

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

დოქტორანტურის საგანმანათლებლო პროგრამა

„საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ეპიდემიოლოგია“

თამარ დოჭვირი

65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმების
ეპიდემიოლოგია და პრევენციის შესაძლებლობების შეფასება საქართველოში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ნინო ჩიხლაძე
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, პროფესორი

თბილისი

2023 წელი

აბსტრაქტი

1. სადისერტაციო თემის აქტუალობა, კვლევის სიახლე და ინოვაციურობა. მოსახლეობის დაბერება წარმოადგენს 21-ე საუკუნის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ და დემოგრაფიულ ტენდენციას. ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული გერიატრიული სინდრომი, რომელიც საფრთხეს უქმნის ასაკოვანი ადაიანების ჯანმრთელობას და დამოუკიდებლად ცხოვრებას არის ვარდნა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით მიერ დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში ვარდნასთან დაკავშირებული მონაცემების ნაკლებობაა, რაც შეფერხებას ქმნის სათანადო პრევენციული პროგრამების შემუშავებაში.

საქართველოში ანალოგიური კვლევები არ არის ჩატარებული.

2. კვლევის მიზანი/მიზნები და ამოცანები ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სადისერტაციო ნაშრომის ძირითად მიზანს წარმოადგენს საქართველოში 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა და ამავე ასაკობრივ კატეგორიაში ვარდნის რისკების აღქმის და ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების პრევენციის მიმართ დამოკიდებულებების შეფასება.

3. სამეცნიერო ნაშრომის სტრუქტურა და კვლევის მეთოდოლოგია. კვლევა შედგებოდა ორი ეტაპისგან. კვლევის პირველ ეტაპზე გამოყენებული იქნა რეტროსპექტული ობსერვაციული კვლევა (რაოდენობრივი კვლევა). კვლევისათვის გამოყენებული იქნა დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 7 წლის (2015-2021წწ) მონაცემები. კვლევის მეორე ეტაპზე გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. სამიზნე ჯგუფად განისაზღვრა 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობა. კვლევა ჩატარდა პირისპირ ინტერვიუს ტექნიკის გამოყენებით. კვლევისთვის შემუშავებული იქნა სტრუქტურირებული კითხვარი.

4. კვლევის შედეგების სამეცნიერო ღირებულება და პოტენციური პრაქტიკული მნიშვნელობა. კვლევამ გამოავლინა, რომ 2015-2021 წლებში 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი შეადგენს ყველა მიზეზით ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის საშუალოდ 63%-ს

(დიაპაზონით 59%-66%), ხოლო ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის 68%-ს (დიაპაზონით 65%-70%).

ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შანსი სარწმუნოდ მაღალია ქალებში ($p < 0.001$) მამაკაცებთან შედარებით, ყველა ასაკობრივ ჯგუფში გარდა 65-69 წლის ასაკობრივი ჯგუფისა. 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ჰოსპიტალიზაციის შანსი ($p < 0.001$).

კვლევის მეორე ეტაპზე გამოკითხულ რესპონდენტების მიერ დაცემის ადგილად სარწმუნოდ ხშირად დასახელდა ბინა, ეზო და ქუჩა; უშუალოდ ბინაში კი - სააბაზანო ოთახი, საძინებელი და სამზარეულო.

უმეტეს შემთხვევაში რესპონდენტებმა დაცემის შედეგად მიიღეს მსუბუქი ტრავმა, დახურული ტრავმის ან ჰემატომის სახით. ტვინის დაზიანება/შერყევის შემთხვევები მამაკაცებში იყო 3,59-ჯერ მაღალი, ვიდრე ქალებში (OR=3.59, 95%CI – 1.22-10.51, $p = 0.012$).

წამოკვრა. წარსულში დაცემის (ან/და) ტრავმის გამოცდილების შემდეგ შიშის შეგრძნებას ქალები უფრო მეტად აღნიშნავენ, ვიდრე მამაკაცები (OR=1.53, 95%CI – 1.18-1.98, $p < 0.001$).

მიღებული შედეგები მიზანშეწონილია გამოყენებული იქნას მტკიცებულებებზე დაფუძნებული განათლებითი კომპონენტების შემუშავებისათვის, ინდივიდუალურ რისკ-ფაქტორებზე მორგებული მულტიდომენური ინტერვენციების დანერგვისათვის და გერიატრიული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის საქართველოში.

საკვანძო სიტყვები: ვარდნა, ვარდნის რისკი, ვარდნის ეპიდემიოლოგია, დაზიანება, ჰოსპიტალიზაცია.

Abstract

1. The relevance of the dissertation topic, the novelty and innovativeness of the research.

Population ageing is one of the most important social and demographic trends of the 21st century.

Falls are one of the most common geriatric syndromes that threaten the health and independence of older people.

According to the World Health Organization, there is insufficient data on falls in low- and middle-income countries, making it difficult to develop appropriate prevention programmes.

No studies of this kind have been conducted in Georgia up to this day.

2. Research objective/objectives and aims. Consequently, the main purpose of the thesis is to examine the epidemiological characteristics of fall-related injuries in people aged 65 years and older in Georgia and to assess their attitude to and perception of fall-related risks and prevention of fall-related injuries.

3. Structure of a scientific paper and research methodology. The study consisted of two stages. The first one involved a retrospective observational (quantitative) study analyzing data from the 7-year (2015-2021) hospitalization registry of the National Center for Disease Control and Public Health.

The second stage was a quantitative study, including personal interviews with representatives of the target group, using a structured questionnaire developed especially for this purpose.

4. Scientific value and potential practical importance of research results. The study showed that in the target group falls accounted for an average of 63% (from 59 to 66%) of all hospitalizations and 68% (from 65% to 70%) of injury-related hospitalizations.

The probability of fall-related hospitalization was significantly higher in women ($p < 0.001$) compared to men in all age groups except 65-69 years. In the target age group of 65 years and older, the probability of hospitalization increased significantly with increase in age ($p < 0.001$).

Most of the respondents, interviewed in the second stage of the survey, reportedly fell at home, in the yard or in the street; while at home they mostly mentioned bathroom, bedroom and kitchen as the place where they fell.

In most cases, respondents suffered minor injuries, including closed injuries or hematomas. The incidence of head injury/concussion was 3.59 times higher in men than in women (OR=3.59, 95%CI - 1.22-10.51, p=0.012).

Women were more likely than men to report fear of falling due to past experience of falling and/or injury (OR=1.53, 95%CI - 1.18-1.98, p<0.001).

The findings of the study can be used to develop evidence-based awareness components, implement multi-domain interventions tailored to individual risk factors, and improve the quality of geriatric health care services in Georgia.

keywords: fall, risk of falling, epidemiology of falls, injury, hospitalization.

სარჩევი

I.	შესავალი.....	1
	1.1 ნაშრომის აქტუალობა.....	1
II.	კვლევის მიზნები და ამოცანები.....	7
	2.1 ნაშრომის მეცნიერული სიახლე.....	7
	2.2 პრაქტიკული ღირებულება.....	8
III.	ლიტერატურის მიმოხილვა.....	9
	3.1 მოსახლეობის დაბერების ტენდენციები: ევროპის რეგიონი და საქართველო.....	9
	3.2 ვარდნის დეფინიცია და ISD-10 კოდები.....	13
	3.3 ვარდნის ტენდენციები.....	13
	3.4 ვარდნის რისკ-ფაქტორები.....	17
	3.5 ვარდნის პრევენცია 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში.....	20
	3.6 კლინიკურ პრაქტიკაში ვარდნის რისკების შეფასების საერთაშორისო მიდგომები და ეროვნული გაიდლაინი.....	26
IV.	კვლევის ეტაპები.....	29
	4.1 კვლევის პირველი ეტაპი.....	29
	4.1.1 მიზანი და ამოცანები.....	29
	4.1.2 კვლევის მეთოდები.....	30
	4.1.3 კვლევის ეთიკური ასპექტები.....	30
	4.1.4 კვლევის პირველი ეტაპის შედეგები.....	30
	4.2 კვლევის მეორე ეტაპი.....	57
	4.2.1 მიზანი და ამოცანები.....	57
	4.2.2 კვლევის მეთოდები.....	58
	4.2.3 კვლევის ეთიკური ასპექტი.....	60
	4.2.4 კვლევის მეორე ეტაპის შედეგები.....	61
V.	დასკვნები.....	123
VI.	რეკომენდაციები.....	126
VII.	ბიბლიოგრაფია.....	128
VIII.	სამეცნიერო პუბლიკაციების ჩამონათვალი.....	138
IX.	მოსხენებები ნაშრომის თემაზე.....	139
X.	დანართები.....	140

ცხრილები

ცხრილი 1. მოსახლეობის რაოდენობა და სტრუქტურა, პროგნოზული მაჩვენებლები.....	9
ცხრილი 2. საქართველოს მოსახლეობის საშუალო წლიური რიცხოვნობა, 2021 წელი.....	10
ცხრილი 3 თბილისის მოსახლეობა, 2021 წელი.....	12
ცხრილი 4. 1990 წ და 2019 წ DALY-ს მაჩვენებელი.....	15
ცხრილი 5. NARI-ის კლასიფიკაციის მიხედვით, შინაგანი და გარეგანი რისკ-ფაქტორები.....	18
ცხრილი 6. მედიკამენტები, რომლებიც დაკავშირებულია ვარდნის გამომწვევ მიზეზებთან.....	19
ცხრილი 7. 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ყველა მიზეზით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.....	31
ცხრილი 8. 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ტრავმული დაზიანებით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.....	33
ცხრილი 9. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ქალების და მამაკაცების თანაფარდობა, საქართველო, 2015-2021წწ.....	35
ცხრილი 10. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ასაკობრივი ჯგუფების თანაფარდობა, საქართველო, 2015-2021წწ.....	37
ცხრილი 11. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ქალების და მამაკაცების შანსთა ფარდობა, საქართველო, 2015-2021წწ.....	37
ცხრილი 12. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, საქართველო, 2015-2021წწ.	39
ცხრილი 13. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).....	39
ცხრილი 14. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია/ლოკალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ. .	40
ცხრილი 15. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, სეზონურობა, საქართველო, 2015-2021წწ....	41
ცხრილი 16. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, სეზონურობა, საქართველო, 2015-2021 (წლების მიხედვით).....	42
ცხრილი 17. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა, საქართველო, 2015-2021წწ.....	43
ცხრილი 18. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).....	43
ცხრილი 19. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით,საქართველო, 2015-2021წწ.....	44
ცხრილი 20. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).....	44
ცხრილი 21. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით, საქართველო, 2015- 2021წწ.....	44
ცხრილი 22. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ.....	46
ცხრილი 23. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).....	46
ცხრილი 24. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, საქართველო, 2015-2021წწ.....	47
ცხრილი 25. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.....	48
ცხრილი 26. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.....	48
ცხრილი 27. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ. (ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით).....	49

ცხრილი 96.გამოკითხულთა განაწილება სოციალური აქტივობისა და ასაკის მიხედვით.....	91
ცხრილი 97.გამოკითხულთა განაწილება ფიზიკური აქტივობის და სქესის მიხედვით.....	92
ცხრილი 98.გამოკითხულთა განაწილება სოციალური აქტივობის და სქესის მიხედვით.....	92
ცხრილი 99.გამოკითხულთა განაწილება კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილებისა და ასაკის მიხედვით.....	93
ცხრილი 100.გამოკითხულთა განაწილება აღმართზე ასვლისა და დაღმართზე ჩასვლისა და ასაკის მიხედვით.....	93
ცხრილი 101.გამოკითხულთა განაწილება ძირიდან ნივთის აღების ან მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღებისა და ასაკის მიხედვით.....	94
ცხრილი 102.გამოკითხულთა განაწილება სკამიდან თავისუფლად წამოდგომისა და დაჯდომისა და ასაკის მიხედვით.....	95
ცხრილი 103.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ჩაცმისა და გახდისა და ასაკის მიხედვით.....	95
ცხრილი 104.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ბანაობისა და ასაკის მიხედვით.....	96
ცხრილი 105.გამოკითხულთა განაწილება კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილების და სქესის მიხედვით.....	97
ცხრილი 106.გამოკითხულთა განაწილება აღმართზე დამოუკიდებლად გადაადგილების და სქესის მიხედვით.....	97
ცხრილი 107.გამოკითხულთა განაწილება ძირიდან ნივთის აღების ან მათზე მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღების და სქესის მიხედვით.....	97
ცხრილი 108.გამოკითხულთა განაწილება სკამიდან თავისუფლად წამოდგომისა და დაჯდომის და სქესის მიხედვით.....	98
ცხრილი 109.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ჩაცმისა და გახდის და სქესის მიხედვით.....	98
ცხრილი 110.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ბანაობის და სქესის მიხედვით.....	99
ცხრილი 111.გამოკითხულთა განაწილება ჯანმრთელობის თვითშეფასებისა და ასაკის მიხედვით.....	99
ცხრილი 112.გამოკითხულთა განაწილება ჯანმრთელობის თვითშეფასების და სქესის მიხედვით.....	100
ცხრილი 113.გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ასაკის მიხედვით.....	100
ცხრილი 114.გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან პერსონალისთვის მიმართვისა და ასაკის მიხედვით.....	101
ცხრილი 115.გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის და სქესის მიხედვით.....	102
ცხრილი 116.გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან პერსონალისთვის მიმართვის და სქესის მიხედვით.....	102
ცხრილი 117.გამოკითხულთა განაწილება ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევისა და ასაკის მიხედვით.....	103
ცხრილი 118.გამოკითხულთა განაწილება ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევების რაოდენობისა და ასაკის მიხედვით.....	103
ცხრილი 119.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის ადგილისა და ასაკის მიხედვით.....	104
ცხრილი 120.გამოკითხულთა განაწილება ბინაში დაცემის ადგილისა და ასაკის მიხედვით.....	104
ცხრილი 121.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის დროს აქტივობისა და ასაკის მიხედვით.....	105
ცხრილი 122.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის შედეგად ტრავმის სიმძიმისა და ასაკის მიხედვით.....	105
ცხრილი 123.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის შედეგად ტრავმის ტიპისა და ასაკის მიხედვით.....	106
ცხრილი 124.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის შედეგად სხეულის დაზიანებული ნაწილისა და ასაკის მიხედვით.....	107
ცხრილი 125.გამოკითხულთა განაწილება მკურნალობის ლოკაციისა და ასაკის მიხედვით.....	107
ცხრილი 126.გამოკითხულთა განაწილება მკურნალობის ტიპისა და ასაკის მიხედვით.....	108
ცხრილი 127.გამოკითხულთა განაწილება კლინიკაში გატარებული საწოლდღეებისა და ასაკის მიხედვით.....	108

ცხრილი 128.გამოკითხულთა განაწილება ტრავმული დაზიანებ(ებ)ის ვითარების, მიზეზებისა და ასაკის მიხედვით.....	109
ცხრილი 129.გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო ბინაში ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით.....	110
ცხრილი 130.გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო სამსახურში ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით.....	110
ცხრილი 131.გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო ბინიდან გარეთ გამოსვლისას ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით.....	111
ცხრილი 132.გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო კიბეებით სარგებლობისას ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით.....	112
ცხრილი 133.გამოკითხულთა განაწილება კიბეებით სარგებლობისას მოაჯირის მოჭიდებისა და ასაკის მიხედვით.....	112
ცხრილი 134.გამოკითხულთა განაწილება ქარიან, ყინულიან ან წვიმიან დღეებში გარეთ გასვლისგან თავისარიდებისა და ასაკის მიხედვით.....	113
ცხრილი 135.გამოკითხულთა განაწილება ავეჯის განლაგების გამო შეფერხებისა და ასაკის მიხედვით.....	114
ცხრილი 136. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში ფეხის დაცურების საშიშროებისა და ასაკის მიხედვით.....	114
ცხრილი 137.გამოკითხულთა განაწილება ხალიჩების გამო შეფერხებისა და ასაკის მიხედვით.....	115
ცხრილი 138. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში განათებისა და ასაკის მიხედვით.....	115
ცხრილი 139.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობისა და ასაკის მიხედვით.....	116
ცხრილი 140.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის წყაროსა და ასაკის მიხედვით.....	116
ცხრილი 141.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის მნიშვნელობისა და ასაკის მიხედვით.....	117
ცხრილი 142.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილისა და ასაკის მიხედვით.....	117
ცხრილი 143.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სახეობისა და ასაკის მიხედვით.....	118
ცხრილი 144.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის და სქესის მიხედვით.....	118
ცხრილი 145.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის წყაროს მიხედვით.....	119
ცხრილი 146.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის მნიშვნელობის მიხედვით.....	119
ცხრილი 147.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილის და სქესის მიხედვით.....	120
ცხრილი 148.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სახეობის და სქესის მიხედვით.....	120
ცხრილი 149.მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის შედეგები. გამოსავალი - ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობა.....	121
ცხრილი 150.მრავლობითი რეგრესიული მოდელის რეზიუმე.....	121
ცხრილი 151.მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის შედეგები. გამოსავალი - ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის რაოდენობა.....	122
ცხრილი 152.მრავლობითი რეგრესიული მოდელის რეზიუმე.....	123

დიაგრამები

<u>დიაგრამა 1. 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი, საქართველო, 1994-2022წწ.</u>	11
<u>დიაგრამა 2. გლობალური DALY დაკავშირებული ყველა ტრავმასთან 100000 მოსახლეზე (%) 2019წ.</u>	14
<u>დიაგრამა 3. ვარდნასთან დაკავშირებული DALY 100000 მოსახლეზე.</u>	15
<u>დიაგრამა 4. ვარდნასთან დაკავშირებული DALY100000 მოსახლეზე შემოსავლის მიხედვით, 2019წ.</u>	16
<u>დიაგრამა 5. ტრავმული დაზიანებით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	32
<u>დიაგრამა 6. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	34
<u>დიაგრამა 7. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ინციდენტობის მაჩვენებელი, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	34
<u>დიაგრამა 8. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, პაციენტების სქესობრივი სტრუქტურა, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	35
<u>დიაგრამა 9. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, პაციენტების ასაკობრივი სტრუქტურა, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	36
<u>დიაგრამა 10. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, პაციენტების განაწილება ჰოსპიტლებში რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	38
<u>დიაგრამა 11. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ლოკალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	40
<u>დიაგრამა 12. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისას საწოლდღეების რაოდენობა, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	42
<u>დიაგრამა 13. ჰოსპიტალიზაცია, ლეტალობა, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	47
<u>დიაგრამა 14. ჰოსპიტალიზაცია სქესობრივ ჭრილში, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	53
<u>დიაგრამა 15. ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, საქართველო, 2015-2021წწ.</u>	57

სქემები

<u>სქემა 1. ვარდნის რისკები.</u>	19
<u>სქემა 2. დაცემის პრევენცია 65 წელზე მეტი ასაკის ადამიანებში.</u>	23
<u>სქემა 3. კვლევის ეტაპები.</u>	29

სურათები

<u>სურათი 1. 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილის მაჩვენებლები სხვადასხვა ქვეყნებში.</u>	11
<u>სურათი 2. ინციდენტობის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე), 2017წ.</u>	14

დანართები

<u>დანართი 1. დაცემისა და მოტეხილობების პრევენციის ეროვნული ალგორითმი.</u>	140
<u>დანართი 2. სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი.</u>	141
<u>დანართი 3. 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობაში დაცემის რისკების აღქმის და ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ დამოკიდებულების შეფასება (კვლევის კითხვარი).</u>	142

აბრევიატურების ჩამონათვალი

- აშშ- ამერიკის შეერთებული შტატები
- AGS/BGS- American Geriatric Society/British Geriatric Society-ამერიკული გერიატრიული საზოგადოება/ბრიტანული გერიატრიული საზოგადოება
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention-ამერიკის შეერთებული შტატების დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები
- CEB - Council of Europe Development Bank-ევროპის საბჭოს განვითარების ბანკი
- DALY - Disability-adjusted life years-უნარშეზღუდულობით გატარებული სიცოცხლის წლები
- EIP on AHA - The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing- ევროპული ინოვაციური პარტნიორობა აქტიური და ჯანსაღი დაბერებისთვის
- FRAQ - Falls Risk Awareness Questionnaire-ვარდნის პრევენციის ქცევის ცნობიერების კითხვარი
- FROP-COM - Falls Risk Assessment of Older Person-Community-ვარდნის რისკის შეფასება ასაკოვანი პირების-საზოგადოებაში
- GBD - Global Burden of Disease-დაავადების გლობალური ტვირთი
- ICD - International Classification of Diseases and Health related problems-ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია
- ICREATE - Increasing Capacity for Research in Eastern Europe-კვლევის მოცულობის გაზრდა აღმოსავლეთ ევროპაში
- IHME-Institute for Health Metrics and Evaluation-ჯანმრთელობის მეტრიკისა და შეფასების ინსტიტუტის
- NARI- National Ageing Research Institute-დაბერების ეროვნული კვლევითი ინსტიტუტი
- SPSS-Statistical Package for the Social Sciences-სოციალური მეცნიერებების სტატისტიკური პროგრამა
- W000-W019-დიაგნოზების კოდები
- WHO - The World Health Organization-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

I. შესავალი

1.1 ნაშრომის აქტუალობა.

მოსახლეობის დაბერება წარმოადგენს 21-ე საუკუნის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ და დემოგრაფიულ ტენდენციას (DBCE, 2014), (Gelbard, et al., 2014), , (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2022), (WHO, Global report on falls prevention in older age, 2008) სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა ჯანდაცვის სექტორის უდიდესი მიღწევაა, თუმცა ამავდროულად აღნიშნული ტენდენცია გარკვეული გამოწვევების წინაშე აყენებს საზოგადოების განვითარებას. დადგენილია, რომ არაჯანსაღი ცხოვრების წლები შეადგენს ადამიანის სიცოცხლის დაახლოებით 20%-ს, ამდენად ხანგრძლივ სიცოცხლესთან ერთად მეტად მნიშვნელოვანია ზრუნვა ხანდაზმული ადამიანების ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე, რათა მათ შეძლონ აქტიური და დამოუკიდებელი ცხოვრება (PubMed, 2020)

ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული გერიატრიული სინდრომი, რომელიც საფრთხეს უქმნის ასაკოვანი ადამიანების ჯანმრთელობას და დამოუკიდებლად ცხოვრებას არის ვარდნა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით ვარდნა არის არასატრანსპორტო შემთხვევითი დაზიანებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი და მისი რიცხვი ყოველწლიურად 684 000-ს აღწევს (WHO., 2021) გლობალურ დონეზე შეფასების თანახმად ხანდაზმული მოსახლეობის დაახლოებით მესამედი ეცემა წელიწადში ერთხელ მაინც, რაც შემთხვევების 5%-ში იწვევს მოტეხილობას, ეს ნიშნავს, რომ გლობალურ დონეზე ყოველ წამს ერთი ხანდაზმული ეცემა და ყოველ მე-19 წამს ერთი ხანდაზმულის დაცემა სრულდება ფატალური შედეგით. (Souza, Röhsig, Maestri, Mutlaq, & all, 2019), (WHO, Falls., 2021)135, (WHO, Falls, Geneva, 2018) , (WHO., 2021) ვარდნა არის დაზიანებებთან დაკავშირებული უნარშეზღუდულობით გატარებული სიცოცხლის წლების მაჩვენებლის (DALYs) მთავარი მიზეზი.

მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია დაკავშირებულია ასაკოვანი ადამიანების რაოდენობის მატებასთან, შესაბამისად იზრდება მათ შორის ვარდნისა და ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების რაოდენობა და შედეგად 65

წლის და მეტი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში დროებითი ან მყარი, ხანგრძლივი უნარშეზღუდულობა, რაც შეიძლება მძიმე ტვირთად დააწვეს ოჯახს, ჯანდაცვის სისტემას, სახელმწიფო ეკონომიკას, რასაც ადასტურებს ტრავმის ტვირთთან ასოცირებული ხარჯების მრავალრიცხოვანი კვლევები (Carande-Kulis, et al., 2015), (CDS, 2012), (De Grauw X, Annet J, Stevens JA, Xu L, & Coronado, 2006-2011.), (Dellinger AM & Stevens), (Finkelstein EA, Chen H, Miller TR, Corso PS, & JA., 2005), (Haddad, Bergen, & Florence, 2018), (Haddad, Bergen, & Luo, 2018), (Haddad YK, Karani MV, Bergen G, & Marcum, 2018), (Kiyu, Halim, Pelitini, & Chong, 2021), (Stevens J. , Corso, Finkelstein, & Miller, 2005), (Stevens J. , Corso, Finkelstein, & Miller, 2006), (Stevens JA, Mack KA, Paulozzi LJ, & Ballesteros, 2008), (Stevens JA, Noonan RK, & Rubenstein, 2010), (Stevens JA, Ryan G, & Kresnow, 2007), (Stevens J. , 2008), (DanMedBill, 1987), (Thomas KE, Stevens JA, Sarmiento K, & MM., 2008), (WHO., 2021). მაგალითად აშშ-ში ჩატარებული კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ მხოლოდ ერთი წლის (2015 წ.) განმავლობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების მკურნალობაზე დაიხარჯა 50 მილიარდ დოლარზე მეტი, ხოლო მხოლოდ ერთ შტატში (ჰავაის შტატი) 2007-2011 წლებში სახელმწიფოს მიერ გაწეულმა მკურნალობის ხარჯებმა შეადგინა 116.6 მილიონი აშშ დოლარი. (Bergen G, Stevens MR, & Burns, 2016), (Florence CS, et al., 2018) პროგნოზული მაჩვენებლების მიხედვით 2040 წლისთვის მკურნალობის ხარჯები თითქმის გაორმაგდება და შეადგენს 240 მილიონ აშშ დოლარს (Florence CS, et al., 2018). ვარდნა განსაკუთრებით დიდი გამოწვევაა დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებისათვის.

ბოლო ორი დეკადის განმავლობაში ზრდის ტენდენციის და მასთან დაკავშირებული სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური გამოწვევების გამო ვარდნა მოექცა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტების ფოკუსში და ყურადღება გამახვილდა ვარდნის ეპიდემიოლოგიისა და პრევენციის შესწავლის აუცილებლობაზე, ასევე ასაკოვანი პირების ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით რელევანტური რეკომენდაციების შემუშავების აუცილებლობაზე. (Bergen G, Stevens MR, & Burns, 2016), (Gelbard, et al., 2014) აღნიშნულ პროცესებში უმნიშვნელოვანესი წვლილის შეტანის პოტენციალი

აქვს ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სექტორს, განსაკუთრებით სხვა სექტორებთან ეფექტური თანამშრომლობის პირობებში.

მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში (მათ შორის აშშ-ში, ფინეთში, ავსტრალიაში, დიდ ბრიტანეთში, ჰოლანდიაში, პორტუგალიაში, იაპონიაში) ჩატარებულია სხვადასხვა კვლევები ვარდნის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლის მიზნით, ამავე ტიპის კვლევები ჩატარებულია ასევე სხვა ქვეყნებშიც (ინდოეთი, ბრაზილია, ჩინეთი, ინდონეზია, ინდოეთი, ვიეტნამი, კუვეიტი, საუდის არაბეთი, პოლონეთი და სხვა). (Almegbel FY, Alotaibi IM, Alhusain FA, & et, 2018), (Buczak-Stec E & Goryński, 2013;), (Souza, Röhsig, Maestri, Mutlaq, & all, 2019), (Dsouza S, Rajashekar B, Dsouza H, & Kurman, 2014), (Gupta S & al, 2015), (Hartholt KA, Lee R, Burns ER, & Beeck, 2019), (Hartholt KA, Stevens JA, Polinder S, van der Cammen TJ, & Patka, 2011), (Hartholt KA, et al., 2010), (Healey F, et al., 2008), (Ibrahim IK & AlAsoomi, 2021), (James SL & all, 2020), (Kannus P, Parkkari J, Niemi S, & Sievänen, 2018), (Masud T & Morris, 2001.), (Murray CJ & Lopez, 1996), (Nabavi SH, et al., 2016), (Peel, 2011), (Salari N, Darvishi N, Ahmadipannah M, Shohaimi S, & Mohammadi, 2022), (Sampaio F, Nogueira P, Ascensão R, Henriques A, & Costa, 2021), (Stevens JA, Mack KA, Paulozzi LJ, & Ballesteros, 2008), (Stevens & Rudd, 2014), (Stevens & Rudd, 2014), (Stevens JA, Ryan G, & Kresnow, 2007), (Stevens, KE Thomas, & Sogolow, 2007), (Stolt LROG, Kolisch DV, Tanaka C, Cardoso MRA, & Schmitt, 2020;), (Tang CTL, Sing CW, Kwok TCY, Li GHY, & Cheung, 2021), (Ye P, et al., 2021).

მრავალრიცხოვანი კვლევებით შესწავლილია ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის ტრენდები სხვადასხვა ქვეყანაში (Moreland & Ramakrishna, 2020.), (Carlos & Laredo, 2006), (De Souza AB, et al., 2019), (Lancet., 2020), (Haagsma JA, et al., 2020), (Hagiya, et al., 2019), (Hartholt KA, Stevens JA, Polinder S, van der Cammen TJ, & Patka, 2011), (Hartholt KA, et al., 2010) , (Houry, Florence, Baldwin, Stevens, & McClure, 2015), (Jørgensen TS, et al., 2015), (Lyu H, et al., 2022), (Mahoney, Glysch, Guilfoyle, Hale, & Katcher, 2005), (Machado M. F., Lima, Correia, Soares, & Melo), (Moreland, Burns, & Haddad, 2022), (Moreland B, Kakara R, & Henny, 2020), (Moreland, Burns, & Haddad, 2021), (Nilson F, Moniruzzaman S, & Andersson, 2016 Sep), (Orces, 2009), (Padrón-Monedero, Damián, Pilar Martin, & Fernández-Cuenca, 2017) , (Paulozzi, Ballesteros, & Stevens, 2006), (Paul, Harvey, Carroll, & all., 2017), გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში

მიმართვიანობა და დაცემის შედეგად განვითარებული ტრავმული დაზიანებების ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები (De Grauw X, Annet JL, Stevens JA, Xu L, & Coronado, 2015), (Haddad Y, Shakya I, Moreland B, Kakara R, & Bergen, 2020), (Kakara, Moreland, Haddad, Shakya, & Bergen, 2021), (Moreland, Burns, & Haddad, 2021), (Moreland B, Kakara R, Haddad Y, Shakya I, & Bergen, 2020), (Moreland B, Legha J, Thomas K, & Burns, 2022), (Moreland B, Shakya I, & Idaikkadar, 2022), (Moreland, Burns, & Haddad, 2021), (Ramakrishna K, Moreland B, Haddad Y, Shakya I, & Bergen, 2015), (Shakya I, Bergen G, Haddad YK, Kakara R, & Moreland, 2020), (Soomar SM & Dhalla, 2023).

შესწავლილია ასევე 65 წლის და უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში ვარდნის პრევენციის მიმართ ქცევა-დამოკიდებულებები, ცოდნისა და აღქმის საკითხები (Boyd R & Stevens, 2009), (Jing Wen Goh, Devinder Kaur Ajit Singh, Normala Mesbah, Anis Afifa Mohd Hanafi, & Azwan, 2021), (Nirmala, Nirmala, & Alwis, 2018), (Stevens JA, Noonan RK, & Rubenstein, 2010), რისკ-ფაქტორები (Alenazi, 2023), (Bergen G, Stevens MR, & Burns, 2016), (Booth, Hood, & Kerney, 2016), (Eckstrom E, et al., 2017), (Haddad, Kakara, & Maecum, 2022), (Haddad YK, Karani MV, Bergen G, & Marcum, 2018), (Haddad, Luo, Bergen, Legha, & Atherly, 2021), (Kakara R, Bergen, & Burnes, 2023), (Mark J, Haddad Y, & Burns, 2020), (O'Loughlin, 1993), (WHO, 2021), (Pengpid S & Peltzer, 2018), (Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, & Stevens, 2015), (Pitchai P, et al., 2019), (Sharif SI, Al-Harbi AB, Al-Shihabi AM, Al-Daour DS, & Sharif, 2018), (Smith L, et al., 2021), (Stevens, Mahoney, & Ehrenreich, 2014), (Susilowati IH, et al., 2020), (Thurman DJ, Stevens JA, & Rao, 2008); გენდერული თავისებურებები (AJohansson J, Nordström A, & Nordström, 2016), (Stevens JA, Baldwin GT, Ballesteros M, Noonan R, & Sleet, 2010), (Stevens JA, Smith ML, Parker EM, Jiang L, & Floyd, 2017); თავისებურებები Covid-19 პანდემიის პერიოდში ((Kiyu, Halim, Pelitini, & Chong, 2021), (Isha Tajane, Julia Jossy, Priya Gupta, & Prachi, 2021), (Nguyen HT, Nguyen, & Hoang, 2022). ჩატარებულია კვლევები პრევენციული ღონისძიებების შეფასებებსა და სხვა ასპექტებთან მიმართებაში ((Bergen G, Stevens MR, & Burns, 2016), (Casey CM, et al., 2016), (Fox PJ, et al., 2010), (Gillespie LD, et al., 2012), (Henry A, Haddad Y, & Bergen, 2022), (Jin, 2018), (Johnston Y, et al., 2022), (Johnston YA, et al., 2018), (Kaniewski M, Stevens JA, Parker EM, & Lee, 2015), (Klein D, et al., 2014), (Lee A, Lee K, & Khang, 2013), (Lee, 2017), (LeLaurin JH & Shorr, 2019), (Li F, et al., 2013), (Noonan RK, Sleet DA, & Stevens, 2011), (Ory

MG, et al., 2015), (Rogrs, et al., 2021), (Rubenstein LZ & Josephson, 2006), (Sarmiento & Lee, 2017), (Sherrington C, Fairhall N, & Wallbank, 2020), (Sleet DA & Baldwin, 2014), (Smith ML, Ory MG, & Ahn, 2012), (Smith ML, et al., 2015), (Stevens JA & Lee, 2018), (Stevens JA & Phelan, 2013), (Stevens JA, Smith ML, Parker EM, Jiang L, & Floyd, 2017), (Stevens JA, Voukelatos A, & Ehrenreich, 2014), (Stevens J. , 2013), (Stevens J. , 2008), (Stolt LROG, Kolisch DV, Tanaka C, Cardoso MRA, & Schmitt, 2020;), (Thanapluetiwong S, Chewcharat A, & Takkavatakarn, 2020), (Yamazaki Y, Hayashida CT, & Yontz, 2017).

დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში ვარდნის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები და ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების ტვირთი არ არის სათანადოდ შესწავლილი. მოცემული საკითხის შესახებ ცნობიერების დაბალი დონიდან გამომდინარე ვარდნის რისკების სათანადოდ არ არის შეფასებული საზოგადოების მხრიდან და შესაბამისად პრობლემა არ არის სრულფასოვნად აღქმული უშუალოდ 65 წლის და უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში (Stevens JA, Baldwin GT, Ballesteros M, Noonan R, & Sleet, 2010). პრევენციული ღონისძიებების არარსებობა კი მნიშვნელოვნად ისახება დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნების ხანდაზმული მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხზე.

გლობალურ დონეზე პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე ევროკომისიის და ევროკავშირის მიერ ინიცირებულია სხვადასხვა პროექტები და ინიციატივები, რომლებიც ხელს უწყობს ვარდნის შემთხვევების და მასთან ასოცირებული დაავადებების თავიდან აცილებასა და შემცირებას და შესაბამისად ხანდაზმული მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას (Gelbard, et al., 2014). „ევროპული ინოვაციური პარტნიორობა აქტიური და ჯანსაღი დაბერებისთვის (AHA)” წარმოადგენს ევროკომისიის ინიციატივას, რომელიც მიზნად ისახავს დიგიტალიზაციის ინოვაციური გამოყენების ხელშეწყობას ხანდაზმული მოსახლეობის ჯანმრთელობის და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის. (EC, 2022.)

აქტიური და ჯანსაღი დაბერება (AHA) მიზნად ისახავს ხანდაზმული ადამიანების ცხოვრების ზოგადი ხარისხის გაუმჯობესებას ჯანმრთელობაზე ზრუნვით და გრძელვადიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფით, დასაქმებაში და

საზოგადოებაში მონაწილეობის და ფინანსური სტაბილურობის ხელშეწყობით და ა.შ. დაბერებული მოსახლეობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ინიციატივა ასევე ხელს უწყობს ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სისტემების სერვისების გრძელვადიან მდგრადობას ინოვაციური და ეკონომიური ტექნოლოგიების გაძლიერების გზით.

ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული და 2019-2022 წლებში მიმდინარე პროექტი „EU4 დიგიტალური ინოვაციებისთვის” მიზნად ისახავდა არა მხოლოდ ევროკავშირის ფარგლებში, არამედ აღმოსავლეთ პარტნიორობის ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოში, საზოგადოების სხვადასხვა სერვისების ჰარმონიზაციას ევროკავშირის ნორმებისა და სტანდარტების შესაბამისად დიგიტალიზაციის ჭრილში, თუმცა დოკუმენტში სამოქმედო ჯგუფების ნაწილში ასახვა ჰპოვა ვარდნის პრევენციამ და მისმა აუცილებლობამ. 2020 წელს გამოცემულ ანგარიშში „The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA)” ხაზგასმულია ვარდნის თავიდან აცილების აუცილებლობა „პირადი ჯანმრთელობის მენეჯმენტის გაუმჯობესების მიზნით ვერიფიცირებული პროგრამებისა და კარგი პრაქტიკის ხელშეწყობის გზით, ადრეული დიაგნოზისა და პრევენციული ზომების განხორციელებისთვის” (EC, 2022.)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით მიერ დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში ვარდნასთან დაკავშირებული მონაცემების ნაკლებობაა, რაც შეფერხებას ქმნის სათანადო პრევენციული პროგრამების შემუშავებაში (WHO., 2021).

საქართველოში ანალოგიური კვლევები არ არის ჩატარებული. ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების პრევენციის ეფექტური და ქვეყნისთვის სპეციფიური სტრატეგიის იდენტიფიცირებისთვის, მნიშვნელოვანია ხანდაზმულ მოსახლეობაში ვარდნასთან ასოცირებული ტრავმული დაზიანებების მასშტაბის, ტენდენციის, ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა და 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნის რისკების და ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ დამოკიდებულებების გამოვლენა.

II. კვლევის მიზნები და ამოცანები.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სადისერტაციო ნაშრომის ძირითად მიზანს წარმოადგენს საქართველოში 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა და ამავე ასაკობრივ კატეგორიაში ვარდნის რისკების აღქმის და ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების პრევენციის მიმართ დამოკიდებულებების შეფასება. კვლევის ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე განისაზღვრა კვლევის შემდეგი ამოცანები:

- ✓ საქართველოს 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ზოგადი ტენდენციების გამოვლენა;
- ✓ ვარდნის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა (ასაკი, სქესი, რეგიონი, სეზონურობა, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი);
- ✓ ცვლადებს შორის დამოკიდებულებების შეფასება;
- ✓ ქ. თბილისის 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნის და ტრავმული დაზიანების მიღების გამოცდილების გამოვლენა;
- ✓ ვარდნის და ტრავმული დაზიანებების მიღების რისკ-ფაქტორების შეფასება;
- ✓ ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ ქცევა-დამოკიდებულებების შესწავლა;
- ✓ ტრავმატიზმის პრევენციის განათლებითი კომპონენტის მიმართ მზაობის გამოვლენა.

