

საქართველოს უნივერსიტეტი  
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

*ხელნაწერის უფლებით*

ეკატერინე ისაკიდი

გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტების ცხოვრების  
ხარისხზე

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად  
წარმოდგენილი ნაშრომის

სადისერტაციო მაცნე

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

თბილისი 2021

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის

ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლაში.

სადისერტაციო საბჭოს შემადგენლობა:

თავმჯდომარე - ვასილ ტყემელაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ოთარ ვასაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი,  
ასოცირებული პროფესორი

საბჭოს წევრი - ნატა ყაზახაშვილი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული  
პროფესორი

შიდა ექსპერტი - თამუნა გოგოლაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი,  
ასოცირებული პროფესორი

გარე ექსპერტი - თამარ ალიბეგაშვილი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი

გარე ექსპერტი - ოთარ გერზმავა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2021 წლის 21 ოქტომბერს, 17:00 - ზე.

მისამართზე: საქართველოს უნივერსიტეტი, კოსტავას 77ა.

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში და  
უნივერსიტეტის ვებ გვერდზე.

სადისერტაციო მაცნე დაიგზავნა 2021 წლის 21 სექტემბერს.

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი, სადოქტორო საფეხურისა და საკვალიფიკაციო  
ნაშრომების მენეჯერი: ნათია მანჯიკაშვილი

### *თემის აქტუალობა*

ოდითგან დაავადების ინტენსივობა, პროგნოზი და რეციდივების ალბათობა განისაზღვრება კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემებით. ამასთან, კლინიკური, ფიზიკური თუ ლაბორატორიული მეთოდები დღითიდღე ვითარდება და სულ უფრო ინტენსიური ხდება პარაკლინიკური კვლევის მეთოდების ინტეგრირება კლინიკურ მედიცინაში. კვლევის თითოეული მეთოდი აუცილებელია როგორც დაავადების მართვისთვის, ისე მისი შედეგის პროგნოზირებისთვის. აღნიშნულთან ერთად, პათოლოგიურ პროცესზე გავლენას ახდენს პაციენტის პერსონალურ თუ სოციალურ კონტექსტთან დაკავშირებული ფიზიკური მდგომარეობაც, რომელიც არ წარმოადგენს განყენებულ ფენომენს და მჭიდრო კავშირშია პათოლოგიური პროცესის კლინიკურ თუ პარაკლინიკურ მარკერებთან. ამდენად, პაციენტის მდგომარეობის მრავალმხრივი და ადეკვატური შეფასების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს მისი ცხოვრების ხარისხის შესწავლაც (E.Афанасьева, /აფანასიევა 2010) (F.Sampogna, /სამპოგნა 2013).

ექვვარეშეა, რომ ჯანმრთელობასთან ან დაავადებასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება ან გაუმჯობესება ექიმის და პაციენტის ურთიერთობის საბოლოო მიზანია. ამიტომ, მიზნის ფარგლებში საჭიროა ყურადღების გამახვილება არა მხოლოდ დაავადების ფიზიკურ ასპექტებზე, არამედ იმაზეც, თუ როგორ აღიქვამენ პაციენტები თავიანთ დაავადებებს. აღნიშნული განსაკუთრებულ აქტუალობას იძენს ქრონიკული და განუკურნავი პაციენტების პალიატიური მკურნალობის პროცესში, თუმცა ის არც მწვავე და განკურნებადი დაავადებების მართვის შემთხვევაში კარგავს თავის მნიშვნელობას (O.C.Балабуха/ბალაბუხა 2010).

მეცნიერების მიღწევები და ტექნოლოგიური პროგრესი სულ უფრო მეტ შესაძლებლობას იძლევა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის შემსწავლელი მეცნიერებების განვითარებისათვის, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასა და თითოეული პაციენტის უნიკალურ საჭიროებაზე მორგებული სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების შექმნას. პაციენტის მიერ ჯანმრთელობის სუბიექტურ აღქმაზე დაფუძნებული ცხოვრების ხარისხი ხდება მნიშვნელოვანი მახასიათებელი, რომელიც აერთიანებს ინდივიდის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, ემოციურ და სოციალურ სტატუსს. (G.H.Guyatt, /გიატი 2002).

სამწუხაროდ, მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობის გამოკვლევებია მიმართული ქირურგიული ჩარევის შემდგომ პერიოდში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული

ცხოვრების ხარისხის შესწავლაზე.სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობაზე მსჯელობისას განიხილება საკითხი, თუ რამდენად პროპორციული და ადეკვატურია სამედიცინო ჩარევა იმ მდგომარეობასთან, რომლის გამოც პაციენტმა სამედიცინო დაწესებულებას მიმართა. ეფექტურობა ხარისხის მნიშვნელოვანი სფეროა, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სისტემის მართვის ცენტრალური ორგანოებისთვის.

სამედიცინო ინტერვენციისთვის არჩეული სტრატეგიის ეფექტურობის განსაზღვრისას უნდა მოხდეს პროცედურის პოტენციური ზიანის შედარება მის მიერ მოტანილ პოტენციურ სარგებელთან. რამდენიმე ალტერნატიული საშუალების განხილვისას მკურნალობის ტაქტიკის არჩევა ხდება იმის მიხედვით, თუ რომელი ვარიანტია უფრო ნაკლები რისკის შემცველი, ნაკლები ზიანის მომტანია და უკეთესი შედეგის მიღების ალბათობა მაღალია (ყაზახაშვილი ნ,2019). ამ ტიპის კვლევების ჩატარება საჭიროებს ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად სარწმუნო მეთოდების გამოყენებას, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელი გახდება ობიექტური მონაცემების მიღება პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ცვლილებაზე ქირურგიული ჩარევის შემდეგ.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ინფორმაცია იმ ტიპის პაციენტების შესახებ, რომლებიც დაავადების მწვავე ფაზაში ყოფნის მიუხედავად ჩვეულებრივ საქმიანობას ეწევიან ოჯახსა თუ სამსახურში. ასეთი პრობლემების გადასაჭრელად საჭიროა შეფასების მგრძობიარე მეთოდები, რომლებსაც შეუძლიათ ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა პარამეტრების გამოვლენა, რათა შესაძლებელი გახდეს იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად ახდენს გავლენას დაავადება პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, განსაკუთრებით შრომისუნარიან ასაკში.

ქრონიკული დაავადებების ტვირთს თან ახლავს ისეთი უარყოფითი შედეგები, როგორცაა შემცირებული შრომისუნარიანობა მაშინაც კი, როდესაც დაავადება არ იწვევს სიცოცხლისათვის საშიშ ან შეუთავსებელ შედეგებს, მაგრამ იწვევს სხვა შეზღუდვებს, რომლებიც ხშირად შეუმჩნეველი ხდება გარშემომყოფთათვის. ეს შეიძლება იყოს ფიზიკური ან ემოციური შეზღუდვები და პაციენტების ცხოვრების სხვა ასპექტები, რომლებიც გავლენას ახდენენ მათ პროფესიულ საქმიანობაზე (A.K.Хетагурова,/ხეთაგუროვა 2003).

აღნიშნულის გამო სხვადასხვა ტიპის დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შესწავლა მედიცინისა და სოციოლოგიის პრიორიტეტულ პრობლემათა შორისაა, რაც სამეცნიერო ღირებულებას ანიჭებს წინამდებარე შრომას.

### *კვლევის ჰიპოთეზა*

გინეკოლოგიური ოპერაციები აუმჯობესებენ პაციენტების ცხოვრების ხარისხს.

### *კვლევის მიზანი*

გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენის დადგენა ქვემწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე.

