინო დაწესებულებებისადმი მიმართვიანობის ზრდას და, მეორეს მხრივ, აღნიშნულ დაავადებათა მართვის გაუმჯობესებას უკავშირდება; პაციენტების სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობის ზრდის თვალსაზრისით დადებითი როლი ითამაშა 2017 წლის ივლისში ამოქმედებული ქრონიკულ დაავადებათა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამამ, რამაც ექიმთან ვიზიტის მოტივაცია გააჩინა პაციენტებში, რაც კარგად ვლინდება გსდ-ს მაგალითზე (სურათი #2).

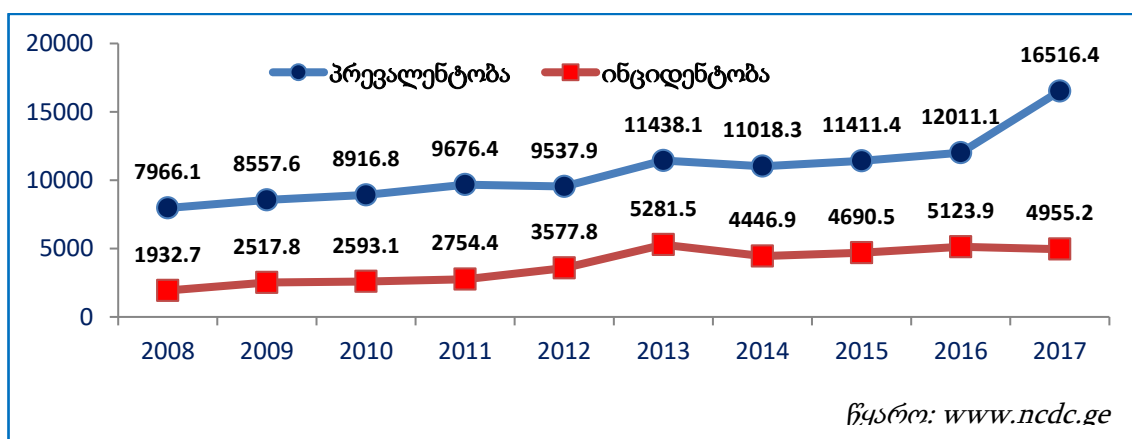
სურათი #1. სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები საქართველოში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით: ა) საერთო სიკვდილიანობა; ბ) აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობა, 2016



ა)

ბ)

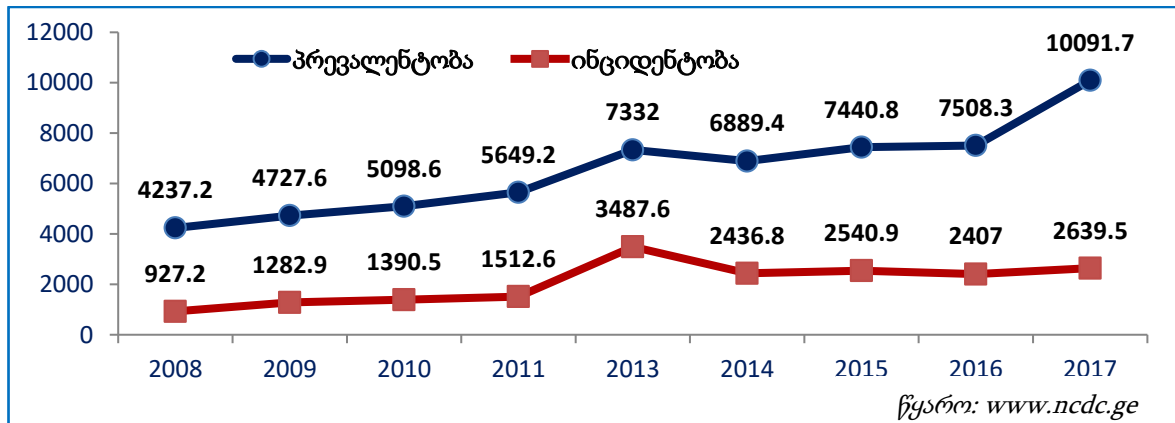
სურათი #2. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები, საქართველო, 2008-2017 პრევალენტობა და ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე





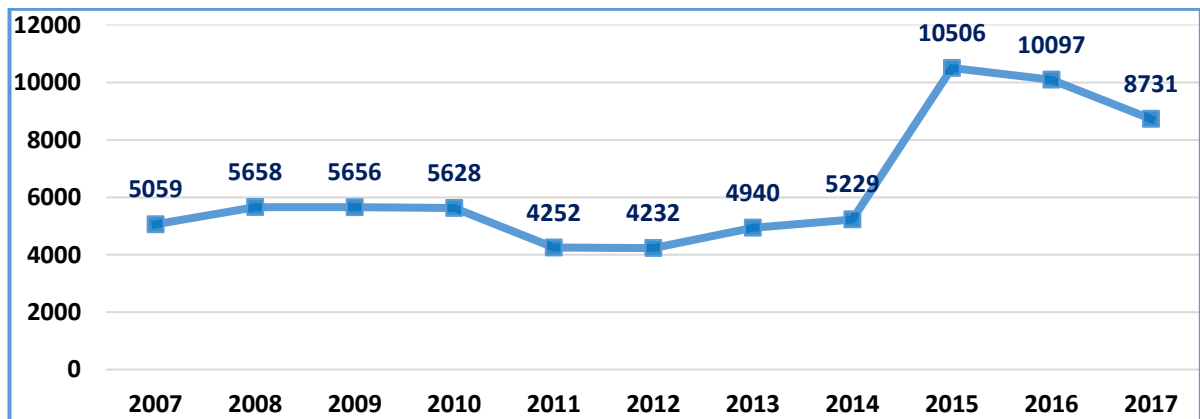
არტერიული ჰიპერტენზია კვლავ რჩება სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა ძირითად ფრაგმენტად; იგი ავადობის 60%-ს შეადგენს, მისი პრევალენტობის მაჩვენებლის მეორე პიკური მატება, უკანასკნელ პერიოდში აღინიშნა 2017 წელს (პირველი, 2013 წელს, ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით აიხსნა). 2013 წელს ინციდენტობის მატება სავარაუდოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად ექიმთან მიმართვიანობის გაზრდას უკავშირდება; შესაბამისად გაიზარდა პრევალენტობაც (სურათი #3).

სურათი #3. არტერიული ჰიპერტენზია, პრევალენტობა და ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე, საქართველო, 2008-2017



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით 2016 წელს კიბოთი სიკვდილიანობა საქართველოში საერთო სიკვდილიანობის 12%-ს შეადგენდა. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით 2017 წელს საქართველოში ყველა ლოკალიზაციის კიბოს (in situ სიმსივნეების ჩათვლით) 8 731 ახალი შემთხვევაა რეგისტრირებული, მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე - 234.3 (სურათი #4).

სურათი #4. ყველა ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ახალი შემთხვევები, საქართველო, 2007-2017 (სურათზე არსებულ მონაცემებში გათვალისწინებულია კიბოს in situ სტადია)



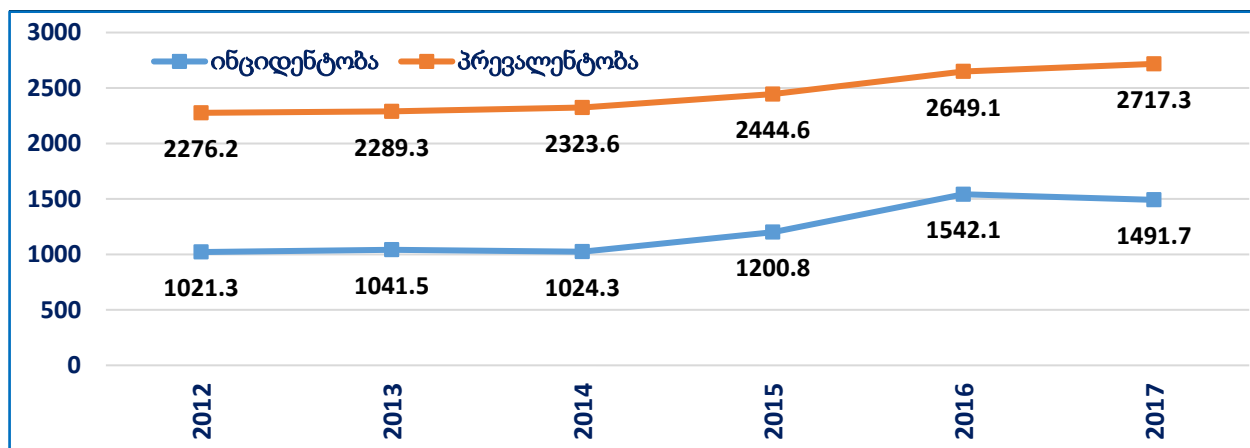
2017 წელს ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 57% გამოვლინდა ქალებში, ხოლო 43% მამაკაცებში. ინციდენტობის მაჩვენებელმა 100 000 მამაკაცზე 212.5 შეადგინა, ხოლო 100 000 ქალზე - 254.4. ონკოლოგიური დაავადებების მხოლოდ 40.2% გამოვლინდა პირველ და მეორე სტადიაზე.

2017 წელს ქალთა შორის ყველაზე მაღალი ავადობის ხუთი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადება იყო: ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, საშვილოსნოს ტანის, კოლორექტუმის, საშვილოსნოს ყელის კიბო, ხოლო მამაკაცთა შორის ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ხუთი ლოკალიზაციის კიბო იყო: ტრაქეა/ბრონქები/ფილტვის, შარდის ბუშტის, კოლორექტუმის, პროსტატის და კუჭის კიბო.

ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები (ქრდ) საქართველოს ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს, რომელთანაც სიკვდილის საერთო შემთხვევების

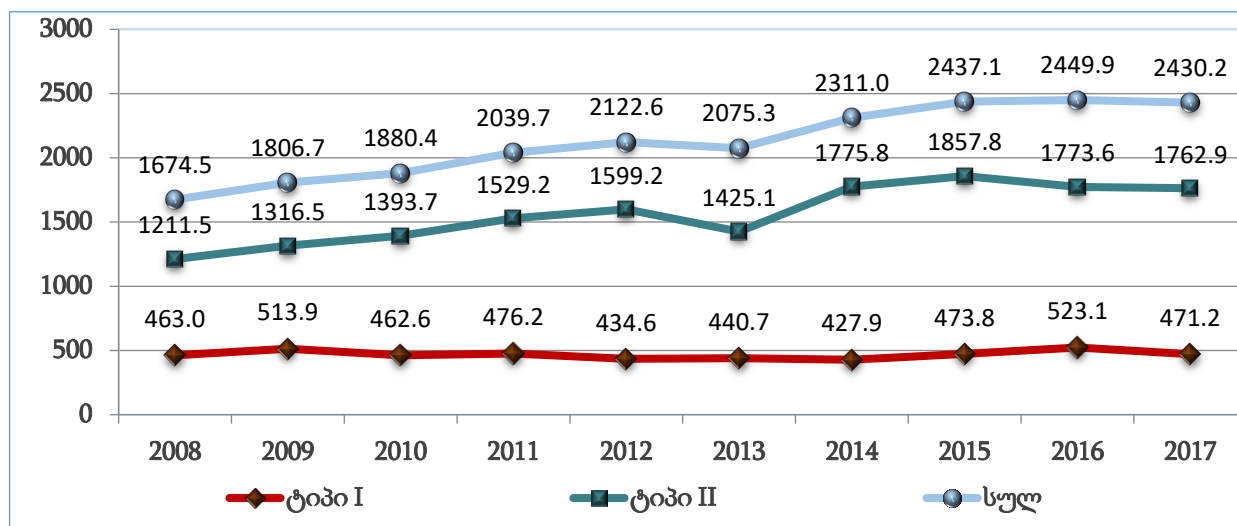
4%-ია დაკავშირებული. ქვეყანაში სასუნთქი სისტემის ქრონიკული დაავადებების ინციდენტობა, ისევე როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. ეს უპირველეს ყოვლისა, ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებისა და თამბაქოს მოხმარების მზარდ ტენდენციებს უკავშირდება (სურათი #5).

სურათი #5. ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების პრევალენტობის და ინციდენტობის დინამიკა, საქართველო, 2012-2017



2017 წლის დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის მე-8 გამოცემის ატლასის მონაცემებით საქართველოში სავარაუდოდ 232 000 (163 500 – 368 500) ადამიანია დიაბეტით დაავადებული. იგივე ატლასის მონაცემებით ქვეყანაში დიაბეტის პრევალენტობა 20-79 წლის ასაკში 8.1%-ს (5.7-12.8) შეადგენს<sup>7</sup>.

სურათი #6. შაქრიანი დიაბეტის პრევალენტობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე დიაბეტის ტიპის მიხედვით, საქართველო



უკანასკნელ წლებში საქართველოში აღინიშნება დიაბეტის პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია, რაც ძირითადად ტიპი 2-ის ზრდით არის განპირობებული და სავარაუდოდ, დაავადების მართვის გაუმჯობესებას უკავშირდება (სურათი #6).

<sup>7</sup> დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის ატლასი, მე-8 გამოცემა [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)



## კვლევის მიზანი და ამოცანები

**კვლევის მიზანი.** არაგადამდები დაავადებების ძირითადი რისკის ფაქტორების გავრცელებისა და თავისებურებების შესწავლა საქართველოში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS მეთოდოლოგიით, არაგადამდები დაავადებების კონტროლისა და პრევენციის ეფექტური დაგეგმვის მიზნით.

### *კვლევის ამოცანები:*

- 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების ქცევითი რისკის ფაქტორების გავრცელების შესწავლა
- 18-69 წლის მოსახლეობაში არაგადამდები დაავადებების ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების - ჰიპერტენზია, ჰიპერქოლესტერინემია, ჰიპერგლიკემია, ჭარბი წონა/სიმსუქნე - გავრცელების შესწავლა
- რისკის ფაქტორების გავრცელების თავისებურებების შესწავლა სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

## კვლევის საფუძველი

2010 წელს არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევით მოპოვებული მონაცემების განახლება; 2010-2016 წლების ტენდენციების შესწავლა; არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის არსებული პოლიტიკის შეფასება და სამომავლო სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება.

## კვლევის მეთოდოლოგია

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

კვლევის **პირველი საფეხური** მოიცავდა შერჩეული პირების ინტერვიუს სტანდარტული კითხვარის გამოყენებით; შერჩეულ კომლაში რესპოდენტის შერჩევა ხდებოდა შემთხვევითად. მკვლევარი რესპოდენტს დაწვრილებით უხსნიდა კვლევის მიზანს, ამოცანებს, ჩასატარებელ პროცედურებს და სარგებელს. მათ აგრეთვე მიეცათ ინფორმაცია კვლევაში ნებაყოფლობითი ჩართვის, კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე მონაწილეობაზე უარის გაცხადების უფლების, კვლევისას შეკრებილი ინფორმაციის სრული კონფიდენციალურობის შესახებ. თუ კვლევისთვის შერჩეული ოჯახის წევრი არ დათანხმდებოდა კვლევაში მონაწილეობას, მისი ჩანაცვლება სხვა წევრით არ ხდებოდა, ეს შემთხვევა ფორმდებოდა როგორც უარი კვლევაში მონაწილეობაზე. თანხმობის შემთხვევაში რესპოდენტები ეცნობოდნენ და ხელს აწერდნენ ინფორმირებული თანხმობის ფორმას; **მეორე საფეხური** ითვალისწინებდა სიმაღლის, წონის, თეძოს და წელის გარშემოწერილობის გაზომვას, პულსის და სისხლის წნევის მაჩვენებლების განსაზღვრას. გაზომვები ჩატარდა ჯანმოს მიერ მოწოდებული სტანდარტული სფიგმომანომეტრის, წონისა და სიმაღლის საზომი აპარატებით. **მესამე საფეხურზე** განისაზღვრა ბიოქიმიური მახასიათებლები: სისხლში – გლუკოზის, საერთო ქოლესტეროლისა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების შემცველობა; აღებული

შარდის კვლევა ნატრიუმის შემცველობაზე და კოტინინზე ჩატარდა თბილისის, ბათუმისა და ქუთაისის ცენტრალურ ლაბორატორიებში.

სამიზნე პოპულაციას არ წარმოადგენდნენ ბავშვები, ორსულები, შეზღუდული გონებრივი შესაძლებლობის მქონე პირები, პათიმრები, ეკონომიურად ან სოციალურად შეზღუდული პირები; თუმცა კვლევის პროცესში შემთხვევითი შერჩევისას არ იყო გათვალისწინებული ოჯახის წევრთა ფიზიოლოგიური (ორსულობა) ან სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და თუ აღმოჩნდებოდნენ ამონარჩევში, ჩვეულებრივ ერთვებოდნენ კვლევაში.

ვინაიდან კვლევა არაინვაზიური იყო, რისკი შეიძლება შეფასდეს როგორც მინიმალური. ადგილზე ხდებოდა სისხლში გლუკოზის, ლიპიდების, ტრიგლიცერიდების, მაღალი სიმკვრივის ქოლესტერინის შემცველობის განსაზღვრა და შედეგები მაშინვე მოხსენდათ რესპოდენტებს; ხოლო ნატრიუმისა და კოტინინის შემცველობაზე შარდის კვლევის შედეგები პასუხების მიღებისთანავე დაეგზავნათ.

## საკვლევი პოპულაციის აღწერა

შერჩევის ჩარჩოს (Sampling frame) წარმოადგენს საქართველოს მოსახლეობის 2014 წლის აღწერის ბაზა. საკვლევი პოპულაციას წარმოადგენდა საქართველოს კონტროლირებად ტერიტორიაზე მცხოვრები 18-69 წლის მოსახლეობა.

გამოკვლევისათვის გამოყენებულ იქნა მრავალსაფეხურიანი კლასტერული შერჩევა წინასწარი სტრატეგიკაციით, რომელიც განხორციელდა ორი ნიშნის მიხედვით: რეგიონი და დასახლებული პუნქტის ტიპი (ქალაქი/სოფელი). რადგან თბილისში მხოლოდ ქალაქის სტრატაა, ამიტომ საქართველო დაიყო 21 სტრატად. ქალაქის სტრატებში შერჩევის პირველად ერთეულს (კლასტერს) წარმოადგენს სააღწერო უბანი, ხოლო სოფლის სტრატებში - სოფელი. 95%-იანი სანდოობის ( $Z=1.96$ ) შენარჩევის ზომის განსაზღვრის მიზნით გამოყენებულ ფორმულაში შეცდომის დასაშვებ დონედ განისაზღვრა 5% ( $e=0.05$ ), ძირითადი საკვლევი ინდიკატორების პრევალენტობად მიჩნეულ იქნა 50% ( $P=0.5$ ); შერჩევის მეთოდის ზეგავლენა (design effect) – 1.5, გამოხმაურების მაჩვენებელი (response rate) 80%.

## შენარჩევის ზომის განსაზღვრა

$$n = (Z)^2 \frac{P(1-P)}{e^2}$$

ამონარჩევის პირველადი ზომა 384 ადამიანით განისაზღვრა:

$$n = (1.96)^2 \frac{0.5(1-0.5)}{0.05^2} = 384$$

1. „დიზაინ ეფექტის“ გათვალისწინებით და ექვსი ჯგუფის (ორი სქესობრივი და ოთხი ასაკობრივი) მიხედვით მონაცემთა გაანალიზებისთვის საჭირო შენარჩევის ზომა 3 456 ადამიანს შეადგენს.  
 $384 \times 1.5 \times 6 = 3\,456$
2. გამოხმაურების მაჩვენებლის (0.8) გათვალისწინებით მიიღება 4 320 ადამიანი:  
 $3456 / 0.8 = 4\,320$

შერჩევის მთელი მოცულობა გადანაწილდა სტრატებზე მათში 18-69 წლის მოსახლეობის რაოდენობის პროპორციულად. სტრატაში შესარჩევი კლასტერების რაოდენობა განისაზღვრა იმ პირობიდან, რომ თითოეულ კლასტერში შერჩეულიყო 15 ოჯახი, რომლებიც მარტივი შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით შეირჩეოდა. სტრატაში კლასტერების შერჩევა ზომის

პროპორციული ალბათობის (PPS - Probability Proportional to Size) მეთოდის გამოყენებით განხორციელდა, სულ შეირჩა 371 კლასტერი; ამდენად, საბოლოოდ შერჩევის მოცულობად განისაზღვრა 5 554, რაც გამოხმაურების 80%-იანი დონისათვის უზრუნველყოფდა სულ ცოტა 4 443 დასრულებულ ინტერვიუს.

## კვლევის ეთიკური საკითხები

კვლევის ჩატარების შესახებ ნებართვა გაიცა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ეთიკური კომიტეტის მიერ. კონფიდენციალურობის უზრუნველყოფის მიზნით მონაცემთა ბაზაზე გარეშე პირის დაშვება შეზღუდულია. თითოეულ მონაწილეს მიენიჭა კვლევის უნიკალური საიდენტიფიკაციო კოდი, რომელიც გამოიყენებოდა კვლევის მონაცემთა ბაზის ფორმირების მიზნით. დოკუმენტები, რომლებიც შეიცავს საიდენტიფიკაციო ინფორმაციას (მაგალითად, ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტი) დაცულად ინახება ცალკე ოთახში. კვლევაში ჩართულ ყველა პერსონალს ჰქონდა ვალდებულება ხელი მოეწერა თანხმობისთვის ინფორმაციის კონფიდენციალური შენახვის შესახებ.

## მონაცემთა შეგროვების და ანალიზის პროცედურები

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS კვლევის ინსტრუმენტი (კითხვარი), რომელიც ითარგმნა და ადაპტირდა ქართულ ენაზე. აღსანიშნავია, რომ კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა როგორც ძირითადი, ასევე, ქვეყნის სპეციფიკიდან გამომდინარე, დამატებითი კითხვები. დამატებითი კითხვები ითარგმნა ინგლისურად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS საკოორდინაციო კომიტეტის მიერ განსახილველად და დასამტკიცებლად.

კვლევის პროცესში გამოყენებული იყო ჯანმოს მიერ შემუშავებული STEPS გზამკვლევი, რომელიც ითარგმნა ქართულად.

ინტერვიუერები ვიზიტად იმყოფებოდნენ შერჩეულ მისამართებზე/კომლებში. რესპოდენტის ადგილზე არყოფნისას ინტერვიუერები მისამართზე ახორციელებდნენ განმეორებით ვიზიტებს დღის სხვადასხვა მონაკვეთში ან მომდევნო დღეებში. პოტენციურ რესპოდენტებს წარედგინებოდათ დკსჯეც-ის მხარდაჭერის წერილი, რომელშიც მოცემული იყო ინფორმაცია კვლევის მიზნისა და მისი მნიშვნელობის შესახებ. საველე სამუშაოების კონტროლის მიზნით, დკსჯეც-ის საველე კოორდინატორებმა განახორციელეს შემთხვევითი მონიტორინგის ვიზიტები ყველა გეოგრაფიულ კლასტერში.

### საფეხური 1: ინტერვიუ კითხვარის გამოყენებით

კითხვარის დახმარებით შეგროვდა მონაცემები მონაწილეთა დემოგრაფიული, სოციო-ეკონომიკური სტატუსის, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარების, კვების, მათ შორის ხილისა და ბოსტნეულის, მარილის მოხმარების და ფიზიკური აქტივობის, არტერიული წნევის, დიაბეტის, ქოლესტეროლის, კარდიოვასკულარული ანამნეზის, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის შესახებ. მონაწილეებს დაესვათ კითხვები ჯანდაცვის პერსონალის მიერ მათ ცხოვრების წესთან დაკავშირებული რეკომენდაციების, პირის ღრუს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის, მენტალური ჯანმრთელობის/სუიციდის, ტრავმატიზმის, ძალადობის, სქესობრივი

ჯანმრთელობის, ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების, მათი მიღების რეჟიმის, სხვადასხვა სახის კვების პროდუქტების მიღების რეჟიმისა და ექიმთან ვიზიტის მიზეზების შესახებ. კითხვარს თვალსაჩინოებისათვის დართული ქონდა ჯანმოს მიერ შემუშავებული ე.წ. საჩვენებელი ბარათები.

შეფასდა თამბაქოს ამჟამად და წარსულში მოხმარება, მწევლობის სტაჟი, დღიურად მოხმარებული თამბაქოს ღერების რაოდენობა, არამოსაწევი თამბაქოს მოხმარება, მეორადი კვამლის ზეგავლენა და სხვა.

ალკოჰოლის მოხმარების შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა კონცეფცია „სტანდარტული სასმელი“ - ნებისმიერი ტიპის სასმელის ის მოცულობა, რომელიც 10 გ სუფთა ალკოჰოლს შეიცავს. ბოლო ერთი თვის განმავლობაში მიღებული სუფთა ალკოჰოლის რაოდენობის მიხედვით რესპოდენტები დაიყო დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზით მომხმარებლებად (ცხრილი #1).

#### ცხრილი #1. ალკოჰოლის მოხმარება კატეგორიების მიხედვით

სქესი	დაბალი დოზით მოხმარება	საშუალო დოზით მოხმარება	მაღალი დოზით მოხმარება
კაცი	<40.0 გ	40.0–59.9 გ	>60.0 გ
ქალი	<20.0 გ	20.0–39.9 გ	>40.0 გ

წყარო: WHO, 2005<sup>8</sup>

ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება განისაზღვრა როგორც 6 ან მეტი სტანდარტული დოზის მიღება ერთი შემთხვევის ფარგლებში.

საკვლევი პოპულაციის კვების თავისებურებების შეფასების მიზნით რესპოდენტებს დაესვათ კითხვები მარილის, ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების სიხშირის, დღიურად მოხმარებული ხილისა და ბოსტნეულის საშუალო რაოდენობის შესახებ. ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარება შეფასდა ულუფების რაოდენობის მიხედვით, სადაც ერთი ულუფა 80 გრამის ტოლია.

მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობა შესაძლოა შეფასდეს სხვადასხვა გზებით. ყველაზე ხშირად გამოიყენება მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობის საშუალო მაჩვენებლის ან მედიანის გამოთვლა უწყვეტი (რაოდენობრივი) ინდიკატორის გამოყენებით, როგორიცაა MET-წუთები ან ფიზიკურ აქტივობაში გატარებული დრო.

მეტაბოლური ექვივალენტი (MET) ხშირად გამოიყენება ფიზიკური აქტივობის ინტენსივობის დემონსტრირების მიზნით. ფიზიკური აქტივობის დონეების მეტაბოლური ექვივალენტის მნიშვნელობით გამოხატვა საერთო ფიზიკური აქტივობის შეფასების საშუალებას იძლევა. MET - ადამიანის მუშაობისა და დასვენების მეტაბოლური მაჩვენებლების თანაფარდობაა. ერთი MET-ი განისაზღვრება როგორც ენერგიის ღირებულება მოსვენებულ მდგომარეობაში და ის ერთი კკალ/კგ/საათზე დახარჯული კალორიის ექვივალენტურია<sup>9</sup>.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით რეკომენდებული ფიზიკური აქტივობის შეფასებისთვის, კატეგორიული

<sup>8</sup> WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Geneva: World Health Organization; 2005 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593830\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593830_eng.pdf), accessed 1 June 2014).

<sup>9</sup> WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Geneva: World Health Organization; 2005 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593830\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593830_eng.pdf), accessed 1 June 2014).



ხარისხობრივი ინდიკატორის გამოთვლის მიზნით გათვალისწინებული უნდა იყოს ტიპური კვირის განმავლობაში ფიზიკურ აქტივობაში გატარებული დროის საერთო რაოდენობა და ფიზიკური აქტივობის ინტენსივობა. კვირის განმავლობაში მუშაობის, ტრანსპორტირების და დასვენების პერიოდში განხორციელებული ფიზიკური აქტივობის ჩათვლით, მოზრდილმა სულ ცოტა, უნდა შეასრულოს:

- 150 წუთი ხანგრძლივობის საშუალო დატვირთვის ფიზიკური აქტივობა ან
- 75 წუთი ხანგრძლივობის ძლიერი დატვირთვის ფიზიკური აქტივობა ან
- საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობის ექვივალენტური კომბინაცია, რაც 600 მეტაბოლური ექვივალენტ-წუთს აღწევს

ჯანმოს რეკომენდაციით, ფიზიკური აქტივობის კლასიფიცირება მოხდა დაბალი, საშუალო და მაღალი ინტენსივობის ფიზიკურ აქტივობად <sup>10</sup>.

**მაღალი ფიზიკური აქტივობა შეფასდა შემდეგი კრიტერიუმებით:**

- კვირის განმავლობაში მინიმუმ 3 დღე ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა, რაც კვირაში 1500 მეტაბოლურ ექვივალენტ-წუთს შეადგენს; ან
- 7 ან მეტი დღე სეირნობა და საშუალო სიმძიმის აქტივობის ნებისმიერი კომბინაცია ან მძიმე აქტივობა, რომელიც კვირაში 3000 მეტაბოლური ექვივალენტ-წუთს აღწევს.

**საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა შეფასდა კრიტერიუმებით:**

- კვირის განმავლობაში სამი ან მეტი დღე მინიმუმ 20 წუთიანი ხანგრძლივობის მძიმე აქტივობა; ან
- კვირის განმავლობაში ხუთი ან მეტი დღე მინიმუმ 30 წუთიანი ხანგრძლივობის საშუალო აქტივობა ან სეირნობა; ან
- კვირის განმავლობაში ხუთი ან მეტი დღე სეირნობა ან საშუალო სიმძიმის აქტივობის ნებისმიერი კომბინაცია ან მძიმე აქტივობა, რომელიც მინიმუმ 600 MET-წუთს აღწევს.

**დაბალი ფიზიკური აქტივობისას ინდივიდი ვერ აღწევს ზემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე კრიტერიუმს.**

## საფეხური 2: ფიზიკური გაზომვები

მეორე საფეხური ითვალისწინებდა სიმაღლის, წონის, თეძოს და წელის გარშემოწერილობის გაზომვას (გაზომვა ჩატარდა ერგონომიული საზომი ლენტი Seca 201-ით), პულსის და სისხლის წნევის მაჩვენებლების განსაზღვრას. აღსანიშნავია, რომ ფეხმძიმე რესპოდენტებს არ უტარდებოდათ სიმაღლის, წონის, თეძოს და წელის გარშემოწერილობის გაზომვა.

წონისა და სიმაღლის შეფასებისთვის გამოყენებული იყო ჯანმოს მიერ მოწოდებული სტანდარტული წონისა და სიმაღლის საზომი ელექტრონული აპარატები (Growth Management Scale (330 HRS BMI)), ხოლო სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გამოთვლა შესრულდა სმი კალკულატორი Seca 491-ის გამოყენებით.

## სმი-ს გამოსათვლელი ფორმულა:

სმი = ადამიანის სხეულის მასა (კგ) / სიმაღლე მეტრებში<sup>2</sup> (მ<sup>2</sup>)

<sup>10</sup> Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>, accessed 12 June 2014).

თითოეული რესპოდენტისთვის (ორსულების გარდა) გამოთვლილ იქნა წელისა და თეძოს გარშემოწერილობის თანაფარდობა. კაცებისთვის 0.90-ზე, ხოლო ქალებისთვის 0.86-ზე მაღალი მაჩვენებლები განისაზღვრა სიმსუქნედ.

არტერიული წნევის გასაზომად გამოყენებული იყო არტერიული წნევის მონიტორი „Bosch“ და „Sohn Medicus UNO“. თითოეული რესპოდენტისათვის წნევა გაზომილ იქნა სამჯერადად: წნევის პირველი გაზომვა ტარდებოდა 15 წუთით მოსვენებულ მდგომარეობაში ყოფნის შემდეგ, ხოლო მომდევნო ორი გაზომვა - 3 წუთიანი ინტერვალით. წნევის აპარატზე დატანებულ პატარა ეკრანზე დიასტოლური (DBP) და სისტოლური წნევის (SBP) ციფრებთან ერთად ფიქსირდებოდა გულისცემის სიხშირეც. მონაცემთა ანალიზისას გამოყენებულ იქნა ამ მაჩვენებლების საშუალო არითმეტიკული.

**მომატებული არტერიული წნევის პროცენტული მაჩვენებელი შეფასდა:**

- იმ პაციენტთა ხვედრითი წილით, რომელთაც აღენიშნებოდათ სისტოლური წნევა (SBP)  $\geq 140$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან დიასტოლური წნევა (DBP)  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ. ან კვლევის მომენტში იმყოფებოდნენ მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მაღალი არტერიული წნევის გამო;

**მომატებული არტერიული წნევის მქონე (სისტოლური წნევა  $\geq 140$  და დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ.) ან მომატებული წნევის გამო მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფი მონაწილეები დაიყო შემდეგ კატეგორიებად:**

- რესპოდენტები, რომლებიც იმყოფებიან მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე და აღენიშნებათ - სისტოლური წნევა  $< 140$  მმ.ვწყ.სვ. და დიასტოლური წნევა  $< 90$  მმ.ვწყ.სვ.;
- რესპოდენტები, რომლებიც იმყოფებიან მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე და აღენიშნებათ - სისტოლური წნევა  $\geq 140$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ.;
- რესპოდენტები, რომლებიც არ ღებულობენ მედიკამენტებს და აღენიშნებათ - სისტოლური წნევა  $\geq 140$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ.

### **საფეხური 3: ლაბორატორიული ანალიზი**

**მესამე საფეხურზე** განისაზღვრა ბიოქიმიური მახასიათებლები: გლუკოზის, საერთო ქოლესტეროლისა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების შემცველობა სისხლში; ნატრიუმის და კოტინინის შემცველობა შარდში. ლაბორატორიული კვლევისთვის საჭირო სისხლის ანალიზატორები, პიპეტები, გლუკოზის ტესტ-პანელები, ქოლესტეროლისა და ლიპოპროტეიდების სწრაფი ტესტები მოწოდებულ იქნა ჯანმოს მიერ.

კვლევაში მონაწილე პირთა სისხლში გლუკოზის შემცველობა შეფასდა კაპილარული სისხლისა და სწრაფი ტესტის გამოყენებით. პირები, რომელთაც მიღებული ჰქონდათ საუზმე, გამოირიცხნენ ტესტირებიდან.

დიაბეტის თანამედროვე ეპიდემიოლოგიური კლასიფიკაციის მიხედვით პრედიაბეტური მდგომარეობა (Impaired Fasting Glycaemia – IFG, უზმოზე გლუკოზის მომატებული დონე) განისაზღვრება, თუ გლუკოზის შემცველობა აკმაყოფილებს ქვემოთ მოცემულ ერთ-ერთ პირობას:

- კაპილარულ სისხლში გლუკოზის შემცველობა 5.6 - 6.1 მმოლ/ლ-ის ფარგლებშია ან
- ვენურ სისხლში გლუკოზის შემცველობა 6.1- 6.9 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში.

ხოლო სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობა განისაზღვრება, როგორც:

- კაპილარულ სისხლში გლუკოზის შემცველობა  $\geq 6.1$  მმოლ/ლ ან

- ვენურ სისხლში გლუკოზის შემცველობა  $\geq 7.0$  მმოლ/ლ.

ასევე, სწრაფი ტესტების დახმარებით განისაზღვრებოდა საერთო ქოლესტეროლისა და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების შემცველობა სისხლში; ხოლო აღებული შარდის კვლევა ნატრიუმისა და კოტინინის შემცველობაზე ჩატარდა ცენტრალურ ლაბორატორიებში – თბილისში, ბათუმსა და ქუთაისში.

**ცხრილი #2. ბიოქიმიური მახასიათებლების ნორმა და მომატებული მაჩვენებლები**

ბიოქიმიური მაჩვენებლები	ნორმა	მომატებული	მაღალი
გლუკოზა	<5.6 მმოლ/ლ	$\geq 5.6$ მმოლ/ლ & <6.1 მმოლ/ლ	$\geq 6.1$ მმოლ/ლ ან ღებულობს მედიკამენტებს გლუკოზის დასაქვეითებლად
ქოლესტეროლი	<5.0 მმოლ/ლ	$\geq 5.0$ მმოლ/ლ & <6.1 მმოლ/ლ	$\geq 6.2$ მმოლ/ლ ან ღებულობს მედიკამენტებს ქოლესტეროლის დასაქვეითებლად

წყარო: WHO, 2005 <sup>(25)</sup>

**მკვლევართა გადაწყვეტა.** საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და საოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თბილისის ოფისის ერთობლივი ორგანიზებით ჩატარდა ოთხ-დღიანი ტრენინგი. ტრენინგზე განხილული იყო აგდ რისკის ფაქტორების გავრცელების თავისებურებები, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციები ძირითადი რისკის ფაქტორების პრევენციასთან დაკავშირებით და მონაცემთა შეკრების მეთოდოლოგია. დამატებით, განხილულ იქნა მკვლევართა ჯგუფის შემადგენლობა და ფუნქციები, საკვლევი კომლის შერჩევის და შერჩეულ კომლში რესპოდენტის იდენტიფიცირების მეთოდი, ხოლო შემდეგ ინფორმირებული თანხმობის მიღების წესი. სწავლების ძირითადი ნაწილი დაეთმო კვლევის ინსტრუმენტს - კითხვარს, პერსონალური ციფრული ანდროიდების გამოყენებას მონაცემთა შეკრების მიზნით, ფიზიკური გაზომვების ჩატარებას, კაპილარული სისხლის შეგროვებასა და ტესტირებას.

კვლევისთვის შეირჩა 40 ინტერვიუერი და 20 ექთანი/ლაბორანტი.

**პილოტური კვლევა.** კვლევის ყველა დეტალის შემოწმების მიზნით განხორციელდა სავსე საპილოტე კვლევა, რომელიც ჩატარდა ქ. თბილისში. მასში მონაწილეობა ყველა მკვლევარმა მიიღო. ისინი დაყოფილი იყვნენ გუნდებად. თითოეული გუნდი შედგებოდა ერთი კოორდინატორის/სუპერვაიზორის, ორი ინტერვიუერისა და ერთი ლაბორანტისგან. თითოეულმა გუნდმა 2-3 რესპოდენტთან ჩატარა ინტერვიუ, ფიზიკური გაზომვები და ლაბორატორიული ტესტირება. პრეტესტისას შეფასდა ინტერვიუერების კითხვების ფორმულირების, ინფორმირებული თანხმობის მიღების, ფიზიკური გაზომვების, ასევე ლაბორატორიული ტესტირების და ციფრული პლანშეტის გამოყენების უნარები.

**მონაცემთა შეგროვება.** მონაცემთა შეგროვება განხორციელდა 20 ჯგუფის მიერ. თითოეული ჯგუფი შედგებოდა 2 მკვლევარის, 1 ლაბორანტისა და 2 მძღოლისაგან.

მონაცემთა შეგროვების დღეს, კომლში ვიზიტისას, 18-69 წლამდე ასაკის პირებიდან ხდებოდა ერთი მონაწილის შერჩევა.

კვლევაში ჩასართავად თითოეული შერჩეული მონაწილისაგან ხდებოდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმების აღება საფეხური 1, საფეხური 2 და საფეხური 3-თვის.

**მონაცემთა შეგროვების მონიტორინგი.** კვლევის ხარისხის კონტროლის მიზნით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ჩატარდა მონაცემთა შეგროვების მონიტორინგი. მისი ძირითადი ამოცანა მკვლევართა ტექნიკური მხარდაჭერა, პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია და რეაგირება იყო.

**მონაცემთა შეყვანა და გაწმენდა.** კვლევის მონაცემები შეგროვდა პერსონალური ციფრული ანდროიდის (Samsung Galaxy Tab 4OS) გამოყენებით. ანდროიდში შეყვანილი ინფორმაცია მონაცემთა ბაზაში გენერირების შემდეგ კონვერტირდებოდა „Microsoft Excel“ ფორმატში.

თითოეულ რესპოდენტს ენიჭებოდა უნიკალური კოდი, რომელიც შედგებოდა კლასტერის, შინამეურნეობის და ინდივიდუალური საიდენტიფიკაციო ნომრისაგან. შეყვანილი მონაცემების სიზუსტის შემოწმება და გაწმენდა ხდებოდა STEPS-ის შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით.

**მონაცემთა შეწონვა.** STEPS-ის მიზანია ეროვნულ დონეზე რეპრეზენტატიული სტატისტიკური მონაცემების შექმნა. რამდენადაც, კვლევისას მონაცემები შეგროვდა სამიზნე პოპულაციის ნიმუშიდან, ანალიზისას განხორციელდა მონაცემთა შეწონვა სქესისა და ასაკის მიხედვით.

**მონაცემთა ანალიზი.** მონაცემთა ბაზის საბოლოო ვერსიის შექმნა, შეწონვა და ანალიზის ძირითადი ნაწილი განხორციელდა ჯანმოს STEPS გუნდის ხელმძღვანელობით. მონაცემთა ანალიზი შესრულდა EpiInfo სტატისტიკური პაკეტის გამოყენებით.

მონაცემთა დამუშავება მოხდა სქესისა და ოთხი ასაკობრივი ჯგუფის (18-29, 30-44, 45-59 და 60-69 წლები) მიხედვით და წარმოდგენილ იქნა შეწონილი და შეუწონავი პროპორციების სახით. თითოეული ცვლადისათვის დაანგარიშდა 95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალი, რა დროსაც მხედველობაში იქნა მიღებული შეწონვისა და სტრატეგიკაციების ეფექტები.



## კვლევის შედეგები

### დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში 18–69 წლის ასაკის 4 204 საქართველოს მოქალაქე იყო ჩართული, რომელთაგან 2 933 (70%) იყო ქალი, ხოლო 1 271 (30%) – მამაკაცი. საკვლევი პოპულაცია დაყოფილი იყო ოთხ ასაკობრივ ჯგუფად (ცხრილი #3).

ორივე სქესის ასაკობრივი სტრუქტურა საკმაოდ იდენტურია. ამასთან, თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში სქესობრივი განაწილება თითქმის ისეთივეა, როგორც მთელ საკვლევ პოპულაციაში. საკვლევი პოპულაციის განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით შეუსაბამოა საქართველოს პოპულაციის მაჩვენებლებთან, ამიტომაც რეალური შედეგების მიღების მიზნით მოხდა მისი სტანდარტიზაცია.

ცხრილი #3. საკვლევი პოპულაციის განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით

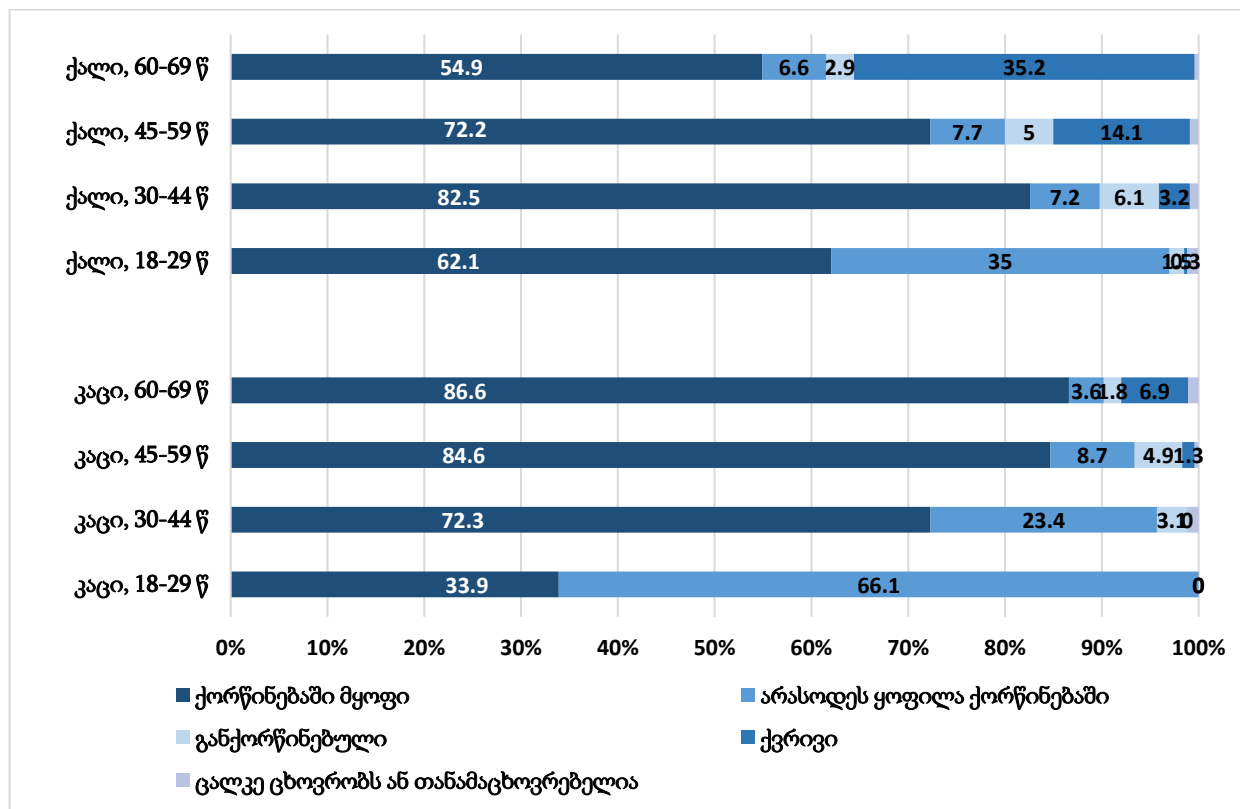
ასაკობრივი ჯგუფები (წლები)	კაცი		ქალი		ორივე სქესი	
	n	%	n	%	n	%
18-29	218	17	391	13	609	14
30-44	327	26	723	25	1050	25
45-59	449	35	1063	36	1512	36
60-69	277	22	756	26	1033	25
<b>18-69</b>	<b>1271</b>	<b>100</b>	<b>2933</b>	<b>100</b>	<b>4204</b>	<b>100</b>

საკვლევი პოპულაციის უმრავლესობას წარმოადგენდნენ ქართველები – 3 620 (86.1%) მონაწილე, ხოლო დანარჩენი ეთნიკური ჯგუფები წარმოდგენილნი იყვნენ შემდეგი შემადგენლობით: 214 (5.1%) აფხაზი, 240 (5.7%) ოსი, 21 (0.5%) აზერბაიჯანელი, 39 (0.9%) სომეხი და 70 (1.7%) რუსი.

**ოჯახური მდგომარეობა.** ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით გამოყოფილ იქნა შემდეგი 6 ჯგუფი: დაქორწინებული, არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში, განქორწინებული, ქვრივი, ცალკე მცხოვრები და თანამაცხოვრებელი.

საკვლევ პოპულაციაში ყველაზე დიდ ჯგუფს დაქორწინებულები (70.2%) შეადგენენ, რომელთაც დაუქორწინებელნი (14.1%) მოსდევენ; შედარებით მცირერიცხოვანია ქვრივების (11.1%) და განქორწინებულთა (3.9%) ჯგუფები და ძალზე დაბალია – ცალკე მცხოვრებ (0.7%) და თანამაცხოვრებელ (0.1%) პირთა ხვედრითი წილი. დაქორწინებულთა ხვედრითი წილი მამაკაცებში (73.2%) ქალებთან (68.9%) შედარებით თითქმის ოთხი პროცენტით მაღალია, ასევე მაღალია დაუქორწინებულთა პროპორცია (21.1% და 11% შესაბამისად). ქალთა პოპულაციაში ქვრივების ხვედრითი წილი 7.5–ჯერ (15% და 2% შესაბამისად), ხოლო განქორწინებულთა პროპორცია – თითქმის 1.5–ჯერ (4.3% და 2.9% შესაბამისად) აღემატება საპირისპირო სქესის ამავე მახასიათებლებს (სურათი #7).

სურათი #7. ოჯახური მდგომარეობა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



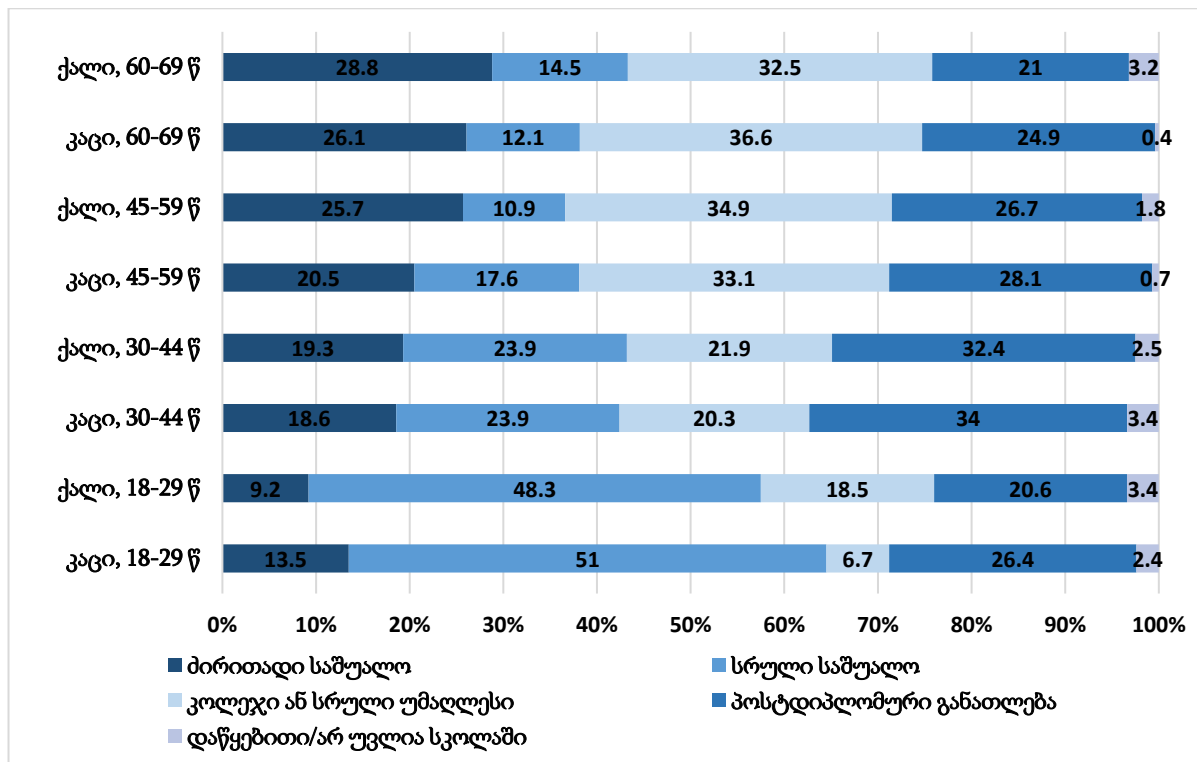
კვლევის შედეგებიდან აშკარაა, რომ საქართველოში მამაკაცები გვიან ქორწინდებიან. მაგალითად, 29 წლამდე ასაკში დაუქორწინებელ მამაკაცთა ხვედრითი წილი თითქმის 1.8-ჯერ, ხოლო 30-44 წლის ასაკში 3-ჯერ მეტია შესაბამისი ასაკის დაუქორწინებულ ქალებთან შედარებით.

**განათლების დონე.** საკვლევი პოპულაციის დასრულებული განათლების დონის (განათლების უმაღლესი დონე, რომელსაც მონაწილემ მიაღწია) შესწავლამ უჩვენა, რომ ის შესაძლებელია დაიყოს ოთხ ძირითად კატეგორიად: ძირითადი საშუალო (21.9%), სრული საშუალო (21.2%), კოლეჯი ან სრული უმაღლესი (28%) და პოსტდიპლომური განათლება (26.6). ხოლო იმ პირთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს უვლიათ სკოლაში ან აქვთ მხოლოდ დაწყებითი განათლება, ძალზე დაბალია (2.3%). დასრულებული განათლების დონის მიხედვით მნიშვნელოვანი სქესობრივი განსხვავებები არ ვლინდება (ცხრილი #4), თუმცა ასაკობრივი ჯგუფების დონეზე ხშირ შემთხვევაში განსხვავება საყურადღებოა: მაგალითად, ახალგაზრდა (18-29 წწ) მამაკაცებში კოლეჯის ან სრული უმაღლესი განათლების მქონე პირთა ხვედრითი წილი თითქმის 2.8-ჯერ დაბალია ამავე ასაკის ქალებთან შედარებით (სურათი #8).

ცხრილი #4. განათლების დონე სქესის მიხედვით

სქესი	არ უვლია სკოლაში/ დაწყებითი (%)	ძირითადი საშუალო (%)	სრული საშუალო (%)	კოლეჯი ან სრული უმაღლესი (%)	დიპლომის შემდგომი განათლება (%)
კაცი	1.7	20	23.8	25.9	28.6
ქალი	2.6	22.7	20.1	28.9	25.8

სურათი 8. განათლების დონე ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



აღსანიშნავია, რომ განათლებაზე დახარჯული წლების საშუალო მაჩვენებელი 12.3 წელს (კაცებში 12.5 წელი და ქალებში 12.2 წელი) შეადგენს (ცხრილი #5).

ცხრილი #5. განათლებაზე დახარჯული წლების საშუალო მაჩვენებელი ასაკისა და სქესის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	კაცი		ქალი		ორივე სქესი	
	n	წლების საშუალო რაოდენობა	n	წლების საშუალო რაოდენობა	n	წლების საშუალო რაოდენობა
18-29	218	12.4	391	12.4	609	12.4
30-44	327	12.5	723	12.6	1050	12.5
45-59	449	12.6	1063	12.3	1512	12.4
60-69	276	12.5	755	11.8	1031	12.0
<b>18-69</b>	<b>1270</b>	<b>12.5</b>	<b>2932</b>	<b>12.2</b>	<b>4202</b>	<b>12.3</b>

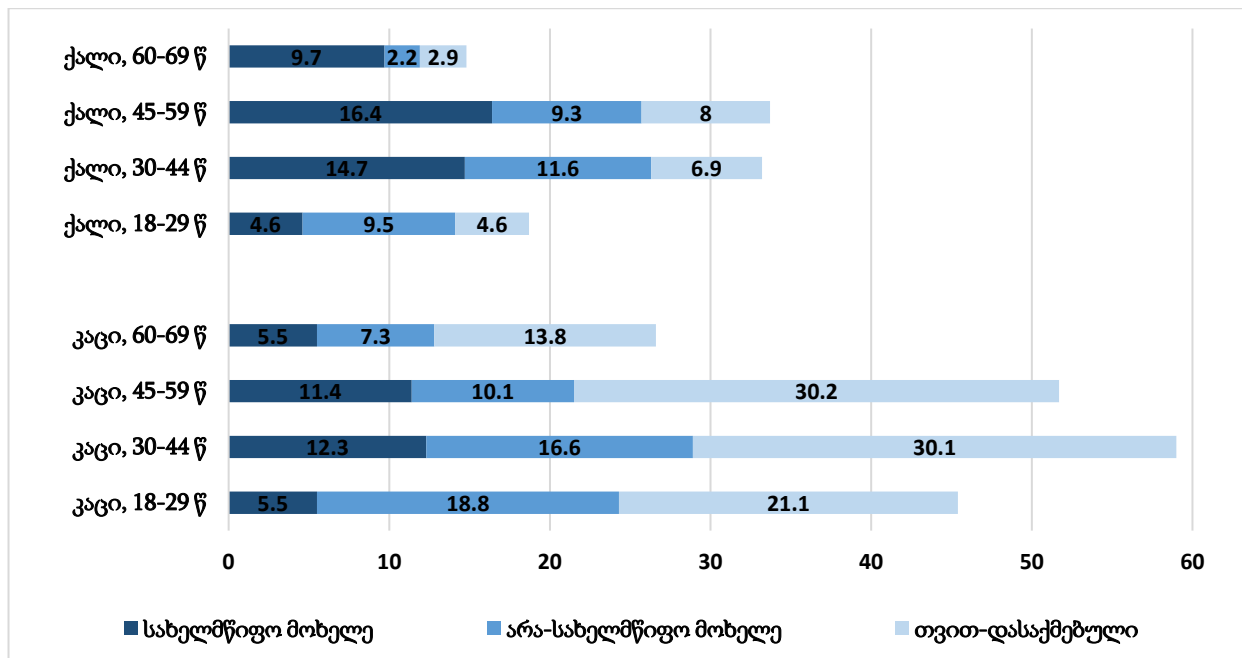
**დასაქმების სტატუსი.** კვლევის შედეგების მიხედვით საკვლევი პოპულაციის მხოლოდ მესამედი (32.8%) არის დასაქმებული, ამ თვალსაზრისით სქესობრივი განსხვავება დიდია - დასაქმებულია მამაკაცების 47% და ქალების მხოლოდ 26.7%. დასაქმებულ მამაკაცებს შორის სჭარბობენ არა-სახელმწიფო ორგანიზაციებში (12.6% საპირფონოდ 8.1%-ისა) მომუშავე ან თვითდასაქმებული (25% საპირფონოდ 6%-ისა) პირები, ხოლო ქალთა შორის სახელმწიფო სამსახურში დასაქმებულთა ხვედრითი წილი რამდენადმე მაღალია (12.7% საპირფონოდ 9.3%-ისა) (ცხრილი #6).

ცხრილი #6. დასაქმების სტატუსი სქესის მიხედვით

სქესი	სახელმწიფო მოხელე (%)	არა-სახელმწიფო მოხელე (%)	თვით დასაქმებული (%)	არა-ანაზღაურებადი /უმუშევარი (%)
კაცი	9.3	12.6	25.0	53.0
ქალი	12.7	8.1	6.0	73.3

თუ განვიხილავთ დასაქმების სტატუსს ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ნიშანდობლივია ის ფაქტი, რომ ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში დასაქმების მაჩვენებელი მამაკაცთა შორის აღემატება ქალთა დასაქმების მაჩვენებელს. მაგალითად, 18-29 წლის მამაკაცებში თითქმის 2.5-ჯერ, 30-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 1.8-ჯერ და 45-59 წლის ასაკში 1.5-ჯერ აღემატება ქალთა დასაქმების მაჩვენებელს. ამასთან, თვითდასაქმებულ მამაკაცთა ხვედრითი წილი მაღალია 30-59 წწ ასაკობრივ ჯგუფში; ამავე ასაკობრივ ჯგუფებში მაღალია სახელმწიფო სტრუქტურებში დასაქმებული ქალების და მამაკაცების ხვედრითი წილი (სურათი #9).