2.1 ნაშრომის მეცნიერული სიახლე:

კვლევა წარმოადგენს საქართველოს 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების პირველ კომპლექსურ კვლევას.

- ✓ პირველად არის შესწავლილი საქართველოს 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ზოგადი ტენდენციები 2015-2021 წლებში და გამოვლენილია ძირითადი ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები;
- ✓ პირველად არის შესწავლილი საქართველოს 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნის და ტრავმული დაზიანებების მიღების რისკ-ფაქტორები და პრევენციის მიმართ ქცევა-დამოკიდებულება.

2.2 პრაქტიკული ღირებულება.

ჩატარებული კვლევით მიღებული შედეგები წარმოადგენს პრაქტიკულ ღირებულებას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროს, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სისტემის წარმომადგენლებისთვის. მოპოვებული ინფორმაციის საფუძველზე შესაძლებელი იქნება ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების სათანადო პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმა და განხორციელება, საქართველოს ხანდაზმული მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

კვლევის ორივე ეტაპი განხორციელდა NIH (აშშ) ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრის მიერ დაფინანსებული პროექტის iCREATE – Increasing Capacity in Injury Research in Eastern Europe ფარგლებში. პროექტში ჩართულია სულ ხუთი ქვეყანა. პროექტის კოორდინატორი ქვეყნები არიან აშშ და რუმინეთი, ხოლო პარტნიორი ქვეყნები: საქართველო, სომხეთი და მოლდოვეთის რესპუბლიკა. სწორედ ამიტომ, ჩვენს მიერ გლობალურ დონეზე ზოგიერთი ტრენდის და სტატისტიკური მონაცემების განხილვისას აქცენტს ზემოთდასახელებულ ქვეყნებზე გავაკეთეთ.

III. ლიტერატურის მიმოხილვა

3.1 მოსახლეობის დაბერების ტენდენციები: ევროპის რეგიონი და საქართველო

ევროპის რეგიონში მოსახლეობის დაბერება სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს. სტატისტიკური პროგნოზების მიხედვით მოსალოდნელია სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდის ტენდენციის შენარჩუნება. ევროპის რეგიონში მომდევნო 50 წლის განმავლობაში 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის რიცხვი გაორმაგდება, ხოლო 80 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობა თითქმის სამჯერ გაიზრდება (CEB, 2014), (EC, 2022.) კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ტენდენცია, რომელიც მოსახლეობის დაბერების ტენდენციის პარალელურად იკვეთება, ეს არის გენდერული თანაფარდობის თავისებურება. 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის სტრუქტურაში ქარბობენ ქალები და თანაფარდობა ქალების უპირატესობით მატულობს უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში. ევროსაბჭოს განვითარების ბანკის პროგნოზული მონაცემების მიხედვით საქართველოში დაახლოებით იგივე ტენდენციებია მოსალოდნელი (CEB, 2014) 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის რიცხვი თითქმის გაორმაგდება და ამ ასაკობრივი ჯგუფის წილი 2060 წელს 2010 წელთან შედარებით 14%-დან გაიზრდება 27%-მდე, ხოლო 80 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობაც თითქმის სამჯერ გაიზრდება და ამ ასაკობრივი ჯგუფის წილი 2060 წელს 2010 წელთან შედარებით 3%-დან გაიზრდება 8%-მდე (იხ. ცხრილი N1).

ცხრილი 1. მოსახლეობის რაოდენობა და სტრუქტურა, პროგნოზული მაჩვენებლები

პროგნოზული მაჩვენებლები	2060 წელი	ცვლილება 2010-2060 წწ.
მოსახლეობის რაოდენობა (მლნ)	3,42	-0,97
0-14 ასაკობრივი ჯგუფის წილი	16%	-1%
15-64 ასაკობრივი ჯგუფის წილი	57%	-11%
65 + ასაკობრივი ჯგუფის წილი	27%	+13%
80 + ასაკობრივი ჯგუფის წილი	8%	+5%

წყარო: (CEB, 2014)

ევროსაბჭოს განვითარების ბანკის პროგნოზული მაჩვენებლების მიხედვით 2060 წლამდე გაგრძელდება საქართველოს მოსახლეობაში 65 წლის და მეტი ასაკის

მოსახლეობის რაოდენობის ზრდის ტენდენცია 0-64 ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების პარალელურად. ევროპის რეგიონის არსებული ტენდენციის ანალოგიურად საქართველოს მოსახლეობაც სწრაფად ბერდება. ეროვნული ოფიციალური მონაცემები ადასტურებენ, რომ 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი საქართველოს მოსახლეობის საერთო სტრუქტურაში თითქმის უახლოვდება ევროპულ მაჩვენებელს და შეადგენს 15,2%-ს. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების მიხედვით საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა 2022 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით არის 3688,6 ათასი. 2021 წელს საქართველოს მოსახლეობის საშუალო წლიურმა რიცხოვნობამ შეადგინა 3708,6 ათასი, მამაკაცების და ქალების შემდეგი თანაფარდობით 1,783.1 ათასი/1,925.5 ათასი (იხ. ცხრილი N2).

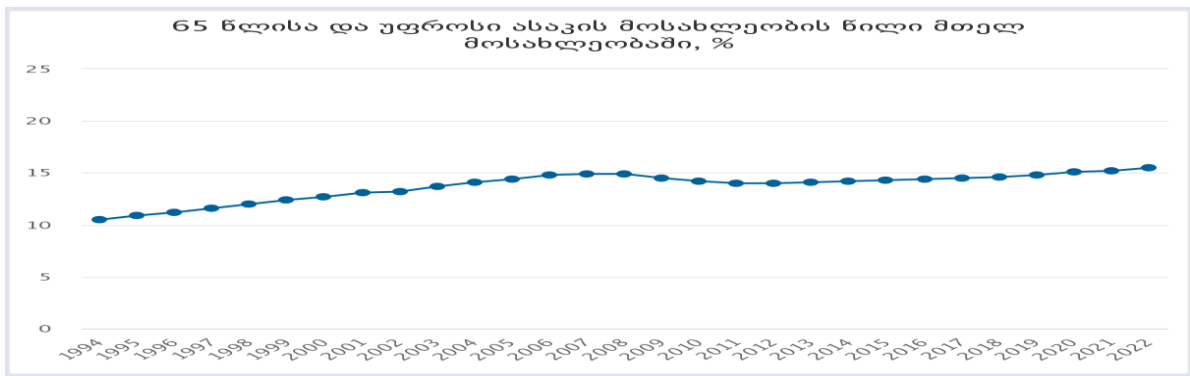
ცხრილი 2. საქართველოს მოსახლეობის საშუალო წლიური რიცხოვნობა, 2021 წელი

ასაკი	საქართველო, 2021 წელი		
	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
სულ მოსახლეობა	3,708.6	1,783.1	1,925.5
0	46.1	24.0	22.1
1-4	203.0	105.1	98.0
5-9	270.7	140.5	130.3
10-14	246.1	128.8	117.3
15-19	204.9	108.5	96.3
20-24	212.7	112.1	100.6
25-29	228.6	117.2	111.4
30-34	271.0	135.6	135.5
35-39	263.3	131.4	131.9
40-44	241.3	119.4	121.9
45-49	233.7	115.3	118.4
50-54	228.0	109.6	118.4
55-59	246.9	114.5	132.5
60-64	242.8	107.5	135.3
65-69	200.3	83.4	116.9
70-74	154.7	59.9	94.7
75-79	80.8	28.7	52.1
80-84	90.5	29.0	61.6
85+	43.1	12.7	30.4

წყარო: (სსეს, 2023)

ევროპის რეგიონის ანალოგიურად საქართველოს მოსახლეობის სტრუქტურაშიც იკვეთება ანალოგიური გენდერული თავისებურება. საქართველოშიც 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის სტრუქტურაში ჭარბობენ ქალები. უკანასკნელი სამი დეკადის განმავლობაში მკაფიოდ იკვეთება მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია. 2022 წელს 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილმა შეადგინა 15,5%, მაშინ როდესაც 1994 წელს ის შეადგენდა 10,5%-ს.

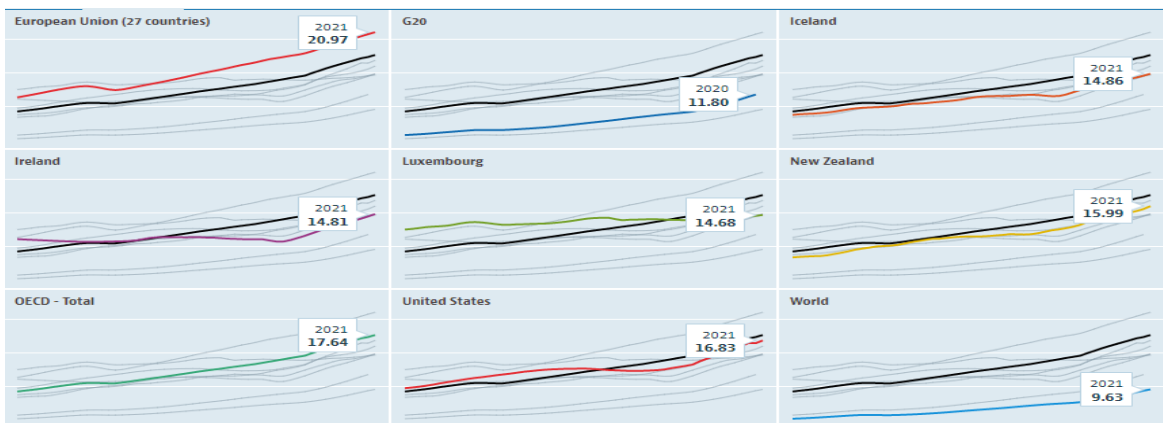
დიაგრამა 1. 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი, საქართველო, 1994-2022წწ.



წყარო: (საქსტატი, 2023)

65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილის ოდენობით საქართველო ევროკავშირის ქვეყნებიდან ყველაზე ახლოს არის ისლანდიის (14,86), ირლანდიის (14,81), ლუქსემბურგის (14,68), ახალი ზელანდიის (15,99) მაჩვენებელთან და ნაკლებია ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით (20,97).

სურათი 1.65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილის მაჩვენებლები სხვადასხვა ქვეყნებში.



წყარო: (OECD, 2023)

თუ ცალკე განვიხილავთ თბილისის მოსახლეობას (2021 წელს საშუალო რიცხოვნობა იყო 1201,8 ათასი), რაც შეადგენს საქართველოს მოსახლეობის 32,4%-ს, საქართველოს მოსახლეობის სტრუქტურის ანალოგიურად თბილისში მცხოვრები 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის წილი თბილისის მოსახლეობის საერთო სტრუქტურაში შეადგენს 14,36%-ს (n=172.701) და ამ ასაკობრივ ჯგუფში ჭარბობენ ქალები (იხ. ცხრილი N3).

ამგვარად, საქართველოში მკაფიოდ იკვეთება 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის ზრდის ტენდენცია, რასაც თან ახლავს ქალების უპირატესობით გენდერული თანაფარდობა. საქართველოს მოსახლეობის დაბერების გაგრძელების ტენდენცია დღის წესრიგში აყენებს 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და კეთილდღეობაზე ზრუნვის აუცილებლობას, ამ ასაკობრივი ჯგუფისთვის დამახასიათებელი დაავადებების, მათი რისკ-ფაქტორების და პრევენციის გზების შესწავლის მიმართულებით.

ცხრილი 3 თბილისის მოსახლეობა, 2021 წელი

ასაკი	თბილისი, 2021 წელი		
	ორივე სქესი	მამაკაცი	ქალი
სულ	1,202.250	572.935	629.315
0	15.578	8.079	7.499
1-4	69.082	35.694	33.388
5-9	86.044	45.051	40.993
10-14	78.624	41.222	37.402
15-19	69.554	36.250	33.304
20-24	75.462	38.372	37.090
25-29	76.807	35.654	41.153
30-34	88.687	40.584	48.103
35-39	88.587	41.878	46.709
40-44	82.571	38.932	43.639
45-49	74.332	34.348	39.984
50-54	69.170	32.573	36.597
55-59	74.881	33.873	41.008
60-64	80.170	38.665	41.505
65-69	73.379	33.112	40.267
70-74	50.523	20.693	29.830

75-79	21.399	9.128	12.271
80-84	21.087	7.222	13.865
85+	6.313	1.605	4.708

წყარო: (საქსტატი, 2023)

3.2 ვარდნის დეფინიცია და ISD-10 კოდები

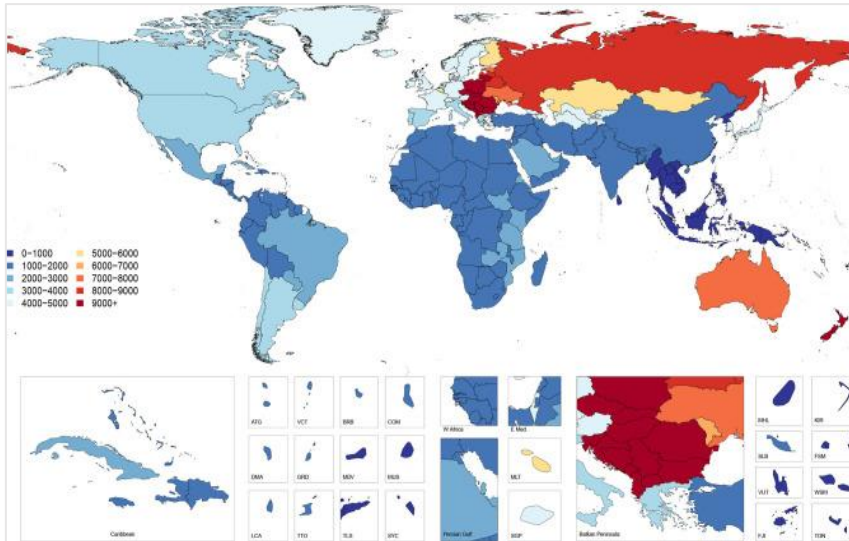
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ვარდნა განისაზღვრება, როგორც მოვლენა, რომლის შედეგადაც ადამიანი უნებლიედ ეცემა იმავე დონეზე (მიწაზე ან იატაკზე) ან სხვა უფრო ქვედა დონეზე. დაცემასთან დაკავშირებული დაზიანებები შეიძლება იყოს ფატალური ან არაფატალური (WHO., 2021), (WHO, Falls, Geneva, 2018) დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ISD-10 კოდების) მიხედვით ვარდნა (W000-W019 კოდები) კლასიფიცირებულია, როგორც დაავადების განვითარების ან სიკვდილის გარეგანი მიზეზი (WHO, 2019).

3.3 ვარდნის ტენდენციები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით გლობალურად ყოველწლიურად ვარდნასთან ასოცირებულ დაახლოებით 37.3 მილიონ შემთხვევას ესაჭიროება სამედიცინო ჩარევა. ტრავმის შედეგად მიღებული დაზიანებებიდან, სწორედ ვარდნით გამოწვეული სიკვდილიანობა არის მეორე ადგილზე.

ვარდნის გლობალური ტვირთის 2017 წლის შეფასებით ინციდენტობის ყველაზე მაღალი ნიშნულები გლობალურ დონეზე აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებშია (სურათი N2).

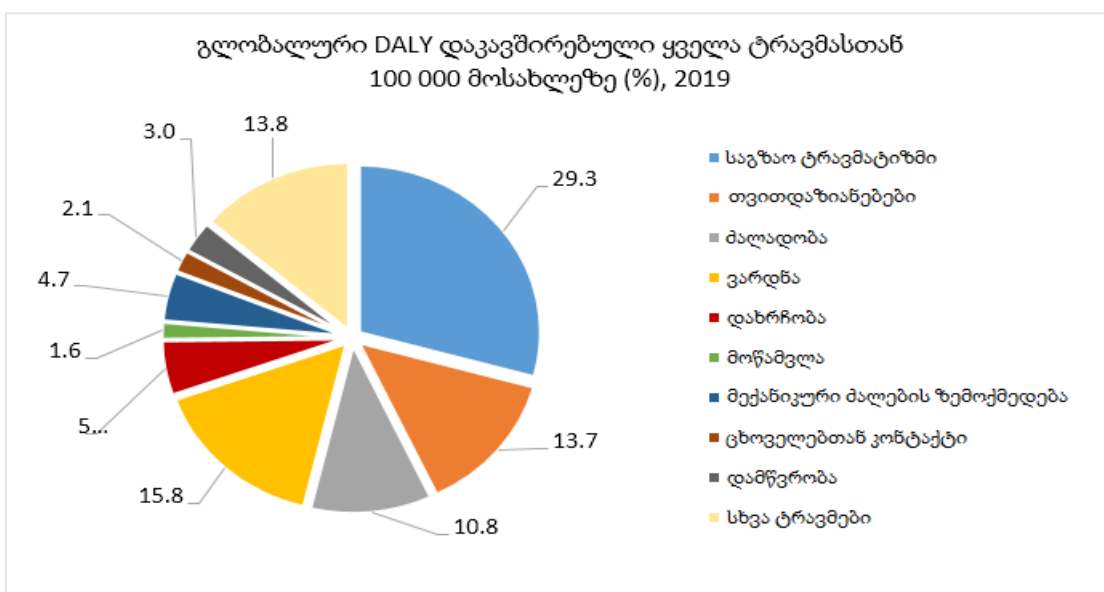
სურათი 2. ინციდენტობის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეობაზე), 2017წ.



წყარო: (Haagsma JA, et al., 2020)

ჯანმრთელობის მეტრიკისა და შეფასების ინსტიტუტის (IHME) მიერ ჩატარებული დაავადების გლობალური ტვირთის (GBD) კვლევის შედეგების მიხედვით გლობალურ დონეზე ტრავმული დაზიანებების სტრუქტურაში ვარდნა 2019 წელს წარმოადგენდა დაზიანებებთან დაკავშირებული უნარშეზღუდულობით გატარებული სიცოცხლის წლების მაჩვენებლის (DALYs) მეორე წამყვან განმსაზღვრელ მიზეზს (საგზაო ტრავმატიზმის -29,3% ვარდნა -15,8%).

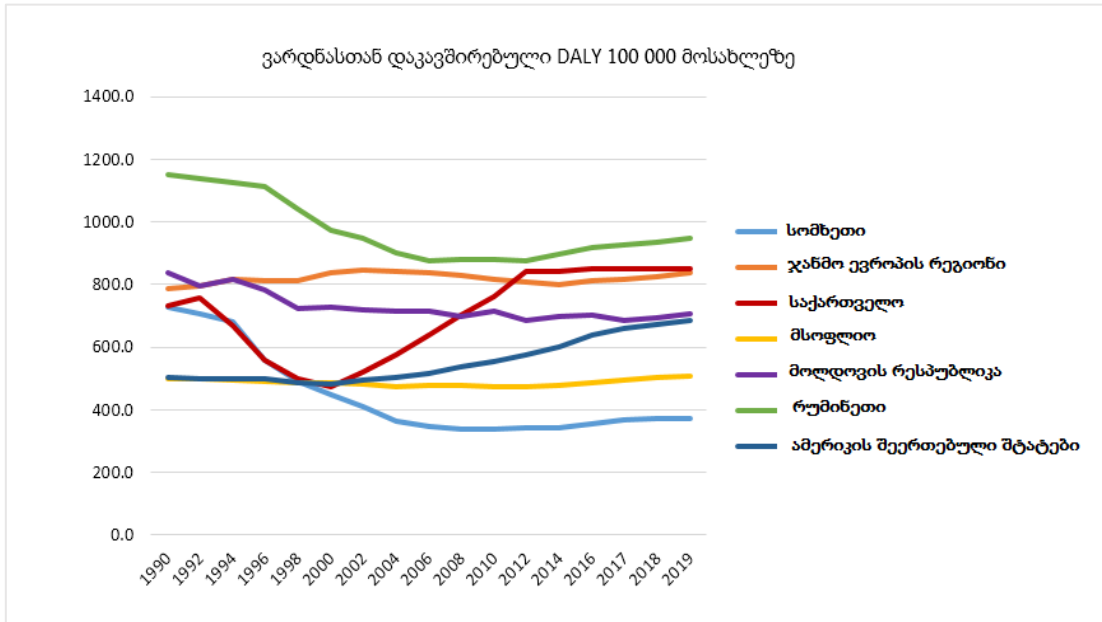
დიაგრამა 2. გლობალური DALY დაკავშირებული ყველა ტრავმასთან 100000 მოსახლეზე (%), 2019წ



წყარო: (IHME, 2023)

IHME-ის მონაცემებით, საქართველოში ვარდნასთან დაკავშირებული DALY აღემატება როგორც გლობალურ მაჩვენებელს, ასევე WHO-ს ევროპის რეგიონის მაჩვენებელს.

დიაგრამა 3. ვარდნასთან დაკავშირებული DALY 100000 მოსახლეზე



წყარო: (IHME, 2023)

2019 წელს 1990 წელთან შედარებით საქართველოში მაჩვენებელი შემცირებულია გლობალურად და ჯანმოს რეგიონის ანალოგიურად.

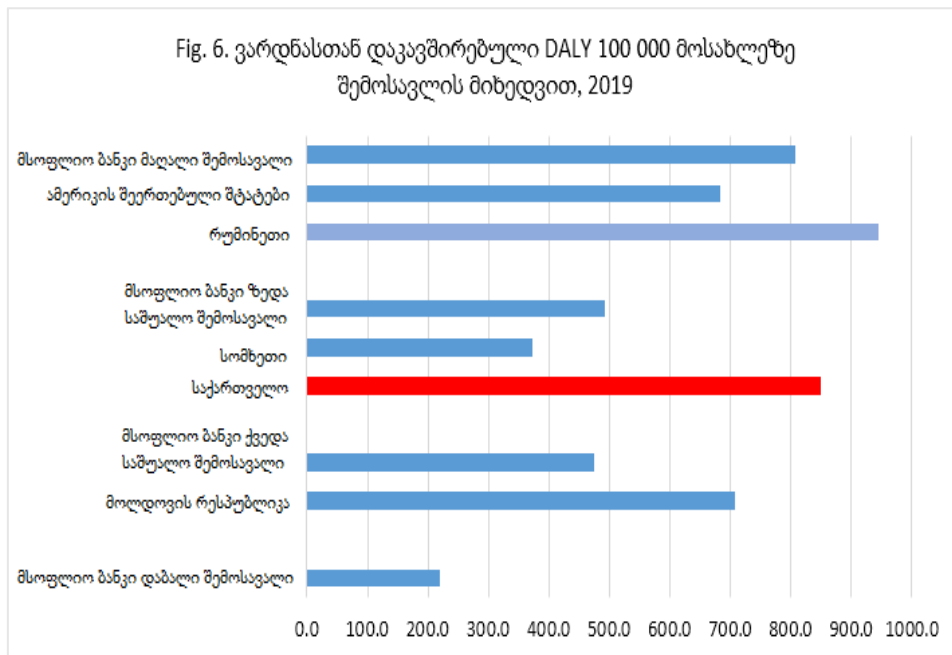
ცხრილი 4. 1990 წ და 2019 წ DALY-ს მაჩვენებელი

რეგიონი/ქვეყანა	1990	2019	ცვლილება (%)
გლობალურად	500,1	508,7	-1,7
ჯანმო ევროპის რეგიონი	786,2	836,2	-6,4
სომხეთი	727,2	372,3	48,8
საქართველო	730,9	849,8	-16,3
მოლდოვა	836,6	707,3	15,5
რუმინეთი	1150,5	945,2	17,8
აშშ	501,5	684,0	-36,4

წყარო: (IHME, 2023)

საქართველოში DALY-ს მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე აღემატება იმ ქვეყნების ჯგუფის საშუალო მაჩვენებელს შემოსავლის მიხედვით, რომელსაც ის მიეკუთვნება.

დიაგრამა 4. ვარდნასთან დაკავშირებული DALY100000 მოსახლეზე შემოსავლის მიხედვით, 2019წ.



წყარო: (IHME, 2023)

ადამიანის ასაკი წარმოადგენს ვარდნის რისკის განმაპირობებელ ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს. (Sleet DA & Baldwin, 2014), (WHO, Falls., 2021), (WHO, Falls, Geneva, 2018). 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობაში ვარდნის პრევალენტობა აშშ-ში შეადგენს 30%-ს, იაპონიაში-13,7%-ს, ჩინეთში-26,4%-ს, ინდოეთში-53%-ს 40. კვლევებით დადასტურებულია, რომ პრევალენტობა უფრო მაღალია ქალებში მამაკაცებთან შედარებით, განსაკუთრებით მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში. (A Johansson J, Nordström A, & Nordström, 2016).

ვარდნას აშშ-ში პირველი ადგილი უკავია ტრავმების არაფატალურ მიზეზებს შორის. CDC-ს მონაცემების მიხედვით აშშ-ში ყოველწლიურად მილიონობით 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანი ეცემა. (Bergen G, Stevens MR, & Burns, 2016) ოთხი ხანდაზმულიდან ერთზე მეტი ეცემა ყოველწლიურად. ვარდნის გამოცდილება აორმაგებს ხელახლა დაცემის შანსს. (O'Loughlin, 1993) .ყოველწლიურად 3 მილიონი ხანდაზმული მიმართავს გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს ვარდნის გამო (O'Loughlin, 1993) ვარდნით გამოწვეული დაზიანების გამო აშშ-ში ყოველწლიურად საჭიროა დაახლოებით 800.000 პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია (CDC, 2016). დიდ ბრიტანეთში საერთაშორისო ორგანიზაციის „Cochrane“ მიერ ჩატარებულმა

კვლევამ გამოავლინა, რომ ქვეყნის მასშტაბით ყოველწლიურად ეცემა 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების დაახლოებით 30% და აქედან ყოველი მე-5 შემთხვევა საჭიროებს სამედიცინო ჩარევას. (Gillespie LD, et al., 2012)

კვლევებმა დაადასტურეს, რომ ვარდნის დროს დაზიანების მძიმე ხარისხის მიღების ან სიკვდილის ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ არიან უფროსი ასაკის ადამიანები და ამ რისკის მასშტაბი ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. (WHO, Global report on falls prevention in older age, 2008), (WHO, 2021), (WHO, Falls, Geneva, 2018) 85 წელზე უფროსი ასაკის მქონე ადამიანებში 4-ჯერ მეტია ვარდნის გამო გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში მოხვედრის შემთხვევები 65-74 წლის ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით და 5-9-ჯერ უფრო მეტია ვიდრე დანარჩენ ზრდასრულ ასაკობრივ კატეგორიებთან შედარებით.

პოლონეთში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, 65 წელზე უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანებმა შეადგინეს მოსახლეობის 13%, (Buczak-Stec E & Goryński, 2013;) მათ შორის ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია დასჭირდა 65 წელზე უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის 10%-ს. (Buczak-Stec E & Goryński, 2013;)

ვარდნით გამოწვეული სიკვდილიანობა აზიის ქვეყნებში 17.2-36.8%-ს შეადგენს. ვარდნით გამოწვეული ტრავმების 15% საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას.

3.4 ვარდნის რისკ-ფაქტორები

ვარდნის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება და მათზე ზემოქმედება დაცემის რისკის შემცირების მიზნით. ვარდნა შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ერთი ან რამდენიმე რისკ-ფაქტორის კომბინაციით.

არსებობს რისკ-ფაქტორების სხვადასხვა კლასიფიკაცია. NARI-ის კლასიფიკაციის მიხედვით ვარდნის რისკ-ფაქტორების ძირითადად ორ ჯგუფშია გაერთიანებული: შინაგანი და გარეგანი. (Stevens, Mahoney, & Ehrenreich, 2014), (WHO, Global report on falls prevention in older age, 2008)

შინაგანი რისკ-ფაქტორების ჯგუფში შედის: ასაკი, სქესი, სისუსტე ფეხებში, წონასწორობის დარღვევა და მხედველობის დაქვეითება. გარეგანი რისკ-ფაქტორების ჯგუფში შედის გარემოში არსებული საფრთხეები.

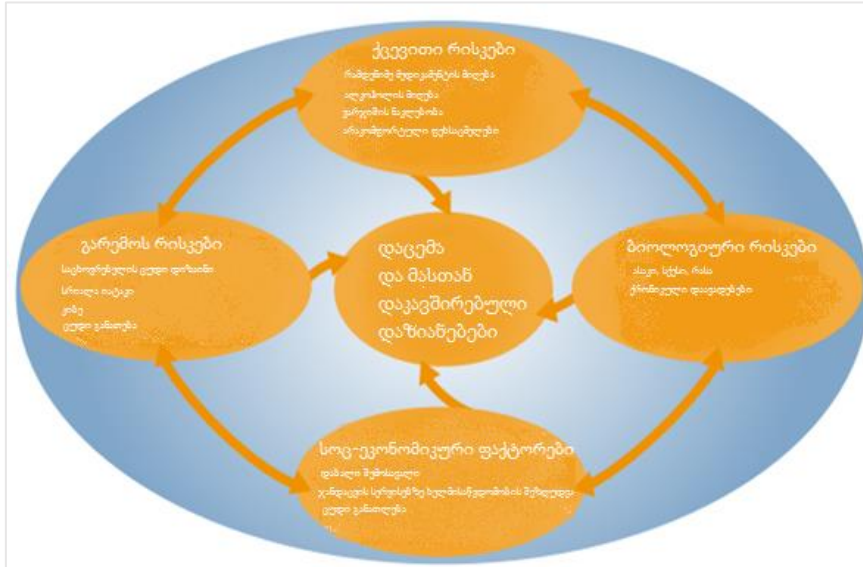
ცხრილი 5. NARI-ის კლასიფიკაციის მიხედვით, შინაგანი და გარეგანი რისკ-ფაქტორები

შინაგანი რისკ-ფაქტორები	გარეგანი რისკ-ფაქტორები
ასაკი	გარემოს საფრთხეები
სქესი	გარემოსთან ინტერაქცია
ცნობიერების დარღვევები	
წონასწორობის დარღვევა	
მხედველობის დაქვეითება	
ანტიდეპრესანტული მედიკამენტებით მკურნალობა	
მედიკამენტის გვერდითი ეფექტი	
რამდენიმე მედიკამენტის ერთდროულად მიღება	
წარსულში ვარდნის გამოცდილება	

წყარო: (NARI, 2023)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2007 წლის ანგარიშში გამოქვეყნებული კლასიფიკაციის მიხედვით ვარდნის რისკები ოთხ ჯგუფშია გაერთიანებული: ბიოლოგიური რისკები (მაგალითად ასაკი, სქესი, რასა, ქრონიკული დაავადებები), ქცევითი რისკები (მაგალითად ალკოჰოლის მიღება, რამდენიმე მედიკამენტის მიღება, არაკომფორტული ფეხსაცმელებს ტარება), გარემოს რისკები (საცხოვრებელის ცუდი დიზაინი, კიბეები, სრიალა იატაკი, ცუდი განათება) და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები (ცუდი განათლება, დაბალი შემოსავალი, ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა და სხვა).

სქემა 1. ვარდნის რისკები



წყარო: (WHO, Global report on falls prevention in older age, 2008)

ცხრილი 6. მედიკამენტები, რომლებიც დაკავშირებულია ვარდნის გამომწვევ მიზეზებთან

წამლები, რომლებიც დაკავშირებულია დაცემასთან, რაც იწვევს პოსტურალურ ჰიპოტენზიას	ნარკოტიკები რომლებიც იწვევენ ვარდნას
ნიტრატები	ბენზოდიაზეპინები
ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის (ACE) ინჰიბიტორები	ანტიფსიქოზური საშუალებები, მაგ. ჰალოპერიდოლი
დიურეტიკები	ოპიატები
ანტიქოლინერგები	კოდეინის შემცველი ანალგეტიკები
L- დოფა	ანტიკონვულსანტები
შედეგების საწინააღმდეგო საშუალებები	დიგოქსინი (უცნობი)
ანტიდეპრესანტები, განსაკუთრებით ტრიციკლური და სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs)	კლასი 1a ანტიარითმიული საშუალებები (უცნობი)

წყარო: (Anderson, 2008)

კვლევებით დადგინდა, რომ ვარდნის ალბათობა იზრდება რამდენიმე რისკ ფაქტორის თანხვედრის შემთხვევაში. ასაკოვან ადამიანებში ჩატარებული კვლევებით დადგენილია, რომ ვარდნის შემთხვევები სწორხაზოვნად იზრდება რისკ ფაქტორის რაოდენობის მატებასთან ერთად. დაცემის ალბათობა ერთი რისკ ფაქტორის გამო 19%-დან იზრდება 32%-მდე ორი რისკ ფაქტორის შემთხვევაში,

60%-მდე სამი რისკ ფაქტორის შემთხვევაში და 78%-მდე ოთხი და მეტი რისკ ფაქტორის შემთხვევაში (De Grauw X, Annest JL, Stevens JA, Xu L, & Coronado, 2015), (Haddad Y, Shakya I, Moreland B, Kakara R, & Bergen, 2020), (Kakara, Moreland, Haddad, Shakya, & Bergen, 2021), (Moreland, Burns, & Haddad, 2022), (Moreland B, Kakara R, Haddad Y, Shakya I, & Bergen, 2020), (Moreland B, Legha J, Thomas K, & Burns, 2022), (Moreland B, Shakya I, & Idaikkadar, 2022), (Moreland, Burns, & Haddad, 2021)⁷⁴, (Ramakrishna K, Moreland B, Haddad Y, Shakya I, & Bergen, 2015), (Shakya I, Bergen G, Haddad YK, Kakara R, & Moreland, 2020), (Soomar SM & Dhalla, 2023)

მნიშვნელოვანია ფსიქო-ემოციური პრობლემები, რომლებიც ვარდნის შედეგად ჩნდება (Kiyu, Halim, Pelitini, & Chong, 2021), (Isha Tajane, Julia Jossy, Priya Gupta, & Prachi, 2021) ვარდნის გამოცდილების შემდეგ ხანდაზმული ადამიანები კარგავენ რწმენას, უჩნდებათ შიში და შფოთვა და ამ ყველაფერმა შესაძლოა ადამიანი ყოველდღიური ნორმალური ცხოვრების მოტივაციის დაკარგვამდეც კი მიიყვანოს. (Nguyen HT, Nguyen, & Hoang, 2022)

დაცემის შიშმა შესაძლოა თავის მხრივ გაზარდოს ვარდნის რისკი. 2005 წელს ლაჩის კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ ვარდნასთან დაკავშირებული შიში ბოლო 2 წლის განმავლობაში 30.6%-დან 47.25%-მდე იყო გაზრდილი 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანებში. (Anamica Batra, Michael Melchior, Laura Seff, Edgar Ramos Vieira, & Richard, 2013), (Bergen G, Stevens M, Kakara R, & Burns, 2019) ვარდნის რისკს ზრდის ასევე ფიზიკური სისუსტე, ჯანმრთელობის დაბალი თვითშეფასება და აგრეთვე ჯანმრთელობის ისეთი სტატუსი, როდესაც ადამიანს არ შეუძლია წონასწორობის დაცვა და დამოუკიდებლად გადაადგილება. (Anamica Batra, Michael Melchior, Laura Seff, Edgar Ramos Vieira, & Richard, 2013), (Bergen G, Stevens MR, & Burns, 2016)

3.5 ვარდნის პრევენცია 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში

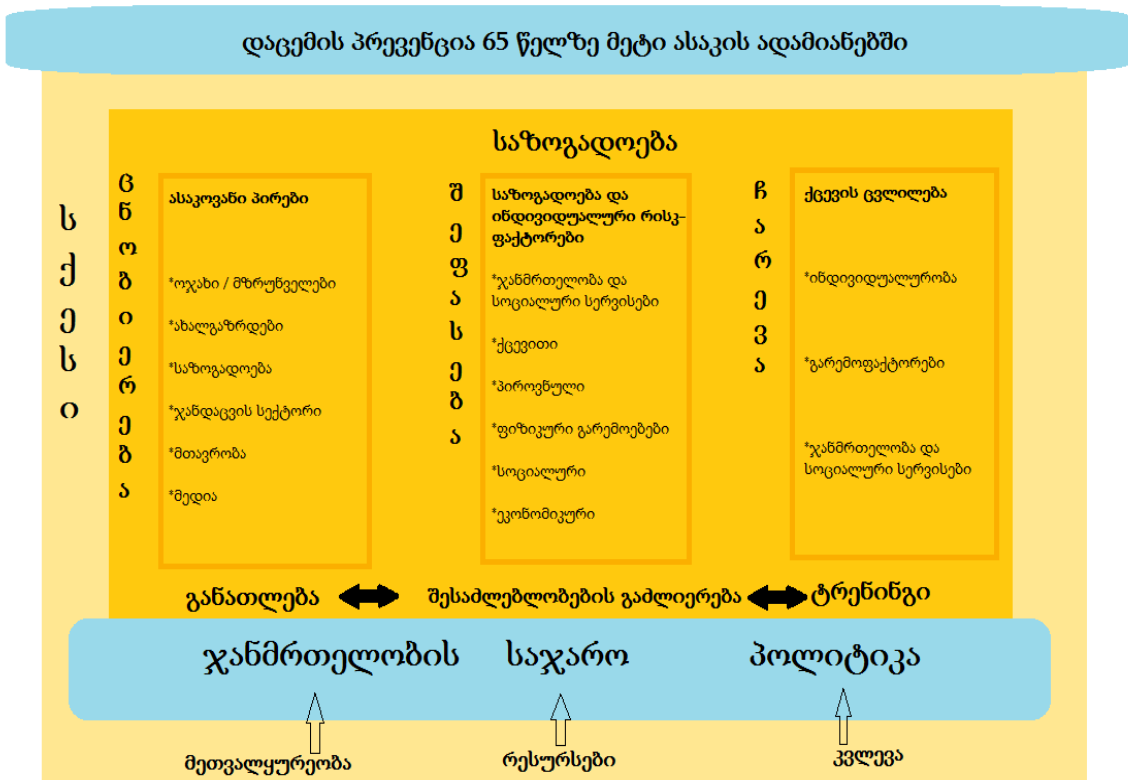
ვარდნასა და მასთან ასოცირებული გართულებების პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია ექიმთან ვიზიტის პროცესში პაციენტი გამოკითხული იქნას ბოლო წლის განმავლობაში ვარდნის ეპიზოდის არსებობის შესახებ, ასევე

წონასწორობის შენარჩუნებასა ან გადაადგილებაში არსებული პრობლემების შესახებ. იმ პაციენტებს, რომლებიც აცხადებენ, რომ ჰქონდათ ვარდნის მხოლოდ ერთი ეპიზოდი და არ აქვთ პრობლემა წონასწორობის დაცვასა და სიარულში, უნდა მიეწოდოთ ზოგადი ინფორმაცია დაცემის რისკებთან და მათ შემცირებასთან დაკავშირებით, მათ შორის ინფორმაცია მედიკამენტების მოხმარებასთან და გარემოში არსებულ რისკ-ფაქტორებთან მიმართებაში.