### *კვლევის ობიექტი და დასახული ამოცანები:*

კვლევა ჩატარდა 2020 წელს სამ სამედიცინო დაწესებულებაში: სამედიცინო ცენტრ „ინოვამი“ (171 რესპოდენტი), შპს „მედინვესტმენტში“ (n=20) და „ჩიჩუბის სამედიცინო ცენტრ „მზერაში“ (n=34). კვლევაში მონაწილეობდნენ პაციენტები, რომლებსაც ჩაუტარდათ ისეთი გინეკოლოგიური ოპერაციები, როგორცაა: ჰისტერექტომია დანამატებით (n=68), ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე (n=40), მიომექტომია (n=33), კისტექტომია (n=22), ჰისტეროსკოპია (n=22), სხვა ქირურგიული ჩარევები (n=40). პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი ფასდებოდა მათი ფიზიკური ჯანმრთელობის, ფსიქოლოგიური მდგომარეობის, სოციალური ურთიერთობებისა და გარემოსთან ადაპტირების მიმართულებით.

### *კვლევის მიზნის მისაღწევად დასახული იყო შემდეგი ამოცანები:*

1. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის ძირითადი დეტერმინანტების შესახებ არსებული ლიტერატურის ნარატიული ანალიზი;
2. კვლევის ინსტრუმენტის შერჩევა;
3. საკვლევი ჯგუფების გამოყოფა;
4. კვლევის ჩატარება;
5. ქვემწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შეფასება, გინეკოლოგიური ჩარევების შემდეგ;
6. მიღებული შედეგების სტატისტიკური დამუშავება და ანალიზი;
7. დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

### *კვლევის სამეცნიერო სიახლე:*

გინეკოლოგიურ ჩარევებამდე და ჩარევების შემდეგ პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად, სამედიცინო ჩარევის საბოლოო შედეგის გასაზომად, ფარული პრობლემების დასადგენად და მათი პათოგენეზური როლის გამოსავლენად

ჩატარებულმა პროსპექტულმა, მიზეზ-შედეგობრივი ხასიათის კვლევამ შესაძლებელი გახადა აღნიშნული სამეცნიერო მიმართულებით ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნის მიღება, კერძოდ:

საქართველოში პირველად იქნა შესწავლილი გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხის ოთხ ძირითად განზომილებაზე - ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე, სოციალურ ურთიერთობებზე და გარემოსთან ადაპტირებაზე.

პირველად იქნა მიღებული სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემები ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილებების გაუმჯობესებაზე განსხვავებული ასაკისა და ოჯახური სტატუსის მქონე პაციენტებში, კერძოდ:

1. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში გაუმჯობესება დაფიქსირდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ოჯახური სტატუსის მიხედვით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება აღმოჩნდა დაოჯახებულების და განქორწინებულების / ქვრივების ჯგუფში.
2. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დაფიქსირდა საშუალო და უფროსი ასაკის ჯგუფებში (36-55 წელი და 56 და მეტი ასაკის) და სამივე ოჯახური სტატუსის რესპონდენტებში.
3. „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება დაფიქსირდა დაოჯახებულ რესპონდენტებში და განქორწინებულ/ქვრივების ჯგუფში.
4. „გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროში, მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დაფიქსირდა საშუალო და უფროსი ასაკის ჯგუფებში (36-55წელი და 56 და მეტი ასაკის) და განქორწინებული / ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში.

პირველად იქნა დადგენილი ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისთვის მრავლობითი რეგრესიის მოდელით გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორები, კერძოდ:

1. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე;
2. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია პაციენტთა ასაკი;
3. „სოციალური ურთიერთობების“ განზომილებისთვის მრავლობითი რეგრესიის მოდელით რაიმე სარწმუნო რისკ-ფაქტორი არ გამოვლენილა;

4. „გარემოსთან ადაპტირების“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს პაციენტთა განათლება.

*კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება:*

ჩატარებული კვლევის ფარგლებში შეფასებულ იქნა პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის ცვლილება გინეკოლოგიურ ჩარევებამდე (ჰისტერექტომია, მიომექტომია, კისტექტომია და ჰისტეროსკოპია) და მათი ჩატარების შემდეგ ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილებების (ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები და გარემოსთან ადაპტირება) ცვლილებები სხვადასხვა ასაკის, სოციალური სტატუსისა და ოჯახური მდგომარეობის მქონე პაციენტებში. ნაშრომი ასევე მოიცავს ინფორმაციას გინეკოლოგიური ოპერაციების შემდგომი ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილებების გაუარესების რისკ-ფაქტორებზე.

კვლევით მიღებული შედეგების დანერგვა გინეკოლოგიური პროფილის დაწესებულებებში სამედიცინო ჩარევის უფრო სრულყოფილი შეფასების საშუალებას იძლევა, რადგან შესაძლებელი ხდება აქცენტის გადატანა დაავადებიდან პაციენტზე. ამასთანავე, ის ხელს შეუწყობს არა მხოლოდ პრობლემების პრიორიტეტების დადგენას, არამედ შესაძლო ფარული პრობლემების გამოვლენასაც.

სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში კლინიკური კვლევის მეთოდებისა და ცხოვრების ხარისხის განზომილებების შეფასების ინტეგრირება უთუოდ გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და, საბოლოოდ, ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

*დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:*

1. გინეკოლოგიური ჩარევები აუმჯობესებს პაციენტების ცხოვრების ხარისხს
2. ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისთვის სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ჩატარებული ოპერაციის სახე;
3. ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე;
4. ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია პაციენტის ასაკი;

5. ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს განათლება.

*ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:*

დისერტაცია შედგება შესავალის, ხუთი თავის, მათ შორის კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისა და დანართი CD-საგან. დისერტაცია დაწერილია 295 გვერდზე, APA-ს მოთხოვნების დაცვით. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 113 წყაროს. დანართ CD-ზე ჩაწერილია სადოქტორო დისერტაციისა და მისი ავტორეფერატის (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსიები, ცვლადების ჩამონათვალი, მონაცემთა ელექტრონული ბაზა, SPSS-ით დამუშავებული მასალები, სტატისტიკური მონაცემების შანსთა ფარდობითი ანალიზი, მრავლობითი რეგრესიის ანალიზის შედეგები, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომები.

*ნაშრომის აპრობაცია:*

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის პირველ სტუდენტთა ინტერკონტინენტურ სრულიად თავისუფალ ონლაინ სამეცნიერო კონფერენციაზე (თბილისი, 21-27.07.2020); საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის საერთაშორისო ჰიბრიდულ კონფერენციაზე „საზოგადოების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა“ (თბილისი, 26-28.04.2021); საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს ონლაინ სხდომაზე (თბილისი, 28.07.2021).

*პუბლიკაციები:*

გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების საერთო რაოდენობა სულ - 4, მათ შორის 3 ნაშრომში ასახულია დისერტაციის ძირითადი შედეგები.

*კვლევის მასალა და მეთოდები:*

ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევა პროსპექტული მიზეზ-შედეგობრივი ხასიათისაა (Causal Design). დამოუკიდებელი ცვლადია სამედიცინო ჩარევა (სხვადასხვა გინეკოლოგიური ოპერაცია), ხოლო დამოკიდებული ცვლადია პაციენტების მიერ ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილების შეფასება. ასევე წინამდებარე კვლევა



არის „მდე“ და „შემდეგ“ ტიპის. პაციენტების გამოკითხვა ჩატარდა სამედიცინო ჩარევამდე და ჩარევის შემდეგ. კვლევის ფარგლებში მონაცემების შეგროვების მეთოდად გამოყენებულია რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი - ანკეტირება. რადგანაც კვლევის დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი არის თვითშეფასებადი ანკეტა, კვლევის სამიზნე ობიექტები თავად ავსებდნენ კითხვარებს.

კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ შემუშავებული კითხვარი WHOQOL-BREF (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>).

