

გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე



საქართველოს უნივერსიტეტი

ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

*ხელნაწერის უფლებით*

ეკატერინე ისაკიდი

გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

დისერტაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის

აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი -

პროფესორი ოთარ ვასაძე

თბილისი 2021

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე:

„გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე“

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად

ეკატერინე ისაკიდი © თბილისი, 2021 წლის ივლისი

## ანოტაცია

კლინიკური მედიცინის ყველა დარგისათვის სამედიცინო ჩარევის საბოლოო მიზანს, პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება წარმოადგენს. თავის მხრივ, ცხოვრების ხარისხის შეფასება, ემყარება რიგ ობიექტურ და სუბიექტურ კრიტერიუმებს, ამა თუ იმ სახის სამედიცინო ჩარევას. პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე გავლენის დასადგენად აუცილებელი ხდება სწორედ ამ კრიტერიუმების იდენტიფიცირება და განსაზღვრა. ამ მიზნით ხშირად ატარებენ სამედიცინო სოციოლოგიურ კვლევებს, რისთვისაც შემუშავებულია სპეციალური კითხვარები, რომლებიც იძლევიან პაციენტთა სამედიცინო ჩარევამდე და მის შემდგომ სამედიცინო სოციოლოგიური სტატუსის შეფასებისა და ურთიერთ შედარების საშუალებას. კლინიკური მედიცინის სხვა დარგთაგან გამონაკლისი არც გინეკოლოგია წარმოადგენს. მეტიც, ქალთა ჯანმრთელობისათვის სწორედ კლინიკური მედიცინის ეს დარგი წარმოადგენს ერთერთ პრიორიტეტულს სხვა დარგთა შორის, მეტ წილად ქალთა რეპროდუქციული ასაკის დროს. ამიტომ ბუნებრივია, რომ თითოეული პროფილური ჩარევა მყისიერ ასახვას პოულობს ქალთა ფსიქო-სოციალურ სტატუსზე. ეს უკანასკნელი კი - ცხოვრების ხარისხის დონის ერთ-ერთ უპირობო განმსაზღვრელ ფაქტორს წარმოადგენს. ზემოთქმულიდან გამომდინარე ჩატარებული კვლევის მიზნად დავისახეთ- გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენის დადგენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე. სამეცნიერო შრომის მიზნის მისაღწევად, დასახული ამოცანების გადაჭრისათვის გამოვიყენეთ (WHO) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული კითხვარი (WHOQOL-BREF). კვლევის ინსტრუმენტი მოიცავს, რესპოდენტის დემოგრაფიულ ინფორმაციას (ასაკი, განათლება, დასაქმების სტატუსი, ოჯახური სტატუსი, საცხოვრებელი ადგილი). კითხვარი შედგება 26 კითხვისგან და აფასებს ცხოვრების ხარისხის 4 მაჩვენებელს: „ფიზიკურ ჯანმრთელობას“, „ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას“, „სოციალურ ურთიერთობებსა“ და „გარემოსთან ადაპტირებას“. თითოეული მათგანი, თავის მხრივ, რამოდენიმე კომპონენტისაგან შემდგარი მრავალწახნაგიანი განზომილებაა: ასე მაგალითად, „ფიზიკურ ჯანმრთელობა“ აერთიანებს ისეთ კომპონენტებს, როგორებიცაა ფიზიკური ტკივილის არსებობა, ამათუიმ სახის სამედიცინო დახმარების საჭიროება, პიროვნების ენერგიულობა, მობილურობა, ქმედითუნარიანობა და შრომისუნარიანობა. აგრეთვე