**სურათი #9. სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში დასაქმებულთა ხვედრითი წილი (%) სქესისა და დასაქმების ტიპის მიხედვით**



საკვლევ პოპულაციაში არაანაზღაურებად და დაუსაქმებელ პირთა ხვედრითი წილი 67.2%-ს შეადგენს, ამასთან ამ ჯგუფის პირთა პრევალენტობა ქალთა შორის მაღალია (73.3%), ვიდრე მამაკაცთა შორის (53%). აღნიშნულ ჯგუფში უმუშევრებთან ერთად გაერთიანებული არიან სტუდენტები, პენსიონრები, არაანაზღაურებადი პირები და ქალების შემთხვევაში - დიასახლისები. საბოლოოდ, რესპოდენტთა შორის შრომისუნარიან (სამუშაოს მაძიებელი) უმუშევართა ხვედრითმა წილმა 22% შეადგინა, რომელთა სქესობრივი დისბალანსი დიდია: მამაკაცთა შორის შრომისუნარიან უმუშევართა პროპორცია 34%-ს, ხოლო ქალთა შორის - 15%-ს შეადგენს.

**ოჯახის შემოსავალი.** კითხვაზე: „გასული წლის განმავლობაში საშუალოდ რამდენი იყო თქვენი ოჯახის შემოსავალი?“ პასუხი გაცა 2494 რესპოდენტმა. გათვალისწინებულ იქნა

კომლში 18 წელზე მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა. წლის განმავლობაში საშუალოდ გამომუშავებული თანხის რაოდენობაა 3 069.23 ლარი (ცხრილი #7) და თვის განმავლობაში - 255.77 ლარი.

**ცხრილი #7. ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავალი**

გამოკითხულთა რაოდენობა (n)	ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავალი (ლარი)	ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი (ლარი)
2 949	3 069.23	255.77

## აღმსარებლობა

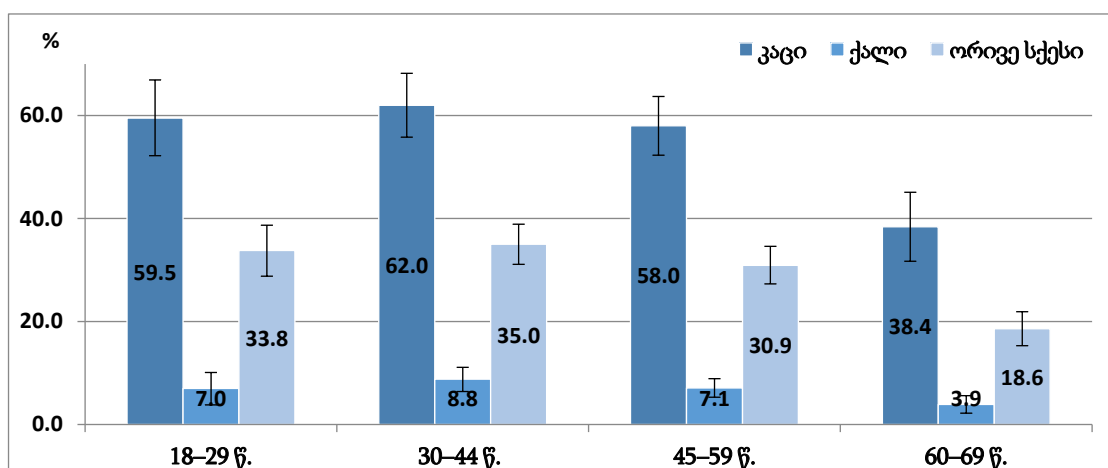
საკვლევი პოპულაციის უმრავლესობა (86.0%) მართლმადიდებელია; კათოლიკური აღმსარებლობა აქვს გამოკითხულთა 0.4%-ს, გრიგორიანელია - 3.5%, მუსლიმი - 8.7%, ხოლო რესპოდენტთა 0.9%-მა განაცხადა, რომ არ მიეკუთვნება არცერთ აღმსარებლობას.

## თამბაქოს მოხმარება

რესპოდენტებს დაესვათ კითხვები ამჟამად მწევლობის, წარსულში მწევლობის, მოწვევის დაწყების ასაკის, მწევლობის ხანგრძლივობის, დღიურად მოწეული სიგარეტის ღერების რაოდენობის, არამოსაწევი თამბაქოს მოხმარების, მოხმარებული თამბაქოს ტიპების, მეორადი კვამლის ზეგავლენის შესახებ.

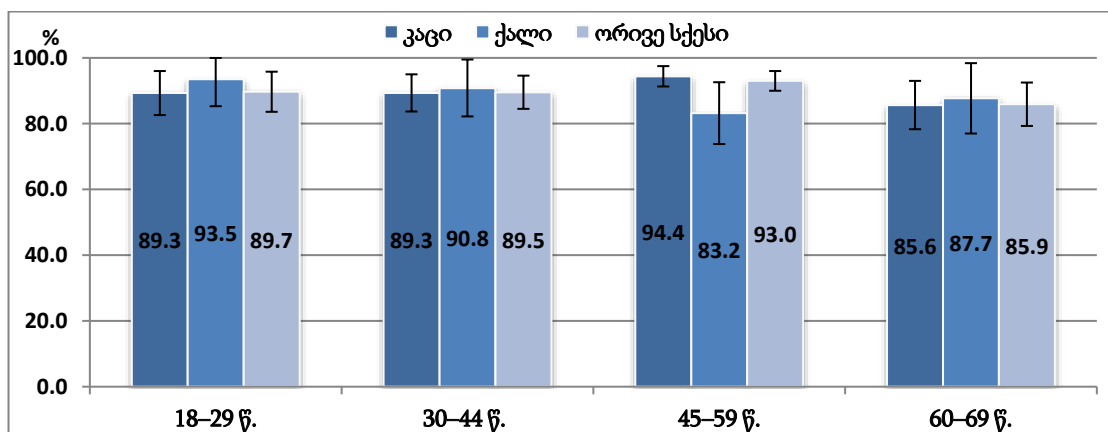
ამჟამად (ყოველდღიურად და არაყოველდღიურად) მწველია გამოკითხულთა 31% (95% CI: 28.9 – 33.0), მამაკაცთა 57.0% და მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა 7.0%. ორივე სქესის წარმომადგენლებში მწევლობის, ისევე როგორც ამჟამინდელი მწევლობის გავრცელება ყველაზე მაღალია ყველაზე პროდუქტიულ, 30-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი #10).

სურათი 10. ამჟამად მწველთა პროცენტული მაჩვენებელი, ასაკისა და სქესის მიხედვით



ამჟამად მწველელთა 90.3% ყოველდღიური მწველია. კაცებში ქალებთან შედარებით ყოველდღიურ მწველთა მაჩვენებელი მაღალია (90.5% და 88.8% შესაბამისად). აღმოჩნდა, რომ ყოველდღიური მწველობა მწველ ქალთა შორის ყველაზე მაღალია 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (93.5%) (სურათი #11).

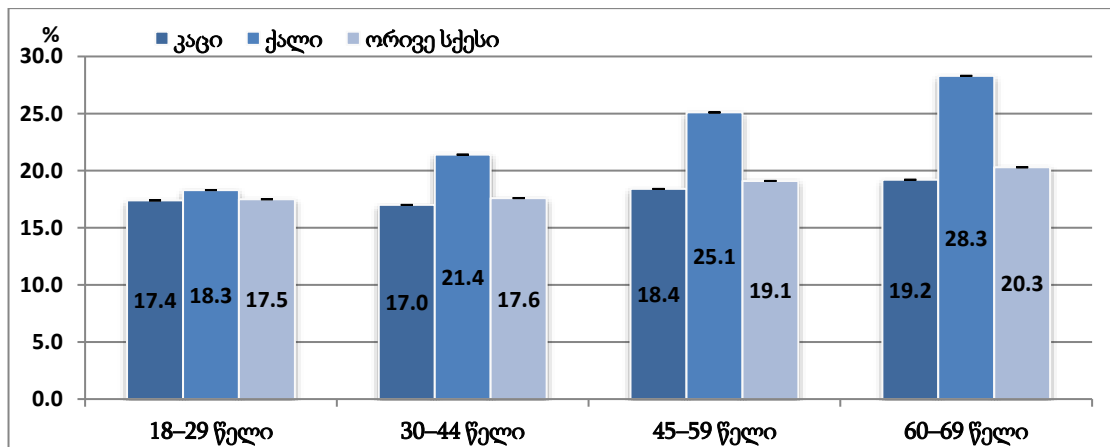
სურათი #11. ამჟამად მწველთა შორის ყოველდღიური მწველები (%), ასაკისა და სქესის მიხედვით



კვლევის მონაცემთა მიხედვით, კაცები ქალებთან შედარებით უფრო ადრეულ ასაკში იწყებენ მოწევას (კაცებში საშუალო ასაკი 17.7 წელი; ქალებში 22.4 წელი). მცირედ გამოხატული სხვაობა დაფიქსირდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მამრობითი სქესის წარმომადგენლებში და მერყეობდა 17.4 წლიდან (18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში) 19.2 წლამდე (60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში).

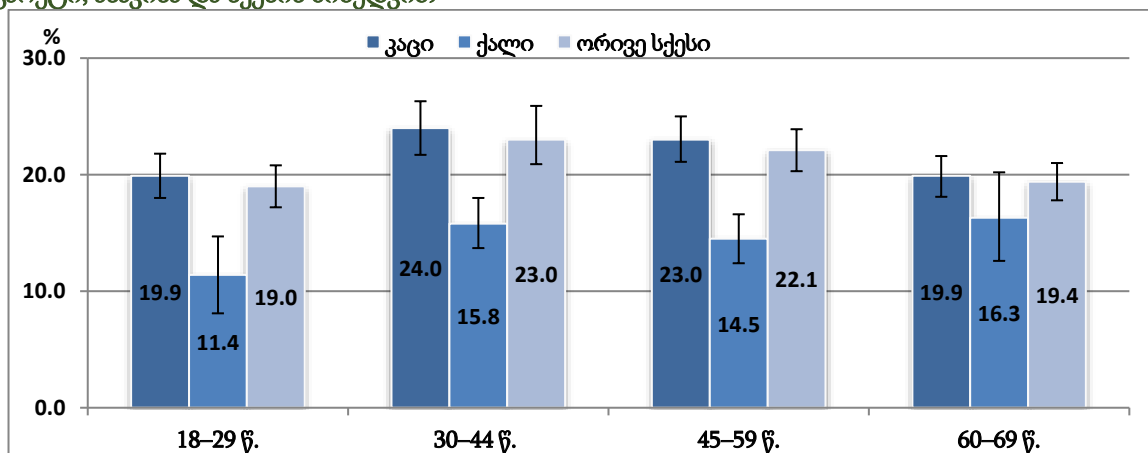
მწევლობის დაწყების ასაკის საშუალო მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში მდებარეობით პოპულაციაშიც და მერყეობდა 18.3-დან (18-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფში) 28.3 წლამდე (60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში) (სურათი #12).

სურათი #12. მოწევის დაწყების საშუალო ასაკი, ასაკისა და სქესის მიხედვით



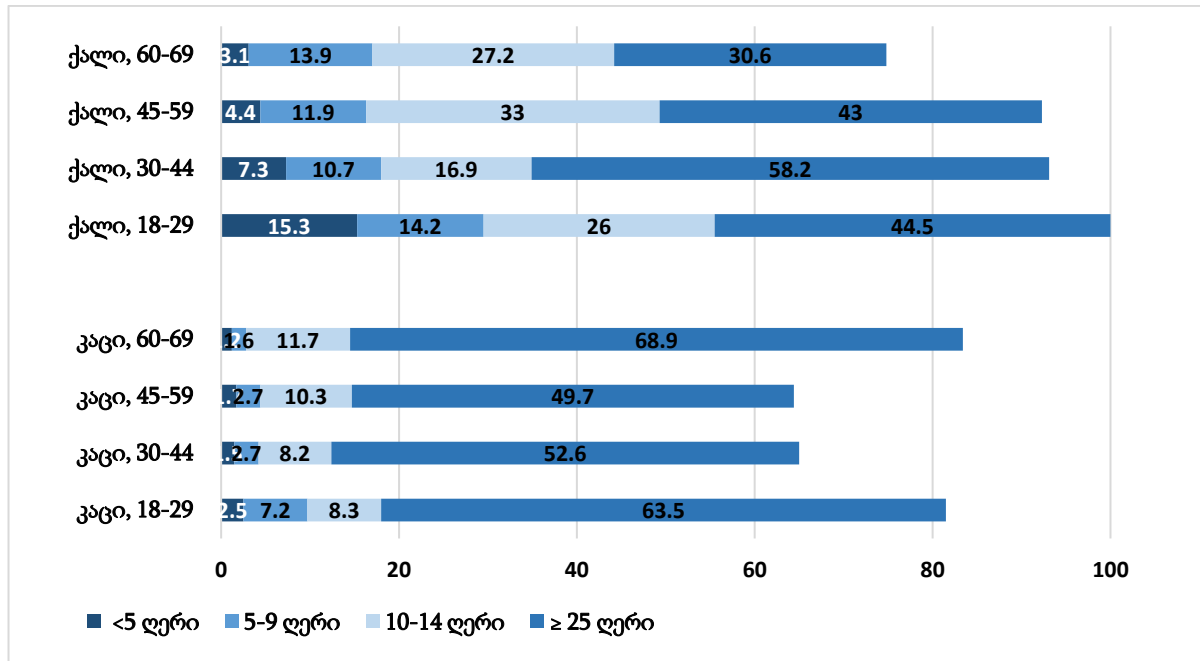
მწველთა უმეტესობა (98.6%) მოიხმარდა ქარხნული წარმოების სიგარეტს. ყოველდღიურ მწველეებში დღიურად მოხმარებული სიგარეტის საშუალო რაოდენობაა 21.3 (95% CI: 20.3-22.4) ღერი. კაცები დღეში საშუალოდ ეწეოდნენ 22.2 და ქალები 14.4 ღერს. დღიურად მოწეული სიგარეტის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა 30-44 წლის მამაკაცებში და 60-69 წლის ქალებში (სურათი #13).

სურათი #13. ყოველდღიურ მწველეებში დღეში საშუალოდ მოხმარებული სამრეწველო წარმოების სიგარეტი, ასაკისა და სქესის მიხედვით



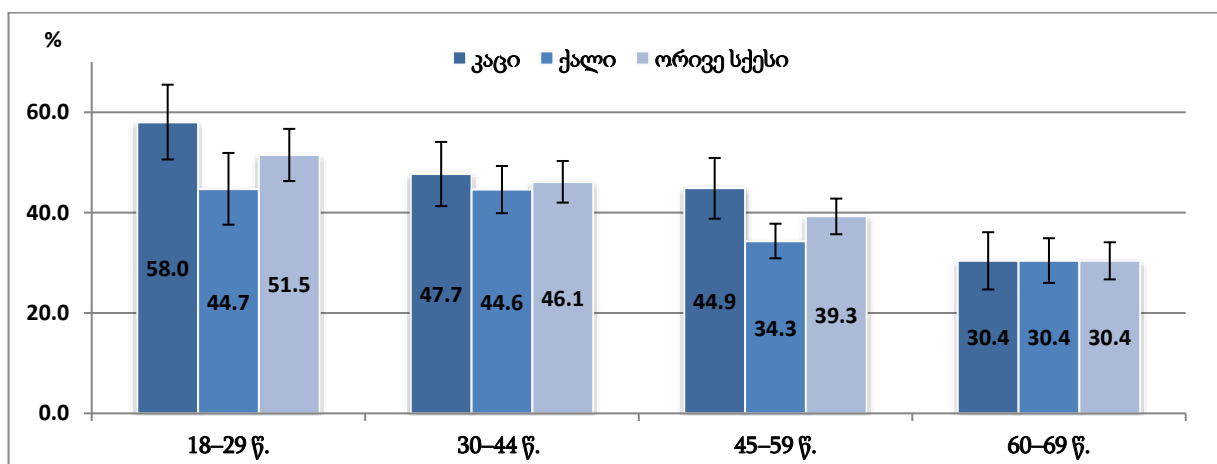
რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (55.1%) დღიურად ეწევა 15-24 ღერს. ყოველდღე მწველ მამაკაცთა 56% (95% CI: 51.5-60.6) დღეში ეწევა 15-24 ღერ სიგარეტს, იმავე რაოდენობას ეწევა ქალების 47.9% ((95% CI: 39.2-56.6) (სურათი #14).

სურათი #14. ყოველდღიურ მწვევლებში დღიურად მოხმარებული ხელით დახვეული ან სამრეწველო წარმოების სიგარეტის რაოდენობა, ასაკისა და სქესის მიხედვით



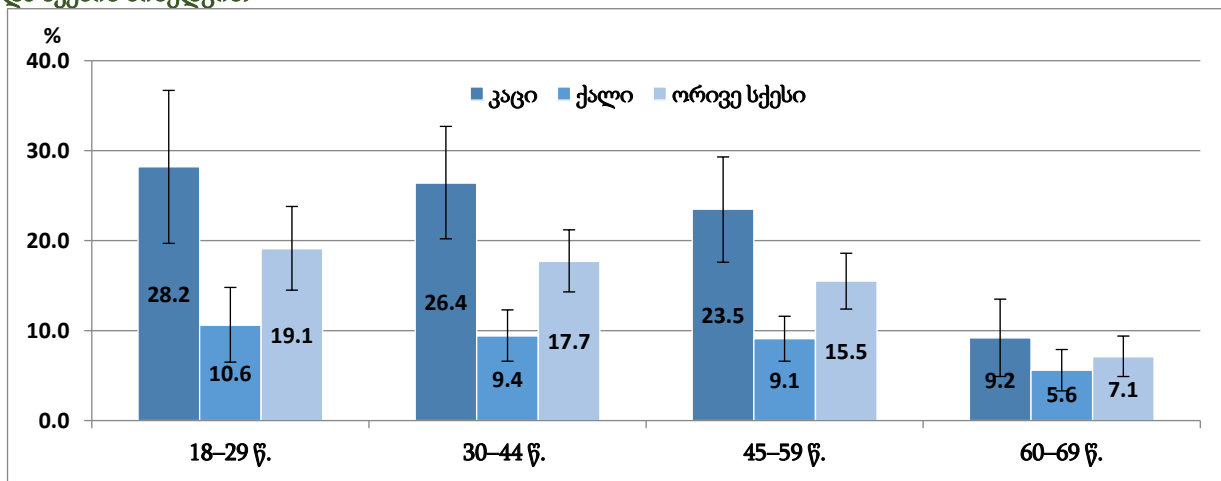
მონაწილეთა დაახლოებით 43% იმყოფება თამბაქოს მეორადი კვამლის ზეგავლენის ქვეშ საკუთარ სახლში. აღმოჩნდა, რომ კაცები ქალებთან შედარებით უფრო ხშირად განიცდიან თამბაქოს მეორადი კვამლის მავნე ზეგავლენას (47.2% და 39.1%). სამუშაო ადგილებზე მეორადი კვამლის ზეგავლენის მხრივ მნიშვნელოვანი სხვაობა ფიქსირდება სქესის მიხედვით: კაცების 23.7% (95% CI: 20.0-27.4) და ქალების 9% (95% CI: 7.3-10.7) (სურათები #15 და #16).

სურათი #15. ბოლო 30 დღის განმავლობაში მეორადი კვამლის ზეგავლენა სახლში, ასაკისა და სქესის მიხედვით





სურათი #16. ბოლო 30 დღის განმავლობაში მეორადი კვამლის ზეგავლენა სამუშაო ადგილებზე, ასაკისა და სქესის მიხედვით



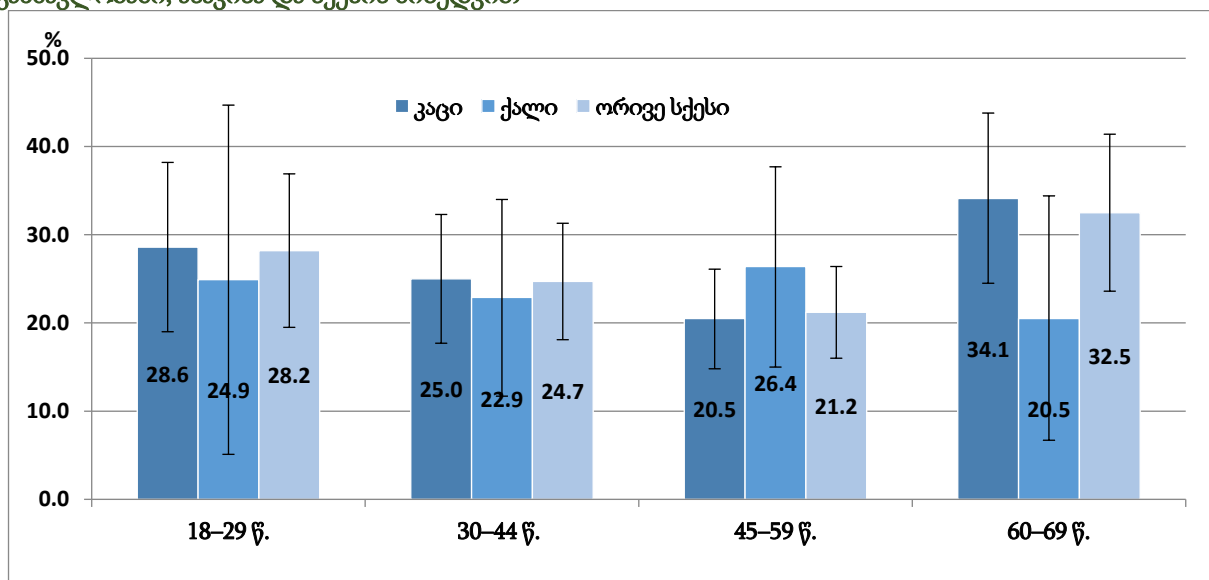
#### დასკვნები:

1. საქართველოში მოსახლეობის მესამედი (31%) ამჟამინდელი მწეველია;
2. მამაკაცების 57% (ყოველი 10-დან 6 მამაკაცი) ამჟამინდელი მწეველია, მათ შორის 90.5% - ყოველდღიური მწეველი. ამჟამინდელი თამბაქოს მომხმარებელია ქალების 7%, მათ შორის 88.8% - ყოველდღიური მწეველია;
3. მწველთა თითქმის აბსოლუტური უმრავლესობა ეწევა ქარხნულ სიგარეტს (98.6%). ყოველდღიურად მწველი მამაკაცები მეტს ეწევიან ქალებთან შედარებით (დღეში 22.2 ღერი საპირწონედ 14.4 ღერისა);
4. სახლში თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედების ქვეშ იმყოფება თითქმის ყოველი მეორე ადამიანი (43%), ხოლო სამუშაო ადგილზე - 15.8%. მეორადი კვამლის ზეგავლენა მამაკაცებში უფრო მაღალია ქალებთან შედარებით (23.7% საპირწონედ 9%-ისა).
5. 30-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი ქალებსა და კაცებს შორის მნიშვნელოვნად განსხვავდება, 30 წლამდე ასაკში კი აღნიშნული გენდერული სხვაობა თითქმის არ ვლინდება.

## მონევაზე თავის დანებება

გასული წლის განმავლობაში ამჟამინდელი მწვევლების მხოლოდ 25.3%-მა - მამაკაცების 25.5% (95% CI: 21.3-29.6) და ქალების 24.4% (95% CI: 16.8-31.7) სცადა მოწვევაზე თავის დანებება. კაცების 39.3%-მა და ქალების 30.4%-მა, რომლებიც უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში იმყოფებოდნენ ექიმთან, მიიღეს რჩევა ექიმის ან სხვა სამედიცინო მუშაკის მიერ მოწვევაზე თავის დანებების შესახებ (სურათი #17).

**სურათი #17. ამჟამინდელი მწვევლები, რომელთაც სცადეს სიგარეტზე თავის დანებება ბოლო 12 თვის განმავლობაში, ასაკისა და სქესის მიხედვით**



კვლევაში ჩართულ იმ მონაწილეებს, რომელთაც უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უცდიათ მოწვევაზე თავის დანებება, დაესვათ კითხვები მოწვევაზე თავის დასანებებლად გამოყენებული საშუალებების შესახებ.

გამოკითხულთა 11.0%-მა მოწვევაზე თავის დასანებებლად მიმართა/მიიღო კონსულტაცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, 9.4%-მა კი გამოიყენა ელექტრონული სიგარეტი; უმნიშვნელო ნაწილმა გამოიყენა ნიკოტინჩანაცვლებითი და მედიკამენტოზური (ტაბეტის, ბუპროპრიონი) თერაპია (0.3% და 0.4% შესაბამისად). გამოვლინდა ასაკობრივი თავისებურებები, კერძოდ: მონაცემთა მიხედვით, ნიკოტინჩანაცვლებით თერაპიას მხოლოდ 30-44 წლის ასაკობრივი კატეგორიის რესპოდენტებმა მიმართეს, მედიკამენტურ თერაპიას კი მხოლოდ 30-44 წ. და 45-59 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებმა. რაც შეეხება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კონსულტაციას, ის სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფისთვის 6.0%-დან 15.7%-მდე მერყეობს; ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი 45-59 წლის წარმომადგენლებზე მოდის. ვარიაციები სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფისთვის ელექტრონული სიგარეტის გამოყენებასთან დაკავშირებითაც დაფიქსირდა (4.3%-დან 11.5%-მდე) - ელექტრონული სიგარეტის გამოყენება მოწვევაზე თავის დასანებებლად ყველაზე ხშირად დაასახელეს 30-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებმა (ცხრილები #8 და #9).

ცხრილი #8. ბოლო 12 თვის განმავლობაში მოწვევაზე თავის დასანებებლად გამოყენებული საშუალებები, ასაკისა და სქესის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	n	% კონსულტაცია	95% CI	% ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია	95% CI	% მედიკამენტები (ბუპროპიონი, ტაბექსი)	95% CI
18-29	41	13.8	0.0-28.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0
30-44	71	6.7	0.0-15.3	0.8	0.0-2.5	0.8	0.0-2.2
45-59	78	15.7	5.7-25.8	0.0	0.0-0.0	0.6	0.0-1.8
60-69	43	6.0	0.0-12.9	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0
<b>18-69</b>	<b>233</b>	<b>11.0</b>	<b>5.6-16.4</b>	<b>0.3</b>	<b>0.0-0.8</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0-1.0</b>

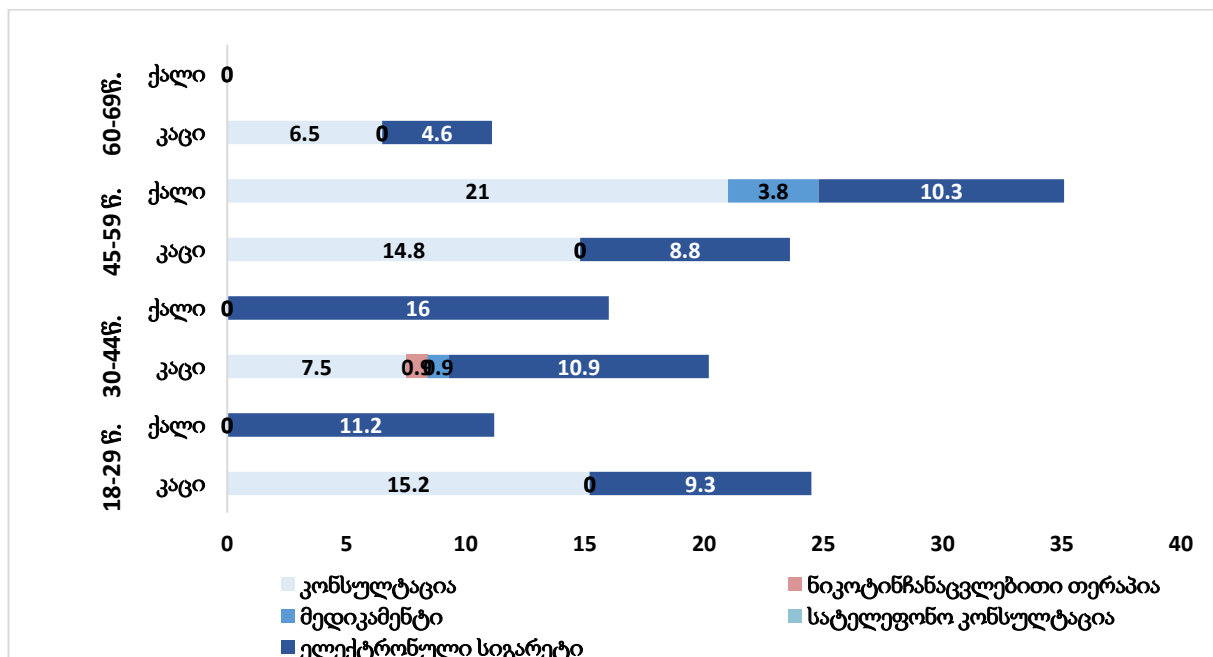
ცხრილი #9. ბოლო 12 თვის განმავლობაში მოწვევაზე თავის დასანებებლად გამოყენებული საშუალებები, ასაკისა და სქესის მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	n	% ელექტრონული სიგარეტი	95% CI	% სხვა მეთოდი	95% CI	% უარი პასუხზე	95% CI
18-29	41	9.5	0.8-18.2	56.7	38.3-75.2	19.9	4.8-35.1
30-44	71	11.5	2.6-20.4	60.9	47.9-73.8	19.4	9.9-28.8
45-59	78	9.0	1.4-16.7	62.6	49.5-75.6	12.1	4.3-20.0
60-69	43	4.3	0.0-10.8	77.2	63.4-91.0	12.5	2.4-22.6
<b>18-69</b>	<b>233</b>	<b>9.4</b>	<b>5.1-13.8</b>	<b>62.0</b>	<b>54.1-69.9</b>	<b>16.9</b>	<b>10.7-23.1</b>

გასული წლის განმავლობაში მოწვევაზე თავის დასანებებლად გამოყენებული საშუალებების მონაცემების შედარებისას გამოვლინდა სქესობრივი თავისებურებებიც: მამრობითი სქესის წარმომადგენლებმა ქალებთან შედარებით 1.6-ჯერ ხშირად მიმართა კონსულტაციას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ამავდროულად ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია გამოკითხულ კაცთა 0.3%-მა გამოიყენა, მაშინ როდესაც მდედრობითი სქესის არცერთ რესპოდენტს არ დაუსახელებია ამ საშუალების გამოყენება. რაც შეეხება მოწვევაზე თავის დასანებებლად მედიკამენტების გამოყენებას, აქ ქალების ხვედრითი წილი მნიშვნელოვნად ჭარბობს მამაკაცებს. ამავდროულად, ქალებმა ელექტრონული სიგარეტის გამოყენება 1.3-ჯერ მეტად დაასახელეს კაცებთან შედარებით.

აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ გამოკითხულთაგან უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში მოწვევაზე თავის დასანებებლად არცერთს მიუმართავს სატელეფონო კონსულტაციისთვის. დამატებით, მათში, ვინც ბოლო 12 თვის განმავლობაში სცადა მოწვევაზე თავის დანებება, 62.0%-მა (გამოკითხულ კაცთა 61.8% და ქალები 63.7%-მა) განაცხადა, რომ მოწვევაზე თავის დასანებებლად არ გამოუყენებია ზემოთ ჩამოთვლილი საშუალებები და მიმართა „სხვა საშუალებებს“. ათიდან 8 რესპოდენტმა „გამოყენებულ სხვა საშუალებად“ საკუთარი ძალისხმევა/ნებისყოფა დაასახელა (ამ ჯგუფში ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის), ხოლო მეხუთედმა ვერ დაასახელა კონკრეტული „სხვა საშუალება“ (სურათი #18).

სურათი #18: მოწვევაზე თავის დასაწებებლად გამოყენებული საშუალებები ასაკისა და სქესის მიხედვით



#### დასკვნები:

იმ რესპოდენტებში, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში სცადეს მოწვევაზე თავის დაწებება:

1. მოწვევაზე თავის დასაწებებლად 11.0%-მა მიმართა/მიიღო კონსულტაცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;
2. 9.4%-მა გამოიყენა ელექტრონული სიგარეტი;
3. ელექტრონულ სიგარეტს ყველაზე ხშირად მოიხმარენ 30-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის რესპოდენტები და მდებარეობითი სქესის წარმომადგენლები;
4. ძალიან მცირე ნაწილმა გამოიყენა ნიკოტინჩანაცვლებითი და მედიკამენტოზური თერაპია (0.3% და 0.4% შესაბამისად);
5. სატელეფონო კონსულტაციისთვის არცერთს არ მიუმართავს;
6. გამოკითხული 10 რესპოდენტიდან 6-მა საკუთარი ძალისხმევით სცადა მოწვევაზე თავის დაწებება.

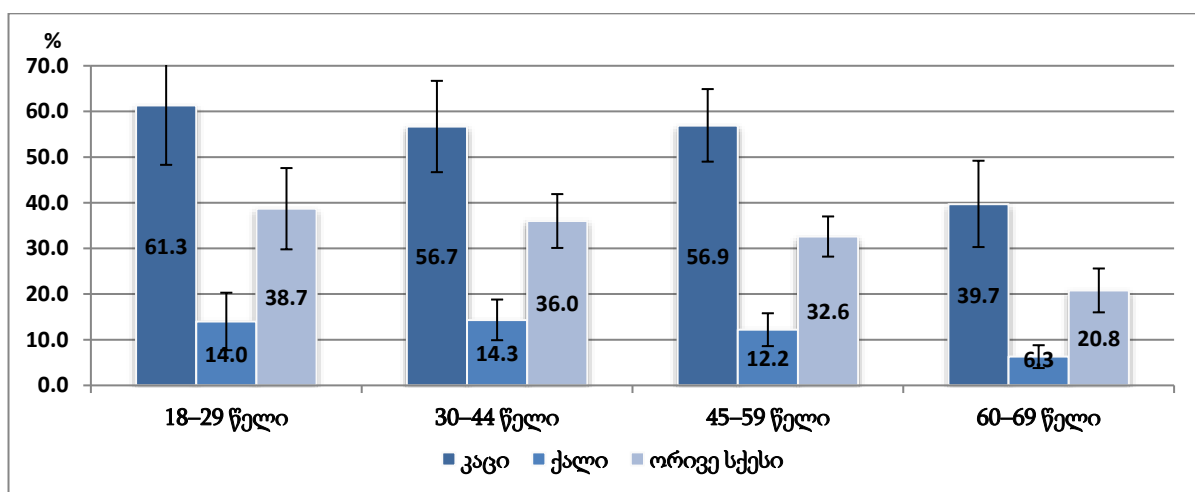
## კოტინინის შემცველობა შარდში

შარდში კოტინინი გამოუვლინდა კვლევაში მონაწილეთა 33.2%-ს.

სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში მისი სიხშირე ვარიირებს 20.8% - 38.5% ფარგლებში. შარდში კოტინინის ყველაზე მაღალი პრევალენტობა ვლინდება 18-29 წლის, ხოლო დაბალი - 60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

რაც შეეხება სქესობრივ განსხვავებას, კოტინინზე დადებითი პასუხი მამრობითი სქესის რესპოდენტთა ნახევარზე მეტში (55%) გამოვლინდა, ხოლო ქალებში ეს მაჩვენებელი კაცებთან შედარებით 4.5-ჯერ ნაკლებია და გამოკვლეული მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა 12.2%-ში ფიქსირდება (სურათი #19).

სურათი #19. შარდში კოტინინის შემცველობა ასაკისა და სქესის მიხედვით



### დასკვნები:

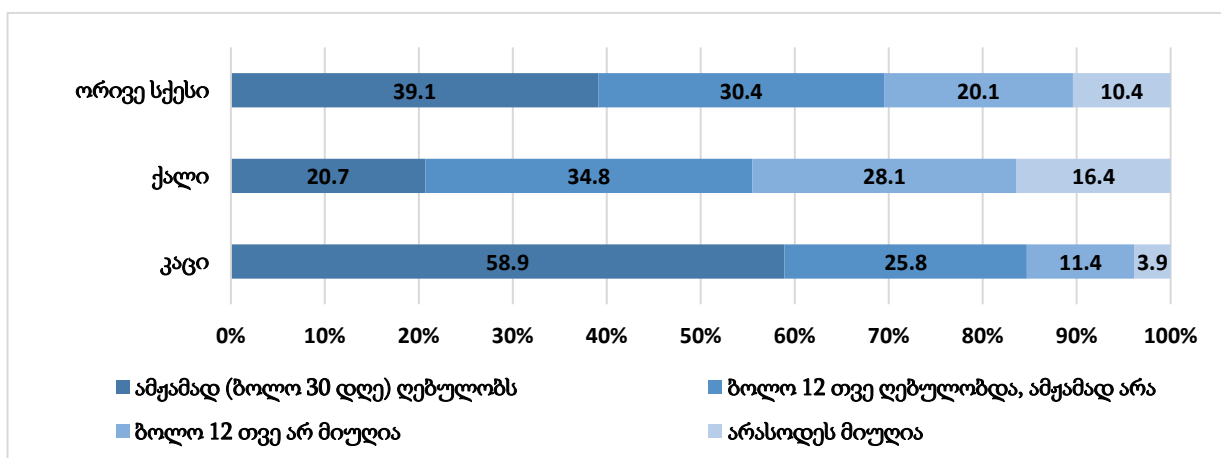
1. კვლევის ყოველი 10-დან სამი მონაწილის შარდში გამოვლინდა კოტინინი;
2. შარდში კოტინინის ყველაზე მაღალი პრევალენტობა ფიქსირდება 18-29 ასაკობრივ ჯგუფში;
3. შარდში კოტინინი გამოუვლინდა კვლევაში მონაწილე კაცების ნახევარზე მეტს (55%) და ქალების 12%-ს.

## ალკოჰოლის მოხმარება

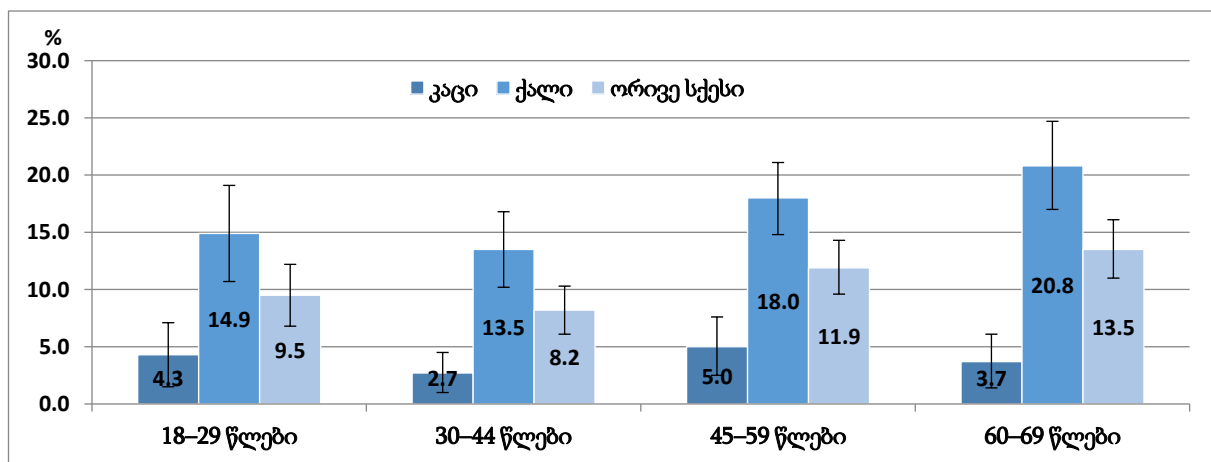
ალკოჰოლის მოხმარების თავისებურებები და მასთან დაკავშირებული რისკები შესწავლილ იქნა რესპოდენტთა ასაკისა და სქესის მიხედვით.

**ალკოჰოლური სასმელის მოხმარება სიცოცხლის მანძილზე.** კვლევის შედეგების მიხედვით რესპოდენტთა 89.6%-ს სიცოცხლეში ერთხელ მაინც მიუღია რაიმე სახის ალკოჰოლური სასმელი; მამაკაცთა შორის ამ ჯგუფის რესპოდენტთა პროპორციამ 96.1% შეადგინა, ხოლო ქალთა შორის - 83.6%. ქალთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუსინჯავთ ალკოჰოლური სასმელი, ასაკის მიხედვით ვარირებს და 3-5-ჯერ მაღალია შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებთან შედარებით (სურათი #20).

სურათი #20. ალკოჰოლის მოხმარება სიცოცხლის მანძილზე სქესის მიხედვით

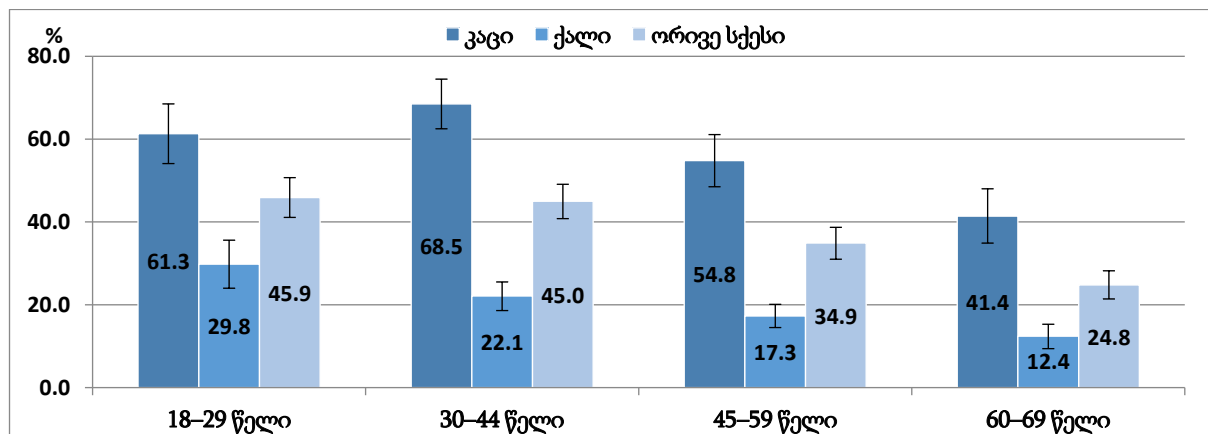


სურათი #21. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი (%) სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, რომელთაც სიცოცხლის მანძილზე არასოდეს მიუღიათ ალკოჰოლური სასმელი



**ალკოჰოლური სასმელის მოხმარება გამოკითხვამდე 30 დღის განმავლობაში.** კითხვაზე - მიგიღიათ რომელიმე ალკოჰოლური სასმელის თუნდაც ერთი სტანდარტული დოზა ბოლო 30 დღის განმავლობაში? - რესპოდენტთა 39%-მა (95%CI=36.6-41.5) დადებითი პასუხი გასცა; ამ თვალსაზრისით სქესობრივი განსხვავება დიდია: მამაკაცთა 58.9%-ს (95%CI=55.2-62.5) და ქალთა 20.7%-ს (95%CI=18.6-22.9) მიღებული ჰქონდა ალკოჰოლი ბოლო ერთი თვის განმავლობაში. სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში მამაკაცთა 41.4% - 68.5%-მა აღნიშნულ კითხვაზე დადებითი პასუხი გასცა, ხოლო ქალთა შორის ეს მაჩვენებელი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 12.4% - 29.8%-ის ფარგლებში ვარირებს (სურათი #22).

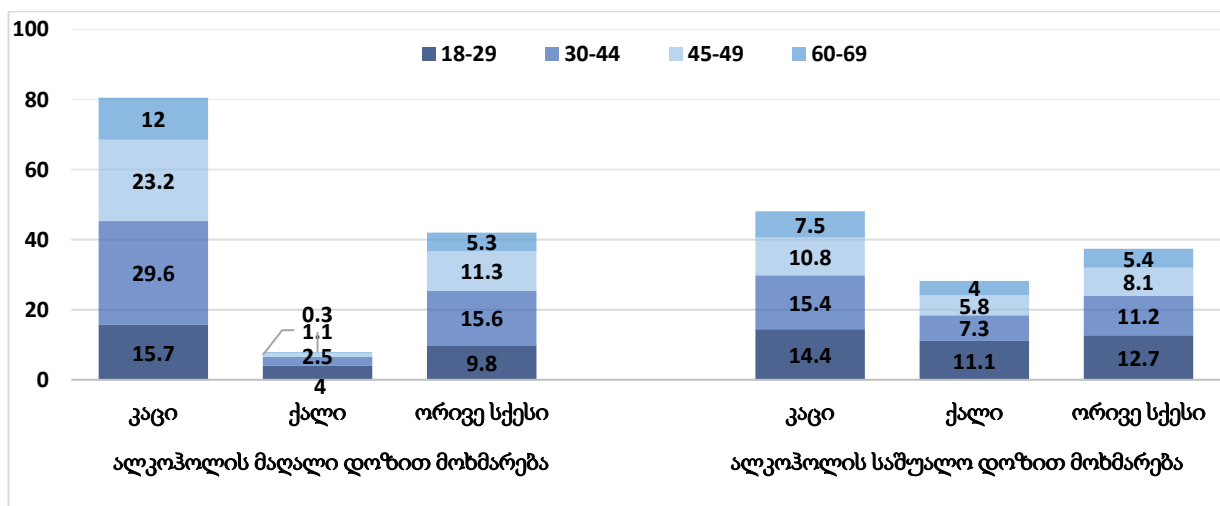
სურათი #22. ნებისმიერი ალკოჰოლური სასმელის მინიმუმ ერთი სტანდარტული დოზის მიღება ბოლო 30 დღის განმავლობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (%)



ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკი შეფასდა ბოლო 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლის მიღების თითოეულ ეპიზოდზე მიღებული სუფთა ალკოჰოლის საშუალო რაოდენობის მიხედვით. ალკოჰოლის მაღალი, საშუალო და დაბალი დოზით მოხმარება განისაზღვრა ალკოჰოლური სასმელის მიღების ერთ ეპიზოდზე მიღებული სუფთა ალკოჰოლის რაოდენობის შესაბამისად:

- ალკოჰოლის მაღალი დოზით მოხმარება: სასმელის მიღების ერთ ეპიზოდზე მამაკაცის მიერ საშუალოდ  $\geq 60$  გრ. და ქალის მიერ საშუალოდ  $\geq 40$  გრ. სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება.
- ალკოჰოლის საშუალო დოზით მოხმარება: სასმელის მიღების ერთ ეპიზოდზე მამაკაცის მიერ საშუალოდ 40-59.9 გრ., ხოლო ქალის მიერ საშუალოდ  $\geq 20$ -39.9 გრ. სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება.
- ალკოჰოლის დაბალი დოზით მოხმარება: სასმელის მიღების ერთ ეპიზოდზე მამაკაცის მიერ საშუალოდ  $< 40$  გრ., ხოლო ქალის მიერ საშუალოდ  $< 20$  გრ. სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება.

სურათი #23. ალკოჰოლის მაღალი და საშუალო დოზით მოხმარება სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

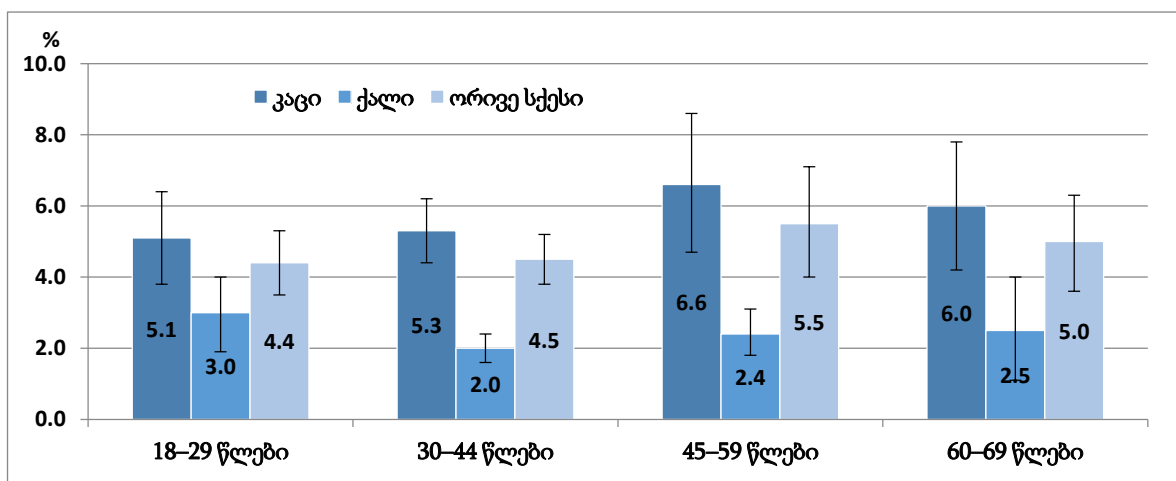




შედეგებმა უჩვენა, რომ ალკოჰოლის მაღალი დოზით მოიხმარს რესპოდენტთა 11.3%, ხოლო საშუალო დოზით - გამოკითხულთა 9.7%; ალკოჰოლის მაღალი და საშუალო დოზით მოხმარებამ 21% შეადგინა. უფრო მეტიც, კვლევამ უჩვენა, რომ 30-44 წლის ასაკის მამაკაცთა თითქმის 30% ალკოჰოლს მაღალი დოზებით მოიხმარს, ხოლო 45-49 წწ ასაკობრივ ჯგუფში ეს მაჩვენებელი 20%-ზე მაღალია. ქალთა პოპულაციაში ალკოჰოლის მაღალი დოზების მოხმარება ახალგაზრდა (18-29 წწ) ასაკში გამოვლინდა, სადაც მაღალი და საშუალო დოზით მომხმარებელთა ხვედრითი წილი 15.1%-ს შეადგენს (სურათი #23).

ალკოჰოლის მოხმარება შეფასდა სასმელის მიღების ეპიზოდების სიხშირის და თითოეული ეპიზოდის დროს მიღებული სტანდარტული დოზის საშუალო რაოდენობის მიხედვით. ბოლო 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლის მომხმარებელთა შორის მოხმარების საშუალოდ 4.8 (4.3-5.3) შემთხვევას ჰქონდა ადგილი; ამასთან, მამაკაცებში სმის შემთხვევების საშუალო მაჩვენებელი 5.7-ს (5.0-6.4), ხოლო ქალებში 2.5-ს (2.1-2.9) შეადგენდა. მითითებულ კოჰორტაში ალკოჰოლური სასმელის მოხმარების სიხშირე ყველაზე მაღალი 45-59 წწ ასაკობრივ ჯგუფში იყო (სურათი #24).

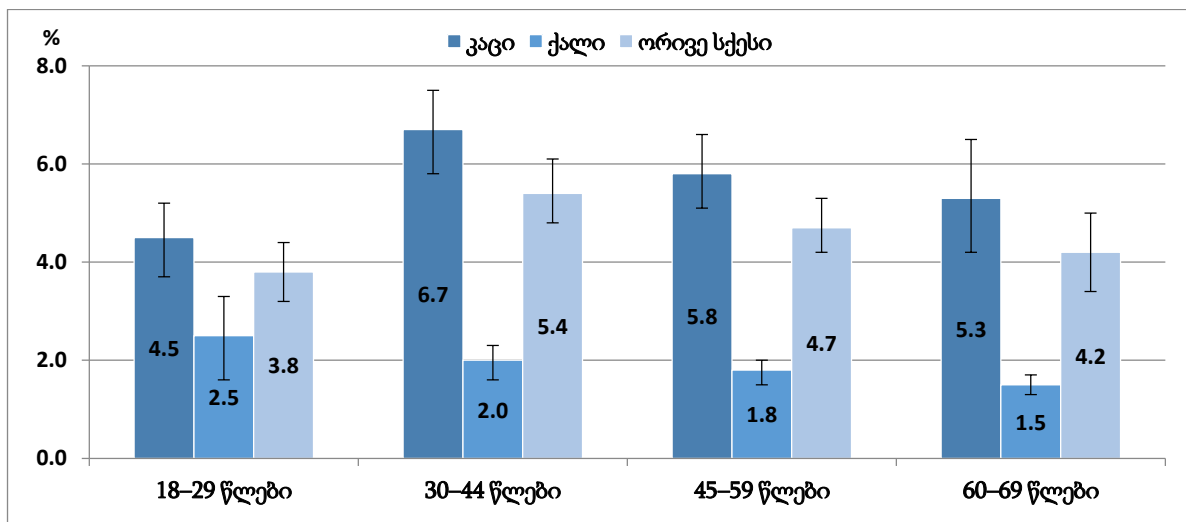
**სურათი #24. ალკოჰოლის მიღების ეპიზოდების (მინიმუმ ერთი სტანდარტული დოზის მოხმარება) საშუალო რაოდენობა ბოლო 30 დღის განმავლობაში**



კვლევის შედეგები უჩვენებს, რომ ალკოჰოლის მიღების თითოეულ ეპიზოდზე რესპოდენტები ალკოჰოლის საშუალოდ 4.7 (4.3-5.0) სტანდარტულ დოზას ღებულობდნენ; მამაკაცთა შორის ეს მაჩვენებელი 5.7-ს (5.2-6.2), ხოლო ქალთა შორის 2-ს (1.7-2.4) შეადგენდა. სასმელის მიღების ეპიზოდების სიხშირე ქალთა შორის ყველაზე მაღალი ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფში (18-29 წწ) გამოვლინდა. საინტერესოა, რომ ალკოჰოლის მოხმარების თითოეულ ეპიზოდში მიღებული სტანდარტული დოზების საშუალო რაოდენობა ასევე მაღალია ამავე ასაკის ქალებში, ხოლო მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფებში ის თანდათანობით მცირდება (სურათი #25).

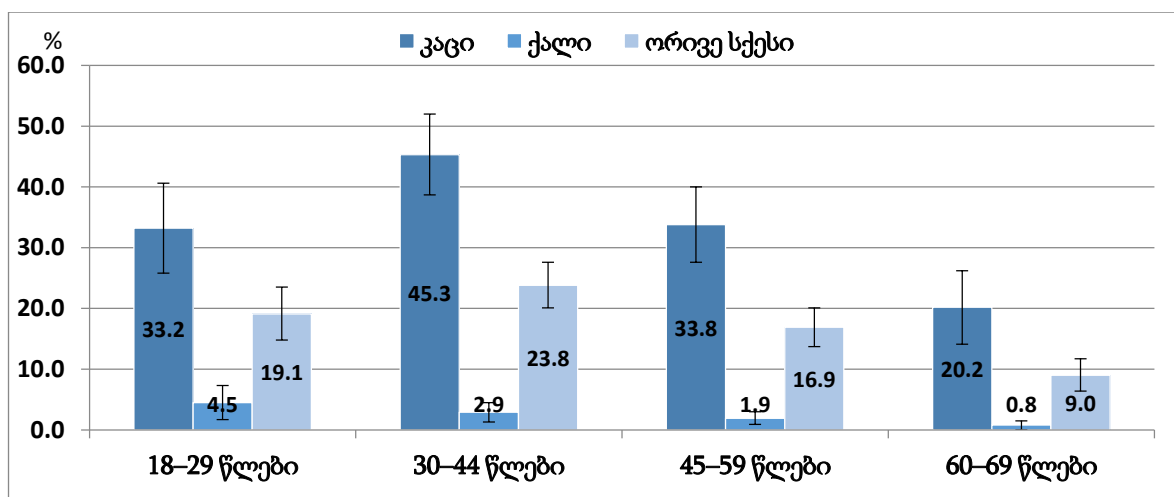


სურათი #25. ალკოჰოლის მიღების თითოეულ ეპიზოდში მოხმარებული სტანდარტული დოზის საშუალო რაოდენობა ბოლო 30 დღის განმავლობაში



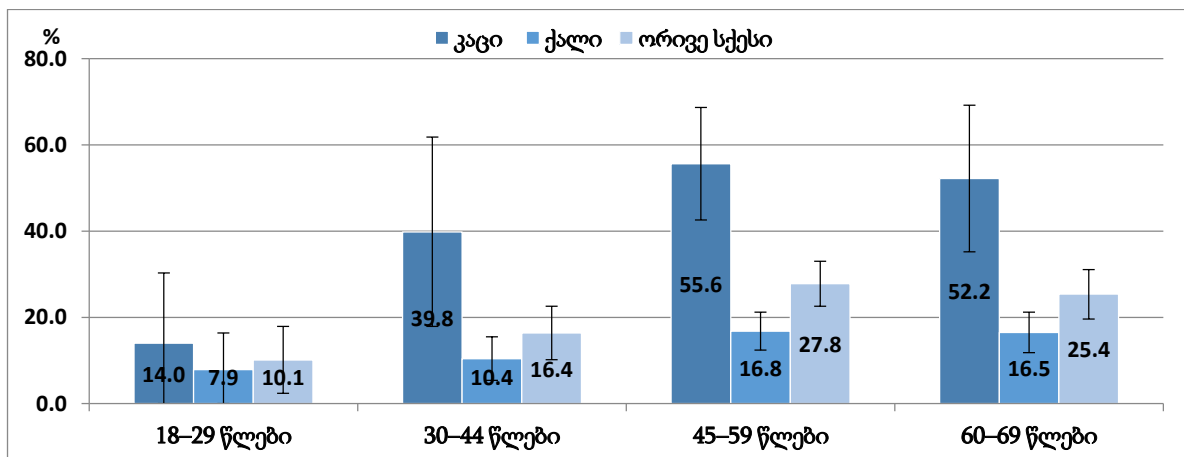
მძიმე ეპიზოდურ სმაში (6 ან მეტი სტანდარტული დოზის მიღება უკანასკნელი 30 დღიდან თუნდაც ერთ დღეს) ჩართულია ორივე სქესის წარმომადგენელთა 18.3%; მამაკაცთა შორის თითქმის 14-ჯერ მეტია ალკოჰოლის მძიმე ეპიზოდური მოხმარება (35.3% და 2.6% შესაბამისად); მძიმე ეპიზოდური სმის თვალსაზრისით მკვეთრი სქესობრივი განსხვავების არსებობა შენარჩუნებულია თითქმის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი #26).