კვლევის ინსტრუმენტი მოიცავს ცხოვრების ხარისხის შეფასების 26 კითხვას და რესპოდენტის დემოგრაფიულ ინფორმაციას (ასაკი, განათლება, დასაქმების სტატუსი, ოჯახური სტატუსი, საცხოვრებელი). პირველი ორი კითხვა ეხება ცხოვრებით ხარისხითა და ჯანმრთელობის მდგომარეობით ზოგად კმაყოფილებას. დანარჩენი კითხვები დაყოფილია 4 მსხვილ სფეროდ/განზომილებად: ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები და გარემოსთან ადაპტირება (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. კითხვარის სტრუქტურა

განზომილება	კრიტერიუმები
1. ფიზიკური ჯანმრთელობა	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ფიზიკური ტკივილი</li> <li>2. სამედიცინო დახმარების საჭიროება</li> <li>3. ენერჯიულობა</li> <li>4. მიბილურობა</li> <li>5. ძილი</li> <li>6. ქმედითუნარიანობა</li> <li>7. შრომისუნარიანობა</li> </ol>
2. ფსიქოლოგიური მდგომარეობა	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ცხოვრებით კმაყოფილება</li> <li>2. ცხოვრების საზრისის ქონა/შინაარსიანობა</li> <li>3. ყურადღების კონცენტრაციის უნარი</li> <li>4. კმაყოფილება გარეგნობით</li> <li>5. თვითშეფასება</li> </ol>
3. სოციალური ურთიერთობები	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. პერსონალური ურთიერთობები</li> <li>2. სოციალური მხარდაჭერა</li> <li>3. სექსუალური ურთიერთობები</li> </ol>
4. გარემოსთან ადაპტირება	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. უსაფრთხოება</li> <li>2. ფიზიკური გარემოს სიჯანსაღე</li> </ol>

	3. ფინანსური მდგომარეობა 4. ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა 5. დასვენების და გართობის შესაძლებლობა 6. საცხოვრებელი პირობები 7. ტრანსპორტით ხელმისაწვდომობა 8. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა
--	---

წყარო: WHO (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>).

თითოეული კითხვაზე პასუხის გასაცემად რესპონდენტებისთვის შეთავაზებული იყო 5 ქულიანი ლაიკერტის სკალა (Likert scale), სადაც 1 ქულა ნიშნავდა - ნეგატიურ შეფასებას, ხოლო 5 ქულა ნიშნავდა პოზიტიურ შეფასებას, თუმცა კითხვის შინაარსიდან გამომდინარე ქულების სიტყვიერი აღწერები განსხვავდებოდა.

კვლევის მონაწილეების გამოკითხვა მოხდა სამ სამედიცინო დაწესებულებაში. 171 რესპონდენტი გამოიკითხა სამედიცინო ცენტრ „ინოვაში“, 20 რესპონდენტი შპს „მედინვესტმენტში“ და 34 რესპონდენტი „ჩიჩუების სამედიცინო ცენტრ მზერაში“.

რესპონდენტების გამოკითხვა ჩატარდა ორ ეტაპად. პირველი ეტაპი - გინეკოლოგიური ჩარევების წინ (225 რესპონდენტი), მეორე კი (188 რესპონდენტი) - ჩარევიდან 4 კვირის შემდეგ. „მდე“ და „შემდეგ“ შედარება მოხდა იმ რესპონდენტების მონაცემების, რომლებმაც ორივე ეტაპში მიიღეს მონაწილეობა. კვლევის პროცესი მიმდინარეობდა გართულებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ფონზე. შესაბამისად მეორე ეტაპი ჩატარდა სატელეფონო გამოკითხვის სახით (ინტერვიუ). ორივე ეტაპზე რესპონდენტების რაოდენობა საკმარისი იყო სტატისტიკურად სანდო მონაცემების მიღებისთვის.

სტატისტიკური ანალიზის დროს მიღებული შედეგების აღწერისთვის გამოყენებულ იქნა სიხშირული ანალიზის მეთოდი და კროსტაბულაცია, ხოლო „მდე“ და „შემდეგ“ შედეგების შედარებისთვის არჩეული იქნა ვილკოქსონის ტესტი Wilcoxon signed-rank test (matched pairs). ვილკოქსონის ტესტისთვის შერჩევის ზომის გათვლა წარმოებდა სტატისტიკური პაკეტის G\*Power (ვერსია 3.1.9.4) საშუალებით, შემდეგი სტატისტიკური პარამეტრებისთვის: ეფექტის ზომა (Effect size) = 0.2 ალფა შეცდომა ( $\alpha$  err prob) = 0.05, კვლევის ძალა (Power  $1-\beta$  err prob) = 0.80.

ცვლადებს შორის ასოციაციის სიმძლავრის შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა შანსის შეფარდება (Odds Ratio [OR]) 95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალით (95% Confidence Interval [CI]). საჭიროების შემთხვევაში, ე.წ. „შერევის ფაქტორების“ გამორიცხვის მიზნით

გამოყენებულ იქნა Mantel-Haenszel-ის სტრატეგიკაციული ანალიზი. პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე ზეგავლენის მქონე ცალკეული ფაქტორის გამოკვეთის შემდეგ შეიქმნა მრავლობითი რეგრესიული მოდელი. სარწმუნოება კი ფასდებოდა ფიშერის F-ტესტით (Fisher's Exact Test) შეფასებული რეგრესიის  $\beta$  კოეფიციენტის მიხედვით.

შედეგები დამუშავდა 4 მსხვილი განზომილების მიხედვით. ამისათვის გამოთვლილი იქნა 4 ახალი ცვლადი - ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები, გარემოსთან ადაპტირება. ცხოვრების ხარისხით და ჯანმრთელობით კმაყოფილების კითხვები ცალკე დამუშავდა.

*კვლევით მიღებული შედეგები:*

კვლევის ორივე ეტაპში ჩართული 188 მონაწილის განაწილება მოხდა შემდეგნაირად: 145 გამოიკითხა სამედიცინო ცენტრ „ინოვაში“, 14 - შპს „მედიკალსტუმენტში“ და 29 რესპონდენტი „ჩიჩუების სამედიცინო ცენტრ მზერაში“. კვლევის მონაწილეთა 26.1% (49 რესპოდენტი) 35 წლამდე ასაკის ქალები იყვნენ. 35-54 წლის რესპონდენტების წილი იყო 51.1% (n=96) , ხოლო 55 წლის და მეტი ასაკის 22.9% (n=43). გამოკითხულთა 76.1% (n=143) თბილისის მაცხოვრებელია, 23.9% (n=45) კი რეგიონების. რესპონდენტების 73.9%-ს (n=139) უმაღლესი განათლება ჰქონდა, 11.7%-ს (n=22) - არასრული უმაღლესი განათლება, 9.6%-ს (n=18) - საშუალო ტექნიკური, ხოლო 4.8%-ს (n=9) - საშუალო განათლება.

რესპონდენტების 14,9% (n=28) დასაოჯახებელი იყო, 59% (n=111) დაოჯახებული, ხოლო დანარჩენი 26.1% (n=49) განქორწინებული ან ქვრივი. გამოკითხულთა 54.8% (n=103) დასაქმებული იყო, 33.5% (n=63) უმუშევარი, 11.7% (n=22) კი პენსიონერი. რესპოდენტების 43.6%-ს (n=82) ჩაუტარდა ჰისტერექტომია დანამატებით ან დანამატების გარეშე, 30.3%-ს (n=57) მიომექტომია ან კისტექტომია, 26.1%-ს (n=49) კი ჰისტერესკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები (ცხრილი 2).