პაციენტებში, რომლებიც აღნიშნავენ ვარდნის ერთზე მეტ ეპიზოდს და პრობლემებს სიარულსა და წონასწორობის დაცვაში, აუცილებელია, რომ იდენტიფიცირდეს რისკ ფაქტორები და შეფასდეს რისკის შემცირების შესაძლებლობები. უნდა გადაიხედოს მიმდინარე მედიკამენტოზური მკურნალობის სქემა, გამოვლინდეს მედიკამენტი, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს ვარდნა უნდა იქნას შეწყვეტილი, ან დოზის კორექტირება უნდა მოხდეს ყველაზე დაბალ ეფექტურ დოზამდე. პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ გამოკვლევები, რათა დაუდგინდათ რომელიმე ისეთი დაავადება, რომელიც ზრდის ვარდნის რისკს. დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში საჭიროა მიზანმიმართულად მათი მკურნალობა ვარდნის რისკის შესამცირებლად, ეს შეიძლება იყო მაგალითად მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ისეთი დაავადებები, როგორცაა ოსტეოპოროზი, პარკინსონის დაავადება, ართრიტი. სახლის პირობებში გარემო საფრთხის გამოსწორებამ შეიძლება შეამციროს ვარდნის რისკი. პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია, თუ რა გააკეთონ ვარდნის შემთხვევაში, როცა ვერ ახერხებენ ადგომას. აუცილებელია ჰქონდეთ ოჯახის წევრებთან ან მეგობრებთან ხშირი კონტაქტი, და ადვილად ხელმისაწვდომი ტელეფონი, დისტანციური სიგნალიზაცია ან გადაუდებელი რეაგირების სისტემის მოწყობილობა. ყოველივე ამით შესაძლებელი იქნება ვარდნის რისკების და მასთან არსებული გართულებების თავიდან აცილება. ამ კატეგორიის პაციენტებისთვის უნდა არსებობდეს სპეციალური სავარჯიშო პროგრამები, რომლებშიც ჩართვა ხანდაზმული ადამიანებისთვის ხელმისაწვდომი იქნება. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს შეზღუდული აქვს მოძრაობა, უნდა არსებობდეს ფიზიკური ვარჯიშების და თერაპიის სახლის პირობებში ჩატარების შესაძლებლობა. მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ჩამოყალიბებულია ე.წ. ხანდაზმულთა ცენტრები,

ჯანმრთელობის კლუბები, რომლების სთავაზობენ ასაკოვან მოქალაქეებს ფიზიკური ვარჯიშების პროგრამებს. უმეტეს შემთხვევაში ამ ტიპის პროგრამები უფასო ან სიმბოლური, მეტად დაბალი ფასი აქვთ. საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით ფიზიკური ვარჯიშების პროგრამების შემუშავება და უზრუნველყოფა წარმოადგენს ფიზიოთერაპევტის ფუნქციას და პასუხისმგებლობას. მათ მიერ ხდება ეფექტური სავარჯიშო პროგრამების შემუშავება, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტზე ინდივიდუალურად შერჩეული პროგრამების განსაზღვრა. აღნიშნული პროგრამები ხელს უწყობენ პაციენტებს გამოუსწორდეთ წონასწორობის დაცვის უნარი, სიარულის მანერა და შეუმცირდეთ რისკ-ფაქტორები, რომელიც ხელს უწყობენ ვარდნას. პროცესის სწორად მართვისთვის აუცილებელია, რომ სავარჯიშო პროგრამა შემუშავებული იყოს პროფესიონალის მიერ, მორგებული იყოს პაციენტის საჭიროებებზე და შეიცავდეს ბალანსის კომპონენტს. მნიშვნელოვანია ასევე ვარჯიშების სისტემატური ხასიათი და ხანგრძლივობა (საშუალოდ 4 თვე). მრავალრიცხოვანი კვლევებით დადგენილია, რომ ვარდნის შემცირებასთან ასოცირებული ხარჯებით დაზოგილი თანხა აღემატება ამ პროგრამების საფასურს. ასაკოვანი პაციენტები რიგ შემთხვევაში სარგებლობენ დამხმარე მოწყობილობით (მაგ. ყავარჯენი, საყრდენი). ფიზიოთერაპევტების ფუნქციაში შედის ასევე პაციენტისთვის დამხმარე აპარატის სწორი მორგება, ზომის შერჩევა და სწორი გამოყენების სწავლება. გასათვალისწინებელია პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებები და დამხმარე მოწყობილობის დანიშნულება. ყავარჯენები შეიძლება ადეკვატური იყოს პაციენტებისთვის მინიმალური უნილატერალური კუნთის ან სახსრის დაზიანებით, მაგრამ საყრდენი (განსაკუთრებით ბორბლებიანი) უფრო გამოსადეგია პაციენტებისთვის, რომელთაც აქვთ ვარდნის მომატებული რისკი, რაც ბილატერალურად ფეხის სისუსტით ან დარღვეული კოორდინაციით არის გამოწვეული. ბორბლებიანი საყრდენი სახიფათოა მათთვის, ვინც არ იცის მისი სწორი მართვა. სამწუხაროდ, საქართველოში ხანდაზმული პაციენტებისთვის ამ ტიპის სერვისები პრაქტიკულად არ არის ხელმისაწვდომი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავდა ვარდნის პრევენციის პროგრამა აქტიური დაბერებისთვის (WHO, Global report on falls prevention in older age, 2008)

სქემა 2. დაცემის პრევენცია 65 წელზე მეტი ასაკის ადამიანებში



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

განვითარებულ ქვეყნებში ჩატარებულია მრავალრიცხოვანი კვლევები, რომელთა შედეგად გამოვლინდა ვარდნის რისკ-ფაქტორები და მათი თავიდან აცილების მიზნით დაისახა ვარდნის სხვადასხვა პრევენციული ღონისძიებები. აშშ-ში ჰავაის შტატში ჯანდაცვის დეპარტამენტის საინიციატივო ჯგუფმა, ვარდნის შემთხვევების შესამცირებლად შეიმუშავა და განახორციელა არაერთი კოორდინირებული საზოგადოებრივი ინიციატივა ისეთი მიმართულებებით როგორცაა: ასაკოვანი პოპულაციის მხედველობის შემოწმება, საცხოვრებელი ადგილის შემოწმება გარემო რისკ-ფაქტორების გამოვლენის და სათანადო ცვლილებების განხორციელების მიზნით, ფიზიკური აქტივობების ხელშეწყობა, მედიკამენტების მიღებისა და გვერდითი მოვლენების შესწავლა და ა.შ.

ინიციატივების ძირითად მიზანს წარმოადგენდა ასაკოვანი პირებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ვარდნის თავიდან აცილების შესახებ და გაცნობიერება, რომ ასაკოვანი პირები ნამდვილად მიეკუთვნებიან ვარდნის რისკ ჯგუფს. საინფორმაციო კამპანიაში გამოყენებული იქნა პოზიტიური ლოზუნგები,

როგორცაა: „შეინარჩუნეთ დამოუკიდებლობა“ და „კარგი ბალანსი“. პრევენციის პოპულარიზაცია ხდებოდა ბროშურებით, რეკლამებით, რადიოთი და ტელევიზიის სხვადასხვა არხებით. კამპანია ჩატარდა ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული პროფესიონალების მაღალი ჩართულობით.

ვარდნის რისკის თავიდან აცილების სტანდარტული შემოთავაზებისგან განსხვავებით, როუზმა წარმოადგინა ვარდნის „პოპულაციური სტრატეგია“. იგი ამტკიცებს, რომ როდესაც რისკი ფართოდ არის გავრცელებული პოპულაციაში, მთელი მოსახლეობის ქცევაში მცირე ცვლილებების განხორციელება უფრო ეფექტურ შედეგებს გამოიღებს, ვიდრე დიდი ცვლილებები ადამიანთა მცირე ჯგუფში. ამდენად, მისი აზრით მხოლოდ ვარდნის მაღალი რისკის მქონე ადამიანებში მიზანმიმართული პროფილაქტიკური ჩარევები მინიმალურ გავლენას მოახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

წარმატებულ მიდგომად არის მიჩნეული ავსტრალიური პროგრამა, რომლის ლოზუნგია „დარჩი ფეხზე“. ეს არის 4 წლიანი მულტისტრატეგიული მიდგომა, რომელიც მიზნად ისახავს რისკის ფაქტორების შეფასებას, ასაკოვან ადამიანებში ვარდნასთან დაკავშირებულ ცოდნის ამაღლებას და სარისკო ქცევის შეცვლის ხელშეწყობას.

გერმანიის ქალაქ როიტლინგენში ჩატარდა ვარდნის პრევენციისკენ მიმართული ფართომასშტაბიანი კამპანია. კვლევების შედეგად გამოვლენილი იქნა ვარდნის მრავალი რისკ ფაქტორი, რის საფუძველზეც ჩატარდა სათანადო მთელი რიგი ეფექტური ღონისძიებები (მათ შორის სხვადასხვა სახის ვარჯიშები, გარემოში მავნე ფაქტორების განეიტრალება, მხედველობის გაუმჯობესება). (Booth, Hood, & Kerney, 2016)

კვლევებით დადგენილია, რომ სპეციალური ვარჯიშები (მეცადინეობები) ვარდნის პროფილაქტიკის გამო ადაპტირებული უნდა იყოს სხვადასხვა მიზნობრივ ჯგუფთან. ეს სერვისი შეიძლება მოწოდებულ იქნას სხვადასხვა სპორტული კლუბების, საქველმოქმედო და სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ სპორტულ დარბაზებში, მოხუცებულთა თავშესაფრებში, კერძო სახლებში და ა.შ. ამ ტიპის მეცადინეობები აუცილებლად უნდა ჩატარდეს სხვადასხვა პროფილის

პროფესიონალით (თერაპევტი, ექთანი და ინსტრუქტორი) დაკომპლექტებული გუნდის მიერ. ცნობილია, რომ კოგნიტური დარღვევები (მაგ. დემენცია) წარმოადგენენ ვარდნის რისკ-ფაქტორს, ამიტომ დიდ ბრიტანეთში შეიმუშავეს სტრატეგია, რომელიც მიმართული იყო კომბინირებულად ასაკოვანი ადამიანების როგორც ფიზიკური, ისე კოგნიტური შესაძლებლობების გავარჯიშებისკენ. მრავალკომპონენტური ჩარევამ (ფიზიკური და კოგნიტური კომპონენტების ვარჯიშები) დადებითად იმოქმედეს ხანდაზმულებში წონასწორობის აღდგენაზე, ფუნქციურ აქტივობაზე, სიარულის სისწრაფეზე. უნდა აღინიშნოს, რომ კომბინირებულმა მიდგომამ განსაკუთრებით დადებითი ეფექტი იქონია მცირედ გამოხატული კოგნიტური დარღვევების მქონე პაციენტებში. (Booth, Hood, & Kerney, 2016)

დანიაში ჩატარებულ კვლევებზე დაფუძნებით შემუშავებული იქნა ვარჯიშის ახალი მეთოდი, რომელიც ძირითადად ორიენტირებული იყო სიარულთან ადაპტაციის ვარჯიშებზე. მეთოდის გამოყენებამ გამოიღო დამაიმედებელი პროფილაქტიკური ეფექტი, კერძოდ ასაკოვან პირებში 42%-ით შეამცირა ვარდნა და შესაბამისად შეამცირა ვარდნასთან დაკავშირებული მოტეხილობები.

აღსანიშნავია, რომ ვარდნის პრევენციისკენ მიმართული ღონისძიებების გატარება მნიშვნელოვან ძალისხმევას მოითხოვს თავად ასაკოვანი ადამიანების მხრიდან. ამდენად, ამ პრობლემის გადასაჭრელად საკვანძო საკითხს მოტივაცია წარმოადგენს. სამწუხაროდ როგორც წესი, ასაკოვანი ადამიანები დიდი ენთუზიაზმით არ ერთვებიან ვარდნის პროფილაქტიკურ ღონისძიებებში და მათი მონაწილეობის ხარისხი ამგვარ აქტივობებში დაბალია.

შვეიცარიაში ჩატარდა რანდომიზირებული კლინიკური კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა კოგნიტურ-მოტორული ვარჯიშების პროგრამების ეფექტურობის შეფასებას და შედეგებზე დაფუძნებით შესაბამისი რეკომენდაციების გამოყენების შესაძლებლობას გერიატრიულ სტაციონარებში. კვლევამ გამოავლინა, რომ კოგნიტურ-მოტორული კომბინირებული ვარჯიშების პროგრამა არის უსაფრთხო, შესრულებადი და ეფექტური მიდგომა და ამ ფიზიკური ვარჯიშების ჩართვა გერიატრიული პაციენტების რეაბილიტაციის პროგრამაში შესაძლებლობას იძლევა პაციენტებში არა მხოლოდ ვარდნის რისკის შემცირებას, არამედ ამაღლებს

მოტივაციას პაციენტებში ვარჯიშების და ფიზიკური აქტივობის მიმართ და შესაბამისად ზრდის რეაბილიტაციის წარმატების შანსს. (Burns ER, Stevens JA, & Lee, 2016)

კვლევებით დადგენილია, რომ ზოგიერთი მედიკამენტი იწვევს ვარდნის შემთხვევების მომატებას, იმ ტიპის მედიკამენტების თანდათანობითი შემცირება და მოხსნა, რომლებიც ინიშნება ძილის მოწესრიგებისთვის, დამამშვიდებელი მიზნებით და დეპრესიის სამკურნალოდ, (ფსიქოტროპული მედიკამენტები) იწვევს ვარდნის შემთხვევების შემცირებას. ამ შემთხვევებს ამცირებს აგრეთვე კარდიოსტიმულატორის ჩადგმა პაციენტებში, ქალებში პირველი კატარაქტის ოპერაცია. ევროპული ქსელი ვარდნის პრევენციისთვის რეკომენდაციას უწევს ასაკოვანი ადამიანებისთვის ცოდნის ტრანსფერს და ცნობიერების ამაღლებას.

3.6 კლინიკურ პრაქტიკაში ვარდნის რისკების შეფასების საერთაშორისო მიდგომები და ეროვნული გაიდლაინი

AGS/BGS-ამ (ამერიკული გერიატრიული საზოგადოება/ბრიტანული გერიატრიული საზოგადოება) გამოაქვეყნა კლინიკურ პრაქტიკაში ვარდნის რისკების შეფასებისა და მართვის სახელმძღვანელო, რომელიც იძლევა რეკომენდაციას, რომ მედიცინის მუშაკმა გამოკითხოს ყოველი ასაკოვანი ადამიანი იმის შესახებ, გასული ერთი წლის განმავლობაში ჰქონდა თუ არა ვარდნის ეპიზოდი. ხანდაზმული, ვისაც ჰქონდა ასეთი 2 ან მეტი შემთხვევა, ან უჭირთ სიარული ან წონასწორობის შენარჩუნება, საჭიროებს ვარდნის რისკის მრავალფაქტორიან შეფასებას. აღნიშნული შეფასება გულისხმობს ვარდნის ისტორიის (ანამნეზის) შეგროვებას, ყველა მედიკამენტის გადახედვას რასაც ღებულობს პაციენტი, სიარულის, წონასწორობის ნევროლოგიური ფუნქციების, ქვემო კიდურების კუნთების სიმძლიერის, გულსისხლძარღვთა სისტემის და მხედველობის სიმახვილის შემოწმებას, ყოველდღიური აქტივობის, მათ შორის გადაადგილების საშუალებების, ფეხსაცმლის უსაფრთხოების, ვარდნის შიშის შეფასებას. ყოველივე ამის გათვალისწინებით შესაძლებელია განისაზღვროს სათანადო სამედიცინო-

პროფილაქტიკური მკურნალობა და პაციენტი გადამისამართებულ იქნას შესაბამის სპეციალისტებთან ასაკის შესაბამისი ვარჯიშების პროგრამაში ჩასართველად.

მთელს მსოფლიოში მიმდინარე მოსახლეობის „დაბერების“ ტენდენციიდან გამომდინარე გლობალურ დონეზე პრიორიტეტია 65 წლის და ზემოთ ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში პრევენციის ეფექტური მეთოდების დანერგვა.

საქართველოში ხანდაზმული პაციენტების ჯანმრთელობის დაცვა პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმთავრეს ფუნქციას წარმოადგენს. ზოგად საექიმო პრაქტიკაში 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის გაიდლაინი, (საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი, 2009 წელი) ითვალისწინებს ხანდაზმულთა ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნების, უნარშეზღუდულობისა და დამოკიდებულების პრევენციის მიზნით ზემოთ აღნიშნული ასაკობრივი ჯგუფის პირთა რეგულარულ სამედიცინო მეთვალყურეობას. ხანდაზმულებში გავრცელებულ პრობლემებს შორის ერთ-ერთი ვარდნა და ტრავმატიზმია. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული „ზოგად საექიმო პრაქტიკაში 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის“ გაიდლაინი წარმოადგენს სახელმძღვანელოს პაციენტებში მობილობისა და ფიზიკური აქტივობის უნარის შესაფასებლად მარტივი ტესტებით, როგორცაა: მანუალური დათვლის, სწრაფი სიარულის და სკამიდან წამოდგომის ტესტი, აგრეთვე დაცემის რისკის შეფასების ტესტი „ადექი და წადი“ და „სტატიკური ბალანსის ტესტს“ (რომბერგის მოდიფიცირებულ ტესტი). ხანდაზმული პაციენტის ფუნქციური სტატუსის განსაზღვრის პროცესში მობილობის გარდა ფასდება ყოველდღიური საქმიანობის დამოუკიდებლად შესრულების უნარიც, რაც ეფუძნება კარტზის ინდექსის განსაზღვრას.

შეფასების შედეგადაც ხდება იმ პირთა იდენტიფიცირება, ვისაც აღენიშნება მობილობისა და ფუნქციონირების მკვეთრი შეზღუდვა და ამის გამო მაღალია მისი დაცემის რისკი. დროული ჩარევით და შესაფერისი სარეაბილიტაციო ღონისძიებებით შესაძლებელია ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანებების და მძიმე შემთხვევების თავიდან აცილება. დაცემისა და მოტეხილობების

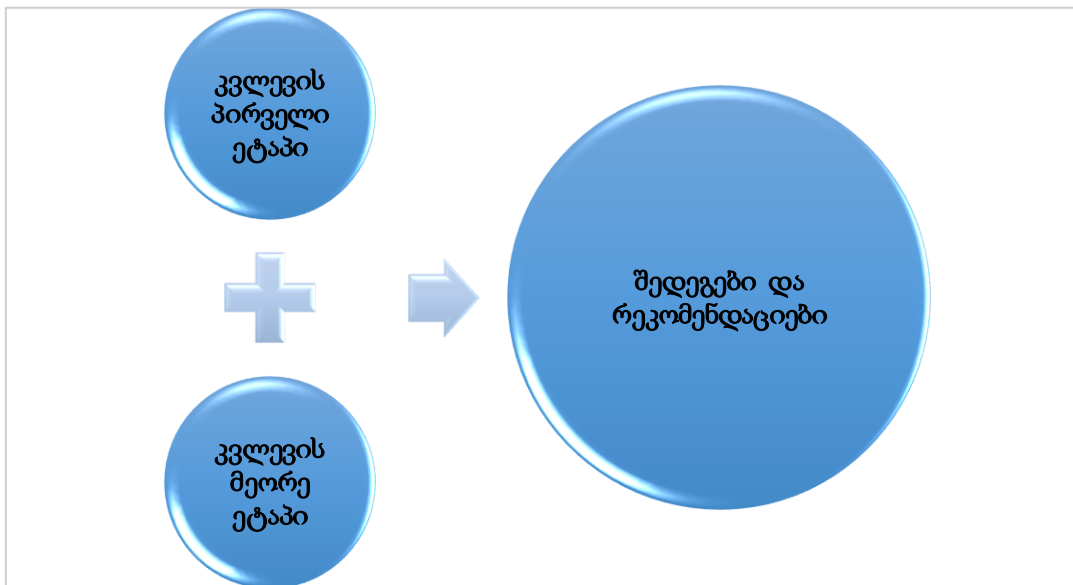
პრევენციისთვის საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ალგორითმი წარმოდგენილია დანართში სქემაზე.

პროტოკოლის მიხედვით ხანდაზმულთა რეგულარული მეთვალყურეობა რეკომენდებულია შემდეგი სქემით: 65-74 წლის პაციენტებში 3 წელიწადში ერთხელ, ხოლო 75 წლის და ზემოთ პაციენტებში - წელიწადში ერთხელ. (იხილეთ დანართი 1)

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, (მათ შორის მაგალითად საქართველო, სომხეთი, მოლდოვას რესპუბლიკა), სადაც ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სექტორი, ასევე კეთილდღეობის სისტემა ჯერ კიდევ განვითარებად რეჟიმშია, გაბატონებული კულტურა არის თაობათაშორისი სოლიდარობა და თანაცხოვრება მრავალთაობათა შინამეურნეობებში. მშობლებისა და ოჯახის ხანდაზმული წევრების პატივისცემისა და ზრუნვის კულტურული ნორმის მქონე ქვეყნებში, ოჯახის წევრები უზრუნველყოფენ ზრუნვას, გარდა ამისა, ამ ქვეყნებში ხანდაზმულთა მოვლა განიცდის არა მხოლოდ ინფრასტრუქტურის ინვესტიციების, არამედ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ინოვაციური პრაქტიკის ნაკლებობას.

IV. კვლევის ეტაპები

კვლევა შედგებოდა ორი ეტაპისგან. კვლევის პირველ ეტაპზე დამუშავებული იქნა ჰოსპიტალიზაციის ბაზა (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემები). მეორე ეტაპზე ჩავატარეთ რაოდენობრივი კვლევა (სქემა N3).



სქემა 3. კვლევის ეტაპები

კვლევის პირველ ეტაპზე შევისწავლეთ საქართველოში 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ზოგადი ტენდენციები და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები, ხოლო კვლევის მეორე ეტაპზე ჩავატარეთ გამოკითხვა 65 წლის და მეტი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში.

4.1 კვლევის პირველი ეტაპი

4.1.1 მიზანი და ამოცანები

კვლევის პირველი ეტაპის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ზოგადი ტენდენციების და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა. კვლევის ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე განისაზღვრა კვლევის შემდეგი ამოცანები:

- ✓ 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ვარდნის ზოგადი ტენდენციის გამოვლენა;
- ✓ 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ვარდნის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა (ასაკი, სქესი, რეგიონი, სეზონურობა, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის გამოსავალი;
- ✓ ცვლადებს შორის დამოკიდებულებების შეფასება.

4.1.2 კვლევის მეთოდები

კვლევის პირველ ეტაპზე გამოყენებული იქნა რეტროსპექტული ობსერვაციული კვლევა (რაოდენობრივი კვლევა). კვლევისათვის გამოვიყენეთ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 7 წლის (2015-2021წწ) მონაცემები. მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავება და ანალიზი განხორციელდა SPSS პროგრამული პაკეტი მე-20 ვერსიის გამოყენებით.

4.1.3 კვლევის ეთიკური ასპექტები

კვლევის პირველ ეტაპზე დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან მიღებული მონაცემები არ მოიცავდა პიროვნების იდენტიფიკაციისთვის შესაძლებელ მონაცემებს, ამდენად ეთიკის გაიდლაინების შესაბამისად მოცემული ეტაპი არ მოითხოვს ეთიკის კომიტეტის თანხმობას.

4.1.4 კვლევის პირველი ეტაპის შედეგები

2015-2021 წლებში 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ყველა მიზეზით ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობამ შეადგინა 47456 შემთხვევა, აქედან ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი შეადგენს საშუალოდ 63%-ს. წლების მიხედვით ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი მერყეობს 59%-დან (2020 წელი) 66% მდე (2017 წელი) (ცხრილი N7).

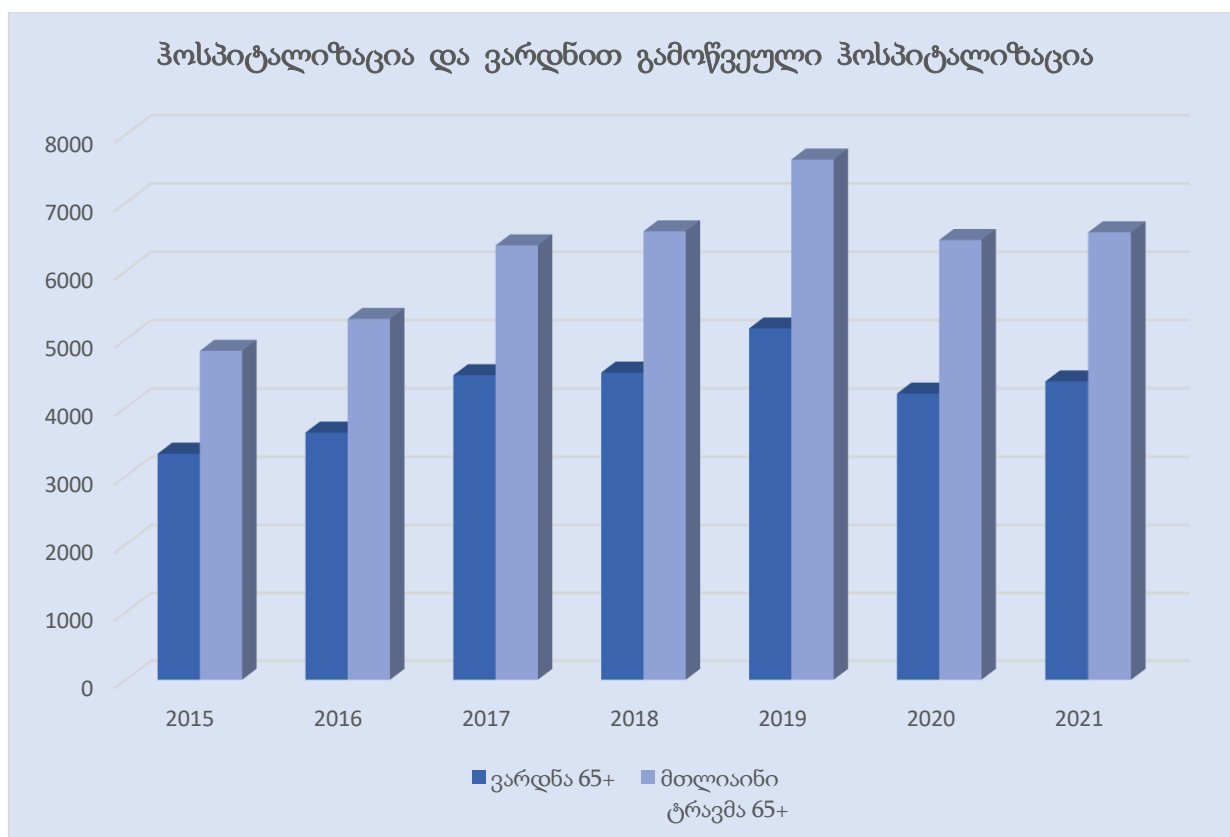
ცხრილი 7. 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ყველა მიზეზით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.

წლები	ყველა დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	ყველა დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის უბეში მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე	ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი	ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი, უბეში მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე
2015	5091	958.2	65%	626.0
2016	5610	1045.7	65%	677.6
2017	6742	1250.1	66%	829.6
2018	7186	1315.6	63%	826.2
2019	8345	1509.9	62%	933.4
2020	7167	1275.9	59%	748.8
2021	7315	1286.6	60%	771.1
სულ	47456	1237.0	63%	774.1

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ყველა დიაგნოზით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი 2015-დან 2019 წლამდე მატულობდა, რაზეც მიუთითებს უბეში მაჩვენებლების ზრდა ამ წლებში ($\chi^2=110.2$; $p<0.001$). თუმცა 2020 და 2021 წწ.-ებში როგორც ვარდნით, ისე ყველა დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის უბეში მაჩვენებელი მკვეთრად სარწმუნოდ ქვეითდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ვარდნით გამოწვეული და ყველა დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის უბეში მაჩვენებლები სარწმუნო კორელაციაში არიან ($R^2 = 0.91$, $p<0.001$). 2015-2021 წლებში 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ტრავმული დაზიანებით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობამ შეადგინა 43.740 შემთხვევა, აქედან ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი შეადგენს საშუალოდ 68%-ს (დიაგრამა N5).

დიაგრამა 5. ტრავმული დაზიანებით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

წლების მიხედვით ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი მერყეობს 65%-დან (2020 წელი) 70% მდე (2017 წელი) (ცხრილი N8).

ტრავმული დაზიანებით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი 2015-დან 2019 წლამდე მატულობდა, რაზეც მიუთითებს უხეში მაჩვენებლების ზრდა ამ წლებში ($\text{Chi}^2=25.8$; $p<0.001$). თუმცა 2020 და 2021 წწ.-ებში როგორც ვარდნით, ისე ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის უხეში მაჩვენებელი მკვეთრად სარწმუნოდ ქვეითდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ვარდნით გამოწვეული და ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის უხეში მაჩვენებლები სარწმუნო კორელაციაში არიან ($R^2 = 0.97$, $p<0.001$).

ცხრილი 8. 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ტრავმული დაზიანებით და ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.

წლები	ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის უხეში მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე	ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი	ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი, უხეში მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე
2015	4832	909.4	69%	626.0
2016	5299	987.7	69%	677.6
2017	6375	1182.1	70%	829.6
2018	6581	1204.8	69%	826.2
2019	7632	1380.9	68%	933.4
2020	6454	1149.0	65%	748.8
2021	6567	1155.1	67%	771.1
სულ	43740	909.4	68%	774.1

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობამ შეადგინა 29697 შემთხვევა. შემთხვევათა რაოდენობა ხასიათდება მზარდი რაოდენობით 2015-2019 წლებში. ყველაზე დაბალი რაოდენობა დაფიქსირდა 2015 წელს (n=3326; 11%), ყველაზე მაღალი რაოდენობა დაფიქსირდა 2019 წელს (n=4206; 17%), 2020 წელს აღინიშნა კლება (n=4206; 14%), ხოლო 2021 წელს კვლავ მატება წინა წელთან შედარებით (n=4384; 15%) (დიაგრამა N6).

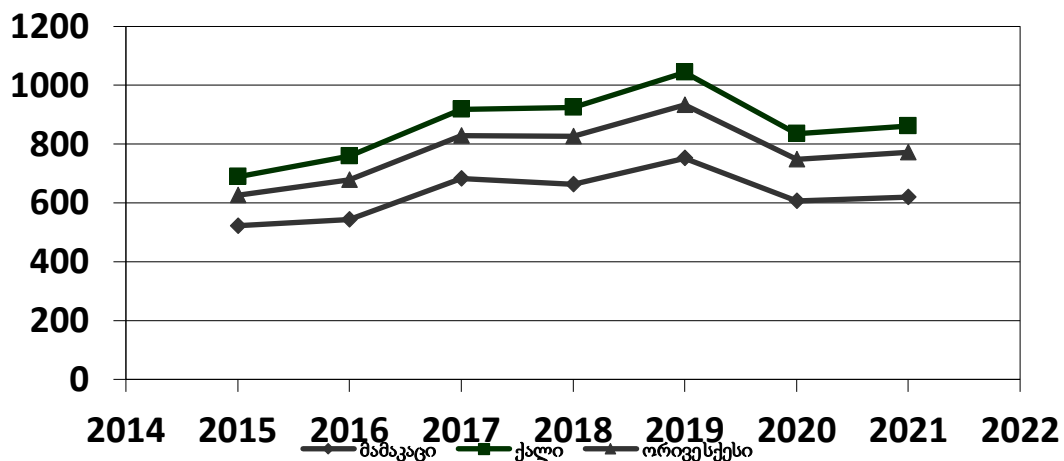
დიაგრამა 6. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ანალოგიურად, 2015-2021 წლებში ინციდენტობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა 2019 წელს (925,9) არა მხოლოდ ზოგადად 65 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში, არამედ სქესობრივ ჯგუფებთან მიმართებაშიც (ქალებში - 1035,4 და მამაკაცებში - 745,1) (დიაგრამა N7).

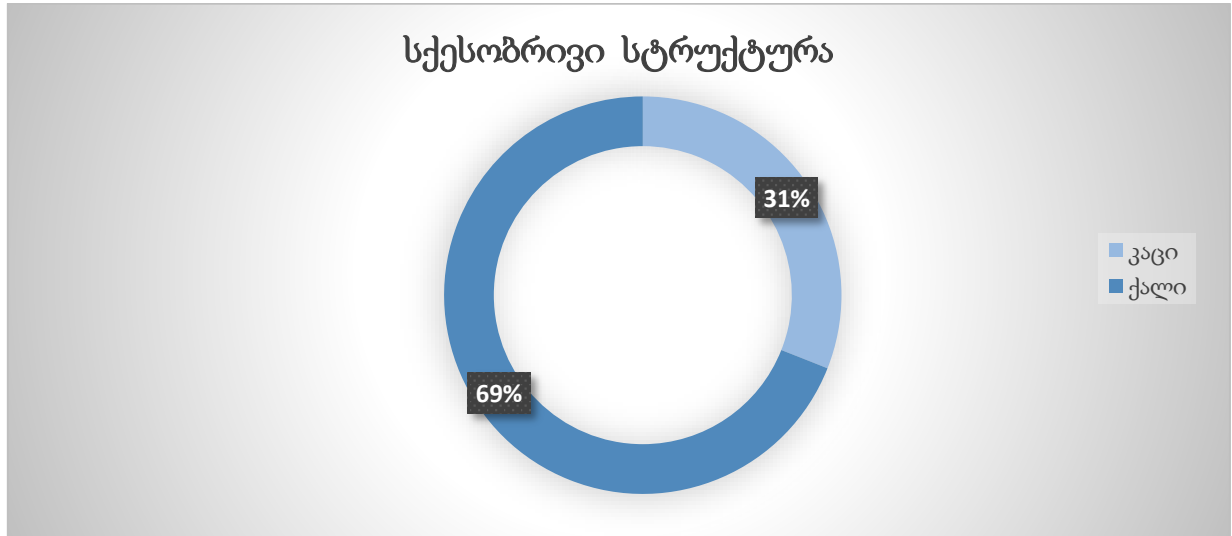
დიაგრამა 7. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ინციდენტობის მაჩვენებელი, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 69% (n=20617) იყვნენ ქალები და 31% - მამაკაცები (n=9080) (Chi2=4482.1, p<0.001; დიაგრამა N8).

დიაგრამა 8. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, პაციენტების სქესობრივი სტრუქტურა, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ქალების და მამაკაცების თანაფარდობამ შეადგინა 2:1. 2015-2021 წლებში ქალების და მამაკაცების თანაფარდობა პრაქტიკულად იდენტურია, ქალების წილი მერყეობს 68%-70%-ის ფარგლებში, შესაბამისად მამაკაცების წილია 32%-30% (ცხრილი N9). ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისათვის სქესის ნიშნით შანსთა ფარდობის (Odds Ratio - OR) მაჩვენებელთა და 95%-იანი სანდოობის ინტერვალების (95% Confidence Intervals – 95%CI) ანალიზი აჩვენებს, რომ ქალებში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შანსი სარწმუნოდ მაღალია (p<0.001).

ცხრილი 9. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ქალების და მამაკაცების თანაფარდობა, საქართველო, 2015-2021წწ.

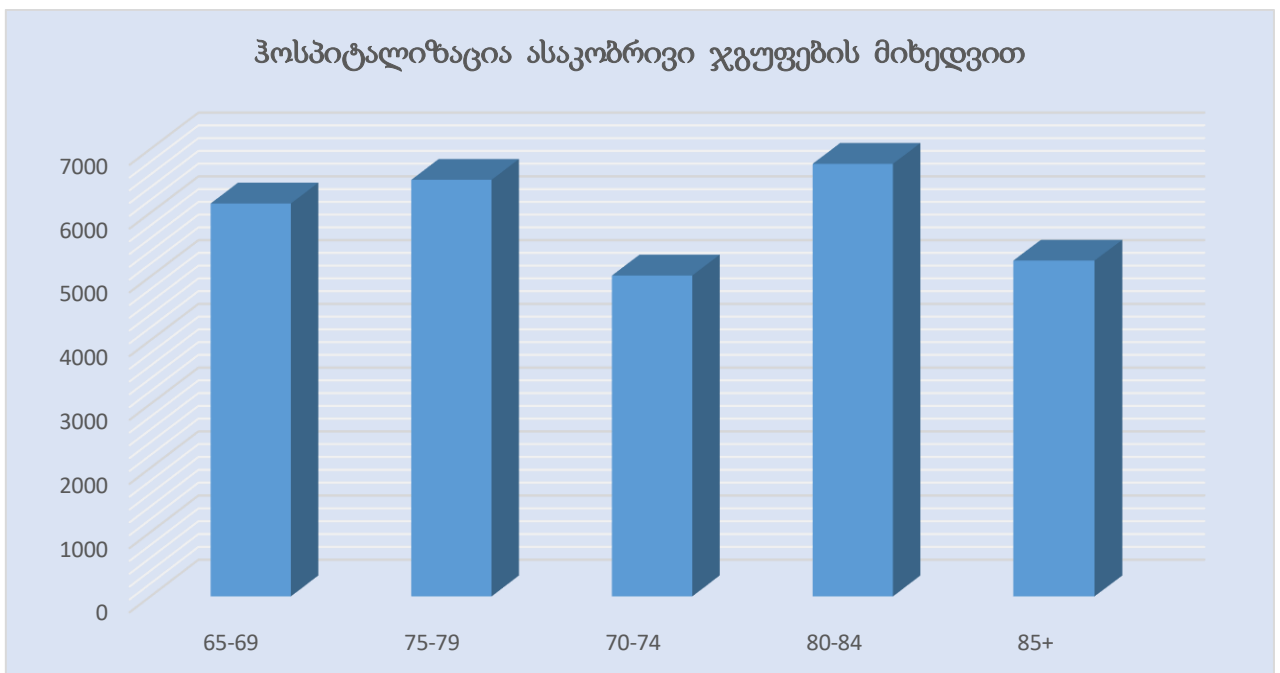
წელი	ქალები vs. მამაკაცები	
	OR	95%CI, p
2015	1.32	1.23-1.42, p<0.001
2016	1.40	1.31-1.51, p<0.001
2017	1.35	1.26-1.44, p<0.001
2018	1.39	1.31-1.48, p<0.001

2019	1.38	1.31-1.47, p<0.001
2020	1.38	1.29-1.48, p<0.001
2021	1.39	1.31-1.49, p<0.001
სულ	1.38	1.35-1.41, p<0.001

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ასაკი მერყეობდა 65-დან 109 წლამდე. ჰოსპიტალიზაციის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 23% (n=6768) იყო 80-84 ასაკობრივ ჯგუფში. მაღალი იყო მაჩვენებელი ასევე 75-79 და 65-69 ასაკობრივ ჯგუფებში, შესაბამისად 22% (n=6517) და 21% (n=6146) (დიაგრამა N9).

დიაგრამა 9. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, პაციენტების ასაკობრივი სტრუქტურა, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ასაკობრივ ჯგუფებში ჰოსპიტალიზაციის ანალიზი მცირედ განსხვავებულ სურათს გვაძლევს წლების მიხედვით. 2015-2017 წლებში ყველაზე მაღალი ჰოსპიტალიზაცია (შესაბამისად 28% 29% და 26%) დაფიქსირდა 75-79 ასაკობრივ ჯგუფებში, ხოლო 2018-2021 წლებში (შესაბამისად 23%, 24%, 25% და 25%) 80-84 ასაკობრივ ჯგუფში (ცხრილი N10).

ცხრილი 10. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ასაკობრივი ჯგუფების თანაფარდობა, საქართველო, 2015-2021წწ.