სრულფასოვანი ძილის დონის განსაზღვრას. „ფსიქოლოგიურ მდგომარეობა“ თავის მხრივ მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: ცხოვრებით თვითკმაყოფილების, ცხოვრების საზრისის ან მიზნის არსებობის, გააზრებისა და ყურადღების კონცენტრაციის უნარის, გარეგნობით კმაყოფილების და თვითშეფასების ხარისხის განსაზღვრას. „სოციალური ურთიერთობები“ კი ისეთ კომპონენტებს აერთიანებს როგორცაა: პერსონალური და სექსუალური ურთიერთობები, სოციალური მხარდაჭერის გამოხატვის უნარი. რაც შეეხება „გარემოსთან ადაპტირებას“, იგი წარმოადგენს შემდეგი მახასიათებლების ერთობლიობას: საცხოვრებელი გარემოს უსაფრთხოების, ფიზიკური გარემოს სიჯანსაღის, ფინანსური მდგომარეობის, სხვადასხვა სახის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის, დასვენების და გართობის შესაძლებლობის, საცხოვრებელი პირობების, სატრანსპორტო საშუალებებისა და ჯანდაცვის სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის დონის მაჩვენებლებს. ამასთანავე აღსანიშნავია, რომ კითხვარის ქართულ ენაზე თარგმნა კვლევისათვის განხორციელდა ჩვენს მიერ სამეცნიერო კვლევის ფარგლებში.

რესპონდენტების ინტერესების და უსაფრთხოების დაცვა, მათი იდენტურობის ანონიმურობის და კონფიდენციალობის საფუძველზე განხორციელდა. ამ მიზნით კითხვარი საიდენტიფიკაციო ნომრით არის ჩანაცვლებული. კითხვარის შევსებამდე რესპონდენტები გაეცნენ კვლევის მიზანს და ხელი მოაწერეს კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის ფურცელს. კვლევის შედეგად მიღებული ყველა ცვლადის მნიშვნელობები არის ორდინალური (ქულები 1-დან 5-ის ჩათვლით). აღნიშნული ცვლადების შედარება განხორციელდა წყვილ გაზომვებში - ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ.

Wilcoxon signed-rank test (matched pairs) სტატისტიკური ტესტით.

ვილკოქსონის ტესტისათვის შერჩევის ზომის გათვლა წარმოებდა სტატისტიკური პაკეტის G\*Power (ვერსია 3.1.9.4) საშუალებით, შემდეგი სტატისტიკური პარამეტრებისათვის: ეფექტის ზომა ( Effect sizedz ) = 0.2 , ალფა შეცდომა (  $\alpha$  err prob = 0.05 ), კვლევის ძალა ( Power 1- $\beta$  err prob ) = 0.80.

შერჩევის ზომის (Total sample size) მინიმალური მნიშვნელობაა N164 . შესაბამისად სტატისტიკური სარწმუნოების მაჩვენებლების მისაღწევად, დანაკარგის (არასრულად შევსებული კითხვარების შემთხვევების) წილის გათვალისწინებით ( 15%), საწყის მინიმალურ რაოდენობად ავიღეთ 192 პირის კვლევა.

კვლევა ჩატარდა 2 ეტაპად, გინეკოლოგიურ ჩარევამდე (ინტერვენციამდე) და შემდეგ. პირველ ეტაპზე გამოიკითხა 225, მეორე ეტაპზე კი 188 პაციენტი. კვლევის მეორე ეტაპში 37 რესპონდენტმა არ მიიღო მონაწილეობა. ამის მიზეზი გახდა: ნაწილის საცხოვრებლად უცხოეთში გამგზავრება, საკონტაქტო ნომრის შეცვლა, კვლევაში მონაწილეობის გაგრძელებაზე უარის თქმა.

კვლევის სამიზნე ჯგუფი

კვლევა ჩატარდა 2020 წელს სამ სამედიცინო დაწესებულებაში. კვლევის ორივე ეტაპში 188 მონაწილეთა განაწილება მოხდა შემდეგ ნაირად: 145 რესპონდენტი გამოიკითხა სამედიცინო ცენტრ „ინოვამი“, 14 რესპონდენტი შპს „მედინვესტმენტში“ და 29 რესპონდენტი „ჩიჩუების სამედიცინო ცენტრ მზერაში“. კვლევის ობიექტები იყვნენ პაციენტები, რომელთაც ჩაუტარდათ სხვადასხვა სახის გინეკოლოგიური ოპერაცია: რესპონდენტების 43.6%-ს (n=82) ჩაუტარდა ჰისტერექტომია დანამატებით, ან ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 30.3%-ს (n=57) მიომექტომია ან კისტექტომია, 26.1%-ს (n=49) კი ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები.