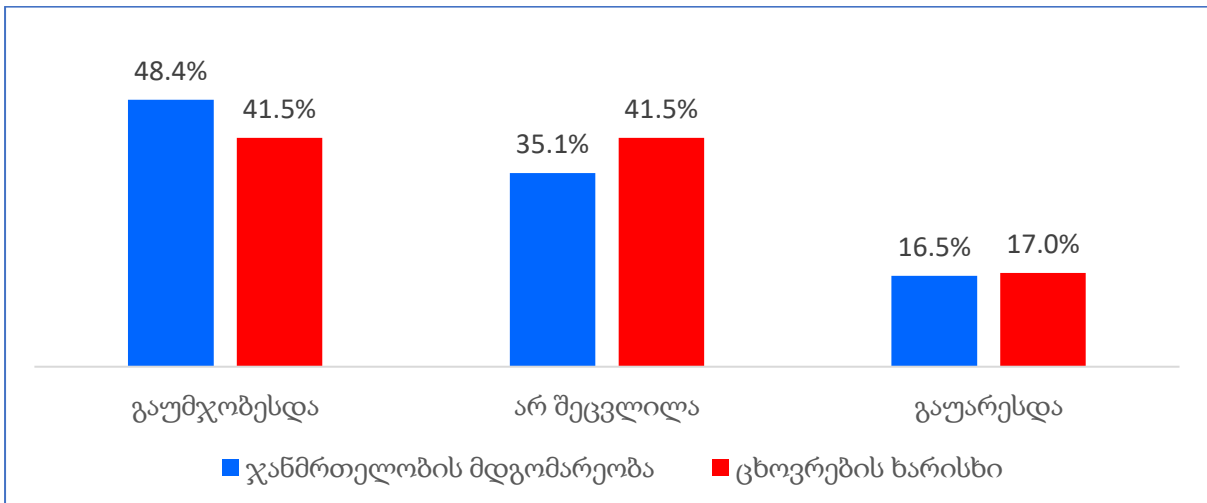
ცხრილი 2. რესპოდენტთა განაწილება დემოგრაფიული მონაცემების მიხედვით.

ასაკი	35 წლამდე		35-54		55 და მეტი		სულ		
	49	26,1%	96	51,1%	43	22,9%	188		
საცხოვრებელი	თბილისი		რეგიონი		სულ				
	143	76,1%	45	23,9%	188				
განათლება	უმაღლესი		არასრული უმაღლესი		საშუალო ტექნიკური		საშუალო		სულ
	139	73,9%	22	11,7%	18	9,6%	9	4,8%	188

ოჯახური მდგომარეობა	დასაოჯახებ.		დაოჯახებულ.		განქორწინებ. ან ქვრივი		სულ
	28	14,9%	111	59%	49	26,1%	
დასაქმება	დასაქმებულ		უმუშევარი		პენსიონერი		სულ
	103	54,8%	63	33,5%	22	11,7%	
ოპერაციის ტიპი	ჰისტერექტომია		მიომექტომია ან კისტექტომია		ჰისტერესკოპია და სხვა		სულ
	82	43,6%	57	30,3%	49	26,1%	

წყარო: კვლევის მასალები

188 რესპოდენტში ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების წყვილური შედარებით დადგინდა, რომ ჯანმრთელობით კმაყოფილება გაუმჯობესდა 48.4%-ში (91 პაციენტი), არ შეცვლილა 35.11%-ში (n=66), ხოლო 16.49%-ში (n=31) გაუარესდა. მთლიანობაში პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სარწმუნოა (Wilcoxon-ის რანგების ტესტი  $P < 0.001$ ). რაც შეეხება ცხოვრების ხარისხს, ოპერაციის შემდეგ უკეთესი ქულებით ის შეაფასა პაციენტთა 41.5%-მა (n=78), იგივე ქულებით შეაფასა ასევე 41.5%-მა (n=78), ხოლო უფრო ნაკლები ქულით 17%-მა (n=32). ცვლილების სანდოობა ამჯერადაც  $P < 0.001$  იყო (ნახაზი 1).



ნახაზი 1. ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხში მომხდარი ცვლილებები.

წყარო: კვლევის შედეგები.

ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის შეფასებით მიღებული შედეგების ანალიზმა გამოავლინა გარკვეული სხვაობა პაციენტების შეფასებაში. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ეს განსხვავება მდგომარეობდა იმაში, რომ თუ 35

წლამდე ასაკის რესპოდენტებში ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება მიუთითა 40.8%-მა, ხოლო ცხოვრების ხარისხის 38.8%-მა, ანუ მათ შორის სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნო არ არის ( $P>0.05$ ), 35-54 წლების ასაკობრივ ჯგუფში ჯანმრთელობა გაუმჯობესებულად ჩათვალა რესპოდენტთა 56.3%-მა, მაშინ, როდესაც ცხოვრების ხარისხი - მხოლოდ 38.5%-მა. საწინააღმდეგო მდგომარეობა დაფიქსირდა 55 და მეტი ასაკის რესპოდენტებში, რომელთა 39.5%-მა აღნიშნა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ხოლო ცხოვრების ხარისხის - 51.2%-მა. ორივე შემთხვევაში სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოა ( $P<0.05$ ) (ცხრილი 3.)

ცხრილი 3. ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის შეფასება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

ასაკი		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა		გაუარესდა	
		აბს	%	აბს	%	აბს	%
> 35	ჯანმრთელობის მდგომ.	20	40,8%	21	42,9%	8	16,3%
	ცხოვრების ხარისხი	19	38,8%	22	44,9%	8	16,3%
35-55	ჯანმრთელობის მდგომ.	54	56,3%	28	29,2%	14	14,6%
	ცხოვრების ხარისხი	37	38,5%	39	40,6%	20	20,8%
55 +	ჯანმრთელობის მდგომ.	17	39,5%	17	39,5%	9	20,9%
	ცხოვრების ხარისხი	22	51,2%	17	39,5%	4	9,3%

წყარო: კვლევის შედეგები.

რესპოდენტთა განაწილებამ ოჯახური სტატუსის მიხედვით ცხადყო, რომ სამივე ჯგუფში ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას უფრო მეტი რესპოდენტი აღნიშნავდა, ვიდრე ცხოვრების ხარისხისას, თუმცა დასაოჯახებელი რესპოდენტების ჯგუფში ცვლილების სტატისტიკურად სარწმუნოება დასაშვებ ზღვარზე ოდნავ ნაკლებია ( $P=0.59$ ). დანარჩენ ორ ჯგუფში განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ( $P<0.05$ ) (ცხრილი 4).

ცხრილი 4. ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით.

ოჯახური სტატუსი		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა		გაუარესდა	
		აბს	%	აბს	%	აბს	%
დასაოჯახებელი	ჯანმრ. მდგომ.	12	42,9%	11	39,3%	5	17,9%
	ცხოვრ. ხარისხი	11	39,3%	13	46,4%	4	14,3%
დაოჯახებული	ჯანმრ. მდგომ.	53	47,7%	37	33,3%	21	18,9%
	ცხოვრ. ხარისხი	44	39,6%	44	39,6%	23	20,7%
განქორწინებ.	ჯანმრ. მდგომ.	26	53,1%	18	36,7%	5	10,2%

ან ქვრივი	ცხოვრ. ხარისხი	23	46,9%	21	42,9%	5	10,2%
-----------	----------------	----	-------	----	-------	---	-------

წყარო: კვლევის შედეგები.

ანალოგიურმა შედარებამ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით აჩვენა, რომ სამივე ჯგუფში ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას უფრო მეტი რესპოდენტი აღნიშნავდა, ვიდრე ცხოვრების ხარისხისას, მაგრამ ეს განსხვავება ერთფეროვანი არ იყო ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. იმ პაციენტებიდან, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტერექტომია დანამატებით ან ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე ჯანმრთელობის გაუმჯობესება აღნიშნა 51.2%-მა (n=42), მაშინ როდესაც ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიუთითა 40.2%-მა (n=33). სხვაობა ამ შემთხვევაში სტატისტიკურად სარწმუნოა (P<0.05). რაც შეეხება პაციენტთა იმ ჯგუფების შეფასებას, რომლებსაც ჩაუტარდათ მიემოქტომია ან კისტექტომია და ჰისტეროსკოპია ან სხვა ქირურგიული ჩარევა, განსხვავება ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო არ აღმოჩნდა (ცხრილი 5).