სურათი #26. ექვსი ან მეტი სტანდარტული დოზის მიღება უკანასკნელი 30 დღიდან თუნდაც ერთ დღეს ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



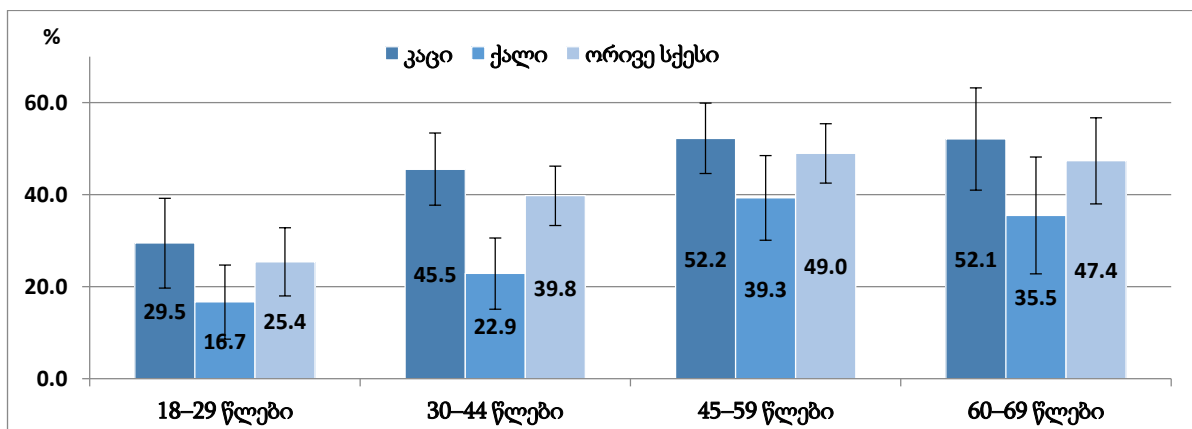
მძიმე ეპიზოდური სმის სიხშირის შესახებ დამატებით ინფორმაციას იძლევა იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილის შეფასება, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ვერ შეძლეს სმის შეწყვეტა. ეს საკითხი აქტუალურია მამაკაცთა შორის და 2-დან 8%-მდე მერყეობს, ხოლო ქალებში მხოლოდ 0.3%-ში ვლინდება. მამაკაცთა 17.5%-მა მიუთითა, რომ წინა დღის მძიმე სმის შემდეგ დილით ნაბახუსევზე სასმელის მოთხოვნილება ჰქონიათ.

სურათი #27. სმისთვის თავის დანებება ჯანმრთელობის პრობლემების გამო ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



ჯანმრთელობის პრობლემის ან ექიმის/სამედიცინო მუშაკის მიერ ალკოჰოლის მიღებაზე თავის დანებების შესახებ გაცემულ რეკომენდაციაზე რესპოდენტთა 21.6%-მა (95%CI=18.2-24.9) მიუთითა, მამაკაცთა 42.4% (95%CI=33.6-51.1) და ქალთა 13.8% (95%CI= 11.0-16.6). ყურადღებას იპყრობს ის ფაქტი, რომ მსგავსი სიტუაცია გამოვლინდა ყველა ასაკობრივ კატეგორიაში. 30-44 წლის ასაკის რესპოდენტ მამაკაცთა მესამედზე მეტსა და 45-69 წლის ასაკში ნახევარზე მეტს სწორედ ზემოთაღნიშნული მიზეზების გამო შეწყვეტილი ჰქონდა ალკოჰოლის მიღება (სურათი #27).

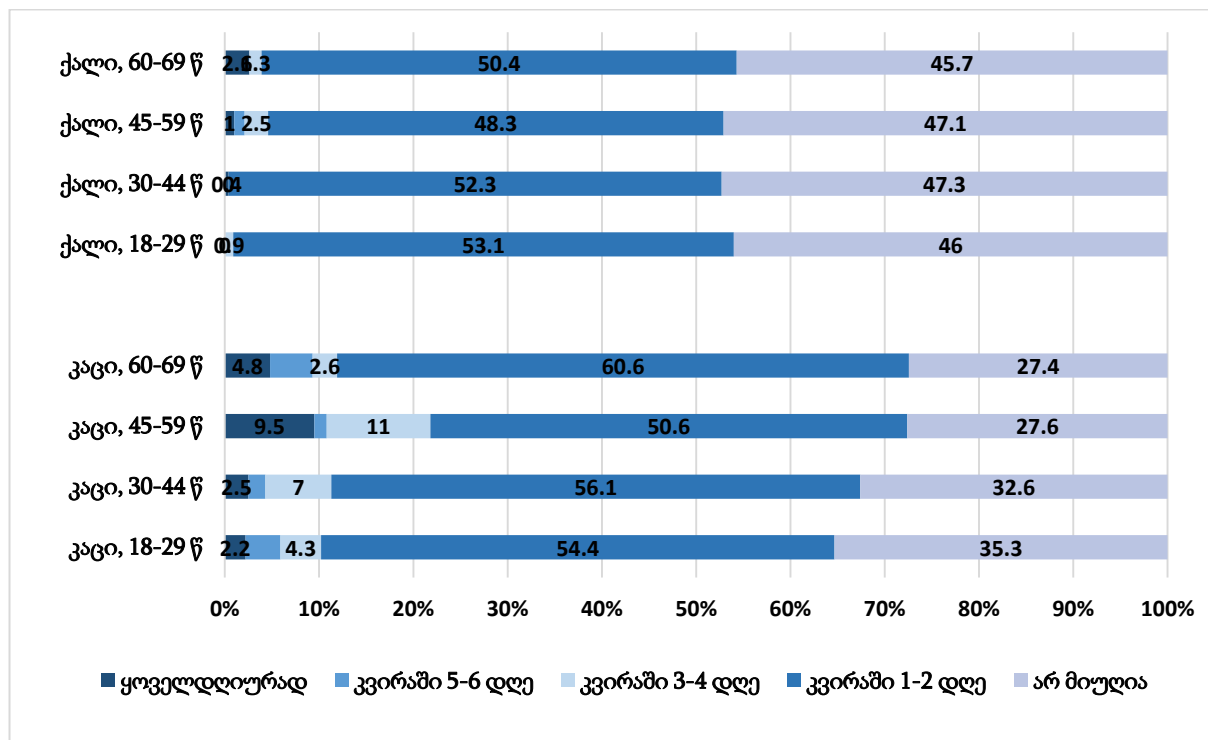
სურათი #28. არარეგისტრირებული ალკოჰოლის მოხმარება ინტერვიუს ჩატარებამდე ბოლო კვირის განმავლობაში ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



კვლევის შედეგების მიხედვით დასტურდება არარეგისტრირებული (მაგ. შინ დამზადებული, სხვა ქვეყნიდან შემოტანილი, უაქციზო) ალკოჰოლის მაღალი მოხმარება საქართველოში. კერძოდ, მათ შორის, ვისაც ალკოჰოლი მიღებული ჰქონდა ინტერვიუს ჩატარებამდე ბოლო 30 დღის განმავლობაში, არარეგისტრირებული ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ ბოლო კვირის მანძილზე მიუთითა მამაკაცთა 43.6%-მა და ქალთა 26%-მა (სურათი #28).

**ალკოჰოლის მიღება გამოკითხვამდე ბოლო 7 დღის მანძილზე.** რესპოდენტთა (როგორც ქალების, ასევე მამაკაცების) 50%-ზე მეტმა აღნიშნა, რომ გამოკითხვის წინა კვირას ისინი ალკოჰოლს ღებულობდნენ 1-2 დღის მანძილზე. მამაკაცთა თითქმის მესამედმა და ქალების 45%-ზე მეტმა მიუთითა, რომ გასულ კვირას მათ სასმელი არ მიუღიათ (სურათი # 29).

სურათი #29. ალკოჰოლის მიღება ინტერვიუს ჩატარებამდე ბოლო 7 დღის მანძილზე ალკოჰოლის მომხმარებლებში



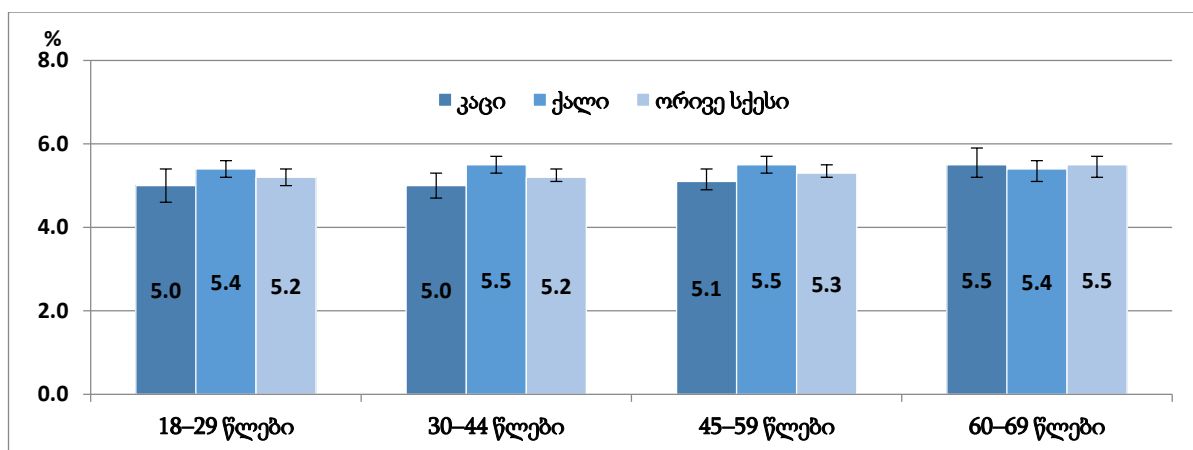
#### დასკვნა:

1. ალკოჰოლის ამჟამად (ბოლო 30 დღის განმავლობაში) მომხმარებელთა ხვედრითმა წილმა 39% შეადგინა. ამ თვალსაზრისით სქესობრივი განსხვავება დიდია: მამაკაცთა შორის თითქმის სამჯერ მაღალია იმ პირთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო ერთი თვის განმავლობაში მიღებული ჰქონდათ თუნდაც ერთი სტანდარტული დოზა ალკოჰოლური სასმელი (58.9% და 20.7% შესაბამისად).
2. სმის ეპიზოდების საშუალო რაოდენობა მამაკაცებში თითქმის ორჯერ მაღალია ქალებთან შედარებით (ბოლო ერთი თვის განმავლობაში 5.7 და 2.5 სმის ეპიზოდი შესაბამისად). ამასთან, სმის თითოეულ ეპიზოდში მამაკაცების მიერ მოხმარებული სტანდარტული დოზების საშუალო ჯამური რაოდენობა თითქმის სამჯერ აღემატება მაჩვენებელს ქალებში (5.7 და 2 სტანდარტული დოზა, შესაბამისად).
3. 30-44 წლის ასაკის მამაკაცთა თითქმის 30% ალკოჰოლს მაღალი დოზებით (სმის ერთ ეპიზოდზე საშუალოდ  $\geq 60$  გრ. ალკოჰოლის მიღება) მოიხმარს, ხოლო მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფში (45-49 წწ) ეს მაჩვენებელი 20%-ზე მაღალია.
4. ქალთა პოპულაციაში ალკოჰოლის მაღალი დოზების (სმის ერთ ეპიზოდზე საშუალოდ  $\geq 40$  გრ. სუფთა ალკოჰოლის მიღება) მოხმარება ახალგაზრდა ასაკში გამოვლინდა (18-29 წწ), სადაც მაღალი და საშუალო დოზით მომხმარებელთა ხვედრითი წილი 15.1%-ს შეადგენს;
5. მძიმე ეპიზოდურ სმაში (6 ან მეტი სტანდარტული დოზის მიღება უკანასკნელი 30 დღიდან თუნდაც ერთ დღეს) ჩართულია ორივე სქესის წარმომადგენელთა 18.3%; მამაკაცთა შორის თითქმის 14-ჯერ მეტია ალკოჰოლის მძიმე ეპიზოდური მოხმარება (35.3% და 2.6%, შესაბამისად);
6. ჯანმრთელობის პრობლემის ან ექიმის/სამედიცინო მუშაკის რეკომენდაციით სმისთვის თავის დანებების შესახებ რესპოდენტთა 21.6%-მა მიუთითა. ვლინდება, რომ მამაკაცებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო თითქმის სამჯერ უფრო ხშირად უწევთ სმაზე უარის თქმა (42.4% და 13.8% შესაბამისად);
7. ალკოჰოლის ამჟამინდელ მომხმარებელთა შორის ბოლო კვირის მანძილზე მამაკაცთა 43.6%-მა და ქალთა 26%-მა არარეგისტრირებული ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ მიუთითა.

## კვებითი თავისებურებები

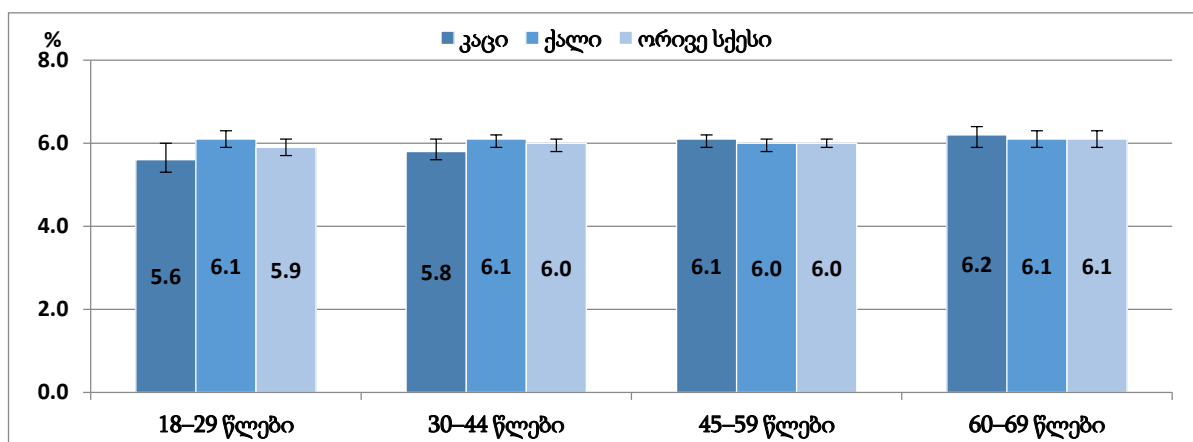
**ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარება.** ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარება შეფასდა ტიპური / ჩვეულებრივი კვირის მაგალითზე ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით. „ტიპური კვირა“ განისაზღვრება როგორც ნორმალური კვირა, რომლის დროსაც კვების რეჟიმზე არ მოქმედებს რაიმე რელიგიური, კულტურული ან სხვა მოვლენა. კვირაში დღეების საშუალო რაოდენობამ, როდესაც რესპოდენტები ხილს ან ბოსტნეულს მოიხმარდნენ, შესაბამისად 5.3 (95% CI: 5.2-5.4) და 6.0 (95% CI: 5.9-6.1) დღე შეადგინა. ამასთან, ხილის მოხმარება რამდენადმე მაღალი იყო ქალებში.

**სურათი #30. ხილის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ტიპურ / ჩვეულებრივ კვირაში ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით**



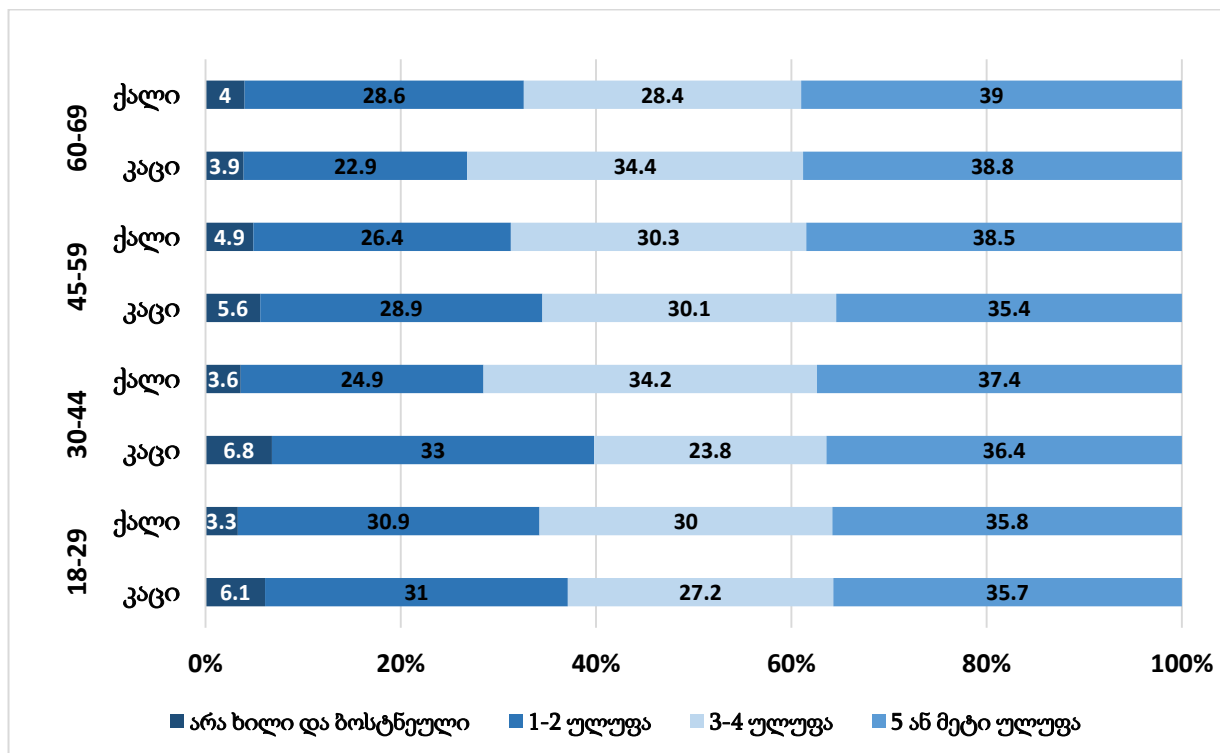
კვლევის შედეგებით დასტურდება, რომ საქართველოში ბოსტნეულის მოხმარება რამდენადმე მაღალია ხილის მოხმარებასთან შედარებით. ამასთან, კვირის განმავლობაში ბოსტნეულის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა თითქმის თანაბარია ორივე სქესის წარმომადგენლებში და 6 დღეს შეადგენს. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ხილის და ბოსტნეულის მოხმარების თვალსაზრისით ვარიაცია უმნიშვნელოა (სურათები #30 და #31).

**სურათი #31. ბოსტნეულის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ტიპურ / ჩვეულებრივ კვირაში ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით**



ხილის მოხმარების დღეებში რესპოდენტთა მიერ საშუალოდ 2 (95% CI=1.9-2.1) ულუფის მიღება ხდება. განსხვავება სქესისა და ასაკის მიხედვით ძალიან უმნიშვნელოა; ბოსტნეულის მიღებული ულუფების რაოდენობა რამდენადმე მაღალია, სქესობრივი და ასაკობრივი ვარიაცია თითქმის არ ვლინდება.

სურათი #32. ხილის და ბოსტნეულის განსხვავებული ულუფების მოხმარება ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



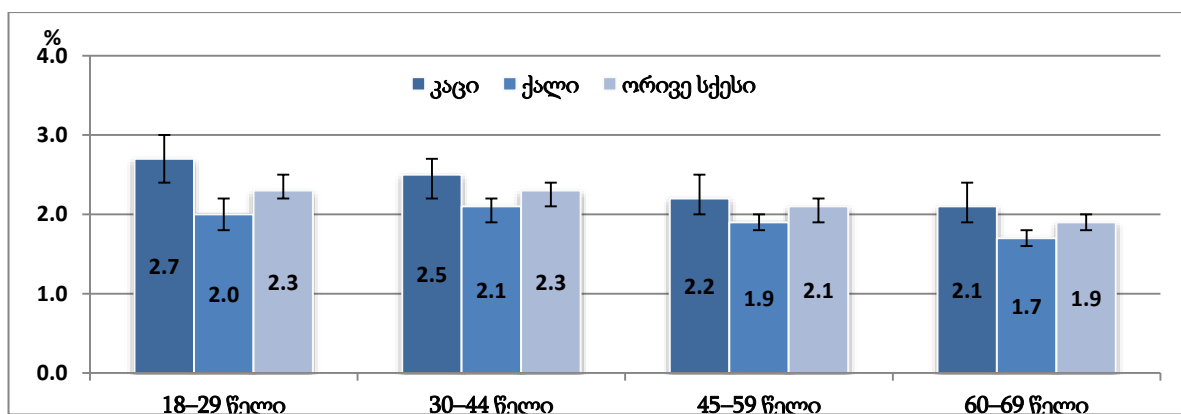
იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთა დღიურ რაციონში ხილი და ბოსტნეული არ შედის, მამაკაცების 6%-ს (95% CI=4-7.8) და ქალების 4%-ს (95% CI=3.0-5.0) შეადგენს; ამ თვალსაზრისით სქესობრივი განსხვავება თითქმის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ვლინდება, გარდა 60-69 წწ ასაკისა. როგორც მამაკაცების, ასევე ქალების თითქმის ორი მესამედი (63.8% და 62.4% შესაბამისად) ყოველდღიურად ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს მოიხმარს. ხილისა და/ან ბოსტნეულის 5 ან მეტი ულუფის მომხმარებელთა ხვედრითი წილი სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 35.7%-დან 39%-მდე მერყეობს (სურათები #32).

#### დასკვნები:

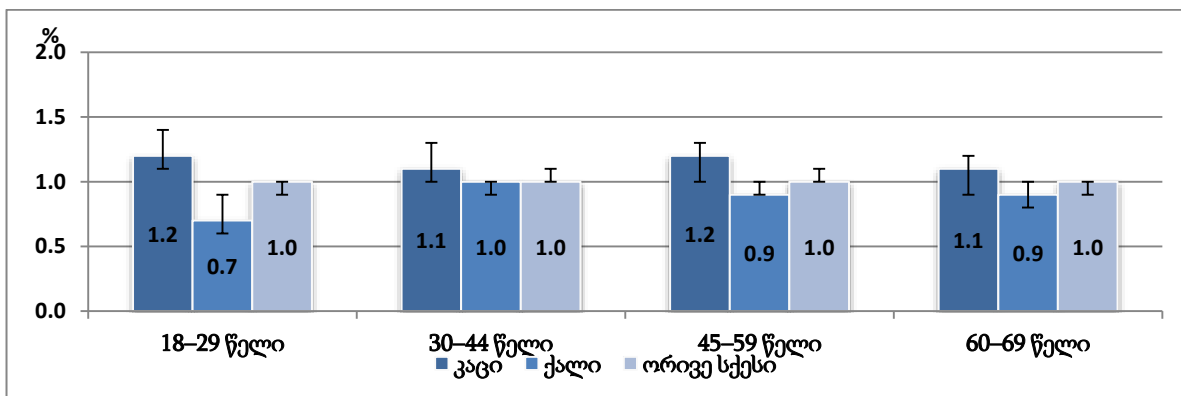
1. კვირაში ხილის და ბოსტნეულის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობამ 5.3 და 6 დღე შეადგინა, შესაბამისად.
2. ხილის საშუალო დღიური მოხმარება ორ ულუფას შეადგენს, ხოლო ბოსტნეულის - 2.4 ულუფა; ამასთან, ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარებული ულუფების თვალსაზრისით ასაკობრივი და სქესობრივი ვარიაციები ნაკლებადაა გამოხატული.
3. როგორც მამაკაცების, ასევე ქალების თითქმის ორი მესამედი (63.8% და 62.4% შესაბამისად) ყოველდღიურად ხილისა და ბოსტნეულის 5 ულუფაზე ნაკლებს მოიხმარს.
4. მამაკაცთა 6%-ის და ქალების 4%-ის დღიურ რაციონში ხილი და ბოსტნეული არ შედის.

**ხორცისა და თევზის პროდუქტების მოხმარება.** კვირაში დღეების საშუალო რაოდენობამ, როდესაც რესპოდენტები მოიხმარდნენ ხორცს/ხორცპროდუქტებს და თევზს/ზღვის პროდუქტებს, 2.2 და 1 დღე შეადგინა, შესაბამისად. ამასთან, ხორცის მოხმარება რამდენადმე მაღალი იყო კაცებში ქალებთან შედარებით (2.4 და 1.9 შესაბამისად). კაცებში ქალებთან შედარებით მაღალია თევზისა და ზღვის ნაწარმის მოხმარება (1.2 და 0.9, შესაბამისად). ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ხორცის/ხორცპროდუქტების, ისევე როგორც თევზის/ზღვის ნაწარმის მოხმარების თვალსაზრისით ვარიაცია უმნიშვნელოა (სურათები #33 და #34).

**სურათი #33. ჩვეულებრივი/ტიპიური კვირის განმავლობაში ხორცის/ხორცპროდუქტების მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით**



**სურათი #34. ჩვეულებრივი/ტიპიური კვირის განმავლობაში თევზის/ზღვის პროდუქტების მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით**

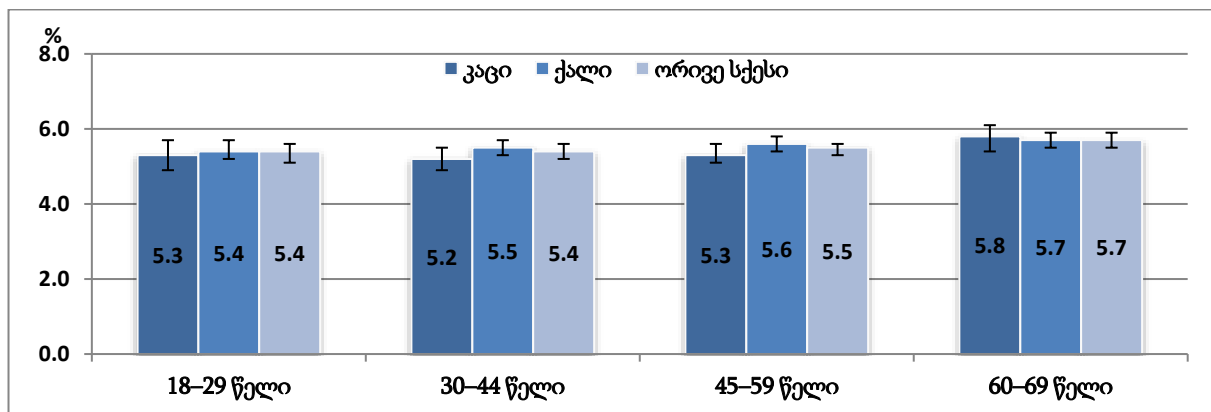


დღეების საშუალო რაოდენობამ კვირაში, როდესაც რესპოდენტები რძეს/რძის პროდუქტებს და პურს/პურპროდუქტებს მოიხმარდნენ, საშუალოდ 5.5 და 6.7 დღე შეადგინა, შესაბამისად. ამასთან, მონაცემთა მიხედვით, რძის პროდუქტების მოხმარება მამაკაცებთან შედარებით ოდნავ მაღალია ქალებში (5.4 და 5.6 შესაბამისად). რაც შეეხება პურის/პურპროდუქტების მოხმარებას, აღმოჩნდა, რომ ეს მაჩვენებელი ქალებთან შედარებით მაღალია კაცებში (5.9 და 6.8, შესაბამისად).

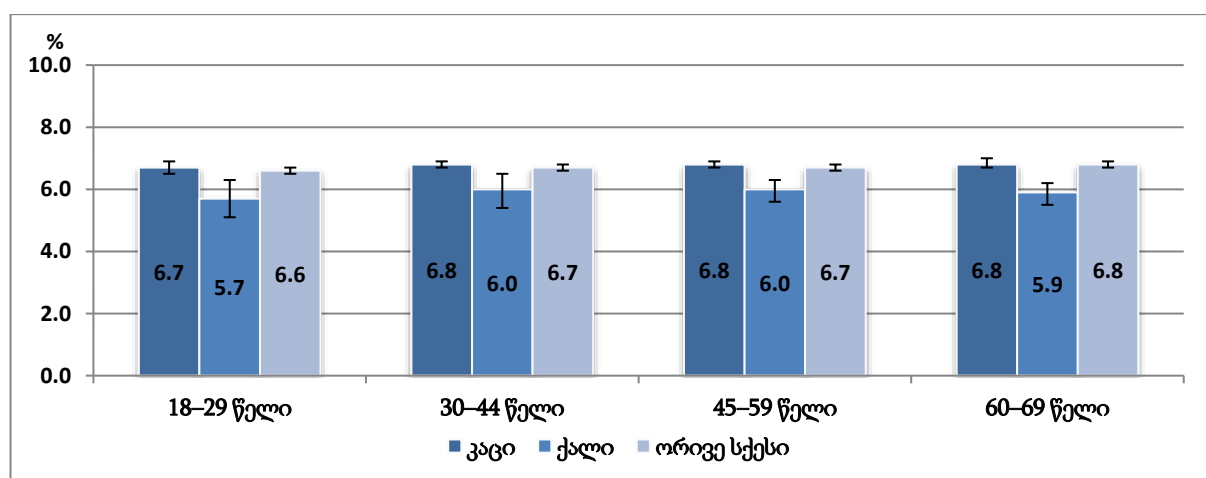
ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით რძის ნაწარმის, ისევე როგორც პურ-პროდუქტების მოხმარების თვალსაზრისით ვარიაცია უმნიშვნელოა (სურათები #35 და #36).



სურათი #35. ჩვეულებრივი/ტიპური კვირის განმავლობაში რძის/რძის ნაწარმის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



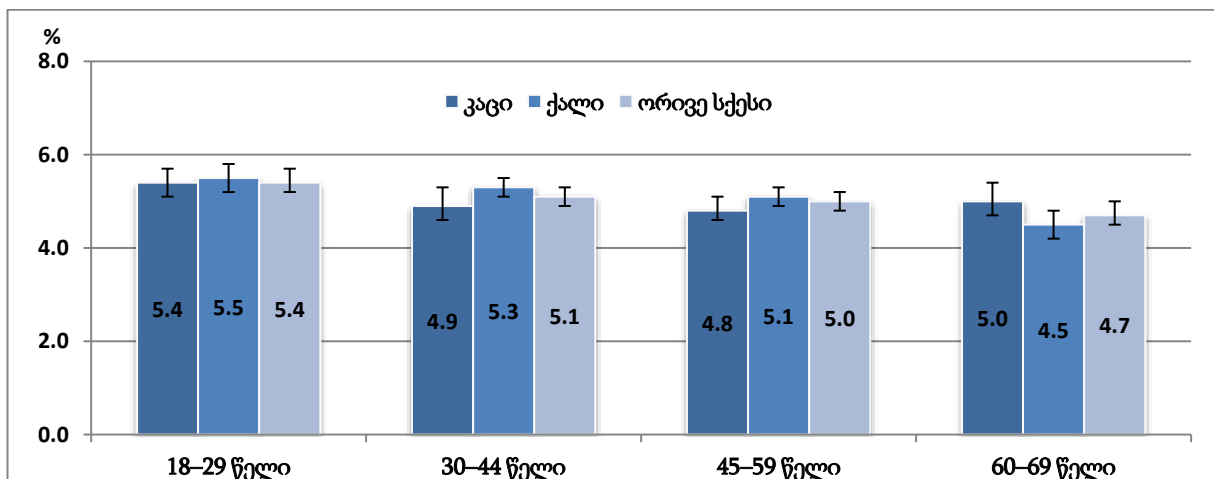
სურათი #36. ჩვეულებრივი/ტიპური კვირის განმავლობაში პურის/პურპროდუქტების მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



კვირაში დღეების საშუალო რაოდენობა, როდესაც რესპოდენტები მოიხმარდნენ ტკბილეულს, ან შაქრის შემცველ პროდუქტებს შეადგინა 5.1 დღე. ამასთან, ტკბილეულის/შაქრის შემცველი პროდუქტების მოხმარება მამაკაცებში უმნიშვნელოდ მაღალია ქალებთან შედარებით (5.1 და 5.0 დღე შესაბამისად).

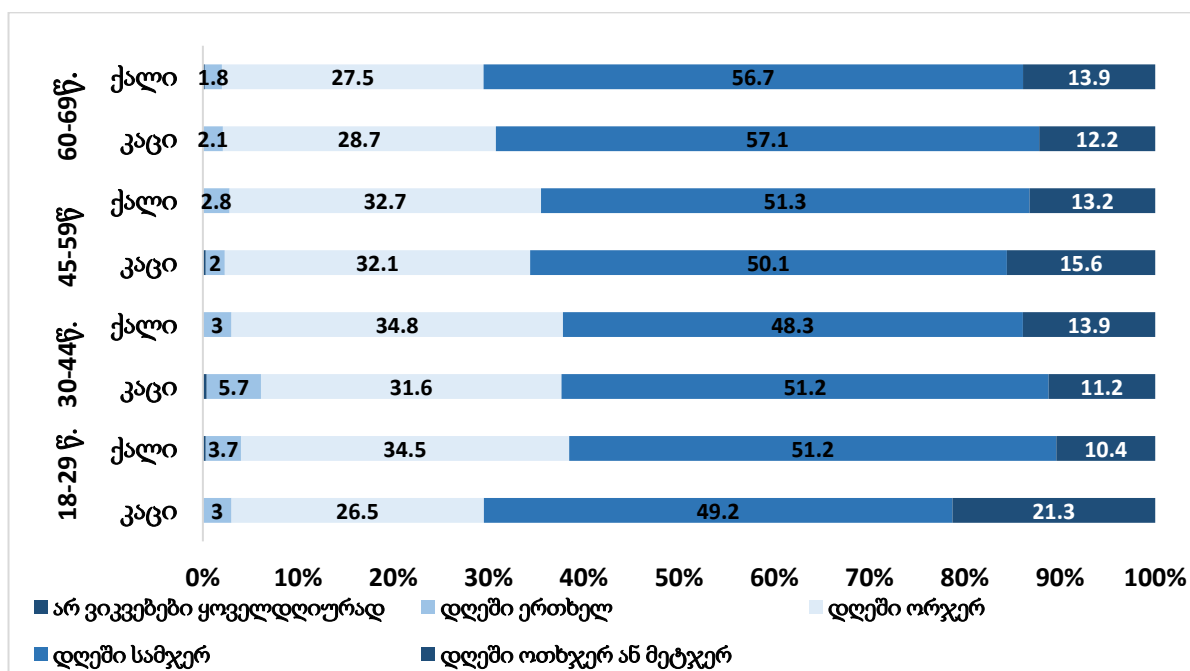
ტკბილეულის/შაქრის შემცველი პროდუქტების მოხმარების თვალსაზრისით ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ვარიაცია უმნიშვნელოა (სურათი #37).

სურათი #37: ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში ტკბილეულის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით



**დღეში საკვების მიღების ჯერადობა.** რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (51.2%) დღეში 3-ჯერ ღებულობს საკვებს (ქალები-51.3% ; კაცები - 51.2%). ათი გამოკითხულიდან სამი კი საკვებს ღებულობს დღეში 2-ჯერ (ქალები – 32.8% და მამაკაცები – 30.0%). საკვებს 4-ჯერ და მეტჯერ ღებულობს გამოკითხულთა დაახლოებით 14%; დღეში ერთხელ საკვებს იღებს რესპოდენტთა 3.1%. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 0.1%-მა განაცხადა, რომ არ იკვებება ყოველდღიურად (ქალები - 0.1%; კაცები-0.2%). იმ მამაკაცთა პოპულაციაში, რომლებიც ყოველდღიურად არ იკვებებიან, ამ მაჩვენებლის ხვედრითი წილი გადანაწილდა 30-44 წლის და 45-59 წლის ასაკობრივ კატეგორიაზე (0.4% და 0.35%, შესაბამისად); მაშინ, როდესაც ქალთა პოპულაციაში ეს მაჩვენებელი გადანაწილდა ორ ასაკობრივ კატეგორიაზე: ყველაზე ახალგაზრდა (18-29 წლის) და ყველაზე ასაკოვანი (60-69 წლის) ჯგუფების წარმომადგენლებზე (0.3% და 0.2%, შესაბამისად) (სურათი #38).

**სურათი #38. დღეში საკვების მიღების ჯერადობა ასაკისა და სქესის მიხედვით**



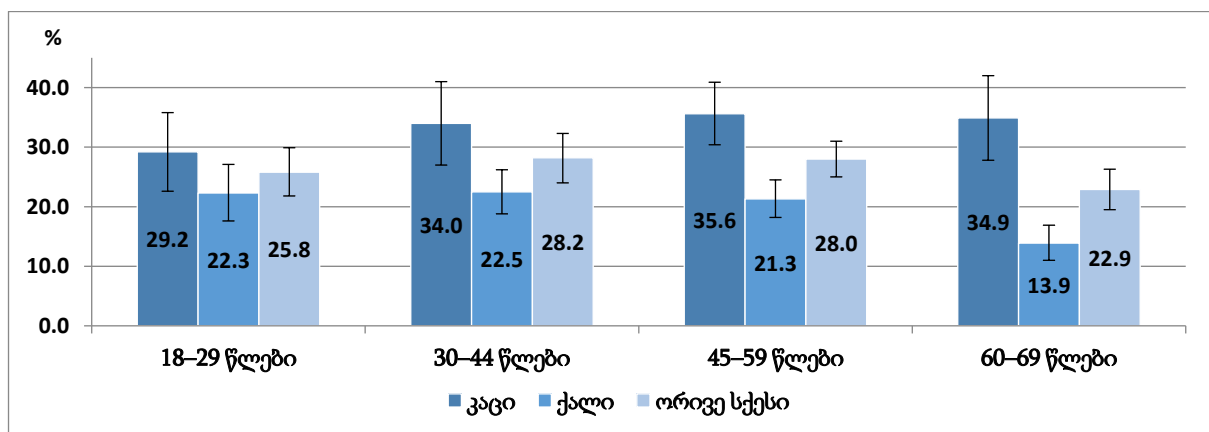
### დასკვნები:

1. კვირაში ხორცისა და თევზის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობამ შესაბამისად შეადგინა 2.2 და 1 დღე;
2. კვირაში რძის და მისი ნაწარმისა და პურპროდუქტების მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობამ 5.5 და 6.7 დღე შეადგინა, შესაბამისად;
3. კვირაში ტკბილეულის/შაქრის შემცველი პროდუქტების მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობა 5.1 დღეა;
4. მამაკაცები ქალებთან შედარებით ხშირად მოიხმარენ პურს, ხორცს და თევზს და ნაკლებად მოიხმარენ ტკბილეულს და რძის ნაწარმს;
5. დღეში სამჯერ ღებულობს საკვებს რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (51.2%), ხოლო დღეგამოშვებით იკვებება გამოკითხულთა 0.1%.

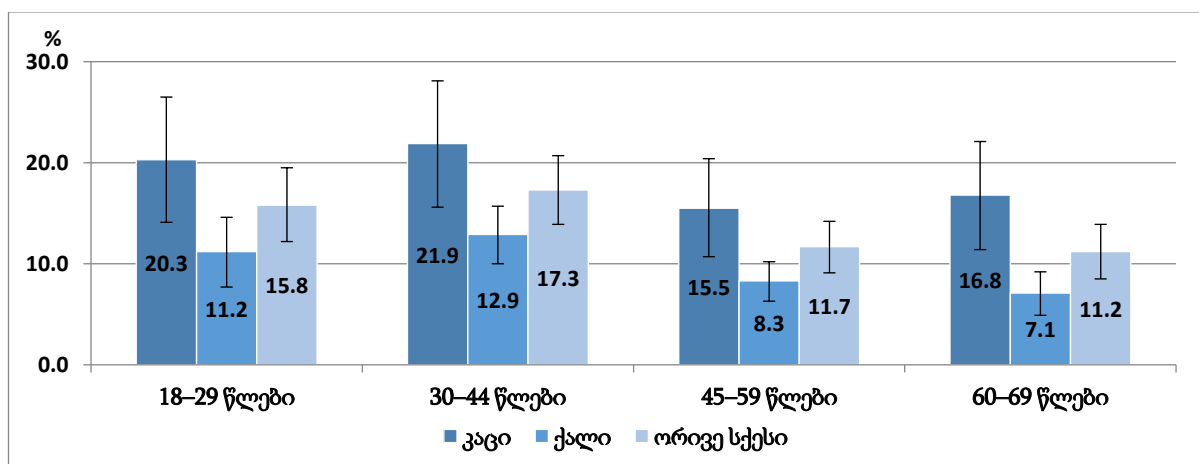
## მარილის მოხმარება

საკვების საშუალებით მიღებული მარილი გულისხმობს: ჩვეულებრივ სუფრის მარილს, ზღვის მარილს, მარილის შემცველ სოუსებს, მაგ. სოიოს სოუსი და სხვ. კვლევის შედეგები საშუალებას გვაძლევს შეფასდეს ულუფაზე მარილის დამატების ჩვევა, მარილის მაღალი შემცველობის მზა საკვების მიღება (შაშხი, შებოლილი სულგუნი, მჭავე ბოსტნეული, აჯიკა, ტყემალი და სხვ.) და მარილის მოხმარების შეზღუდვის მიზნით გამოყენებული ქმედებები. კვლევის შედეგების მიხედვით ულუფას მარილს ან მარილიან სოუსს ამატებს რესპოდენტთა 26.7% (95% CI=24.7-28.8). მარილის დამატების მაგნი ჩვევა მამაკაცებში (33.4% (95% CI=29.4-37.3)) ბევრად უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ქალებში (20.6% (95% CI=18.6-22.7)). მარილის ჭარბად მოხმარებელთა ხვედრითი წილი მამაკაცებში დაბალია 29 წლამდე ასაკში, ხოლო ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება; ქალებში კი პირიქით, 60 წლის ასაკის ზემოთ მარილის დამატების მაგნი ჩვევა 1.5-ჯერ დაბალია დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით (სურათი #39).

**სურათი #39. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით, რომლებიც საკვების ულუფას ჭამამდე ან ჭამის პროცესში ამატებენ მარილს**



**სურათი #40. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც ყოველთვის ან ხშირად მოიხმარენ მზა პროდუქტებს მარილის მაღალი შემცველობით**



მარილის მაღალი შემცველობის მზა საკვებში იგულისხმება მარილიანი/შებოლილი/მჭავე საკვები პაკეტებში და ქილებში; ასევე ლორი, ბეკონი, შაშხი, შებოლილი ყველი და სხვ. კვლევის შედეგების მიხედვით მარილიანი მზა პროდუქტების მოხმარების შესახებ რესპოდენტთა 14%-მა მიუთითა, მსგავსი პროდუქტების მოხმარება მამაკაცებში თითქმის ორჯერ მაღალია ქალებთან შედარებით. დამატებით, უნდა აღინიშნოს, რომ მარილიანი

პროდუქტების მოხმარება უფროსი ასაკის რესპოდენტებში უფრო დაბალია, ვიდრე ახალგაზრდებში. აღნიშნული ტენდენცია ორივე სქესს შეეხება (სურათი #40).

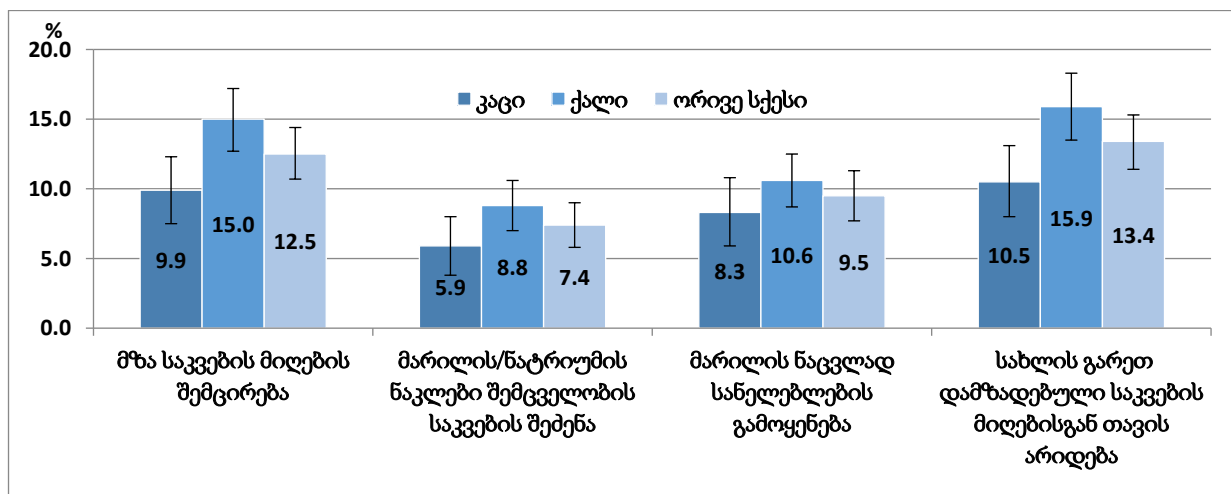
რესპოდენტთა უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას ჯანმრთელობაზე მარილის მავნე ზეგავლენის შესახებ. კითხვაზე „როგორ გგონიათ, დიდი რაოდენობით მარილის შემცველმა საკვებმა შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის პრობლემა“, რესპოდენტთა 78%-მა (95% CI=75.5-80.7) დადებითი პასუხი გასცა. ამასვე ადასტურებს მამაკაცთა თითქმის 73% (95% CI=69.1-76.8) და ქალების 83% (95% CI=80.5-85.3). მარილის ჭარბი მოხმარების მნიშვნელობის შესახებ ინფორმირებულობის თვალსაზრისით ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მნიშვნელოვანი ვარიაცია არ ვლინდება (ცხრილი #10).

**ცხრილი #10. რესპოდენტების ხვედითი წილი, რომლებიც თვლიან, დიდი რაოდენობით მარილის შემცველმა საკვებმა შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის პრობლემა**

ასაკობრივი ჯგუფი	კაცი			ქალი			ორივე სქესი		
	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
18-29	218	71.2	64.4-78.1	391	83.2	78.7-87.7	609	77.1	72.7-81.4
30-44	327	72.7	66.1-79.2	723	83.0	79.5-86.5	1050	77.9	74.1-81.7
45-59	449	72.7	67.3-78.1	1063	82.8	79.4-86.1	1512	78.1	74.7-81.4
60-69	277	77.3	70.9-83.6	756	82.5	77.9-87.1	1033	80.3	76.1-84.4
<b>18-69</b>	<b>1271</b>	<b>72.9</b>	<b>69.1-76.8</b>	<b>2933</b>	<b>82.9</b>	<b>80.5-85.3</b>	<b>4204</b>	<b>78.1</b>	<b>75.5-80.7</b>

მარილის მოხმარების შეზღუდვის მიზნით ორივე სქესის წარმომადგენლები ყველაზე ხშირად მარილის მაღალი შემცველობის მზა საკვების (მარილიანი/შებოლილი პროდუქტი/მჟავე/შაშხი) მიღებას ამცირებენ ან სახლის გარეთ დამზადებული საკვების მიღებას თავს არიდებენ, თუმცა ასეთ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც რაიმე ღონისძიებას მიმართავენ, ძალზე დაბალია, მამაკაცთა შორის 11%-ზე, ხოლო ქაღთა შორის - 16%-ზე დაბალი (სურათი #41).

**სურათი #41. მარილის მიღების შეზღუდვის მიზნით გამოყენებული აქტივობები**



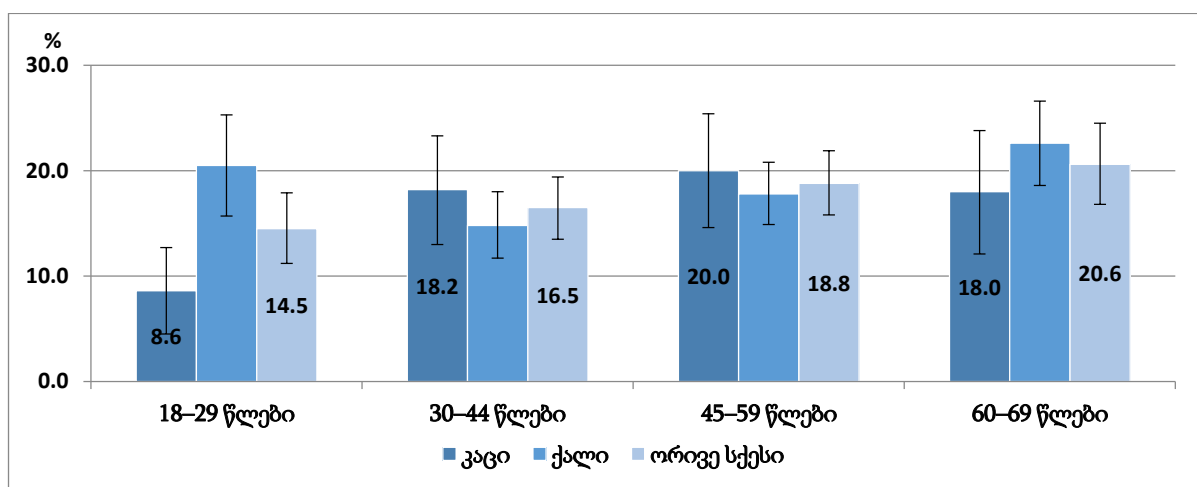
### დასკვნები:

1. რესპოდენტთა მეოთხედზე მეტი (26.7%) ყოველთვის ან ხშირად უმატებს მარილს ან მარილიან საწებელს საკუთარ ულუფას საკვების მიღებამდე ან მისი მიღების პროცესში, მარილის ჭარბი მოხმარების მავნე ჩვევა მამაკაცებში ბევრად უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ქალებში (33.4% და 20.6%, შესაბამისად).
2. მარილის ჭარბად მოხმარებელთა ხვედრითი წილი მამაკაცებში დაბალია 29 წლამდე ასაკში და ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს; ქალებში კი პირიქით, 60 წლის ასაკის ზემოთ მარილის დამატების მავნე ჩვევა 1.5-ჯერ დაბალია დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით.
3. მარილიან მზა პროდუქტებს მოიხმარს რესპოდენტთა 14%; მსგავსი პროდუქტების მოხმარება მამაკაცებში თითქმის ორჯერ მაღალია ქალებთან შედარებით. ამასთან, მარილიანი პროდუქტების მოხმარება უფროსი ასაკის რესპოდენტებში დაბალია, ვიდრე ახალგაზრდებში. აღნიშნული ტენდენცია ორივე სქესს შეეხება.
4. რესპოდენტთა 78% (მამაკაცთა თითქმის 73% და ქალების 83%) თვლის, რომ მარილს ჯანმრთელობაზე მავნე ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია. მარილის ჭარბი მოხმარების მნიშვნელობის შესახებ ინფორმირებულობის თვალსაზრისით, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, მნიშვნელოვანი ვარიაცია არ ვლინდება.

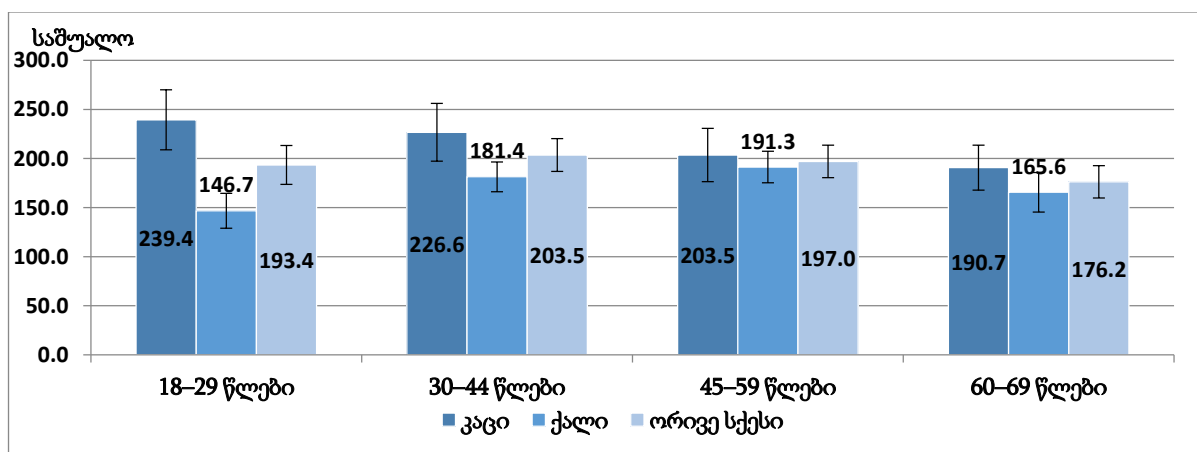
## ფიზიკური აქტივობა

რესპოდენტთა 17.4%-ის ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება ჯანმო-ს რეკომენდაციებს, რომელიც სასურველია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით. ამ თვალსაზრისით, ქალთა პრევალენტობა რამდენადმე მაღალია (18.4% და 16.2%, შესაბამისად). ასაკობრივი თავისებურებების შეფასებისას ვლინდება, რომ ახალგაზრდა ასაკის მამაკაცები (18-29 წელი) ფიზიკურად უფრო აქტიურნი არიან მოზრდილებთან შედარებით, აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში მხოლოდ 8.6%-ის ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება სასურველ დონეს. დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებში ყოველი მეხუთე ან მეექვსე რესპოდენტი (მიუხედავად სქესისა) დაბალი ფიზიკური აქტივობით გამოირჩევა (სურათი #42).

**სურათი #42. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით, რომელთა ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება ჯანმოს რეკომენდაციებს**



**სურათი #43. ყოველდღიური საერთო ფიზიკური აქტივობის საშუალო ხანგრძლივობა წუთებში**

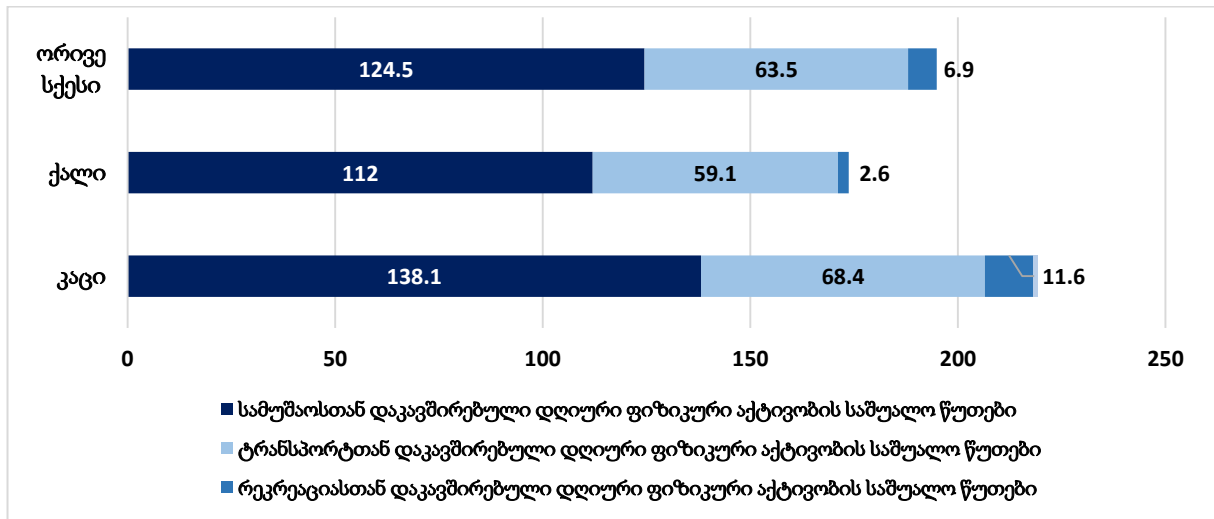


რესპოდენტთა შორის ყოველდღიური საერთო ფიზიკური აქტივობის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი 194.9 წუთს (95%CI=184.6-205.1) შეადგენს; ამ თვალსაზრისით სქესობრივი განსხვავება მნიშვნელოვანია. ვლინდება, რომ მამაკაცები უფრო ხანგრძლივი დროის მანძილზე არიან ფიზიკურად აქტიურნი (218.1 წუთი, (95%CI=202-234.1)), ვიდრე ქალები (173.8 წუთი, (95%CI=163.4-184.1)). ფიზიკურ აქტივობაზე დახარჯული დროის ასაკობრივი შეფასებისას ჩანს, რომ ახალგაზრდებში (18-29 წწ) სქესობრივი განსხვავება დიდია მამაკაცთა უპირატესობით, ხოლო უფროსი ასაკის რესპოდენტებში სქესობრივი ვარიაცია შემცირებულია (სურათი #43).



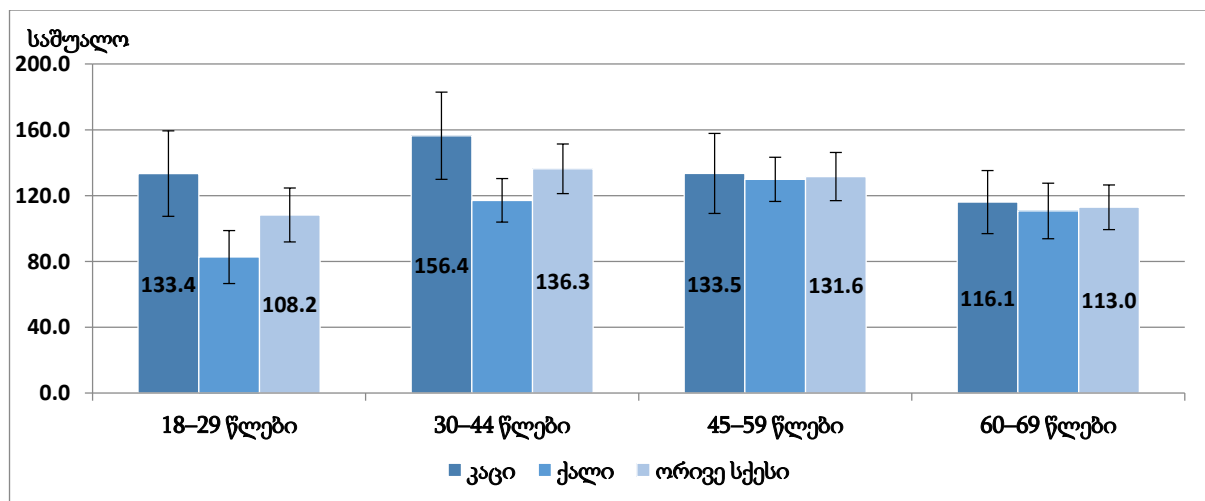
ფიზიკური აქტივობის შიდა სტრუქტურის შეფასება უჩვენებს, რომ ორივე სქესში რეკრეაციასთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობის ხვედრითი წილი ძალზე მცირეა და ის საერთო ფიზიკური აქტივობის მხოლოდ 3.5%-ს შეადგენს; მამაკაცთა შორის ეს პროცენტი 5.3%-ის, ხოლო ქალებს შორის 1.5%-ის ტოლია (სურათი #44).