კვლევის მონაწილეთა 26.1% (49 რესპონდენტი) 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 ქონდა, არასრული უმაღლესი განათლება ქონდა რესპონდენტების 11.7%-ს (n=22), საშუალო ტექნიკური განათლება - 9.6%-ს (n=18), ხოლო საშუალო განათლება ქონდა რესპონდენტების მხოლოდ 4.8%-ს (n=9). რესპონდენტების 14,9% (n=28) - დასაოჯახებელი იყო, 59% (n=111) დაოჯახებული, ხოლო დანარჩენი 26.1% (n=49) განწორწინებული ან ქვრივი. გამოკითხულთა 54.8% (n=103) დასაქმებული იყო, 33.5% (n=63) უმუშევარი, 11.7% (n=22) კი პენსიონერი.

კვლევაში მონაწილეთა ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად 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.

კითხვაზე „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?“ - რესპოდენტთა 41.5%-მა (n=78) პასუხობდა, რომ ცხოვრების დონე ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა, იმავე რაოდენობისათვის ცხოვრების ხარისხი არ შეცვლილა, მხოლოდ რესპოდენტთა 17% (n=32)-თვის, გაცემული პასუხების მიხედვით, ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების დონე გაუარესდა. ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილების სანდოობის შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა Wilcoxon Signed Ranks ტესტი, რომელმაც აჩვენა, რომ შეფასების გაუმჯობესებაში მომხდარი ცვლილება სტატისტიკურად სანდოა ( $P<0.001$ ).

ცხოვრების ხარისხის ზოგადი შეფასება გაუმჯობესდა სამივე ასაკობრივ ჯგუფში, როგორც დაოჯახებულების, ისე დასაოჯახებლების და განქორწინებულების/ქვრივების ჯგუფებში, თუმცა დასაოჯახებელთა ჯგუფში გაუმჯობესების მაჩვენებელი სტატისტიკური სანდოობის ზედა ზღვარზეა.

ქირურგიული ჩარევების ტიპის მიხედვით სტატისტიკის მონაცემების გაანალიზებისას აღმოჩნდა, რომ ცხოვრების ხარისხის შეფასების გაუმჯობესება დაფიქსირდა იმ პაციენტებში, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები.

ოპერაციის შემდეგ პასუხები კითხვაზე „რამდენად კმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?“ გაუმჯობესდა პაციენტების 48.4%-თან (n=91). ჯანმრთელობით კმაყოფილება გაუარესდა 16.49%-ში (n=31), ხოლო 35.11% (n=66) შემთხვევაში არ შეცვლილა.

ჯანმრთელობის შეფასებაში მომხდარი პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სანდო აღმოჩნდა ( $P<0.001$ ) როგორც მთლიან ჯგუფში, ისე სამივე ასაკობრივ ჯგუფში და ყველა ტიპის გინეკოლოგიური ჩარევის შემთხვევაში. ოჯახური სტატუსის მიხედვით გაუმჯობესება მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა დაოჯახებულების და განქორწინებულების/ ქვრივების ჯგუფში ( $P<0.001$ ).