ცხრილი 5. ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის შეფასება ქირურგიული ჩარევის მიხედვით.

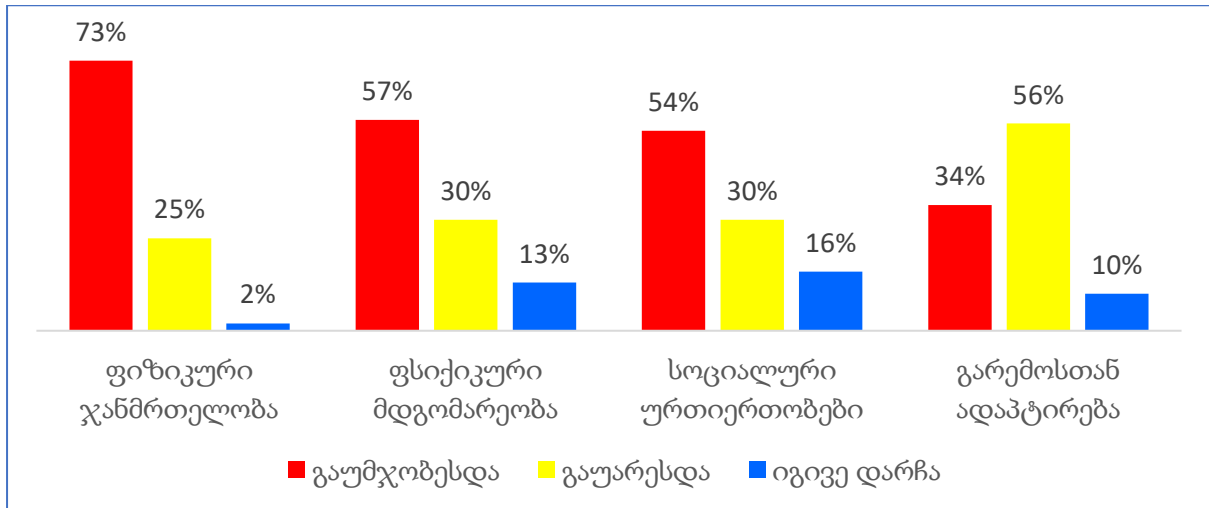
ქირურგიულ. ჩარევა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა		გაუარესდა	
		აბს	%	აბს	%	აბს	%
ჰისტერექტომია	ჯანმრ. მდგომ.	42	51,2%	22	26,8%	18	22%
	ცხოვრ. ხარისხი	33	40,2%	37	45,1%	12	14,6%
მიომექტომია ან კისტექტომ.	ჯანმრ. მდგომ.	29	50,9%	19	33,3%	9	15,8%
	ცხოვრ. ხარისხი	26	45,6%	19	33,3%	12	21,1%
ჰისტეროსკოპია და სხვა	ჯანმრ. მდგომ.	20	40,8%	25	51%	4	8,2%
	ცხოვრ. ხარისხი	19	38,8%	22	44,9%	8	16,3%

წყარო: კვლევის შედეგები.

ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის შეფასებისას რესპოდენტთა საცხოვრებელი ადგილის, განათლების დონის და დასაქმების სტატუსის მიხედვით განაწილებამ რაიმე არსებითი განსხვავება სხვადასხვა ჯგუფებში არ გამოავლინა.

რაც შეეხება ცხოვრების ხარისხის ამსახველ სფეროებს, ოპერაციის შემდეგ ოთხივე მათგანში დაფიქსირდა გაუმჯობესება. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ საშუალო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა რესპოდენტთა 72.9%-ში (137 შემთხვევა), 25%-ში (n=47) ეს მაჩვენებელი გაუარესდა და 2.1%-თან (n=4) იგივე დარჩა. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ საშუალო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 56.9%-თან (n=107), გაუარესდა

30.3%-ში (n=57), ხოლო იგივე დარჩა 12.8%-თან (n=24). მსგავსი ტენდენციაა „სოციალური ურთიერთობებისა“ და „გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროებშიც (ნახაზი 2). აღნიშნული ცვლილებები ოთხივე სფეროში სტატისტიკურად სარწმუნო იყო (Wilcoxon-ის რანგების ტესტის მიხედვით  $P < 0.001$ ).



ნახაზი 2. ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებები ცხოვრების ხარისხის 4 სფეროს მიხედვით.

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხოვრების ხარისხის შეფასების მონაცემების ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ანალიზმა გვიჩვენა, რომ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ მაჩვენებელი 35 წლამდე რესპონდენტების 79.6%-ში (n=39) გაუმჯობესდა, 18.4%-ში (n=9) გაუარესდა და 2%-ში (n=1) იგივე დარჩა. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება მოხდა 67%-ში (n=65), 29%-ში მოხდა ნეგატიური ცვლილება (n=28) და 3%-ში (n=3) ცვლილება არ დაფიქსირდა.

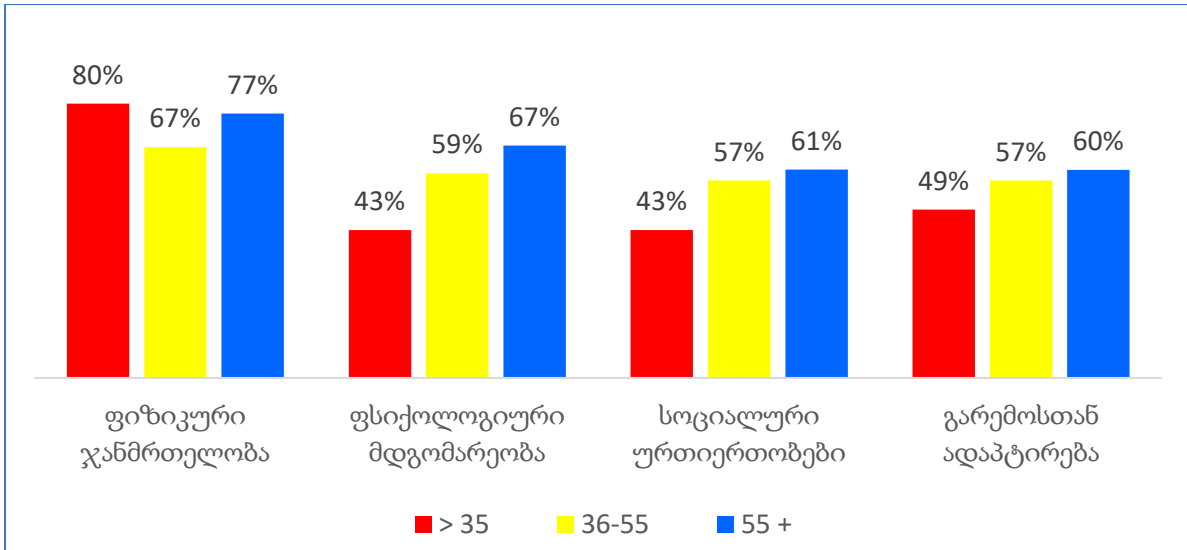
ანალოგიური ტენდენციაა 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებში, 76.7% -ში (n=33) ცვლილება პოზიტიურია, 23%-ში (n=10) ნეგატიური. სამივე ასაკობრივ ჯგუფში „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში მომხდარი გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდო იყო ( $p < 0.001$ ). თუმცა, შანსთა ფარდობის ანალიზით ეს ცვლილებები სარწმუნო მხოლოდ 35 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღმოჩნდა (OR = 2.19 (95% CI 1.09-5.06; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.84;  $p = 0.033$ ), რაც იმაზე მიუთითებს, რომ 35 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ გაუმჯობესების შანსი 2.19-ჯერ აღემატება 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფის შანსს.

„ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება ( $p < 0.001$ ) მოხდა მხოლოდ 36-55 წლამდე და 56 და მეტი წლის რესპონდენტების ჯგუფებში. შანსთა ფარდობამ შეადგენა  $OR = 1.96$  (95%CI 1.10-3.49; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.92;  $p = 0.027$ ), რაც მოწმობს, რომ 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ გაუმჯობესების შანსი 1.96-ჯერ აღემატება 35 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის შანსს.

„სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში 35 წლამდე მნიშვნელოვანი ცვლილება არ დაფიქსირებულა. 36-55 წლამდე გაუმჯობესდა 57,3%-ში ( $n=55$ ), გაუარესება 32.3%-ში ( $n=31$ ), ცვლილება არ მოხდა 10.4%-ში ( $n=6$ ). 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტების 60.5%-ში ( $n=26$ ) გაუმჯობესდა, 18.6%-ში ( $n=8$ ) გაუარესდა, 20.9%-ში ( $n=9$ ) კი არ შეიცვლილა. გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა ( $p < 0.001$ ).  $OR = 1.80$  (95%CI 1.01-3.20; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.68;  $p=0.046$ ), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი „სოციალური ურთიერთობების“ გაუმჯობესების შანსი 1.8-ჯერ აღემატება 35 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის შანსს. შანსთა ფარდობა ასევე სარწმუნოა 55 წელზე მეტ და 35 წელზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში ნანახი გაუმჯობესების მაჩვენებლებს შორის ( $OR = 2.11$  (95%CI 1.03-4.31; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.72;  $p=0.043$ ).

„გარემოსთან ადაპტირების“ კუთხით გაუმჯობესება მხოლოდ ორ ასაკობრივ ჯგუფში, 36-55 წლამდე და 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტებში გამოვლინდა. 36-55 წლების ჯგუფში შეფასება გაუმჯობესდა 57.3% შემთხვევაში (55), 56 და უფრო მეტი ასაკის ჯგუფში კი 60.5%-ში ( $n=26$ ). სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება დაფიქსირდა ამ ორ ჯგუფში ( $P = 0.11$  და  $P = 0.16$ ), თუმცა შანსთა ფარდობის ანალიზით ( $OR$ ) „გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროში ასაკობრივ ჯგუფებს შორის გაუმჯობესების მაჩვენებლებში სარწმუნო განსხვავება არ ყოფილა (ნახაზი 3).

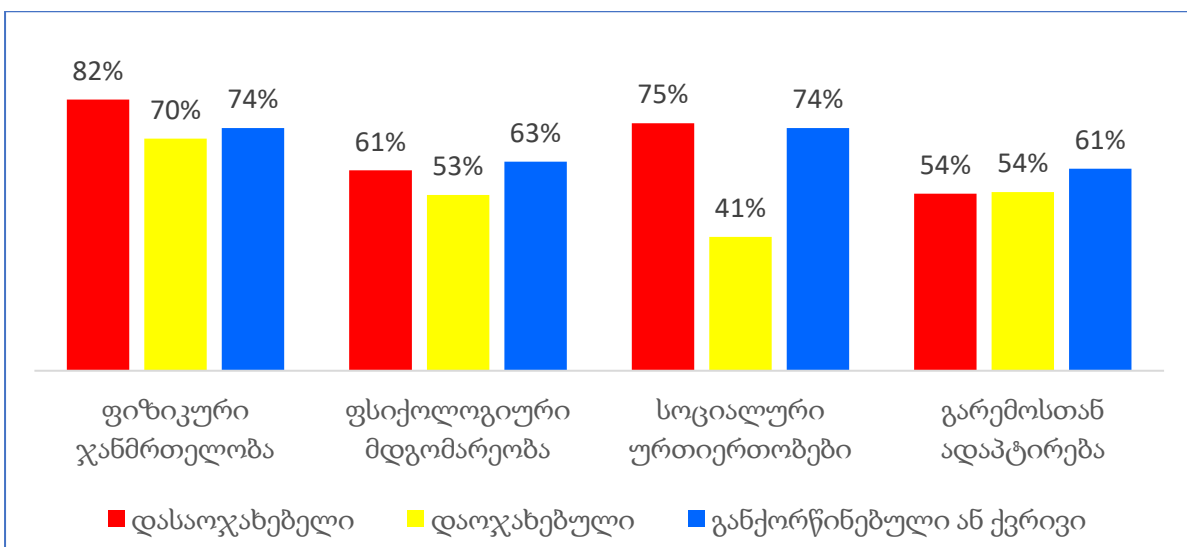




ნახაზი 3. ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება რესპოდენტთა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

წყარო: კვლევის შედეგები.

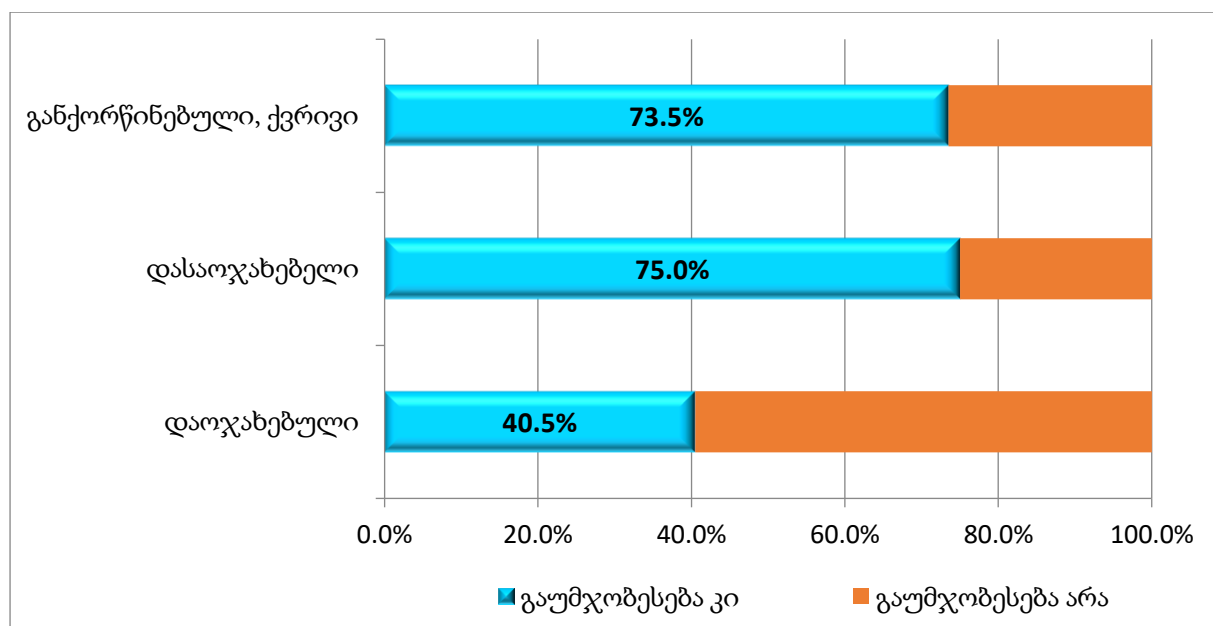
ცხოვრების ხარისხის შეფასების მონაცემები გაანალიზდა ოჯახური სტატუსის მიხედვით, რის შედეგადაც გაირკვა, რომ ოთხივე სფეროში მონაცემთა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების მიუხედავად, ისინი ერთგვაროვანი არ არიან. კერძოდ, დაოჯახებულთა ჯგუფში სოციალური ურთიერთობები გაცილებით ნაკლებს გაუმჯობესდა (41%) ვიდრე დასაოჯახებულთა (75%) და განქორწინებულთა და ქვრივთა (74%) ჯგუფებში. გარდა ამისა მნიშვნელოვანი განსხვავება დაფიქსირდა სამივე ოჯახური სტატუსის ჯგუფების შეფასებაში „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ (82%-70%), „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ (63%-53%) და „გარემოსთან ადაპტირების“ (61%-54%) შეფასებაში (ნახაზი 4).