**სურათი #44. ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობის საშუალო ხანგრძლივობა წუთებში სქესისა და ფიზიკური აქტივობის ტიპის მიხედვით**



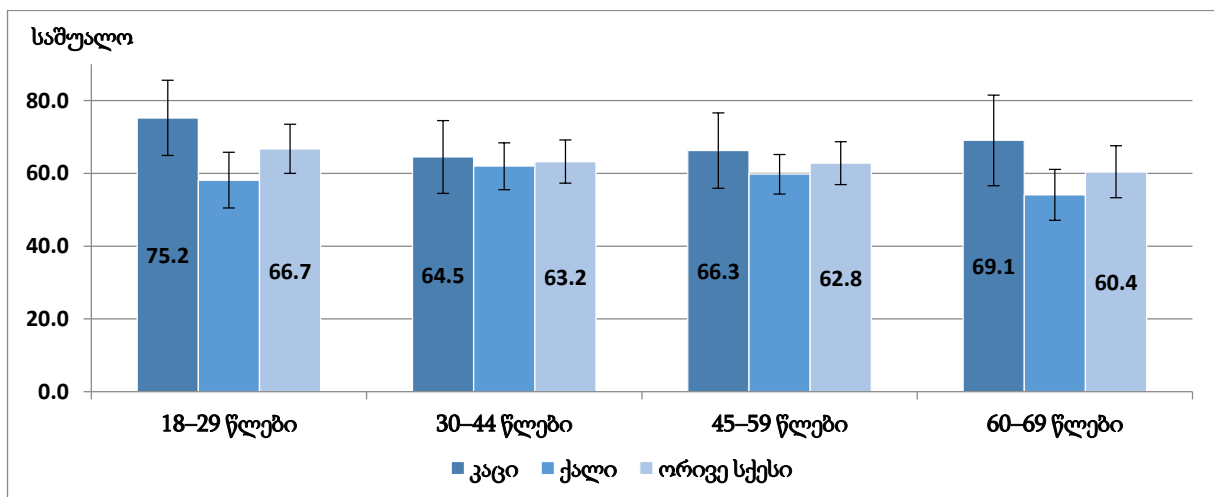
სამუშაოსთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობის ასაკობრივ-სქესობრივი შეფასება უჩვენებს, რომ ის მაქსიმუმს 45-59 წლის ასაკის ქალებსა და 30-44 წწ მამაკაცებში აღწევს. სქესობრივი განსხვავება დიდია 45 წლამდე მამაკაცთა უპირატესობით, მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფებში განსხვავება მინიმალურია (სურათი #45).

**სურათი #45. სამუშაოსთან დაკავშირებული ფიზიკურ აქტივობაში გატარებული წუთების საშუალო რაოდენობა დღეში**



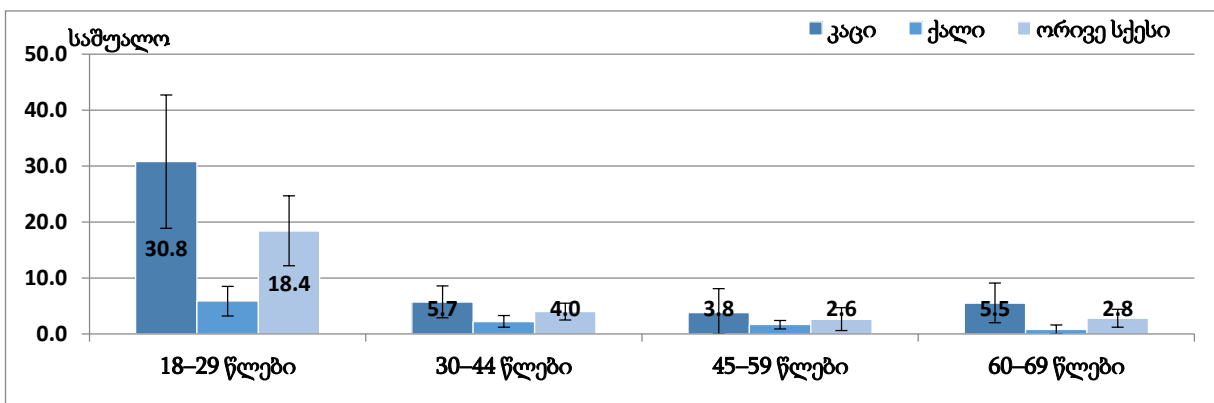
ტრანსპორტთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობა ორივე სქესის წარმომადგენლებში 33%-ს შეადგენს (31% კაცებში და 34% ქალებში); ამ სახის ფიზიკური აქტივობა 1.5-ჯერ და მეტჯერ ნაკლებია მუშაობასთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობასთან შედარებით, ორივე სქესის წარმომადგენლებში და თითქმის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. სქესობრივი განსხვავება შედარებით დიდია 18-29 წწ და 60-69 წწ ასაკობრივ ჯგუფებში მამაკაცთა უპირატესობით (სურათი #46).

სურათი #46. ტრანსპორტთან დაკავშირებული ფიზიკურ აქტივობაში გატარებული წუთების საშუალო რაოდენობა დღეში



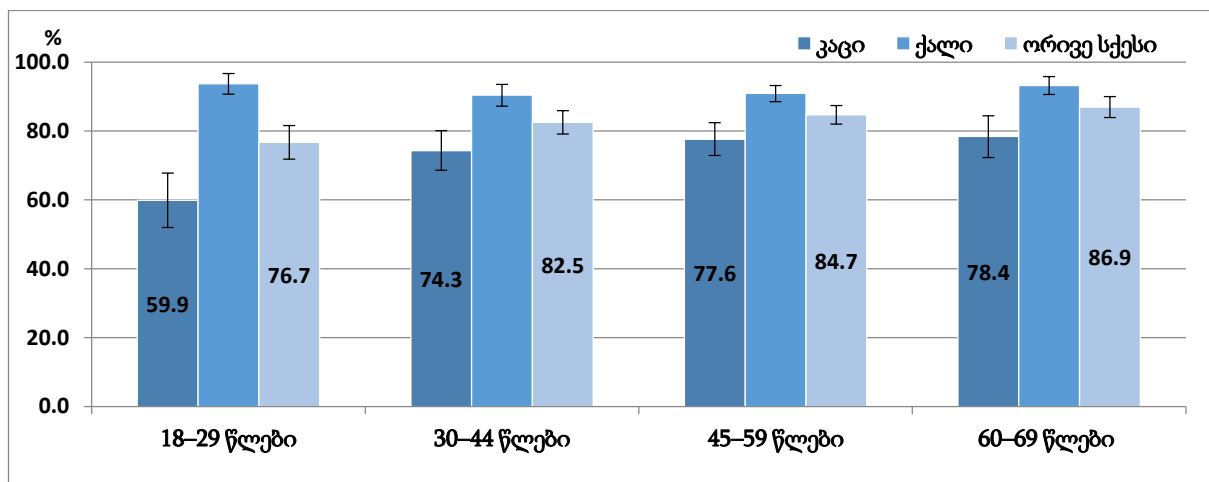
როგორც ზემოთ იყო მითითებული, რეკრეაციული ფიზიკური აქტივობის ხვედრითი წილი ორივე სქესის წარმომადგენლებში დაბალია. ამ სახის აქტივობის ასაკობრივი თავისებურებების შეფასება უჩვენებს, რომ ის ქალთა შორის ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში დაბალია; ასევე დაბალია მამაკაცებში 29 წლის ასაკის ზემოთ, ხოლო თვალსაჩინოდ მაღალია მხოლოდ 18-29 წლის ასაკის მამაკაცებში (სურათი #47).

სურათი #47. დასვენებასთან დაკავშირებული ფიზიკურ აქტივობაში გატარებული წუთების საშუალო რაოდენობა დღეში



კვლევის შედეგების მიხედვით რესპოდენტთა 82.4% (მამაკაცთა 72.2% და ქალების 91.8%) მძიმე ფიზიკური აქტივობით არ არის დაკავებული, მათი განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით მოცემულია სურათზე #48.

სურათი #48. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომლებიც არ მონაწილეობენ მძიმე ფიზიკური აქტივობაში



#### დასკვნები:

1. გამოკვლელთა საერთო პოპულაციაში რესპოდენტთა 17.4%-ის ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება ჯანმო-ს რეკომენდაციებს, რომელიც სასურველია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით. ამ თვალსაზრისით ქალთა პრევალენტობა რამდენადმე მაღალია (18.4% და 16.2%, შესაბამისად).
2. ახალგაზრდა ასაკის მამაკაცები (18-29 წელი) ფიზიკურად უფრო აქტიურნი არიან (მხოლოდ 8.6%-ის ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება სასურველ დონეს). დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებში ყოველი მეხუთე ან მეექვსე რესპოდენტი (მიუხედავად სქესისა) დაბალი ფიზიკური აქტივობით გამოირჩევა.
3. ყოველდღიური საერთო ფიზიკური აქტივობის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი 194.9 წუთს შეადგენს; მამაკაცები უფრო ხანგრძლივი დროის მანძილზე არიან ფიზიკურად აქტიურნი: 218.1 და 173.8 წუთი, შესაბამისად. ახალგაზრდებში (18-29 წწ) სქესობრივი განსხვავება დიდია მამაკაცთა უპირატესობით, ხოლო უფროსი ასაკის რესპოდენტებში სქესობრივი ვარიაციები ნაკლებადაა გამოხატული.
4. ორივე სქესში რეკრეაციასთან დაკავშირებული ფიზიკური აქტივობის ხვედრითი წილი ძალზე მცირეა და ის საერთო ფიზიკური აქტივობის მხოლოდ 3.5%-ს შეადგენს; მამაკაცთა შორის ეს პროცენტი 5.3%-ის ტოლია, ხოლო ქალთა შორის 1.5%-ის.
5. რესპოდენტთა 82.4% (მამაკაცთა 72.2% და ქალების 91.8%) მძიმე ფიზიკური აქტივობით არ არის დაკავებული.

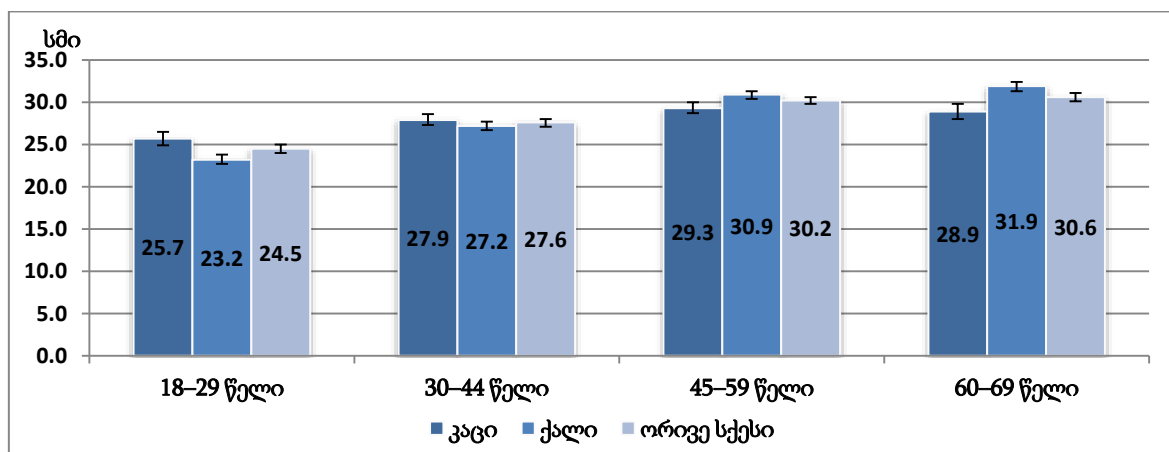
## ანთროპომეტრული მაჩვენებლები

კვლევისას განისაზღვრა რესპოდენტთა ანთროპომეტრული მაჩვენებლები - სიმაღლე, წონა, წელისა და თეძოს გარშემოწერილობა.

მამაკაცების საშუალო სიმაღლეა 173.8 სმ (95% CI: 173.2-174.4), საშუალო წონა - 84.4 კგ (95% CI: 83.1-85.7); ქალების საშუალო სიმაღლეა 161.2 სმ. (95% CI: 160.8-161.6), საშუალო წონა კი 73.6 კგ (95% CI: 72.7-74.5).

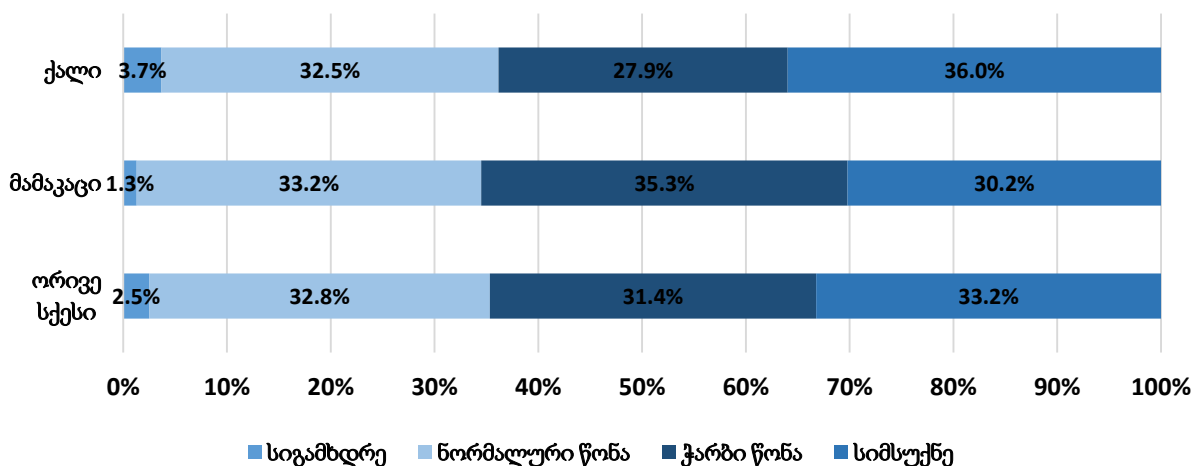
სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელია 28.1 (95% CI: 27.8-28.4); მამაკაცებში 27.9 (95% CI: 27.5-28.3) და ქალებში 28.3 (95% CI: 28.0-28.6). სხეულის მასის ინდექსის მაჩვენებელი ასაკთან ერთად მატულობს (სურათი #49).

სურათი #49. სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი (კგ/მ²) ასაკისა და სქესის მიხედვით



საკვლევი პოპულაცია სხეულის მასის ინდექსის მაჩვენებლის მიხედვით ოთხ კატეგორიად დაიყო: წონის დეფიციტი (სმი <18.5), ნორმალური წონა (სმი 18.5–24.9), ჭარბი წონა (სმი 25.0–29.9) და სიმსუქნე (სმი ≥30.0). რესპოდენტთა 64.6%-ს აქვს ჭარბი წონა ან მსუქანია (სმი > 25); 32.8%-ს აქვს ნორმალური წონა, ხოლო 2.5%-ს წონის დეფიციტი აღენიშნება. ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელებაში გენდერული განსხვავება არ ვლინდება; თუმცა სიმსუქნე ქალებში უფრო გავრცელებულია (36.0%, 95% CI: 33.7-38.2) მამაკაცებთან (30.2%, 95% CI: 26.9-33.6) შედარებით, ხოლო ჭარბი წონა კი, პირიქით, პრევალენტობა მაღალია მამაკაცებში (35.3%, 95% CI: 32.0-38.5), ვიდრე ქალებში (27.9%, 95% CI: 25.8-29.9) (სურათი #50).

სურათი #50. სმი კატეგორიები სქესის მიხედვით



განისაზღვრა წელი-თემოს გარშემოწერილობა, მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 1.0-ის ტოლია, ქალებში კი - 0.9; ორივე შემთხვევაში მაჩვენებლები აღემატება ჯანმო-ს სიმსუქნის დეფინიციას (მამაკაცებში > 0.90 და ქალებში > 0.86) (ცხრილი #11).

**ცხრილი #11. წელი-თემოს გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებლები ასაკისა და სქესის მიხედვით**

ასაკი	მამაკაცი			ქალი		
	n	საშუალო	95% CI	n	საშუალო	95% CI
18-29	197	0.9	0.9-0.9	352	0.8	0.8-0.8
30-44	294	1.0	0.9-1.0	671	0.8	0.8-0.9
45-59	402	1.0	1.0-1.0	1019	0.9	0.9-0.9
60-69	251	1.0	1.0-1.0	731	0.9	0.9-0.9
<b>18-69</b>	<b>1144</b>	<b>1.0</b>	<b>0.9-1.0</b>	<b>2773</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9-0.9</b>

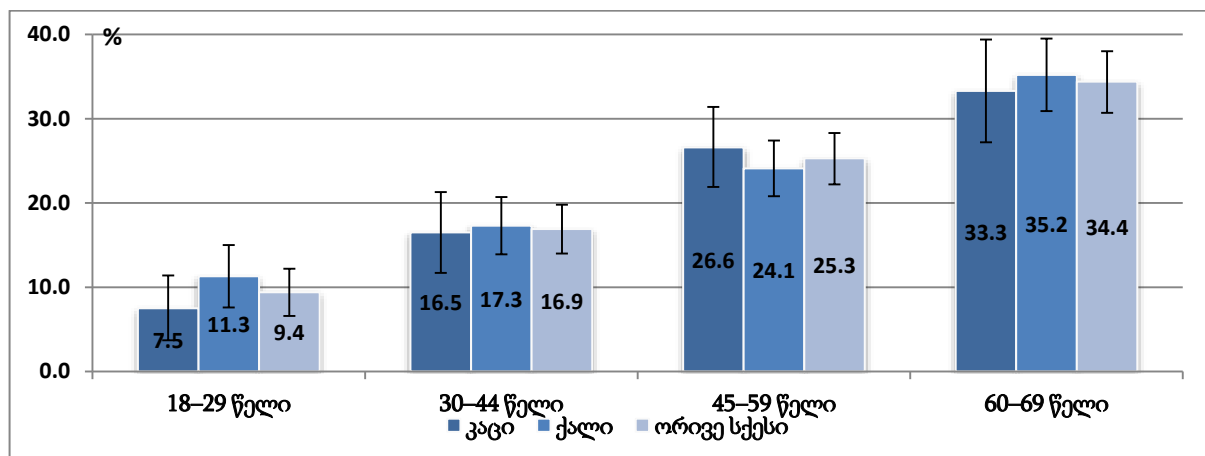
#### დასკვნები:

1. მამაკაცების საშუალო სიმაღლეა 173.8 სმ., საშუალო წონა კი 84.4 კგ.; ქალების საშუალო სიმაღლეა 161.2 სმ., საშუალო წონა - 73.6 კგ;
2. სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელია 28.1 (მამაკაცებში 27.9 და ქალებში 28.3);
3. რესპოდენტთა 64.6%-ს აქვს ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, სიმსუქნე ქალებში უფრო გავრცელებულია, ხოლო ჭარბი წონა კი, პირიქით, მამაკაცებში. ორივე მაჩვენებელი მატულობს ასაკის მატებასთან ერთად.

## ბულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ანამნეზი

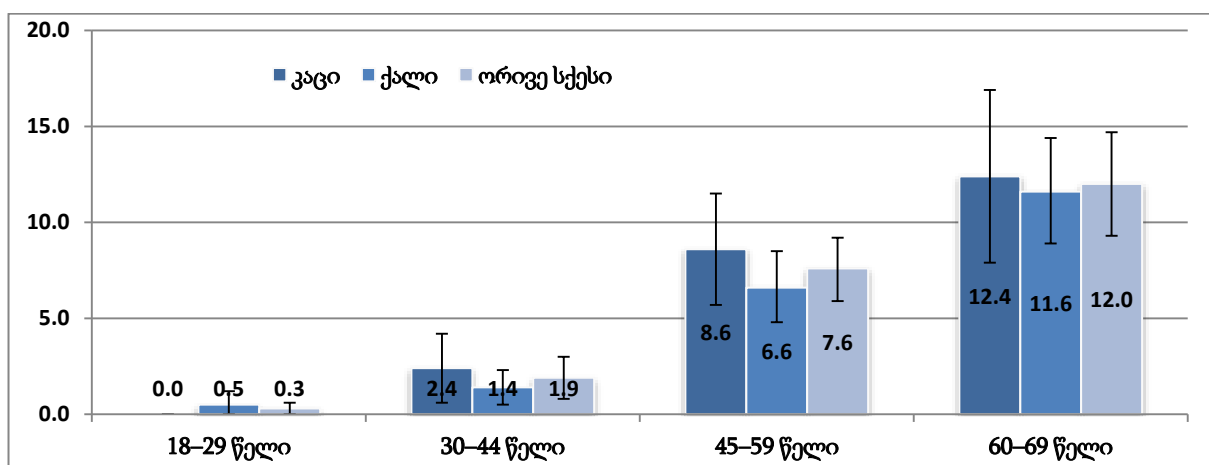
რესპოდენტთა 20.3%-ს ოდესმე ჰქონია ტკივილი ან დისკომფორტი გულმკერდის არეში გულის დაავადებების გამო ან ინსულტი (ცერებროვასკულური ინციდენტი); პრევალენტობა იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად - 9.4%-დან (95% CI: 6.6–12.2) 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 34.4%-მდე (95% CI: 30.7–38.0) 60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. მამაკაცებში პრევალენტობა ნაკლებია (19.4%, 95% CI: 16.8–22.1) ქალებთან შედარებით (21.0, 95% CI: 18.9–23.1) (სურათი #51).

**სურათი #51. იმ რესპოდენტთა %, რომლებსაც ოდესმე ჰქონიათ ინსულტი ან ტკივილი ან დისკომფორტი გულმკერდის არეში გულის დაავადებების გამო ასაკისა და სქესის მიხედვით**



გულის დაავადების პრევენციის ან მკურნალობის გამო რესპოდენტთა 4.7% კვლევის პერიოდში რეგულარულად ღებულობდა ასპირინს, ხოლო 1.5% - სტატინს (სურათი #52).

**სურათი #52. იმ რესპოდენტთა % სქესის მიხედვით, რომლებიც გულის დაავადების პრევენციის ან მკურნალობის გამო ამჟამად რეგულარულად ღებულობენ ასპირინს**



### დასკვნა:

1. გულის დაავადების პრევენციის ან მკურნალობის გამო 4.7% კვლევის პერიოდში რეგულარულად ღებულობდა ასპირინს, ხოლო 1.5% - სტატინს.



## ბულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების რისკი

40-69 წლის ასაკის პოპულაციაში გამოთვლილ იქნა 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი. რისკი გამოითვლება ასაკის, სქესის, სისხლის წნევის, თამბაქოს მოხმარების სტატუსის (ამჟამინდელი მწევრები ან ინდივიდები, რომლებმაც მოწვევას თავი დაანებეს ერთი წლის ან უფრო მცირე დროის წინ), საერთო ქოლესტეროლის და დიაბეტის სტატუსის (უზმოზე გლუკოზის კონცენტრაცია  $>7.0$  მმოლ/ლ) მიხედვით.

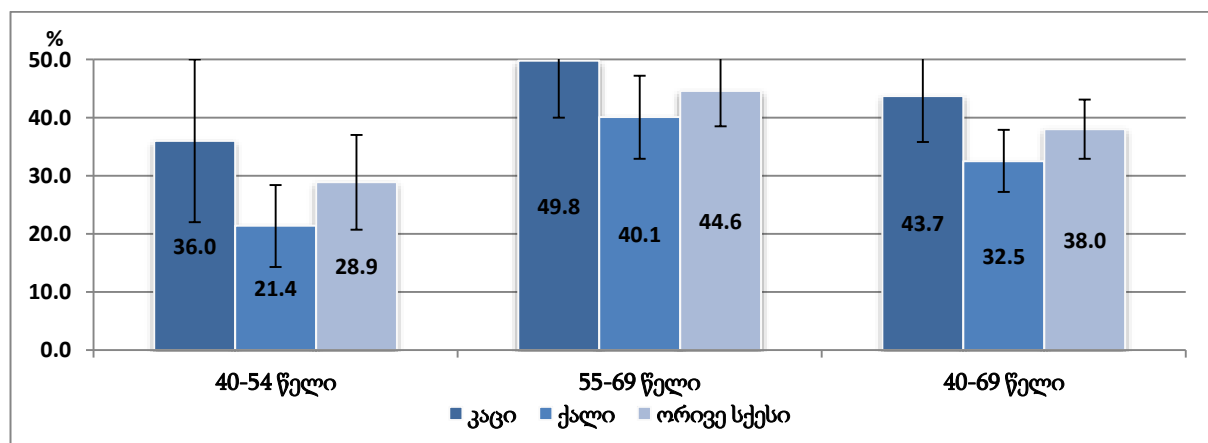
10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი 30% და მეტი აქვს 40-69 წლის პოპულაციის 28.8%-ს (95% CI: 25.9-31.7). ეს მაჩვენებელი მამაკაცებში უფრო მაღალია (30.8%, 95% CI: 25.9-35.7) ქალებთან (27.1, 95% CI: 24.3-29.9) შედარებით (ცხრილი #12).

**ცხრილი #12. რესპოდენტების % 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი  $\geq 30\%$**

ასაკობრივი ჯგუფები (წლები)	მამაკაცი			ქალი			ორივე სქესი		
	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
40-54	271	25.7	19.3-32.1	736	21.4	17.7-25.2	1007	23.4	19.6-27.2
55-69	349	36.6	29.8-43.3	950	32.9	29.3-36.6	1299	34.6	31.0-38.2
40-69	620	30.8	25.9-35.7	1686	27.1	24.3-29.9	2306	28.8	25.9-31.7

რესპოდენტთა ამ ჯგუფში (40-69 წლის, 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი  $\geq 30\%$ , ან აქვთ კარდიოვასკულური დაავადება) 38.0% (95% CI: 32.9-43.1) იტარებდა მკურნალობას და კონსულტირებას (მათ შორის გლიკემიის კონტროლი) გულის შეტევისა და ინსულტის თავიდან ასაცილებლად. კონსულტირება განისაზღვრა როგორც ექიმის ან მედიცინის სხვა მუშაკის მიერ გაცემული რეკომენდაციები: თავი დაანებეთ სიგარეტს ან არ დაიწყეთ მოწვევა, შეამცირეთ მარილის მოხმარება, მიირთვით სულ მცირე 5 ულუფა ხილი და ბოსტნეული, შეამცირეთ ცხიმების მოხმარება, იყავით ფიზიკურად აქტიური, შეინარჩუნეთ ჯანსაღი წონა ან დაიკელით წონაში. მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია (43.7%, 95% CI: 35.8-51.6) ქალებთან შედარებით (32.5%, 95% CI: 27.2-37.9). 40-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფში მაჩვენებელი 28.9%-ია, 55-69 წლის ასაკში კი 44.6%-მდე იზრდება; განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (სურათი #53).

**სურათი #53. რესპოდენტთა %, რომლებიც იტარებენ მკურნალობას და კონსულტირებას გულის შეტევისა და ინსულტის თავიდან ასაცილებლად**



### დასკვნები:

1. 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი 30% და მეტი აქვს 40-69 წლის პოპულაციის 28.8%-ს (95% CI: 25.9-31.7); მათი 38.0% (95% CI: 32.9-43.1) იტარებდა მკურნალობას და კონსულტირებას გულის შეტევისა და ინსულტის თავიდან ასაცილებლად;
2. სახეზეა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გენდერული განსხვავება: 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი უფრო მაღალია მამაკაცებში (43.7%, 95% CI: 35.8-51.6) ქალებთან შედარებით (32.5%, 95% CI: 27.2-37.9).
3. რესპოდენტთა 40-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი  $\geq 30\%$ -ის პრევალენტობა 28.8%-ია, 55-69 წლის ასაკში კი 34.6%-მდე იზრდება.

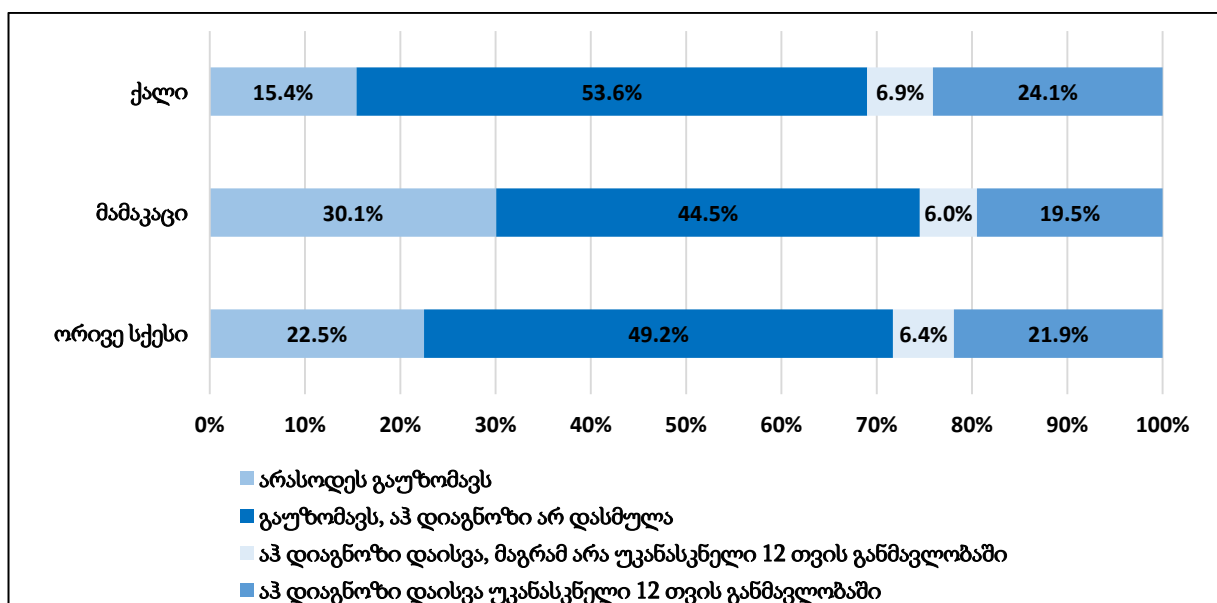
## არტერიული წნევის ანამნეზი

რესპოდენტთა 22.5%-ს (მამაკაცების 30.1% და ქალების 15.4%) არასოდეს გაუზომავს არტერიული წნევა. 49.2%-ს (მამაკაცების 44.5% და ქალების 53.6%) გაუზომავს, მაგრამ მაღალი არტერიული წნევა არ დაფიქსირებულა; 6.4%-ს (მამაკაცების 6.0% და ქალების 6.9%) დაესვა ჰიპერტენზიის დიაგნოზი, მაგრამ არა უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში. რესპოდენტთა 21.9%-ს (მამაკაცების 19.5% და ქალების 24.1%) ჰიპერტენზია აღენიშნებოდა უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში (ცხრილი #12, სურათი #54).

ცხრილი #12. სისხლის წნევის გაზომვა და დიაგნოზი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

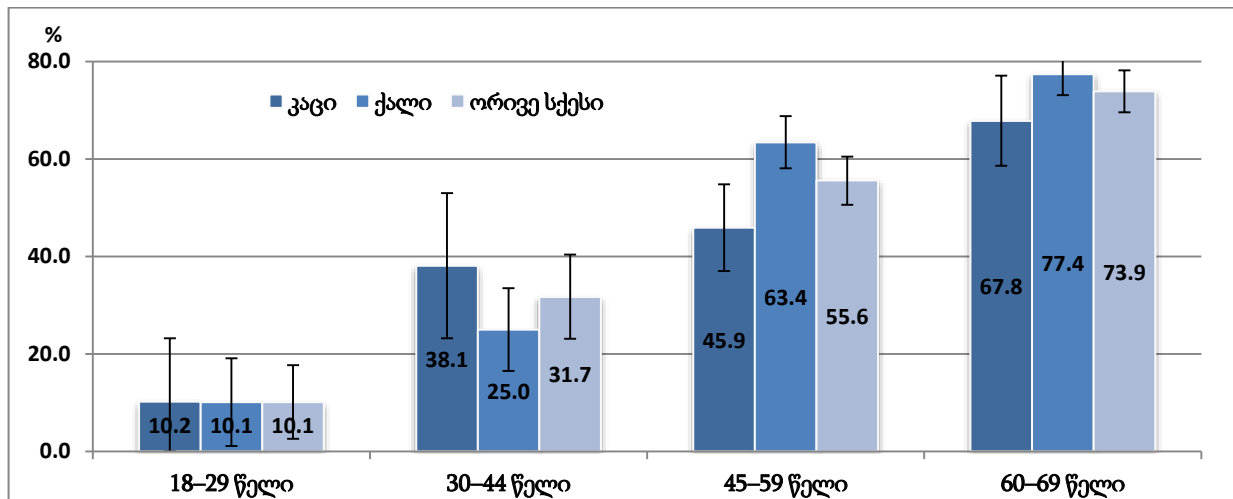
ასაკ. ჯგ.	n	% არასოდეს გაუზომავს	95% CI	% გაუზომავს, აპ დიაგნოზი არ დასმულა	95% CI	% აპ დიაგნოზი დასვა, მაგრამ არა უკანასკნელ 12 თვეში	95% CI	% აპ დიაგნოზი დასვა უკანასკნელი 12 თვეში	95% CI
18-29	609	39.6	34.3-44.8	51.2	46.2-56.2	4.5	2.7-6.4	4.7	2.9-6.5
30-44	1050	22.3	18.7-25.9	60.7	56.8-64.5	4.6	3.2-6.0	12.4	9.9-15.0
45-59	1512	15.9	13.2-18.6	44.9	41.5-48.2	8.0	6.3-9.8	31.2	28.1-34.3
60-69	1033	8.3	6.2-10.5	32.2	28.5-35.8	9.9	7.7-12.1	49.6	45.9-53.3
18-69	4204	22.5	20.4-24.5	49.2	47.1-51.3	6.4	5.5-7.4	21.9	20.3-23.5

სურათი #54. სისხლის წნევის გაზომვა და დიაგნოზი სქესის მიხედვით



არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზის მქონე რესპოდენტთა მხოლოდ 53.5% იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას. ასაკობრივ ჯგუფებს შორის განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია და იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად 10.1%-დან (95% CI: 2.6–17.7) 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 73.9%-მდე (95% CI: 69.6–78.2) 60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი #55).

სურათი# #55. ექიმის დანიშნულებით ამჟამად ღებულობს მედიკამენტს მომატებული არტერიული წნევის გამო



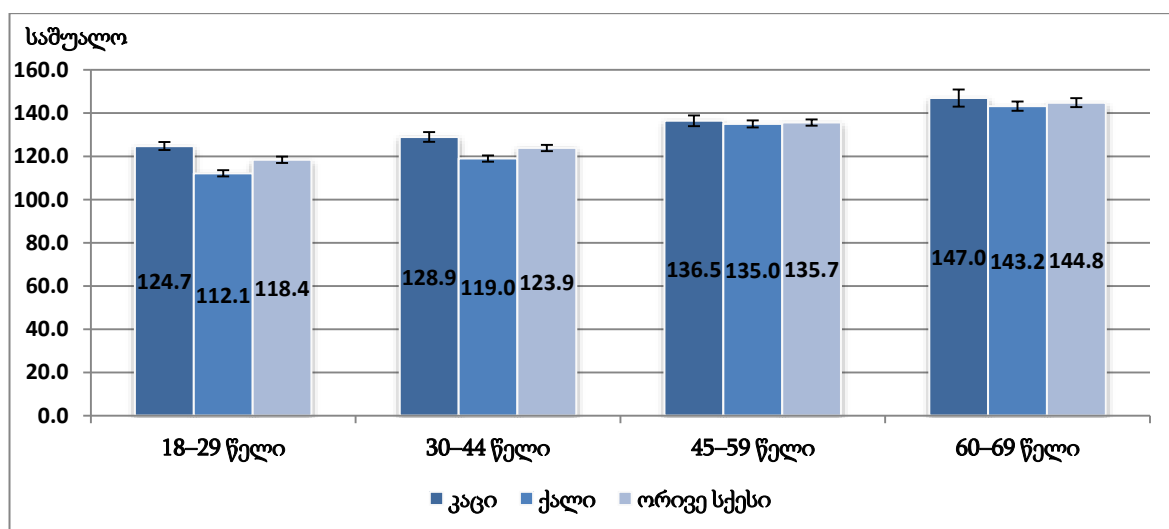
#### დასკვნები:

1. რესპოდენტთა 24.5%-ს (მამაკაცების 30.1% და ქალების 15.4%) არასოდეს გაუზომავს არტერიული წნევა;
2. გამოკითხულთა 6.4%-ს ჰიპერტენზიის დიაგნოზი დაესვა, მაგრამ არა ბოლო 12 თვის განმავლობაში, ხოლო რესპოდენტთა 21.9%-ს უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე;
3. მკურნალობაზე დამყოლობა საკმაოდ დაბალია (53.5%).

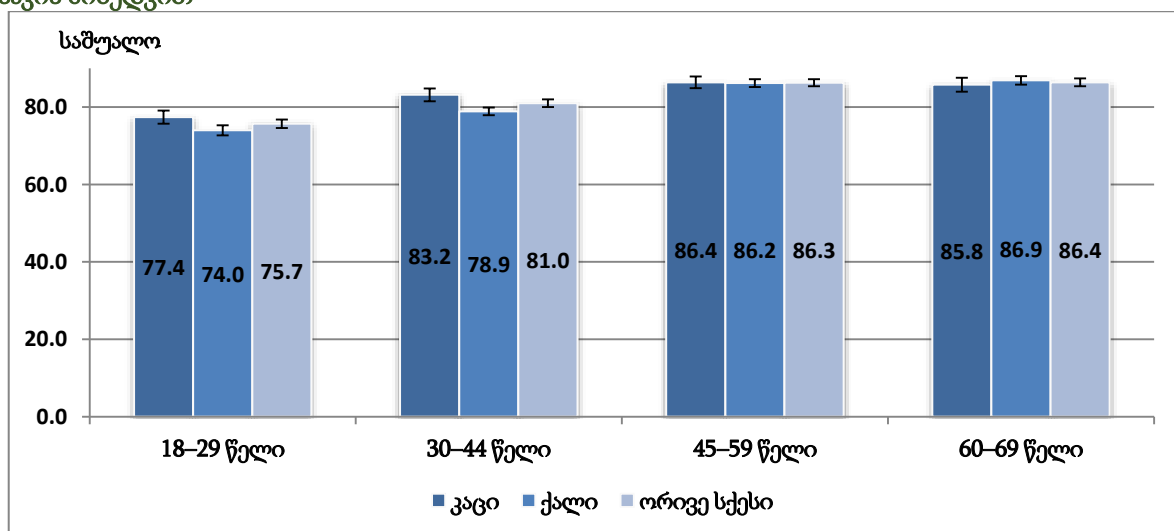
## არტერიული წნევის მაჩვენებლები კვლევის მომენტში

როგორც კვლევის მეთოდოლოგიაშია მოცემული, კვლევის მეორე საფეხურზე მკვლევარები რესპოდენტებს სამჯერადად უზომავდნენ არტერიულ წნევას და აფიქსირებდნენ საშუალო მაჩვენებელს. მიღებული შედეგების მიხედვით, საშუალო სისტოლური წნევა (SBP) 129.4 მმ.ვწყ.სვ. (95% CI: 128.4-130.4); მამაკაცებში 132.6 მმ.ვწყ.სვ. (95% CI: 131.3-134.0) და ქალებში 126.5 მმ.ვწყ.სვ. (95% CI: 125.4-127.6); ხოლო საშუალო დიასტოლური წნევა (DBP) 82.2 მმ.ვწყ.სვ. (95% CI: 81.5-82.8); მამაკაცებში 83.0 მმ.ვწყ.სვ. (95% CI: 82.1-84.0) და 81.4 მმ.ვწყ.სვ. (95% CI: 80.7-82.1) ქალებში. როგორც სისტოლური, ისე დიასტოლური წნევის მაჩვენებლები ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. სისტოლური წნევა 60-69 წლის ასაკში დაახლოებით 25%-ით მაღალია, ვიდრე 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, იმავე ასაკობრივ ჯგუფებში განსხვავება დიასტოლური წნევის მაჩვენებლების თვალსაზრისით თითქმის 15%-ია (სურათები #56 და #57).

სურათი #56. სისტოლური წნევის (SBP) ციფრები (მმ.ვწყ.სვ.) სქესისა და ასაკის მიხედვით



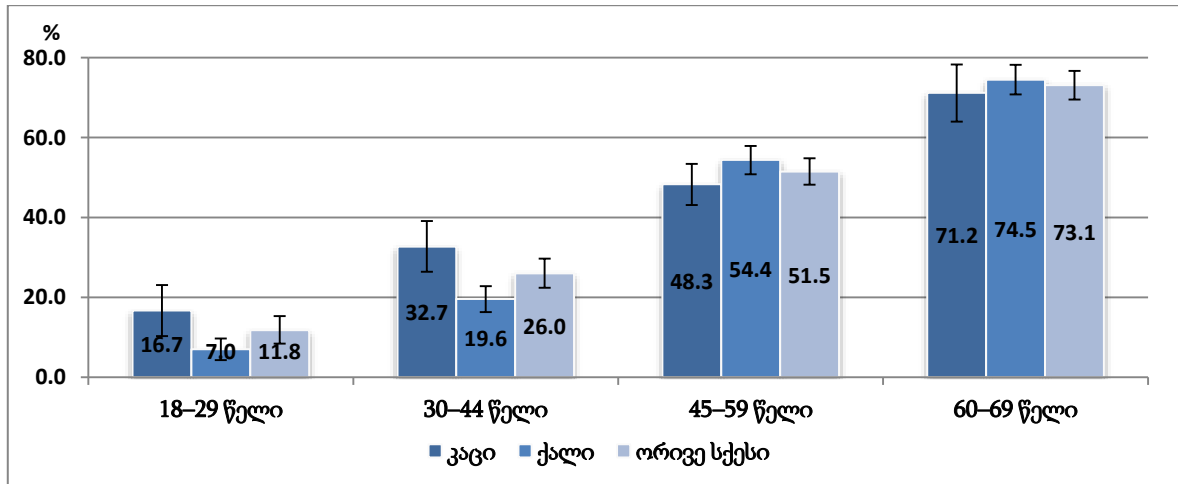
სურათი # 57. დიასტოლური წნევის (DBP) ციფრების საშუალო მაჩვენებლები (მმ.ვწყ.სვ.) სქესისა და ასაკის მიხედვით



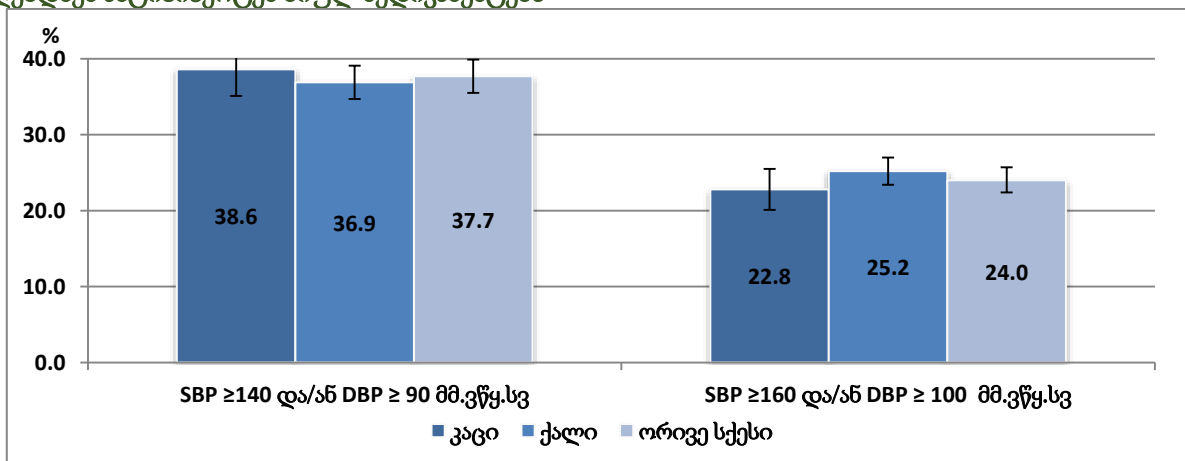
პროცენტული მაჩვენებელი იმ რესპოდენტებისა, რომელთა სისტოლური სისხლის წნევა  $\geq 140$  და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ.-ზე ან ამჟამად იმყოფება ანტიჰიპერტენზიულ

მკურნალობაზე 37.7% (95% CI: 22.8–27.3) იყო; მამაკაცებში 38.6% (95% CI: 35.1–42.2) და ქალებში 36.9% (95% CI: 34.7–39.1). აღსანიშნავია, რომ პრევალენტობა იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად 11.8%-დან (95% CI: 8.4–15.3) 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 73.1%-მდე (95% CI: 69.5–76.7) 60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (სურათი #58).

**სურათი #58. სისტოლური სისხლის წნევა  $\geq 140$  და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ ან ამჟამად იმყოფება ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ასაკისა და სქესის მიხედვით**

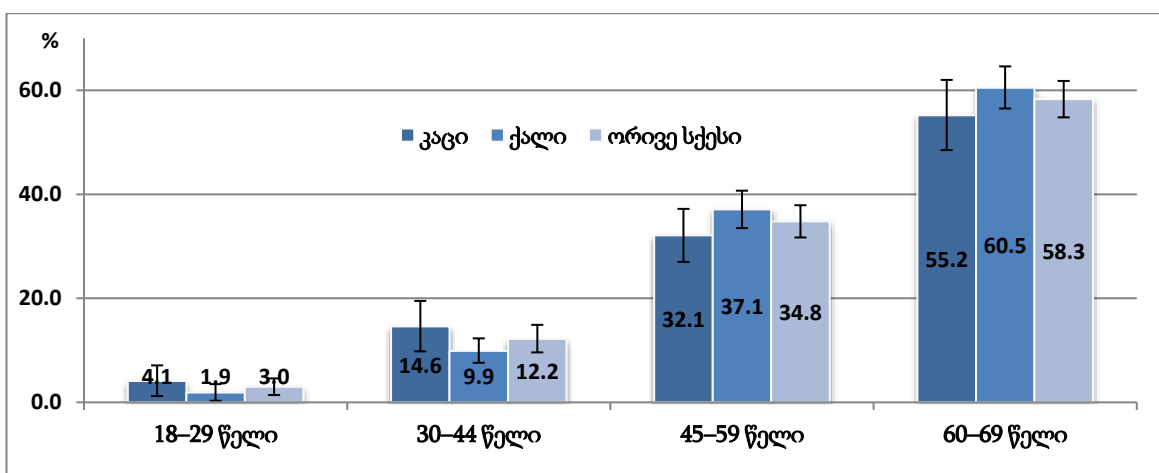


**სურათი #59. რესპოდენტთა % სქესის მიხედვით, რომელთაც აღენიშნათ სისხლის მაღალი წნევა ან იღებდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს**



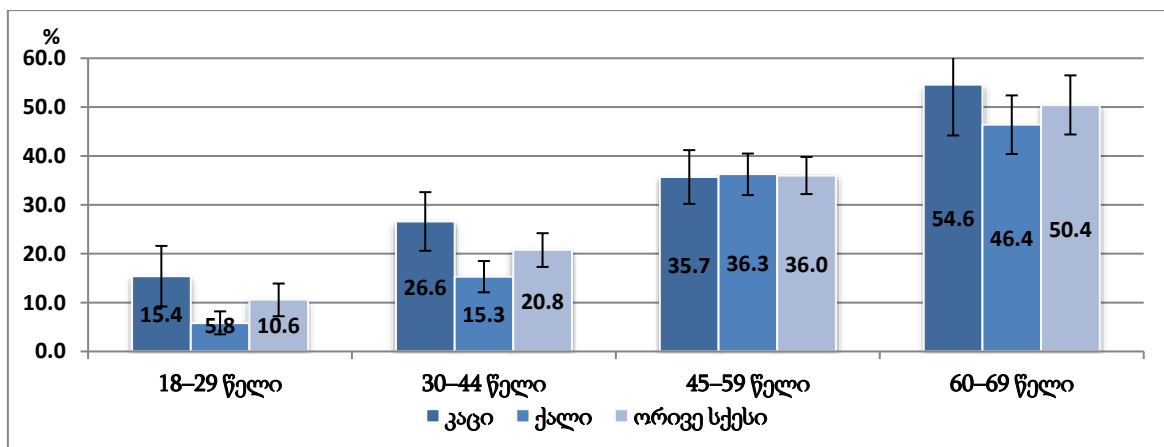
ჰიპერტენზიის მართვის ეროვნულ გაიდლაინში რეკომენდებული კლასიფიკაციის მიხედვით II სტადიის ჰიპერტენზია ანუ 160/100 მმ.ვწყ.სვ აღმოაჩნდა რესპოდენტთა 24.0%-ს (95% CI: 22.4–25.7), მამაკაცების 22.8%-სა (95% CI: 20.1–25.5) და ქალების 25.2%-ს (95% CI: 23.4–27.0) (სურათები #59 და #60).

სურათი #60. სისტოლური სისხლის წნევა  $\geq 160$  და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 100$  მმ.ვწყ.სვ ან ამჟამად იმყოფება ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე ასაკისა და სქესის მიხედვით

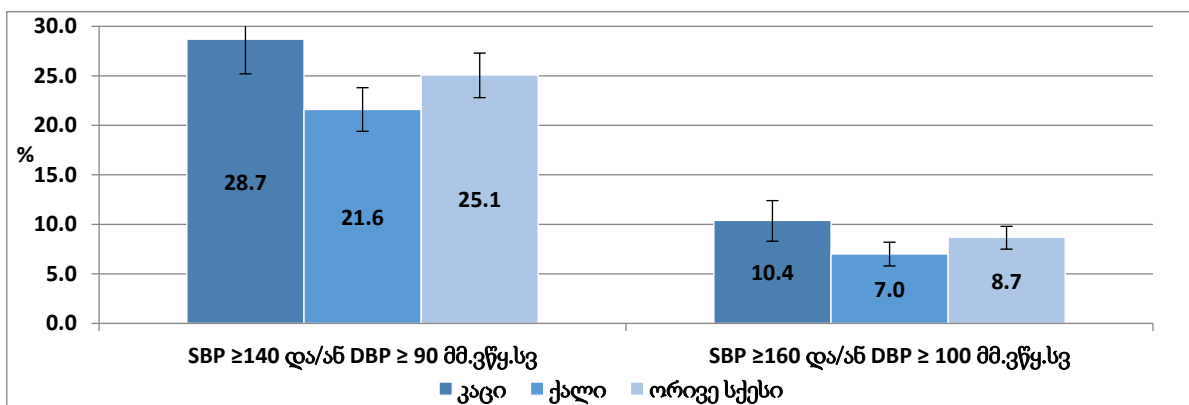


იმ რესპოდენტთა შორის, რომლებიც კვლევის პერიოდში არ ღებულობდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, 25.1%-ს (95% CI: 22.8–27.3) აღნიშნა SBP  $\geq 140$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან DBP  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ., მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 28.7%-ია (95% CI: 25.2–32.3), ხოლო ქალებში 21.6% (95% CI: 19.4–23.8) (სურათები #61 და #62).

სურათი #61: სისტოლური სისხლის წნევა  $\geq 140$  მმ.ვწყ.სვ და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ ასაკისა და სქესის მიხედვით იმ რესპოდენტებში, რომლებიც არ ღებულობდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს



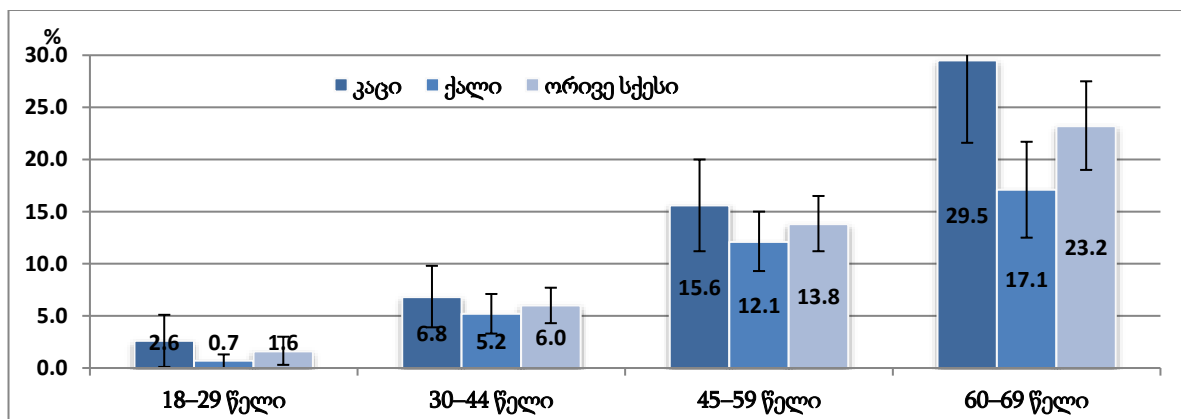
სურათი #62. სისხლის მაღალი წნევის მქონე რესპოდენტთა ხვედრითი წილი სქესის მიხედვით მათ შორის, რომლებიც არ ღებულობდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს





იმავე რესპოდენტებს შორის 8.7%-ს (95% CI: 7.5–9.8) აღენიშნა SBP  $\geq 160$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან DBP  $\geq 100$  მმ.ვწყ.სვ., მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 10.4%-ია (95% CI: 8.3–12.4), ხოლო ქალებში 7.0% (95% CI: 5.8–8.2) (სურათები #62 და #63).

**სურათი #63:** სისტოლური სისხლის წნევა  $\geq 160$  და/ან დიასტოლური წნევა  $\geq 100$  მმ.ვწყ.სვ ასაკისა და სქესის მიხედვით იმ რესპოდენტებში, რომლებიც არ ღებულობდნენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს

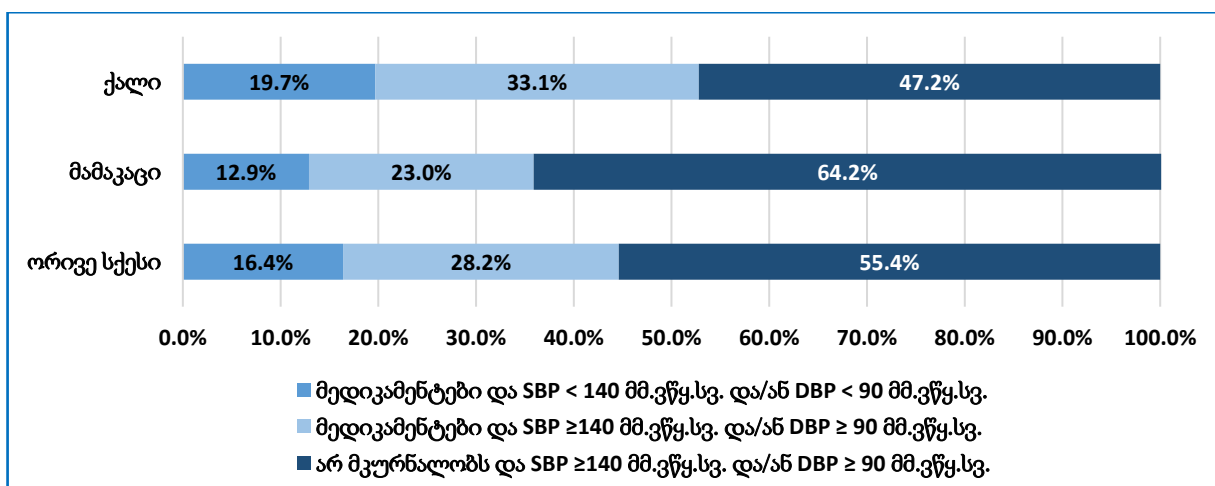


ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფ რესპოდენტთა 28.2%-ს (95% CI: 25.4–31.0) აღენიშნათ სისხლის წნევის მაღალი ციფრები (SBP  $\geq 140$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან DBP  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ.). ეს მაჩვენებელი ქალებში მაღალია (33.1%, 95% CI: 29.9–36.3) მამაკაცებთან შედარებით (23.0%, 95% CI: 18.8–27.1); ხოლო მაღალი არტერიული წნევის მქონე მამაკაცთა 64.2% (95% CI: 59.3–69.0) არ იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას; იგივე მაჩვენებელი ქალებში 47.2%-ია (95% CI: 43.4–50.9).

მონაცემთა მიხედვით, ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფ რესპოდენტთა 16.4%-ს (95% CI: 14.0–18.8) სისხლის წნევის ნორმალური ციფრები აქვთ (SBP  $< 140$  მმ.ვწყ.სვ. და/ან DBP  $< 90$  მმ.ვწყ.სვ.). კონტროლირებული ჰიპერტენზიის პრევალენტობა ქალებში მაღალია (19.7%, 95% CI: 16.6–22.8) მამაკაცებთან შედარებით (12.8%, 95% CI: 9.3–16.4).

საბოლოოდ, საქართველოში ჰიპერტონული დაავადების მქონე პაციენტთა შორის არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის ხვედრითი წილი 83.6%-ია; მამაკაცებში 87.2% და ქალებში 80.3%, შესაბამისად (სურათი #64).

**სურათი #64.** კონტროლირებული და არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის გავრცელება სქესის მიხედვით



გულისცემის საშუალო მაჩვენებელია 79.2 (95% CI: 78.6-79.8), მამაკაცებში 79.3 (95% CI: 78.3-80.3) და ქალებში 79.1 (95% CI: 78.6-79.6).