ასაკობრივი ჯგუფები	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
65-69	19%	19%	20%	21%	22%	21%	22%
75-79	28%	29%	26%	22%	20%	17%	13%
70-74	17%	14%	15%	15%	16%	19%	22%
80-84	21%	20%	21%	23%	24%	25%	25%
85+	16%	17%	18%	19%	17%	18%	18%

OR(95%CI) 65-69 vs.					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
65-69		1.64 (1.58-1.70)	1.29 (1.24-1.34)	2.64 (2.55-2.74)	3.91 (3.76-4.07)
70-74			0.79 (0.75-0.81)	1.61 (1.55-1.67)	2.39 (2.30-2.48)
75-79				2.05 (1.98-2.13)	3.04 (2.92-3.17)
80-84					1.48 (1.43-1.54)
85+					

წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ყველა წლის მონაცემების მიხედვით შანსთა ფარდობების ანალიზმა აჩვენა, რომ ძირითადად ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ჰოსპიტალიზაციის შანსი ($p < 0.001$). ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობრივი მონაცემების ანალიზის შედეგები ასაკისა და სქესის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში 11. როგორც ცხრილიდან ჩანს, 65-69 წლის ასაკობრივი ჯგუფის გარდა, ყველა სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში ქალებში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შანსი სარწმუნოდ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით (70-74 წწ - $p = 0.001$; დანარჩენ ჯგუფებში - $p < 0.001$).

ცხრილი 11. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ქალების და მამაკაცების შანსთა ფარდობა, საქართველო, 2015-2021წწ.

ასაკობრივი ჯგუფი	ქალები vs. მამაკაცები	
	OR	95%CI, p
65-69	0.99	0.94-1.04, $p = 0.747$ (NS)

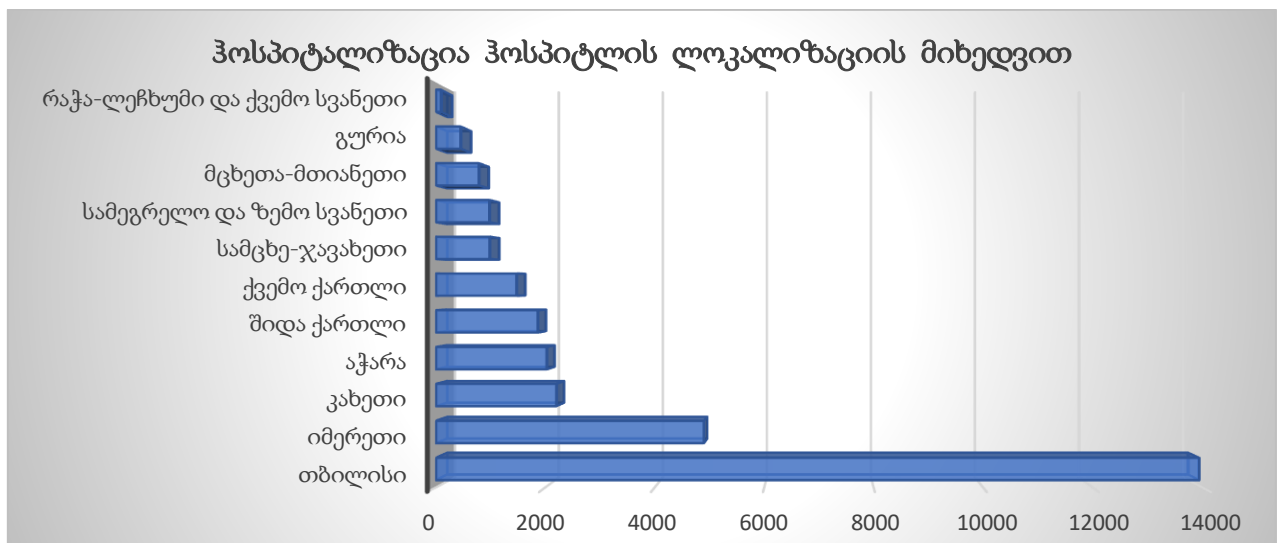
70-74	1.10	1.03-1.17, p=0.001
75-79	1.44	1.36-1.52, p<0.001
80-84	1.59	1.50-1.68, p<0.001
85+	1.61	1.50-1.72, p<0.001

NS – non-significan - სტატისტიკურად არასარწმუნო

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში ვარდნის გამო ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 47% (n=4898) მკურნალობდა თბილისში მდებარე ჰოსპიტლებში, 16% - იმერეთის ჰოსპიტლებში, ხოლო პაციენტების 3%-7% საქართველოს დანარჩენ რეგიონებში მდებარე ჰოსპიტლებში (დიაგრამა N10)

დიაგრამა 10. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, პაციენტების განაწილება ჰოსპიტლებში რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების 60%-ში ვარდნა განხორციელდა იმავე დონიდან, 8%-სიმაღლიდან, ხოლო შემთხვევების 32%-ში ლოკალიზაცია არ არის დაზუსტებული. (Chi²=12106.5, p<0.001). იმავე დონიდან ვარდნის პრევალირება სხვა ტიპის ვარდნებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოა

ცხრილი 12. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, საქართველო, 2015-2021წწ.

ვარდნა იმავე დონიდან	17839	60%
ვარდნა სიმაღლიდან	2374	8%
დაუზუსტებელი შემთხვევა	9484	32%
სულ:	29697	

Chi2=12106.5 (p<0.001)

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

იმავე დონიდან ვარდნის პრევალირება წლების მიხედვითაც შენარჩუნებულია (Chi2=606.8, p<0.001); წლების მიხედვით სიმაღლიდან ვარდნის ყველაზე მაღალი წილი აღინიშნა 2015 და 2016 წლებში (შესაბამისად 12% და 11%), ყველაზე დაბალი 2019 და 2021 წლებში (6%-6%).

ცხრილი 13. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).

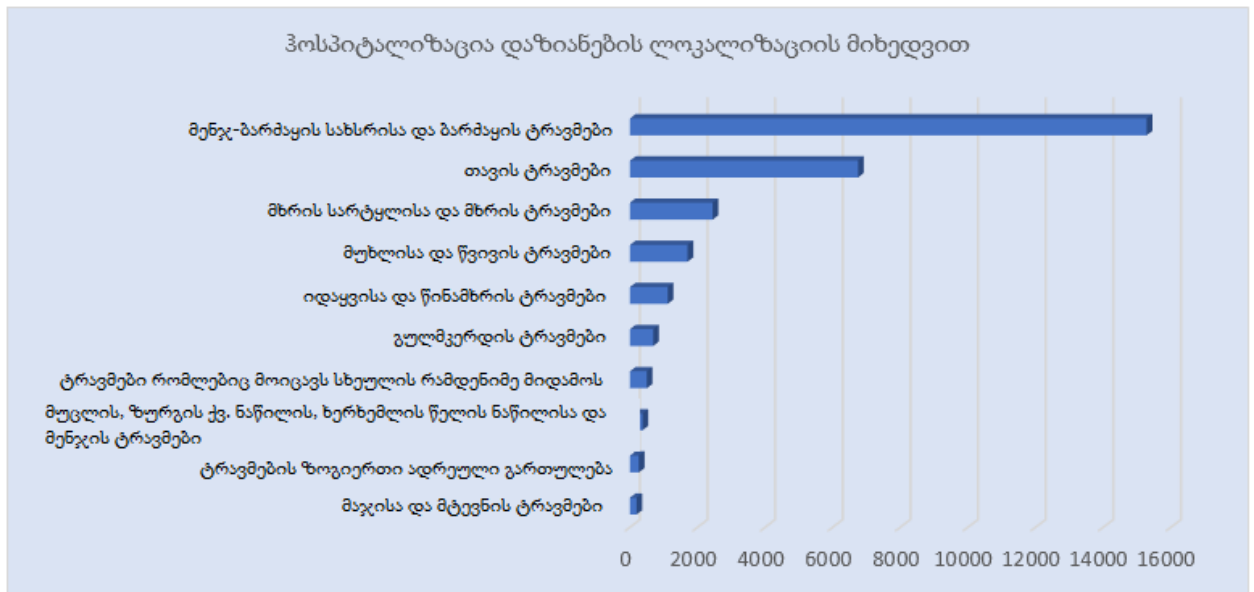
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ვარდნა იმავე დონიდან	2137	2389	2345	2519	2993	2525	2931
ვარდნა სიმაღლიდან	404	395	350	361	321	296	247
დაუზუსტებელი შემთხვევა	785	851	1779	1633	1845	1385	1206
	3326	3635	4474	4513	5159	4206	4384

Chi2=606.8 (p<0.001)

წყარო: (NARI, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების 51%-ში დაზიანებული იყო ბარძაყის/წვივის მიდამო, 23%-ში - თავის მიდამო, 8% მხრების და ზედა კიდურების მიდამო. წლების მიხედვით ანალიზი გვიჩვენებს, რომ თავის მიდამოს დაზიანების ყველაზე წილი (27%) იყო 2019 წელს, ბარძაყის/წვივის მიდამოს დაზიანების ყველაზე მაღალი წილი (59%) - 2015 წელს. (დიაგრამა N11). ასეთი განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა Chi2=42748.2 (p<0.001).

დიაგრამა 11. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ლოკალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

წლების მიხედვით ლოკალიზაციით ჰოსპიტალიზაციის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ცვლილება არ იკვეთება (ცხრილი N13).

ცხრილი 14. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია/ლოკალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
59%	55%	53%	50%	47%	49%	49%
19%	21%	22%	24%	27%	24%	21%
3%	2%	3%	2%	2%	2%	2%
1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%
7%	9%	9%	8%	8%	8%	9%
6%	5%	5%	6%	5%	6%	7%
1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%
1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში პაციენტების ჰოსპიტალიზაციაში სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ იკვეთება სეზონურობა $\text{Chi}^2=1.01$ ($p=0.586$ - სტატისტიკურად არასარწმუნო) და ჰოსპიტალიზაცია თვეების მიხედვით მერყეობს 8%-9%-ის ფარგლებში (ცხრილი N14).

ცხრილი 15. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, სეზონურობა, საქართველო, 2015-2021წწ.

იანვარი	2447	8%
თებერვალი	2300	8%
მარტი	2447	8%
აპრილი	2329	8%
მაისი	2358	8%
ივნისი	2395	8%
ივლისი	2590	9%
აგვისტო	2471	8%
სექტემბერი	2555	9%
ოქტომბერი	2755	9%
ნოემბერი	2430	8%
დეკემბერი	2620	9%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023) , საკუთარი კვლევის შედეგები

წლების მიხედვით მაქსიმალური 10% დაფიქსირდა 2015 წლის ნოემბერში, 2016 წელს - მარტში, 2017 წელს - ნოემბერში და დეკემბერში, 2018 და 2019 წლებში - ნოემბერში, 2020 წელს - თებერვალში და ზაფხულის სამივე თვეში, 2021 წელს - ივლისში. თუმცა ეს განაწილებაც ვერ ავლენდა სტატისტიკურად სარწმუნო ხასიათს $\text{Chi}^2=0.88$ ($p=0.677$ - სტატისტიკურად არასარწმუნო). (ცხრილი N15).

2015-2021 წლებში ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობის მაქსიმალური ხანგრძლივობა იყო 214 დღე. შემთხვევების 47%-ში საჭირო იყო 5-14 დღიანი მკურნალობა, 36%-2-4 დღე, 14%-ს დასჭირდა 1 დღე, 2%-ს 15-30 დღე, და 1%-ს 30 დღეზე მეტი (დიაგრამა N12). ასეთი განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა. 5-14 დღიანი დაყოვნების მაჩვენებელი სარწმუნოდ აღემატება დანარჩენ ოპციებს;

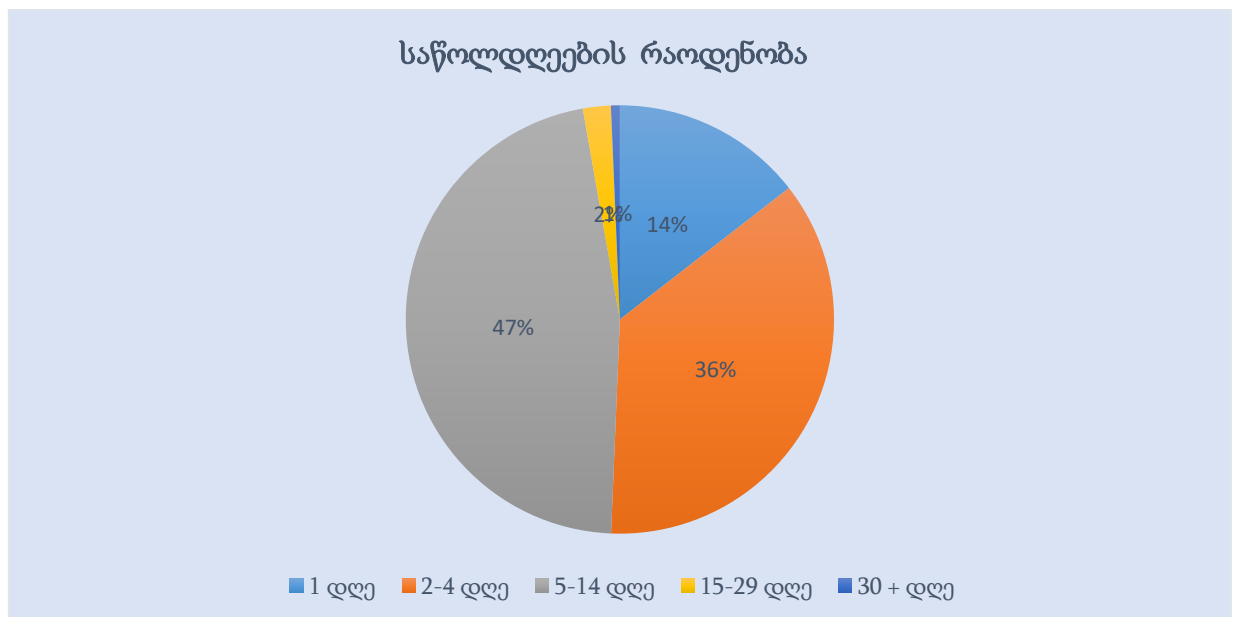
შემდეგ მოდის 2-4-დღიანი მკურნალობა, რომლის სიჭარბე ასევე სარწმუნოა დაყოვნების სხვა პერიოდის მქონე მკურნალობებთან ($\chi^2=2522.6, p<0.001$).

ცხრილი 16. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, სეზონურობა, საქართველო, 2015-2021 (წლების მიხედვით).

წლები	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
იანვარი	7%	9%	7%	9%	8%	9%	9%
თებერვალი	7%	9%	8%	7%	8%	10%	7%
მარტი	8%	10%	8%	8%	8%	8%	8%
აპრილი	8%	9%	8%	8%	8%	6%	8%
მაისი	8%	8%	8%	7%	9%	7%	9%
ივნისი	8%	7%	8%	6%	8%	10%	8%
ივლისი	9%	8%	8%	8%	8%	10%	10%
აგვისტო	8%	7%	8%	9%	8%	10%	8%
სექტემბერი	8%	9%	8%	9%	9%	9%	8%
ოქტომბერი	9%	8%	10%	10%	10%	8%	9%
ნოემბერი	10%	8%	8%	9%	8%	6%	8%
დეკემბერი	9%	9%	10%	9%	8%	7%	9%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

დიაგრამა 12. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისას საწოდღეების რაოდენობა, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ცხრილი 17. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობის	შემთხვევების რაოდენობა	წილი
1 დღე	4303	14%
2-4 დღე	10740	36%
5-14 დღე	13829	47%
15-29 დღე	626	2%
30 და მეტი დღე	199	1%

Chi2=2522.6 (p<0.001)

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

იგივე ტრენდი შეინიშნება წლების მიხედვით ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობაში; აქაც მნიშვნელოვანი ვარიაციები არ აღინიშნება (ცხრილი 17).

ცხრილი 18. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 დღე	14%	13%	13%	15%	15%	16%	15%
2-4 დღე	30%	37%	37%	35%	37%	35%	40%
5-14 დღე	52%	47%	47%	47%	45%	47%	43%
15-29 დღე	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
30 და მეტი დღე	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ჰოსპიტალში დაყოვნების ყველაზე მაღალი საშუალო ხანგრძლივობა ფიქსირდება 85 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში და 80-84 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (შესაბამისად 5,6 და 5,3) (შესაბამისად, 5.6±4.5 დღე და 5.3±5.1 დღე; ცხრილი N18).

ცხრილი 19. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	65-69	75-79	70-74	80-84	85+
1 დღე	19%	14%	17%	12%	11%
2-4 დღე	44%	36%	40%	32%	29%
5-14 დღე	34%	48%	40%	53%	57%
15-29 დღე	2%	2%	2%	2%	3%
30 და მეტი დღე	1%	1%	1%	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023)[141], საკუთარი კვლევის შედეგები

წლების მიხედვით ჰოსპიტალში დაყოვნების ყველაზე მაღალი საშუალო ხანგრძლივობა (5.5 ± 5.8 დღე) იყო 2015 წელს, ყველაზე ნაკლები (4.8 ± 4.6) - 2021 წელს (ცხრილი 20).

ცხრილი 20. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა, დღე	5.5 ± 5.8	5.3 ± 5.1	5.0 ± 4.8	5.1 ± 6.0	4.9 ± 4.8	5.1 ± 6.2	4.8 ± 4.6

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023) , საკუთარი კვლევის შედეგები

დაზიანებული ლოკალიზაციის მიხედვით ჰოსპიტალში დაყოვნების ყველაზე მაღალი საშუალო ხანგრძლივობა აღინიშნა კისრის არეში ტრავმული დაზიანების მქონე პაციენტებში ($8,9 \pm 12.2$ დღე) (ცხრილი N21).

ცხრილი 21. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია	ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა
მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ბარძაყის ტრავმები	6.0 ± 4.6
თავის ტრავმები	4.2 ± 6.8

გულმკერდის ტრავმები	6.3 ± 6.1
მუცლის, ზურგის ქვედა ნაწილის, ხერხემლის წელის ნაწილისა და მენჯის ტრავმები	6.7 ± 8.1
იდაყვისა და წინამხრის ტრავმები	2.3 ± 1.9
მხრის სარტყლისა და მხრის ტრავმები	3.4 ± 2.3
მუხლისა და წვივის ტრავმები	4.1 ± 3.0
ტრავმები, რომლებიც მოიცავს სხეულის რამდენიმე მიდამოს	6.9 ± 11.1
ტრავმების ზოგიერთი ადრეული გართულება	1.6 ± 4.3
მაჯისა და მტევნის ტრავმები	1.7 ± 1.1
სამკურნალო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით მოწამვლა	3.2 ± 5.2
თერმული და ქიმიური დამწვრობები	1.6 ± 1.3
ტრავმების, მოწამვლებისა და გარეგანი მიზეზებით ზემოქმ. შედეგები	4.6 ± 5.1
კოჭ-წვივის სახსრისა და ტერფის ტრავმები	2.6 ± 2.4
კისრის ტრავმები	8.9 ± 12.2
ტორსის კიდურებისა ან სხეულის რომელიმე მიდამოს დაუზუსტებელი ნაწილის ტრავმები	5.0 ± 4.5
უპირატესად არასამედიც. დანიშნულების სუბსტანციების ტოქს.ეფექტი	2.0 ± 1.2
გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების სხვა და დაუზუსტებელი ეფექტები	4.1 ± 4.9
ბუნებრივი ხერხელებით მოხვედრილი უცხო სხეულის შედეგი	7.0 ± 8.0

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლებში ჰოსპიტალიზებული 65 წლის და მეტი ასაკის პაციენტების 92% (n=27418) დაასრულა მკურნალობა (რაც სტატისტიკურად სარწმუნოდ პრევალირებს, Chi2=71835.3, p<0.001), 1% (n=345) შეწყვიტა მკურნალობა, 4% (n=1148) გადაყვანილი იქნა სხვა სტაციონარში მკურნალობის გასაგრძელებლად, 3% (n=786) გარდაიცვალა (ცხრილი N22).

ცხრილი 22. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალიზაციის შედეგი	შემთხვევების რაოდენობა	წილი
დასრულებული მკურნალობა	27418	92%
გარდაიცვალა	786	3%
გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	1148	4%
შეწყვეტილი მკურნალობა	345	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

წლების მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის შედეგის სტრუქტურაში არ იკვეთება მნიშვნელოვანი ვარიაცია (ცხრილი N23).

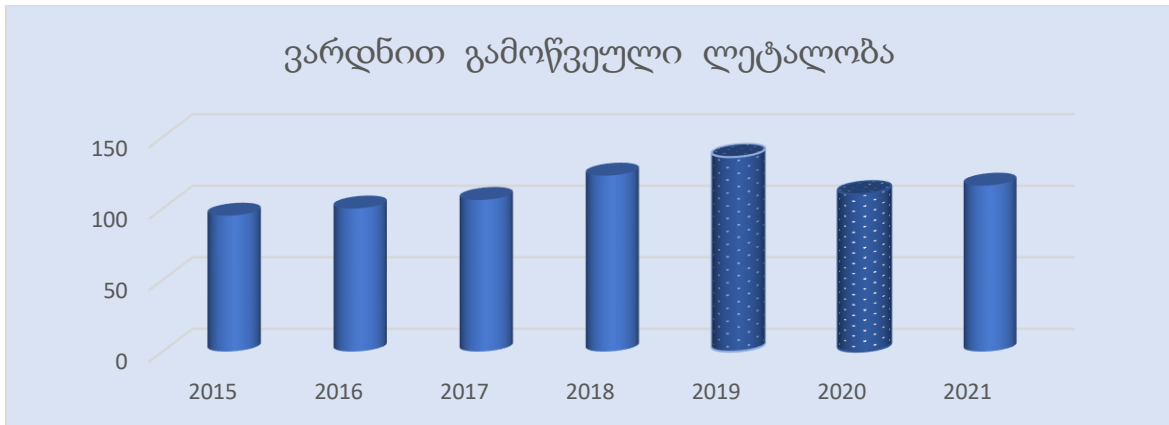
ცხრილი 23. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ. (წლების მიხედვით)

ჰოსპიტალიზაციის შედეგი	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
დასრულებული მკურნალობა	91%	92%	93%	94%	93%	92%	92%
გარდაიცვალა	3%	3%	2%	3%	3%	3%	3%
გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	6%	4%	3%	3%	3%	5%	4%
შეწყვეტილი მკურნალობა	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები.

ვარდნით გამოწვეულ ჰოსპიტალიზებულთა შორის გარდაცვლილთა რაოდენობა წლების მიხედვით სტატისტიკურად არ განსხვავდება ($\chi^2=10.6$, $p=0.103$), თუმცა ლეტალურად დასრულებულ შემთხვევათა აბსოლუტური მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 2019 წელს (დიაგრამა N13).

დიაგრამა 13. ჰოსპიტალიზაცია, ლეტალობა, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

2015-2021 წლების მონაცემთა ბაზის დამუშავების პროცესში შევისწავლეთ ჰოსპიტალიზაციის ასოციაციები სქესთან, ასაკთან და ჰოსპიტალიზაციის შედეგთან მიმართებაში.

ქალების ჰოსპიტალიზაცია მამაკაცებთან შედარებით ყველაზე ასაკობრივ ჯგუფში სტატისტიკურად მეტად გვხვდება ($\chi^2=777.4, p<0.001$), თუმცა ყველაზე მაღალია 85 წლის და მეტი და 80-84 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში, შესაბამისად 78.9% და 75.0% (ცხრილი N24).

ცხრილი 24. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, საქართველო, 2015-2021წწ.

ასაკობრივი ჯგუფები	65-69	75-79	70-74	80-84	85+
მამაკაცი	42%	29%	37%	25%	21%
ქალი	58%	71%	63%	75%	79%

$\chi^2=777.4 (p<0.001)$

წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზებულთა განაწილების სტრუქტურა არ იცვლება - დასრულებული მკურნალობა ამ შემთხვევაშიც სარწმუნოდ პრევალირებს ($\chi^2=118.4, p<0.001$), თუმცა 85 წლის და მეტი ასაკობრივ ჯგუფში ყველაზე მაღალია ჰოსპიტალიზაციის ლეტალური შედეგით

დასრულების მაჩვენებელი, რომელიც ყველა ასაკობრივ ჯგუფთან ავლენს სტატისტიკურად სარწმუნო შანსთა ფარდობას (ცხრილი N25).

ცხრილი 25. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ასაკობრივი ჯგუფები	65-69	75-79	70-74	80-84	85+
დასრულებული მკურნალობა	93%	93%	93%	92%	90%
გარდაიცვალა	2%	2%	2%	3%	5%
OR (95%CI) - 85+ vs. სხვა ასაკობრივი ჯგუფი	2.71 (2.16-3.41) p<0.001	2.39 (1.88-3.02) p<0.001	2.10 (1.71-2.59) p<0.001	1.70 (1.40-2.06) p<0.001	
გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	4%	4%	4%	4%	4%
შეწყვეტილი მკურნალობა	1%	1%	1%	1%	1%

Chi2=118.4, p<0.001

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ვარდნის დონის მიხედვით ასაკობრივ ჯგუფებშიც სარწმუნოდ სჭარბობს იმავე დონიდან ვარდნის შემთხვევები (Chi2=255.4, p<0.001), ამ კუთხითაც 85 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში ყველაზე მაღალია იმავე დონიდან ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, თუმცა 80-84 წწ. ჯგუფის მაჩვენებელთან ვერ ავლენდა სარწმუნო განსხვავებას (ცხრილი 26).

ცხრილი 26. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ასაკობრივი ჯგუფები	65-69	75-79	70-74	80-84	85+
ვარდნა იმავე დონიდან	55%	60%	58%	63%	64%
ვარდნა სიმალლიდან	12%	8%	9%	6%	6%
დაუზუსტებელი შემთხვევა	33%	32%	33%	31%	31%
OR (95%CI) - 85+ vs. სხვა ასაკობრივი ჯგუფი	1.41 (1.31-1.53) p<0.001	1.28 (1.18-1.38) p<0.001	1.15 (1.07-1.24) p=0.002	1.01 (0.95-1.10) p=0.620	

Chi2=255.4, p<0.001

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

85 წლის და მეტი და 80-84 ასაკობრივ ჯგუფში, ყველაზე მაღალია მენჯ-ბარძაყის დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, შესაბამისად 79% და 75%. 65-69 წლის ასაკში კი სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით მაღალია თავის ტვინის ტრავმული დაზიანება, მხრების მიდამოს და ზედა კიდურების, ასევე ქვედა კიდურების, თორაქსის დაზიანება (ცხრილი N27).

85 წლის და მეტი ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებს 57% შემთხვევაში დასჭირდათ 5-14 დღიანი ჰოსპიტალური მკურნალობა, ხოლო 29%-ს 2-4 დღე.

80-84 ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებს 53% შემთხვევაში დასჭირდათ 5-14 დღიანი ჰოსპიტალური მკურნალობა, ხოლო 32%-ს 2-4 დღე.

70-74 ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებს 40% შემთხვევაში თანაბრად დასჭირდათ 5-14 და 2-4 დღიანი ჰოსპიტალური მკურნალობა.

75-79 ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებს 48% შემთხვევაში დასჭირდათ 5-14 დღიანი ჰოსპიტალური მკურნალობა, ხოლო 36%-ს 2-4 დღე.

ცხრილი 27. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ. (ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით)

ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია	65-69	75-79	70-74	80-84	85+
მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ბარძაყის ტრავმები	28%	53%	39%	65%	73%
OR (95%CI) - 85+ vs. სხვა ასაკობრივი ჯგუფი	6.86 (6.31-7.44) p<0.001	4.18 (3.84-4.54) p<0.001	2.40 (2.22-2.59) p<0.001	1.44 (1.33-1.56) p<0.001	
OR (95%CI) – 80-84 vs. სხვა ასაკობრივი ჯგუფი	4.74 (4.41-5.12) p<0.001	2.89 (2.68-3.12) p<0.001	1.66 (1.55-1.78) p<0.001		
თავის ტრავმები	28%	23%	27%	19%	17%
OR (95%CI) – 65-69 vs. სხვა ასაკობრივი ჯგუფი		1.06 (0.97-1.15) p=0.202	1.31 (1.21-1.42) p<0.001	1.61 (1.48-1.75) p<0.001	1.97 (1.80-2.16) p<0.001
გულმკერდის ტრავმები	4%	2%	3%	2%	1%

მუცლის, ზურგის ქვედა ნაწილის, ხერხემლის წელის ნაწილისა და მენჯის ტრავმები	2%	1%	2%	1%	0%
იდაყვისა და წინამხრის ტრავმები	7%	3%	5%	2%	1%
მხრის სარტყლისა და მხრის ტრავმები	12%	9%	11%	6%	4%
OR (95%CI) - 65-69 vs. სხვა ასაკობრივი ჯგუფი		1.13 (1.01-1.27) p=0.036	1.42 (1.26-1.59) p<0.001	2.37 (2.08-2.70) p<0.001	3.56 (3.02-4.18) p<0.001
მუხლისა და წვივის ტრავმები	0%	0%	0%	0%	0%
ტრავმები, რომლებიც მოიცავს სხეულის რამდენიმე მიდამოს	2%	2%	2%	1%	1%
ტრავმების ზოგიერთი ადრეული გართულება	2%	2%	2%	1%	1%
მაჯისა და მტევნის ტრავმები	1%	1%	1%	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

65-69 ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებს 44% შემთხვევაში დასჭირდათ 5-14 დღიანი ჰოსპიტალური მკურნალობა, ხოლო 34%-ს 2-4 დღე (ცხრილი N28).

ცხრილი 28. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	65-69	75-79	70-74	80-84	85+
1 დღე	19%	14%	17%	12%	11%
2-4 დღე	44%	36%	40%	32%	29%
5-14 დღე	34%	48%	40%	53%	57%
15-29 დღე	2%	2%	2%	2%	3%
30 და მეტი დღე	1%	1%	1%	1%	1%

Chi2=843.2, p<0.001

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023) , საკუთარი კვლევის შედეგები

ქალებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ ნაკლებმა მამაკაცმა დაასრულა მკურნალობა, შესაბამისად 94% და 89%. ქალებთან შედარებით სტატისტიკურად

სარწმუნოდ უფრო მეტი მამაკაცი პაციენტი გარდაიცვალა, შესაბამისად 5% და 2% (ცხრილი N29).

ცხრილი 29. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალიზაციის შედეგი	მამაკაცი	ქალი
დასრულებული მკურნალობა	89%	94%
OR (95%CI) - ქალი vs. მამაკაცი	2.00 (1.83 – 2.18), p<0.001	
გარდაიცვალა	5%	2%
OR (95%CI) - მამაკაცი vs. ქალი	2.57 (2.23 – 2.97), p<0.001	
გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	5%	3%
OR (95%CI) - მამაკაცი vs. ქალი	1.73 (1.54 – 1.95), p<0.001	
შეწყვეტილი მკურნალობა	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

მამაკაცებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო მეტი ქალი იქნა ჰოსპიტალიზებული იმავე დონეზე ვარდნის გამო (ცხრილი 30).

ცხრილი 30. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ვარდნის დონე	მამაკაცი	ქალი
ვარდნა იმავე დონიდან	54%	63%
OR (95%CI) - ქალი vs. მამაკაცი	1.43 (1.36 – 1.51), p<0.001	
ვარდნა სიმაღლიდან	13%	6%
OR (95%CI) - მამაკაცი vs. ქალი	2.33 (2.14 – 2.54), p<0.001	
დაუზუსტებელი შემთხვევა	33%	31%
OR (95%CI) - მამაკაცი vs. ქალი	1.09 (1.03 – 1.14), p=0.002	

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

მამაკაცებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო მეტი ქალ პაციენტს დასჭირდა 5-14 დღიანი ჰოსპიტალური მკურნალობა (ცხრილი N31).

ცხრილი 31. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	მამაკაცი	ქალი
1 დღე	17%	13%
2-4 დღე	37%	36%
5-14 დღე	42%	49%
OR (95%CI) - ქალი vs. მამაკაცი	1.32 (1.26 – 1.39), p<0.001	
15-29 დღე	3%	2%
30 და მეტი დღე	1%	0%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023) , საკუთარი კვლევის შედეგები

სეზონურობის მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის სტრუქტურა პრაქტიკულად იდენტურია ორივე სქესის პაციენტებისთვის (ცხრილი N32). ეს მონაცემები არ განსხვავდება სარწმუნოდ.

ცხრილი 32. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, სეზონურობა სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

სეზონურობა	მამაკაცი	ქალი
იანვარი	8%	8%
თებერვალი	8%	8%
მარტი	8%	8%
აპრილი	8%	8%
მაისი	8%	8%
ივნისი	8%	8%
ივლისი	8%	9%
აგვისტო	8%	8%
სექტემბერი	8%	9%
ოქტომბერი	10%	9%
ნოემბერი	8%	8%
დეკემბერი	9%	9%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

მამაკაცებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო მეტი ქალ პაციენტს დასჭირდა ჰოსპიტალური მკურნალობა მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობის, იდაყვისა და წინამხრის ტრავმებისა და მხრის სარტყლისა და მხრის ტრავმების გამო. ქალებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ მეტ მამაკაცს დასჭირდა ჰოსპიტალური

მკურნალობა თავის ტვინის და გულ-მკერდის ტრავმული დაზიანების გამო (ცხრილი N33).

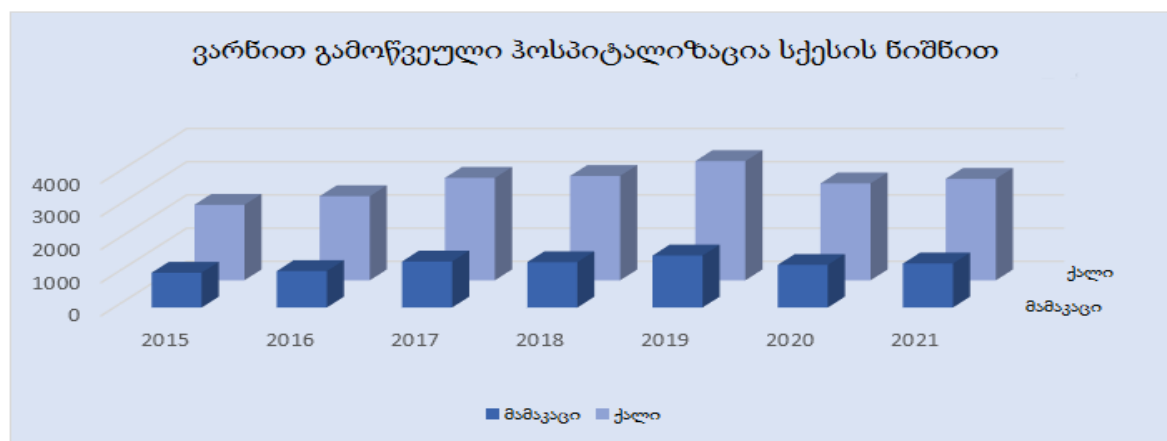
ცხრილი 33. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია სქესობრივი ჯგუფების მიხედვით, საქართველო, 2015-2021წწ.

ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია	მამაკაცი	ქალი
მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ბარძაყის ტრავმები	38%	58%
OR (95%CI) - ქალი vs. მამაკაცი	2.26 (2.15 – 2.38), p<0.001	
თავის ტრავმები	33%	18%
OR (95%CI) - მამაკაცი vs. ქალი	2.13 (2.02 – 2.26), p<0.001	
გულმკერდის ტრავმები	6%	1%
OR (95%CI) - მამაკაცი vs. ქალი	6.82 (5.74 – 8.10), p<0.001	
მუცლის, ზურგის ქვედა ნაწილის, ხერხემლის წელის ნაწილისა და მენჯის ტრავმები	3%	1%
იდაყვისა და წინამხრის ტრავმები	2%	5%
OR (95%CI) - ქალი vs. მამაკაცი	2.42 (2.06 – 2.85), p<0.001	
მხრის სარტყლისა და მხრის ტრავმები	6%	9%
OR (95%CI) - ქალი vs. მამაკაცი	1.44 (1.31 – 1.58), p<0.001	
მუხლისა და წვივის ტრავმები	0%	0%
ტრავმები, რომლებიც მოიცავს სხეულის რამდენიმე მიდამოს	6%	6%
ტრავმების ზოგიერთი ადრეული გართულება	3%	1%
მაჯისა და მტევნის ტრავმები	1%	1%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ჰოსპიტალიზაციის ტრენდი სქესობრივ ჯგუფებში მოცემულია დიაგრამაში (დიაგრამა N14).

დიაგრამა 14. ჰოსპიტალიზაცია სქესობრივ ჯგუფებში, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ლეტალური შედეგით დასრულდა თავის ტინის ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების 44% და მენჯ-ბარძაყის მოტეხილობით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების 36% (ცხრილი N34 და N35)

ცხრილი 34. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია და ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ.

ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია	დასრულებული მკურნალობა	გარდაიცვალა	გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	შეწყვეტილი მკურნალობა
მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ბარძაყის ტრავმები	53%	36%	31%	43%
თავის ტრავმები	22%	44%	28%	32%
გულმკერდის ტრავმები	2%	4%	2%	6%
მუცლის, ზურგის ქვედა ნაწილის, ხერხემლის წელის ნაწილისა და მენჯის ტრავმები	1%	4%	2%	1%
იდაყვისა და წინამხრის ტრავმები	4%	0%	0%	3%
მხრის სარტყლისა და მხრის ტრავმები	9%	1%	1%	5%
მუხლისა და წვივის ტრავმები	0%	0%	0%	0%
ტრავმები, რომლებიც მოიცავს სხეულის რამდენიმე მიდამოს	6%	0%	1%	5%
ტრავმების ზოგიერთი ადრეული გართულება	1%	6%	12%	3%
მაჯისა და მტევნის ტრავმები	0%	2%	19%	1%

ცხრილი 35. გარდაცვალების გამომწვევი ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია, საქართველო, 2015-2021წწ.

ტრავმული დაზიანების ლოკალიზაცია	OR (95%CI)	
	მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ბარძაყის ტრავმები vs.	თავის ტრავმები vs.
გულმკერდის ტრავმები	13.9 (9.5–20.5), p<0.001	19.2 (13.0–28.2) p<0.001
მუცლის, ზურგის ქვედა ნაწილის, ხერხემლის წელის ნაწილისა და მენჯის ტრავმები	14.9 (10.0–22.3), p<0.001	20.5 (13.8–30.5) p<0.001
მხრის სარტყლისა და მხრის ტრავმები	44.4 (23.4–84.2), p<0.001	61.0 (32.2–115) p<0.001
მუხლისა და წვივის ტრავმები	224.2 (55.5–905.0), p<0.001	308.3 (76.4–1243), p<0.001
ტრავმები, რომლებიც მოიცავს სხეულის რამდენიმე მიდამოს	8.8 (6.3–12.2), p<0.001	12.1 (8.7–16.7), p<0.001
ტრავმების ზოგიერთი ადრეული გართულება	36.9 (20.5–66.4), p<0.001	50.7 (28.2–91.3) p<0.001

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023) საკუთარი კვლევის შედეგები

ჰოსპიტალიზებული პაციენტების უმეტესობა გარდაიცვალა 5-14 დღიანი მკურნალობის შემდეგ (36%), და თითქმის თანაბარი რაოდენობით პაციენტები 1 დღიანი და 2-4 დღიანი მკურნალობის შემდეგ, შესაბამისად 18% და 20% (ცხრილი N36 და ცხრილი N37).