ნახაზი 4. ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება რესპონდენტთა ოჯახური სტატუსის მიხედვით.

წყარო: კვლევის შედეგები.

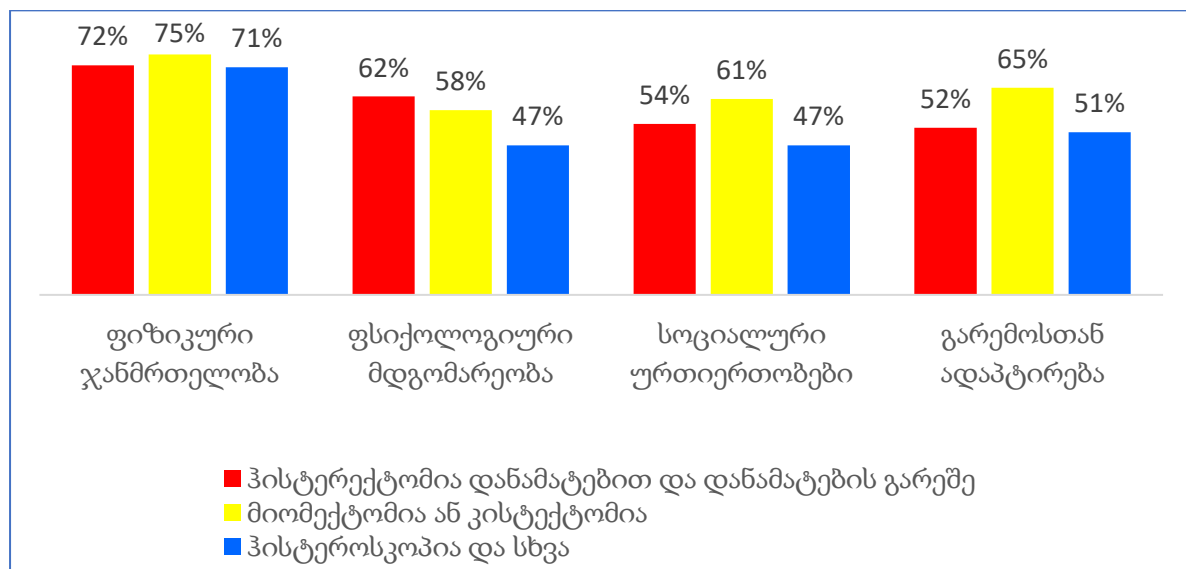
ოჯახური სტატუსის მიხედვით ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლების შანსთა ფარდობითმა ანალიზმა (OR) გვიჩვენა, რომ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში ოპერაციის შემდგომ მომხდარი სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესების ( $P < 0.001$ ) მიუხედავად, ამ ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება ნანახი არ იქნა. ანალოგიური მდგომარეობა დაფიქსირდა „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ კუთხითაც. „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროს მაჩვენებლის სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლილება აღმოჩნდა მხოლოდ დასაოჯახებელ და განქორწინებულ და ქვრივ რესპონდენტებში. დასაოჯახებელთა ჯგუფის გაუმჯობესების შანსის ფარდობამ დაოჯახებულთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებელთან შეადგინა  $OR = 4.78$  (95%CI 2.20-10.40; Mantel-Haensze  $\chi^2$ -test = 3.32;  $p < 0.001$ ), ხოლო განქორწინებულთა და ქვრივთა ჯგუფის გაუმჯობესების შანსის ფარდობამ დაოჯახებულთა ჯგუფთან -  $OR = 4.00$  (95%CI 2.11-7.58; Mantel-Haensze  $\chi^2$ -test = 3.58;  $p < 0.001$ ). რაც შეეხება „გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროს, სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლილება აღმოჩნდა მხოლოდ განქორწინებულ/ქვრივ რესპონდენტებში ( $P < 0.001$ ). ფარდობითი ანალიზით (OR), ოჯახური სტატუსის მიხედვით, გარემოსთან ადაპტირების სფეროში სარწმუნო განსხვავება არ დაფიქსირდა (ნახაზი 5).



ნახაზი 5. შანსთა ფარდობითობის ანალიზი რესპოდენტთა ოჯახური სტატუსის მიხედვით.

წყარო: კვლევის შედეგები.

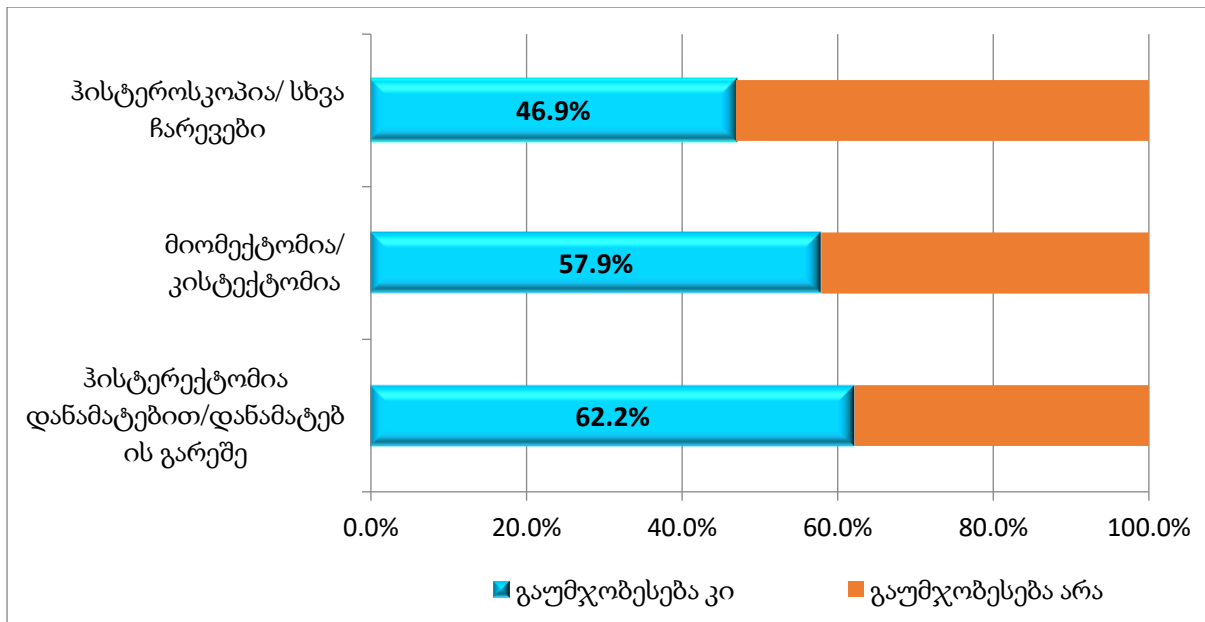
ცხოვრების ხარისხის შეფასების ოთხი სფეროს მონაცემების ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით დაჯგუფებამ გვიჩვენა, რომ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროს მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ქირურგიული ჩარევების სამივე ჯგუფში. პაციენტების სამი მეოთხედისთვის „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ მაჩვენებლები სტატისტიკურად სარწმუნო ( $P < 0.001$ ) მნიშვნელობით გაუმჯობესდა ოპერაციამდე პერიოდთან შედარებით. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება იყო ჰისტერექტომიის დანამატებით და დანამატების გარეშე ( $P < 0.001$ ) და მიომექტომიის და კისტექტომიის ( $P = 0.018$ ) ჯგუფებში. მსგავსი შედეგები დაფიქსირდა „სოციალური ურთიერთობებისა“ და „გარემოსთან ადაპტირების“ შეფასებაშიც (ნახაზი 6).



ნახაზი 6. ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით.

წყარო: კვლევის შედეგები.

ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო შანსთა ფარდობა ნახაზი იქნა მხოლოდ „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ გაუმჯობესების მაჩვენებელში. ამ პარამეტრით ჰისტერექტომიის ოპერაციის შემდგომ „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ გაუმჯობესების შანსი 1,86-ჯერ აღემატება ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების შანსს ( $OR = 1.86$  (95% CI 1.02-3.39; Mantel-Haensze  $Chi^2$ -test = 1.70;  $p = 0.045$ ) (ნახაზი 7).



ნახაზი 7. შანსთა ფარდობითობის ანალიზი ოპერაციის ტიპის მიხედვით.  
წყარო: კვლევის შედეგები.

გინეკოლოგიური ჩარევები პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე ყოველთვის დადებით გავლენას როდი ახდენენ. რესპოდენტთა გარკვეული ნაწილი გაუარესებასაც აღნიშნავდნენ. ამიტომ, უარყოფითი ზეგავლენის მქონე ცალკეული ფაქტორის გამოკვეთის შემდეგ შეიქმნა მრავლობითი რეგრესული მოდელი, რომელშიც ბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით თანმიმდევრულად გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები, რის შედეგად გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორები ფასდებოდა ქ რეგრესიის კოეფიციენტით. ამ ტიპის ანალიზის შედეგად დადგინდა:

1. ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისთვის მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ჩატარებული ოპერაციის სახე;
2. ცხოვრების ხარისხის „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე;
3. ცხოვრების ხარისხის „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს პაციენტის ასაკი;
4. ცხოვრების ხარისხის „გარემოსთან ადაპტირების“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს პაციენტის განათლება.

ცხოვრების ხარისხის „სოციალური ურთიერთობების“ განზომილებისთვის მრავლობითი რეგრესიის მოდელით რაიმე სარწმუნო რისკ-ფაქტორი არ გამოვლენილა.

*დასკვნები:*

1. გინეკოლოგიური ჩარევები აუმჯობესებს ქვემწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხს, ამასთან ეს გაუმჯობესება მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა შესწავლილი დემოგრაფიული ცვლადების უმრავლესი კატეგორიისთვის;
2. ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება აღინიშნა რესპონდენტების 41.5% ში. გაუმჯობესებას ადგილი ჰქონდა, როგორც სამივე ასაკობრივ ჯგუფში (35 წლამდე, 36-დან 55 წლამდე და 56 და მეტი წლის), ისე სხვადასხვა ოჯახური სტატუსის მქონე (დაოჯახებულები, დასაოჯახებლები და განქორწინებულები / ქვრივები); ცხოვრების ხარისხის შეფასების გაუმჯობესება დაფიქსირდა იმ პაციენტებში, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები;
3. ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესებულად შეაფასა პაციენტების თითქმის ნახევარმა (48.4%). ამასთან, ეს განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნო აღმოჩნდა სამივე ასაკობრივ ჯგუფში. ოჯახური სტატუსის მიხედვით, გაუმჯობესება მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა დაოჯახებულებისა და განქორწინებულების/ქვრივების ჯგუფში. ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით, ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესებულად შეფასდა სამივე ჯგუფში;
4. ცხოვრების ხარისხის შეფასების ოთხივე სფეროს მიხედვით (ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები და გარემოსთან ადაპტირება), აღინიშნა სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება ოპერაციის შემდეგ ჩატარებულ გამოკითხვაში;
5. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში გაუმჯობესება დაფიქსირდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ოჯახური სტატუსის მიხედვით გაუმჯობესება მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა დაოჯახებულების და განქორწინებულების / ქვრივების ჯგუფში;

6. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დაფიქსირდა საშუალო და უფროსი ასაკის ჯგუფებში (36-55 წელი და 56 და მეტი ასაკის) და სამივე ოჯახური სტატუსის რესპონდენტებში;
7. „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება დაფიქსირდა დაოჯახებულ რესპონდენტებში და განქორწინებულ/ქვრივების ჯგუფში;
8. „გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროში, მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დაფიქსირდა საშუალო და უფროსი ასაკის ჯგუფებში (36-55 წელი და 56 და მეტი ასაკის) და განქორწინებული / ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში;
9. ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროს მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ყველა ტიპის პაციენტში;
10. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“, „სოციალური ურთიერთობების“ და „გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროების მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ორ ჯგუფში - ჰისტერექტომია დანამატებით ან დანამატების გარეშე და მიომექტომია ან კისტექტომია ჩატარებულ პაციენტებში;
11. ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისთვის მრავლობითი რეგრესიის მოდელით გამოვლენილ სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ჩატარებული ოპერაციის სახე;
12. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე;
13. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია პაციენტის ასაკი;
14. „გარემოსთან ადაპტირების“ განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს პაციენტთა განათლება;
15. გინეკოლოგიური ჩარევების შემდეგ პაციენტთა მხრიდან ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება უფრო მეტად გაიზარდა, ვიდრე ცხოვრების ხარისხით კმაყოფილება (პაციენტთა 48.4%-ში და 41.5%-ში შესაბამისად).

ჩატარებული კვლევისა და წარმოდგენილი დასკვნების საფუძველზე შესაძლებელია გარკვეული რეკომენდაციების გაკეთება, კერძოდ:

1. სამედიცინო ჩარევის შემდგომ პაციენტის მიერ საკუთარი ცხოვრების ხარისხის შეფასების პრაქტიკის დანერგვა მნიშვნელოვანია სამედიცინო ჩარევის საბოლოო

შედეგის და გავლენის გაზომვისთვის. ამ ტიპის მიდგომისას, აქცენტი გადადის პაციენტზე და არა დაავადებაზე, ხდება არა მხოლოდ პრობლემების პრიორიტეტების დადგენა, არამედ შესაძლებელია ფარული პრობლემების გამოვლენაც;

2. ჯანდაცვის სფეროს დაწესებულებებში, პაციენტის მდგომარეობის შეფასების იმ ტიპის მიდგომის დანერგვა, როდესაც კლინიკურ მეთოდებთან ერთად ინტეგრირებული იქნება ცხოვრების ხარისხის განზომილებების შეფასება, გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და საბოლოოდ - ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას;
3. მოქმედი გაიდლაინების ფარგლებში სასწავლო-საგანმანათლებლო ტრენინგ კურსების შემუშავება და დანერგვა პროფილურ სამედიცინო დაწესებულებებში მოქმედი სამედიცინო პერსონალის მომცველობითა და კლინიცისტების, სოციოლოგების, ფსიქოლოგებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზატორების ერთობლივი ჩართულობით;
4. კლინიკური მედიცინის სხვა დარგებში ცხოვრების ხარისხის შეფასების მეთოდის დანერგვის მიმართულებით სამეცნიერო კვლევების გაგრძელება, რაც სავარაუდოდ კლინიკურ და პარაკლინიკურ მეთოდებთან ერთად მეტად მრავალმხრივ, ეფექტურსა და სრულყოფილს გახდის დაავადებების მართვის პროცესს, შეამცირებს ქრონიზაციისა თუ რეციდივების ალბათობას და გაზრდის საიმედო შედეგის შანსს.

#### *პუბლიკაციები:*

1. Improving the Quality of Life of Patients with High Hepatic Fibrosis Participating in the Hepatitis-C Elimination Program –Materials of 9<sup>th</sup> Eurasian Multidisciplinary Forum, Batumi, Georgia, 2019 (ავტორები: ე.ისაკიდი, მ.მგელაძე)
2. გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა, პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე - Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Vol. 4, Issue 6, July, 2020 (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)
3. Impact of the Gynecological Interventions on the Patients' Quality of Life - Paripex- Indian Journal of Research, Vol. 10, Issue 6, July, 2021 (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)
4. Evaluation of the patients' quality of life after hysterectomy- Indian Journal of applied

resech 1st November, 2021 (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)