#### დასკვნები:

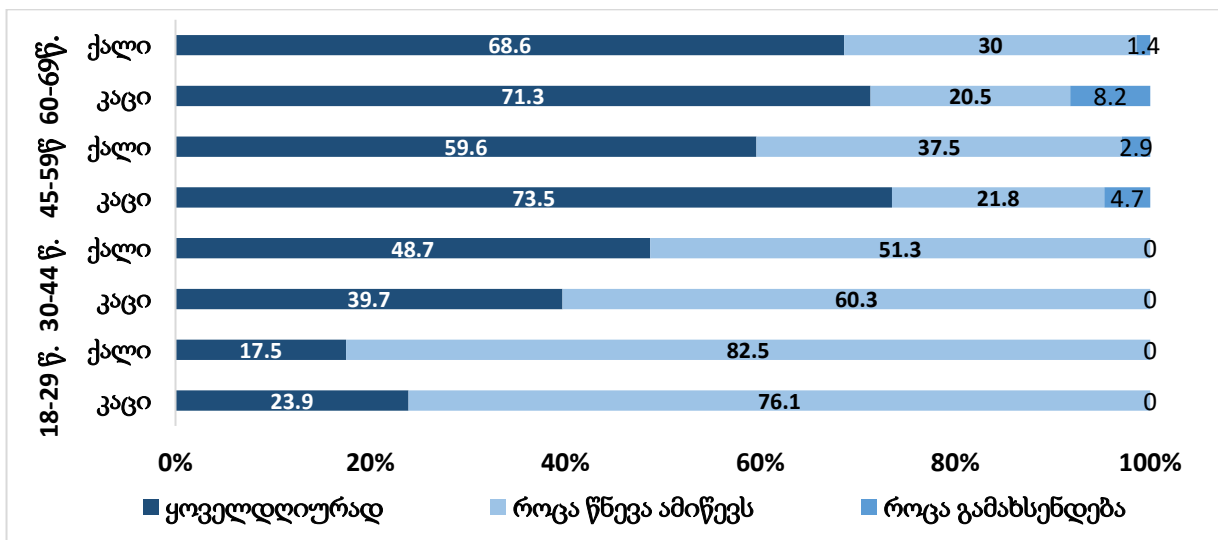
1. საშუალო სისტოლური წნევაა 129.4 მმ.ვწყ.სვ.; მამაკაცებში მაჩვენებელი მაღალია (132.6 მმ.ვწყ.სვ.), ვიდრე ქალებში (126.5 მმ.ვწყ.სვ.). საშუალო დიასტოლური წნევაა 82.2 მმ.ვწყ.სვ.; 83.0 მმ.ვწყ.სვ. მამაკაცებში და 81.4 მმ.ვწყ.სვ. ქალებში;
2. ჰიპერტენზიის პრევალენტობა საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში 37.7%-ია, მამაკაცებში 38.6% და ქალებში 36.9%;
3. მაღალი არტერიული წნევის მქონე მამაკაცთა 64.2% და ქალების 47.2% არ იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას;
4. ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე მყოფ რესპოდენტთა 28.2%-ს აღენიშნათ სისხლის წნევის მაღალი ციფრები. ეს მაჩვენებელი ქალებში მაღალია (33.1%) მამაკაცებთან შედარებით (23.0%);
5. ჰიპერტონული დაავადების მქონე პაციენტთა შორის არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის ხვედრითი წილი 83.6%-ია; მამაკაცებში 87.2% და ქალებში 80.3%;
6. გულისცემის საშუალო მაჩვენებელი იყო 79.2; მამაკაცებში 79.3 და ქალებში 79.1.

## სისხლის მაღალი წნევის მეორე რესპოდენტთა გოგირითი მახასიათებლები

იმ რესპოდენტებს, რომლებიც ბოლო 2 კვირის განმავლობაში ღებულობდნენ ექიმის მიერ მაღალი წნევის გამო გამოწერილ მედიკამენტს, დაესვათ რამოდენიმე კითხვა მათ მიერ მედიკამენტის მიღების რეჟიმის, ქვემო კიდურების ვენების დაავადების, მოციმციმე არითმიის დიაგნოზისა და ანტიკოაგულანტების მოხმარების შესახებ.

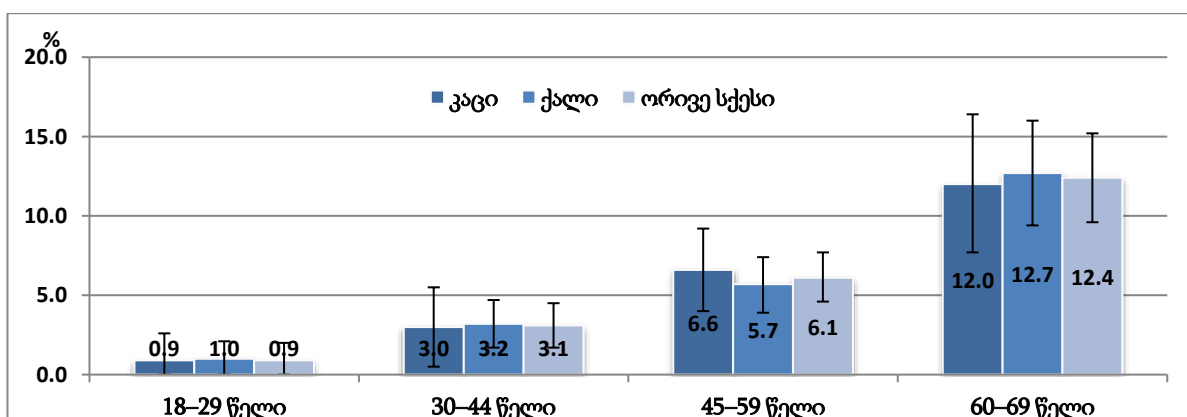
კითხვაზე „როგორია მედიკამენტების მიღების რეჟიმი“ რესპოდენტთა 63.9%-მა (კაცების 65.9%, ქალების 62.6%) აღნიშნა, რომ მედიკამენტს ყოველდღიურად, წნევის ციფრების მიუხედავად, ღებულობს. ყოველი ათი გამოკითხულიდან თითქმის სამი მედიკამენტს მხოლოდ მაშინ ღებულობს, როცა წნევა უწევს; ამ კატეგორიაში ყველაზე დიდი ხვედრითი წილი (79.8%) მოდის 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფზე. უმნიშვნელო ნაწილმა (3.2%) განაცხადა, რომ მედიკამენტს ღებულობს არარეგულარულად, მხოლოდ მაშინ, როდესაც გაახსენდება (სურათი #65).

**სურათი #65. ექიმის მიერ დანიშნული ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის მიღების რეჟიმი ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით**



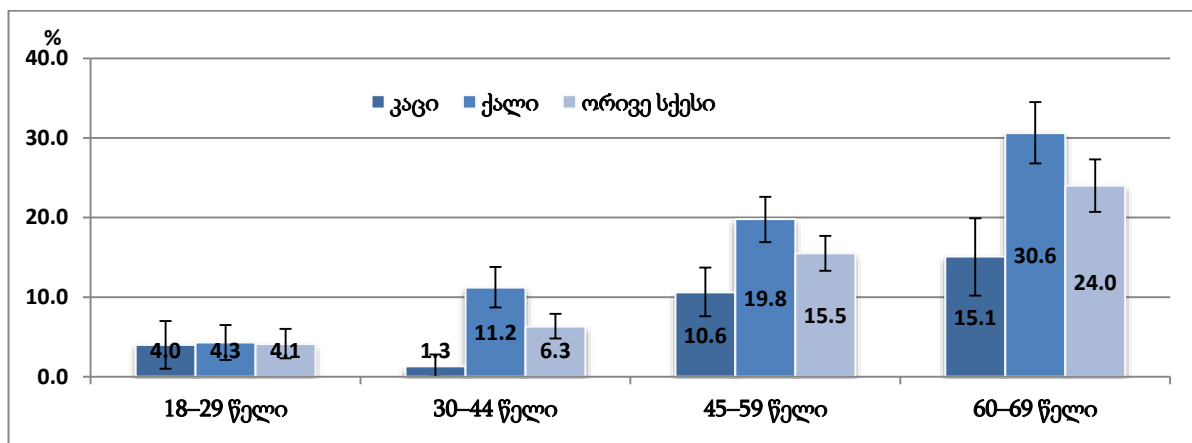
კითხვაზე „ოდესმე დაუსვამს თქვენთვის ექიმს წინაგულთა ფიბრილაციის ან მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი“, დადებითი პასუხი გასცა მონაწილეთა 4.9%-მა, გამოკითხულ ქალთა - 5.1% და კაცების - 4.7%. ასაკის მატებასთან ერთად იმატებს ამ მაჩვენებლის გავრცელების სიხშირე და ის ყველაზე მაღალია (12.4%) 60-69 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში (სურათი #66).

**სურათი #66. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი წინაგულთა ფიბრილაციის ან მოციმციმე არითმიის დიაგნოზით, ასაკისა და სქესის მიხედვით**



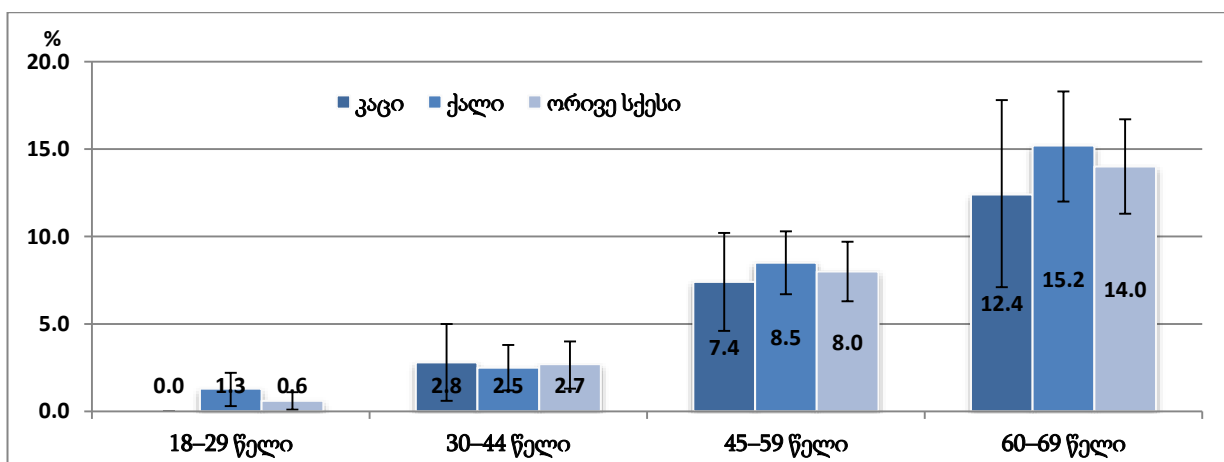
დიაგნოზი „ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზი, თრომბოზი ან ვენების ქრონიკული დაავადება“ ოდესმე დაუსვეს რესპოდენტთა 11.3%-ს; გამოკითხულ ქალთა - 15.5% და კაცების - 6.6%-ს. ასაკის მატებასთან ერთად იმატებს აღნიშნული დაავადების გავრცელების სიხშირე. აღსანიშნავია, რომ ქალებში კაცებთან შედარებით 30-44 წლის ასაკში 8.6-ჯერ და 60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში 2-ჯერ მაღალია იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც დაადასტურეს ანამნეზში აღნიშნული დაავადებების არსებობა (სურათი #67).

**სურათი #67. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც დაუსვეს დიაგნოზი ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზი, თრომბოზი ან ვენების ქრონიკული დაავადება, ასაკისა და სქესის მიხედვით**



ექიმის ან მედიცინის სხვა მუშაკის რეკომენდაციით ანტიკოაგულანტებს ღებულობდა კვლევაში მონაწილეთა 5.5% (კაცები - 4.7%, ქალი - 6.2%). ანტიკოაგულანტების მოხმარების სიხშირე სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფისთვის 0.6%-14.0% ფარგლებში მერყეობს და ყველაზე მაღალი 60-69 წლის ასაკშია (სურათი #68).

**სურათი #68. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც ექიმის რეკომენდაციით ამჟამად ღებულობენ ანტიკოაგულანტებს, ასაკისა და სქესის მიხედვით**



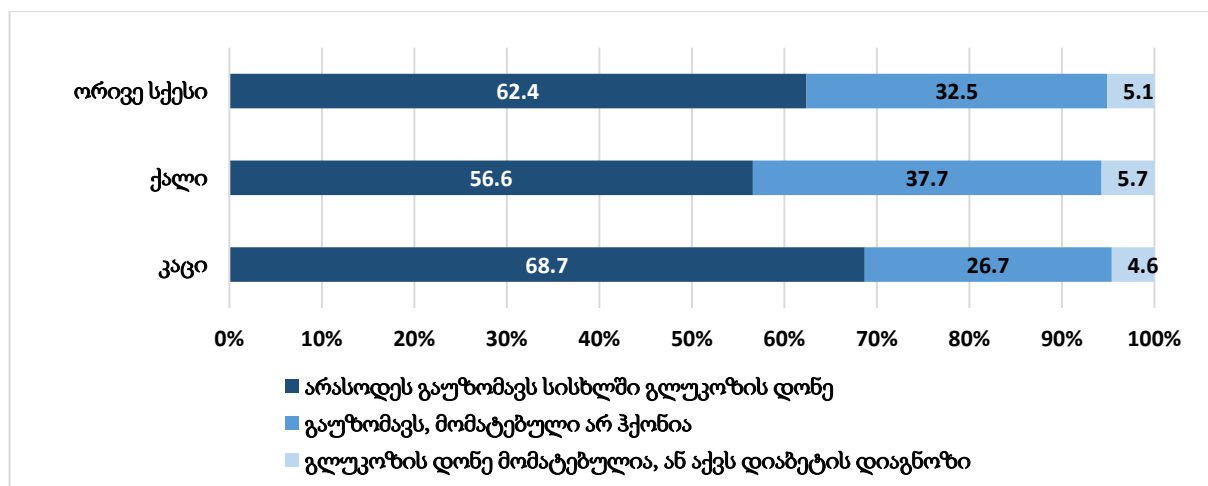
## დასკვნები:

- იმ რესპოდენტთა შორის, რომლებიც ბოლო ორი კვირის განმავლობაში ღებულობდნენ ექიმის მიერ მაღალი წნევის გამო გამოწერილ მედიკამენტს, 63.9% მას ღებულობდა ყოველდღიურად, წნევის ციფრების მიუხედავად; ერთ მესამედზე მეტი - მხოლოდ მაშინ, როცა წნევა უწევდა, 3.2% კი - როცა გაახსენდებოდა;
- წინაგულთა ფიბრილაციის ან მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი ოდესმე დაესვა რესპოდენტთა დაახლოებით 5%-ს, ხოლო ქვედა კიდურების ვენების ქრონიკული დაავადების დიაგნოზი - 11.3%-ს;
- კვლევის მომენტში ანტიკოაგულანტებს კვლევაში მონაწილეთა 5.5% ღებულობდა.

## შაქრიანი დიაბეტის ან სისხლში გლუკოზის მაღალი დონის ანაზღაურება

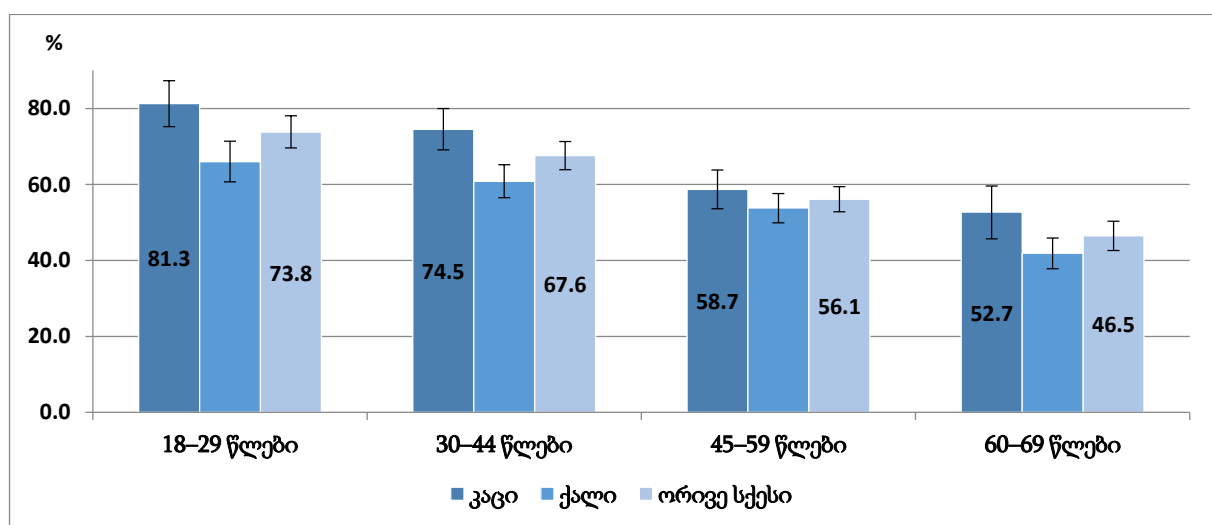
ორივე სქესის წარმომადგენელთა შორის მაღალია იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში გლუკოზის შემცველობა. გამოკითხულთა 5.1%-მა (ქალების 5.7% და კაცების 4.6%) აღნიშნა, რომ სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე აღენიშნება ან აქვს დიაბეტის დიაგნოზი (სურათი #69).

**სურათი #69. სისხლში გლუკოზის დონის გაზომვა და დიაგნოსტიკა რესპოდენტთა ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით**



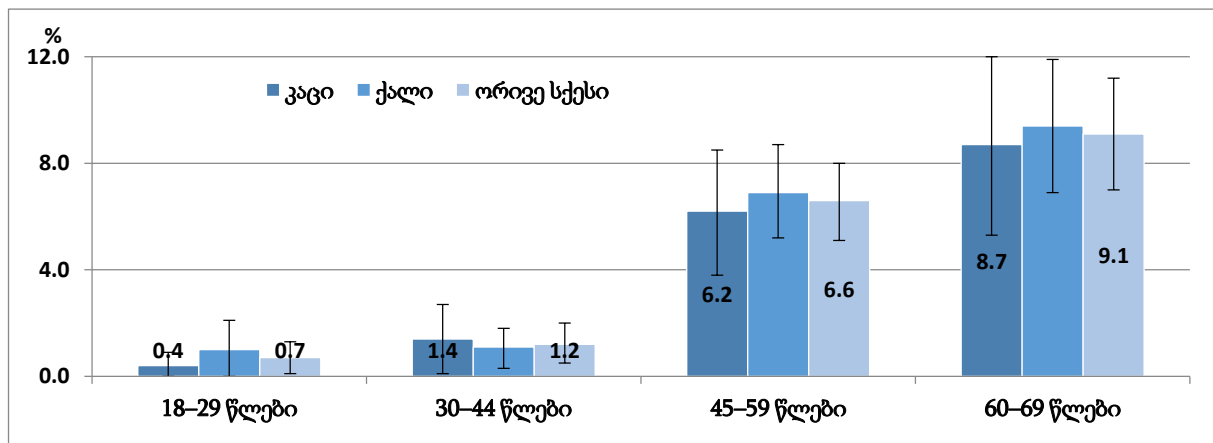
კვლევის შედეგების მიხედვით, მართალია, ასაკის მატებასთან ერთად ორივე სქესის წარმომადგენლებში კლებულობს იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში გლუკოზის დონე, თუმცა, 60-69 წლის ასაკშიც კი, მათი პროპორცია ძალიან მაღალია (50% ქალებში და 40% კაცებში). ამასთან, ვლინდება, რომ ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში გამოკვლეულ ქალთა მაჩვენებელი აღემატება გამოკვლეულ მამაკაცთა მაჩვენებელს (სურათი #70).

**სურათი #70. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში გლუკოზის შემცველობა**



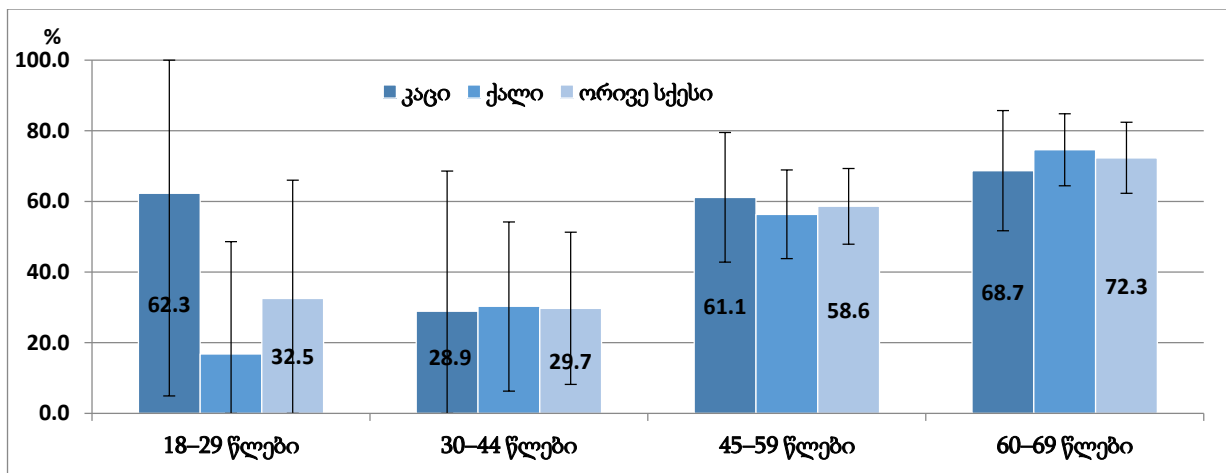
ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს იმ რესპოდენტების ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 12 თვის მანძილზე დაუდგინდათ სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე ან დაესვათ დიაბეტის დიაგნოზი, ორივე სქესის წარმომადგენლებში 45 წლის ასაკიდან მკვეთრ მატებას აქვს ადგილი (სურათი #71).

სურათი #71. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 12 თვის მანძილზე სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე დაუდგინდა ან დიაბეტის დიაგნოზი დაესვა

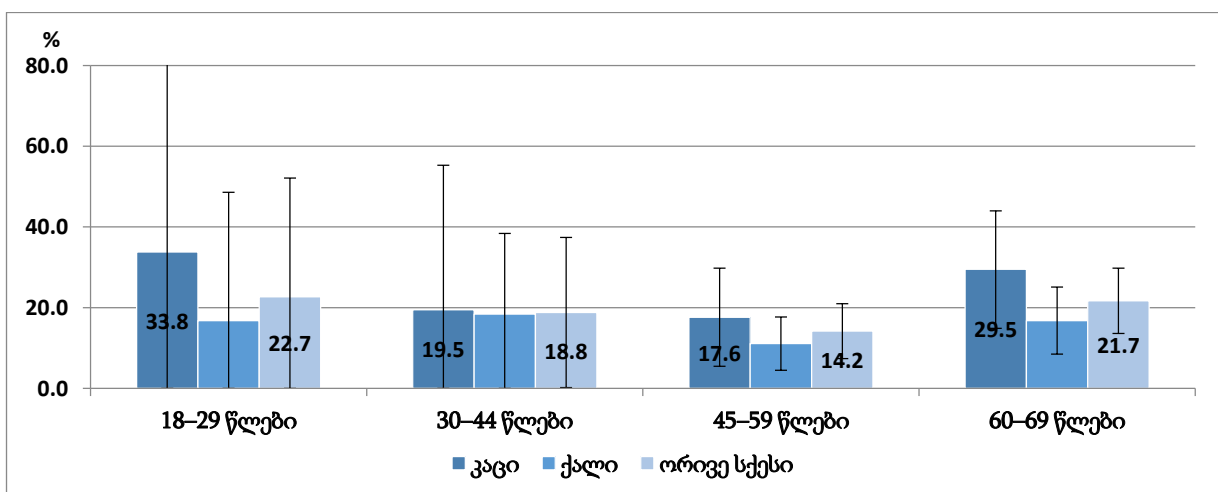


სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობის ან დიაბეტის დიაგნოზის მქონე რესპოდენტთა თითქმის 60%, მიუხედავად სქესისა, ჰიპოგლიკემიურ მკურნალობაზე, ხოლო ამ ჯგუფის მამაკაცთა 21.9% და ქალთა 14.3% ინსულინის მომხმარებელია. ინსულინის მომხმარებელ მამაკაცთა ხვედრითი წილი თითქმის 2-ჯერ მაღალია ქალებთან შედარებით 18-29 წწ და 60-69 წწ ასაკობრივ ჯგუფებში (სურათები #72 და #73).

სურათი #72. სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობის ან დიაბეტის დიაგნოზის მქონე პირთა შორის იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე იმყოფებიან



სურათი #73. ინსულინის მომხმარებელთა ხვედრითი წილი სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობის ან დიაბეტის დიაგნოზის მქონე რესპოდენტთა შორის



### დასკვნები:

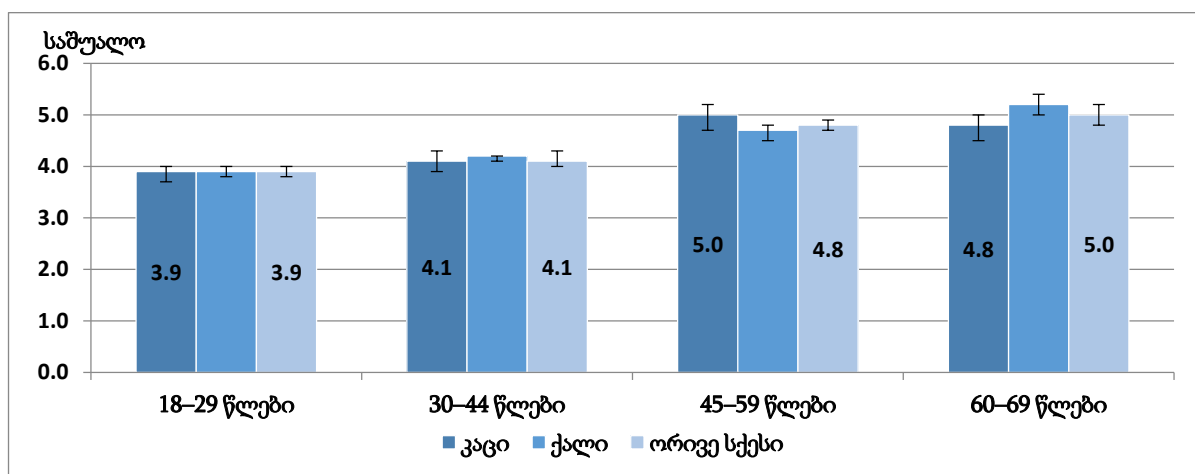
1. იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში გლუკოზის შემცველობა, მაღალია ორივე სქესის წარმომადგენელთა შორის: 62.4% (მამაკაცების 68.7% და ქალების 56.7%); ამასთან, ვლინდება, რომ ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში გლუკოზის დონეზე გამოკვლეულ ქალთა პროპორცია აღემატება გამოკვლეულ მამაკაცთა პროპორციას;
2. გამოკითხულთა 5.1%-ს (ქალების 5.7% და კაცების 4.6%) სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე აღენიშნება ან აქვს შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი;
3. სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობის ან დიაბეტის დიაგნოზის მქონე რესპოდენტთა თითქმის 60% მიუხედავად სქესისა, ჰიპოგლიკემიურ მკურნალობაზეა;
4. სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობის ან დიაბეტის დიაგნოზის გამო მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფ მამაკაცთა 21.9% და ქალთა 14.3% ინსულინის მომხმარებელია. ინსულინის მომხმარებელ მამაკაცთა ხვედრითი წილი თითქმის 2-ჯერ მაღალია ქალებთან შედარებით 18-29 წწ და 60-69 წწ ასაკობრივ ჯგუფებში.



## სისხლში გლუკოზის დონის მარკერები კვლევის მომენტში

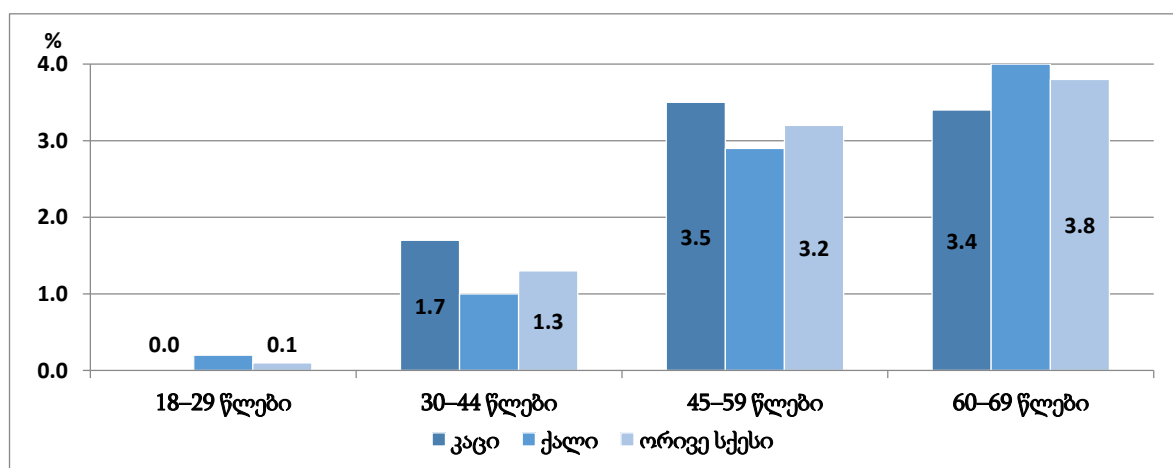
როგორც გამოკვლეულთა საერთო პოპულაციაში, ასევე ორივე სქესის წარმომადგენლებში, სისხლში უზმოზე გლუკოზის შემცველობის საშუალო დონემ, მათი ჩათვლით, რომლებიც კვლევის პერიოდში ჰიპოგლიკემიურ სამკურნალო საშუალებებს ღებულობდნენ, 4.4 მმოლ/ლ (95% CI=4.3-4.5) შეადგინა. სისხლში უზმოზე გლუკოზის შემცველობის საშუალო დონის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი 18-29 წწ ასაკობრივ ჯგუფში იყო (3.9 მმოლ/ლ (95%CI=3.7-4.0)), სქესობრივი განსხვავება არ დაფიქსირებულა (სურათი #74).

**სურათი #74. უზმოზე სისხლში გლუკოზის საშუალო დონე (მმოლ/ლ) ასაკობრივი ჯგუფისა და სქესის მიხედვით**

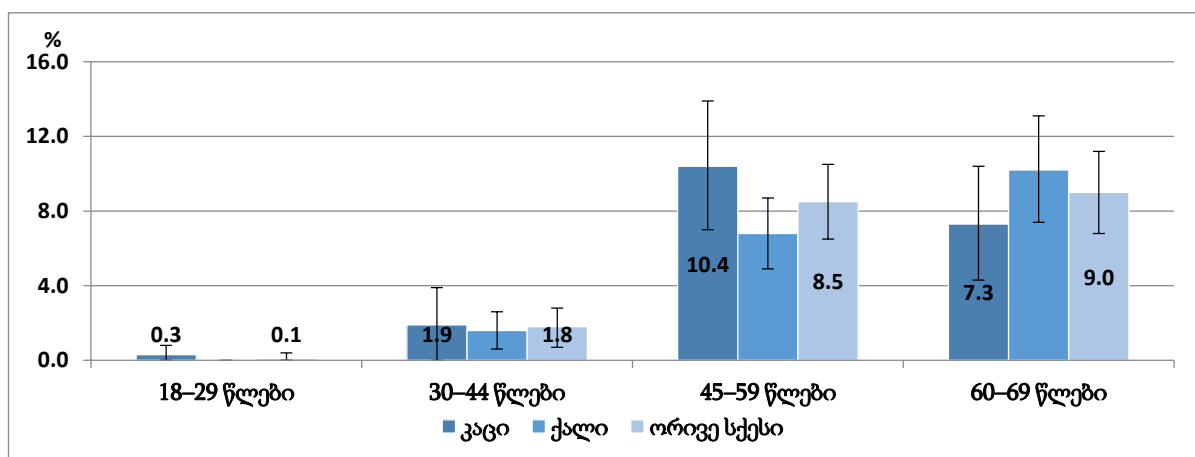


უზმოზე გლუკოზის მომატებული დონის (პრედიაბეტური მდგომარეობა (IFG) 5.6-6.1 მმოლ/ლ) მქონე რესპოდენტთა ხვედრითმა წილმა ორივე სქესის წარმომადგენლებში 2% (95% CI=1.4-2.5) შეადგინა, სქესობრივი ვარიაცია უმნიშვნელოა, მამაკაცებში ის 2%-ს (95% CI=1.0-3.0), ხოლო ქალებში 1.9%-ს (95% CI=1.4-2.4) შეადგენს. პრედიაბეტური მდგომარეობის პრევალენტობა 30-59 წწ ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებში მაღალია ამავე ასაკის ქალებთან შედარებით, ხოლო 60-69 წლებში მისი სიხშირე ქალებში სჭარბობს (სურათი #75).

**სურათი #75. გლუკოზის მომატებული დონის (5.6-6.1 მმოლ/ლ) მქონე პირთა ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფისა და სქესის მიხედვით**



სურათი #76. იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფისა და სქესის მიხედვით, რომელთა სისხლში გლუკოზის დონე მაღალია ( $\geq 6.1$  მმოლ/ლ) ან ლეზულობს მედიკამენტებს დიაბეტის მკურნალობის მიზნით



საკვლევი პოპულაციის (რომელთაც გლუკოზაზე სისხლის კვლევა ჩაუტარდათ) 4.5%-ს (95% CI=3.7-5.3) სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე<sup>11</sup> ჰქონდა ან რესპოდენტი ლეზულობდა მედიკამენტებს მკურნალობის მიზნით. სქესობრივი განსხვავება მცირეა: ქალებში ასეთი რესპოდენტების პროცენტმა 4.3% (95% CI=3.7-5.3) და მამაკაცებში 4.7% (95% CI=3.5-6.0) შეადგინა. სისხლში გლუკოზის მომატებული დონის მქონე რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 0.1%-დან (18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში) 9%-მდე ცვალებადობს (60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში) (სურათი #76).

#### დასკვნები:

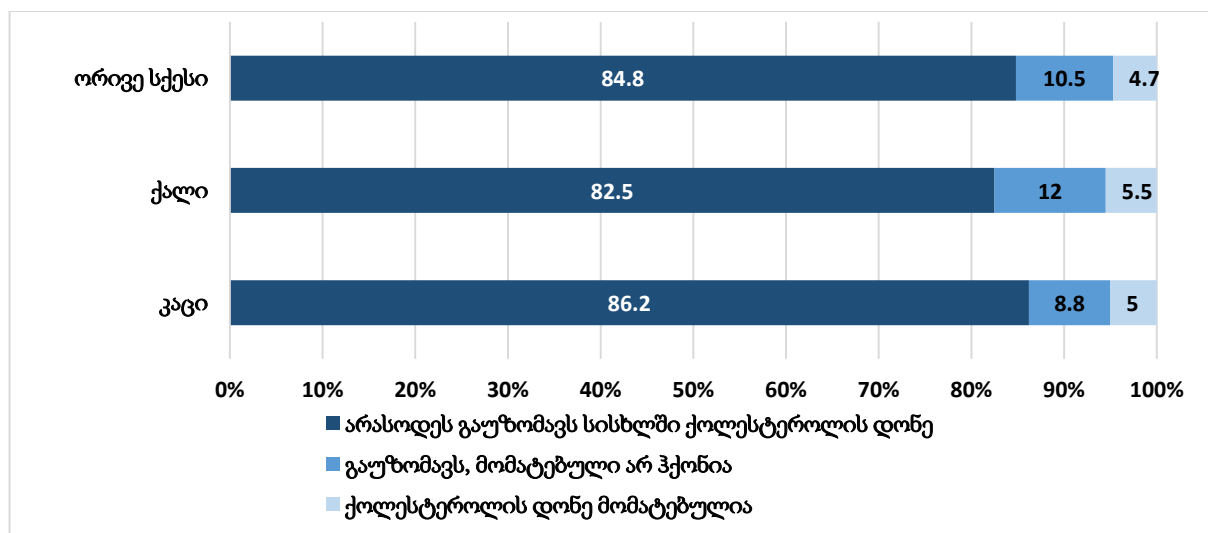
1. სისხლში გლუკოზის შემცველობის საშუალო დონემ უზმოზე, მათი ჩათვლით, რომლებიც კვლევის პერიოდში ჰიპოგლიკემიურ სამკურნალო საშუალებებს ლეზულობდნენ, 4.4 მმოლ/ლ შეადგინა;
2. სისხლში უზმოზე გლუკოზის შემცველობის საშუალო მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი 18-29 წწ ასაკობრივ ჯგუფში იყო (3.9 მმოლ/ლ.);
3. უზმოზე გლუკოზის მომატებული დონის (პრედიაბეტური მდგომარეობა, 5.6-6.1 მმოლ/ლ) მქონე რესპოდენტთა ხვედრითმა წილმა ორივე სქესის წარმომადგენლებში 2% შეადგინა, სქესობრივი ვარიაცია უმნიშვნელოა;
4. პრედიაბეტური მდგომარეობის პრევალენტობა 30-59 წწ ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია მამაკაცებში, ხოლო 60-69 წლებში მისი სიხშირე ქალებში სჭარბობს;
5. საკვლევი პოპულაციის 4.5%-ს (95% CI=3.7-5.3) სისხლში გლუკოზის დონე ჰქონდა მაღალი ( $\geq 6.1$  მმოლ/ლ) ან რესპოდენტი ლეზულობდა მედიკამენტებს მკურნალობის მიზნით;
6. სისხლში გლუკოზის მაღალი დონის მქონე რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 0.1%-დან (18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში) 9%-მდე ცვალებადობს (60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში);

<sup>11</sup> კაპილარულ სისხლში გლუკოზის შემცველობა  $\geq 6.1$  მმოლ/ლ

## სისხლში ქოლესტეროლის დონის განსაზღვრა ანამნეზის მიხედვით

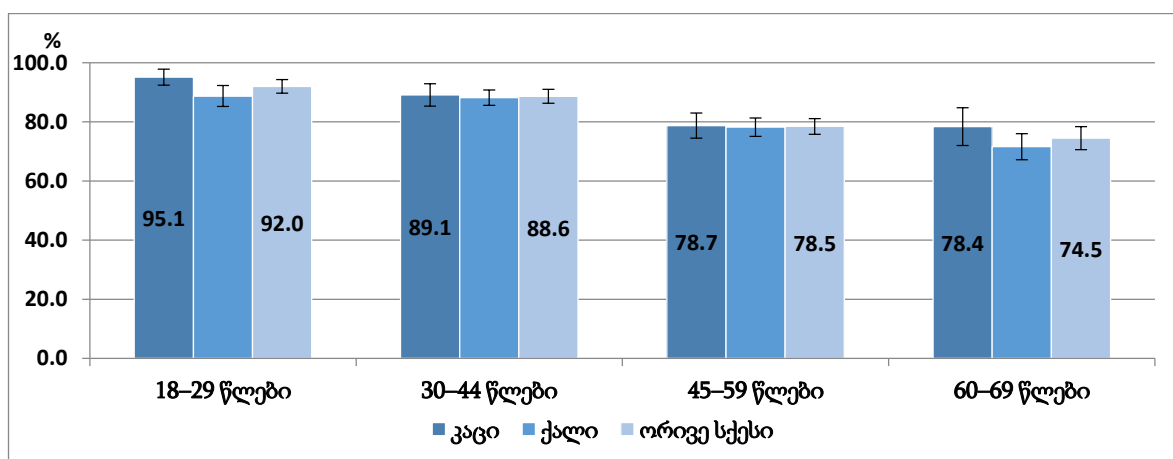
ორივე სქესის წარმომადგენელთა შორის ძალზე მაღალია (80%-ზე მეტი) იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში ქოლესტეროლის შემცველობა. გამოკითხულთა 4.7%-მა (ქალების 5.5% და მამაკაცების 5%) აღნიშნა, რომ კვლევების შედეგად სისხლში ქოლესტეროლის შემცველობის მაღალი დონე დაუდგინდა (სურათი #77).

**სურათი #77. სისხლში საერთო ქოლესტეროლის დონის გაზომვა და დიაგნოსტიკა (%) სიცოცხლის მანძილზე**



კვლევის შედეგების მიხედვით, ქოლესტეროლის დონის შეფასების თვალსაზრისით სქესობრივი ვარიაციები ნაკლებად ვლინდება. ამასთან, ასაკის მატებასთან ერთად ორივე სქესის წარმომადგენლებში მცირედ იზრდება იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ერთხელ მაინც გაუზომავთ სისხლში ქოლესტეროლის დონე (სურათი #78).

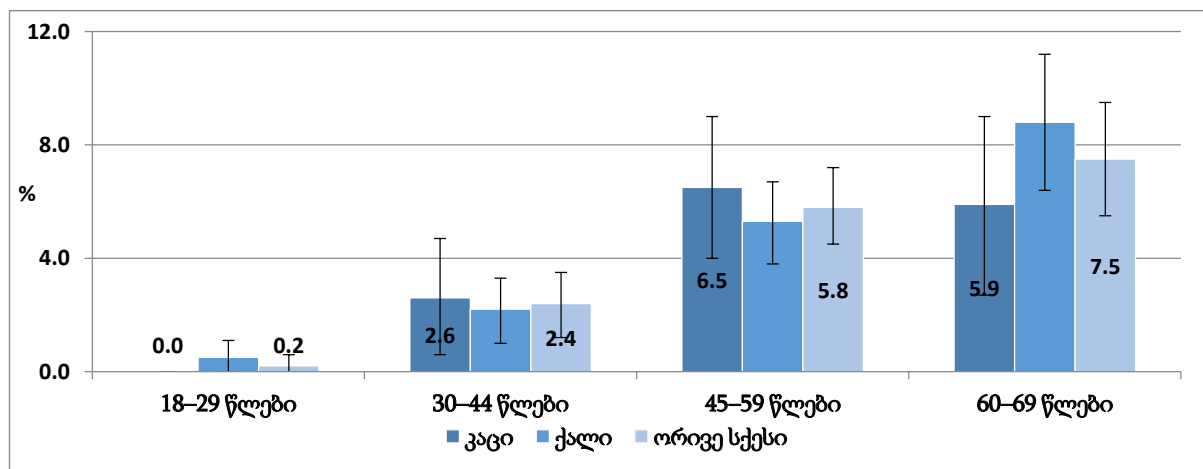
**სურათი #78. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში ქოლესტეროლის დონე სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით**



ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს იმ რესპოდენტების ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 12 თვის მანძილზე დაუდგინდათ სისხლში საერთო ქოლესტეროლის მაღალი დონე. ამასთან, 60 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონის მქონე პირთა ხვედრითი წილი მაღალია მამაკაცთა პოპულაციაში, ხოლო 60 წლის შემდეგ ქოლესტეროლის მაღალი დონის პრევალენტობა ქალთა შორის თითქმის 1.5-ჯერ აღემატება იმავე მაჩვენებელს მამაკაცებში (სურათი #79). დამატებით, იმ რესპოდენტთა შორის, რომელთაც ექიმის მიერ დაუდასტურდათ სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე, 29.4%

(95%CI=22.8-36.0) იმყოფება მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე; მამაკაცთა 32.2% (95%CI=20.4-44.3) და ქაღთა 27.1% (95%CI=20.3-33.8).

სურათი #79. რესპოდენტთა ზვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 12 თვის მანძილზე დაუდგინდათ სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით



#### დასკვნები:

1. ორივე სქესის წარმომადგენელთა შორის ძალზე მაღალია (80%-ზე მეტი) იმ რესპოდენტთა ზვედრითი წილი, რომელთაც არასოდეს გაუზომავთ სისხლში ქოლესტეროლის შემცველობა.
2. რესპოდენტთა 4.7%-მა (ქალების 5.5% და მამაკაცების 5%) აღნიშნა, რომ კვლევების შედეგად სისხლში ქოლესტეროლის შემცველობის მაღალი დონე დაუდგინდა.
3. 60 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონის მქონე პირთა ზვედრითი წილი მაღალია მამაკაცთა პოპულაციაში, ხოლო 60 წლის შემდეგ ქალებში.
4. იმ რესპოდენტთა მხოლოდ მესამედი - 29.4% (მამაკაცთა 32.2% და ქაღთა 27.1%) იმყოფება მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე, რომელთაც ექიმის მიერ სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონე დაუდასტურდათ.

## სისხლში საერთო ქოლესტეროლის დონის მაჩვენებლები კვლევის მომენტში

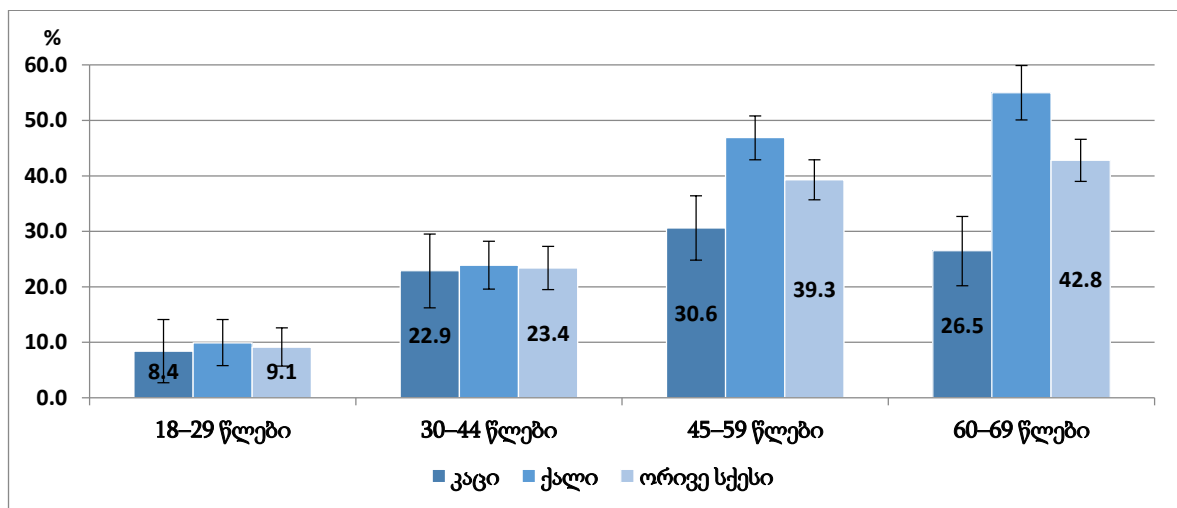
სისხლში საერთო ქოლესტეროლის შემცველობის საშუალო დონემ საკვლევ პოპულაციაში 4.3 მმოლ/ლ (95% CI=4.2-4.4) შეადგინა, სქესობრივი განსხვავება მცირეა, საშუალო მაჩვენებელი ქალებში 4.5 მმოლ/ლ-ის (95%CI=4.4-4.6) და მამაკაცებში 4.1 მმოლ/ლ-ის (95%CI=4.0-4.3) ტოლია. ორივე სქესის რესპოდენტთა შორის ქოლესტეროლის საშუალო დონე 3.6 მმოლ/ლ-დან (18-29 წელი) 4.8 მმოლ/ლ-მდე (60-69 წელი) ვარიერბდა (ცხრილი #13).

**ცხრილი #13. საერთო ქოლესტეროლის საშუალო დონე (მმოლ/ლ) ასაკობრივი ჯგუფისა და სქესის მიხედვით**

ასაკობრივი ჯგუფი (წლებში)	კაცი			ქალი			ორივე სქესი		
	n	საშუალო მაჩვენებელი	95% CI	n	საშუალო მაჩვენებელი	95% CI	n	საშუალო მაჩვენებელი	95% CI
18-29	124	3.6	3.4-3.8	264	3.6	3.5-3.8	388	3.6	3.5-3.7
30-44	216	4.2	4.0-4.4	556	4.3	4.2-4.4	772	4.2	4.1-4.3
45-59	326	4.5	4.4-4.7	876	4.9	4.8-5.0	1202	4.7	4.6-4.8
60-69	237	4.2	4.1-4.4	634	5.2	5.0-5.3	871	4.8	4.7-4.9
<b>18-69</b>	<b>903</b>	<b>4.1</b>	<b>4.0-4.3</b>	<b>2330</b>	<b>4.5</b>	<b>4.4-4.6</b>	<b>3233</b>	<b>4.3</b>	<b>4.2-4.4</b>

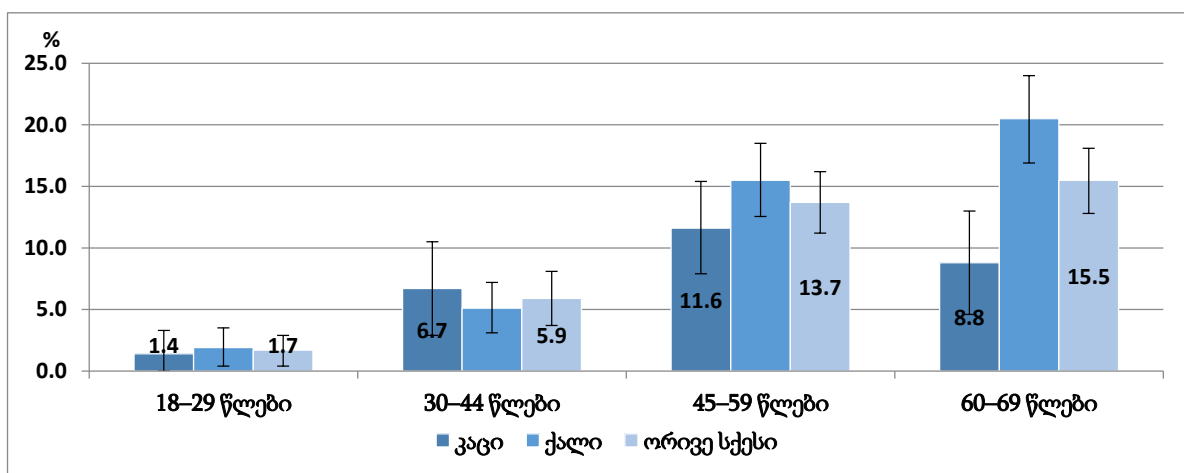
იმ რესპოდენტთა ხვედრითმა წილმა, რომელთაც საერთო ქოლესტეროლის მომატებული დონე (საერთო ქოლესტეროლი  $\geq 5.0$  მმოლ/ლ ან  $\geq 190$  მგ/დლ-ზე) აღმოაჩნდათ სისხლში ან მომატებული ქოლესტეროლის გამო მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე იმყოფებიან, 27.7% შეადგინა. რესპოდენტ ქალთა შორის მამაკაცებთან შედარებით ქოლესტეროლის მაღალი დონის მქონე პირთა პრევალენტობა 1.5-ჯერ მაღალია. სქესობრივი განსხვავება 44 წლამდე მინიმალურია, მაქსიმუმს 60-69 წლების ასაკობრივ ჯგუფში აღწევს, სადაც რესპოდენტი მამაკაცების ერთ მეოთხედზე ოდნავ მეტი (26.5%), ხოლო ქალების ნახევარზე მეტი (55%) ქოლესტეროლის მოამტებული დონის მტარებელია. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფშიც კი, თითქმის ყოველ მე-10 რესპოდენტს სისხლში ქოლესტეროლის მომატებული დონე აღენიშნება (სურათი #80).

**სურათი #80. საერთო ქოლესტეროლის მომატებული დონის მქონე (საერთო ქოლესტეროლი  $\geq 5.0$  მმოლ/ლ ან  $\geq 190$  მგ/დლ-ზე) ან მომატებული ქოლესტეროლის გამო მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით**



ქოლესტეროლის მაღალი დონე (საერთო ქოლესტეროლის  $\geq 6.2$  მმოლ/ლ-ზე ან  $\geq 240$  მგ/დლ) რესპოდენტთა 8.7%-ში (95% CI=7.4-9.9) გამოვლინდა. ამასთან, ქალებში მისი პრევალენტობა მეტია (10.2% (95% CI=8.7-11.6) და 7.1% (95% CI=5.3-8.8) შესაბამისად) და ასაკის მატებასთან ერთად მკვეთრად მატულობს: 60-69 წლის ასაკში 5-ჯერ მაღალია 30-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით, ხოლო მამაკაცებში 60 წლის შემდეგ ჰიპერქოლესტერინემიის პრევალენტობა კლებულობს (სურათი #81).

სურათი #81. საერთო ქოლესტეროლის მაღალი დონის (საერთო ქოლესტეროლი  $\geq 6.2$  მმოლ/ლ-ზე ან  $\geq 240$  მგ/დლ) მქონე ან მომატებული ქოლესტეროლის გამო მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე მყოფ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი



#### დასკვნები:

1. სისხლში საერთო ქოლესტეროლის შემცველობის საშუალო დონემ საკვლევ პოპულაციაში 4.3 მმოლ/ლ შეადგინა, სქესობრივი განსხვავება მცირეა;
2. ორივე სქესის რესპოდენტთა შორის საერთო ქოლესტეროლის საშუალო დონე 3.6%-დან (18-29 წელი) 4.8%-მდე (60-69 წელი) ვარიირებდა;
3. რესპოდენტთა 27.7%-ს სისხლში საერთო ქოლესტეროლის მომატებული (საერთო ქოლესტეროლი  $\geq 5.0$  მმოლ/ლ ან  $\geq 190$  მგ/დლ-ზე) დონე დაუდგინდა ან მომატებული ქოლესტეროლის გამო მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე იმყოფება;
4. საერთო ქოლესტეროლის მაღალი დონე (საერთო ქოლესტეროლი  $\geq 6.2$  მმოლ/ლ-ზე ან  $\geq 240$  მგ/დლ) რესპოდენტთა 8.7%-ში გამოვლინდა. ამასთან, ქალებში მისი პრევალენტობა მეტია; სქესობრივი განსხვავება მაქსიმალურია 60-69 ასაკობრივ ჯგუფში, სადაც ჰიპერქოლესტერინემიის ხვედრითი წილი რესპოდენტ ქალთა შორის 2.3-ჯერ მაღალია.

## კომბინირებული რისკის ფაქტორები

ინტერვიუს, ფიზიკური და ბიოქიმიური გაზომვების საფუძველზე გაანალიზდა შემდეგი რისკის ფაქტორების კომბინაცია:

- თამბაქოს ამჟამინდელი ყოველდღიური მოხმარება
- დღის განმავლობაში 5 ულუფაზე ნაკლები ხილისა და/ან ბოსტნეულის მიღება
- დაბალი ფიზიკური აქტივობა
- ჭარბი წონა (სმ  $\geq 25$  კგ/მ<sup>2</sup>)
- სისხლის მაღალი წნევა (SBP  $\geq 140$  და/ან DBP  $\geq 90$  მმ.ვწყ.სვ.)/ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა

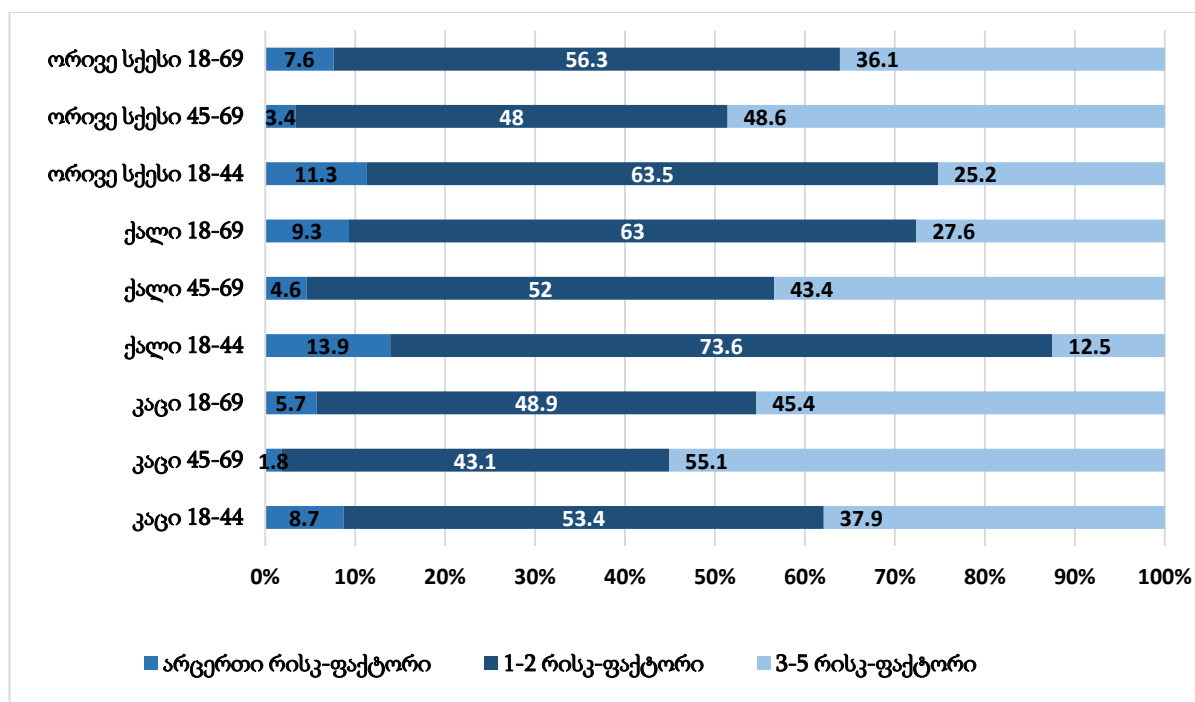
გამოკითხულთა 7.6%-ს (95% CI=6.0-9.2) არცერთი რისკის ფაქტორი, 56.3%-ს (95% CI=54.1-58.6) 1-2 და 36.1%-ს (95% CI=33.8-38.4) 3-5 რისკ-ფაქტორი გამოუვლინდა. 1-2 რისკ-ფაქტორის გავრცელება ყველაზე მაღალია 18-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (63.5%; 95% CI=60.0-67.0), 3-ზე მეტი რისკის ფაქტორის კომბინირებული გავრცელება კი მაღალია 45-69 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებში (48.6%; 95% CI=45.7-51.5).

აღსანიშნავია, რომ 3-5 რისკის ფაქტორის ერთობლივ ზემოქმედებას კაცები უფრო ხშირად განიცდიან, ვიდრე ქალები (45.4% და 27.6% შესაბამისად) (ცხრილი #14, სურათი #82).