ცხრილი 36. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა და ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	დასრულებული მკურნალობა	გარდაიცვალა	გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	შეწყვეტილი მკურნალობა
1 დღე	11%	18%	87%	52%
2-4 დღე	38%	20%	6%	26%
5-14 დღე	49%	36%	5%	17%
15-29 დღე	2%	16%	1%	3%

30 და მეტი დღე	0%	10%	1%	2%
----------------	----	-----	----	----

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ცხრილი 37. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა და ლეტალური შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ.

ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	OR (95%CI)
	5-14 დღე vs.
1 დღე	2.44 (1.94–3.08), p<0.001
2-4 დღე	2.20 (1.75–2.76), p<0.001
15-29 დღე	2.95 (2.32–3.76), p<0.001
30 და მეტი დღე	4.95 (3.76–6.52), p<0.001

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

41% დაუზუსტებელი შემთხვევების გამო რთულია დასკვნის გაკეთება იმის შესახებ თუ რომელი პაციენტი უფრო მეტი გარდაიცვალა იმავე დონიდან ვარდნის თუ სიმალლიდან ვარდნის გამო (ცხრილი N38).

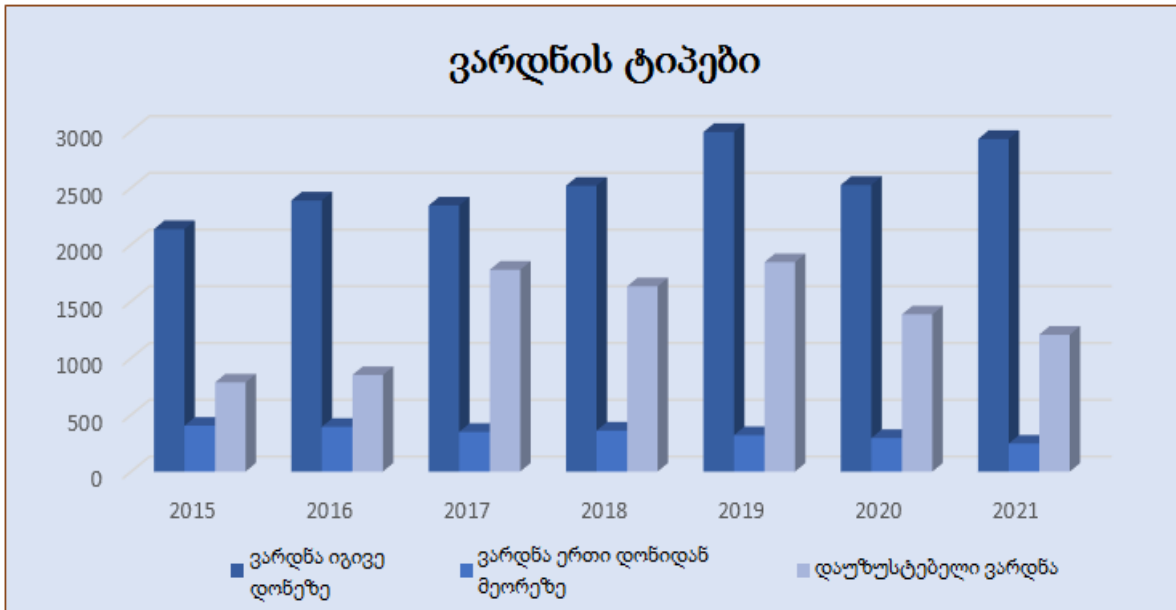
ცხრილი 38. ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე და ჰოსპიტალიზაციის შედეგი, საქართველო, 2015-2021წწ.

ვარდნის დონე	დასრულებული მკურნალობა	გარდაიცვალა	გადაყვანილია სხვა სტაციონარში	შეწყვეტილი მკურნალობა
ვარდნა იმავე დონიდან	61%	45%	53%	60%
ვარდნა სიმალლიდან	7%	14%	17%	10%
დაუზუსტებელი შემთხვევა	32%	41%	29%	30%

წყარო: (დაავადებთა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

ჰოსპიტალიზაციის ტრენდი ვარდნის დონესთან მიმართებაში მოცემულია დიაგრამაში (დიაგრამა N15).

დიაგრამა 15. ჰოსპიტალიზაცია, ვარდნის დონე, საქართველო, 2015-2021წწ.



წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2023), საკუთარი კვლევის შედეგები

4.2 კვლევის მეორე ეტაპი

4.2.1 მიზანი და ამოცანები

კვლევის მეორე ეტაპის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა ქ. თბილისის 65 წლის და მეტი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში დაცემის რისკების შეფასება და ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ დამოკიდებულების შესწავლა.

კვლევის ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე განისაზღვრა კვლევის შემდეგი ამოცანები:

- ✓ დაცემის და ტრავმული დაზიანების მიღების გამოცდილების გამოვლენა;
- ✓ დაცემის და ტრავმული დაზიანებების მიღების რისკ-ფაქტორების შეფასება;
- ✓ ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ ქცევა-დამოკიდებულებების შესწავლა;
- ✓ ტრავმატიზმის პრევენციის განათლებითი კომპონენტის მიმართ მზაობის გამოვლენა.

4.2.2 კვლევის მეთოდები

კვლევა ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის გამოყენებით 2022 წლის 01 სექტემბრიდან 2023 წლის 14 თებერვლის ჩათვლით. კვლევა ჩავატარეთ პირისპირ ინტერვიუს ტექნიკის გამოყენებით. სამიზნე ჯგუფად განისაზღვრა 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობა. კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე გენერალურ ერთობლიობად განისაზღვრა თბილისის 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობა- 172701 (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2021 წლის მონაცემები). შერჩევის ზომად განისაზღვრა 1000 რესპონდენტი.

ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტში დადგენილ ადმინისტრაციულ საზღვრებში არსებული ადმინისტრაციული ერთეულების - რაიონების ტერიტორიულ ერთეულებად - უზნებად დაყოფის შესახებ 2014 წლის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს დადგენილების შესაბამისად თბილისი დაყოფილია შემდეგ უზნებად: გლდანი, დიდუბე, ვაკე, ისანი, კრწანისი, მთაწმინდა, ნაძალადევი, საბურთალო, სამგორი, ჩუღურეთი (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2602734?publication=0>).

რესპონდენტების გამოკითხული იქნა პროპორციულად ყველა მუნიციპალიტეტში.

კვლევის სუბიექტების შერჩევის კრიტერიუმები

განისაზღვრა რესპონდენტთა კვლევაში ჩართვის და გამორიცხვის კრიტერიუმები.

ჩართვის კრიტერიუმები:

- თბილისის მაცხოვრებელი
- 65 წელი და უფროსი ასაკი
- ქართულ ენაზე კომუნიკაციის უნარი

გამორიცხვის კრიტერიუმები:

- ბოლო 12 თვის განმავლობაში მოძრაობის სრული შეზღუდვა
- მენტალური პრობლემების არსებობა
- კოგნიტური პრობლემების არსებობა
- ინფორმირებული თანხმობის გაცნობიერება-გააზრების უნარის არარსებობა.

კვლევის ინსტრუმენტი

სპეციალურად ამ კვლევისთვის შემუშავებული იქნა სტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც დაეფუძნა აშშ-ს ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის (National Institutes of Health) მიერ დაფინანსებული პროექტის „ICREATE - Increasing Capacity in Research in Eastern Europe - კვლევის მოცულობის გაზრდა აღმოსავლეთ ევროპაში” (NINDS 2D43TW007261) ფარგლებში შემუშავებულ კითხვარს, რომელიც მიზნად ისახავდა ტრავმული დაზიანებების ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლას. კითხვარზე მუშაობის პროცესში გამოყენებული იქნა ასევე საერთაშორისო გამოცდილება, მათ შორის სხვადასხვა ქვეყანაში აპრობირებული კითხვარები, როგორცაა მაგალითად: ვარდნის რისკის ცნობიერების კითხვარი (FRAQ - Falls Risk Awareness Questionnaire), ვარდნის პრევენციის ქცევის ცნობიერების კითხვარი (FaB - Fall Awareness Behaviour), Falls risk was assessed using the Falls Risk Assessment of Older Person-Community version (FROP-COM), Short Falls Efficacy Scale-International (FES-I) და სხვა. (Rubenstein LZ, Vivrette R, Harker JO, Stevens JA, & Kramer, 2011), (Stevens JA, Noonan RK, & Rubenstein, 2010)

კვლევის კითხვარი მოიცავს დემოგრაფიულ ნაწილს (ასაკი, სქესი, განათლება და ა.შ.), და 6 მოდულს. (იხ. დანართი N3)

1. დაცემის რისკების თვითშეფასება;
2. სამედიცინო ანამნეზის მოდული (ქრონიკული დაავადებები, ფიზიკურ აქტივობასთან დაკავშირებულ ფაქტორები, მკურნალობა და რეაბილიტაცია, ჯანმრთელობის თვითშეფასება, სამედიცინო მომსახურება).
3. დაცემა-ტრავმული დაზიანების მოდული (მოიცავს ბოლო 12 თვის განმავლობაში და წარსულში ვარდნის შემთხვევების არსებობას, სიხშირეს, როდის და რა მიზეზით მოხდა ვარდნა, ვარდნის შედეგები, ტრამვის ტიპები, სხეულის რა ნაწილი დაზიანდა, როგორ და სად მოხდა მკურნალობა)
4. გარემო რისკ-ფაქტორების/საფრთხეების მოდული (ბინაში ვარდნის რისკების შეფასება).

5. ქცევა დამოკიდებულებების მოდული; (რომელიც მოიცავს, წაქცევის საშიშროების გამო ფრხილად მოძრაობასა და ვარდნის პრევენციასთან დამოკიდებულებას).
6. მოდული დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ (ვარდნის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის არსებობა და ინფორმაციის მიღების სურვილი და მეთოდები).

კვლევის დაწყებამდე საპილოტე კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ინტერვიუ 10 რესპონდენტთან. საპილოტე კვლევის შედეგად გამოვლენილი მხოლოდ მცირე ტექნიკური და ლოგიკური უზუსტობები (ლოგიკური გადასვლების ინსტრუქციის საჭიროება) გათვალისწინებული იქნა კითხვარის საბოლოო ვერსიის შემუშავების პროცესში. საპილოტე გამოკითხვის შედეგები არ იქნა გათვალისწინებული მონაცემთა დამუშავების პროცესში.

გამოკითხვა ჩატარდა პირისპირ ინტერვიუს მეთოდით კითხვარის ქალაქის ვერსიის გამოყენებით. რესპონდენტებთან ინტერვიუების საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 25 წუთი.

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავდა SPSS სტატისტიკური პროგრამით, ვერსია 20.

4.2.3 კვლევის ეთიკური ასპექტი

კვლევა დაიგეგმა ეთიკური პრინციპების გათვალისწინებით. კვლევის დაწყებამდე სააპლიკაციო ფორმა კვლევის პროტოკოლის აღწერილობით გაგზავნილი იქნა ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის კომიტეტთან. ეთიკის კომიტეტის თანხმობის მოპოვების შემდეგ (დასკვნა IRB # 2022-073) დავიწყეთ გამოკითხვის ჩატარება. (დანართი 2).

რესპონდენტებს გამოკითხვის ჩატარებამდე მიეწოდებოდათ ზეპირსიტყვიერად ინფორმაცია კვლევის მიზნების და ამოცანების, ნებაყოფლობითობის, ანონიმურობისა და კონფიდენციალობის უზრუნველყოფის შესახებ. რესპონდენტები ინფორმირებულები იყვნენ კვლევის ნებისმიერ ეტაპიდან

გამოთიშვის უფლების შესახებ. თვითოეული რესპონდენტი ხელმოწერით ადასტურებდა კვლევაში მონაწილეობაზე თანხმობას.

შევსებული კითხვარებიდან მონაცემები შევიტანეთ ელექტრონულ მონაცემთა სისტემაში. მიუხედავად იმისა, რომ კითხვარების ქაღალდის ვერსიები არ შეიცავენ პირად მონაცემებს რესპონდენტებზე, კითხვარები შევინახეთ ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის ადმინისტრაციული კორპუსის ერთ-ერთ ოთახში, რომელზეც წვდომა შეზღუდულია.

4.2.4 კვლევის მეორე ეტაპის შედეგები

დემოგრაფიული ბლოკი

ცხრილი 39. გამოკითხულთა განაწილება განათლებისა და ასაკის მიხედვით

N	განათლება	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	საშუალო არასრული	12	6%	5	3%	10	5%	4	2%	16	8%
2	საშუალო სრული	46	23%	48	24%	57	29%	54	27%	66	33%
3	პროფ. ტექნიკური	48	24%	46	23%	49	25%	58	29%	47	24%
4	უმაღლესი	87	44%	87	44%	77	39%	73	37%	61	31%
5	უმაღლესი+ დოქტორის ხარისხი	7	4%	14	7%	7	4%	11	6%	10	5%
	სულ:	47	100%	271	100%	248	100%	385	100%	49	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		26.78		16		0.044					
ალბათობის ფარდობა		27.17		16		0.040					
წრფივი ასოციაცია		-7.01		1		0.008					

როგორც ცხრილიდან N39 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობს უმაღლესი განათლების მქონეთა რაოდენობა. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.044$); განათლების დონე კი კორელაციაშია ასაკის მაჩვენებელთან ($p=0.008$).

ცხრილი 40. გამოკითხულთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობისა და ასაკის მიხედვით

N	ოჯახური მდგომარეობა	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	განქორწინებული	7	4%	12	6%	2	1%	1	1%	6	3%
2	დაუქორწინებელი	9	5%	3	2%	5	3%	6	3%	4	2%
3	დაქორწინებული	141	71%	120	60%	100	50%	83	42%	47	24%
4	ქვრივი	43	22%	65	33%	93	47%	110	55%	143	72%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df	p						
Chi2=		136.90		12	<0.001						
ალბათობის ფარდობა		134.84		12	<0.001						
წრფივი ასოციაცია		84.78		1	<0.001						

როგორც ცხრილიდან N40 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობენ დაქორწინებულები. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); ოჯახური მდგომარეობა კი კორელაციაშია ასაკის მაჩვენებელთან ($p < 0.001$).

ცხრილი 41. გამოკითხულთა განაწილება დასაქმებისა და ასაკის მიხედვით

N	დასაქმება	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	პენსიონერი	83	42%	116	58%	160	80%	173	87%	176	88%
2	სამუშაო სრული განაკვეთით	54	27%	50	25%	23	12%	9	5%	7	4%
3	თვითდასაქმებული	62	31%	34	17%	17	9%	18	9%	7	4%
4	არასოდეს ყოფილა დასაქმებული	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	10	5%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df	p						
Chi2=		218.05		12	<0.001						
ალბათობის ფარდობა		216.14		12	<0.001						
წრფივი ასოციაცია		-93.93		1	<0.001						

როგორც ცხრილიდან N41 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობენ პენსიონერები. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დასაქმების დონე კი უარყოფით კორელაციაშია ასაკის მაჩვენებელთან ($p < 0.001$).

ცხრილი 42. გამოკითხულთა განაწილება შემოსავლისა და ასაკის მიხედვით

N	შემოსავალი	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	პენსია	84	42%	116	58%	159	80%	173	87%	185	93%
2	500 ლარი	23	12%	8	4%	6	3%	5	3%	4	2%
3	500-1000 ლარის ფარგლებში	60	30%	54	27%	23	12%	20	10%	11	6%
4	1000 ლარზე მეტი	33	17%	22	11%	12	6%	2	1%	0	0%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	218.05	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	216.14	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-93.93	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N42 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნოდ სჭარბობენ 500-1000 ლარის მქონე გამოკითხულები. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დასაქმების დონე კი უარყოფით კორელაციაშია ასაკის მაჩვენებელთან ($p < 0.001$).

ცხრილი 43. გამოკითხულთა განაწილება მარტო ცხოვრებისა და ასაკის მიხედვით

N	მარტო ცხოვრობთ?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	178	89%	171	86%	169	85%	175	88%	178	89%
2	დიახ	22	11%	29	15%	31	16%	25	13%	22	11%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	2.97	4	0.562
ალბათობის ფარდობა	2.97	4	0.566
წრფივი ასოციაცია	0.07	1	0.790

როგორც ცხრილიდან N43 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნოდ სჭარბობენ ისეთი გამოკითხვები, რომლებიც არ ცხოვრობენ მარტო. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად არასარწმუნოა ($p=0.562$); მარტო ცხოვრებასა და ასაკს შორის სარწმუნო ასოციაციაც არ ვლინდებოდა ($p=0.790$).

ცხრილი 44. გამოკითხვლთა განაწილება ოჯახის წევრთა რაოდენობისა და ასაკის მიხედვით

N	ოჯახში თქვენს გარდა რამდენი წევრია?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	22	11%	29	15%	31	16%	25	13%	22	11%
2	კიდევ ერთი წევრი	37	19%	33	17%	41	21%	52	26%	51	26%
3	კიდევ 2 და მეტი	141	71%	138	69%	128	64%	123	62%	127	64%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	11.05	8	0.199
ალბათობის ფარდობა	11.03	8	0.200
წრფივი ასოციაცია	1.50	1	0.221

როგორც ცხრილიდან N44 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნოდ სჭარბობენ ისეთი გამოკითხვები, რომლებსაც ოჯახში 2 და მეტი წევრი ჰყავს. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად არასარწმუნოა ($p=0.199$); ოჯახის წევრთა რაოდენობასა და ასაკს შორის სარწმუნო ასოციაციაც არ ვლინდებოდა ($p=0.221$).

ცხრილი 45. გამოკითხვლთა განაწილება განათლების დონის მიხედვით

N	განათლება	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	საშუალო არასრული	19	4.0%	28	6.0%
2	საშუალო სრული	129	26.0%	142	28.0%
3	პროფ. ტექნიკური	136	27.0%	112	22.0%
4	უმაღლესი	183	37.0%	202	40.0%
5	უმაღლესი + დოქტორის ხარისხი	33	7.0%	16	3.0%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=11.50, df=4, p=0.021

როგორც ცხრილიდან N45 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობენ უმაღლესი განათლების მქონეთა რაოდენობა. სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებს შორის განსხვავება არ არის სარწმუნო.

ცხრილი 46. გამოკითხულთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით

N	ოჯახური მდგომარეობა	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	განქორწინებული	14	3%	14	3%
2	დაუქორწინებელი	4	1%	23	5%
3	დაქორწინებული	325	65%	166	33%
4	ქვრივი	157	31%	297	59%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=108.03, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N46 ჩანს, მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის მდედრობითი სქესის გამოკითხულებთან შედარებით სარწმუნოდ სჭარბობს დაქორწინებულთა რაოდენობა (Chi2=101.06, df=3, p<0.001), ხოლო მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის სჭარბობს დაქვრივებულთა რიცხვი (Chi2=78.99, df=3, p<0.001).

ცხრილი 47. გამოკითხულთა განაწილება დასაქმების მიხედვით

N	დასაქმება	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	პენსიონერი	333	67%	375	75%
2	სამუშაო სრული განაკვეთით	81	16%	62	12%
3	თვითდასაქმებული	86	17%	52	10%
4	არასოდეს ყოფილა დასაქმებული	0	0%	11	2%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=24.39, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N47 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობენ პენსიონერთა რაოდენობა. მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის მამრობითი სქესის გამოკითხულებთან შედარებით სარწმუნოდ სჭარბობენ პენსიონერები (Chi2=8.52, df=3, p=0.004), ხოლო მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის სჭარბობს თვითდასაქმებულთა რიცხვი (Chi2=8.52, df=3, p=0.004).

ცხრილი 48. გამოკითხულთა განაწილება შემოსავლის მიხედვით

N	შემოსავალი	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	პენსია	331	66%	386	77%
2	500 ლარი	28	6%	18	4%
3	500-1000 ლარის ფარგლებში	96	19%	72	14%
4	1000 ლარზე მეტი	45	9%	24	5%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=15.21, df=3, p=0.002

როგორც ცხრილიდან N48 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის რესპონდენტებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობენ პენსიონერთა რაოდენობა. პენსიონერები სარწმუნოდ სჭარბობენ მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის მამრობითი სქესის რესპონდენტებთან შედარებით სარწმუნოდ (Chi2=14.89, df=1, p<0.001), ხოლო მამრობითი სქესის წარმომადგენელთა შორის სჭარბობს 500-1000 ლარის შემოსავლის მქონეთა რაოდენობა (Chi2=4.11, df=1, p=0.043).

ცხრილი 49. გამოკითხულთა განაწილება მარტო ცხოვრების მიხედვით

N	მარტო ცხოვრობთ?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	454	91%	417	83%
2	დიახ	46	9%	83	17%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=12.17, df=1, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N49 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის რესპონდენტებს შორის სარწმუნოდ მცირეა მარტო მცხოვრებთა რაოდენობა. თუმცა, ამ კუთხით უფრო მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები გამოირჩევიან.

ცხრილი 50. გამოკითხულთა განაწილება ოჯახის წევრთა რაოდენობის მიხედვით

N	ოჯახში თქვენს გარდა რამდენი წევრია?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	0	46	9%	83	17%
2	კიდევ ერთი წევრი	114	23%	100	20%
3	კიდევ 2 და მეტი	340	68%	317	63%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=12.33, df=2, p=0.002

როგორც ცხრილიდან N50 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის რესპონდენტებს შორის სარწმუნოდ მეტია კიდევ 2 წევრიანი ოჯახის მქონეთა რაოდენობა. თუმცა, ჯგუფებს შორის განსხვავება არ არის სარწმუნო.

დაცემის რისკების თვითშეფასების ბლოკი

ცხრილი 51. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობა	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	41	21%	41	21%	46	23%	52	26%	62	31%
2	დიახ	159	80%	159	80%	154	77%	148	74%	138	69%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	8.54	4	0.199
ალბათობის ფარდობა	8.37	4	0.200
წრფივი ასოციაცია	-7.65	1	0.221

როგორც ცხრილიდან N51 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნოდ სჭარბობენ რესპონდენტები, რომლებიც თვლიან, რომ ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები არსებობენ. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად არასარწმუნოა ($p=0.074$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p=0.006$).

ცხრილი 52. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორებისა და ასაკის მიხედვით

N	რისკ-ფაქტორი	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ავეჯის განლაგება	1	2%	2	5%	6	13%	3	6%	4	6%
2	კარის ზღურბლი	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
3	კიბე	14	34%	12	29%	17	37%	20	38%	21	34%
4	მიმოფანტული სათამაშოები	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
5	მიწისძვრა	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
6	რემონტი	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%

7	სრიალა მეტლახი	19	46%	20	49%	16	35%	18	35%	22	35%
8	უსწორმასწორო იატაკი	0	0%	1	2%	1	2%	1	2%	0	0%
9	შინაური ცხოველი	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%
10	ხალიჩა	5	12%	7	17%	7	15%	8	15%	13	21%
11	საფრთხე მინების წმენდისას	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	სულ:	42	26%	43	27%	48	31%	53	35%	61	44%

როგორც ცხრილიდან N52 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნოდ სჭარბობენ ისეთი გამოკითხვები, რომლებიც უპირატეს რისკ-ფაქტორებად მოიხსენიებენ კიბეს და სრიალა მეტლახს. შანსთა ფარდობის ანალიზით კიბის და სრიალა მეტლახის რისკ-ფაქტორების შანსები ჯგუფებს შორის სარწმუნოდ არ განსხვავდება.

სქესის ჯგუფში ფაქტორად სარწმუნოდ მეტად მიიჩნევა კიბე (OR=1.72, 95%CI – 1.08-2.74, p=0.022).

ცხრილი 53. გამოკითხულთა განაწილება სამსახურში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	თუ მუშაობთ, სამსახურში გაქვთ დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	29	25%	14	19%	11	28%	4	15%	3	23%
2	არა	87	75%	61	81%	28	72%	23	85%	10	77%
	სულ:	116		75		39		27		13	116
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		2.68		4		0.612					
ალბათობის ფარდობა		2.76		4		0.598					
წრფივი ასოციაცია		0.32		1		0.221					

როგორც ცხრილიდან N53 ჩანს, ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნოდ სჭარბობენ ისეთი გამოკითხვები, რომლებიც სამსახურში დაცემის რისკ-ფაქტორებს არ აღნიშნავდნენ. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად არასარწმუნოა (p=0.612); სამსახურში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობასა და ასაკს შორის სარწმუნო ასოციაციაც არ ვლინდებოდა (p=0.221).

ცხრილი 54. გამოკითხულთა განაწილება დაცემის რისკის სიმძიმისა და ასაკის მიხედვით

N	შეაფასეთ თქვენ როგორი გაქვთ დაცემის რისკი?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	მაღალი	11	6%	19	10%	33	17%	55	28%	70	35%
2	საშუალო	93	47%	97	49%	92	46%	91	46%	75	38%
3	დაბალი	96	48%	84	42%	75	38%	54	27%	55	28%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		P					
Chi2=		86.15		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		89.10		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-67.65		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N54 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). დაცემის მაღალ რისკს დამფიქსირებელი

გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება, ხოლო დაბალი რისკისა კი - მცირდება.

ცხრილი 55. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობის მიხედვით

N	ბინაში არსებობს დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	101	20%	141	28%
2	არა	399	80%	359	72%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=8.71, df=1, p=0.003

როგორც ცხრილიდან N55 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობა. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ პასუხის შანსი მდედრობითი სქესის ჯგუფში სარწმუნოდ მაღალია (OR=1.55, 95%CI – 1.16-2.08, $p=0.003$).

ცხრილი 56. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების მიხედვით

N	რისკ-ფაქტორი	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ავეჯის განლაგება	6	2%	9	3%
2	კარის ზღურბლი	1	0%	1	0%
3	კიბე	31	8%	51	14%
4	მიმოვანტული სათამაშოები	0	0%	2	1%
5	მიწისძვრა	1	0%	0	0%
6	რემონტი	0	0%	1	0%
7	სრიალა მეტლახი	48	12%	46	13%
8	უსწორმასწორო იატაკი	0	0%	2	1%
9	შინაური ცხოველი	0	0%	2	1%
10	ხალიჩა	14	4%	25	7%
11	საფრთხე მინების წმენდისას	0	0%	0	0%

როგორც ცხრილიდან N56 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულები ბინაში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ სრიალა მეტლახსა და კიბეს. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ მდედრობითი სქესის ჯგუფში ფაქტორად სარწმუნოდ მეტად მიიჩნევა კიბე (OR=1.72, 95%CI – 1.08-2.74, p=0.022).

ცხრილი 57. გამოკითხულთა განაწილება სამსახურში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების არსებობის მიხედვით

N	თუ მუშაობთ, სამსახურში გაქვთ დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	35	22%	26	23%
2	არა	123	78%	86	77%
	სულ:	159	100.0%	112	100.0%

Chi2=0.04, df=1, p=0.837

როგორც ცხრილიდან N57 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება, რომ სამსახურში დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები არ არსებობენ. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ პასუხის შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 58. გამოკითხულთა განაწილება დაცემის რისკის სიმძიმის მიხედვით

N	შეაფასეთ თქვენ როგორი გაქვთ დაცემის რისკი?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	მაღალი	85	17%	103	21%
2	საშუალო	210	42%	238	48%
3	დაბალი	205	41%	159	32%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=9.29, df=2, p=0.010

როგორც ცხრილიდან N58 ჩანს, მამრობითი სქესის გამოკითხულებში სარწმუნოდ სჭარბობენ დაცემის საშუალო და დაბალი რისკის მქონე მამაკაცები; მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის კი სარწმუნოდ ხშირად ვხვდებით საშუალო რისკის აღმნიშნველი ქალები. ჯგუფებს შორის შანსთა ფარდობის ანალიზით დგინდება, რომ დაცემის მაღალ რისკს უფრო მეტად აღნიშნავენ ქალები, თუმცა არასარწმუნოდ (OR=1.27, 95%CI – 0.92-1.74, p=0.146, NS); დაცემის საშუალო რისკსაც უფრო მეტად აღნიშნავენ ქალები, თუმცა არასარწმუნოდ (OR=1.25, 95%CI – 0.98-1.61, p=0.075, NS); დაცემის დაბალი რისკს კი უფრო მეტად აღნიშნავენ მამაკაცები და მათ მიერ ამ პასუხის შანსი სარწმუნოდ მაღალია (OR=1.49, 95%CI – 1.15-1.93, p=0.003).

ცხრილი 59. გამოკითხულთა განაწილება ავეჯის განლაგების გამო შეფერხებისა და ასაკის მიხედვით

N	ბინაში გაქვთ ავეჯის ისეთი განლაგება, რომელიც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
n	%	8	4%	27	14%	27	14%	30	15%	37	19%
2	არა	192	96%	173	87%	173	87%	170	85%	163	82%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	P
Chi2=	20.59	4	<0.001
ალბათობის ფარდობა	24.52	4	<0.001
წრფივი ასოციაცია	16.54	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N59 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა (p<0.001). ავეჯის განლაგების გამო შეფერხებასა და ასაკს

შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p < 0.001$). დადებითი პასუხის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს.

ცხრილი 60. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში ფეხის დაცურების საშიშროებისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ბინაში ფეხის დაცურების საშიშროება (იატაკზე, აბაზანაში)?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	79	40%	57	29%	75	38%	68	34%	69	35%
2	არა	121	61%	143	72%	125	63%	132	66%	131	66%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	6.15	4	0.188
ალბათობის ფარდობა	6.22	4	0.183
წრფივი ასოციაცია	0.18	1	0.673

როგორც ცხრილიდან N60 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p < 0.001$). ბინაში ფეხის დაცურების საშიშროებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p < 0.001$).

ცხრილი 61. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში ხალიჩების გამო შეფერხებისა და ასაკის მიხედვით

N	ბინაში იატაკზე გაქვთ ხალიჩები, რომელიც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	43	22%	46	23%	57	29%	42	21%	57	29%
2	არა	157	79%	154	77%	143	72%	158	79%	143	72%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	6.00	4	0.199
ალბათობის ფარდობა	5.96	4	0.202
წრფივი ასოციაცია	1.56	1	0.212

როგორც ცხრილიდან N61 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p=0.199$). ხალიჩების გამო შეფერვებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p=0.212$).

ცხრილი 62. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში განათებისა და ასაკის მიხედვით

N	როგორი განათება გაქვთ ბინაში?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	2	1%	7	4%	4	2%	3	2%	4	2%
2	არა	198	99%	193	97%	196	98%	197	99%	196	98%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	3.57	4	0.467
ალბათობის ფარდობა	3.41	4	0.492
წრფივი ასოციაცია	0.00	1	1.000

როგორც ცხრილიდან N62 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p=0.199$). ხალიჩების გამო შეფერვებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p=0.212$).

სამედიცინო ანამნეზის მოდული

ცხრილი 63. გამოკითხულთა განაწილება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გ.ი.დ., მაღალი წნევა, არითმია ან სხვა)?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	113	57%	111	56%	140	70%	138	69%	168	84%
2	არ ვიცი	10	5%	5	3%	5	3%	12	6%	8	4%
3	არა	77	39%	84	42%	55	28%	50	25%	24	12%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	86.15	8	<0.001

ალბათობის ფარდობა	89.10	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-67.65	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N63 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. პასუხს „არ ვიცი“ გამოკითხულთა თანაბარი რაოდენობა აფიქსირებს.

ცხრილი 64. გამოკითხულთა განაწილება ნევროლოგიური დარღვევების არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ნევროლოგიური დარღვევები (ინსულტი, პარკინსონი ან სხვა)?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	31	16%	38	19%	35	18%	42	21%	91	46%
2	არ ვიცი	6	3%	9	5%	13	7%	36	18%	32	16%
3	არა	163	82%	153	77%	152	76%	122	61%	77	39%
სულ:		200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		128.09		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		124.94		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-74.27		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N64 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ნევროლოგიური დარღვევების არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. პასუხს „არ ვიცი“ გამოკითხულთა თანაბარი რაოდენობა აფიქსირებს.

ცხრილი 65. გამოკითხულთა განაწილება ართრიტის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ართრიტი?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	39	20%	52	26%	54	27%	86	43%	112	56%
2	არ ვიცი	14	7%	17	9%	19	10%	23	12%	32	16%
3	არა	147	74%	131	66%	127	64%	91	46%	56	28%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	109.69	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	112.17	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-94.82	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N65 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ართრიტის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. პასუხს „არ ვიცი“ გამოკითხულთა თანაბარი რაოდენობა აფიქსირებს.

ცხრილი 66. გამოკითხულთა განაწილება დიაბეტის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ დიაბეტი?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	41	21%	37	19%	52	26%	48	24%	58	29%
2	არ ვიცი	5	3%	1	1%	1	1%	7	4%	20	10%
3	არა	154	77%	162	81%	147	74%	145	73%	122	61%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	48.14	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	45.16	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-10.98	1	0.001

როგორც ცხრილიდან N66 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). დიაბეტის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. პასუხს „არ ვიცი“ გამოკითხულთა თანაბარი რაოდენობა აფიქსირებს.

ცხრილი 67. გამოკითხულთა განაწილება მხედველობის პრობლემების არსებობისა და ასაკის მიხედვით

სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p	
Chi2=		45.72		8		<0.001	
ალბათობის ფარდობა		46.94		8		<0.001	
წრფივი ასოციაცია		-22.99		1		<0.001	

N	გაქვთ მხედველობის პრობლემები (მხედველობის გაუარესება, კატარაქტა, გლაუკომა)?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	138	69%	145	73%	160	80%	160	80%	168	84%
2	არ ვიცი	2	1%	1	1%	1	1%	9	5%	10	5%
3	არა	60	30%	54	27%	39	20%	31	16%	22	11%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

როგორც ცხრილიდან N67 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). მხედველობის პრობლემების არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. პასუხს „არ ვიცი“ გამოკითხულთა თანაბარი რაოდენობა აფიქსირებს.

ცხრილი 68. გამოკითხულთა განაწილება ოსტეოპოროზის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ოსტეოპოროზი?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	23	12%	39	20%	43	22%	55	28%	57	29%
2	არ ვიცი	30	15%	38	19%	30	15%	32	16%	65	33%
3	არა	147	74%	123	62%	127	64%	113	57%	78	39%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		62.03		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		62.19		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-40.29		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N68 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ოსტეოპოროზის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. პასუხს „არ ვიცი“ გამოკითხულთა თანაბარი რაოდენობა აფიქსირებს.

ცხრილი 69. გამოკითხულთა განაწილება ანემიის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ანემია?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	4	2%	12	6%	17	9%	27	14%	53	27%
2	არ ვიცი	23	12%	14	7%	14	7%	42	21%	64	32%
3	არა	173	87%	174	87%	169	85%	131	66%	83	42%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		165.08		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		164.31		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-121.98		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N69 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ანემიის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება.

ცხრილი 70. გამოკითხულთა განაწილება დეპრესიის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ანემია?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	26	13%	22	11%	18	9%	27	14%	38	19%
2	არ ვიცი	16	8%	13	7%	6	3%	35	18%	40	20%
3	არა	158	79%	165	83%	176	88%	138	69%	122	61%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	60.31	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	61.75	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-16.51	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N70 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დადებით პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). დეპრესიის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება.

ცხრილი 71. გამოკითხულთა განაწილება წონასწორობის დარღვევის არსებობისა და ასაკის მიხედვით.

N	გაქვთ წონასწორობის დარღვევა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ყოველთვის	0	0%	1	1%	8	4%	4	2%	5	3%
2	ხშირად	15	8%	35	18%	42	21%	57	29%	96	48%
3	იშვიათად	103	52%	85	43%	95	48%	78	39%	78	39%
4	არა	82	41%	79	40%	55	28%	61	31%	21	11%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	132.04	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	141.16	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	99.54	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N71 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); „ხშირად“ პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) კი სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ხშირად წონასწორობის დარღვევის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. „იშვიათად“ და „არა“ პასუხებსა და ასაკს შორის ასოციაციაც

(უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). იშვიათად წონასწორობის დარღვევის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება.

ცხრილი 72. გამოკითხულთა განაწილება კუნთების სისუსტის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ კუნთების სისუსტე?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ყოველთვის	3	2%	10	5%	9	5%	16	8%	35	18%
2	ხშირად	32	16%	29	15%	61	31%	78	39%	103	52%
3	იშვიათად	93	47%	79	40%	91	46%	70	35%	53	27%
4	არა	72	36%	82	41%	39	20%	36	18%	9	5%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		193.14		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		201.98		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		160.28		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N72 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); „ხშირად“ პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ხშირად კუნთების სისუსტის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. „იშვიათად“ და „არა“ პასუხებსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). იშვიათად კუნთების სისუსტის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება.

ცხრილი 73. გამოკითხულთა განაწილება ხერხემლის არეში ყრუ ტკივილის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ყრუ ტკივილი ხერხემლის არეში?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ყოველთვის	3	2%	8	4%	6	3%	15	8%	12	6%
2	ხშირად	46	23%	40	20%	48	24%	51	26%	74	37%
3	იშვიათად	90	45%	77	39%	74	37%	68	34%	48	24%
4	არა	61	31%	75	38%	72	36%	66	33%	66	33%

სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე		df		p					
Chi2=	38.47		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა	38.78		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია	8.67		1		0.003					

როგორც ცხრილიდან N73 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); „ხშირად“ პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ხშირად ხერხემლის არეში ყრუ ტკივილის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. „იშვიათად“ პასუხებსა და ასაკს შორის ასოციაციაც (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). იშვიათად ხერხემლის არეში ყრუ ტკივილის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება.

ცხრილი 74. გამოკითხულთა განაწილება მოძრაობის უნარის შეზღუდვის არსებობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ მოძრაობის უნარის შეზღუდვა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ყოველთვის	4	2%	6	3%	11	6%	17	9%	17	9%
2	ხშირად	13	7%	35	18%	42	21%	60	30%	87	44%
3	იშვიათად	74	37%	49	25%	77	39%	66	33%	58	29%
4	არა	109	55%	110	55%	70	35%	57	29%	38	19%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		139.88		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		146.48		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		116.22		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N74 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); „ხშირად“ პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ხშირად მოძრაობის უნარის შეზღუდვის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. „იშვიათად“ და „არა“ პასუხებსა და ასაკს შორის ასოციაციაც (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). იშვიათად მოძრაობის

უნარის შეზღუდვის არსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება.

ცხრილი 75.გამოკითხულთა განაწილება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გულის იშემიური დაავადება, მაღალი წნევა, არითმია ან სხვა)?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	330	66%	340	68%
2	არ ვიცი	25	5%	15	3%
3	არა	145	29%	145	29%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

$\text{Chi}^2=2.65, \text{df}=2, p=0.266, \text{NS}$

როგორც ცხრილიდან N75 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 76.გამოკითხულთა განაწილება ნევროლოგიური დარღვევების არსებობის და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ ნევროლოგიური დარღვევები (ინსულტი, პარკინსონი ან სხვა)?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	116	23%	121	24%
2	არ ვიცი	54	11%	42	8%
3	არა	330	66%	337	67%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

$\text{Chi}^2=1.68, \text{df}=2, p=0.432, \text{NS}$

როგორც ცხრილიდან N76 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება ნევროლოგიური დარღვევები. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 77.გამოკითხულთა განაწილება ართრიტის არსებობის და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ ართრიტი?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	135	27%	208	42%

2	არ ვიცი	50	10%	55	11%
3	არა	315	63%	237	47%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=26.80, df=2, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N77 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება ართრიტები. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ პასუხის შანსი მდედრობითი სქესის ჯგუფში სარწმუნოდ მაღალია (OR=1.93, 95%CI – 1.48-2.51, p<0.001).