ცხრილი #14. კომბინირებული რისკ-ფაქტორები სქესის მიხედვით

რისკ-ფაქტორები	მამაკაცი			ქალი			ორივე სქესი		
	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
0	1152	5.7	3.4-8.0	2726	9.3	7.7-11.0	3878	7.6	6.0-9.2
1-2	1152	48.9	45.3-52.5	2726	63.0	60.7-65.4	3878	56.3	54.1-58.6
3-5	1152	45.4	41.7-49.2	2726	27.6	25.5-29.8	3878	36.1	33.8-38.4

სურათი #82. კომბინირებული რისკის ფაქტორები სქესისა და ასაკის მიხედვით

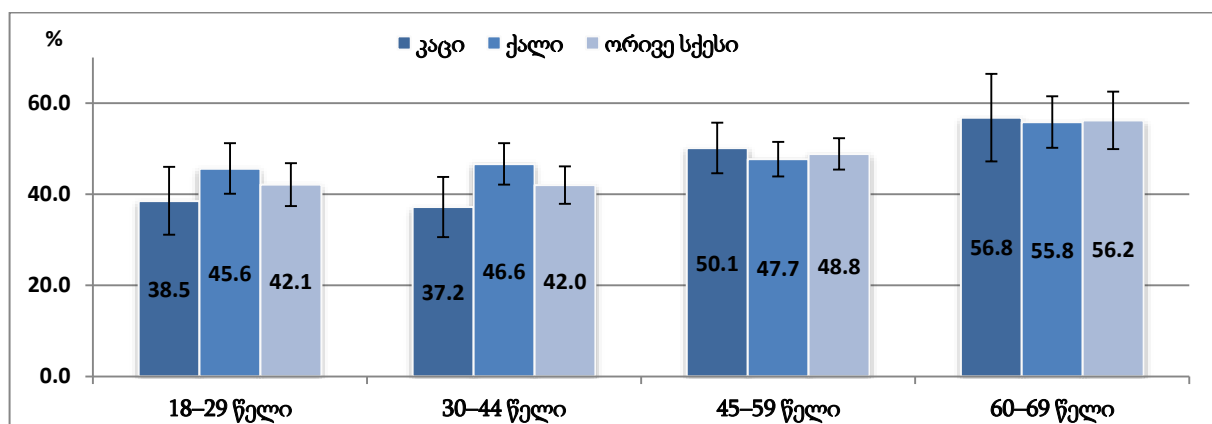




## ეპიდემიური მდგომარეობა

კვლევაში ჩართულთა ნახევარზე ნაკლებმა აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიმართა ექიმს ან სხვა სამედიცინო პერსონალს. ეს მაჩვენებელი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მცირედ ვარიებს (42.0%-56.2%) და ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 60-69 წლის ასაკში ფიქსირდება. ამასთან, მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებში აღნიშნული მაჩვენებელი რამდენადმე მაღალია (48.35 და 44.0%, შესაბამისად) (სურათი #83).

**სურათი #83. იმ რესპოდენტთა პროცენტული განაწილება, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიმართეს ექიმს ასაკისა და სქესის მიხედვით**



კვლევაში მონაწილეებს დაესვათ კითხვა ექიმთან უკანასკნელი ვიზიტის მიზეზის დასადგენად. მონაცემთა მიხედვით, გამოკითხულთა უმეტესობა (75.0%) ექიმთან ბოლო ვიზიტის მიზეზად ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემის ასახელებს; რესპოდენტთა მეხუთედზე ნაკლებმა (18.2%) მიუთითა, რომ ექიმთან ბოლო ვიზიტის მიზეზი პროფილაქტიკური გასინჯვა იყო. აღსანიშნავია, რომ პრევენციული გასინჯვისთვის ექიმს გამოკითხულ ქალთა 21.4%-მა, ხოლო კაცთა მხოლოდ 14.4%-მა მიმართა. დამატებით, მათში, ვინც ექიმს ბოლოს პროფილაქტიკის მიზნით მიმართა, ჭარბობენ 18-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები (24.0%), ხოლო 45-59 წლის რესპოდენტები სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ყველაზე იშვიათად მიმართავენ ექიმს პრევენციის მიზეზით (9.0%).

### დასკვნები:

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

## მედიკამენტების მიერ დანიშნული მედიკამენტები

იმ რესპოდენტების მიერ, რომლებიც ბოლო 2 კვირის განმავლობაში მაღალი არტერიული წნევის გამო ღებულობდნენ ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს, ყველაზე ხშირად (17.9%) დასახელდა კაპტოპრილის მოხმარება. დამატებით, 14.2% მოიხმარდა ენაპ-H, 4.6% - პრესტანსს, 2.9% ენოზიდ-H და ამდენივე ადელფანს.

კვლევაში ჩართულ იმ პირთა შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში დიაბეტის გამო ექიმის მიერ დანიშნულ ინსულინს ღებულობდნენ, 20.9%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო ორი კვირის განმავლობაში მოიხმარა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები. მათგან 2.6% მოიხმარდა ენაპ-H; 1.9% პრესტანსს, 1.3% ადელფანს, ამდენივემ დაასახელა კაპტოპრილის და კორენიტეკის მოხმარება.

მათ შორის, რომლებიც ბოლო ორი კვირის განმავლობაში ღებულობდნენ ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს მომატებული ქოლესტეროლის გამო, 36.8%-მა დაასახელა მედიკამენტი, რომელიც მოიხმარა ამ პერიოდის მანძილზე. ყველაზე ხშირად დასახელდა შემდეგი საშუალებები: პრესტანსი (3.6%), ენაპ H (3.0%), კაპტოპრილი (2.4%), არიფონ რეტარდი (1.8%) და ნოლიპრელ-ფორტე (1.8%).

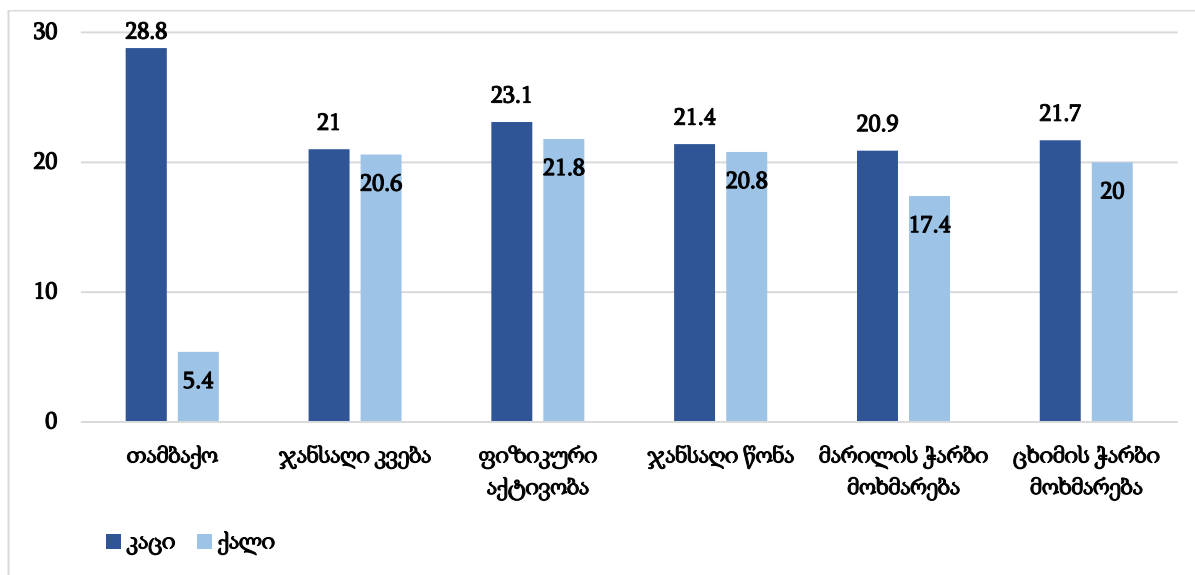
მათ შორის, რომლებიც კვლევის მომენტში ექიმის ან მედიცინის სხვა მუშაკის რეკომენდაციით ღებულობდნენ ანტიკოაგულანტურ საშუალებებს (სისხლის შემადედებელი ფუნქციის დამაქვეითებელი პრეპარატი), 17.2%-მა დაასახელა მოხმარებული ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები. ყველაზე ხშირად დასახელდა კაპტოპრილი (3.1%), ენაპ-H (1.8%), პრესტანსი (1.5%), ენალაპრილ H (0.7 და კონკორი (0.6%).

ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატებით მკურნალობის პროცესის ხარვეზებად მოიაზრება მკურნალობის რეჟიმის დარღვევები, დოზის ტიტრაციის დეფექტები და ე.წ. არამტკიცებითი მედიკამენტებით მკურნალობა. ამ მხრივ STEPS 2016 შედეგები იძლევა მკურნალობის რეჟიმის შეფასების საშუალებას (მხოლოდ მესამედი იღებს რეგულარულად) და, ასევე, არამტკიცებითი მედიკამენტების გამოყენების შესახებ ინფორმაციას. საინტერესოა, რომ არამტკიცებითი მედიკამენტებს გამოკითხული პირები ექიმის მიერ რეკომენდირებულ სტატუსს ანიჭებენ.

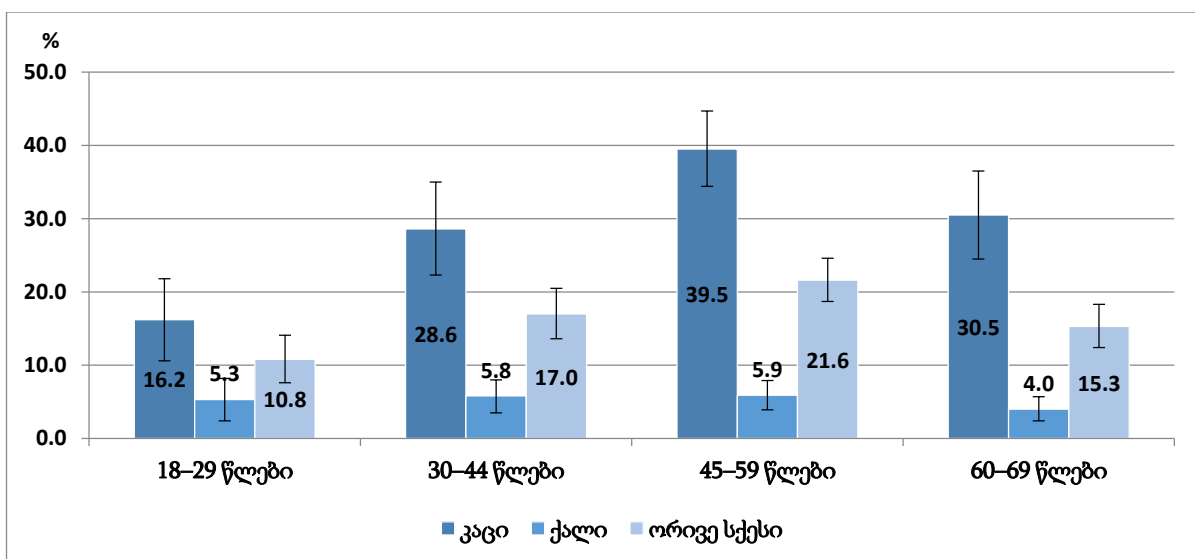
## ცხოვრების წესთან დაკავშირებით სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული რეკომენდაციები

რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც მიუთითეს, რომ ბოლო სამი წლის განმავლობაში მათ ექიმის ან სხვა სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაციები ცხოვრების ჯანსაღი წესის შემადგენელი სხვადასხვა კომპონენტის შესახებ (თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, ჯანსაღი კვება, ფიზიკური აქტივობა, ჯანსაღი წონის შენარჩუნება, მარილის და ცხიმის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვა და სხვ.), თანაბრად დაბალია, ის 20%-ს უმნიშვნელოდ აღემატება. ამასთან, სქესობრივი განსხვავება ნაკლებადაა გამოხატული, გამონაკლისს თამბაქო წარმოადგენს: რესპოდენტთა 16.6%-მა (95% CI=14.7-18.6) აღნიშნა, რომ მათ სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაციები მოწევის დაწყების საწინააღმდეგოდ ან თამბაქოს მოხმარების თავის დანებების შესახებ. ამასთან, კონსულტაცია თამბაქოს მოხმარების საწინააღმდეგოდ გამოკითხულ მამაკაცთა თითქმის მესამედს და ქალების მხოლოდ 5.4%-ს ჰქონდა მიღებული. სქესობრივი განსხვავების არსებული ტენდენცია შენარჩუნებულია ყველა ასაკობრივ ჯგუფში (სურათები #84 და #85).

სურათი #84. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი სქესის მიხედვით, რომელთაც ბოლო სამი წლის მანძილზე ექიმისგან ან სხვა სამედიცინო მუშაკისგან მიიღეს რეკომენდაცია ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ

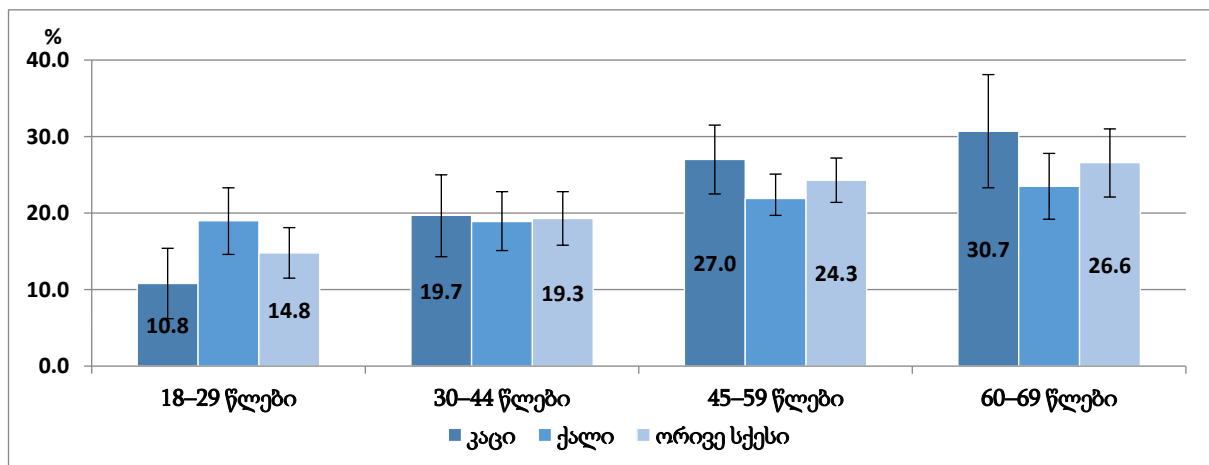


სურათი #85. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი სქესის მიხედვით, რომელთაც სამედიცინო მუშაკისგან მიიღეს რეკომენდაციები მოწვევის დაწყების საწინააღმდეგოდ ან თამბაქოს მოხმარების თავის დანებების შესახებ



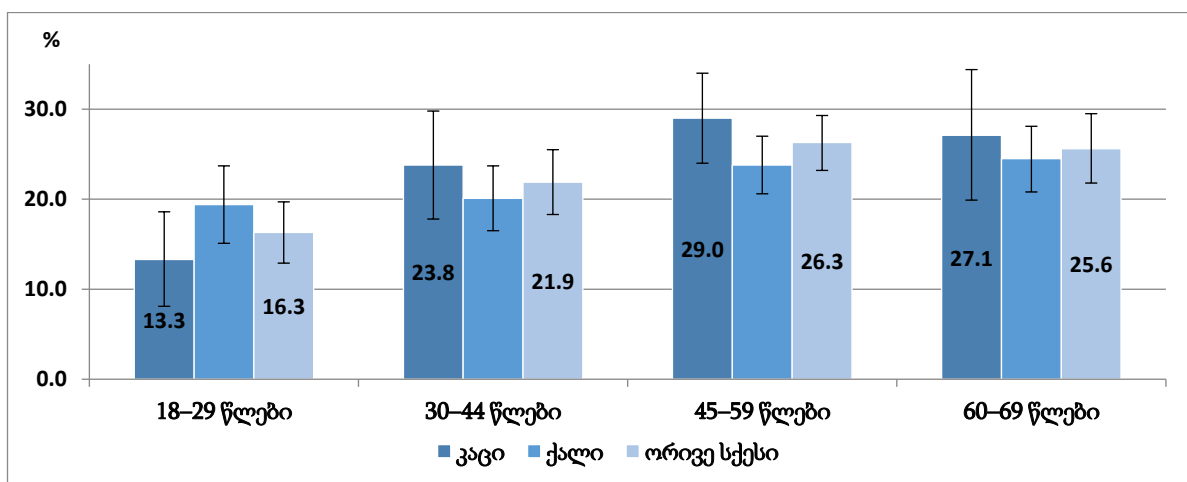
რესპოდენტთა მხოლოდ 20.8%-მა (95% CI=18.7-22.9) მიუთითა, რომ მათ სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია დღეში ხუთი ულუფა ხილის და/ან ბოსტნეულის მოხმარების შესახებ; ამ თვალსაზრისით სქესობრივი ვარიაცია უმნიშვნელოა (ამასვე აღნიშნავს მამაკაცების 21%, 95% CI=18.2-23.8 და ქალების 20.6%, 95% CI=18.3-22.9). კვლევის შედეგების მიხედვით, ორივე სქესის წარმომადგენლებში, ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 3 წლის განმავლობაში მიუღიათ რეკომენდაცია ჯანსაღი კვების შესახებ, ამასთან, მსგავსი რეკომენდაციის მქონე რესპოდენტთა ხვედრითი წილი 30 წლამდე სჭარბობს ქალებში, ხოლო 45 წლის შემდეგ - მამაკაცებში (სურათი #86).

სურათი #86. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომელთაც სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია დღეში 5 ულუფა ბოსტნეულის ან ხილის მიღების შესახებ



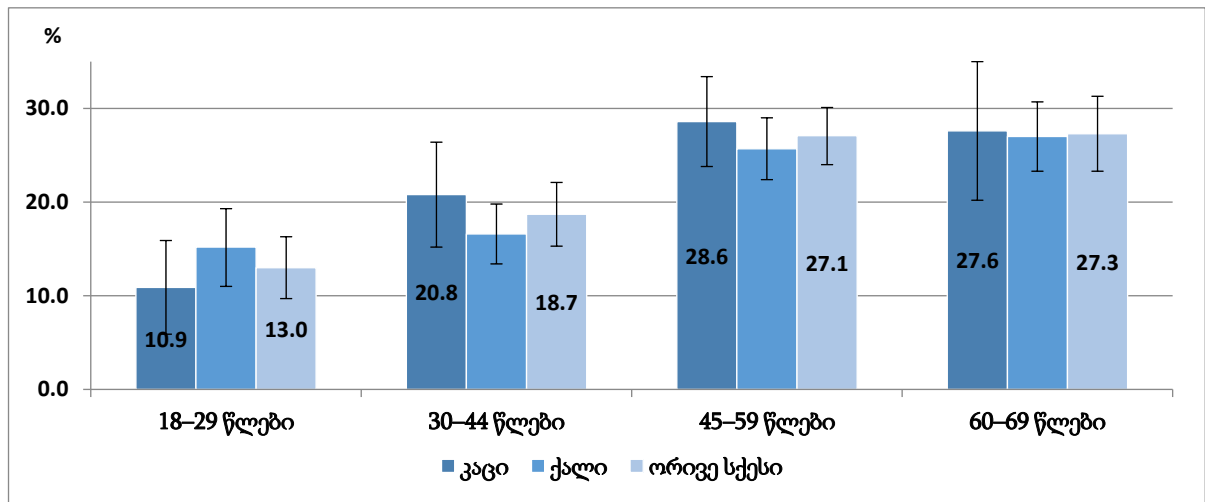
გამოკითხულთა 22.4%-მა (95%CI=20.4-24.5) მიუთითა, რომ მათ სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია ფიზიკური აქტივობის დაწყების ან მისი ინტენსივობის გაზრდის შესახებ, სქესობრივი ვარიაცია მცირეა: მსგავსი რეკომენდაცია მიღებული ჰქონდა ქალების 21.8%-ს (95% CI=19.6-24.0) და მამაკაცების 23.1%-ს (95% CI=20.1-26.1). კვლევამ უჩვენა, რომ მამაკაცებში 60 წლის ასაკამდე იზრდება და შემდეგ რამდენადმე კლებულობს იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 3 წლის განმავლობაში მიუღიათ რეკომენდაცია ფიზიკური აქტივობის შესახებ, ხოლო ქალებს შორის ხვედრითი წილი მცირედ იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად (სურათი #87).

სურათი #87. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომელთაც სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია ფიზიკური აქტივობის დაწყების ან მისი ინტენსივობის ზრდის შესახებ



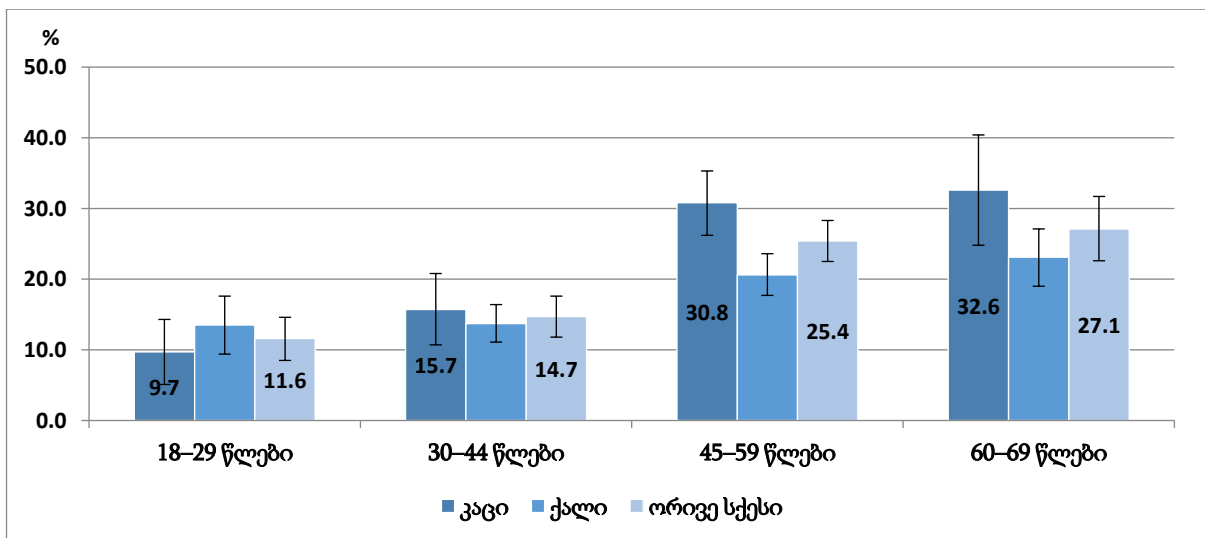
გამოკითხულთა 21.1%-მა (95%CI=19.2-23.1) მიუთითა, რომ მათ სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია ჯანსაღი წონის შენარჩუნების ან წონაში დაკლების შესახებ, ამ თვალსაზრისით სქესობრივი განსხვავება უმნიშვნელოა: მსგავსი რეკომენდაცია მიღებული ჰქონდა ქალების 20.8%-ს (95% CI=18.7-22.9) და მამაკაცების 21.4%-ს (95% CI=18.6-24.3). ჯანსაღი წონის შენარჩუნების შესახებ სამედიცინო მუშაკისგან რეკომენდაციის მქონეთა ხვედრითი წილი ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს ორივე სქესის წარმომადგენლებში, თუმცა 45 წლის ასაკის შემდეგაც, რესპოდენტთა მხოლოდ 30%-ზე ნაკლებმა მიუთითა მსგავსი რეკომენდაციის მიღების შესახებ (სურათი #88).

სურათი #88. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომელთაც სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია ჯანსაღი წონის შენარჩუნების ან წონაში დაკლების შესახებ

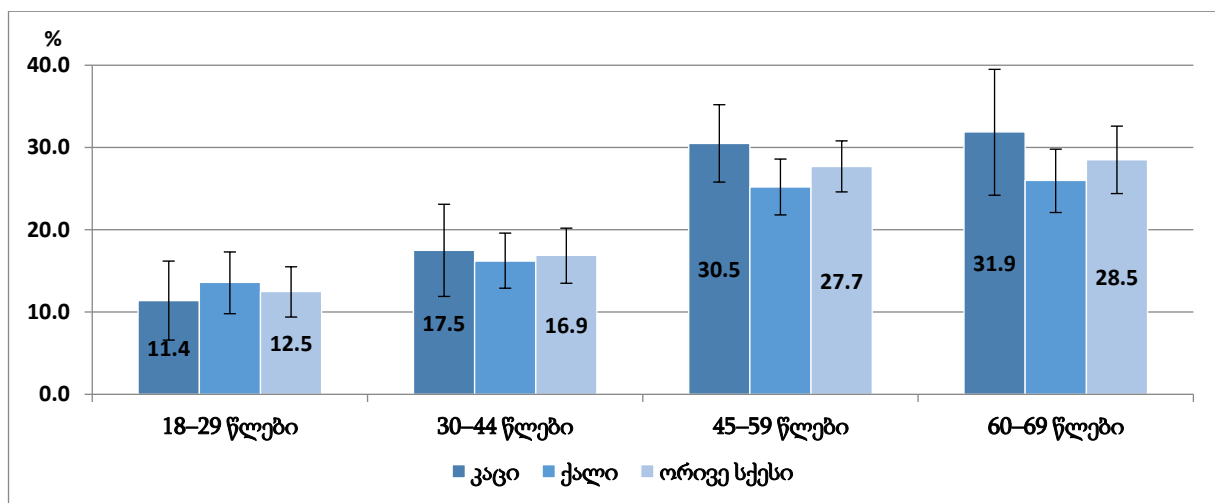


კვლევაში ჩართულ პირთა 19.1%-მა (95% CI=17.2-20.9) აღნიშნა, რომ მათ სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია მარილის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვის შესახებ, მსგავს რეკომენდაციას მამაკაცები (20.9% (95%CI=18.2-23.5)) უფრო ხშირად ღებულობენ ვიდრე ქალები (17.4% (95% CI=15.5-19.3)). კვლევის შედეგების მიხედვით, 30 წლამდე რესპოდენტები იშვიათად ღებულობენ რეკომენდაციებს მარილის ან ცხიმის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვის შესახებ; მართალია, 45 წლის შემდეგ, მამაკაცებს შორის მკვეთრად სჭარბობს იმ პირთა ხვედრითი წილი, რომლებიც ასეთი რეკომენდაციების მიღების შესახებ უთითებენ, მაგრამ მათი სიხშირე მხოლოდ 30%-ის ფარგლებში მერყეობს (სურათები #89 და #90).

სურათი #89. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომელთაც სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია მარილის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვის შესახებ



სურათი #90. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომელთაც სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაცია ცხიმის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვის შესახებ



#### დასკვნები:

1. ცხოვრების ჯანსაღი წესის შემადგენელი თითოეული კომპონენტის შესახებ (თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, ჯანსაღი კვება, ფიზიკური აქტივობა, ჯანსაღი წონის შენარჩუნება, მარილის და ცხიმის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვა და სხვ.) რესპოდენტთა მხოლოდ ერთ მეხუთედს აქვს მიღებული რეკომენდაციები ექიმის ან სხვა სამედიცინო მუშაკისგან.
2. გამონაკლისს თამბაქო წარმოადგენს: რესპოდენტთა 16.6%-მა აღნიშნა, რომ მათ სამედიცინო მუშაკისგან მიღებული ჰქონდათ რეკომენდაციები მოწევის დაწყების საწინააღმდეგოდ ან თამბაქოს მოხმარების თავის დანებების შესახებ. ამასთან, სქესობრივი დისბალანსი დიდია: კონსულტაცია თამბაქოს მოხმარების საწინააღმდეგოდ გამოკითხულ მამაკაცთა თითქმის მესამედს და ქალების მხოლოდ 5.4%-ს ჰქონდა მიღებული.

## პირის ღრუს ჯანმრთელობა

კვლევაში მონაწილეთა პირის ღრუს ჯანმრთელობა, მისი ჰიგიენა შესწავლილ იქნა ასაკის და სქესის მიხედვით.

**ბუნებრივი კბილები.** გამოკითხულთა 60.9%-ს 20-ზე მეტი ბუნებრივი კბილი აქვს. კბილები საერთოდ არ აქვს გამოკითხულთა 4.3%-ს.

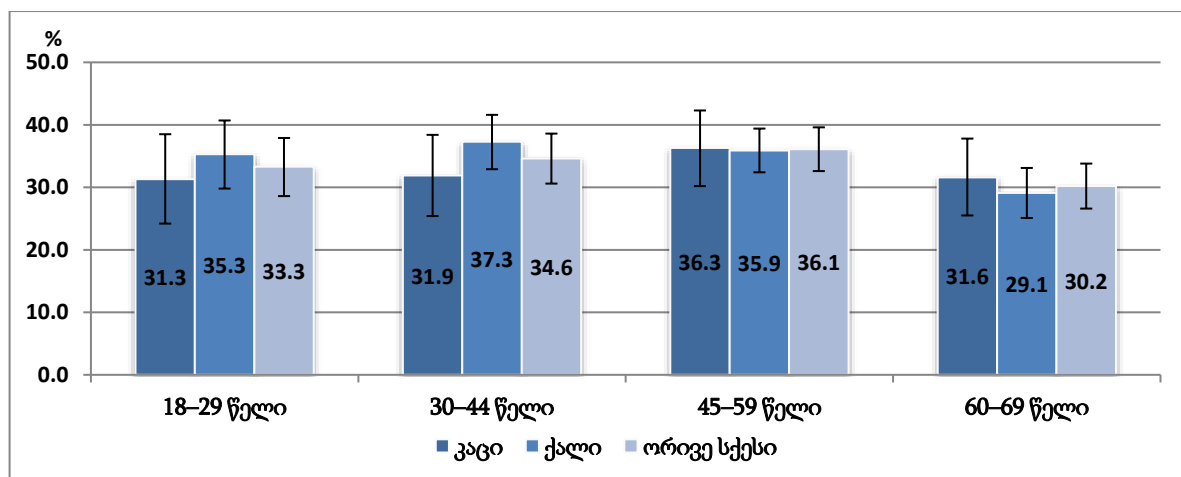
აღსანიშნავია, რომ ორივე სქესის წარმომადგენლებში 20-ზე მეტი ბუნებრივი კბილი გვხვდება ძირითადად ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში (18-29 და 30-44 წწ.); კბილების რაოდენობა სტაბილურად იკლებს ასაკის მატებასთან ერთად: 60-69 წლის ჯგუფებში ვლინდება მკვეთრი კლება - ბუნებრივი კბილების რაოდენობის ძლიერ შემცირება ან არარსებობა. მსგავსი ტენდენცია გამოვლინდა როგორც მამრობითი, ასევე მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებში (ცხრილი #15).

**ცხრილი #15. რესპონენტების პროცენტული განაწილება ბუნებრივი კბილების რაოდენობის და ასაკის მიხედვით**

ასაკობრივი ჯგუფი (წლები)	რაოდენობა	% არცერთი ბუნებრივი კბილი	95% CI	% 1 - 9 ბუნებრივი კბილი	95% CI	% 10 - 19 ბუნებრივი კბილი	95% CI	% ≥ 20 ბუნებრივი კბილი	95% CI
18-29	608	0.2	0.0-0.5	0.1	0.0-0.3	4.3	2.0-6.6	95.5	93.1-97.8
30-44	1042	0.6	0.1-1.2	3.8	2.3-5.2	18.6	15.4-21.8	77.0	73.8-80.3
45-59	1496	4.7	3.4-5.9	19.6	17.0-22.1	36.4	33.2-39.5	39.4	36.1-42.7
60-69	1015	17.3	13.4- 21.3	31.5	27.8-35.3	35.7	32.2-39.2	15.5	12.3-18.6
<b>18-69</b>	<b>4161</b>	<b>4.3</b>	<b>3.5-5.1</b>	<b>11.8</b>	<b>10.7-13.0</b>	<b>23.0</b>	<b>21.3-24.7</b>	<b>60.9</b>	<b>58.8-63.0</b>

**პირის ღრუს ტკივილი და დისკომფორტი.** უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე კბილის ტკივილის ან პირის ღრუში სხვა დისკომფორტის შეგრძნება აღნიშნა გამოკითხულთა 34.0%-მა (მამაკაცთა 33.0% და ქაღთა 35.0%) (სურათი #91).

**სურათი #91. ბოლო 12 თვის განმავლობაში კბილის ან პირის ღრუს ტკივილი სქესისა და ასაკის მიხედვით**

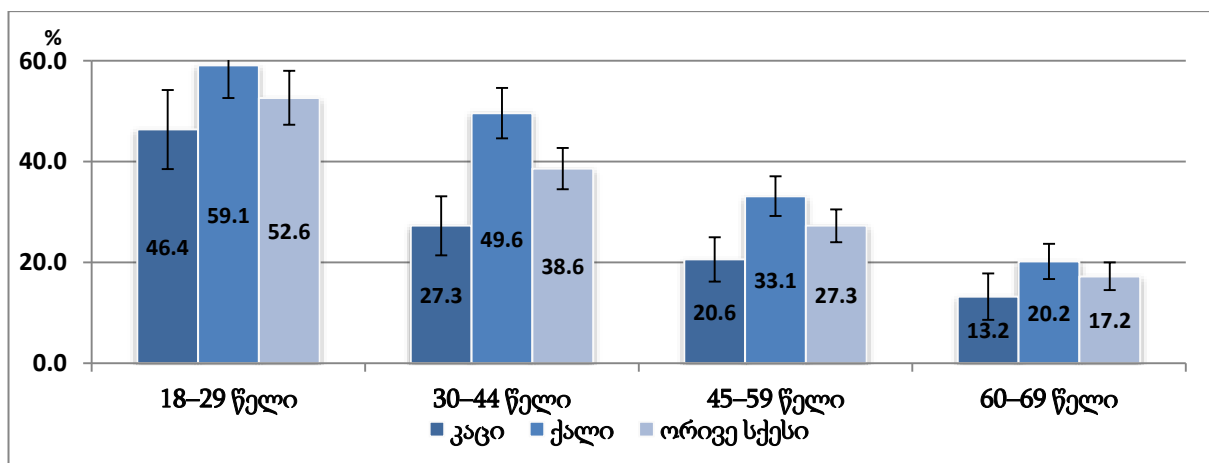




**პირის ღრუს ჰიგიენა.** რესპოდენტთა ძირითადი ნაწილი (86.2%; მამაკაცთა 82% და ქალთა 90%) დღეში მინიმუმ ერთხელ იხეხავს კბილებს. აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია (93.6%) 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ორივე სქესისთვის ამ მაჩვენებლის პრევალენტობა ყველაზე დაბალია 60-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

რაც შეეხება კბილების დღეში ორჯერ გახეხვის პრაქტიკას, აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ 35.3%, ამავდროულად, ქალებთან შედარებით 1.5-ჯერ ნაკლები კაცი იხეხავს კბილებს დღეში ორჯერ. ამ მაჩვენებლის პრევალენტობა ასაკთან ერთად კლებულობს და ყველაზე მაღალია (52.6%) 18-29 წლის ასაკში, მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა უპირატესობით. სქესობრივი ნიშნით განსხვავება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში დაფიქსირდა მდედრობითი სქესის სასარგებლოდ. აღსანიშნავია, რომ ორივე სქესისთვის კბილების ორჯერ გახეხვის სიხშირე ყველაზე დაბალი 60-69 წლის ასაკის წარმომადგენლებშია და მხოლოდ 17.2%-ს შეადგენს (სურათი #93).

**სურათი #93.** რესპოდენტთა ხვედრითი წილი ასაკისა და სქესის მიხედვით, რომლებიც კბილებს დღეში ორჯერ იხეხავენ



#### დასკვნები:

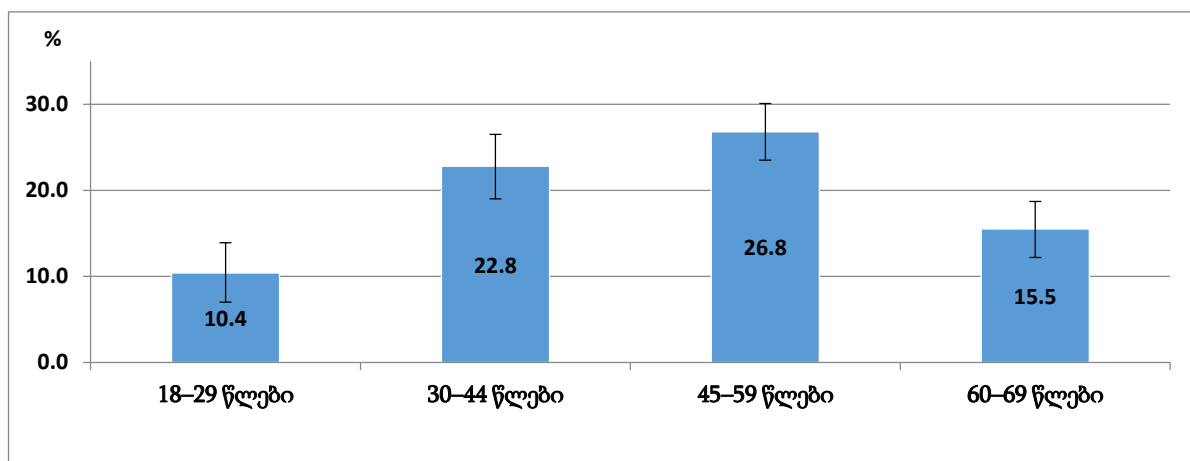
1. ყოველი ათი გამოკითხულიდან ექვსს 20-ზე მეტი ბუნებრივი კბილი აქვს, 4.3%-ს საერთოდ არ აქვს კბილი;
2. კბილების რაოდენობა სტაბილურად იკლებს ასაკის მატებასთან ერთად;
3. ბოლო 12 თვის განმავლობაში კბილის ტკივილის ან პირის ღრუში დისკომფორტის შესახებ მიუთითა რესპოდენტთა 34%-მა;
4. რესპოდენტთა 86.2% დღეში მინიმუმ ერთხელ იხეხავს კბილებს, კბილების დღეში 2-ჯერ გახეხვა მხოლოდ 35.3%-ში დაფიქსირდა. ორივე მაჩვენებლის სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

## საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი

გამოკითხული ქალების მხოლოდ 20%-მა მიუთითა, რომ სიცოცხლის მანძილზე თუნდაც ერთხელ ქონდათ ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული კვლევა. ასეთი ქალების ხვედრითი წილი ყველაზე მაღალი 30-59 წლების ასაკობრივ ჯგუფშია, თუმცა აღნიშნულ ჯგუფშიც გამოკითხულთა მხოლოდ მესამედზე ნაკლებს აქვს ჩატარებული (სურათი #94).

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამა ძუძუს კიბოსთან ერთად დაიწყო 2008 წელს თბილისის მუნიციპალიტეტის დაფინანსებით და ის იყო უფასო ქ.თბილისში მცხოვრები ქალებისთვის. 2011 წელს საქართველოს მთავრობამ მიიღო გადაწყვეტილება სკრინინგის პროგრამის ქვეყნის მასშტაბით გაფართოების და დაფინანსების შესახებ, რომელსაც მეთვალყურეობას უწევს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სამიზნე პოპულაციას 25-60 წლის ასაკის ქალები შეადგენენ და ის 3 წელიწადში ერთხელ ტარდება უფასოდ.

სურათი #94. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგით მოცვა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



### დასკვნები:

1. ყოველი ათი გამოკითხული ქალიდან მხოლოდ ორს (19.9%) აქვს ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი წარსულში.
2. 30-49 წლის ასაკის ქალებში, რომლებშიც საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი მაღალია, გამოკითხულთა თითქმის სამ მეოთხედს (76.1%) არასოდეს ჩატარებია საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი.
3. სკრინინგით მოცვის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (26.8%) გამოვლინდა 45-59 წწ ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო ყველაზე დაბალი (10.4%) – 18-29 წწ ასაკობრივ ჯგუფებში.

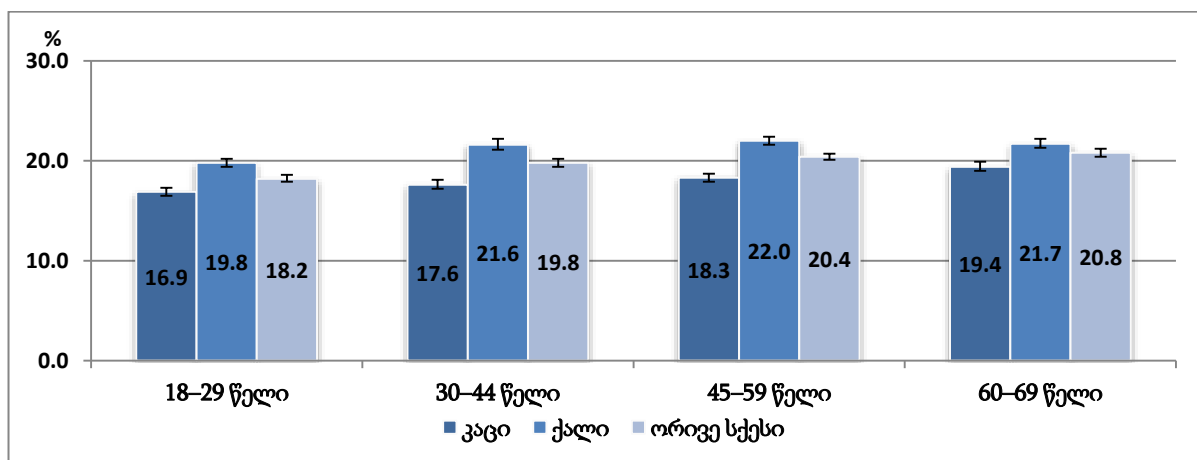
## სქესობრივი ჯანმრთელობა

რესპოდენტებს დაესვათ კითხვები სქესობრივი აქტივობის, სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკისა და თავდაცვის საშუალებების გამოყენების პრაქტიკის შესახებ.

კითხვაზე: „ოდესმე გქონიათ სქესობრივი კონტაქტი?“ – 10-დან 9 რესპოდენტმა გასცა დადებითი პასუხი; შედეგების მიხედვით, გამოკითხულ მამაკაცთა 96.7%-ს და ქაღთა 86.2%-ს ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კავშირი. ამ მაჩვენებლის ასაკობრივი თავისებურებების შეფასებისას ვარიაციები ნაკლებად გამოვლინდა; ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა 18-29 წლის ასაკში (75.2%).

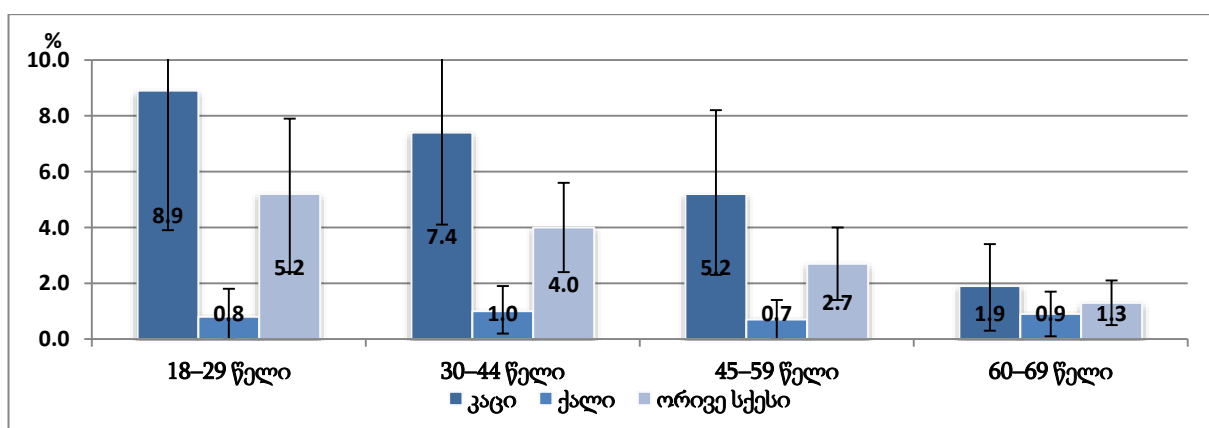
რესპოდენტების ასაკის საშუალო მაჩვენებელი პირველი სქესობრივი კავშირისას 19.8 წელია (ქალი - 21.5 წელი, კაცი - 18.1 წელი) (სურათი #95).

სურათი #95. ასაკის საშუალო მაჩვენებელი პირველი სქესობრივი კავშირისას



15 წლამდე სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდა გამოკითხულთა 3.4%-ს. ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად მაღალია მამაკაცთა შორის (6.3% და 0.9% შესაბამისად). 15 წლამდე სქესობრივი კავშირის მქონეთა შორის მაღალია 18-29 წლამდე ასაკის რესპოდენტთა ხვედრითი წილი. ასაკის მატებასთან ერთად ეს მაჩვენებელი პროპორციულად კლებულობს და 60-69 წლის რესპოდენტთა მხოლოდ 1.3% აღნიშნავს, რომ პირველი სქესობრივი კონტაქტი 15 წლამდე ჰქონდა. აღსანიშნავია, რომ მამაკაცთა ხვედრითი წილი 18-29 წლის ასაკობრივი ჯგუფის იმ წარმომადგენლებში ვისაც 15 წლამდე ჰქონდა სქესობრივი კავშირი, ქალებთან შედარებით 11-ჯერ მაღალია (სურათი #96).

სურათი #96. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც 15 წლამდე ჰქონდათ პირველი სქესობრივი კავშირი, ასაკისა და სქესის მიხედვით



კითხვაზე: „როდის გქონდათ **ბოლო სქესობრივი კონტაქტი?**“ მეოთხედზე მეტმა მიუთითა წინა კვირა ან ერთი კვირა - ერთი თვის პერიოდი; 12.6%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო სქესობრივი კონტაქტი ერთ წელზე მეტი ხნის წინ ქონდა.

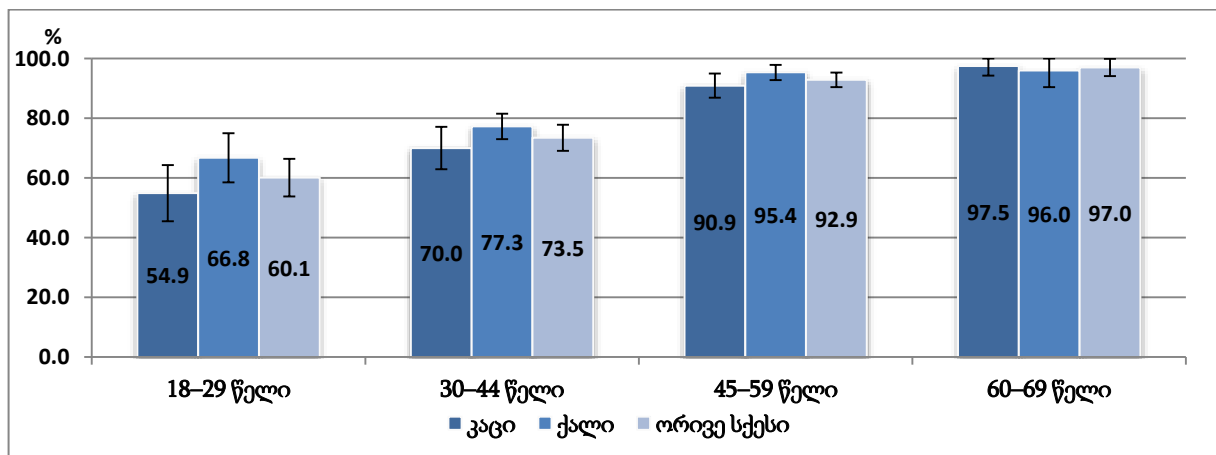
მათში, რომელთაც ბოლო სქესობრივი კონტაქტი ერთი კვირის ან ერთი კვირა - ერთი თვის პერიოდში ქონდა, ჭარბობს 18-29 და 30-44 წლამდე ასაკის ინდივიდთა ხვედრითი წილი. აღსანიშნავია, რომ იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც სქესობრივი კავშირი ერთი წელზე მეტი ხნის წინ ქონდათ, იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად.

ბოლოს სქესობრივი კავშირი წინა კვირას ქონდა ქალთა 22.8%-ს; დაახლოებით მეოთხედს ერთი კვირა - ერთი თვის განმავლობაში. გამოკითხულ ქალთა 18.5%-მა კი განაცხადა, რომ სქესობრივი კონტაქტი ქონდა ერთი წელზე მეტი ხნის წინ. მდებარეობითი სქესის იმ წარმომადგენლებში, რომელთაც სქესობრივი კავშირი ჰქონდათ გასულ კვირას, სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით მაღალია 18-29 წლის წარმომადგენელთა ხვედრითი წილი (43.9%), ხოლო ერთი კვირა - ერთი თვის პერიოდში სქესობრივი კონტაქტის მქონეთა შორის ჭარბობს 30-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის ხვედრითი წილი.

კაცებისთვის ეს მაჩვენებელი გადანაწილდა შემდეგნაირად: გამოკითხულ კაცთა 32.4% და 31.0%-ს სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდა ბოლო ერთი კვირის და ერთი კვირა - ერთი თვის განმავლობაში (შესაბამისად). აღსანიშნავია, რომ იმ მამაკაც რესპოდენტთა ნახევარი (49.9%), რომელთაც გასულ კვირას ჰქონდათ სქესობრივი კავშირი, 30-44 წლის წარმომადგენლები არიან.

**ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს არ გამოიყენა თავდაცვის საშუალება** გამოკითხულთა 76.9%-მა (მამაკაცთა 74% და ქალთა 80.4%). ასაკის ზრდასთან ერთად შეიმჩნევა ამ მაჩვენებლის ზრდა (სურათი #97).

**სურათი #97. იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო სქესობრივი კავშირისას არ გამოუყენებიათ თავდაცვის საშუალება, ასაკისა და სქესის მიხედვით**

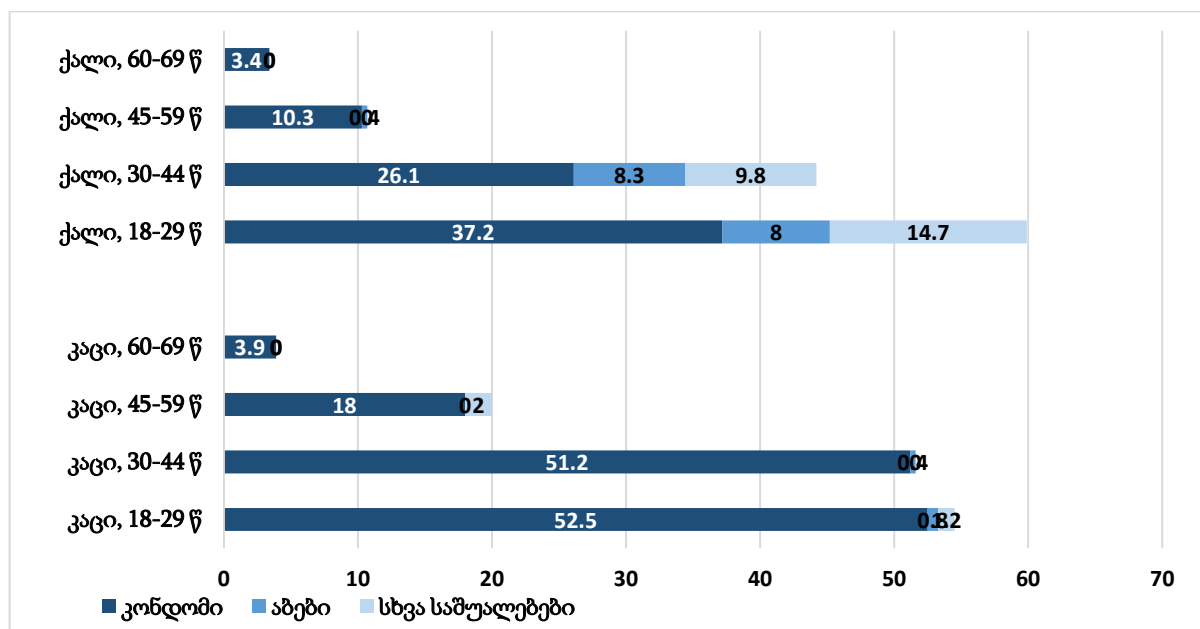


**ბოლო სქესობრივი კონტაქტისას გამოყენებული თავდაცვის საშუალებებიდან** გამოკითხულთა 32.6%-მა დაასახელა კონდომი, 2.5%-მა აბები, 3.6%-მა კი მიუთითა სხვა მეთოდი. აღსანიშნავია, რომ კონდომის გამოყენება ყველაზე ხშირად დასახელდა 18-29 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში (47.3%), ხოლო აბები სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით უფრო ხშირად გამოიყენეს 30-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებმა (3.9%).

თავდაცვის სხვა საშუალებებისაგან განსხვავებით კონდომის გამოყენება ბოლო სქესობრივი კავშირისას უფრო ხშირად სახელდება როგორც კაცების, ასევე ქალების მიერ: გამოკითხულ კაცთა 39.5% და ქალთა 22.6%-მა. აღსანიშნავია, რომ ყველა ასაკობრივ ჯგუფში კაცები ქალებთან შედარებით მეტად აღნიშნავენ კონდომის გამოყენებას.

რაც შეეხება აბებისა და თავდაცვის სხვა საშუალებების გამოყენებას, მათი სიხშირე ძალიან დაბალია და ერთმნიშვნელოვნად ქალებში ჭარბობს. გამოკითხულ ქალთა 5.4% მოიხმარს აბებს და 7.6% იყენებს თავდაცვის სხვა საშუალებას. კაცებში იგივე მაჩვენებლებია: 0.45% და 0.8%, შესაბამისად (სურათი #98).

**სურათი #98. ბოლო სქესობრივი კავშირისას გამოყენებული თავდაცვის საშუალებები ასაკისა და სქესის მიხედვით**



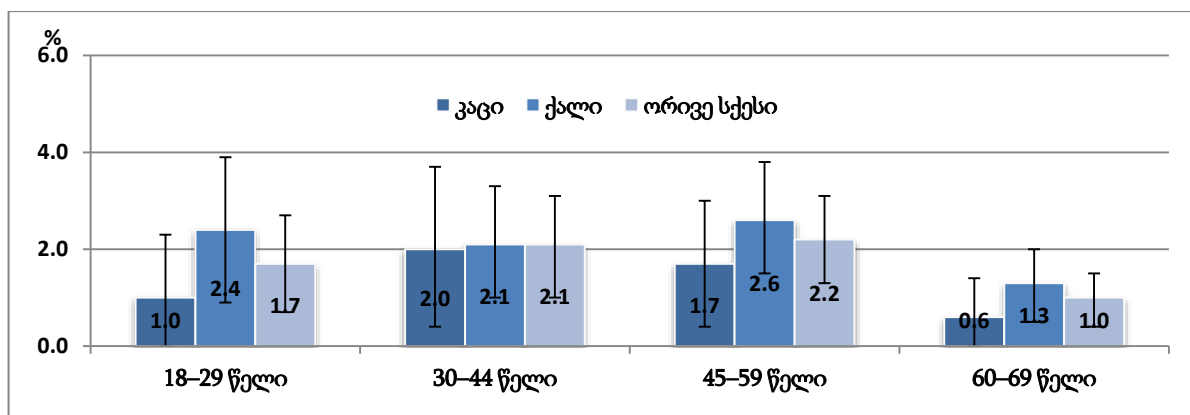
### დასკვნები:

1. 10 გამოკითხულიდან 9-ს ოდესმე ჰქონია სქესობრივი კონტაქტი;
2. რესპოდენტების ასაკის საშუალო მაჩვენებელი პირველი სქესობრივი კავშირისას 19.8 წელია (ქალი - 21.5 წელი, მამაკაცი - 18.1 წელი);
3. 15 წლამდე სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდა გამოკითხულთა 3.4%-ს. ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად მაღალია მამაკაცთა შორის ქალებთან შედარებით (6.3% და 0.9% შესაბამისად);
4. ბოლო სქესობრივი კონტაქტი გამოკითხულთა მეოთხედზე მეტს ჰქონდა წინა კვირას ან 1 კვირა - 1 თვის პერიოდში, 12.6%-ს კი 1 წელზე მეტი ხნის წინ;
5. გამოკითხულთა დიდ ნაწილს (76.9%) ბოლო სქესობრივი კავშირის დროს თავდაცვის საშუალება არ გამოუყენებია;
6. მათში, ვისაც ბოლო სქესობრივი კავშირისას არ გამოუყენებია თავდაცვის საშუალება, ჭარბობენ მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები;
7. ბოლო სქესობრივი კონტაქტისას გამოყენებული თავდაცვის საშუალებებიდან ყველაზე ხშირად დასახელდა კონდომი (32.6%); აბების და სხვა საშუალებების მოხმარება კი ძალიან მცირეა (2.5% და 3.6%, შესაბამისად);
8. კონდომის გამოყენება ყველაზე მაღალია 18-29 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში (47.3%).

## მენტალური ჯანმრთელობა/სუიციდი

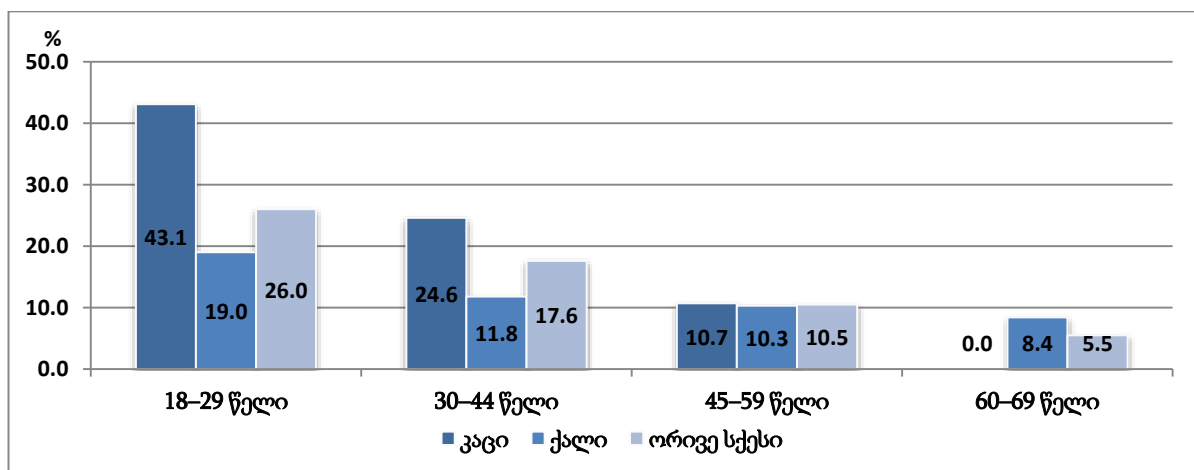
კითხვაზე: „ბოლო 12 თვის განმავლობაში სერიოზულად გიფიქრიათ სუიციდის განხორციელებაზე?“ დადებითი პასუხი გასცა რესპოდენტთა 1.8%-მა (მამაკაცთა 1.5% და ქალების 2.2%). აღსანიშნავია, რომ ქალებში, მამაკაცებთან შედარებით, ეს მაჩვენებელი მაღალია ყველა ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი #99).

სურათი #99. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში უფიქრიათ სუიციდის განხორციელებაზე, სქესისა და ასაკის მიხედვით



მონაცემთა მიხედვით, მათ შორის, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში უფიქრიათ თვითმკვლელობის შესახებ, თვითმკვლელობის განხორციელების გზები დაგეგმა 16.0%-მა (მამაკაცთა 20% და ქალთა 12.8%). აღსანიშნავია, რომ ამ მაჩვენებლის პრევალენტობა ყველაზე მაღალი 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფშია (26.0%). დამატებით, აღნიშნულ ასაკობრივ კატეგორიაში კაცების ხვედრითი წილი ქალებთან შედარებით 2.3-ჯერ მაღალია, ხოლო 60-69 წლის ასაკში საპირისპირო სიტუაციაა (კაცებში 0%, ქალებში 8.4%) (სურათი #100).

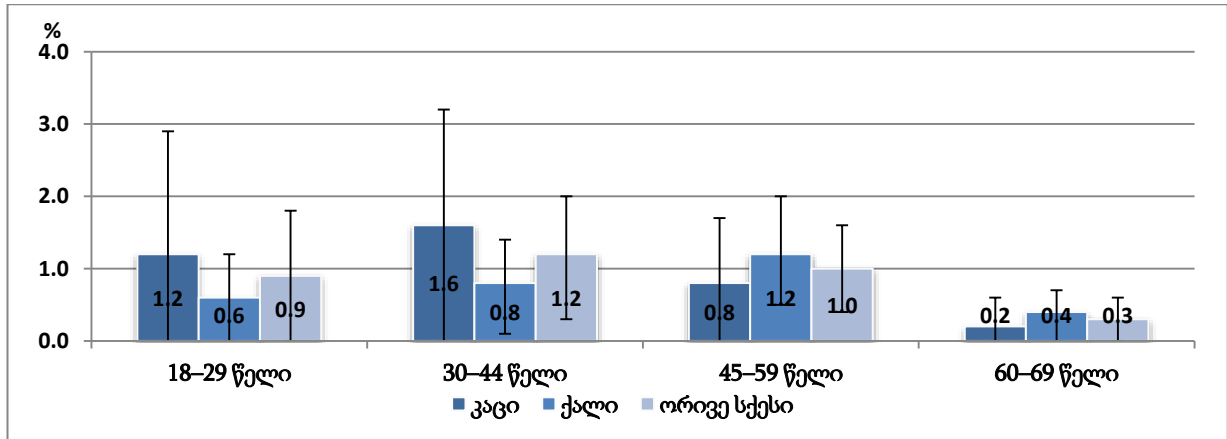
სურათი #100. რესპოდენტებს შორის, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში უფიქრიათ თვითმკვლელობის შესახებ იმ პირების ხვედრითი წილი (%) სქესისა და ასაკის მიხედვით, რომელთაც დაგეგმეს თვითმკვლელობის განხორციელების გზები



კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა 0.9% ოდესმე უცდია თვითმკვლელობა. ამ მაჩვენებლის პრევალენტობა მამაკაცებში ქალებთან შედარებით მაღალია (1.1% და 0.9%

შესაბამისად). ყველაზე ხშირად თვითმკვლელობის მცდელობა გამოვლინდა 30-44 წლამდე მამაკაცთა და 45-59 წლის ქალთა პოპულაციაში (1.65% და 1.2%, შესაბამისად) (სურათი # 101).

სურათი #101. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი (%) სქესისა და ასაკის მიხედვით, რომელთაც ოდესმე უცდიათ თვითმკვლელობა



#### დასკვნები:

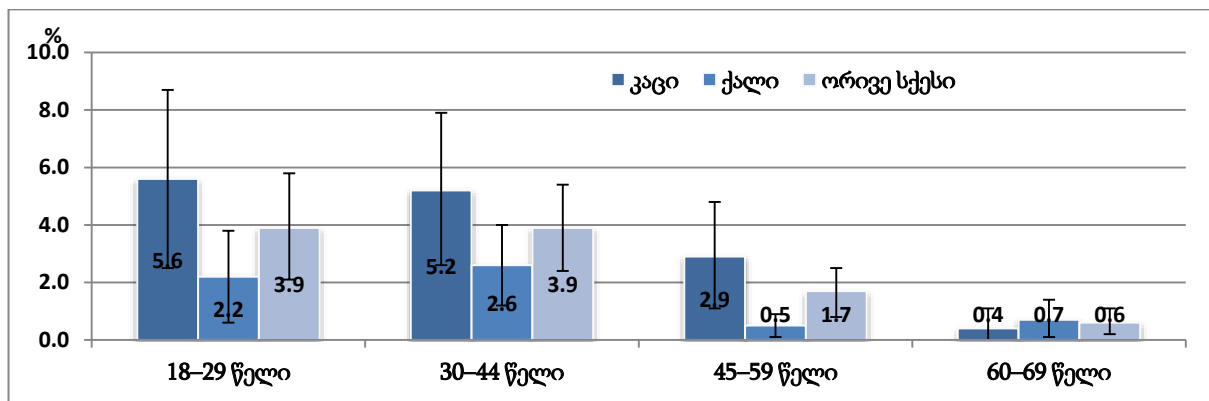
1. ბოლო 12 თვის განმავლობაში რესპოდენტთა 1.5%-ს სერიოზულად უფიქრია სუიციდის განხორციელებაზე;
2. ბოლო 12 თვის განმავლობაში გამოკითხულთა შორის, რომელთაც უფიქრიათ სუიციდზე, 16.0%-მა დაგეგმა თვითმკვლელობის განხორციელების გზები;
3. გამოკითხულთა 0.9%-ს ოდესმე უცდია თვითმკვლელობა.



## ავტო-საგზაო შემთხვევებით გამოწვეული ტრავმა

ბოლო 12 თვის განმავლობაში ავტოსაგზაო შემთხვევაში მოყვა რესპოდენტთა 2.7% (მამაკაცთა 4.0% და ქალთა 1.5%). ეს მაჩვენებელი შედარებით მაღალია 18-29 და 30-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში და 3.9%-ს შეადგენს (სურათი #102).

სურათი #102. იმ რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც ბოლო 12 თვის განმავლობაში მოყვნენ ავტოსაგზაო შემთხვევებში, სქესისა და ასაკის მიხედვით



### დასკვნა:

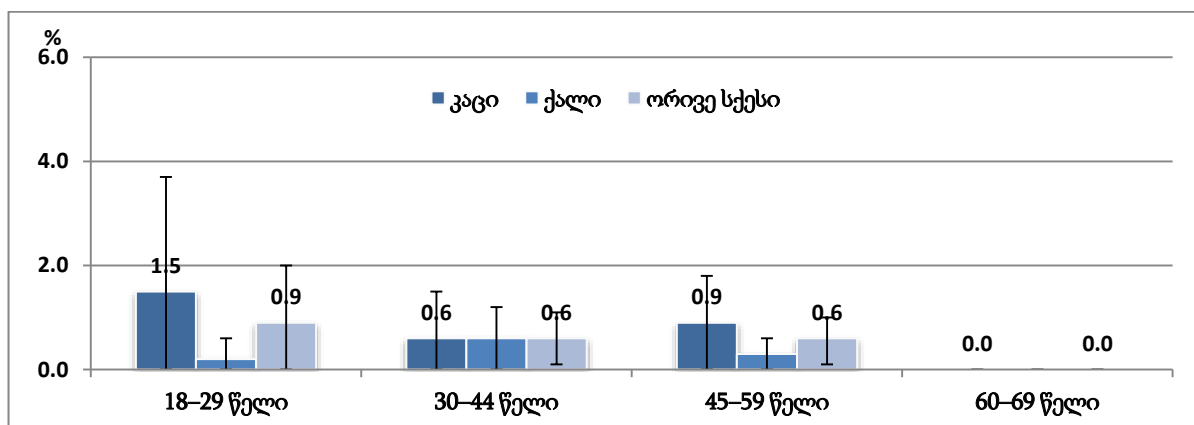
1. ბოლო 12 თვის განმავლობაში ავტოსაგზაო შემთხვევა დაფიქსირდა გამოკითხულთა 2.7%-ში; პრევალენტობა მაღალია 18-29 და 30-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

## ძალადობა

კვლევაში მონაწილეებს დაესვათ კითხვები ბოლო 12 თვის განმავლობაში სერიოზული ტრავმით დასრულებული ძალადობის შემთხვევების, ტრავმის მიზეზებისა და მომალედესთან მათი ნათესაური თუ ოჯახური კავშირის შესახებ.

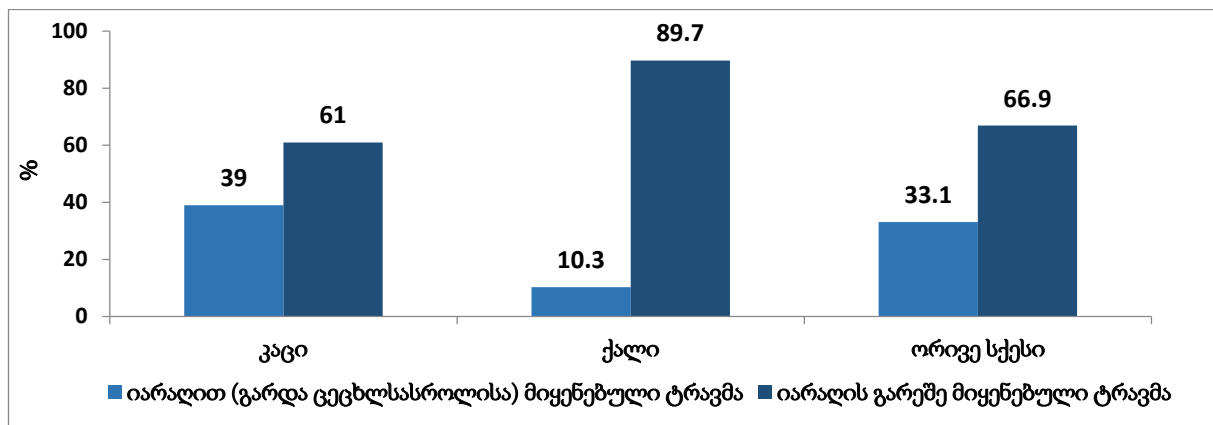
კვლევაში მონაწილეთა 0.6%-მა განაცხადა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ყოფილა ძალადობრივი შემთხვევის მსხვერპლი, რის შედეგადაც მიიღო ტრავმა და დასჭირდა სამედიცინო ჩარევა. მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი ქალებთან შედარებით მაღალია (0.8% და 0.3%, შესაბამისად). აღსანიშნავია, რომ სხეულის დაზიანებით დამთავრებული ძალადობის მსხვერპლთა პრევალენტობა ყველაზე მაღალია 18-29 წლის ასაკში; ამავდროულად, ამ ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებში უფრო ხშირია ქალებთან შედარებით (1.5% და 0.2% შესაბამისად). მამაკაცთა შორის სხეულის დაზიანებით დამთავრებული ძალადობის მსხვერპლთა სიხშირე 0.6%-1.5%-ის, ხოლო ქალებში 0.2%-0.6%-ის ფარგლებში ვარირებს ასაკის მიხედვით (სურათი #103).

**სურათი #103. რესპოდენტთა ხვედრითი წილი, რომლებიც ბოლო 12 თვის პერიოდში სერიოზულად დაზიანდნენ ძალადობის შედეგად ასაკისა და სქესის მიხედვით**



იმ რესპოდენტების მიერ, რომლებმაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ძალადობრივი ინციდენტის შედეგად სერიოზული ტრავმა მიიღეს, დაზიანების მიზეზად უმეტესად (66.9%) დასახელდა იარაღის გარეშე (მ.შ. დარტყმა, ხელის კვრა), ხოლო 33.1%-ში იარაღით (გარდა ცეცხლსასროლი იარაღისა) მიყენებული ტრავმა. აღსანიშნავია, რომ 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია იარაღით (გარდა ცეცხლსასროლისა) მიყენებული ტრავმის პრევალენტობა (61.5%), ხოლო 30-44 წლის და 60-69 წლის ჯგუფებში ჭარბობს იარაღის გარეშე მიყენებული ტრავმა (100% და 78.1%, შესაბამისად). საყურადღებოა ვარიაცია სქესის მიხედვითაც: კეძოდ, ძალადობის მსხვერპლ მამაკაცებში თითქმის 4-ჯერ მაღალია იარაღით (გარდა ცეცხლსასროლისა) მიყენებული ტრავმების პრევალენტობა ქალებთან შედარებით; ხოლო ქალებში 1.5-ჯერ მაღალია ტრავმა იარაღის გარეშე. დამატებით, გასული წლის განმავლობაში სხეულის დაზიანების მიზეზად 30-44 წლამდე ასაკის ყველა მამაკაცმა და 18-44 წლის ყველა ქალმა იარაღის გარეშე ტრავმა დაასახელა (სურათი #104).

სურათი #104. ძალადობის მსხვერპლთა შორის ძალადობრივი ინციდენტის შედეგად განვითარებული ტრავმის მიზეზები სქესის მიხედვით

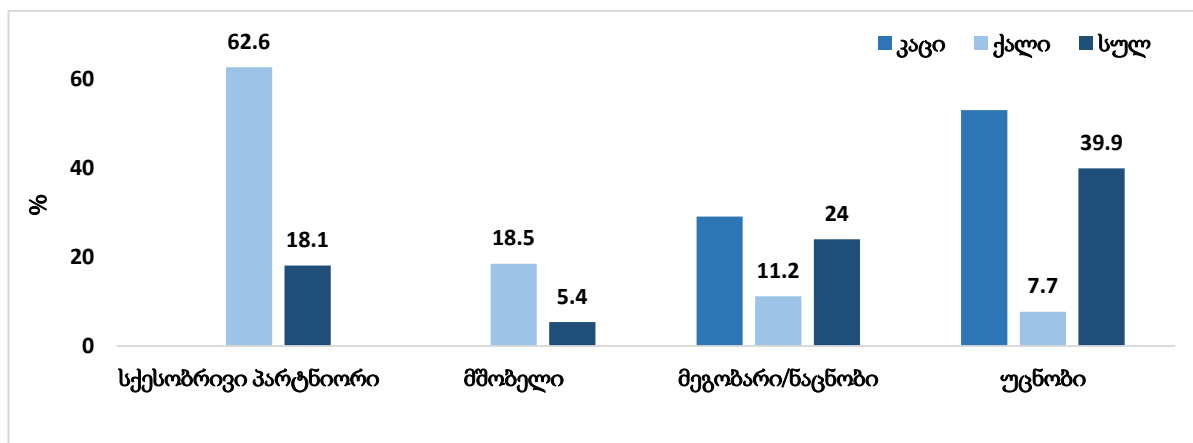


იმ რესპოდენტებში, რომლებიც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ძალადობრივი ინციდენტის შედეგად სერიოზული ტრავმა მიიღეს, 10 გამოკითხულიდან 4-მა მოძალადედ მისთვის უცნობი ადამიანი დაასახელა, დაახლოებით 1/5-მა მეგობარი/ნაცნობი, 18.1%-მა ინტიმური პარტნიორი და 5.4%-მა კი მშობელი.

ძალადობის მსხვერპლ ქალთა 62.6%-ში მოძალადე სქესობრივი პარტნიორია. ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 30-44 წლამდე ქალებში (83.4%). ძალადობის მსხვერპლი ქალების მიერ მოძალადედ სიხშირით მეორე ადგილზე დასახელდა მშობელი (18.5%); 18-29 წლის გოგონათა 100% მოძალადედ სწორედ რომ მშობელს ასახელებს.

იმ მამაკაცთა ნახევარზე მეტმა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ძალადობის შედეგად სერიოზული ტრავმა მიიღო, მოძალადედ მისთვის უცნობი, ხოლო 29.1%-მა მეგობარი/ნაცნობი დაასახელა. გამოიკვეთა ასაკობრივი ვარიაციაც: 18-29 წლის კაცების 69.4% მოძალადედ უცნობს ასახელებს, ხოლო 30-59 წლის მამაკაცების უმეტესობა კი ნაცნობს (სურათი #105).

სურათი #105. ძალადობა მიყენებული სხვადასხვა პიროვნებების მიერ, სქესის მიხედვით



### დასკვნები:

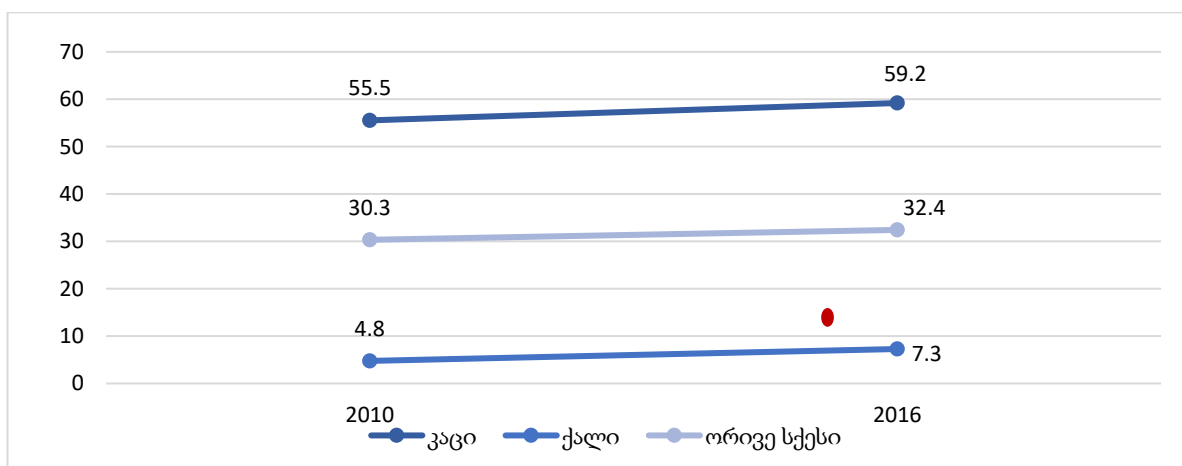
1. კვლევაში მონაწილეთა 0.6% ბოლო 12 თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც ყოფილა ძალადობრივი ინციდენტის მსხვერპლი, რის შედეგადაც მიიღო ტრავმა და დასჭირდა სამედიცინო ჩარევა;
2. ბოლო 12 თვის განმავლობაში ქალებთან შედარებით მამრობითი სქესის უფრო მეტი წარმომადგენელი აღმოჩნდა ძალადობის მსხვერპლი;
3. ბოლო 12 თვის განმავლობაში ძალადობრივი ტრავმის ყველაზე ხშირი მიზეზი ათიდან თითქმის 7 შემთხვევაში იარაღის გარეშე (მ.შ. დარტყმა, ხელის კვრა) მიყენებული ტრავმაა;
4. 18-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში მაღალია იარაღით (გარდა ცეცხლსასროლისა) მიყენებული ტრავმის პრევალენტობა;
5. ძალადობის მსხვერპლ გამოკითხულ ქალთა 62.6%-ში მოძალადე სქესობრივი პარტნიორია.

## არაბადამდე დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევა 2010-2016

### თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს ამჟამად მოხმრებელთა მაჩვენებელი გაიზარდა როგორც მამაკაცებში (55.5%-დან 59.2%-მდე), ასევე ქალებში (4.8%-და 7.3%-მდე); კოტინინის ტესტით ქალებში მაჩვენებელმა 12.2% შეადგინა.

სურათი #106. თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარება (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



თამბაქოს მოხმარების დაწყების საშუალო ასაკმა 18.6-დან (2010) 18.2 წლამდე (2016) დაიწია; მამრობითი სქესის წარმომადგენლებში ამ მაჩვენებელმა 18.3-დან 17.7 წლამდე, ხოლო ქალებში 23.2 წლიდან 22.1 წლამდე დაიწია.

მამაკაცებში სამრეწველო წარმოების სიგარეტის მოხმარება მცირედით (0.3%-ით) შემცირდა, ხოლო ქალებში ეს მაჩვენებელი უცვლელად 100% რჩება.

2016 წლისთვის, 2010 წელთან შედარებით 1.9 ღერით გაიზარდა ყოველდღიურ მწვევლებში დღიურად მოწეული სამრეწველო წარმოების სიგარეტის ღერების საშუალო რაოდენობა და საშუალოდ 21.4 ღერი შეადგინა. აღსანიშნავია, რომ მამაკაცებში დღიურად მოწეული ღერების საშუალო რაოდენობა უფრო მნიშვნელოვნად გაიზარდა (19.9-დან 22.3-მდე) ქალებთან (14.0-დან 14.4-მდე) შედარებით.

### ალკოჰოლის მოხმარება

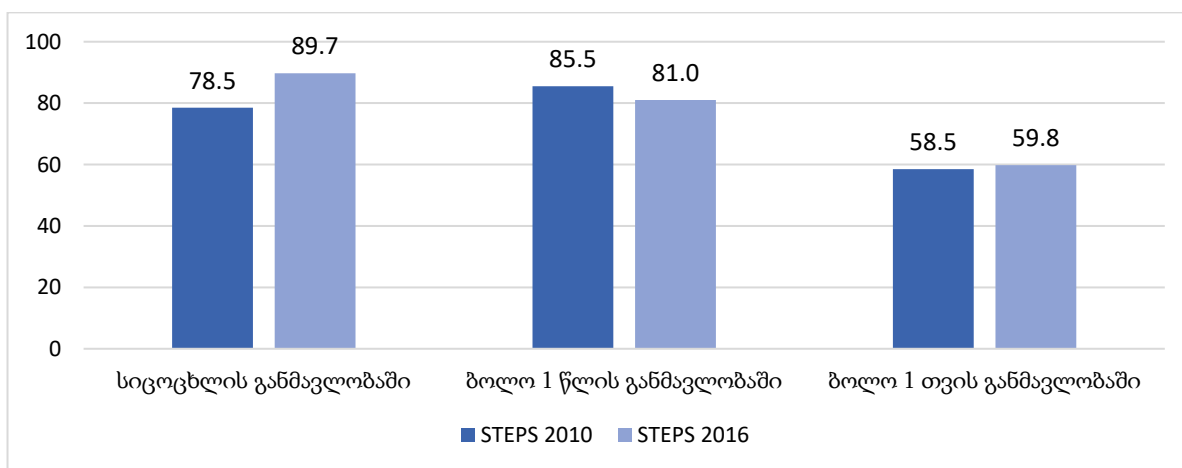
სტატისტიკურად სარწმუნო და ამავდროულად მნიშვნელოვანი ცვლილებები გამოვლინდა ალკოჰოლის მოხმარებასთან მიმართებაში: იმ რესპოდენტთა წილი, რომელთაც ცხოვრების მანძილზე არ მოუხმარიათ ალკოჰოლური სასმელი, თითქმის განახევრდა (21.5%-დან 10.3%-მდე). აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი განახევრდა როგორც კაცების, ასევე ქალების შემთხვევაშიც და შეადგინა 4.1% და 16.1%, შესაბამისად. ალკოჰოლის სიცოცხლის განმავლობაში მოხმარება - 78.5%-დან (2010) 89.7%-მდე (2016) გაიზარდა.

მიუხედავად იმისა, რომ გაიზარდა იმ რესპოდენტთა რაოდენობა რომელთაც ერთხელ მაინც გაუსინჯავთ ალკოჰოლური სასმელი, მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ 4.5%-ით გაიზარდა იმ რესპოდენტთა რაოდენობაც, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში არ მოუხმარიათ

ალკოჰოლური სასმელი. 2010 წელთან შედარებით 2016 წელს იმ ქალების რაოდენობა, რომელთაც გასული წლის განმავლობაში არ მიუღიათ ალკოჰოლური სასმელი 7.4%-ით გაიზარდა. მართალია, მამრობითი სქესის წარმომადგენლებშიც დაფიქსირდა ამ მაჩვენებლის ზრდა, თუმცა 2010 და 2016 წლის მონაცემებს შორის სხვაობა ძალიან მცირეა (9.7% და 10.8% შესაბამისად).

მცირე ცვლილება გამოვლინდა 2010 და 2016 წლების იმ მონაცემებს შორის, რომელიც ბოლო 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელებას ასახავს: ალკოჰოლის მოხმარება ბოლო 7 დღის განმავლობაში 41.5%-დან 40.2%-მდე შემცირდა, რაც მეტწილად ასახავს ამ მაჩვენებლის შემცირების ტენდენციას მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებში: 2010 წელთან შედარებით 2016 წელს 1.7%-ით ნაკლებმა ქალმა მოიხმარა ალკოჰოლი ბოლო 30 დღის განმავლობაში. კაცებში კი ეს მაჩვენებელი მართალია უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც გაიზარდა (0.4 %-ით): 2016 წელს ბოლო 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლი მოიხმარა ქალების 21.7%, ხოლო კაცების 59.8%-მა.

სურათი #107. ალკოჰოლის მოხმარება (%), 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა გამოვლინდა 2010-2016 წლებში ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების (2010 წლისთვის განისაზღვრა როგორც კაცებისთვის 5 ან მეტი და ქალებისთვის 4 ან მეტი სასმელის მიღება ბოლო 30 დღის განმავლობაში ერთი შემთხვევის ფარგლებში; 2016 წლისთვის კი - კაცებისთვის 6 ან მეტი სასმელის მიღება ბოლო 30 დღის განმავლობაში ერთი შემთხვევის ფარგლებში) ტენდენციის მხრივაც - მნიშვნელოვნად შემცირდა ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელთა რაოდენობა - 2016 წელს 2010 წელთან შედარებით 13.4%-ით ნაკლები კაცი და 7.4%-ით ნაკლები ქალი მოიხმარს ალკოჰოლს ჭარბად - შედეგად, ალკოჰოლს ჭარბად მოიხმარს გამოკითხული კაცების 6.4% და ქალების 2.8%.

## კვება

2016 წლის მონაცემებით 2010 წელთან შედარებით ტიპიური კვირის განმავლობაში ხილის მოხმარების დღეების საშუალო რაოდენობის უმნიშვნელო (0.4 ერთეულით), თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო ზრდა შეიმჩნევა. კაცებში იმ დღეების საშუალო რაოდენობა, როცა მოიხმარენ ხილს, გაიზარდა 0.4-ით, ხოლო ქალებში 0.2 ერთეულით და შეადგინა 5.1 და 5.4 დღე, შესაბამისად. აღსანიშნავია, რომ როგორც კაცების, ასევე ქალების შემთხვევაში

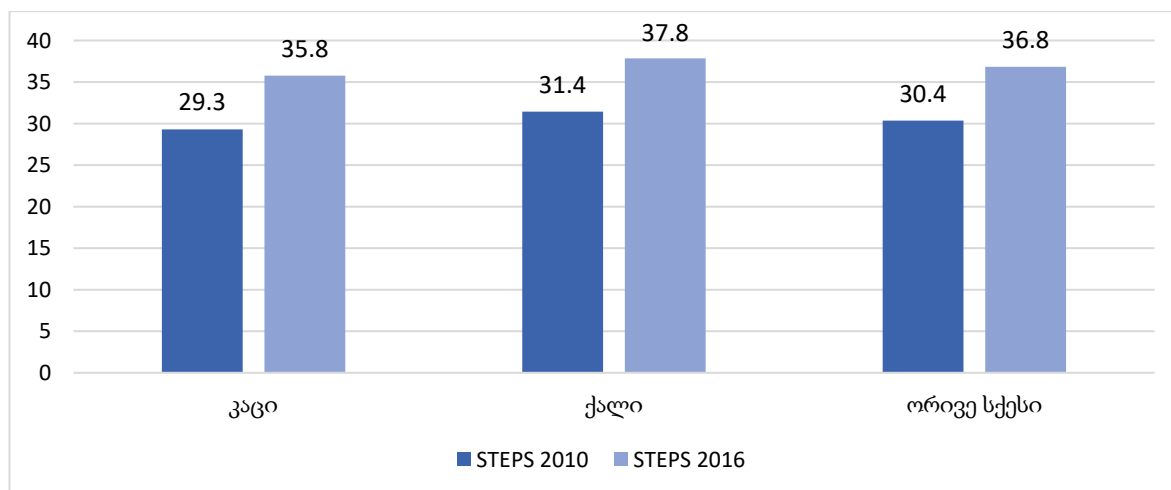
საშუალოდ 0.2 ერთეულით გაიზარდა დღიურად მიღებული ხილის ულუფების რაოდენობაც და შეადგინა 1.9 და 2.1 ულუფა, შესაბამისად.

ხილის მოხმარების მსგავსად, უმნიშვნელოდ გაიზარდა ტიპიური კვირის განმავლობაში როგორც ბოსტნეულის მოხმარების დღეების, ასევე დღიურად მიღებული ბოსტნეულის ულუფების საშუალო მაჩვენებელიც: კერძოდ, 2016 წლის მონაცემების მიხედვით დღეების საშუალო მაჩვენებელი როდესაც რესპოდენტები მოიხმარდნენ ბოსტნეულს, გაიზარდა 0.1 ერთეულით და საშუალოდ 5.9 დღე შეადგინა. აღსანიშნავია, რომ ორივე სქესის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი თანაბრად (0.1 ერთეულით) გაიზარდა და შეადგინა 5.9 და 6.0 დღე, შესაბამისად.

რაც შეეხება მიღებული ბოსტნეულის ულუფების საშუალო რაოდენობას, აქაც დაფიქსირდა მცირე მატება; კერძოდ, მიღებული ულუფების რაოდენობა 0.2 ერთეულით გაიზარდა და შეადგინა საშუალოდ 2.4 ულუფა დღეში (როგორც კაცების, ასევე ქალების შემთხვევაში).

ზემოთ ნახსენები ტენდენციის გათვალისწინებით, მოულოდნელი არ არის ის ფაქტი, რომ 2010 წელთან შედარებით 2016 წელს დღიურად საშუალოდ 5 ულუფაზე ნაკლები ხილის და/ან ბოსტნეულის მოხმარება 69.6%-დან (2010) 63.2%-მდე (2016) შემცირდა; მამაკაცებში, ისევე როგორც ქალებში, ეს მაჩვენებელი 6.5%-ით შემცირდა და შეადგინა 64.2% და 62.1% შესაბამისად, რაც ნიშნავს, რომ 2016 წელს მოსახლეობის შედარებით მეტი ნაწილი მოიხმარს დღიურად ხილისა და ბოსტნეულის 5 ან მეტ ულუფას. დღეში 5 და მეტი ულუფა ხილის და/ან ბოსტნეულის მოხმარება - 30.4%-დან (2010) 36.8%-მდე (2016) გაიზარდა

**სურათი #108. ხილისა და ბოსტნეულის 5 და მეტი ულუფის მიღება (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016**



## ფიზიკური აქტივობა

2016 წლის მონაცემებით 2010 წელთან შედარებით დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობაზე საშუალოდ დახარჯული დროის რაოდენობა (წუთების საშუალო რაოდენობა დღეში) 4.3 წუთით შემცირდა და შეადგინა საშუალოდ 198.3 წუთი. აღსანიშნავია, რომ მამაკაცები 5 წუთით ნაკლებს ხარჯავენ მსგავს აქტივობაზე 2010 წელთან შედარებით; ქალებში ეს სხვაობა მხოლოდ 2 წუთს შეადგენს.

სტატისტიკურად სარწმუნო და მნიშვნელოვანი კლება დაფიქსირდა დღის განმავლობაში სამსახურთან დაკავშირებულ აქტივობებზე დახარჯული დროის რაოდენობასთან (წუთების



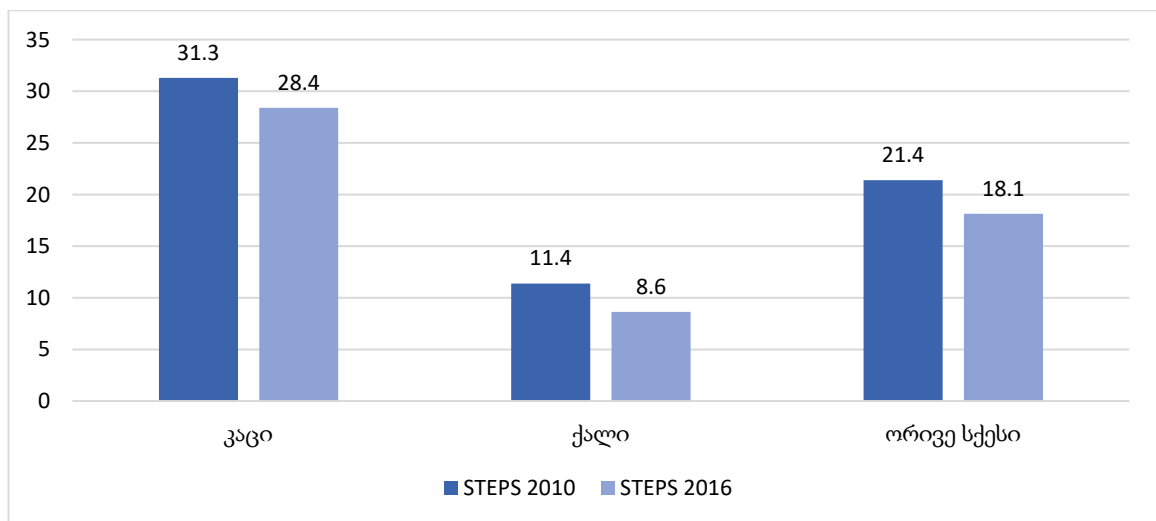
საშუალო რაოდენობა დღეში) მიმართებაში: 2016 წელს სამსახურთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე საშუალოდ 126.8 წუთი იხარჯება რაც 14.9 წუთით ნაკლებია 2010 წლის მონაცემებთან შედარებით. კლებადი ტენდენცია განსაკუთრებით თვალსაჩინოა მდედრობითი სქესის შემთხვევაში; ქალები 16.4 წუთით, ხოლო კაცები 12.5 წუთით ნაკლებს დროს ხარჯავენ სამსახურთან დაკავშირებულ აქტივობებზე (114.8 და 139.7 წუთი, შესაბამისად).

ნიშანდობლივია 2010 წელთან შედარებით 2016 წელს ტრანსპორტთან დაკავშირებულ აქტივობებზე დახარჯული დროის ზრდა - 10.4 წუთით აღემატება 2010 წლის იგივე მონაცემებს. ტრანსპორტთან დაკავშირებულ აქტივობებზე დახარჯული დრო განსაკუთრებით გაიზარდა ქალებში (45.7-დან 60.1 წუთამდე); ხოლო მამაკაცებში ამ მაჩვენებელმა 6.6 წუთით მოიმატა (62.2-დან 68.8 წუთამდე).

დასვენებასთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე დახარჯული დრო ორივე სქესისთვის მცირე (საშუალოდ 1.1 წუთი), თუმცა მზარდი ტენდენციით ვლინდება და 2016 წლის მონაცემებით საშუალოდ 11.9 წუთს შეადგენს.

აღსანიშნავია, რომ 2010 წელთან შედარებით 2016 წელს დაახლოებით 3%-ით გაიზარდა იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომლებიც არ არიან ჩართულნი ძლიერ ფიზიკურ აქტივობაში. როგორც კაცების, ასევე ქალების შემთხვევაში ძლიერი ფიზიკური აქტივობის არმქონე პირთა მაჩვენებელი თანაბრად გაიზარდა (2.9% და 2.8%) და 2016 წლისთვის შეადგინა 71.6% და 91.4%, შესაბამისად.

#### სურათი #109. ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



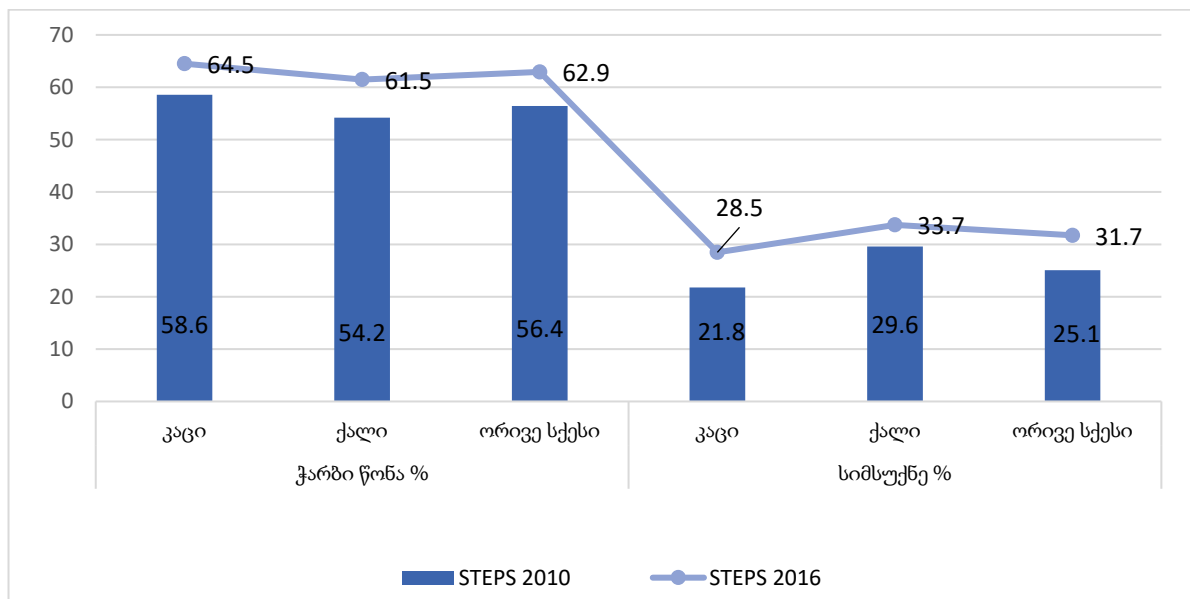
#### ანთროპომეტრია

2016 წელს 2010 წელთან შედარებით სხეულის მასის ინდექსი 1.2 ერთეულით გაიზარდა და 26.7 შეადგინა. აღსანიშნავია, რომ სხეულის მასის ინდექსის ზრდა თითქმის თანაბარია როგორც მამრობითი, ასევე მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებისთვის (1.2 და 1.1 ერთეული, შესაბამისად).

ჭარბწონიანობის ( $BMI \geq 25$  კგ/მ<sup>2</sup>) გავრცელების პროცენტული მაჩვენებელი 2016 წელს 2010 წელთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნო მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. 2016 წელს 2010 წელთან შედარებით 5.9%-ით მეტი (სულ 64.5%) მამაკაცი და 7.3%-ით მეტი (სულ 61.5%) ქალია ჭარბწონიანი.

რაც შეეხება სიმსუქნის ( $BMI \geq 30$  კგ/მ<sup>2</sup>) გავრცელებას, ამ შემთხვევაშიც გამოვლინდა სტატისტიკურად სარწმუნო მზარდი ტენდენცია (6.6%-იანი ზრდა (25.1%-დან 31.7%-მდე)). აღსანიშნავია, რომ ჭარბწონიანობისაგან განსხვავებით სიმსუქნის მატების ტენდენცია უფრო სერიოზულია მამაკაცებში (7.8%), ვიდრე ქალებში (5.2%) და შესაბამისად 29.6% და 33.7%-ია.

**სურათი #110. ჭარბი წონა და სიმსუქნე (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016**



ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელების მატების კვალდაკვალ გაიზარდა წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელიც, რომელიც კაცების შემთხვევაში საშუალოდ 4.4 სმ-ით, ხოლო ქალების შემთხვევაში 3.9სმ-ით მეტია 2010 წლის იმავე მაჩვენებელთან შედარებით.

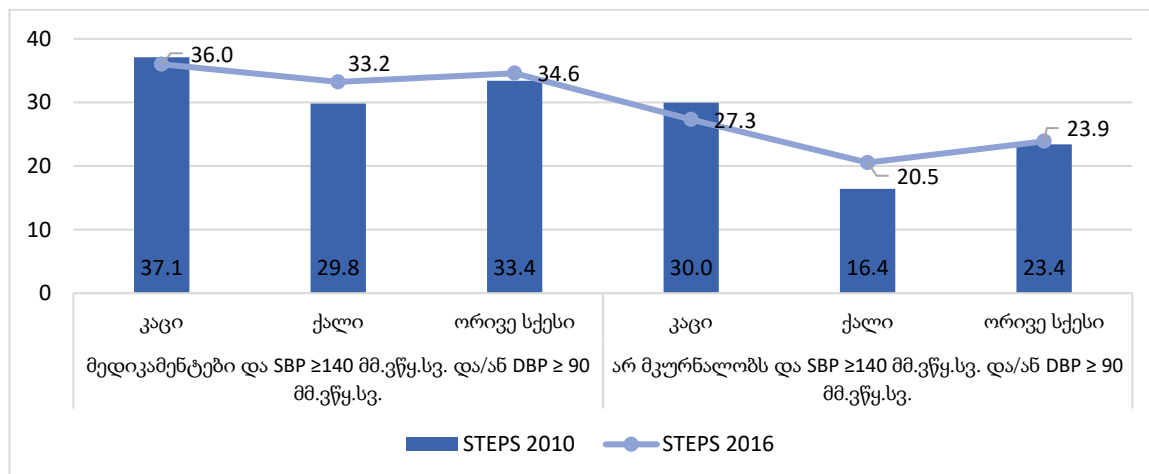
### არტერიული წნევის მაჩვენებლები

მცირედ შეიცვალა სისტოლური (129.3 მმ.ვწყ.სვ.-დან 128 მმ.ვწყ.სვ.-მდე) და დიასტოლური წნევის (81.3 მმ.ვწყ.სვ.-დან 81.9 მმ.ვწყ.სვ.-მდე) მაჩვენებლები. მამაკაცებში სისტოლურმა წნევამ 1.5 ერთეულით (133.0-დან 131 მმ.ვწყ.სვ.-მდე), ხოლო ქალებში 0.8 ერთეულით (125.7 -დან 124.9 მმ.ვწყ.სვ.-მდე) დაიკლო. რაც შეეხება დიასტოლურ წნევას, კაცების შემთხვევაში მაჩვენებელი შემცირდა 0.1 ერთეულით, მაშინ როცა ქალებში ეს მაჩვენებელი 1.3 ერთეულით გაიზარდა.

1.2%-ით გაიზარდა იმ პირთა წილი, რომლებსაც აღენიშნა არტერიული წნევის მომატებული ციფრები ან ამჟამად იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას; მაღალი არტერიული წნევის გავრცელება კაცებში 1.1%-ით შემცირდა, ქალებში კი 3.4%-ით გაიზარდა.

0.5%-ით გაიზარდა იმ პირთა მაჩვენებელი, რომლებსაც აღენიშნა არტერიული წნევის მომატებული ციფრები და ამჟამად არ იტარებდა ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას; მაღალი არტერიული წნევის გავრცელება კაცებში 2.6%-ით შემცირდა, ქალებში კი 4.1%-ით გაიზარდა.

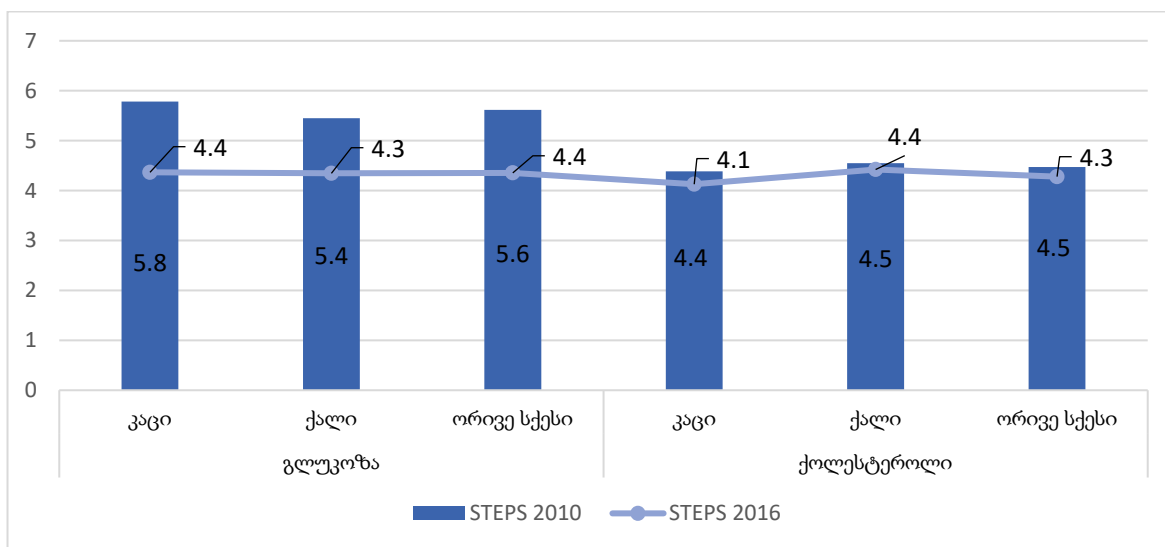
სურათი #111. არტერიული წნევის მაღალი ციფრები (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



### ბიოქიმიური მაჩვენებლები

უზმოზე გლუკოზის საშუალო მაჩვენებელი (ამ ჯგუფში შევიდა ის კონტინგენტი, რომელსაც კვლევის მომენტში მიღებული ჰქონდა მედიკამენტი სისხლში გლუკოზის მომატების გამო) კლების ტენდენციით ხასიათდება. 2016 წელს 2010 წელთან შედარებით მისი საშუალო მაჩვენებელი 1.2 ერთეულით შემცირდა და შეადგინა 4.3. აღსანიშნავია, რომ უზმოზე გლუკოზის საშუალო მაჩვენებელმა დაიწია როგორც მამაკაცების (1.4 ერთეული), ასევე ქალების (1.1 ერთეული) შემთხვევაში.

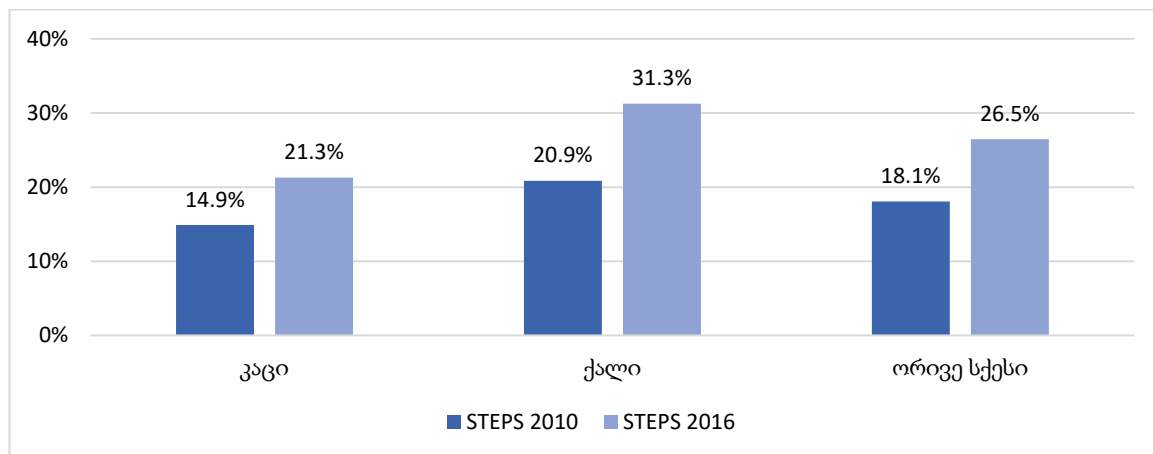
სურათი #112. გლუკოზა და ქოლესტეროლი უზმოზე (მმოლ/ლ) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



მცირედ დაიწია (0.2 ერთეული) საერთო ქოლესტეროლის საშუალო მაჩვენებელმა (ამ ჯგუფში შევიდა ის კონტინგენტი, რომელიც კვლევის მომენტში იმყოფება ანტილიპიდურ მკურნალობაზე).

სტატისტიკურად სარწმუნო ზრდა დაფიქსირდა იმ რესპოდენტებში, რომელთა საერთო ქოლესტეროლი 5.0 მმოლ/ლ ან იმყოფებოდა ანტილიპიდურ მკურნალობაზე - მაჩვენებელმა 8.4%-ით (მამაკაცებში 6.4%-ით და ქალებში 10.3%-ით) მოიმატა და 26.5% შეადგინა.

სურათი #113. ქოლესტეროლის მაღალი მაჩვენებელი (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



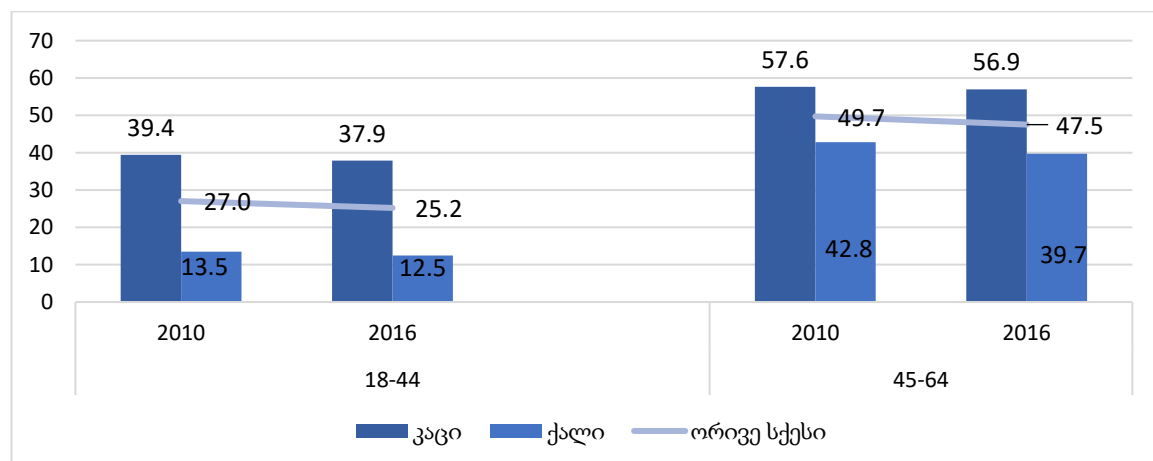
### გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რისკ-ფაქტორებად მოიაზრება: ამჟამად ყოველდღიური მწველობა, დღეში 5 ულუფაზე ნაკლები ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე ან ჭარბი წონა (სმ  $\geq 25$  კგ/მ<sup>2</sup>), მომატებული არტერიული წნევა (სისტოლური  $\geq 140$  და/ან დიასტოლური  $\geq 90$  მმ ვ.წ.სვ. ან ამჟამად მკურნალობს მაღალი წნევის დასარეგულირებლად).

2016 წელს 2010 წელთან შედარებით გამოკითხულთა 1.6%-ით მეტს (2.2%-ით მეტ კაცს, 0.8%-ით მეტ ქალს) არ აქვს არცერთი გსსდ რისკ-ფაქტორი და ეს მოსახლეობის ძალზე მცირე ნაწილია (8.0%).

18-44 წლამდე ასაკის მოსახლეობაში აღინიშნება რისკის ფაქტორების შემცირების ტენდენცია; კერძოდ, 1.8%-ით ნაკლები ადამიანი (1.5%-ით ნაკლები მამაკაცი და 1%-ით ნაკლები ქალი) იმყოფება 3-5 რისკის ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ. 45-64 წლამდე ასაკის რესპოდენტებში 3-5 რისკ-ფაქტორის გავრცელება 2.2%-ით შემცირდა (0.7%-ით ნაკლები მამაკაცი და 3.1%-ით ნაკლები ქალი). იგივე მაჩვენებელი 18-64 წლის მოსახლეობაში მცირედ გამოხატული კლებადი ტენდენციით ხასიათდება (0.1%-ით). 3-5 რისკ-ფაქტორის გავრცელება 18-64 წ. ასაკობრივ ჯგუფში 35.2%-დან (2010) 34.6%-მდე (2016) შემცირდა.

სურათი #114. 3-5 რისკ-ფაქტორი 18-44 და 45-64 წლის მოსახლეობაში (%) სქესის მიხედვით, 18-64 წ.; STEPS 2010-2016



- კვლევის შედეგების მიხედვით, საქართველოს მოზრდილი პოპულაციის 31.0% ამჟამინდელი მწვეელია; 28% - ამჟამინდელი ყოველდღიური მწვეელი; ამჟამად მწვეელობის ყველაზე მაღალი გავრცელება ორივე სქესში დაფიქსირდა ყველაზე პროდუქტიულ, 30-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში;
- ალკოჰოლის ამჟამად მომხმარებელია მოსახლეობის 39.0%. ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელია 18.3%;
- საქართველოს მოსახლეობის 63.0% მიირთმევს ხილისა და/ან ბოსტნეულის საშუალოდ 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღეში; მოსახლეობის მეოთხედზე მეტი (26.7%) ყოველთვის ან ხშირად უმატებს მარილს ან მარილიან საწებელს საკუთარ ულუფას საკვების მიღებამდე ან მისი მიღების პროცესში;
- მოსახლეობის 17.4%-ის ფიზიკური აქტივობა არ შეესაბამება ჯანმოს რეკომენდაციას; 64.6%-ს აქვს ჭარბი წონა, 33.2% მსუქანია;
- 37.7%-ს აღენიშნება ჰიპერტენზია ან ამჟამად იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას; იმათგან, ვინც ამჟამად არ იმყოფება ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე, 25.1%-ს აღენიშნა წნევის მაღალი ციფრები;
- საქართველოს მოზრდილი მოსახლეობის 4.5%-ს სისხლში გლუკოზის დონე მაღალი ( $\geq 6.1$ მმოლ/ლ) აქვს ან ღებულობს მედიკამენტებს მკურნალობის მიზნით; ჰიპერქოლესტერინემია აქვს პოპულაციის 8.7%;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული კვლევა ქალთა პოპულაციის მხოლოდ 20%-ს აქვს ჩატარებული. ასეთი ქალების ხვედრითი წილი ყველაზე მაღალია 30-59 წლების ასაკობრივ ჯგუფში, თუმცა აღნიშნულ ჯგუფშიც სკრინინგული კვლევა გამოკითხულთა მესამედზე ნაკლებს აქვს ჩატარებული;
- მოსახლეობის აბსოლუტურ უმეტესობას (92.4%) არაგადამდებ დაავადებათა 1 და მეტი რისკის ფაქტორი აქვს. 3-5 რისკ-ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშაა 36.1%, მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 2-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს ქალებში. 45 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის თითქმის ნახევარს (48.6%) არაგადამდებ დაავადებების მაღალი რისკი აქვს;
- კვლევის შედეგები ცხადყოფენ არაგადამდებ დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის ეფექტური სისტემის დანერგვის გადაუდებელ აუცილებლობას.

## რეკომენდაციები

- კვლევის შედეგები ცხადყოფენ არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის ეფექტური სისტემის დანერგვის გადაუდებელ აუცილებლობას;
- აუცილებელია კვლევის შედეგებით მიღებული მტკიცებულებების გამოყენება გათვითცნობიერების ამაღლების, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის განვითარების და არაგადამდები დაავადებების რისკის შემცირების უზრუნველსაყოფად;
- აუცილებელია აგდ 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;
- მიზანშეწონილია შედეგების დისემინაცია ყველა დაინტერესებულ ორგანიზაციასა და პირს შორის, ასევე მასობრივ მედია საშუალებებში, რათა მოხდეს მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზრდა აგდ რისკისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ;
- მიზანშეწონილია კვლევის შედეგების განვრცობა სადაზღვევო კომპანიებსა და ქვეყანაში არსებულ ჯანმრთელობის საკითხებში დაინტერესებულ სხვა სამთავრობო და არასამთავრობო, ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციათა შორის, რათა განხორციელდეს ღრმა ანალიზი, რომელიც ორიენტირებული იქნება მოგება-მოგება გადაწყვეტილებებზე, სადაზღვევო კომპანიების მიერ არაგადამდებ დაავადებათა მართვის მიმართულებით შემოთავაზებული შესაძლებლობებისა და მოცვის ზრდაზე;
- მნიშვნელოვანია საინფორმაციო, სასწავლო და საკომუნიკაციო გამარტივებული მასალების შემუშავება პოპულაციის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის, რაც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას;
- აუცილებელია პჯდ პერსონალის კომპეტენციების გაუმჯობესებაზე ზრუნვა არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხებთან დაკავშირებით. მნიშვნელოვანია არაგადამდები დაავადებების პრევენციული გამოკვლევების მეტი შესაძლებლობისა და ესენციური მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; ეს განსაკუთებით ეხება ჰიპერტენზიას;
- მიზანშეწონილია ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისა და მეთვალყურეობის მექანიზმის განვითარება და გაძლიერება;
- მნიშვნელოვანია გადაიხედოს არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგია და სამუშაო გეგმა, სხვადასხვა კანონი თუ კანონქვემდებარე აქტი.