ცხრილი 78.გამოკითხულთა განაწილება დიაბეტის არსებობის და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ დიაბეტი?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	108	22%	128	26%
2	არ ვიცი	12	2%	22	4%
3	არა	380	76%	350	70%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=5.86, df=2, p=0.053, NS

როგორც ცხრილიდან N78 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება დიაბეტი. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 79. გამოკითხულთა განაწილება მხედველობის პრობლემების არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ მხედველობის პრობლემები (მხედველობის გაუარესება, კატარაქტა, გლაუკომა)?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	383	77%	388	78%
2	არ ვიცი	11	2%	12	2%
3	არა	106	21%	100	20%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=0.25, df=2, p=0.882, NS

როგორც ცხრილიდან N79 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება მხედველობის პრობლემები.

შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 80. გამოკითხულთა განაწილება ოსტეოპოროზის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ ოსტეოპოროზი?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	88	18%	129	26%
2	არ ვიცი	85	17%	110	22%
3	არა	327	65%	261	52%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=18.36, df=2, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N80 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება ოსტეოპოროზი. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ პასუხის შანსი მდედრობითი სქესის ჯგუფში სარწმუნოდ მაღალია (OR=1.63, 95%CI – 1.20-2.21, p=0.001).

ცხრილი 81.გამოკითხულთა განაწილება ანემიის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ ანემია?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	59	12%	54	11%
2	არ ვიცი	74	15%	83	17%
3	არა	367	73%	363	73%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=0.76, df=2, p=0.684, NS

როგორც ცხრილიდან N81 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება ანემია. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი N105. გამოკითხულთა განაწილება დეპრესიის არსებობისა და სქესის მიხედვით

ცხრილი 82. გამოკითხულთა განაწილება დეპრესიის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ დეპრესია?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	დიახ	68	14%	63	13%
2	არ ვიცი	53	11%	57	11%

3	არა	379	76%	380	76%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=0.76, df=2, p=0.684, NS

როგორც ცხრილიდან N82 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება დეპრესია. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 83. გამოკითხულთა განაწილება წონასწორობის დარღვევის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ წონასწორობის დარღვევა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ყოველთვის	10	2%	8	2%
2	ხშირად	104	21%	141	28%
3	იშვიათად	207	41%	232	46%
4	არა	179	36%	119	24%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=19.31, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N83 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება წონასწორობის დარღვევა. თუმცა მამაკაცებთან შედარებით წონასწორობის ხშირად დარღვევას უფრო მეტად აღნიშნავენ ქალები (OR=1.50, 95%CI – 1.12-2.00, p=0.007); საპირისპიროდ, მამაკაცები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ, რომ არ ერღვევათ წონასწორობა (OR=1.79, 95%CI – 1.36-2.35, p<0.001).

ცხრილი 84. გამოკითხულთა განაწილება კუნთების სისუსტის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ კუნთების სისუსტე?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ყოველთვის	25	5%	48	10%
2	ხშირად	146	29%	157	31%
3	იშვიათად	198	40%	188	38%
4	არა	131	26%	107	21%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=10.33, df=3, p=0.016

როგორც ცხრილიდან N84 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება კუნთების სისუსტე. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ამ და სხვა პასუხების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ცხრილი 85.გამოკითხულთა განაწილება ხერხემლის არეში ყრუ ტკივილის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ ყრუ ტკივილი ხერხემლის არეში?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ყოველთვის	21	4%	23	5%
2	ხშირად	103	21%	156	31%
3	იშვიათად	188	38%	169	34%
4	არა	188	38%	152	30%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=15.75, df=3, p=0.001

როგორც ცხრილიდან N85 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება ყრუ ტკივილი ხერხემლის არეში. თუმცა მამაკაცებთან შედარებით ხშირად ყრუ ტკივილს ხერხემლის არეში უფრო მეტად აღნიშნავენ ქალები (OR=1.75, 95%CI – 1.31-2.33, p<0.001); მათთან ასევე სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება ამა თუ იმ ხარისხით ყრუ ტკივილი ხერხემლის არეში (OR=1.38, 95%CI – 1.06-1.79, p=0.016).

ცხრილი 86.გამოკითხულთა განაწილება მოძრაობის უნარის შეზღუდვის არსებობისა და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ მოძრაობის უნარის შეზღუდვა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ყოველთვის	21	4%	34	7%
2	ხშირად	106	21%	131	26%
3	იშვიათად	148	30%	176	35%
4	არა	225	45%	159	32%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=19.47, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N86 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება მოძრაობის უნარის შეზღუდვა. თუმცა, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ

ამა თუ იმ ხარისხით მოძრაობის უნარის შეზღუდვა (OR=1.75, 95%CI – 1.36-2.27, p<0.001).

ცხრილი 87. გამოკითხულთა განაწილება დამხმარე საშუალებების გამოყენებისა და ასაკის მიხედვით

N	გადაადგილების დროს იყენებთ დამხმარე საშუალებებს?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ეტლი	2	1%	1	1%	0	0%	4	2%	2	1%
2	საყრდენი	3	2%	9	5%	12	6%	11	6%	36	18%
3	ჯოხი	16	8%	25	13%	59	30%	69	35%	85	43%
4	არა	179	90%	165	83%	129	65%	116	58%	77	39%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	167.37	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	172.55	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	121.37	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N87 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა (p<0.001); „ჯოხის“ ხმარებასა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა (p<0.001). ჯოხის ხმარების დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. „არა“ პასუხსა და ასაკს შორის ასოციაციაც (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა (p<0.001). დამხმარე საშუალებების არარსებობის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება.

ცხრილი 88.გამოკითხულთა განაწილება დამხმარე საშუალებების გამოყენების და სქესის მიხედვით

N	გადაადგილების დროს იყენებთ დამხმარე საშუალებებს?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ეტლი	1	0.2%	8	2%
2	საყრდენი	39	8%	32	6%
3	ჯოხი	108	22%	146	29%
4	არა	352	70%	314	63%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=13.99, df=3, p=0.003

როგორც ცხრილიდან N88 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება დამხმარე საშუალებების გამოყენება. თუმცა, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ დამხმარე საშუალებების გამოყენებას (OR=1.39, 95%CI – 1.07-1.82, p=0.014).

ცხრილი 89. გამოკითხულთა განაწილება ბინიდან გასვლისა და ასაკის მიხედვით

N	გადიხართ ბინიდან?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	7	4%	10	5%	21	11%	27	14%	46	23%
2	იშვიათად	33	17%	54	27%	67	34%	91	46%	87	44%
3	ხშირად	74	37%	62	31%	90	45%	65	33%	51	26%
4	სისტემატურად	86	43%	74	37%	22	11%	17	9%	16	8%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	199.11	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	199.45	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-161.37	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N89 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა (p<0.001); ბინიდან არგამსვლელთა ან იშვიათად გამსვლელთა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა (p<0.001). ასეთი პასუხების დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. ბინიდან ხშირად ან სისტემატურად გამსვლელთა და ასაკს შორის ასოციაციაც (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა (p<0.001). ასეთი პასუხების დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება.

ცხრილი 90. გამოკითხულთა განაწილება ბინიდან გასვლის და სქესის მიხედვით

N	გადიხართ ბინიდან?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	37	7%	74	15%
2	იშვიათად	137	27%	195	39%
3	ხშირად	206	41%	136	27%
4	სისტემატურად	120	24%	95	19%

	სულ:	500	100.0%	500	100.0%
--	------	-----	--------	-----	--------

Chi2=39.70, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N90 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღნიშნება ბინიდან გასვლა. თუმცა, ქალებთან შედარებით მამაკაცები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ბინიდან ხშირად გასვლას (OR=1.88, 95%CI – 1.44-2.45, p<0.001); ქალები კი შედარებით იშვიათად გადიან ბინიდან (OR=1.69, 95%CI – 1.30-2.21, p<0.001).

ცხრილი 91.გამოკითხულთა განაწილება მედიკამენტების მიღებისა და ასაკის მიხედვით

N	მუდმივად ღებულობთ რომელიმე მედიკამენტს?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	4 და მეტი	14	7%	25	13%	38	19%	22	11%	52	26%
2	2-3	79	40%	66	33%	82	41%	90	45%	83	42%
3	1	55	28%	50	25%	47	24%	44	22%	48	24%
4	არა	52	26%	59	30%	33	17%	44	22%	17	9%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		61.49		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		64.02		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-35.92		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N91 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა (p<0.001); 4 და მეტი პრეპარატის მიღებასა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა (p<0.001). ასეთი პასუხების დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. 1 ან 2-3 პრეპარატის მიღებასა და ასაკს შორის ასოციაცია სარწმუნო არ აღმოჩნდა. პრეპარატის არმიღებთა რიცხვი კი ასაკთან ერთად კლებულობს (p<0.001).

ცხრილი 92.გამოკითხულთა განაწილება ექიმისგან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაციის მიღებისა და ასაკის მიხედვით

N	ინფორმაციას ღებულობთ ექიმისგან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	37	19%	29	15%	36	18%	44	22%	85	43%
2	არ ვიცი	50	25%	58	29%	30	15%	44	22%	17	9%
3	დიახ	113	57%	113	57%	134	67%	112	56%	98	49%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	75.84	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	73.12	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-14.68	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N92 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); ექიმისგან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაციის მიმღებთა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). ასეთი პასუხების დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხის „არ ვიცი“ დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობაც ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 93.გამოკითხულთა განაწილება მედიკამენტების მიღების და სქესის მიხედვით

N	მუდმივად ღებულობთ რომელიმე მედიკამენტს?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	4 და მეტი	68	14%	83	17%
2	2-3	167	33%	233	47%
3	1	136	27%	108	22%
4	არა	129	26%	76	15%

	სულ:	500	100.0%	500	100.0%
--	------	-----	--------	-----	--------

Chi2=29.30, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N93 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღნიშნება მედიკამენტების მიღება. მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ მედიკამენტების მიღებას (OR=1.94, 95%CI – 1.41-2.65, p<0.001). ასევე სარწმუნოდ მეტია ქალებში 2-3 მედიკამენტის მიღება (OR=1.74, 95%CI – 1.34-2.25, p<0.001).

ცხრილი 94.გამოკითხულთა განაწილება ექიმისგან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაციის მიღების და სქესის მიხედვით

N	ინფორმაციას ღებულობთ ექიმისგან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	116	23%	115	23%
2	არ ვიცი	128	26%	71	14%
3	დიახ	256	51%	314	63%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=29.30, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N94 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღნიშნება მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაციის მიღება. მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ინფორმაციის მიღებას (OR=1.61, 95%CI – 1.25-2.07, p<0.001).

ცხრილი 95.გამოკითხულთა განაწილება ფიზიკური აქტივობისა და ასაკის მიხედვით

N	ეწევით ფიზიკურ აქტიურობას (ვარჯიში, ცურვა, სიარული, ბაღში საქმიანობა)?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	66	33%	62	31%	83	42%	89	45%	109	55%
2	პერიოდულად 15 წუთი დღეში	36	18%	43	22%	31	16%	44	22%	51	26%
3	სისტემატურად დღეში 15 წუთი	22	11%	34	17%	27	14%	28	14%	9	5%
4	პერიოდულად 30 წუთი დღეში	32	16%	18	9%	27	14%	15	8%	13	7%

5	სისტემატურად დღეში 30 წუთი	44	22%	43	22%	32	16%	24	12%	18	9%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	67.06	16	<0.001
ალბათობის ფარდობა	69.71	16	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-43.27	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N95 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); ფიზიკურ აქტივობასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „პერიოდულად 30 წუთი დღეში“ და „სისტემატურად დღეში 30 წუთი“ პასუხების დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხის „არა“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობაც ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 96. გამოკითხულთა განაწილება სოციალური აქტივობისა და ასაკის მიხედვით

N	შეგიძლიათ სოციალურ ღონისძიებებში (შეხვედრები და სხვა) მონაწილეობა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	32	16%	36	18%	45	23%	49	25%	81	41%
2	საკმაოდ რთულია	11	6%	14	7%	21	11%	23	12%	41	21%
3	პერიოდულად რთულია	29	15%	31	16%	47	24%	46	23%	39	20%
4	დიახ	128	64%	119	60%	87	44%	82	41%	39	20%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	117.32	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	118.97	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-84.30	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N96 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); სოციალურ აქტივობასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე

უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“ და „საკმაოდ რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობაც ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$)

ცხრილი 97. გამოკითხვლათა განაწილება ფიზიკური აქტივობის და სქესის მიხედვით

N	ეწევით ფიზიკურ აქტიურობას (ვარჯიში, ცურვა, სიარული, ბაღში საქმიანობა)?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	170	34%	239	48%
2	პერიოდულად 15 წუთი დღეში	113	23%	92	18%
3	სისტემატურად დღეში 15 წუთი	73	15%	47	9%
4	პერიოდულად 30 წუთი დღეში	48	10%	57	11%
5	სისტემატურად დღეში 30 წუთი	96	19%	65	13%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=26.17, df=4, $p < 0.001$

როგორც ცხრილიდან N97 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხვლებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება ფიზიკური ინაქტივობა. მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ასეთ მდგომარეობას ($OR=1.78$, 95%CI – 1.38-2.29, $p < 0.001$). მამაკაცები სარწმუნოდ მეტად ვარჯიშობენ სისტემატურად დღეში 15 წუთი ($OR=1.65$, 95%CI – 1.12-2.43, $p=0.012$) და 30 წუთი ($OR=1.59$, 95%CI – 1.13-2.24, $p=0.008$).

ცხრილი 98. გამოკითხვლათა განაწილება სოციალური აქტივობის და სქესის მიხედვით

N	შეგიძლიათ სოციალურ ღონისძიებებში (შეხვედრები და სხვა) მონაწილეობა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	99	20%	144	29%
2	საკმაოდ რთულია	36	7%	74	15%
3	პერიოდულად რთულია	99	20%	93	19%
4	დიახ	266	53%	189	38%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=34.68, df=3, $p < 0.001$

როგორც ცხრილიდან N98 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს სოციალური აქტივობის კუთხით ($OR=1.87$, 95%CI – 1.45-2.41, $p < 0.001$).

ცხრილი 99.გამოკითხულთა განაწილება კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილებისა და ასაკის მიხედვით

N	შეგიძლიათ კიბეებზე დამოუკიდებლად ასვლა და ჩასვლა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	6	3%	7	4%	18	9%	20	10%	37	19%
2	საკმაოდ რთულია	9	5%	21	11%	23	12%	22	11%	52	26%
3	პერიოდულად რთულია	24	12%	31	16%	48	24%	44	22%	44	22%
4	დიახ	161	81%	141	71%	111	56%	114	57%	67	34%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	128.98	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	128.55	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-103.26	1	<0.001

როგორც

ცხრილიდან N99 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილებასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“, „საკმაოდ რთულია“ და „პერიოდულად რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 100.გამოკითხულთა განაწილება აღმართზე ასვლისა და დაღმართზე ჩასვლისა და ასაკის მიხედვით.

N	შეგიძლიათ აღმართზე ასვლა და დაღმართზე ჩასვლა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	7	4%	10	5%	18	9%	20	10%	38	19%
2	საკმაოდ რთულია	8	4%	29	15%	46	23%	55	28%	71	36%
3	პერიოდულად რთულია	52	26%	81	41%	63	32%	84	42%	52	26%
4	დიახ	133	67%	80	40%	73	37%	41	21%	39	20%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	181.73	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	186.74	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-144.40	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N100 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); აღმართზე ასვლა/დაღმართზე ჩასვლასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“ და „საკმაოდ რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 101. გამოკითხვულთა განაწილება ძირიდან ნივთის აღების ან მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღებისა და ასაკის მიხედვით

N	შეგიძლიათ ძირიდან ნივთის აღება ან თქვენზე მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღება?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	5	3%	6	3%	12	6%	21	11%	39	20%
2	საკმაოდ რთულია	13	7%	26	13%	49	25%	49	25%	69	35%
3	პერიოდულად რთულია	44	22%	40	20%	60	30%	62	31%	61	31%
4	დიახ	138	69%	128	64%	79	40%	68	34%	31	16%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		190.60		12		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		199.56		12		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-169.07		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N101 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); ძირიდან ნივთის აღებას ან მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღებასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“ და „საკმაოდ რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 102.გამოკითხულთა განაწილება სკამიდან თავისუფლად წამოდგომისა და დაჯდომისა და ასაკის მიხედვით

N	შეგიძლიათ სკამიდან თავისუფლად წამოდგომა და დაჯდომა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	3	2%	4	2%	12	6%	12	6%	23	12%
2	საკმაოდ რთულია	13	7%	18	9%	49	25%	64	32%	84	42%
3	პერიოდულად რთულია	33	17%	70	35%	71	36%	74	37%	61	31%
4	დიახ	151	76%	108	54%	68	34%	50	25%	32	16%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	234.23	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	241.71	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-198.23	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N102 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); სკამიდან თავისუფლად წამოდგომას და დაჯდომასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“, „საკმაოდ რთულია“ და „პერიოდულად რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 103.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ჩაცმისა და გახდისა და ასაკის მიხედვით

N	შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ჩაცმა და გახდა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	2	1%	2	1%	2	1%	5	3%	13	7%
2	საკმაოდ რთულია	2	1%	5	3%	13	7%	19	10%	41	21%
3	პერიოდულად რთულია	16	8%	18	9%	36	18%	38	19%	56	28%
4	დიახ	180	90%	175	88%	149	75%	138	69%	90	45%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	147.30	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	145.57	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-118.52	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N103 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დამოუკიდებლად ჩაცმა/გახდასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“, „საკმაოდ რთულია“ და „პერიოდულად რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 104. გამოკითხვლთა განაწილება დამოუკიდებლად ბანაობისა და ასაკის მიხედვით.

N	შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ბანაობა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	4	2%	4	2%	7	4%	9	5%	14	7%
2	საკმაოდ რთულია	3	2%	5	3%	10	5%	9	5%	38	19%
3	პერიოდულად რთულია	5	3%	11	6%	19	10%	23	12%	43	22%
4	დიახ	188	94%	180	90%	164	82%	159	80%	105	53%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	140.07	12	<0.001
ალბათობის ფარდობა	129.98	12	<0.001
წრფივი ასოციაცია	-82.73	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N104 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); დამოუკიდებლად ჩაცმა/გახდასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არა“, „საკმაოდ რთულია“ და „პერიოდულად რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვლების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p<0.001$).

ცხრილი 105.გამოკითხულთა განაწილება კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილების და სქესის მიხედვით.

N	შეგიძლიათ კიბეებზე დამოუკიდებლად ასვლა და ჩასვლა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	35	7%	53	11%
2	საკმაოდ რთულია	43	9%	84	17%
3	პერიოდულად რთულია	83	17%	108	22%
4	დიახ	339	68%	255	51%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi²=34.68, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N105 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილების კუთხით (OR=2.02, 95%CI – 1.56-2.61, $p<0.001$).

ცხრილი 106.გამოკითხულთა განაწილება აღმართზე დამოუკიდებლად გადაადგილების და სქესის მიხედვით.

N	შეგიძლიათ აღმართზე დამოუკიდებლად ასვლა და ჩასვლა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	33	7%	60	12%
2	საკმაოდ რთულია	92	18%	117	23%
3	პერიოდულად რთულია	172	34%	160	32%
4	დიახ	203	41%	163	33%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi²=15.63, df=3, p=0.001

როგორც ცხრილიდან N106 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს კიბეებზე დამოუკიდებლად გადაადგილების კუთხით (OR=1.41, 95%CI – 1.09-1.83, $p=0.009$).

ცხრილი 107.გამოკითხულთა განაწილება ძირიდან ნივთის ალბის ან მათზე მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღების და სქესის მიხედვით.

N	შეგიძლიათ ძირიდან ნივთის ალბა ან თქვენზე მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღება?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	34	7%	49	10%
2	საკმაოდ რთულია	79	16%	127	25%

3	პერიოდულად რთულია	122	24%	145	29%
4	დიახ	265	53%	179	36%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=32.53, df=3, p<0.001

როგორც ცხრილიდან N107 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს ძირიდან ნივთის აღების ან თქვენზე მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღების კუთხით (OR=2.02, 95%CI – 1.57-2.61, p<0.001).

ცხრილი 108.გამოკითხულთა განაწილება სკამიდან თავისუფლად წამოდგომისა და დაჯდომის და სქესის მიხედვით

N	შეგიძლიათ სკამიდან თავისუფლად წამოდგომა და დაჯდომა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	17	3%	37	7%
2	საკმაოდ რთულია	110	22%	118	24%
3	პერიოდულად რთულია	153	31%	156	31%
4	დიახ	220	44%	189	38%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=10.07, df=3, p=0.018

როგორც ცხრილიდან N108 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს სკამიდან თავისუფლად წამოდგომისა და დაჯდომის კუთხით (OR=1.29, 95%CI – 1.00-1.66, p=0.046).

ცხრილი 109.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ჩაცმისა და გახდის და სქესის მიხედვით

N	შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ჩაცმა და გახდა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	11	2%	13	3%
2	საკმაოდ რთულია	30	6%	50	10%
3	პერიოდულად რთულია	77	15%	87	17%
4	დიახ	382	76%	350	70%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=7.17, df=3, p=0.067, NS

როგორც ცხრილიდან N109 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს სკამიდან თავისუფლად წამოდგომისა და დაჯდომის კუთხით (OR=1.39, 95%CI – 1.05-1.84, p=0.023).

ცხრილი 110.გამოკითხულთა განაწილება დამოუკიდებლად ბანაობის და სქესის მიხედვით.

N	შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ბანაობა?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	16	3%	22	4%
2	საკმაოდ რთულია	22	4%	43	9%
3	პერიოდულად რთულია	46	9%	55	11%
4	დიახ	416	83%	380	76%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=10.16, df=3, p=0.017

როგორც ცხრილიდან N110 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს დამოუკიდებლად ბანაობის კუთხით (OR=1.56, 95%CI – 1.15-2.14, p=0.005).

ცხრილი 111.გამოკითხულთა განაწილება ჯანმრთელობის თვითშეფასებისა და ასაკის მიხედვით

N	როგორ აფასებთ თქვენს ჯანმრთელობას?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ძალიან ცუდი	1	1%	1	1%	6	3%	10	5%	45	23%
2	ცუდი	15	8%	33	17%	54	27%	60	30%	72	36%
3	საშუალო	113	57%	103	52%	95	48%	79	40%	56	28%
4	კარგი	59	30%	52	26%	45	23%	48	24%	26	13%
5	ძალიან კარგი	12	6%	11	6%	0	0%	3	2%	1	1%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		213.32		16		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		207.22		16		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-132.73		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N111 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა (p<0.001); ჯანმრთელობის ხარისხსა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა (p<0.001). „კარგი“ და „საშუალო“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხულების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „ძალიან ცუდი“ და

„ცუდი“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 112.გამოკითხულთა განაწილება ჯანმრთელობის თვითშეფასების და სქესის მიხედვით

N	როგორ აფასებთ თქვენს ჯანმრთელობას?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ძალიან ცუდი	22	4%	41	8%
2	ცუდი	114	23%	120	24%
3	საშუალო	213	43%	233	47%
4	კარგი	134	27%	96	19%
5	ძალიან კარგი	17	3%	10	2%
სულ:		500	100.0%	500	100.0%

$\text{Chi}^2=14.87, \text{df}=3, p=0.005$

როგორც ცხრილიდან N112 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ძალიან ცუდ, ცუდ და საშუალო შეფასებას ($\text{OR}=1.61, 95\% \text{CI} - 1.20-2.14, p=0.001$).

ცხრილი 113.გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ასაკის მიხედვით

N	ხელმისაწვდომია თქვენთვის სამედიცინო მომსახურება?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	3	2%	3	2%	2	1%	2	1%	1	1%
2	რთულია	8	4%	11	6%	18	9%	23	12%	48	24%
3	პერიოდულად რთულია	41	21%	36	18%	53	27%	54	27%	76	38%
4	დიახ	148	74%	150	75%	127	64%	121	61%	75	38%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		95.97		12		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		93.64		12		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		-62.02		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N113 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ასაკს შორის ასოციაცია (უარყოფითი კორელაცია) სარწმუნოდ აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „დიახ“ პასუხის

დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „საკმაოდ რთულია“ და „პერიოდულად რთულია“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 114. გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან პერსონალისთვის მიმართვისა და ასაკის მიხედვით

N	ბოლო წლის განმავლობაში რამდენჯერ მიგიმართავთ სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან სამედიცინო პერსონალს ბინაზე მოუმართავს თქვენთვის?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	13 და მეტი	6	3%	3	2%	2	1%	0	0%	7	4%
2	10-12	2	1%	2	1%	1	1%	4	2%	20	10%
3	7-9	7	4%	13	7%	19	10%	22	11%	55	28%
4	4-6	31	16%	30	15%	36	18%	51	26%	48	24%
5	1-3	105	53%	107	54%	113	57%	91	46%	62	31%
6	არც ერთი	49	25%	45	23%	29	15%	32	16%	8	4%
სულ:		200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		172.79		20		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		166.66		20		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		92.55		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N114 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p < 0.001$); სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან პერსონალისთვის მიმართვასა და ასაკს შორის ასოციაცია (დადებითი კორელაცია) სარწმუნო აღმოჩნდა ($p < 0.001$). „7-9“ და „10-12“ პასუხის დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პასუხების „არცერთი“ და „1-3“ დამფიქსირებელი გამოკითხვების რაოდენობა კი ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ მცირდება ($p < 0.001$).

ცხრილი 115. გამოკითხვულთა განაწილება სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის და სქესის მიხედვით

N	ხელმისაწვდომია თქვენთვის სამედიცინო მომსახურება?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	2	0%	9	2%
2	რთულია	54	11%	54	11%
3	პერიოდულად რთულია	118	24%	142	28%
4	დიახ	326	65%	295	59%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi²=14.87, df=3, p=0.005

როგორც ცხრილიდან N115 ჩანს, მამაკაცებთან შედარებით ქალები სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ ამა თუ იმ ხარისხის სირთულეს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით (OR=1.30, 95%CI – 1.01-1.68, $p=0.044$).

ცხრილი 116. გამოკითხულთა განაწილება სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან პერსონალისთვის მიმართვის და სქესის მიხედვით

N	ბოლო წლის განმავლობაში რამდენჯერ მიგიმართავთ სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან სამედიცინო პერსონალს ბინაზე მოუმართავს თქვენთვის?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	13 და მეტი	5	1%	13	3%
2	10-12	13	3%	16	3%
3	7-9	64	13%	52	10%
4	4-6	89	18%	107	21%
5	1-3	237	47%	241	48%
6	არც ერთი	92	18%	71	14%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi²=9.50, df=5, p=0.091, NS

როგორც ცხრილიდან N116 ჩანს, მამრობითი სქესის და მდედრობითი სქესის გამოკითხულებს შორის სარწმუნოდ მეტად აღინიშნება სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან პერსონალისთვის მიმართვა. შანსთა ფარდობის ანალიზით დადგინდა, რომ ვიზიტების რაოდენობრივი მაჩვენებლების შანსი ჯგუფებში თანაბარია.

ვარდნა-ტრავმული დაზიანების მოდული

ცხრილი 117.გამოკითხულთა განაწილება ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევისა და ასაკის მიხედვით

N	ბოლო 12 თვის განმავლობაში თუ გქონიათ დაცემის შემთხვევა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	56	28%	61	31%	70	35%	59	30%	73	37%
2	არა	144	72%	139	70%	130	65%	141	71%	127	64%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	4.94	4	0.293
ალბათობის ფარდობა	4.93	4	0.295
წრფივი ასოციაცია	2.35	1	0.125

როგორც ცხრილიდან N117 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნო არ არის ($p=0.293$); ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნო არ აღმოჩნდა ($p=0.125$).

ცხრილი 118.გამოკითხულთა განაწილება ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევების რაოდენობისა და ასაკის მიხედვით

N	დაცემის რამდენი შემთხვევა იყო ბოლო 12 თვის განმავლობაში?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	4 და მეტი	4	7%	1	2%	1	1%	1	2%	0	0%
2	3	2	4%	5	8%	5	7%	2	3%	4	5%
3	2	9	16%	12	20%	26	37%	20	34%	24	33%
4	1	41	73%	43	70%	38	54%	36	61%	45	62%
	სულ:	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	24.15	16	0.086

ალბათობის ფარდობა	24.92	16	0.071
წრფივი ასოციაცია	1.85	1	0.174

როგორც ცხრილიდან N118 ჩანს, რომ ეს განაწილება სტატისტიკურად სარწმუნო არ არის ($p=0.293$); ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემების რაოდენობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნო არ აღმოჩნდა ($p=0.125$).

ცხრილი 119. გამოკითხულთა განაწილება დაცემის ადგილისა და ასაკის მიხედვით

N	სად მოხდა დაცემა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ბინა	18	32%	28	46%	42	60%	37	63%	51	70%
2	ეზო	12	21%	15	25%	13	19%	15	25%	14	19%
3	საზოგად. ადგილი (ავთიაქი, მაღაზია)	5	9%	2	3%	1	1%	3	5%	1	1%
4	სამსახური	4	7%	2	3%	1	1%	1	2%	0	0%
5	ქუჩა	17	30%	14	23%	13	19%	3	5%	7	10%
სულ:		56		61		70		59		73	56
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		39.50		16		0.001					
ალბათობის ფარდობა		41.09		16		0.001					
წრფივი ასოციაცია		26.92		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N119 ჩანს, ორივე ჯგუფში დაცემის ადგილად სარწმუნოდ ხშირად ფიგურირებს ბინა, ეზო და ქუჩა. 85+ ჯგუფში ბინაში დაცემის შანსი: 4.99-ჯერ სარწმუნოდ მეტია 65-69 ჯგუფთან ($OR=4.99$, 95%CI – 2.31-10.37, $p<0.001$) და 2.73-ჯერ სარწმუნოდ მეტია 70-74 ჯგუფთან ($OR=2.73$, 95%CI – 1.34-5.56, $p=0.006$) შედარებით; 65-69 ჯგუფში ქუჩაში დაცემის შანსი 4.11-ჯერ სარწმუნოდ მეტია 85+ ($OR=4.11$, 95%CI – 1.57-10.79, $p=0.004$) და 8.13-ჯერ სარწმუნოდ მეტია 80-84 ჯგუფთან ($OR=8.13$, 95%CI – 2.23-29.67, $p=0.002$) შედარებით.

ცხრილი 120. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში დაცემის ადგილისა და ასაკის მიხედვით

N	ბინაში სად მოხდა დაცემა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დერეფანი	3	16%	0	0%	3	7%	3	8%	5	10%
2	მისაღები ოთახი	2	11%	3	11%	7	17%	3	8%	7	14%
3	სააბაზანო ოთახი	6	32%	11	39%	16	38%	8	22%	14	29%
4	სამზარეულო	4	21%	7	25%	5	12%	11	31%	9	18%

5	სამინებელი	4	21%	7	25%	11	26%	11	31%	14	29%
სულ:		19		28		42		36		49	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		11.70		16		0.764					
ალბათობის ფარდობა		13.77		16		0.616					
წრფივი ასოციაცია		0.10		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N120 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არ არის სარწმუნო ($p=0.764$). შედარებით ხშირად ფიგურირებს - სააბაზანო ოთახი. რაიმე ტიპის ასოციაცია დაცემის ლოკაციასა და ასაკს შორის ვერ დადგინდა ($p=0.757$).

ცხრილი 121.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის დროს აქტივობისა და ასაკის მიხედვით

N	როგორ მოხდა დაცემა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დაბრკოლების აცილების დროს	6	11%	4	7%	8	11%	4	7%	5	7%
2	სიარულის დროს	22	39%	30	49%	34	49%	40	68%	37	51%
3	შემობრუნების დროს	22	39%	14	23%	19	27%	11	19%	29	40%
4	სხვა	6	11%	13	21%	9	13%	4	7%	2	3%
სულ:		56		61		70		59		73	56
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		26.77		12		0.010					
ალბათობის ფარდობა		13.77		12		0.009					
წრფივი ასოციაცია		3.02		1		0.082					

როგორც ცხრილიდან N121 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p=0.010$). სარწმუნოდ ხშირად ფიგურირებენ პასუხები - „სიარულის დროს“ და „შემობრუნების დროს“. თუმცა რაიმე ტიპის ასოციაცია დაცემის დროს აქტივობასა და ასაკს შორის ვერ დადგინდა ($p=0.757$).

ცხრილი 122.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის შედეგად ტრავმის სიმძიმისა და ასაკის მიხედვით

N	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
---	-------	-------	-------	-------	-----

	დაცემას შედეგად მოყვა თუ არა ტრავმა	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ, მძიმე	13	23%	15	25%	24	34%	9	15%	14	19%
2	დიახ, მსუბუქი	33	59%	39	64%	34	49%	38	64%	36	49%
3	არა	10	18%	7	11%	12	17%	12	20%	23	32%
სულ:		56		61		70		59		73	56

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	15.98	8	0.043
ალბათობის ფარდობა	15.57	8	0.049
წრფივი ასოციაცია	4.73	1	0.030

როგორც ცხრილიდან N122 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p=0.043$). სარწმუნოდ ხშირად ფიგურირებს პასუხი - „დიახ, მსუბუქი“. ასოციაცია დაცემის შედეგად ტრავმის სიმძიმესა და ასაკს შორის ასევე სარწმუნოა ($p=0.03$).

ცხრილი 123. გამოკითხულთა განაწილება დაცემის შედეგად ტრავმის ტიპისა და ასაკის მიხედვით

N	ტრავმის ტიპი	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დახურული ტრავმა, ჰემატომა	19	40%	24	44%	25	40%	33	70%	28	54%
2	დაჭიმულობა	13	28%	12	22%	12	19%	4	9%	9	17%
3	მოტეხილობა	9	19%	9	17%	12	19%	4	9%	6	12%
4	ღია ჭრილობა/ აბრაზია	1	2%	2	4%	2	3%	4	9%	1	2%
5	ამოვარდნილობა	0	0%	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%
6	ტვინის დაზიანება/ შერყევა	2	4%	3	6%	5	8%	2	4%	5	10%
7	მრავლობითი დაზიანება	3	6%	4	7%	5	8%	0	0%	3	6%
8	სხვა	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
სულ:		47	100%	54	100%	63	100%	47	100%	52	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	28.95	24	0.222
ალბათობის ფარდობა	31.38	24	0.143
წრფივი ასოციაცია	0.27	1	0.606

როგორც ცხრილიდან N123 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნო არ არის ($p=0.222$). ხშირად ფიგურირებს პასუხი - „დახურული

ტრავმა, ჰემატომა“. ასოციაცია დაცემის შედეგად ტრავმის ტიპსა და ასაკს შორის ასევე არ არის სარწმუნო ($p=0.606$).

ცხრილი 124.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის შედეგად სხეულის დაზიანებული ნაწილისა და ასაკის მიხედვით

N	სხეულის ნაწილი	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	თავი/თავის ქალა	5	9%	13	21%	13	19%	10	20%	11	18%
2	ზედა კიდურები	16	29%	14	22%	11	16%	12	24%	17	28%
3	ქვედა კიდურები	19	35%	24	38%	27	39%	20	40%	23	38%
4	შინაგანი ორგანოები	1	2%	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%
5	ბარძაყის ძვალი	4	7%	5	8%	7	10%	2	4%	2	3%
6	მხრის ძვალი	7	13%	1	2%	3	4%	2	4%	2	3%
სულ:		47	100%	54	100%	63	100%	47	100%	52	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		27.02		24		0.301					
ალბათობის ფარდობა		25.38		24		0.385					
წრფივი ასოციაცია		5.15		1		0.023					

როგორც ცხრილიდან N124 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნო არ არის ($p=0.301$). ხშირად ფიგურირებს პასუხები - „ქვედა კიდურები“ და „ზედა კიდურები“. ასოციაცია სხეულის ტრავმირებული ნაწილისა და ასაკს შორის სარწმუნოა ($p=0.023$).

ცხრილი 125.გამოკითხულთა განაწილება მკურნალობის ლოკაციისა და ასაკის მიხედვით

N	სად ჩატარდა მკურნალობა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	საავადმყოფო (საწოლ დღეები)	16	35%	19	35%	25	42%	8	17%	15	30%
2	პოლიკლინიკა/ ამბულატორია	8	17%	8	15%	5	8%	8	17%	5	10%
3	თვითმკურნალობა	21	46%	27	50%	29	49%	31	66%	30	60%
4	სხვა	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
სულ:		46	100%	54	100%	59	100%	47	100%	50	100%
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		15.30		12		0.225					

ალბათობის ფარდობა	14.78	12	0.254
წრფივი ასოციაცია	2.35	1	0.126

როგორც ცხრილიდან N125 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნო არ არის ($p=0.301$). ხშირად ფიგურირებს პასუხები - “თვითმკურნალობა“ და „საავადმყოფო“. ასოციაცია მკურნალობის ლოკაციასა და ასაკს შორის არაა სარწმუნო ($p=0.126$).

ცხრილი 126.გამოკითხულთა განაწილება მკურნალობის ტიპისა და ასაკის მიხედვით

N	როგორი მკურნალობა ჩატარდა?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	მედიკამენტოზური	20	43%	37	69%	35	59%	23	49%	19	38%
2	ქირურგიული ოპერაცია	8	17%	5	9%	8	14%	4	9%	4	8%
3	სხვა	18	39%	12	22%	16	27%	20	43%	27	54%
სულ:		46	100%	54	100%	59	100%	47	100%	50	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	18.02	12	0.021
ალბათობის ფარდობა	17.90	12	0.022
წრფივი ასოციაცია	4.24	1	0.039

როგორც ცხრილიდან N126 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p=0.301$). ხშირად ფიგურირებს პასუხები - “მედიკამენტოზური“ და „სხვა“. ასოციაცია მკურნალობის ტიპსა და ასაკს შორის ასევე სარწმუნოა ($p=0.039$).

ასაკის მატებასთან ერთად მედიკამენტოზური მკურნალობა სარწმუნოდ მცირდება, ხოლო მკურნალობის სხვა სახეობების რაოდენობა იზრდება.

ცხრილი 127.გამოკითხულთა განაწილება კლინიკაში გატარებული საწოლდღეებისა და ასაკის მიხედვით

N	კლინიკაში გატარებული საწოლდღეები	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	30 დღე და მეტი	1	6%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
2	15—29	1	6%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
3	5—14	2	13%	9	50%	7	29%	2	25%	7	47%

4	2—4	7	44%	3	17%	10	42%	1	13%	5	33%
5	1	5	31%	6	33%	5	21%	5	63%	3	20%
სულ:		16	100%	18	100%	24	100%	8	100%	15	100%

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	16.88	12	0.393
ალბათობის ფარდობა	18.51	12	0.295
წრფივი ასოციაცია	0.00	1	0.995

როგორც ცხრილიდან N127 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნო არ არის ($p=0.393$). ხშირად ფიგურირებს პასუხები - “5-14”, „2-4“ და „1“. ასოციაცია კლინიკაში გატარებული საწოლდღეებსა და ასაკს შორის ასევე არ არის სარწმუნო ($p=0.995$).