## დანართი 1

არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა 2016, საკოორდინაციო საბჭო

1. ნინო ბერძული
2. ამირან გამყრელიძე
3. ირმა ხონელიძე
4. ლელა სტურუა
5. მაია კერესელიძე
6. ნანა მეზონია
7. ლელა შენგელია
8. ნუკა მაღლაკელიძე
9. დალი ტრაპაიძე
10. თამარ ჩაჩავა
11. ზაალ მერაბიშვილი
12. რუსუდან კვანჭახაძე
13. ლელა კვაჭანტირაძე
14. მარინა შახნაზაროვა
15. ნინო გრძელიძე
16. ბექან წინამძღვრიშვილი
17. კოკა ლილუაშვილი
18. ნატო შენგელია
19. ლევან ჯიჯეიშვილი
20. ვახტანგ ბარბაქაძე
21. რამაზ ყურაშვილი
22. ელენა შელესტოვა
23. ნინო მახაშვილი
24. ჯანა ჯავახიშვილი
25. ელენე გიორგაძე
26. ირმა ჭოხონელიძე
27. მამუკა მარგველაშვილი
28. კახა ღვინიაძე
29. გიორგი ბახტურიძე
30. პაატა შავიშვილი
31. ნატო კოპალეიშვილი



## დანართი 2

### არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა 2016, მკვლევარები

კვლევის ხელმძღვანელი - ლელა სტურუა  
საველე კოორდინატორები ნანა მებონია  
ლელა შენგელია  
დალი ტრაპაიძე

#### ინტერვიუერები:

თამარ ჩაჩავა  
ზაალ მერაბიშვილი  
რუსუდან კვანჭახაძე  
იულია ზედგენიძე  
ნინო ბუაძე  
ნათია ქაქუთია  
თეონა თოდუა  
თეა ბოკუჩავა  
სოფო ჭირაქაძე  
ნინო ჩეკურიშვილი  
მაია ბერუჩაშვილი  
ირინა რუხაძე  
ფიქრია შავრეშიანი  
ეკა ჟორჟოლიანი  
ეკა ნოდია  
მიხეილ გელოვანი  
ლევან ბაკურაძე  
თამარ ქვათაძე  
ლელა საბაძე  
მარიამ კაკაურიძე  
თამარ კუტალაძე  
ნინო ჩიქოვანი  
ალექსანდრე თავაძე  
თედო დუმბაძე  
ანა ასლანიკაშვილი  
შოთა მჭავია  
ლელა შაშიკაშვილი  
ლელა ბოყოველი  
ელენე ერისთავი  
ლიანა შეყილაძე  
გიორგი კიკაბიძე  
ნინო კიკაბიძე  
ნანა ბარათაშვილი  
გოჩა გიორგიძე  
დავით უგრეხელიძე

#### ლაბორანტები:

ნატო ცომაია  
ოთარ ცაგარიშვილი  
ნინო სარაშვილი  
ლია სხირტლაძე  
ნინო ცეცხლაძე  
მარინა თოფურიძე  
თამარ მამაცაშვილი  
ხათუნა ალადაშვილი  
ეკა გაბიტაშვილი  
დალი ღონდაძე  
ეკა ორაგველიძე  
ქეთევან რუხაძე  
ნანა ცაგურია  
ტატიანა კუტუბიძე  
ხათუნა ზოიძე  
შორენა გედენიძე  
მაია ჩუბინიძე  
იზა როყვა  
ნანა ქიშმარეია

WHO STEPS კითხვარი



არაგადამდებ დაავადებათა  
რისკ-ფაქტორების კვლევა

<საქართველო 2016>

ინფორმაცია კვლევის შესახებ		
ადგილი და თარიღი	პასუხი	კოდი
კლასტერის ID	_____	I1
კლასტერის სახელი		I2
ინტერვიუერის ID	_____	I3
კვლევის ჩატარების თარიღი	<div> <div>____</div> <div>____</div> <div>____</div> </div> <div>დღე თვე წელი</div>	I4

თანხმობა, რესპოდენტის ვინაობა	პასუხი	კოდი
თანხმობის ფორმა წაეკითხა და დათანხმდა	<div> <div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div> </div> <div>თუ არა, დაასრულეთ</div>	I5
ინტერვიუს დრო (24 საათიანი ფორმატით)	<div> <div>____</div> <div>:</div> <div>____</div> </div> <div>საათი წუთი</div>	I7
გვარი		I8
სახელი		I9
პირადი ნომერი		I9a
დამატებითი ინფორმაცია		
საკონტაქტო ტელეფონი, სადაც შესაძლებელია		I10

## Step 1 დემოგრაფიული ინფორმაცია

### დემოგრაფიული ინფორმაცია

კითხვა	პასუხი	კოდი
სქესი (არ კითხოთ, ჩაწერეთ თქვენი შეხედულებისამებრ)	მამრი 1 მდედრი 2	C1
დაბადების თარიღი არ ვიცი 77 77 7777	<div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>თუ იცის, გადადი C4</div> <div>დღეთვეწელი</div>	C2
რამდენი წლის ხართ?	წელი <div><div></div><div></div></div>	C3
რამდენი წელი გაატარეთ სკოლაში და სხვა სრულდლიან სასწავლებელში (გარდა სკოლამდელისა)?	წელი <div><div></div><div></div></div>	C4

### დემოგრაფიული ინფორმაცია

თქვენს მიერ მიღებული განათლების (დასრულებული) უმაღლესი დონე	არ უწვია სკოლაში 1	C5
	<p>არასრული დაწყებითი დაწყებითი სკოლა (1-6 წელი) 2</p> <p>ძირითადი საშუალო (7-10 წელი) 3</p> <p>სრული საშუალო (11-12 წელი) 4</p> <p>პროფესიული განათლება 5</p> <p>სრული უმაღლესი/ბაკალავრიატი 6</p> <p>მაგისტრატურა/დოქტორანტურა/ხარისხი 7</p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	
ეროვნება	<p>ქართველი 1</p> <p>სომეხი 2</p> <p>აზერბაიჯანელი 3</p> <p>ოსი 4</p> <p>რუსი 5</p> <p>სხვა, მიუთითეთ ----- 6</p> <p>უარი 88</p>	C6
ოჯახური მდგომარეობა	<p>დაუქორწინებელი 1</p> <p>დაქორწინებული 2</p> <p>ცალკე მცხოვრები 3</p> <p>განქორწინებული 4</p> <p>ქვრივი 5</p> <p>თანაცხოვრება 6</p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	C7
ჩამოთვლილთაგან რომელი შეეფერება ბოლო 12 თვის მანძილზე თქვენს სამუშაო სტატუსს	<p>სახელმწიფო მოხელე 1</p> <p>არა-სახელმწიფო მოხელე 2</p> <p>თვითდასაქმებული 3</p> <p>არა-ანაზღაურებადი 4</p> <p>სტუდენტი 5</p> <p>დიასახლისი 6</p> <p>პენსიონერი 7</p> <p>უმუშევარი (უნარიანი) 8</p> <p>უმუშევარი (უუნარო) 9</p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	C8
თქვენი ჩათვლით 18 წელზე უფროსი ასაკის რამდენი ადამიანი ცხოვრობს თქვენს ოჯახში	რაოდენობა ___	C9

დემოგრაფიული ინფორმაცია, გაგრძელება																
კითხვა	პასუხი	კოდი														
ბოლო წლის განმავლობაში საშუალოდ რა შემოსავალი ჰქონდა თქვენს ოჯახს? <i>(მონიშნეთ მხოლოდ ერთი)</i>	კვირაში <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> გადადი X1											C10a				
	ან თვეში <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> გადადი X1											C10b				
ან წელიწადში <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> გადადი X1											C10c					
უარი პასუხზე 88	C10d															
თუ არ იცით ზუსტი თანხა, შეგიძლიათ შეაფასოთ თქვენი ოჯახის (ყოველთვიური) შემოსავალი ჩემს მიერ ჩამოთვლილთაგან? <i>(წაუკითხეთ)</i>	<table> <tr><td>≤ 250 ლარი</td><td>1</td></tr> <tr><td>251 – 500 ლარი</td><td>2</td></tr> <tr><td>501 – 1000 ლარი</td><td>3</td></tr> <tr><td>1001 – 1500 ლარი</td><td>4</td></tr> <tr><td>&gt; 1500 ლარი</td><td>5</td></tr> <tr><td>არ ვიცი</td><td>77</td></tr> <tr><td>უარი პასუხზე</td><td>88</td></tr> </table>	≤ 250 ლარი	1	251 – 500 ლარი	2	501 – 1000 ლარი	3	1001 – 1500 ლარი	4	> 1500 ლარი	5	არ ვიცი	77	უარი პასუხზე	88	C11
≤ 250 ლარი	1															
251 – 500 ლარი	2															
501 – 1000 ლარი	3															
1001 – 1500 ლარი	4															
> 1500 ლარი	5															
არ ვიცი	77															
უარი პასუხზე	88															
თქვენი რელიგია	<table> <tr><td>მართლმადიდებელი</td><td>1</td></tr> <tr><td>კათოლიკე</td><td>2</td></tr> <tr><td>გრეგორიანელი</td><td>3</td></tr> <tr><td>მუსლიმი</td><td>4</td></tr> <tr><td>იუდეველი</td><td>5</td></tr> <tr><td>არც ერთ აღმსარებლობას არ მივუძღვით</td><td>6</td></tr> <tr><td>უარი პასუხზე</td><td>88</td></tr> </table>	მართლმადიდებელი	1	კათოლიკე	2	გრეგორიანელი	3	მუსლიმი	4	იუდეველი	5	არც ერთ აღმსარებლობას არ მივუძღვით	6	უარი პასუხზე	88	X1
მართლმადიდებელი	1															
კათოლიკე	2															
გრეგორიანელი	3															
მუსლიმი	4															
იუდეველი	5															
არც ერთ აღმსარებლობას არ მივუძღვით	6															
უარი პასუხზე	88															

## Step 1 ქვეყნების შეფასება

### თამბაქოს მოხმარება

ახლა ვაპირებ რამდენიმე შეკითხვა დაგისვით თამბაქოსთან დაკავშირებით

კითხვა	პასუხი	კოდი
ამჟამად ეწევით თამბაქოს რომელიმე პროდუქტს, მაგ. სიგარეტს, სიგარას ან ჩიბუხს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>დიახ 1</span> <span>არა 2    თუ არა, გადადი T8</span> </div>	T1
ამჟამად თამბაქოს პროდუქტს ყოველდღიურად ეწევით?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>დიახ 1</span> <span>არა 2</span> </div>	T2
რამდენი წლის იყავით, როდესაც მოწევა პირველად დაიწყეთ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ასაკი (წლები)</span> <span>არ ვიცი 77    <input type="text"/> <input type="text"/>    თუ იცის, გადადი T5a/T5aw</span> </div>	T3
გახსოვთ, რამდენი წლის წინ იყო? (მონიშნეთ მხოლოდ 1 პასუხი)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>წლები    <input type="text"/> <input type="text"/>    თუ იცის, გადადი T5a/T5aw</span> </div>	T4a
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ან    თვეები    <input type="text"/> <input type="text"/>    თუ იცის, გადადი T5a/T5aw</span> </div>	T4b
არ ვიცი 77	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ან    კვირეები    <input type="text"/> <input type="text"/></span> </div>	T4c
საშუალოდ ჩამოთვლილთაგან რამდენს ეწევით ყოველდღიურად/ყოველკვირეულად? (თუ ყოველდღიურზე იშვიათად, მონიშნეთ ყოველკვირეული)  (მონიშნეთ თითოეული სახეობის მიხედვით, გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)  არ ვიცი 7777	<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">ყოველდღიური↓ ყოველკვირეული↓</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ქარხნული სიგარეტი    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></span> <span>T5a/T5aw</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ხელით დახვეული    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></span> <span>T5b/T5bw</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ჩიბუხი    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></span> <span>T5c/T5cw</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>სიგარა, სიგარილო    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></span> <span>T5d/T5dw</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>სხვა    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></span> <span>T5f/T5fw</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>თუ სხვა, გადადი T5other, დანარჩენი - გადადი T6</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>სხვა (მიუთითეთ):    <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></span> <span>T5other/ T5otherw</span> </div>	
ბოლო 12 თვის განმავლობაში შეგიწყვიტავთ მოწევას?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>დიახ 1</span> <span>არა 2    გადადი T7</span> </div>	T6
ბოლო 12 თვის განმავლობაში მოწევაზე თავის დასაწებლად გამოიყენეთ რომელიმე ჩემოთვლილი მეთოდი?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>კონსულტაცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე 1</p> <p>ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია 2</p> <p>მედიკამენტები (ბუპროპრიონი, ტაბექსი) 3</p> <p>სატელეფონო კონსულტაცია 4</p> <p>ელექტრონული სიგარეტი 5</p> <p>სხვა, მიუთითეთ ----- 77</p> <p style="text-align: right;">უარი განაცხადა 88</p> </div> <div> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>77</p> <p>88</p> </div> </div>	X2
ბოლო 12 თვის განმავლობაში ექიმთან ვიზიტისას გირჩიეს თამბაქოს მოწევისთვის თავის დანებება?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>დიახ 1    თუ T2=დიახ, გადადი T12; თუ T2=არა, გადადი T9</p> <p>არა 2    თუ T2=დიახ, გადადი T12; თუ T2=არა, გადადი T9</p> <p>არ ვყოფილვარ ექიმთან 3    თუ T2=დიახ, გადადი T12; თუ T2=არა, გადადი T9</p> </div> <div> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> </div> </div>	T7
წარსულში როდესმე მოგიწევიათ თამბაქოს რომელიმე პროდუქტი? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>დიახ 1</span> <span>არა 2    თუ არა, გადადი T12</span> </div>	T8
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>დიახ 1    თუ T1=დიახ გადადი T12, დანარჩენი - T10</span> </div>	T9

წარსულში როდესმე მოგიწევიათ ყოველდღიურად?	არა	2 თუ T1=დიახ, გადადი T12, დანარჩენი - T10	
---	-----	---	--

თამბაქოს მოხმარება				
კითხვა	პასუხი		კოდი	
რამდენი წლის იყავით, როდესაც მოწევას თავი დაანებეთ?	ასაკი (წლები)		T10	
	არ ვიცი 77 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> თუ იცის, გადადი T12			
რამდენი წლის წინ დაანებეთ თავი მოწევას? (მონიშნეთ მხოლოდ 1)  არ ვიცი 77	წლის წინ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> თუ იცის, გადადი T12		T11a	
	აწ თვის წინ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> თუ იცის, გადადი T12		T11b	
	აწ კვირის წინ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		T11c	
ამჟამად მოიხმართ უკვამლო თამბაქოს რაიმე სახეობას, როგორიცაა შესაყნოსი, სალეჭი თამბაქო და სხვა? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დიახ 1		T12	
	არა 2 თუ არა, გადადი T15			
ამჟამად უკვამლო თამბაქოს რაიმე სახეობას ყოველდღიურად მოიხმართ?	დიახ 1		T13	
	არა 2			
დღემი/კვირაში საშუალოდ რამდენჯერ იყენებ ...  (თუ უფრო იშვიათად, ვიდრე ყოველდღიურად, აღნიშნეთ ყოვერკვირეული)  (აღნიშნეთ თითოეული სახეობისთვის, გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)  არ ვიცი 7777	ყოველდღიურად↓ ყოველკვირეულად↓			
	სნაფი, პირით <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		T14a/ T14aw	
	სნაფი, ცხვირით <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		T14b/ T14bw	
	სალეჭი თამბაქო <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		T14c/ T14cw	
	ბეტელი, ქუიდი <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		T14d/ T14dw	
	სხვა <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	თუ სხვა, გადადი T14other, თუ T13=არა, გადადი T16, დანარჩენი - გადადი T17	T14e/ T14ew	
	სხვა (განმარტეთ): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	თუ T13=არა, გადადი T16, დანარჩენი - გადადი T17	T14other/ T14otherw	
წარსულში ოდესმე თუ გამოგიყენებიათ უკვამლო თამბაქოს რაიმე სახეობა, მაგ. სნაფი, სალეჭი თამბაქო, ბეტელი?	დიახ 1		T15	
	არა 2 თუ არა, გადადი T17			
წარსულში ოდესმე ყოველდღიურად თუ გამოგიყენებიათ უკვამლო თამბაქოს რაიმე სახეობა, მაგ. სნაფი, სალეჭი თამბაქო, ბეტელი?	დიახ 1		T16	
	არა 2			
ბოლო 30 დღის განმავლობაში ვინმემ მოწია თქვენს სახლში?	დიახ 1		T17	
	არა 2			
ბოლო 30 დღის განმავლობაში ვინმემ მოწია თქვენს სამსახურში (შენობაში, დახურულ სივრცეში)?	დიახ 1		T18	
	არა 2			
	არ ვმუშაობ დახურულ სივრცეში 3			
თამბაქოს პოლიტიკა				

ჩვენ ვისაუბრეთ თამბაქოს მოხმარების შესახებ. შემდეგი კითხვები ეხება თამბაქოს კონტროლს; იგულისხმება რეკლამის/მედია ზემოქმედება, სიგარეტის პროპაგანდა, გამაფრთხილებელი წარწერები, სიგარეტის შეძენა		
<b>კითხვა</b>	<b>პასუხი</b>	<b>კოდი</b>
ბოლო 30 დღის განმავლობაში შეგიძნევიათ ინფორმაცია თამბაქოს მავნეობის შესახებ ან მოწვევაზე თავის დანებების მოწოდებები შემდეგ მედია საშუალებებში? (აღნიშნეთ თითოეული საშუალება)		
გაზეთი ან ჟურნალი	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP1a
ტელევიზია	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP1b
რადიო	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP1c
ბოლო 30 დღის განმავლობაში შეგიძნევიათ თამბაქოს რეკლამა ან ნიშანი თამბაქოს გაყიდვის ადგილებში?	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP2
ბოლო 30 დღის განმავლობაში შეგიძნევიათ თამბაქოს რეკლამირების ჩამოთვლილი სახეობები? (აღნიშნეთ თითოეული სახეობა)		
სიგარეტის უფასო ნიმუშები	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP3a
ფასდაკლება სიგარეტზე	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP3b
კუპონები სიგარეტზე	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP3c
საჩუქრები ან სპეციალური ფასდაკლება სხვა პროდუქტებზე თუ იყიდი სიგარეტს	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP3d
ტანსაცმელი ან სხვა საგანი სიგარეტის ბრენდის სახელით ან ლოგოთი	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP3e
სიგარეტის პრომოცია სუპერმარკეტში	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP3f
<b>კითხვები TP4 – TP7 მხოლოდ მწვევლებისთვისაა</b>		
ბოლო 30 დღის განმავლობაში შეგიძნევიათ გამაფრთხილებელი წარწერები თამბაქოს კოლოფზე?	დიახ 1 არა 2 თუ არა, გადადი TP6 3 თუ "არ მინახავს სიგარეტის კოლოფი", გადადი TP6 არ მინახავს სიგარეტის კოლოფი არ ვიცი 77 თუ არ ვიცი, გადადი TP6	TP4
ბოლო 30 დღის განმავლობაში გამაფრთხილებელმა წარწერებმა დაგაფიქრათ მოწვევაზე თავის დანებებაზე?	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	TP5
როდესაც ბოლოს იყიდეტ ქარხნული სიგარეტი, ჯამში რამდენი სიგარეტი შეიძინეთ?	სიგარეტების რაოდენობა <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> არ ვიცი ან არ ვეწევი ან არ ვყიდულობ ქარხნულ სიგარეტს 7777 თუ „არ ვიცი...“; დაასრულეთ ეს სექცია	TP6
რა თანხა გადაიხადეთ	ლარი <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> არ ვიცი 777 უარი პასუხზე 888	TP7



ალკოჰოლის მოხმარება		
შემდეგი კითხვები ეხება ალკოჰოლის მოხმარებას		
კითხვა	პასუხი	კოდი
<b>როდესმე</b> მიგიღიათ რომელიმე ალკოჰოლური სასმელი, მაგ. ლუდი, ღვინო, სპირტიანი სასმელი, ჭაჭა, „ნალივკა“ ან სხვა? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დიახ 1 არა 2 თუ არა, გადადი D1	A1
მიგიღიათ ალკოჰოლური სასმელი <b>ბოლო 12 თვის განმავლობაში</b> ?	დიახ 1 თუ დიახ, გადადი A4 არა 2	A2
შეგიწყვეტიათ ალკოჰოლური სასმელების მიღება ჯანმრთელობის პრობლემების გამო ან ექიმის ან სამედიცინო მუშაკის რეკომენდაციით?	დიახ 1 თუ დიახ, გადადი A16 არა 2 თუ არა, გადადი D1	A3
<b>ბოლო 12 თვის განმავლობაში</b> რამდენად ხშირად მიგიღიათ ალკოჰოლური სასმელის მინიმუმ 1 სტანდარტული დოზა? (წაიკითხეთ პასუხები, გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	ყოველდღიურად 1 კვირაში 5-6 დღე 2 კვირაში 3-4 დღე 3 კვირაში 1-2 დღე 4 თვეში 1-3 დღე 5 იშვიათად, ვიდრე ერთხელ თვეში 6	A4
მიგიღიათ რომელიმე ალკოჰოლური სასმელი <b>ბოლო 30 დღის განმავლობაში</b> ?	დიახ 1 არა 2 თუ არა, გადადი A13	A5
ბოლო 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლური სასმელის მინიმუმ 1 სტანდარტული დოზის მიღების <b>რამდენი</b> შემთხვევა გქონდათ?	რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/>	A6
ბოლო 30 დღის განმავლობაში, ალკოჰოლის მიღების თითოეული შემთხვევისას <b>მიღებული სტანდარტული დოზის საშუალო რაოდენობა</b> ? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/>	A7
ბოლო 30 დღის განმავლობაში, ალკოჰოლის მიღებისას ალკოჰოლური სასმელის სტანდარტული დოზის რა <b>მაქსიმალური რაოდენობა</b> მიგიღიათ თითოეული შემთხვევისას? იგულისხმება ყველა სახის სასმელი ერთად.	მაქსიმალური რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/>	A8
ბოლო 30 დღის განმავლობაში, რამდენჯერ მიიღეთ სასმელის <b>6 ან მეტი</b> სტანდარტული დოზა დაღევს ერთი შემთხვევის განმავლობაში	ჯერადობა არ ვიცი 77 <input type="text"/>	A9
<b>ბოლო 7 დღის განმავლობაში</b> რამდენი დოზა სასმელი მიიღეთ თითოეული დღის განმავლობაში?  (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)  არ ვიცი 77	ორშაბათი <input type="text"/>	A10a
	სამშაბათი <input type="text"/>	A10b
	ოთხშაბათი <input type="text"/>	A10c
	ხუთშაბათი <input type="text"/>	A10d
	პარასკევი <input type="text"/>	A10e
	შაბათი <input type="text"/>	A10f
	კვირა <input type="text"/>	A10g

ალკოჰოლის მოხმარება, გაგრძელება		
მე გკითხეთ თქვენს მიერ ბოლო 7 დღის განმავლობაში ალკოჰოლის მიღებასთან დაკავშირებით; კითხვები შეეხებოდა ზოგადად ალკოჰოლის მოხმარებას. ახლა უნდა შეგეკითხოთ სახლში დამზადებული ალკოჰოლის, სხვა ქვეყნიდან შემოტანილი ალკოჰოლის, დასაღვეად არ-გამიზნული ალკოჰოლის, უაქციზო ალკოჰოლის მიღების შესახებ. გთხოვთ, პასუხის გაცემისას მხოლოდ ამ ტიპის ალკოჰოლი იგულისხმეთ.		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ბოლო 7 დღის განმავლობაში მიგიღიათ სახლში დამზადებული ალკოჰოლი, სხვა ქვეყნიდან შემოტანილი ალკოჰოლი, დასაღვეად არ-გამიზნული ალკოჰოლი, უაქციზო ალკოჰოლი? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დიახ 1  არა 2 თუ არა, გადადი A13	A11
საშუალოდ, ჩამოთვლილი სასმელების რამდენი სტანდარტული დოზა მიიღეთ ბოლო 7 დღის განმავლობაში?  (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)  არ ვიცი 77	სახლში დამზადებული სპირტიანი სასმელი; მაგ. ჭაჭა, „ნალივკა“ <input type="text"/>	A12a
	სახლში დამზადებული ლუდი ან ღვინო <input type="text"/>	A12b
	სხვა ქვეყნიდან შემოტანილი ალკოჰოლი <input type="text"/>	A12c
	დასაღვეად არ-გამიზნული ალკოჰოლი; მაგ. სპირტის შემცველი მედიკამენტები; სუნამო, პარსვის შემდგომი საშუალებები <input type="text"/>	A12d
	უაქციზო ალკოჰოლი <input type="text"/>	A12e

ალკოჰოლის მოხმარება		
ბოლო 12 თვის განმავლობაში რამდენად ხშირად გქონიათ შემთხვევა, როდესაც ვერ შეძელით სმის შეწყვეტა (დაიწყეთ და ვერ გაჩერდით)	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 1 ყოველკვირეულად 2 ყოველთვიურად 3 უფრო იშვიათად ვიდრე ყოველთვიურად 4 არასოდეს 5	A13
ბოლო 12 თვის განმავლობაში რამდენად ხშირად დაგჭირვებიათ დილით სასმელი ნაბახუსევზე (წინა დღის მძიმე სმის შემდეგ)	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 1 ყოველკვირეულად 2 ყოველთვიურად 3 უფრო იშვიათად ვიდრე ყოველთვიურად 4 არასოდეს 5	A15

კვების რეჟიმი		
შემდეგი კითხვები ეხება ხილისა და ბოსტნეულის მიღებას. მაქვს თვალსაჩინოება, სადაც მოცემულია ხილისა და ბოსტნეულის ულუფათა ზომები. გთხოვთ, პასუხი გაგვცეთ ტიპური კვირის შესაბამისად.		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ ხილს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/> თუ 0, გადადი D3	D1
ტიპური/ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში ხილის რამდენ ულუფას მიირთმევთ? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	ულუფების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D2
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ ბოსტნეულს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/> თუ 0, გადადი X3	D3
ტიპური/ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში ბოსტნეულის რამდენ ულუფას მიირთმევთ? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	ულუფების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	D4
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ ხორცს ან ხორცპროდუქტებს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	X3
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ თევზს ან ზღვის პროდუქტებს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	X4
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ რძეს ან რძის პროდუქტებს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	X5
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ პურს ან პურპროდუქტებს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	X6
ტიპური/ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში რამდენი დღე იღებთ ტკბილეულს ან შაქრის შემცველ პროდუქტებს? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	დღეების რაოდენობა არ ვიცი 77 <input type="text"/> <input type="text"/>	X7
საშუალოდ რამდენჯერ იღებთ საკვებს ყოველდღიურად?	ყოველდღიურად არ ვიკვებები 1 დღეში ერთხელ 2 დღეში 2-ჯერ 3 დღეში 3-ჯერ 4 დღეში 4-ჯერ 5 4-ზე მეტჯერ 6 არ ვიცი 77	X8

კვების რეჟიმი		
მარილი		
<p>შემდეგი კითხვების საშუალებით გვინდა მეტი გავიგოთ თქვენს მიერ მარილის მოხმარების შესახებ. საკვების საშუალებით მიღებული მარილი გულისხმობს ჩვეულებრივ სუფრის მარილს, ზღვის მარილს, იოდირებულ მარილს, მარილის შემცველ სოუსებს, მაგ. სოიოს სოუსი და სხვ. (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება). შემდეგი კითხვები ეხება მარილის დამატებას საკვებზე უშუალოდ მიღების წინ, თუ როგორ მზადდება საკვები თქვენს ოჯახში, მარილის მაღალი შემცველობის მზა საკვების მიღებას (შაშხი, შებოლილი სულგუნი, მჭავე ბოსტნეული, აჯიკა, ტყემალი და სხვ.; და მარილის მოხმარების შეზღუდვას. გთხოვთ, პასუხი გაგვცეთ იმ შემთხვევაშიც, თუ თვლით, რომ თქვენი კვების რაციონი ნაკლებმარილიანია.</p>		
კითხვა	პასუხი	კოდი
<p>რა სიხშირით ამატებთ მარილს ან მარილიან სოუსს საკვებს უშუალოდ მიღების წინ?</p> <p>(შეარჩიეთ მხოლოდ 1 პასუხი)</p> <p>(გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)</p>	<p>ყოველთვის 1</p> <p>ხშირად 2</p> <p>ზოგჯერ 3</p> <p>იშვიათად 4</p> <p>არასოდეს 5</p> <p>არ ვიცი 77</p>	D5
<p>რა სიხშირით იყენებთ მარილს ან მარილიან სოუსებს საკვების მომზადებისას ოჯახში?</p>	<p>ყოველთვის 1</p> <p>ხშირად 2</p> <p>ზოგჯერ 3</p> <p>იშვიათად 4</p> <p>არასოდეს 5</p> <p>არ ვიცი 77</p>	D6
<p>რა სიხშირით მიირთმევთ მარილიან მზა პროდუქტებს? მზა საკვებში ვგულისხმობთ მარილიან/შებოლილ/მჭავე საკვებს პაკეტებში და ქილებში; მარილიან მზა საკვებს რესტორანში, ლორს, ბეკონს, შაშხს, შებოლილ ყველს, სხვ.</p> <p>(გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)</p>	<p>ყოველთვის 1</p> <p>ხშირად 2</p> <p>ზოგჯერ 3</p> <p>იშვიათად 4</p> <p>არასოდეს 5</p> <p>არ ვიცი 77</p>	D7
<p>როგორ ფიქრობთ, რა რაოდენობით მარილს ან მარილიან სოუსებს მიირთმევთ?</p>	<p>მაღიან დიდი რაოდენობით 1</p> <p>დიდი რაოდენობით 2</p> <p>ნორმალური რაოდენობით 3</p> <p>მცირე რაოდენობით 4</p> <p>მაღიან მცირე რაოდენობით 5</p> <p>არ ვიცი 77</p>	D8

კვების რეჟიმი		
კითხვა	პასუხი	კოდი
რამდენად მნიშვნელოვანია მარილის მოხმარების შემცირება?	<div>ძალიან მნიშვნელოვანი 1</div> <div>ასეთუისე მნიშვნელოვანი 2</div> <div>არ არის მნიშვნელოვანი 3</div> <div>არ ვიცი 77</div>	D9
როგორ გგონიათ, დიდი რაოდენობით მარილის შემცველმა საკვებმა შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის პრობლემა?	<div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div> <div>არ ვიცი 77</div>	D10
მარილის მოხმარების შემცირების/კონტროლის მიზნით ახდენთ თუ არა (აღნიშნეთ თითოეულის მიხედვით)		
მზა საკვების მიღების შემცირება	<div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div>	D11a
მზა საკვების ეტიკეტზე მარილის/ნატრიუმის შემცველობის შემოწმება	<div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div>	D11b
მარილის/ნატრიუმის დაბალი შემცველობის საკვების შეძენა	<div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div>	D11c
მარილის ნაცვლად სუნელების გამოყენება	<div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div>	D11d
სახლის გარეთ დამზადებული საკვების მიღებისაგან თავის შეკავება	<div>დიახ 1</div> <div>არა 2</div>	D11e
მარილის მიღების შესამცირებლად სხვა სპეციალური ქმედება	<div>დიახ 1 თუ დიახ, გადადი</div> <div>არა 2</div>	D11f
სხვა (განმარტეთ)	<div>_____</div>	D11other
შემდეგი კითხვები ეხება ცხიმს, რომელსაც ოჯახში უმეტესად იყენებთ საკვების მომზადებისას, ასევე სახლის გარეთ კვებას		
საკვების მომზადებისას ძირითადად რა სახეობის ცხიმს ან ზეთს იყენებთ ოჯახში? <i>(გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)</i> <i>(მონიშნეთ მხოლოდ ერთი)</i>	<div>მცენარეული ზეთი 1</div> <div>ღორის ქონი 2</div> <div>კარაქი ან ერბო 3</div> <div>მარგარინი 4</div> <div>სხვა 5 თუ სხვა, გადადი D12 other</div> <div>არცერთი 6</div> <div>არ ვიყენებთ 7</div> <div>არ ვიცი 77</div>	D12
	<div>სხვა _____</div>	D12other
საშუალოდ, კვირაში რამდენჯერ იკვებებით საკვებით, რომელიც არ არის სახლში მომზადებული? იგულისხმება საუზმე, სადილი და ვახშამი	<div>რაოდენობა არ ვიცი 77 _____</div>	D13

ფიზიკური აქტივობა		
<p>ახლა მინდა გკითხოთ რა დროს უთმობთ სხვადასხვა სახეობის ფიზიკურ აქტივობას ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში. გთხოვთ, პასუხი გასცეთ კითხვებს იმ შემთხვევაშიც, თუ არ მიგაჩნიათ საკუთარი თავი ფიზიკურად აქტიურ ადამიანად.</p> <p>პირველ რიგში დაფიქრდით იმ დროის შესახებ, რომელსაც ატარებთ შრომის პროცესში. შრომაში იგულისხმება ანაზღაურებადი ან არაანაზღაურებადი შრომა, სწავლა/ტრენინგი, სახლის სამუშაოები, მინდვრის სამუშაოები, თევზაობა და ნადირობა, სამუშაოს ძებნა. ამ კითხვებზე პასუხის გაცემისას „მაღალ-ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა“ მოიცავს აქტივობებს, რომლებიც საჭიროებენ ძალიან სერიოზულ ფიზიკურ დაძაბულობას და იწვევენ სუნთქვისა და გულის რიტმის მნიშვნელოვან გახშირებას; „საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა“ გულისხმობს აქტივობებს, რომლებიც საჭიროებენ საშუალო დონის ფიზიკურ დაძაბულობას და იწვევენ სუნთქვისა და გულის რიტმის მცირედ გახშირებას.</p>		
კითხვა	პასუხი	კოდი
<b>სამუშაო</b>		
<p>თქვენი სამუშაო გულისხმობს მაღალი ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვას, რაც იწვევს სუნთქვისა და გულის რიტმის მნიშვნელოვან გახშირებას (მძიმე ტვირთის ტარება/აწევა, მიწის თხრა, სამშენებლო სამუშაოები) სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში?</p> <p>(გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)</p>	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 თუ არა, გადადი P4</p>	P1
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში, რამდენი დღე გიწევთ მაღალი ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვა?	დღეების რაოდენობა <input type="text"/>	P2
ჩვეულებრივ დღეს რა დროის განმავლობაში გიწევთ მაღალი ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვა?	<p>საათი : წუთი <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>სთ წთ</p>	P3 (a-b)
<p>თქვენი სამუშაო გულისხმობს საშუალო ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვას, რაც იწვევს სუნთქვისა და გულის რიტმის მცირედ გახშირებას (მსუბუქი ტვირთის ტარება/აწევა) სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში?</p> <p>(გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)</p>	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 თუ არა, გადადი P7</p>	P4
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში, რამდენი დღე გიწევთ საშუალო ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვა?	დღეების რაოდენობა <input type="text"/>	P5
ჩვეულებრივ დღეს რა დროის განმავლობაში გიწევთ საშუალო ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვა?	<p>საათი : წუთი <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>სთ წთ</p>	P6 (a-b)
<b>გადაადგილება</b>		
<p>შემდეგი კითხვები არ ეხება მუშაობისას გაწეულ ფიზიკურ აქტივობას, რაზეც უკვე ვისაუბრეთ.</p> <p>ახლა მინდა გკითხოთ ჩვეულებრივ როგორ გადაადგილდებით ერთი ადგილიდან მეორემდე; მაგალითად, სამსახურში, საყიდლებზე, ბაზარში, ეკლესიაში და სხვ.</p>		
გადაადგილდებით თუ არა ფეხით ან ველოსიპედით სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში?	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 თუ არა, გადადი P10</p>	P7
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში, რამდენი დღე გიწევთ ფეხით ან ველოსიპედით გადაადგილება სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში?	დღეების რაოდენობა <input type="text"/>	P8
ჩვეულებრივ დღეს რა დროის განმავლობაში გიწევთ ფეხით ან ველოსიპედით გადაადგილება?	<p>საათი : წუთი <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>სთ წთ</p>	P9 (a-b)

ფიზიკური აქტივობა		
კითხვა	პასუხი	კოდი
<b>რეკრეაციული აქტივობა</b>		
შემდეგი კითხვები არ ეხება მუშაობასა და გადაადგილებაზე გაწეულ ფიზიკურ აქტივობას, რაზეც უკვე ვისაუბრეთ. ახლა მინდა გკითხოთ სპორტულ აქტივობებზე, ფიტნესსა და რეკრეაციულ აქტივობებზე.		
ხარტ დაკავებული მაღალი ინტენსივობის სპორტული აქტივობით, ფიტნესით ან რეკრეაციული აქტივობით, რაც იწვევს სუნთქვისა და გულის რითმის მნიშვნელოვან გაზვირებას (სირბილი, ფეხბურთის თამაში) სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 თუ არა, გადადი P 13</p>	P10
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში, რამდენი დღე ხარტ დაკავებული მაღალი ინტენსივობის სპორტული აქტივობით, ფიტნესით ან რეკრეაციული აქტივობით?	<p>დღეების რაოდენობა</p> <p>□</p>	P11
ჩვეულებრივ დღეს რა დროის განმავლობაში ხარტ დაკავებული მაღალი ინტენსივობის სპორტული აქტივობით, ფიტნესით ან რეკრეაციული აქტივობით?	<p>საათი : წუთი □□ : □□</p> <p>სთ წთ</p>	P12 (a-b)
ხარტ დაკავებული საშუალო ინტენსივობის სპორტული აქტივობით, ფიტნესით ან რეკრეაციული აქტივობით, რაც იწვევს სუნთქვისა და გულის რითმის მცირედ გაზვირებას (სწრაფი სიარული, ცურვა, ფრენბურთი) სულ მცირე 10 წუთის განმავლობაში? (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 თუ არა, გადადი P16</p>	P13
ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში, რამდენი დღე ხარტ დაკავებული საშუალო ინტენსივობის სპორტული აქტივობით, ფიტნესით ან რეკრეაციული აქტივობით?	<p>დღეების რაოდენობა</p> <p>□</p>	P14
ჩვეულებრივ დღეს რა დროის განმავლობაში ხარტ დაკავებული საშუალო ინტენსივობის სპორტული აქტივობით, ფიტნესით ან რეკრეაციული აქტივობით?	<p>საათი : წუთი □□ : □□</p> <p>სთ წთ</p>	P15 (a-b)

ფიზიკური აქტივობა		
<b>მჯდომარე ცხოვრების წესი</b>		
შემდეგი კითხვები ეხება მჯდომარე ან ნახევრად მწოლიარე მდგომარეობაში თქვენს ყოფნას სამსახურში, სახლში, გადაადგილებისას, მეგობრებთან, რაც გულისხმობს მაგიდასთან ჯდომას სამსახურში ან მეგობრებთან, გადაადგილებას მანქანით/ავტობუსით, კითხვას/კარტის თამაშს/ტელევიზორის ყურებას და სხვ; არ გულისხმობს მიღს. (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)		
ჩვეულებრივ დღეს რა დროის განმავლობაში ხარტ მჯდომარე ან ნახევრად მწოლიარე მდგომარეობაში?	<p>საათი : წუთი □□ : □□</p> <p>სთ წთ</p>	P16 (a-b)



სისხლის მაღალი წნევის ანამნეზი		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ოდესმე გაუზომავს თუ არა თქვენთვის სისხლის წნევა ექიმს ან მედიცინის სხვა მუშაკს?	დიახ 1 არა 2 <i>თუ არა, გადადი H6</i>	H1
ოდესმე უთქვამს თუ არა თქვენთვის ექიმს ან მედიცინის სხვა მუშაკს, რომ გაქვთ სისხლის მაღალი წნევა ან ჰიპერტენზია?	დიახ 1 არა 2 <i>თუ არა, გადადი H6</i>	H2a
უთქვამთ ბოლო 12 თვის განმავლობაში?	დიახ 1 არა 2	H2b
ბოლო 2 კვირის განმავლობაში ღებულობთ ექიმის მიერ მაღალი წნევის გამო გამოწერილ მედიკამენტს?	დიახ 1 არა 2 <i>თუ არა, გადადი H4</i>	H3
როგორია მედიკამენტის მიღების რეჟიმი?	ყოველდღიური, წნევის ციფრების მიუხედავად 1 როცა წნევა ამიწევს 2 როცა გამახსენდება, არარეგულარულად 3	X9
რომელ მედიკამენტს ღებულობთ? (ჩაწერეთ რესპოდენტის მიერ დასახელებული/ნაჩვენები მედიკამენტი/მედიკამენტები)	1 2 3 4 5	X10
ოდესმე მიგიმართავთ ტრადიციული მედიცინის წარმომადგენლისათვის სისხლის მაღალი წნევის ან ჰიპერტენზიის გამო?	დიახ 1 არა 2	H4
მაღალი წნევის გამო ამჟამად ღებულობთ მცენარეულ ან სხვა ტრადიციულ სამკურნალო საშუალებას?	დიახ 1 არა 2	H5

დიაბეტის ანამნეზი		
ოდესმე გაუზომავს თუ არა თქვენთვის სისხლში გლუკოზა ექიმს ან მედიცინის სხვა მუშაკს?	დიახ 1 არა 2 <i>თუ არა, გადადი H12</i>	H6
ოდესმე უთქვამს თუ არა თქვენთვის ექიმს ან მედიცინის სხვა მუშაკს, რომ გაქვთ სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე?	დიახ 1 არა 2 <i>თუ არა, გადადი H12</i>	H7a
უთქვამთ ბოლო 12 თვის განმავლობაში?	დიახ 1 არა 2	H7b
ბოლო 2 კვირის განმავლობაში ღებულობთ ექიმის მიერ სისხლში გლუკოზის მაღალი დონის გამო გამოწერილ მედიკამენტს?	დიახ 1 არა 2	H8
ამჟამად ღებულობთ ექიმის მიერ დიაბეტის გამო გამოწერილ ინსულინს?	დიახ 1 არა 2	H9
ოდესმე მიგიმართავთ ტრადიციული მედიცინის წარმომადგენლისათვის სისხლში გლუკოზის მაღალი დონის ან დიაბეტის გამო?	დიახ 1 არა 2	H10
დიაბეტის გამო ამჟამად ღებულობთ მცენარეულ ან სხვა ტრადიციულ სამკურნალო საშუალებას?	დიახ 1 არა 2	H11

სისხლში საერთო ქოლესტეროლის მაღალი დონის ანამნეზი		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ოდესმე გაუზომავს თუ არა თქვენთვის სისხლში ქოლესტეროლი ექიმს ან მედიცინის სხვა მუშაკს?	დიახ 1	H12
	არა 2	
	თუ არა, გადადი H17	
ოდესმე უთქვამს თუ არა თქვენთვის ექიმს ან მედიცინის სხვა მუშაკს, რომ გაქვთ სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი შემცველობა?	დიახ 1	H13a
	არა 2	
	თუ არა, გადადი H17	
უთქვამთ ბოლო 12 თვის განმავლობაში?	დიახ 1	H13b
	არა 2	
ბოლო 2 კვირის განმავლობაში მიგიღიათ ექიმის მიერ სისხლში საერთო ქოლესტეროლის მაღალი დონის გამო გამოწერილ რაიმე მედიკამენტს?	დიახ 1	H14
	არა 2	
ოდესმე მიგიმართავთ ტრადიციული მედიცინის წარმომადგენლისათვის სისხლში ქოლესტეროლის მაღალი დონის გამო?	დიახ 1	H15
	არა 2	
ქოლესტეროლის მაღალი დონის გამო ამჟამად ღებულობთ მცენარეულ ან სხვა ტრადიციულ სამკურნალო საშუალებას?	დიახ 1	H16
	არა 2	

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ანამნეზი		
გკონიათ თუ არა ოდესმე ტკივილი ან დისკომფორტი გულმკერდის არეში გულის დაავადებების გამო ან ინსულტი (ცერებროვასკულური ინციდენტი)?	დიახ 1	H17
	არა 2	
ამჟამად რეგულარულად ღებულობთ ასპირინს გულის დაავადების პრევენციის ან მკურნალობის გამო?	დიახ 1	H18
	არა 2	
ამჟამად რეგულარულად ღებულობთ სტატინებს (ლოვასტატინი/სიმვასტატინი/ატორვასტატინი/როსუვასტატინი ან სხვა რომელიმე სტატინი) გულის დაავადების პრევენციის ან მკურნალობის გამო?	დიახ 1	H19
	არა 2	
ოდესმე დაუსვამს თქვენთვის ექიმს წინაგულთა ფიბრილაციის ან მოციმციმე არითმიის დიაგნოზი?	დიახ 1	X11
	არა 2	
ოდესმე დაუსვამს თქვენთვის ექიმს დიაგნოზი - ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზი, ან ქვედა კიდურების ვენების თრომბოზი ან ქვედა კიდურების ვენების ქრ. დაავადება?	დიახ 1	X12
	არა 2	
ამჟამად ღებულობთ ანტიკოაგულანტებს (სისხლის შემდედებელი ფუნქციის დამაქვეითებელი პრეპარატი) ექიმის ან მედიცინის სხვა მუშაკის რეკომენდაციით?	დიახ 1	X13
	არა 2	

ცხოვრების წესთან დაკავშირებული რეკომენდაციები		
ბოლო სამი წლის განმავლობაში ექიმმა ან მედიცინის სხვა მუშაკმა გირჩია რომელიმე ჩამოთვლილთაგანი? (მონიშნე თითოეული ვარიანტი)		
არ დაიწყო ან თავი დაანებო მოწევას	დიახ 1	H20a
	არა 2	
შეამცირე მარილის მოხმარება	დიახ 1	H20b
	არა 2	
ყოველდღიურად მიიღე სულ მცირე 5 ულუფა ხილი და ბოსტნეული	დიახ 1	H20c
	არა 2	

კითხვა	პასუხი	კოდი
შეამცირე ცხიმის მოხმარება	დიახ 1 არა 2	H20d
იყავი ფიზიკურად უფრო აქტიური	დიახ 1 არა 2	H20e
შინარჩუნე ნორმალური წონა ან დაიკელი წონაში	დიახ 1 თუ C1=1 გადადი X14 არა 2 თუ C1=1 გადადი X14	H20f

### (მხოლოდ ქალბატონებისათვის): საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი

შემდეგი კითხვები ეხება საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციას. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი შეიძლება განხორციელდეს სხვადასხვა მეთოდით, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენის მიზნით ვიზუალური შემოწმება ძმარმჯავას გამოყენებით (VIA), პაპ ტესტი და აპვ ტესტი (HPV ტესტი - ადამიანის პაპილომავირუსის ტესტი). VIA-ს შემთხვევაში ხდება საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება ძმარმჯავათი დამუშავების შემდეგ. პაპ ტესტისა და აპვ ტესტის შემთხვევაში ექიმი ან ექთანი პატარა ჩხირით იღებს ნაცხს საშვილოსნოს ყელიდან და აგზავნის ნიმუშს ლაბორატორიაში. ასევე შესაძლებელია თქვენ მოგცენ ჩხირი და თვითონ მოახდინოთ ნაცხის აღება. ლაბორატორია ამოწმებს უჯრედების ცვლილებებს პაპ ტესტის შემთხვევაში და HP ვირუსს აპვ ტესტის შემთხვევაში.

კითხვა	პასუხი	კოდი
ოდესმე ჩაგიტარებიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი რომელიმე მეთოდით, რომელზეც ვისაუბრეთ?	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77	CX1

### ექიმთან მიმართვა

კითხვა	პასუხი	კოდი
მიგიმართავთ თუ არა ექიმისათვის ან სამედიცინო პერსონალისათვის ბოლო 12 თვის განმავლობაში?	დიახ 1 გადადი X15 არა 2 გადადი M1 არ ვიცი 77 გადადი M1	X14
ჩამოთვლილთაგან რა უფრო შეესაბამება უკანასკნელი ვიზიტის მიზეზს?	ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა 1 პროფილაქტიკური გასინჯვა 2 ორივე ზემოთჩამოთვლილი 3 ადმინისტრაციული (არასამედიცინო) საკითხები 4 არ ვიცი 77	X15

პირის ღრუს ჯანმრთელობა		
შემდეგი კითხვები ეხება თქვენს პირის ღრუს ჯანმრთელობას და გარკვეულ ჩვევებს.		
კითხვა	პასუხი	კოდი
რამდენი ზუნბრივი კბილი გაქვთ?	არცერთი 1 თუ არცერთი, გადადი 06 1-9 კბილი 2 10-19 კბილი 3 20 და მეტი კბილი 4 არ ვიცი 77	01
ბოლო 12 თვის განმავლობაში გქონიათ კბილის ან პირის ღრუს ტკივილი ან დისკომფორტი ?	დიახ 1 არა 2	06
რა სიხშირით იხეხავთ კბილებს?	არასოდეს 1 თუ არასოდეს, გადადი MH1 თვეში ერთხელ 2 თვეში 2-3-ჯერ 3 კვირაში ერთხელ 4 კვირაში 2-6-ჯერ 5 დღეში ერთხელ 6 დღეში ორჯერ 7	09

ფსიქიკური ჯანმრთელობა / სუიციდი		
შემდეგი კითხვები ეხება სუიციდთან დაკავშირებულ ფიქრებს, გეგმებსა და მცდელობებს. გთხოვთ, უპასუხოთ შეკითხვებს, მიუხედავად იმისა, რომ ამ საკითხზე არ ლაპარაკობენ		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ბოლო 12 თვის განმავლობაში სერიოზულად გიფიქრიათ სუიციდის განხორციელებაზე?	დიახ 1 არა 2 თუ არა, გადადი MH4 უარი პასუხზე 88	MH1
ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაგიგემათ, თუ როგორ განახორციელოთ სუიციდი?	დიახ 1 არა 2 უარი პასუხზე 88	MH3
როდესმე გქონიათ სუიციდის მცდელობა?	დიახ 1 არა 2 უარი პასუხზე 88	MH4

ტრავმა		
შემდეგი კითხვები ეხება სხვადასხვა გამოცდილებასა და ჩვევებს, რაც უკავშირდება ავტო-საგზაო ტრავმას		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ბოლო 12 თვის განმავლობაში ხომ არ გადაგხდენიათ ავტო-საგზაო შემთხვევა როგორც მძღოლს, მგზავრს, ქვეითმოსიარულეს ან ველოსიპედისტს/მოტოციკლისტს?	დიახ (მძღოლი) 1 დიახ (მგზავრი) 2 დიახ (ქვეითმოსიარულე) 3 დიახ (ველო/მოტო ციკლისტი) 4 არა 5 არ ვიცი 77 უარი პასუხზე 88	V3
შემდეგი კითხვები ეხება სერიოზულ ტრავმას, რაც გადაგხდენიათ ბოლო 12 თვის განმავლობაში		
ბოლო 12 თვის განმავლობაში ხომ არ გქონიათ რაიმე სერიოზული ტრავმა, გარდა ავტო-საგზაო ტრავმისა, რასაც დაჭირდა სამედიცინო ჩარევა?	დიახ 1 არა 2 არ ვიცი 77 უარი პასუხზე 88	V5

გთხოვთ, მიპასუხოთ, რამ გამოიწვია ტრავმა	ვარდნა 1 დამწვრობა 2 მოწამვლა 3 ჭრილობა 4 დახრჩობა 5 ცხოველის ნაკბენი 6 სხვა (განმარტეთ) 7 არ ვიცი 77 უარი პასუხზე 88	V6
	სხვა (გთხოვთ განმარტეთ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V6 other

ძალადობა		
შემდეგი კითხვები ეხება სხვადასხვა გამოცდილებასა და ჩვევებს, რაც უკავშირდება ძალადობას		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ბოლო 12 თვის განმავლობაში რამდენჯერ ყოფილხართ ძალადობრივი ინციდენტის მცხვერპლი, როცა მიიღეთ ტრავმა და დაჭირდათ სამედიცინო ჩარევა?	არასოდეს 1 იშვიათად (1-2 ჯერ) 2 ზოგჯერ (3-5 ჯერ) 3 ხშირად (6 და მეტჯერ) 4 არ ვიცი 77 უარი პასუხზე 88	V11
შემდეგი კითხვები ეხებას უფრო სერიოზულ ძალადობრივ ინციდენტს, რაც შეგემთხვათ ბოლო 12 თვის განმავლობაში		
გთხოვთ, მიპასუხოთ, რამ გამოიწვია სერიოზული ტრავმა ბოლო 12 თვის განმავლობაში  (გამოიყენეთ თვალსაჩინოება)	ცეცხლსასროლი იარაღით დაჭრა 1 იარაღი (გარდა ცეცხლსასროლისა) გამოიყენა ადამიანმა, რომელმაც ტრავმა მომაყენა 2 ტრავმა იარაღის გარეშე (დარტყმა, ხელის კვრა) 3 არ ვიცი 77 უარი პასუხზე 88	V12
გთხოვთ განმარტოთ თქვენი კავშირი იმ ადამიანთან/ადამიანებთან რომლებმაც ტრავმა მოგაყენათ	ინტიმური პარტნორი 1 მშობელი 2 შვილი, და/ძმა, ან სხვა ნათესავი 3 მეგობარი ან ნაცნობი 4 არანათესავი მომვლელი 5 უცნობი 6 ხელმძღვანელი მოხელე 7 სხვა (განმარტეთ) 8 უარი პასუხზე 88	V13
	სხვა (გთხოვთ განმარტეთ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	V13other

სქესობრივი ჯანმრთელობა		
შემდეგი კითხვები ეხება სხვადასხვა გამოცდილებასა და ჩვევებს, რაც უკავშირდება სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ოდესმე გქონიათ სქესობრივი კონტაქტი?	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 <i>თუ არა, დაასრულეთ ინტერვიუ</i></p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	SH1
რამდენი წლის იყავით, როდესაც გქონდათ პირველი სქესობრივი კონტაქტი?	<p>ასაკი წლებში <input type="text"/></p> <p>არ მახსოვს 77</p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	SH2
როდის გქონდათ ბოლო სქესობრივი კონტაქტი?	<p>წინა კვირაში 1</p> <p>1 კვირა - 1 თვის პერიოდში 2</p> <p>1 თვე - 1 წლის პერიოდში 3</p> <p>მეტი ვიდრე 1 წლის წინ 4 <i>თუ მეტი ვიდრე 1 წლის წინ, დაასრულეთ ინტერვიუ</i></p> <p>არ მახსოვს 77 <i>თუ არ მახსოვს, დაასრულეთ ინტერვიუ</i></p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	SH5
ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს გამოიყენეთ რაიმე საშუალება ორსულობის და/ან ინფექციებისაგან თავის დასაცავად?	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2 <i>თუ არა, დაასრულეთ ინტერვიუ</i></p> <p>არ ვიცი 77 <i>თუ არ ვიცი, დაასრულეთ ინტერვიუ</i></p> <p>უარი პასუხზე 88</p>	SH9
ბოლო სქესობრივი კონტაქტის დროს გამოიყენეთ რომელიმე ჩამოთვლილი მეთოდი? (აღნიშნეთ თითოეული მათგანი)		
კონდომი	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2</p> <p>არ მახსოვს 77</p>	SH10a
აბები	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2</p> <p>არ მახსოვს 77</p>	SH10b
სხვა მეთოდი	<p>დიახ 1 <i>თუ დიახ, გთხოვთ განმარტეთ</i></p> <p>არა 2</p> <p>არ მახსოვს 77</p>	SH10c
	<p>სხვა (გთხოვთ განმარტეთ) <input type="text"/></p>	SH10c Other
	<p>არა 2</p> <p>არ მახსოვს 77</p>	
სხვა	<p>დიახ 1 <i>თუ დიახ, გთხოვთ განმარტეთ</i></p> <p>არა 2</p> <p>არ მახსოვს 77</p>	SH10d
	<p>სხვა (გთხოვთ განმარტეთ) <input type="text"/></p>	SH10d Other

## Step 2 ფიზიკური გაზომვები

### სისხლის წნევა

კითხვა	პასუხი	კოდი
ინტერვიუერის ID	_____	M1
აპარატის ID	_____	M2
გამოყენებული მანჟეტის ზომა	<p>პატარა 1</p> <p>საშუალო 2</p> <p>დიდი 3</p>	M3
მონაცემი 1	სისტოლური ( mmHg) _____	M4a
	დიასტოლური (mmHg) _____	M4b
მონაცემი 2	სისტოლური ( mmHg) _____	M5a
	დიასტოლური (mmHg) _____	M5b
მონაცემი 3	სისტოლური ( mmHg) _____	M6a
	დიასტოლური (mmHg) _____	M6b
ბოლო 2 კვირის განმავლობაში მაღალი წნევის გამო ლებულობთ ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს?	<p>დიახ 1</p> <p>არა 2</p>	M7

### სიმაღლე და წონა

ქალებს: ორსულად ხართ?	<p>დიახ 1 თუ დიახ, გადადი M 16</p> <p>არა 2</p>	M8
ინტერვიუერის ID	_____	M9
აპარატის IDs	სიმაღლე _____	M10a
	წონა _____	M10b
სიმაღლე	სანტიმეტრებში (cm) _____	M11
წონა თუ ძალიან დიდი წონაა და სასწორი ვერ ზომავს, მიუთითეთ 666.6	კილოგრამებში (kg) _____	M12
<b>წელის გარშემოწერილობა</b>		
აპარატის ID	_____	M13
წელის გარშემოწერილობა	სანტიმეტრებში (cm) _____	M14

### თეძოს გარშემოწერილობა და გულის რითმი

თეძოს გარშემოწერილობა	სანტიმეტრებში (cm) _____	M15
<b>გულის რითმი</b>		
მონაცემი 1	პულსი წუთში _____	M16a
მონაცემი 2	პულსი წუთში _____	M16b
მონაცემი 3	პულსი წუთში _____	M16c



### Step 3 ბიოქიმიური გაზომვები

სისხლის გლუკოზა		
კითხვა	პასუხი	კოდი
ბოლო 12 საათის განმავლობაში წყლის გარდა მიიღეთ რაიმე საკვები ან სასმელი?	დიახ 1 არა 2	B1
ტექნიკოსის ID	_____	B2
აპარატის ID	_____	B3
სისხლის ნიმუშის აღების დრო (24 საათი)	საათები : წუთები ____ : ____ სთ წთ	B4
გლუკოზის რაოდენობა სისხლში უზმოზე [შეარჩიეთ : MMOL/L ან MG/DL]	mmol/l _____ mg/dl _____	B5
დღეს მიიღეთ ექიმის მიერ დანიშნული ინსულინი ან სხვა მედიკამენტი სისხლში გლუკოზის მაღალი დონის გამო?	დიახ 1 არა 2	B6
სისხლის ლიპიდები		
აპარატის ID	_____	B7
საერთო ქოლესტეროლი	mmol/l _____	B8
ბოლო 2 კვირის განმავლობაში მაღალი ქოლესტეროლის გამო ღებულობთ ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს?	დიახ 1 არა 2	B9
შარდში ნატრიუმი და კრეატინინი		
შარდის ნიმუშის აღებისას უზმოდ იყავით?	დიახ 1 არა 2	B10
ტექნიკოსის ID	_____	B11
აპარატის ID	_____	B12
შარდის ნიმუშის აღების დრო (24 საათი)	საათები : წუთები ____ : ____ სთ წთ	B13
ნატრიუმი შარდში	mmol/l _____	B14
კრეატინინი შარდში	mmol/l _____	B15
კოტინინი შარდში		XXXXX
HDL ქოლესტეროლი		
კითხვა	პასუხი	კოდი
HDL ქოლესტეროლი	mmol/l _____	B17