ცხრილი 128. გამოკითხულთა განაწილება ტრავმული დაზიანებ(ებ)ის ვითარების, მიზეზებისა და ასაკის მიხედვით

N	ტრავმული დაზიანებ(ებ)ის მიღების ალწერა (ვითარება, მიზეზები)	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	თავბრუსხვევა	10	19%	13	22%	17	26%	9	16%	18	25%
2	ცუდი მხედველობა	5	10%	2	3%	6	9%	5	9%	2	3%
3	გონების დაკარგვა	0	0%	2	3%	3	5%	0	0%	2	3%
4	ფეხის გაცურება	18	35%	13	22%	17	26%	17	29%	14	20%
5	ფეხის წამოკვრა	7	13%	12	20%	7	11%	13	22%	16	23%
6	ფეხის გადაბრუნება	5	10%	4	7%	6	9%	3	5%	0	0%
7	კიბეებით სარგებლ. მოაჯირის დახმ.	0	0%	2	3%	1	2%	1	2%	0	0%
8	მოუხერხებელი ფეხსაცმელი	1	2%	4	7%	3	5%	3	5%	6	8%
9	იატაკზე მიმოფანტული საგნები	2	4%	4	7%	4	6%	5	9%	12	17%
10	ნასვამი მდგომარეობა	3	6%	0	0%	0	0%	2	3%	0	0%
11	სხვა	1	2%	4	7%	2	3%	0	0%	1	1%
სულ:		52		60		66		58		71	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	16.80	12	0.397
ალბათობის ფარდობა	18.49	12	0.301

წრფივი ასოციაცია	0.01	1	0.988
------------------	------	---	-------

როგორც ცხრილიდან N128 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნო არ არის ($p=0.397$). ხშირად ფიგურირებს პასუხები - “ფეხის გაცურება“, „ფეხის წამოკვრა“ და „თავბრუსხვევა“. ასოციაცია კლინიკაში გატარებული საწოლდღეებსა და ასაკს შორის ასევე არ არის სარწმუნო ($p=0.988$).

ქცევა-დამოკიდებულების მოდული

ცხრილი 129. გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო ბინაში ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით

N	ბინაში წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	79	40%	47	24%	41	21%	19	10%	31	16%
2	ხანდახან	90	45%	80	40%	85	43%	84	42%	74	37%
3	ყოველთვის	31	16%	73	37%	74	37%	97	49%	95	48%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		86.74		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		91.00		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		67.51		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N129 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p<0.001$). წაქცევის საშიშროების გამო ბინაში ფრთხილად მოძრაობასა და ასაკს შორის ასოციაცია სარწმუნოა ($p<0.001$). პასუხის „ყოველთვის“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. პასუხის „არა“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

ცხრილი 130. გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო სამსახურში ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით

N	სამსახურში მოძრაობისას წაქცევის საშიშროების გამო	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

	მოდრაობთ ფრთხილად?										
1	არა	50	25%	15	8%	9	5%	2	1%	2	1%
2	ხანდახან	50	25%	38	19%	20	10%	14	7%	6	3%
3	ყოველთვის	15	8%	30	15%	9	5%	11	6%	5	3%
4	არ ვიცი	85	43%	117	59%	162	81%	173	87%	187	94%
სულ:		200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	32.51	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	34.06	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	19.26	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N130 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p < 0.001$). წაქცევის საშიშროების გამო სამსახურში ფრთხილად მოძრაობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p < 0.001$). პასუხის „ხანდახან“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

ცხრილი 131. გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო ბინიდან გარეთ გამოსვლისას ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით

N	ბინიდან გარეთ გამოსვლისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	54	27%	35	18%	26	13%	14	7%	28	14%
2	ხანდახან	92	46%	63	32%	77	39%	66	33%	69	35%
3	ყოველთვის	54	27%	102	51%	97	49%	120	60%	103	52%
სულ:		200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	60.44	8	<0.001
ალბათობის ფარდობა	62.69	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	33.59	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N131 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p < 0.001$). წაქცევის საშიშროების გამო ბინიდან გარეთ გამოსვლისას ფრთხილად მოძრაობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა

($p < 0.001$). პასუხის „ყოველთვის“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. პასუხის „არა“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

ცხრილი 132. გამოკითხულთა განაწილება წაქცევის საშიშროების გამო კიბეებით სარგებლობისას ფრთხილად მოძრაობისა და ასაკის მიხედვით

N	კიბეებით სარგებლობისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	40	20%	19	10%	10	5%	7	4%	12	6%
2	ხანდახან	79	40%	50	25%	68	34%	33	17%	49	25%
3	ყოველთვის	81	41%	131	66%	122	61%	160	80%	139	70%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		89.90		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		87.10		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		53.45		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N132 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p < 0.001$). წაქცევის საშიშროების გამო კიბეებით სარგებლობისას ფრთხილად მოძრაობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p < 0.001$). პასუხის „ყოველთვის“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. პასუხების „არა“ და „ხანდახან“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

ცხრილი 133. გამოკითხულთა განაწილება კიბეებით სარგებლობისას მოჭიდებისა და ასაკის მიხედვით

N	კიბეებით სარგებლობისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	42	21%	21	11%	7	4%	1	1%	5	3%
2	ხანდახან	80	40%	42	21%	57	29%	24	12%	29	15%
3	ყოველთვის	78	39%	137	69%	136	68%	175	88%	166	83%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		160.11		8		<0.001					

ალბათობის ფარდობა	160.37	8	<0.001
წრფივი ასოციაცია	121.95	1	<0.001

როგორც ცხრილიდან N133 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p < 0.001$). წაქცევის საშიშროების გამო კიბეებით სარგებლობისას ფრთხილად მოაჯირის მოჭიდებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p < 0.001$). პასუხის „ყოველთვის“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. პასუხების „არა“ და „ხანდახან“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

ცხრილი 134. გამოკითხულთა განაწილება ქარიან, ყინულიან ან წვიმიან დღეებში გარეთ გასვლისგან თავისარიდებისა და ასაკის მიხედვით

N	ერიდებით გარეთ გასვლას ქარიან, ყინულიან ან წვიმიან დღეებში?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	48	24%	48	24%	30	15%	20	10%	22	11%
2	ხანდახან	100	50%	83	42%	51	26%	51	26%	48	24%
3	ყოველთვის	52	26%	69	35%	119	60%	129	65%	130	65%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		109.30		8		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		112.35		8		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		78.51		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N134 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p < 0.001$). ქარიან, ყინულიან ან წვიმიან დღეებში გარეთ გასვლისგან თავისარიდებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p < 0.001$).

პასუხის „ყოველთვის“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს. პასუხების „არა“ და „ხანდახან“ სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად კლებულობს.

გარემო რისკ-ფაქტორების/საფრთხეების მოდული

ცხრილი 135. გამოკითხულთა განაწილება ავეჯის განლაგების გამო შეფერხებისა და ასაკის მიხედვით.

N	ბინაში გაქვთ ავეჯის ისეთი განლაგება, რომელიც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1	დიახ	8	4%	27	14%	27	14%	30	15%	37	19%
2	არა	192	96%	173	87%	173	87%	170	85%	163	82%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		20.59		4		<0.001					
ალბათობის ფარდობა		24.52		4		<0.001					
წრფივი ასოციაცია		16.54		1		<0.001					

როგორც ცხრილიდან N135 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p < 0.001$). ავეჯის განლაგების გამო შეფერხებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p < 0.001$). დადებითი პასუხის სიხშირე ასაკთან ერთად მატულობს.

ცხრილი 136. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში ფეხის დაცურების საშისშროებისა და ასაკის მიხედვით.

N	გაქვთ ბინაში ფეხის დაცურების საშისშროება (იატაკზე, აბაზანაში)?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	79	40%	57	29%	75	38%	68	34%	69	35%
2	არა	121	61%	143	72%	125	63%	132	66%	131	66%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		6.15		4		0.188					
ალბათობის ფარდობა		6.22		4		0.183					
წრფივი ასოციაცია		0.18		1		0.673					

როგორც ცხრილიდან N136 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p < 0.001$). ბინაში ფეხის დაცურების საშიშროებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p < 0.001$).

ცხრილი 137. გამოკითხულთა განაწილება ხალიჩების გამო შეფერვებისა და ასაკის მიხედვით.

N	ბინაში იატაკზე გაქვთ ხალიჩები, რომელიც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	43	22%	46	23%	57	29%	42	21%	57	29%
2	არა	157	79%	154	77%	143	72%	158	79%	143	72%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		6.00		4		0.199					
ალბათობის ფარდობა		5.96		4		0.202					
წრფივი ასოციაცია		1.56		1		0.212					

როგორც ცხრილიდან N137 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p = 0.199$). ხალიჩების გამო შეფერვებასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p = 0.212$).

ცხრილი 138. გამოკითხულთა განაწილება ბინაში განათებისა და ასაკის მიხედვით.

N	როგორი განათება გაქვთ ბინაში?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	დიახ	2	1%	7	4%	4	2%	3	2%	4	2%
2	არა	198	99%	193	97%	196	98%	197	99%	196	98%
სულ:		200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		3.57		4		0.467					
ალბათობის ფარდობა		3.41		4		0.492					
წრფივი ასოციაცია		0.00		1		1.000					

როგორც ცხრილიდან N138 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p=0.467$). ბინაში განათებისა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p=1.000$).

ვარდნის პრევენციის ინფორმირებულობის და მზაობის მოდული

ცხრილი 139. გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ ინფორმაცია დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	105	53%	97	49%	113	57%	113	57%	127	64%
2	დიახ	95	48%	103	52%	87	44%	87	44%	73	37%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		10.04		4		0.040					
ალბათობის ფარდობა		10.10		4		0.039					
წრფივი ასოციაცია		7.28		1		0.007					

როგორც ცხრილიდან N139 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p=0.040$). დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p=0.007$). პასუხი „არა“ ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს.

ცხრილი 140. გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის წყაროსა და ასაკის მიხედვით

N	რომელია ინფორმაციის წყარო?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	ტელევიზია	52	54%	49	47%	44	50%	47	54%	50	68%
2	ოჯახის წევრი	17	18%	19	18%	19	22%	16	18%	6	8%
3	მეგობარი	3	3%	5	5%	5	6%	10	11%	3	4%
4	სამედიცინო პერსონალი	17	18%	19	18%	13	15%	5	6%	8	11%
5	სოციალური მუშაკი	0	0%	2	2%	1	1%	2	2%	1	1%
6	გაზეთი, ჟურნალი	6	6%	6	6%	5	6%	4	5%	5	7%
7	სხვა	2	2%	4	4%	1	1%	3	3%	0	0%
	სულ:	97		104		88		87		73	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					

Chi2=	28.77	24	0.229
ალბათობის ფარდობა	32.10	24	0.124
წრფივი ასოციაცია	2.49	1	0.115

როგორც ცხრილიდან N140 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p=0.229$). დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p=0.115$).

ცხრილი 141.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის მნიშვნელობისა და ასაკის მიხედვით

N	დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაცია მნიშვნელოვანია თქვენი ჯანმრთელობისთვის?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	8	4%	16	8%	16	8%	11	6%	15	8%
2	დიახ	192	96%	184	92%	184	92%	189	95%	185	93%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		4.12		4		0.390					
ალბათობის ფარდობა		4.39		4		0.355					
წრფივი ასოციაცია		0.66		1		0.418					

როგორც ცხრილიდან N141 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p=0.390$). დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის მნიშვნელობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p=0.418$).

ცხრილი 142.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილისა და ასაკის მიხედვით

N	გაქვთ დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილი?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	არა	11	6%	16	8%	14	7%	12	6%	18	9%
2	დიახ	189	95%	184	92%	186	93%	188	94%	182	91%
	სულ:	200		200		200		200		200	
სტატისტიკური ტესტი		სიდიდე		df		p					
Chi2=		2.49		4		0.647					

ალბათობის ფარდობა	2.48	4	0.649
წრფივი ასოციაცია	0.76	1	0.384

როგორც ცხრილიდან N142 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება არაა სარწმუნო ($p=0.647$). დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილსა და ასაკს შორის ასოციაციაც არაა სარწმუნო ($p=0.384$).

ცხრილი 143.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სახეობისა და ასაკის მიხედვით

N	რა სახით ისურვებდით დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღებას პირველ რიგში?	65-69		70-74		75-79		80-84		85+	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	საინფორმაციო ბუკლეტის სახით	30	15%	22	11%	23	12%	29	15%	8	4%
2	ტელევიზიით	102	51%	103	52%	127	64%	102	51%	109	55%
3	სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტის დროს	57	29%	58	29%	37	19%	57	29%	65	33%
4	სხვა	11	6%	17	9%	13	7%	12	6%	18	9%
	სულ:	200		200		200		200		200	

სტატისტიკური ტესტი	სიდიდე	df	p
Chi2=	25.95	4	0.001
ალბათობის ფარდობა	29.00	4	<0.001
წრფივი ასოციაცია	4.01	1	0.045

როგორც ცხრილიდან N143 ჩანს, ჩამოთვლილი პასუხების მიხედვით გამოკითხულთა განაწილება სარწმუნოა ($p=0.001$). პასუხებს შორის სარწმუნოდ სჭარბობს „ტელევიზიით“. დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სახეობასა და ასაკს შორის ასოციაციაც სარწმუნოა ($p=0.045$).

ცხრილი 144.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ ინფორმაცია დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	287	57%	268	54%

2	დიახ	213	43%	232	46%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=1.46, df=1, p=0.227, NS

როგორც ცხრილიდან N144 ჩანს, ჯგუფებს შორის არაინფორმირებულობა სარწმუნოდ მეტად ვლინდება ორივე ჯგუფში. ჯგუფებს შორის ცალკეული პასუხების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ვერ იქნა ნანახი.

ცხრილი 145.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის წყაროს მიხედვით

N	რომელია ინფორმაციის წყარო?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	ტელევიზია	125	59%	117	50%
2	ოჯახის წევრი	35	16%	42	18%
3	მეგობარი	10	5%	16	7%
4	სამედიცინო პერსონალი	23	11%	39	17%
5	სოციალური მუშაკი	3	1%	3	1%
6	გაზეთი, ჟურნალი	13	6%	13	6%
7	სხვა	4	2%	6	3%
	სულ:	213	100.0%	236	100.0%

Chi2=5.65, df=6, p=0.463, NS

როგორც ცხრილიდან N210 ჩანს, ორივე ჯგუფში ინფორმაციის წყაროდ ტელევიზიას აღნიშნავენ სარწმუნოდ მეტად; თანაც, მამაკაცების ჯგუფში ქალებთან შედარებით მეტად (თუმცა, არასარწმუნოდ) ფიქსირდება ტელევიზია (OR=1.44, 95%CI – 0.99-2.10, p=0.054).

ცხრილი 146.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის მნიშვნელობის მიხედვით

N	დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაცია მნიშვნელოვანია თქვენი ჯანმრთელობისთვის?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	40	8%	26	5%
2	დიახ	460	92%	474	95%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=1.46, df=1, p=0.227, NS

როგორც ცხრილიდან N146 ჩანს, ჯგუფებს შორის ინფორმირებულობას სარწმუნოდ მეტად ვლინდება ორივე ჯგუფში. თუმცა, ჯგუფებს შორის ცალკეული პასუხების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ვერ იქნა ნანახი.

ცხრილი 147.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილის და სქესის მიხედვით

N	გაქვთ დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილი?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	არა	39	8%	32	6%
2	დიახ	461	92%	468	94%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=1.46, df=1, p=0.227, NS

როგორც ცხრილიდან N147 ჩანს, ჯგუფებს შორის ინფორმაციის მიღების სურვილი სარწმუნოდ მეტად ვლინდება ორივე ჯგუფში. თუმცა, ჯგუფებს შორის ცალკეული პასუხების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ვერ იქნა ნანახი.

ცხრილი 148.გამოკითხულთა განაწილება დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სახეობის და სქესის მიხედვით

N	რა სახით ისურვებდით დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღებას პირველ რიგში?	მამრობითი		მდედრობითი	
		n	%	n	%
1	საინფორმაციო ბუკლეტის სახით	48	10%	64	13%
2	ტელევიზიით	262	52%	281	56%
3	სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტის დროს	152	30%	122	24%
4	სხვა	38	8%	33	7%
	სულ:	500	100.0%	500	100.0%

Chi2=1.46, df=1, p=0.227, NS

როგორც ცხრილიდან N148 ჩანს, ჯგუფებს შორის ინფორმაციის მიღების სახედ პასუხი „ტელევიზია“ სარწმუნოდ მეტად ვლინდება ორივე ჯგუფში. თუმცა, ჯგუფებს შორის ცალკეული პასუხების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ნანახი იქნა პასუხში „სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტის დროს“. იგი სარწმუნოდ მეტად ვლინდება მამაკაცებში ქალებთან შედარებით (OR=1.35, 95%CI – 1.02-1.79, p=0.034).

ჩვენს მიერ ჩატარებული იქნა ასევე მრავლობითი რეგრესიული ანალიზი. მრავლობით რეგრესიულ მოდელში ჩართულ იქნა ყველა პარამეტრი, რომელიც ფიგურირებდა

კითხვარში (გარდა იმ კითხვებისა, რომლებიც უკავშირდებოდა ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობას).

ცხრილი 149. მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის შედეგები. გამოსავალი - ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობა

52 ბიჯი	ცვლადი - ფაქტორი	Beta - არასტანდარტ. კოეფიციენტი	SD	Beta - სტანდარტ. კოეფიციენტი	t	p
1	ბეტა-0	1.38	0.1	0	14.27	0.000
2	სქესი	-0.08	0.03	-0.09	-2.87	0.004
3	დაცემის რისკის თვითშეფასება	0.08	0.02	0.12	3.82	0.000
4	ართრიტი	0.06	0.02	0.12	3.61	0.001
5	ბინიდან გარეთ გამოსვლისას წაქცევის საშიშროების გამო ფრთხილად მოძრაობა	0.05	0.02	0.08	2.62	0.009

უკუბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით მოდელიდან ნაბიჯ-ნაბიჯ (52 ბიჯი, იხ. დანართი #1) გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები (ყოველ ეტაპზე ყველაზე არასარწმუნო). ბოლოს მოდელში დარჩა მხოლოდ სარწმუნო ფაქტორები (იხ. ცხრილი N149), რომელთაც ერთობლივად ზეგავლენა აქვთ გამოსავალზე - ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობაზე. „-“ ნიშანი კოეფიციენტის წინ მიუთითებს უარყოფით კორელაციურ კავშირზე, „+“ ნიშანი კი - დადებით კორელაციურ კავშირზე. მრავლობითი რეგრესიული მოდელის რეზიუმე მოყვანილია ცხრილში N215, რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ რეგრესიული მოდელი სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.004$).

ცხრილი 150. მრავლობითი რეგრესიული მოდელის რეზიუმე

პირსონის R	R ²	კორექტირებული R ²	შეფასების სტ. გადახრა		
0.21	0.04	0.04	0.46		
რეგრესიის სარწმუნოობა	კვადრატების ჯამი	df	საშუალო კვადრატი	ფიშერის F-ტესტი	P
რეგრესია	9.74	4	2.44	11.68	<0.001
ნარჩენი	207.5	995	0.21		

სულ	217.24	999			
-----	--------	-----	--	--	--

მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის დასკვნა

ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობაზე ზეგავლენის მქონე სარწმუნო ფაქტორებია:

- ✓ სქესი (უარყოფითი კორელაცია)
- ✓ დაცემის რისკის თვითშეფასება (დადებითი კორელაცია)
- ✓ ართრიტი (დადებითი კორელაცია)
- ✓ ბინიდან გარეთ გამოსვლისას წაქცევის საშიშროების გამო ფრთხილად მოძრაობა (დადებითი კორელაცია)

ცხრილი 151. მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის შედეგები. გამოსავალი - ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის რაოდენობა

53 ბიჯი	ცვლადი - ფაქტორი	Beta - არასტანდარტ. კოეფიციენტი	SD	Beta - სტანდარტ. კოეფიციენტი	t	p
1	ბეტა-0	4.18	0.13	0.00	31.54	0.000
2	მარტო ცხოვრება	-0.23	0.07	-0.10	-3.16	0.002
3	დაცემის რისკის თვითშეფასება	0.13	0.04	0.12	3.64	0.000
4	ართრიტი	0.07	0.03	0.08	2.50	0.012
5	კუნთების სისუსტე	0.07	0.03	0.07	2.21	0.027

მრავლობით რეგრესიულ მოდელში ჩართულ იქნა ყველა პარამეტრი, რომელიც ფიგურირებდა კითხვარში (გარდა იმ კითხვებისა, რომლებიც უკავშირდებოდა ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის რაოდენობას).

უკუბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით მოდელიდან ნაბიჯ-ნაბიჯ (53 ბიჯი, იხ. დანართი #2) გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები (ყოველ ეტაპზე ყველაზე არასარწმუნო). ბოლოს მოდელში დარჩა მხოლოდ სარწმუნო ფაქტორები (იხ. ცხრილი N151), რომელთაც ერთობლივად ზეგავლენა აქვთ გამოსავალზე - ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობაზე. „-“ ნიშანი კოეფიციენტის წინ მიუთითებს უარყოფით კორელაციურ კავშირზე, „+“ ნიშანი კი - დადებით კორელაციურ კავშირზე. მრავლობითი რეგრესიული მოდელის რეზიუმე მოყვანილია

ცხრილში N152, რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ რეგრესიული მოდელი სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.004$).

ცხრილი 152. მრავლობითი რეგრესიული მოდელის რეზიუმე

პირსონის R	R ²	კორექტირებული R ²	შეფასების სტ. გადახრა		
0.22	0.05	0.04	0.77		
რეგრესიის სარწმუნოება	კვადრატების ჯამი	df	საშუალო კვადრატი	ფიშერის F-ტესტი	P
რეგრესია	29.94	4	7.49	12.56	<0.001
ნარჩენი	592.97	995	0.6		
სულ	622.91	999			

მრავლობითი რეგრესიული ანალიზის დასკვნა

ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაცემის შემთხვევის არსებობაზე ზეგავლენის მქონე სარწმუნო ფაქტორებია:

1. მარტო ცხოვრება (უარყოფითი კორელაცია)
2. დაცემის რისკის თვითშეფასება (დადებითი კორელაცია)
3. ართრიტი (დადებითი კორელაცია)
4. კუნთების სისუსტე (დადებითი კორელაცია).

V. დასკვნები

კვლევის პირველი ეტაპის შედეგად გამოვლენილი იქნა საქართველოს 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში 2015-2021 წლებში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის ზოგადი ტენდენციები. კვლევამ გამოავლინა, რომ 2015-2021 წლებში 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის წილი შეადგენს ყველა მიზეზით ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის საშუალოდ 63%-ს (დიაპაზონით 59%-66%), ხოლო ტრავმული დაზიანებით ჰოსპიტალიზაციის 68%-ს (დიაპაზონით 65%-70%). 2015-2021 წლებში აღინიშნება ვარდნის შემთხვევათა მატების ტენდენცია, რომელიც შეფერხდა

2020 წელს, რაც სავარაუდოდ უკავშირდება კოვიდ-პანდემიის დროს დაწესებულ მობილობის შეზღუდვებს.

კვლევის შედეგად ჰოსპიტალიზაციის 7 წლის მონაცემების ანალიზის საფუძველზე გამოვლენილი იქნა ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანების ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები, მათ შორის ასაკობრივ სქესობრივი განაწილება: 2015-2021 წლებში ჰოსპიტალიზებული პაციენტების უმეტესობა ქალებია (69%). ვარდნით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შანსი სარწმუნოდ მაღალია ქალებში ($p < 0.001$) მამაკაცებთან შედარებით, ყველა ასაკობრივ ჯგუფში გარდა 65-69 წლის ასაკობრივი ჯგუფისა. 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ასაკის მატებასთან ერთად სარწმუნოდ იზრდება ჰოსპიტალიზაციის შანსი ($p < 0.001$). სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\text{Chi}^2=12106.5$, $p < 0.001$) იმავე დონიდან ვარდნის სიხშირე სხვა ტიპის ვარდნებთან შედარებით. ასევე სტატისტიკურად სარწმუნოა $\text{Chi}^2=42748.2$ ($p < 0.001$) დაზიანებების შემდეგი ლოკაცია: , ბარძაყის/წვივის მიდამო(51%), თავის მიდამო (23%) მხრების და ზედა კიდურების მიდამო (8%). საწოლზე დაყოვნების 5-14 დღიანი მაჩვენებელი სარწმუნოდ აღემატება დანარჩებ ოპციებს, რომელსაც მოსდევს 2-4-დღიანი მკურნალობა. ჰოსპიტალიზაციის მაქსიმალური ხანგრძლივობა იყო 214 დღე. ჰოსპიტალში დაყოვნების ყველაზე მაღალი საშუალო ხანგრძლივობა ფიქსირდება 85 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში. ჰოსპიტალში დაყოვნების ყველაზე მაღალი საშუალო ხანგრძლივობა აღინიშნა კისრის არეში ტრავმული დაზიანების მქონე პაციენტებში (8,9 \pm 12.2 დღე). ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 3% გარდაიცვალა. ჰოსპიტალიზაციის ლეტალური შედეგით დასრულების მაჩვენებელი, ყველაზე მაღალია 85 წლის და მეტ ასაკობრივ ჯგუფში.

კვლევის პირველი ეტაპის შედეგები წარმოადგენენ უმნიშვნელოვანეს საბაზისო ინფორმაციას საქართველოში 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანების ეპიდემიოლოგიის შესახებ.

კვლევის მეორე ეტაპის შედეგად გამოვლინდა 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის რესპონდენტებში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანების სიხშირე ბოლო 12 თვის განმავლობაში. გამოკითხულთა თითქმის მესამედმა აღნიშნა, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჰქონდა დაცემის შემთხვევა, ამასთანავე ქალები

სარწმუნოდ მეტად აღნიშნავენ დაცემის შემთხვევას მამაკაცებთან შედარებით (OR=1.63, 95%CI –1.25-2.14, p<0.001).

გამოკითხულ რესპონდენტების მიერ დაცემის ადგილად სარწმუნოდ ხშირად დასახელდა ბინა, ეზო და ქუჩა; უშუალოდ ბინაში კი - სააბაზანო ოთახი, საძინებელი და სამზარეულო.

უმეტეს შემთხვევაში რესპონდენტებმა დაცემის შედეგად მიიღეს მსუბუქი ტრავმა, დახურული ტრავმის ან ჰემატომის სახით. ტვინის დაზიანება/შერყევის შემთხვევები მამაკაცებში იყო 3,59-ჯერ მაღალი, ვიდრე ქალებში (OR=3.59, 95%CI – 1.22-10.51, p=0.012). დაცემის შედეგად ქალებთან შედარებით მამაკაცები 4.59-ჯერ სარწმუნოდ უფრო მეტად აღნიშნავენ თავი/თავის ქალის ტრავმულ დაზიანებას (OR=4.59, 95%CI – 2.30-9.13, p<0.001), ხოლო ქალები კი - 3.31-ჯერ სარწმუნოდ უფრო მეტად - ქვედა კიდურების დაზიანებას (OR=3.31, 95%CI – 1.89-5.81, p<0.001).

როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში ტრავმული დაზიანებ(ებ)ის ვითარებად სარწმუნოდ ხშირად ფიქსირდება თავბრუსხვევა, ფეხის გაცურება, ფეხის წამოკვრა. წარსულში დაცემის (ან/და) ტრავმის გამოცდილების შემდეგ შიშის შეგრძნებას ქალები უფრო მეტად აღნიშნავენ, ვიდრე მამაკაცები (OR=1.53, 95%CI – 1.18-1.98, p<0.001).

წარსულში დაცემის ეპიზოდსა და ასაკს შორის ასოციაცია სარწმუნოა (p=0.001). ასაკის მატებასთან ერთად წარსულში დაცემის ეპიზოდის არსებობის შანსი მატულობს. წარსულში დაცემის (ან/და) ტრავმის გამოცდილების შემდეგ მოძრაობის შეზღუდვა/არ შეზღუდვა თანაბრად აღნიშნავენ ორივე ჯგუფის გამოკითხულები.

დებულებას, რომ „ადამიანები ასაკში ეცემიან და ამას ვერაფერი ვერ შეაჩერებს“ ეთანხმებოდა ორივე ჯგუფის უმრავლესობა. ქალებში მამაკაცებთან შედარებით კი სარწმუნოდ მეტად ვლინდება რომ დაცემის პრევენცია სხვა სამედიცინო საკითხების ანალოგიურად „თანაბრად მნიშვნელოვანია“ (OR=1.55, 95%CI –1.02-2.35, p=0.038).

გამოკითხვამ გამოავლინა, რომ რესპონდენტები არ არიან ინფორმირებულები დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის გზების შესახებ. ინფორმირებულობასა და ასაკს შორის ასოციაცია სარწმუნოა (p=0.007). ინფორმირებულობის ნაკლებობა ასაკის

მატებასთან ერთად მატულობს. ამავე დროს ინფორმირებულობას სარწმუნოდ მნიშვნელოვნად მიაჩნია რესპონდენტების ორივე სქესობრივ ჯგუფს. ინფორმაციის მიღების სურვილიც სარწმუნოდ მეტად გამოვლინდა ორივე ჯგუფში.

ინფორმაციის მიღების საშუალებად დასახელდა „ტელევიზია“ და „სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტი“.

კვლევის მეორე ეტაპის შედეგები წარმოადგენენ უმნიშვნელოვანეს ინფორმაციას ქ. თბილისის 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობის მაგალითზე ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანების მიღების რისკ-ფაქტორების, გარემოებების შესახებ, ასევე ამ ჯგუფის მოსახლეობის ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ ქცევა-დამოკიდებულებების და ტრავმატიზმის პრევენციის განათლებითი კომპონენტის მიმართ მზაობის შესახებ.

VI. რეკომენდაციები

-კვლევის შედეგად იდენტიფიცირებული საბაზისო ინფორმაცია 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანების ეპიდემიოლოგიის შესახებ მიზანშეწონილია გამოყენებული იქნას „დაცემის და მოტეხილობების პრევენციის ეროვნული ალგორითმის“ განახლებისთვის და გერიატრიული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის;

-კვლევის შედეგად 65 წლის და უფროსი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში გამოვლენილი ვარდნით გამოწვეული ტრავმული დაზიანების მიღების რისკ-ფაქტორები, გარემოებები, ამ ჯგუფის მოსახლეობის ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ ქცევა-დამოკიდებულებები მიზანშეწონილია გამოყენებული იქნას

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული განათლებითი კომპონენტების შემუშავებისა და ინდივიდუალურ რისკ-ფაქტორებზე მორგებული მულტიდომენური ინტერვენციების დანერგვისათვის.

VII. ბიბლიოგრაფია

- AJohansson J, Nordström A, & Nordström, P. (2016). Greater fall risk in older people women than in men is associated with increased gait variability during multitasking . *J Am Med Dir Assoc* , 17(6):535–40.
- Alenazi, A. (2023). Number of medications and polypharmacy are associated with risk of fall in Saudi community-dwelling adults. *Saudi Pharm J. 2023 Feb*, 185-190.
- Almegbel FY, Alotaibi IM, Alhusain FA, & et, a. (2018). Period prevalence, risk factors and consequent injuries of falling among the Saudi elderly living in Riyadh, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *BMJ Open.*, e019063.
- Anamica Batra, T. P., Michael Melchior, Laura Seff, Edgar Ramos Vieira, & Richard, C. (2013). Pal Factors associated with the completion of falls prevention program . *Health Education Research, December 2013*, Volume 28, Issue 6.
- Anderson, K. (2008). Falls in the elderly. *J R Coll Physicians Edinb*, 138–43.
- Bergen G, Stevens M, Kakara R, & Burns, E. (2019). Understanding Modifiable and Unmodifiable Older Adult Fall Risk Factors to Create Effective Prevention Strategies. . *American Journal of Lifestyle Medicine (AJLM)*.
- Bergen G, Stevens MR, & Burns, E. (2016). *Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years — United States, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 993–998.
- Bergen G, Stevens MR, & Burns, E. (2016). Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 993-998.
- Booth, V., Hood, V., & Kerney, F. (2016). Interventions incorporating physical and cognitive elements to reduce falls risk in cognitively impaired older adults: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep*, May;14(5)110-35.
- Boyd R, & Stevens, J. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age Ageing*, 38(4):423-8.
- Buczak-Stec E, & Goryński, P. (2013;). Fall related hospital admissions among seniors in Poland in 2010. *Przegl Epidemiol.*, 67(1):57-62, 141-4. English, Polish. PMID: 23745377.
- Bull., D. M. (1987). The prevention of falls in later life A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Older people. 1-24.
- Burns ER, Stevens JA, & Lee, R. (2016). The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults— United States, . *Journal of Safety Research. 2016*.
- Carande-Kulis, ZA, Stevens JA, Florence CS, Beattie BL, & Arias, I. (2015). A cost-benefit analysis of three older adult fall prevention interventions. *J Safety Res*, 65-70.
- Carlos, H., & Laredo, O. (2006). Trends in hospitalization for fall-related injury among older adults in the United States, 1988-2005. *Department of Medicine, 1700 East Saunders, Laredo, Texas 78041*.

- Casey CM, Parker EM, Winkler G, Liu X, Lambert GH, & Eckstrom, E. (2016). Lessons Learned From Implementing CDC's STEADI Falls Prevention Algorithm in Primary Care. *The Gerontologist*. 2016.
- CDS. (2012). Centers for Disease Control and Prevention ,Falls among Older Adults: An Overview'.
- CEB. (2014). (Council of Europe Development Bank) Ageing Populations in Europe: Challenges and Opportunities for the CEB.
- DanMedBill. (1987). The prevention of falls in later life A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Older people. 1987;34(Suppl 4):1-24.
- DBCE. (2014). *Ageing Populations in Europe: Challenges and Opportunities for the CEB*. Development Bank Council of Europe.
- De Grauw X, Annest J, L., Stevens JA, Xu L, & Coronado, V. (2006-2011.). Unintentional injuries treated in hospital emergency departments among persons aged 65 years and older. *J Safety Res*. 2015.
- De Grauw X, Annest JL, Stevens JA, Xu L, & Coronado, V. (2015). Unintentional injuries treated in hospital emergency departments among persons aged 65 years and older., *J Safety Res*. 2015.
- De Souza AB, Maestri RN, Röhsig V, Lorenzini E, Alves BM, Oliveira D, & Gatto, D. (2019). In-hospital falls in a large hospital in the south of Brazil: A 6-year retrospective study. . *Appl Nurs Res*. 2019 Aug;48:81-87, 81-87.
- Dellinger AM, & Stevens, J. (n.d.). The injury problem among older adults: mortality, morbidity and costs. *J Safety Res.*, 2006;37(5):519-22.
- Dsouza S, Rajashekar B, Dsouza H, & Kurman, K. (2014). Falls in Indian older adults: a barrier to active ageing. *Asian J Gerontol Geriatr.*, 3-40.
- EC. (2022.). The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 24 February .
- Eckstrom E, Parker EM, GH, L., Winkler G, Dowler D, & Casey, C. (2017). Implementing STEADI in Academic Primary Care to Address Older Adult Fall Risk. *Innovation in Aging*.
- (2023). *Elderly population (indicator)*. doi: 10.1787/8d805ea1-en. OECD.
- Finkelstein EA, Chen H, Miller TR, Corso PS, & JA., S. (2005). A comparison of the case-control and case-crossover designs for estimating medical costs of nonfatal fall-related injuries among older Americans. . *Med Care*. .
- Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns ER, Stevens JA, & C., D. (2018). Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. . *Journal of the American Geriatrics Society*, 2018 March, , DOI:10.1111/jgs.15304.
- Fox PJ, Vazquez L, Tonner C, Stevens JA, Fineman N, & Ross, L. (2010). A randomized trial of a multifaceted intervention to reduce falls among community-dwelling adults. *Health Educ Behav.*, 37(6):831-48.
- Gelbard, R., Inaba, K., Saadi, Z., Lam, L., Okoye, O., Morrell, M., . . . all, e. (2014). Falls in the elderly: a modern look at an old problem. *Am J Surg.*, 208(2):249-253.

- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, LM, C., & Lamb, S. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.*, CD007146.
- Gupta S, G. S., & al, e. (2015). Fall injuries in Nepal: a countrywide population-based survey. *Ann Glob Health.*, 81(4):487–494. doi: 10.1016/j.aogh.2015.07.004.
- Haagsma JA, Olij BF, Majdan M, van Beeck EF, Vos T, C. C., Dingels ZV, . . . Sylte DO, A. O.-K. (2020).
- Haagsma JA, Olij BF, Majdan M, van Beeck EF, Vos T, Castle CD, . . . Ellingse. (2020). *Inj Prev.* 2020 Oct;26 (Supp 1):i67-i74, doi: 10.1136/injuryprev-2019-043347. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32111726; PMCID: PMC7571349.
- Haddad Y, Shakya I, Moreland B, Kakara R, & Bergen, G. (2020). Injury Diagnosis and Affected Body Part for Nonfatal Fall-related Injuries in Community-dwelling Older Adults Treated in Emergency Departments. *Journal of Aging and Health (AJH)*.
- Haddad YK, Karani MV, Bergen G, & Marcum, Z. (2018). Willingness to Change Medications Linked to Increased Fall Risk: A Comparison between Age Groups. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*.
- Haddad, Y., Bergen, G., & Florence, C. (2018). Estimating the Economic Burden Related to Older Adult Falls by State. *The Journal of Public Health Management and Practice (JPHMP)*.
- Haddad, Y., Bergen, G., & Luo, F. (2018). Reducing Fall Risk in Older Adults. *The American Journal of Nursing (AJN)*, 118(7):21-22.
- Haddad, Y., Kakara, R., & Maecum, Z. (2022). A Comparative Analysis of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Fall Risk in Older Adults. *Journal of the American Geriatric Society*.
- Haddad, Y., Luo, F., Bergen, G., Legha, J., & Atherly, A. (2021). Antidepressant Subclass Use and Fall Risk in Community-Dwelling Older Americans . *Journal of Safety Research*, 76:332–340.
- Hagiya, H., Koyama, Y. Z., Tatebe, Y., Funahashi, T., Shinomiya, K., Kitamura, Y., . . . Kano, K. (2019). Fall-related mortality trends in older Japanese adults aged ≥ 65 years: a nationwide observational study. *BMJ*, 9(12):e033462. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033462. PMID: 31831549; PMCID: PMC6924807.
- Hartholt KA, Lee R, Burns ER, & Beeck, E. v. (2019). Mortality From Falls Among U.S. Adults Aged 75 Years or Older. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. , 321(21):2131-2133.
- Hartholt KA, Stevens JA, Polinder S, van der Cammen TJ, & Patka, P. (2011). Increase in fall-related hospitalizations in the United States, 2001-2008. . *J Trauma*, Jul;71(1):255-8.
- Hartholt KA, van der Velde N, Looman CW, van Lieshout EM, Panneman MJ, van Beeck EF, . . . Cammen, T. v. (2010). Trends in fall-related hospital admissions in older persons in the Netherlands. . *Arch Intern Med.* 2010 .
- Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R, & B, B. G. (2008). Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. . *Qual Saf Health Care*, Dec;17(6):424-30.

- Henry A, Haddad Y, & Bergen, G. (2022). Older Adult and Healthcare Provider Beliefs About Fall Prevention Strategies. *American Journal of Lifestyle Medicine*.
- Houry, D., Florence, C., Baldwin, G., Stevens, J., & McClure, R. (2015). The CDC Injury Center's Response to the Growing Public Health Problem of Falls Among Older Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*.
- Ibrahim IK, & AlAsoomi, F. (2021). Hospitalization of unintentional fall injuries in Kuwait: a national database study. *BMC . BMC Public Health* . , Jul 10;21(1):1364. doi: 10.1186/s12889-021-11358-8. PMID: 34243734; PMCID: PMC8270774.
- IHME. (2023). *ჯანმრთელობის მეტრიკისა და შეფასების ინსტიტუტის*. Retrieved from <https://www.healthdata.org/>
- Isha Tajane, Julia Jossy, Priya Gupta, & Prachi, J. (2021). Characteristics of Falls Among the Elderly During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Covid-19 falls among elderly 6. *Asia Pacific Journal of Health Management*, doi: 10.24083/apjhm.v16i3.971.
- James SL, & all, e. (2020). The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Inj Prev.*, Oct;26(Supp 1):i3-i11. doi: 10.1136/injuryprev-2019-043286.
- Jin, J. (2018). Prevention of Falls in Older Adults. *JAMA*, 319(16):1734.
- Jing Wen Goh, Devinder Kaur Ajit Singh, Normala Mesbah, Anis Afifa Mohd Hanafi, & Azwan, A. F. (2021). Fall awareness behaviour and its associated factors among community dwelling older adults.
- Johnston Y, Reome-Nedlik C, Parker E, Bergen G, Wentworth L, & Bauer, M. (2022). Preventing Falls Among Older Adults in Primary Care: A Mixed Methods Process Evaluation Using the RE-AIM Framework. . *Gerontologist*.
- Johnston YA, Bergen G, Bauer M, Parker EM, Wentworth L, McFadden M, . . . Garnett, M. (2018). Implementation of the Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries Initiative (STEADI) in Primary Care: An Outcome Evaluation. *Ge*.
- Jørgensen TS, Hansen AH, Sahlberg M, GH, G., Torp-Pedersen C, Andersson C, & E, E. H. (2015). Nationwide time trends and risk factors for in-hospital falls-related major injuries. *Int J Clin Pract.*, 69(6):703-9.
- Kakara R, Bergen, G., & Burnes, E. (2023). Understanding the Association of Older Adult Fall Risk Factors by Age and Sex Through Factor Analysis. *Journal of Applied Gerontology*.
- Kakara, R. S., Moreland, B. L., Haddad, Y. K., Shakya, I., & Bergen, G. (2021). Seasonal Variation in Fall-related Emergency Department Visits by Location of Fall—United States, 2015. *Journal of Safety Research*, 79, 38–44.
- Kaniewski M, Stevens JA, Parker EM, & Lee, R. (2015). An Introduction to the Centers for Disease Control and Prevention's Efforts to Prevent Older Adult Falls. . *Front Public Health* . .
- Kannus P, Parkkari J, Niemi S, & Sievänen, H. (2018). Continuously declining incidence of fall injuries in older adults: nationwide statistics from Finland between 1970 and 2016. . *Eur Geriatr Med* . , Jun; 9(3):371-375.

- Kiyu, S., Halim, H., Pelitini, M., & Chong, E. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Inpatient Falls. *Geriatric Orthopaedic Surgery and Rehabilitation*;
- Klein D, Rapp K, Kupper M, Becker C, Fischer T, Buchele G, & Benzinger, P. (2014). A population-based intervention for the prevention of falls and fractures in home dwelling people 65 years and older in South Germany: protocol. . *JMIR Res Protoc*, 3(1)e1.
- Lancet. (2020). (London, England).
- Lancet. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. (*London, England*), 2020;396:1204–1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- Lee A, Lee K, & Khang, P. (2013). Preventing falls in the geriatric population. *The Permanente journal*, 17(4), 37–39.
- Lee, R. (2017). The CDC's STEADI Initiative: Promoting Older Adult Health and Independence Through Fall Prevention. *Am Fam Physician.*, 96(4):220-221.
- LeLaurin JH, & Shorr, R. (2019). Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. . *Clin Geriatr Med.* , 35(2):273-283.
- Li F, Harmer P, Fitzgerald K, Stevens JA, Gladieux M, Li-S Chou, . . . Voit, J. (2013). Implementing an evidence-based fall prevention program in an outpatient clinical setting. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Lyu H, Dong Y, Zhou W, Wang C, Jiang H, Wang P, & Y, S. (2022). Incidence and clinical characteristics of fall-related injuries among older inpatients at a tertiary grade a hospital in Shandong province from 2018 to 2020. *BMC Geriatr.* 2022 , Aug 1;22(1):632. .
- Machado, M. F., Lima, R. S., Correia, D. M., Soares, É. d., & Melo, M. T. (111).
- Machado, M. F., Lima, R. S., Correia, D. M., Soares, É. d., & Melo, M. T. (n.d.). Epidemiological and clinical profile and trend analysis of hospitalizations for fall-related injuries among older adults, Alagoas (Brazil), 2008–2019.
- Mahoney, J., Glysch, R., Guilfoyle, S., Hale, L., & Katcher, M. (2005 Jan). Trends, risk factors, and prevention of falls in older adults in Wisconsin. 104(1):22-8. PMID: 15779720.
- Mark J, Haddad Y, & Burns, E. (2020). Differences in Evaluating Fall Risk by Primary Care Provider Type. . *Journal of Nurse Practitioners (JNP)*.
- Masud T, & Morris, R. (2001.). Epidemiology of falls. . *Journal of Age and Ageing* , Volume 30, Issue suppl 4.
- Moreland B, Kakara R, & Henny, A. (2020). *Trends in Nonfatal Falls and Fall-Related Injuries Among Adults Aged ≥65 Years - United States, 2012-2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, Jul 10;69(27):875-881.
- Moreland B, Kakara R, Haddad Y, Shakya I, & Bergen, G. (2020). A Descriptive Analysis of Location of Older Adult Falls that Resulted in Emergency Department Visits in the United States, 2015. . *American Journal of Lifestyle Medicine (AJLM)*.

- Moreland B, Legha J, Thomas K, & Burns, E. (2022). Hip Fracture-related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths by Mechanism of Injury Among Adults Aged 65 and Older, United States 2019 . *Journal of Aging and Health*.
- Moreland B, Shakya I, & Idaikkadar, N. (2022). *Development and Evaluation of Syndromic Surveillance Definitions for Fall- and Hip Fracture-Related Emergency Department Visits Among Adults Aged 65 Years and Older, United State*. *Journal of Public Health Management & Practice*,.
- Moreland, B., & Ramakrishna, K. (2020.). MPH2,3; Ankita Henry, MPH2,3. Trends in Nonfatal Falls and Fall-Related Injuries Among Adults Aged ≥ 65 Years — United States, 2012–2018. July 10.
- Moreland, B., Burns, E., & Haddad, Y. (2022). Differences in Fall-related Emergency Departments Visits With and Without an Injury, 2018. *Journal of Safety Research*,.
- Moreland, B., Burns, E., & Haddad, Y. (2021). National Rates of Non-fatal Emergency Department Visits and Hospitalizations Due to Fall-related Injuries in Older Adults 2010–2014 and 2016: Transitioning from ICD-9-CM to ICD-10-CM.8. *Injury Prevention* , 27(S1), i75–i7.
- Murray CJ, & Lopez, A. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: . *summary: World Health Organization*.
- Nabavi SH, Hatami ST, Norouzi F, Gerivani Z, Hatami SE, Monadi Ziarat H, & Delbari, A. (2016). Prevalence of fall and its related factors among older people in Bojnurd in 2015. . *Salmand Iran J Ageing*, 11(3):466–73.
- ncdc. (2023). *დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი* . Retrieved from <https://ncdc.ge/#/home>
- Nguyen HT, Nguyen, C., & Hoang, L. (2022). Falls Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic: A Multicenter Cross-Sectional Study in Vietnam. *Clin Interv Aging*, 21;17:1393-1404.
- Nilson F, Moniruzzaman S, & Andersson, R. (2016 Sep). *Hospitalized fall-related injury trends in Sweden between 2001 and 2010*. *Int J Inj Contr Saf Promot*, 23(3):277-83.
- Nirmala Gamage, Nirmala Rathnayake, N., & Alwis, G. (2018).
- Nirmala, G., Nirmala, R., & Alwis, G. (2018). Knowledge and Perception of Falls among Community Dwelling Elderly: A Study from Southern Sri Lanka. *Curr Gerontol Geriatr Res*.
- Noonan RK, Sleet DA, & Stevens, J. (2011). Closing the gap: a research agenda to accelerate the adoption and effective use of proven older adult fall prevention strategies. . *J Safety Res*, 42(6):427-30.
- O’Loughlin, J. (1993). Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American journal of epidemiology*, 137:342-54.
- OECD. (2023). Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en.
- Orces, C. H. (2009). Trends in hospitalization for fall-related injury among older adults in the United States, 1988-2005. *Ageing Research*, 1(1), e1.

- Ory MG, Smith ML, Jiang L, Lee R, Chen S, Wilson AD, . . . Parker, E. (2015). Fall prevention in community settings: results from implementing stepping on in three States. *Front Public Health*.
- Padrón-Monedero, A., Damián, J., Pilar Martin, M., & Fernández-Cuenca, R. (2017). Mortality trends for accidental falls in older people in Spain, 2000-2015. *BMC Geriatr*, doi: 10.1186/s12877-017-0670-6. PMID: 29183274; PMCID: PMC5706309.
- Paul, S., Harvey, L., Carroll, T., & all., e. (2017). Trends in fall-related ambulance use and hospitalisation among older adults in NSW, 2006-2013: a retrospective, population-based study. 2017 . *Public Health Res Pract.* , Oct 11;27(4):27341701.
- Paulozzi, L., Ballesteros, M., & Stevens, J. (2006). Recent trends in mortality from unintentional injury in the United States. *J Safety Res.*, 37(3):277-83.
- Peel, N. (2011). Epidemiology of falls in older age. . *Can J Aging.* , 30(1):7-19. doi: 10.1017/S071498081000070X. PMID: 21401978.
- Pengpid S, & Peltzer, K. (2018). Prevalence and Risk Factors Associated with Injurious Falls among Community-Dwelling Older Adults in Indonesia. . *Curr Gerontol Geriatr Res.* , Jun 3;2018:5964305. doi: 10.1155/2018/5964305. PMID: 29971097.
- Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, & Stevens, J. (2015). Assessment and management of fall risk in primary care settings.
- Pitchai P, Dedhia H, Bhandari N, Krishnan D, D'Souza NJ, & Bellara, J. (2019). Prevalence, risk factors, circumstances for falls and level of functional independence among geriatric population - A descriptive study. *Indian J Public Health.* 2019, 63(1):21.
- Population-indicator, E. (2023). Retrieved from OECD: <https://doi.org/10.1787/5f958f71-en>
- PubMed. (2020). Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017. Retrieved from PubMed.
- Ramakrishna K, Moreland B, Haddad Y, Shakya I, & Bergen, G. (2015). Seasonal variation in fall-related emergency department visits by location of fall—United States, 2015. *Journal of Safety Research*.
- Rogrs, S., Haddad, Y., Legha, J., Stannard, V., Auerbach, A., & Eckstrom, E. (2021). CDC STEADI: Best Practices for Developing an Inpatient Program to Prevent Older Adult Falls After Discharge. *Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.
- Rubenstein LZ, & Josephson, K. (2006). Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? . *Med Clin North Am*, 90(5):807-24.
- Rubenstein LZ, Vivrette R, Harker JO, Stevens JA, & Kramer, B. (2011). Validating an evidence-based, self-rated fall risk questionnaire (FRQ) for older adults. . *J Safety Res.* , 42(6):493-9.
- Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi S, & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. . *J Orthop Surg Res.* , Jun 28;17(1):334.

- Sampaio F, Nogueira P, Ascensão R, Henriques A, & Costa, A. (2021). The epidemiology of falls in Portugal: An analysis of hospital admission data. . *PLoS One*, 16(12):e026145.
- Sarmiento, K., & Lee, R. (2017). STEADI: CDC's approach to make older adult fall prevention part of every primary care practice,. *Journal of Safety Research*.
- Shakya I, Bergen G, Haddad YK, Kakara R, & Moreland, B. (2020). Fall-related emergency department visits involving alcohol among older adults. . *Journal of Safety Research*.
- Sharif SI, Al-Harbi AB, Al-Shihabi AM, Al-Daour DS, & Sharif, R. (2018). Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors. *Pharm Pract (Granada)*., 16(3):1206.
- Sherrington C, Fairhall N, & Wallbank, G. (2020). Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. . *Br J Sports Med* 2020, 54(15):885-891.
- Sleet DA, & Baldwin, G. (2014). Can an evidence-based fall prevention program be translated for use in culturally diverse communities? *J Sport Health Sci* 2014, 32-33.
- Smith L, Jacob L, Kostev K, Butler L, Barnett Y, & Pfeifer, B. (2021). Mild cognitive impairment is associated with fall-related injury among adults aged ≥ 65 years in low-and middle-income countries. *Exp Gerontol.*, doi: 10.1016/j.exger.2020.111222.
- Smith ML, Ory MG, & Ahn, S. (2012). Successful falls prevention programming for older adults in Texas: rural-urban variations, . *J Appl Gerontol*, 2012, vol. 31 (pg. 3-27).
- Smith ML, Stevens JA, Ehrenreich H, Wilson AD, Schuster RJ, Cherry CO, & Ory, M. (2015). Healthcare providers' perceptions and self-reported fall prevention practices: findings from a large new york health system. . *Front Public Health*.
- Soomar SM, & Dhalla, Z. (2023). Injuries and outcomes resulting due to falls in elderly patients presenting to the Emergency Department of a tertiary care hospital - a cohort study. *BMC Emerg Med.* , 10;23(1):14. .
- Souza, A. D., Röhsig, V., Maestri, R., Mutlaq, M., & all, e. (2019). In hospital falls of a large hospital. *BMC Res Notes*, 284.
- Stevens JA, & Lee, R. (2018). *The Potential to Reduce Falls and Avert Costs by Clinically Managing Fall Risk. The American Journal of Preventive Medicine (AJPM)*., 55(3):290-297.
- Stevens JA, & Phelan, E. (2013). *Development of STEADI: A fall prevention resource for health care providers. Health Promot Pract.*, 14(5):706–714.
- Stevens JA, Baldwin GT, Ballesteros M, F., Noonan R, K., & Sleet, D. (2010). An older adult falls research agenda from a public health perspective. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26:767-779.
- Stevens JA, Mack KA, Paulozzi LJ, & Ballesteros, M. (2008). Self-reported falls and fall-related injuries among persons aged 65 years–United State . *J Safety Res.* , 2008;39(3):345-9.
- Stevens JA, Noonan RK, & Rubenstein, L. (2010). *Older Adult Fall Prevention: Perceptions, Beliefs, and Behaviors. American Journal of Lifestyle Medicine.*, 16-20.
- Stevens JA, Ryan G, & Kresnow, M. (2007). *Fatalities and injuries from falls among older adults – United States 1193-2003 and 2001-2005. MMWR reprinted in JAMA*, 32-33.

- Stevens JA, Smith ML, Parker EM, Jiang L, & Floyd, F. (2017). Implementing a Clinically Based Fall Prevention Program. . *American Journal of Lifestyle Medicine*.
- Stevens JA, Voukelatos A, & Ehrenreich, H. (2014). *Preventing falls with Tai Ji Quan: a public health perspective. Journal of Sport and Health Science*, 21-26.
- Stevens, J. (2008). What does an evidence-based fall-prevention program mean? Defining levels of evidence. . *J Am Geriatr Soc*.
- Stevens, J. (2013). The STEADI tool kit: a fall prevention resource for healthcare providers. *IHS Primary Care Provider*, 1-5.
- Stevens, J., & Rudd, R. (2014). *Circumstances and contributing causes of fall deaths among persons aged 65 and older: United States, 2010. J Am Geriatr Soc*, 62(3):470-5.
- Stevens, J., & Rudd, R. (2014). Comment on Cassell and Clapperton: A decreasing trend in fall-related hip fracture incidence in Victoria, Australia. *Osteoporos Int*, 25(6):1817.
- Stevens, J., Corso, P., Finkelstein, E., & Miller, T. (2005). Economic analysis of fall-related injuries among older adults. *Injury Prevention*. 274–276.
- Stevens, J., Corso, P., Finkelstein, E., & Miller, T. (2006). The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Inj Prev*.
- Stevens, J., Mahoney, J., & Ehrenreich, H. (2014). *Circumstances and outcomes of falls among high risk community-dwelling older adults, Injury Epidemiology*, 1-5.
- Stevens, KE Thomas, & Sogolow, E. (2007). *Seasonal patterns of fatal and nonfatal falls among older adults in the U.S. Accid Anal Prev*, Nov;39(6):1239-44.
- Stolt LROG, Kolisch DV, Tanaka C, Cardoso MRA, & Schmitt, A. (2020;). Increase in fall-related hospitalization, mortality, and lethality among older adults in Brazil. . *Rev Saude Publica*. .
- Susilowati IH, Nugraha S, Sabarinah S, K, P., P. S., & Hasiholan, B. (2020). Prevalence and risk factors associated with falls among community-dwelling and institutionalized older adults in Indonesia. . *Malays Fam Physician*, 30-38.
- Tang CTL, Sing CW, Kwok TCY, Li GHY, & Cheung, C. (2021). Secular trends in fall-related hospitalizations in adolescents, youth and adults: a population-based study. *Lancet Reg Health West Pac*. .
- Thanapluetiwong S, Chewcharat A, & Takkavatakarn, K. (2020). Vitamin D supplement on prevention of fall and fracture: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*, 99(34):e21506.
- Thomas KE, Stevens JA, Sarmiento K, & MM., W. (2008). Fall-related traumatic brain injury deaths and hospitalizations among older adults–United States, 2005. . *J Safety Res*, 39(3):269-72.
- Thurman DJ, Stevens JA, & Rao, J. (2008). Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: Assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review):. *Neurology*, 70(6):473-9.

- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. Retrieved from United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- WHO. (2008). *Global report on falls prevention in older age*. Retrieved from Global report on falls prevention in older age.
- WHO. (2018). *Falls*.
- WHO. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.
- WHO. (2021). *Fall: Fact sheets Geneva, Switzerland: World Health Organization*, [5-8-2022].
- WHO. (Falls. 2021, April 26). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- WHO. (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course.
- Yamazaki Y, Hayashida CT, & Yontz, V. (2017). Insights about Fall Prevention of Older Adults in the State of Hawai'i. . *Hawaii J Med Public Health*, 3-8.
- Ye P, Y Er, Wang H, Fang L, Li B, Ivers R, . . . Tian, M. (2021). Burden of falls among people aged 60 years and older in mainland China, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*.
- საქსტატი. (2023). Retrieved from <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/41/mosakhleoba>
- სსე. (2023). *საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური*. Retrieved from <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/41/mosakhleoba>

VIII. სამეცნიერო პუბლიკაციების ჩამონათვალი

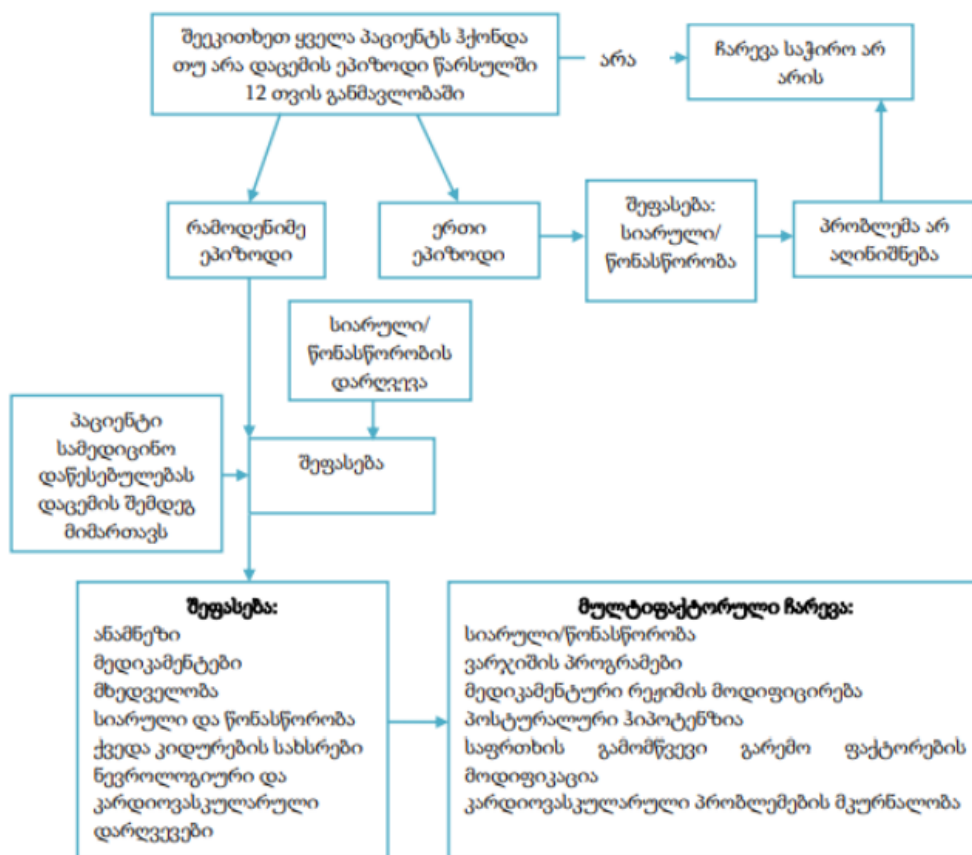
1. ვარდნა გერიატრიულ პოპულაციაში: ეპიდემიოლოგია და პრევენცია.
ჟურნალი ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა - **თამარ დოჭვირი**,
ნინო ჩიხლაძე, ნატო ფიცხელაური, თეიმურაზ დოჭვირი (2022-1) Doi:
<https://doi.org/10.52340/jecm.2022.727>
2. FALL RELATED GERIATRIC TRAUMA TRENDS IN
GEORGIA. სტატია რეცენზირებად საერთაშორისო უცხოურ ჟურნალში Georgia
n Medical News **Dotchviri T**, Pitskhelauri N, Chikhladze N, Akhobadze K, Dotchviri
T, Kereselidze M. Georgian Med News. 2023 Mar;(336):85-90. PMID: 37166886;
PMCID: PMC10358353.
3. Burden of fatal and non-fatal Injuries:Global and Regional perspectives-ჟურნალი
Translational and Clinical Medicine Georgian Medical Journal- Nino Chkhaberidze,
Ketevan Akhobadze, **Tamar Dotchviri**, Sofio Gvazava, Giorgi Tskaroveli,
Nato Pitskhelauri, Maya Kereselidze, Nino Chikhladze (2023-2)
<http://tcm.tsu.ge/index.php/TCM-GMJ/article/view/418>

IX. მოხსენებები ნაშრომის თემაზე

1. ხანდაზმულ პოპულაციაში ვარდნის ეპიდემიოლოგია საქართველოში.
სიმპოზიუმი: ტრავმისა და ძალადობის პრევენცია-საზოგადოებრივი
ჯანდაცვის პერსპექტივები. 6-7 სექტემბერი 2023წ. ივანე ჯავახიშვილის სახ.
თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

X. დანართები

დანართი 1. დაცემისა და მოტეხილობების პრევენციის ეროვნული ალგორითმი



წყარო: (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოც. დაცვის სამინისტრო,)

დანართი 2. სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი.



დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE
CONTROL AND PUBLIC HEALTH

Institutional Review Board Letter

PI: Tamar Dochviri
Doctoral student at I. Javakhishvili Tbilisi State University
36 Chavchavadze Ave. Tbilisi, Georgia.
Tel: 593999889
E-mail: tamunadochviri@gmail.com

IRB # 2022-073

Dear Dr. Dochviri,

This letter is an official notification that National Centre for Disease Control and Public Health Institutional Review Board has carried out review of the project „ Epidemiology of Falls Injuries among population in Georgia and falls risks knowledge and attitude among 65 years aged and above population “ and approved the study protocol for the Protection of Human Subjects.

This determination is valid from **August 5, 2022 until August 5, 2023**. If you wish to continue your research after this date, you must complete and submit a Continuation Application.

Level of review: Expedited
Date of review: **August 5, 2022**

You are responsible for immediately informing the Institutional Review Board of any changes to your protocol/procedures/data collection tools/consent forms before they are implemented, and of any previously unforeseen risks to the research participants.

For further assistance please contact us at (995-322) 39 89 46 (ext. 606) or via email at irb.ncdc@gmail.com.

Sincerely,

Marina Topuridze, MD,MS
IRB (IRB00002150) Chair
National Center for Disease Control and Public Health of Georgia

99 Kakheti Highway, Tbilisi, Georgia (0198) Web.: www.ncdc.ge
Tel: +995 591 706781

დანართი 3. 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობაში დაცემის რისკების აღქმის და ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ დამოკიდებულების შეფასება (კვლევის კითხვარი)

65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობაში დაცემის რისკების აღქმის და ტრავმატიზმის პრევენციის მიმართ დამოკიდებულების შეფასება (კვლევის კითხვარი)

შევსების თარიღი:

თბილისის უბანი:

დემოგრაფიული ნაწილი

1. ასაკი

- 65-69 75-79 85-89 95-99 105-109
 70-74 80-84 90-94 100-104 109+

2. სქესი

- მდედრობითი მამრობითი

3. განათლება

- საშუალო არასრული
 საშუალო სრული
 პროფ. ტექნიკური
 უმაღლესი
 უმაღლესი + დოქტორის ხარისხი

4. ოჯახური მდგომარეობა

- დაქორწინებული
 ქვრივი
 განქორწინებული
 დაუქორწინებელი


5. დასაქმება

- პენსიონერი
 სამუშაო სრული განაკვეთით
 თვითდასაქმებული
 არასოდეს ყოფილა დასაქმებული

6. შემოსავალი

- პენსია
 500 ლარი
 500-1000 ლარის ფარგლებში
 1000 ლარზე მეტი

7. მარტო ცხოვრობთ?


- დიახ არა 

8. ოჯახში თქვენს გარდა რამდენი წევრია?


- კიდევ ერთი წევრი კიდევ 2 და მეტი

ბლოკი 1. დაცემის რისკების თვითშეფასება

1.1 ბინაში არსებობს დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები?

- არა დიახ  დაასახელეთ-----

1.2 თუ მუშაობთ, სამსახურში გაქვთ დაცემის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები?

- არა დიახ  დაასახელეთ-----

1.3 შეაფასეთ თქვენ როგორი გაქვთ დაცემის რისკი?

- დაბალი საშუალო მაღალი

ბლოკი 2. სამედიცინო ანამნეზის მოდული

2.1 ქრონიკული დაავადებები

2.1.1 გაქვთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გულის იშემიური დაავადება, მაღალი წნევა, არითმია ან სხვა)?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.2 გაქვთ ნევროლოგიური დარღვევები (ინსულტი, პარკინსონი ან სხვა)?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.3 გაქვთ ართრიტი?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.4 გაქვთ დიაბეტი?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.5 გაქვთ მხედველობის პრობლემები (მხედველობის გაუარესება, კატარაქტა, გლაუკომა)?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.6 გაქვთ ოსტეოპოროზი?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.7 გაქვთ ანემია?

დიახ არა არ ვიცი

2.1.8 გაქვთ დეპრესია?

დიახ არა არ ვიცი

2.2 ფიზიკურ აქტივობასთან დაკავშირებული ფაქტორები

2.2.1 გაქვთ წონასწორობის დარღვევა?

არა იშვიათად ხშირად

ყოველთვის

2.2.2 გაქვთ კუნთების სისუსტე?

არა იშვიათად ხშირად

ყოველთვის

2.2.3 გაქვთ ყრუ ტკივილი ხერხემლის არეში?

არა იშვიათად ხშირად ყოველთვის

2.2.4 გაქვთ მოძრაობის უნარის შეზღუდვა?

არა იშვიათად ხშირად ყოველთვის

2.2.5 გადაადგილების დროს იყენებთ დამხმარე საშუალებებს?

არა ჯობი საყრდენი ეტლი

2.2.6 გადიხართ ბინიდან?

არა იშვიათად ხშირად სისტემატურად

2.3 მკურნალობა და რეაბილიტაცია

2.3.1 მუდმივად ღებულობთ რომელიმე მედიკამენტს?

არა 1 2-3 4 და

მეტი

2.3.2 ინფორმაციას ღებულობთ ექიმისგან მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ?

დიახ არა

2.3.3 ეწვეით ფიზიკურ აქტიურობას (ვარჯიში, ცურვა, სიარული, ბაღში საქმიანობა)?

არა პერიოდულად 15 წუთი დღეში სისტემატურად დღეში 15 წუთი
 პერიოდულად 30 წუთი დღეში სისტემატურად დღეში 30 წუთი

2.4 დაცემის რისკ-ფაქტორების თვითშეფასება

2.4.1 შეგიძლიათ სოციალურ ღონისძიებებში (შეხვედრები და სხვა) მონაწილეობა?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.4.2 შეგიძლიათ კიბეებზე დამოუკიდებლად ასვლა და ჩასვლა?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.4.3 შეგიძლიათ აღმართზე ასვლა და დაღმართზე ჩასვლა?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.4.4 შეგიძლიათ ძირიდან ნივთის აღება ან თქვენზე მაღლა მდებარე თაროდან ნივთის ჩამოღება?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.4.5 შეგიძლიათ სკამიდან თავისუფლად წამოდგომა და დაჯდომა?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.4.6 შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ჩაცმა და გახდა?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.4.7 შეგიძლიათ დამოუკიდებლად ბანაობა?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) საკმაოდ რთულია (3) არა (4)

2.5 როგორ აფასებთ თქვენს ჯანმრთელობას?

ძალიან კარგი კარგი საშუალო ცუდი
ძალიან ცუდი

2.6 სამედიცინო მომსახურება

2.6.1 ხელმისაწვდომია თქვენთვის სამედიცინო მომსახურება?

დიახ (1) პერიოდულად რთულია (3) რთულია (3) არა (4)

2.6.2 ბოლო წლის განმავლობაში რამდენჯერ მიგიმართავთ სამედიცინო

დაწესებულებისთვის ან სამედიცინო პერსონალს ბინაზე მოუმართავს თქვენთვის?

არც ერთი 1-3 4-6 7-9 10-12 13 და მეტი

ბლოკი 3. დაცემა-ტრავმული დაზიანების მოდული

3.1 ბოლო 12 თვის განმავლობაში თუ გქონიათ დაცემის შემთხვევა?

დიახ არა (გადასვლა 3.2-ზე)



3.1.1 დაცემის რამდენი შემთხვევა იყო ბოლო 12 თვის განმავლობაში?

1 2 3 4 და მეტი

თუ დაცემის შემთხვევა იყო რამდენიმე, აღწერეთ ყველაზე რთული

3.1.2 სად მოხდა დაცემა?

ბინაში სამსახურში ქუჩაში ეზოში საზოგადოებრივ ადგილას (მაღაზია, აფთიაქი)



საძინებელში სამზარეულოში სააბაზანო ოთახში მისაღებ ოთახში დერეფანში

3.1.3 როდის მოხდა დაცემა?

დღე ღამე

3.1.4 როგორ მოხდა დაცემა?

სიარულის დროს შემობრუნების დროს

დაბრკოლების აცილების დროს სხვა

3.1.5 დაცემას შედეგად მოყვა თუ არა ტრავმა/ტრავმის ტიპი

არა დიახ, მსუბუქი  დახურული ტრავმა, ჰემატომა

დაჭიმულობა

დიახ, მძიმე



მოტეხილობა ღია ჭრილობა/აბრაზია ამოვარდნილობა ტვინის დაზიანება/შერყევა

მრავლობითი დაზიანება სხვა-----

3.1.6 სხეულის რომელი ნაწილი დაიზიანეთ?

თავი/თავის ქალა ზედა კიდურები ქვედა კიდურები

შინაგანი ორგანოები ბარძაყის ძვალი მხრის ძვალი სხვა

სად ჩატარდა მკურნალობა?

საავადმყოფო პოლიკლინიკა/ამბულატორია თვითმკურნალობა

სხვა

3.1.8 როგორი მკურნალობა ჩატარდა?

მედიკამენტოზური ქირურგიული ოპერაცია სხვა-----

3.1.9 თუ საავადმყოფოში მკურნალობდით, რამდენი საწოლდღე დაჰყავით?

1 დღე 2-4 დღე 5-14 დღე 15-29 დღე 30 დღე და მეტი

3.1.10 ტრავმული დაზიანებ(ებ)ის მიღების აღწერა (ვითარება, მიზეზები)

თავბრუსხვევა ცუდი მხედველობა გონების დაკარგვა ფეხის გაცურება
 ფეხის წამოკვრა ფეხის გადაბრუნება ტრანსპორტიდან გადმოსვლისას
 კიბეებით სარგებლობა მოაჯირის დახმარების გარეშე მოუხერხებელი
 ფეხსაცმელი იატაკზე მიმოფანტული საგნები ნასვამი მდგომარეობა სხვა

3.2. წარსულში გქონიათ დაცემის შემთხვევა?

დიახ არა (გადასვლა 4-ზე)



3.2.1 რამდენჯერ დაცემულხართ წარსულში?

1 2 3 4 და მეტი

თუ დაცემის შემთხვევა იყო რამდენიმე, აღწერეთ ყველაზე რთული

3.2.2 სად მოხდა დაცემა?

ბინაში სამსახურში ქუჩაში ეზოში საზოგადოებრივ ადგილას
 (მაღაზია, აფთიაქი)



სამინებელში სამზარეულოში სააბაზანო ოთახში მისაღებ ოთახში
 დერეფანში

3.2.3 როდის მოხდა დაცემა?

დღე ღამე

3.2.4 როგორ მოხდა დაცემა?

სიარულის დროს შემობრუნების დროს დაბრკოლების აცილების
 დროს სხვა

3.2.5 დაცემას შედეგად მოყვა თუ არა ტრავმა/ტრავმის ტიპი?

არა დიახ, მსუბუქი დახურული ტრავმა, ჰემატომა
 დაჭიმულობა

დიახ, მძიმე



მოტეხილობა ღია ჭრილობა/აბრაზია ამოვარდნილობა ტვინის
 დაზიანება/შერყევა

მრავლობითი დაზიანება სხვა-----

3.2.6 სხეულის რომელი ნაწილი დაზიანეთ?

თავი/თავის ქალა ზედა კიდურები ქვედა კიდურები

შინაგანი ორგანოები

ბარძაყის ძვალი მხრის ძვალი სხვა-----

3.2.7 სად ჩატარდა მკურნალობა?

საავადმყოფო პოლიკლინიკა/ამბულატორია თვითმკურნალობა
 სხვა

3.2.8 როგორი მკურნალობა ჩატარდა?

მედიკამენტოზური ქირურგიული ოპერაცია სხვა-----

3.2.9 თუ საავადმყოფოში მკურნალობდით, რამდენი საწოლდღე დაჰყავით?

1 დღე 2-4 დღე 5-14 დღე 15-29 დღე 30 დღე და მეტი

3.2.10 ტრავმული დაზიანებ(ებ)ის მიღების აღწერა (ვითარება, მიზეზები)

თავბრუსხვევა ცუდი მხედველობა გონების დაკარგვა ფეხის გაცურება
 ფეხის წამოკვრა ფეხის გადაბრუნება ტრანსპორტიდან გადმოსვლისას კიბეებით სარგებლობა მოაჯირის დახმარების გარეშე მოუხერხებელი ფეხსაცმელი იატაკზე მიმოფანტული საგნები ნასვამი მდგომარეობა სხვა-----

3.2.11 დაცემის (ან/და) ტრავმის გამოცდილების შემდეგ დაგრჩათ შიშის შეგრძნება?

არა დიახ

3.2.12 დაცემის (ან/და) ტრავმის გამოცდილების შემდეგ შეზღუდეთ მოძრაობა?

არა ნაწილობრივ სრულად

3.2.13 იმ შემთხვევაში როცა მიმართეთ სამედიცინო დაწესებულებას, მიიღეთ თუ არა სამედიცინო პერსონალისაგან ინფორმაცია როგორ უნდა აირიდოთ თავი მომდევნო დაცემისაგან?

დიახ არა

ბლოკი 4. გარემო რისკ-ფაქტორების/საფრთხეების მოდული

4.1. ბინაში გაქვთ ავეჯის ისეთი განლაგება, რომელიც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას?

დიახ არა

4.2. გაქვთ ბინაში ფეხის დაცურების საშიშროება (იატაკზე, აბაზანაში)?

დიახ არა

4.3 ბინაში იატაკზე გაქვთ ხალიჩები, რომელიც აფერხებს თავისუფალ გადაადგილებას?

დიახ არა

4.4. როგორი განათება გაქვთ ბინაში?

ცუდი კარგი

ბლოკი 5. ქცევა-დამოკიდებულებების მოდული

5.1 ბინაში მოძრაობისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?

არა ხანდახან ყოველთვის

დასაქმების შემთხვევაში (კითხვა 5.2)

5.2 სამსახურში მოძრაობისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?

არა ხანდახან ყოველთვის

5.3 ბინიდან გარეთ გამოსვლისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?

არა ხანდახან ყოველთვის

5.4 კიბეებით სარგებლობისას წაქცევის საშიშროების გამო მოძრაობთ ფრთხილად?

არა ხანდახან ყოველთვის

5.5 კიბეებით სარგებლობისას ეჭიდებით მოაჯირს?

არა ხანდახან ყოველთვის

5.6 ერიდებით გარეთ გასვლას ქარიან, ყინულიან ან წვიმიან დღეებში?

არა ხანდახან ყოველთვის

5.7 ეთანხმებით თუ არა დებულებას, რომ ადამიანები ასაკში ეცემიან და ამას ვერაფერი ვერ შეაჩერებს

დიახ არა არ ვიცი

5.8 ეთანხმებით თუ არა დებულებას, რომ თუ ასაკოვანი ადამიანი დაეცა, მას შეუძლია თავი დაიცვას მომდევნო დაცემისაგან

დიახ არა არ ვიცი

5.9 შეადარეთ ერთმანეთს დაცემის პრევენცია/თავიდან აცილება და ჯანმრთელობის სხვა საკითხები

სხვა საკითხები უფრო მნიშვნელოვანია დაცემის პრევენცია უფრო მნიშვნელოვანია
 თანაბრად მნიშვნელოვანი არ ვიცი

ბლოკი 6. დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის ინფორმირებულობის და მზაობის მოდული

6.1 გაქვთ ინფორმაცია დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ?

დიახ არა



6.2 რომელია ინფორმაციის წყარო?

ტელევიზია ოჯახის წევრი მეგობარი სამედიცინო პერსონალი
 სოციალური მუშაკი გაზეთი, ჟურნალი სხვა -----

6.3 დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაცია მნიშვნელოვანია თქვენი ჯანმრთელობისთვის?

დიახ

არა

6.4 გაქვთ დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღების სურვილი?

დიახ

არა

6.5 რა სახით ისურვებდით დაცემის და ტრავმატიზმის პრევენციის შესახებ ინფორმაციის მიღებას?

სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტის დროს ტელევიზიით

საინფორმაციო ბუკლეტის სახით

ვადასტურებ კვლევის შესახებ ზეპირსიტყვიერად ინფორმირებულობას და ვაცხადებ თანხმობას გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებაზე -----