მონაცემები გაანალიზდა ცხოვრების ხარისხის შეფასების 4 სფეროს მიხედვით: ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები და გარემოსთან ადაპტირება. მთლიანობაში ოთხივე სფეროს მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ოპერაციის შემდეგ ჩატარებულ გამოკითხვაში და ეს ცვლილება სტატისტიკურად დადასტურდა. ( $P<0.001$ )

შედეგებმა აჩვენა, რომ ოპერაციის შემდეგ პაციენტების 72.9%-ის (n=137) „ფიზიკური ჯანმრთელობა“ გაუმჯობესდა. „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში გაუმჯობესება დაფიქსირდა 56,9%-ში (n=107), „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში 54.3%-ში (n=102), ხოლო „გარემოსთან ადაპტირება“ განზომილების მიხედვით შედეგები გაუმჯობესდა 55.85%-ში (n=105). ამასთან ოთხივე განზომილების შემთხვევაში პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სარწმუნო აღმოჩნდა ( $P < 0.001$ ).

ცხოვრების ხარისხის თითოეულ სფეროში მომხდარი ცვლილებების სტატისტიკური მნიშვნელოვნება გაანალიზდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. სამივე ასაკობრივ ჯგუფში ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომხდარი გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა ( $p < 0.001$ ). შანსთა ფარდობა მხოლოდ  $< 35$  წ. ასაკობრივ ჯგუფთან აღმოჩნდა სარწმუნო.  $OR = 2.19$  (95%CI 1.09-5.06; Mantel-Haensze Chi<sup>2</sup>-test = 1.84;  $p = 0.033$ ) რესპონდენტები  $< 35$  წ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ გაუმჯობესების შანსი 2.19-ჯერ აღემატება 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს.

გინეკოლოგიური ჩარევის შემდეგ „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში მომხდარი სტატისტიკურად სანდო ( $p < 0.001$ ) გაუმჯობესება მოხდა მხოლოდ 35-55 წლამდე და 56 და მეტი წლის რესპონდენტების ჯგუფებში. 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი „ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის“ გაუმჯობესების შანსი 1.96-ჯერ აღემატება  $< 35$  წ. ასაკობრივი ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს  $OR = 1.96$  (95%CI 1.10-3.49; Mantel-Haensze Chi<sup>2</sup>-test = 1.92;  $p = 0.027$ ).

„სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში 35 წლამდე მნიშვნელოვანი ცვლილება არ დაფიქსირებულა. 36-55 წლამდე გაუმჯობესდა, 56 წ და მეტი ასაკის რესპონდენტების 60.5%-ში (26) გაუმჯობესდა. გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა ( $p < 0.001$ ).  $OR = 1.80$  (95%CI 1.01-3.20; Mantel-Haensze Chi<sup>2</sup>-test = 1.68;  $p = 0.046$ ). შანსთა ფარდობთი ანალიზი მიუთითებს იმაზე, რომ 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების შანსი 1.8-ჯერ აღემატება  $< 35$  წ. ასაკობრივი ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს. შანსთა ფარდობა ასევე სარწმუნოა 55წ.-ზე მეტ და 35 წ.-ზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში ნანახი გაუმჯობესების მაჩვენებლებს შორის.

$OR = 2.11$  (95%CI 1.03-4.31; Mantel-Haensze Chi<sup>2</sup>-test = 1.72;  $p = 0.043$ )

სფერო „გარემოსთან ადაპტაცია“ მაჩვენებელი მხოლოდ ორ ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესდა, 36-55 წლამდე და 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტებში. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება დაფიქსირდა ამ ორ ჯგუფში ( $P=0.11$  და  $P=0.16$ ). შანსთა ფარდობის ანალიზით (OR) გარემოს განზომილების გაუმჯობესების მაჩვენებლის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ჯგუფებს შორის ვერ დაფიქსირდა.

ცხოვრების ხარისხის სფეროების მაჩვენებლების ცვლილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით

„ფიზიკური ჯანმრთელობის“ და „ფსიქოლოგიურ მდგომარეობის“ სფეროში ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესება სტატისტიკურად სარწმუნო აღმოჩნდა როგორც დაოჯახებული რესპონდენტების, ისე დასაოჯახებელი და განქორწინებულების ჯგუფებში.

„სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში გაუმჯობესება დაფიქსირდა დაოჯახებულ რესპონდენტებში და განქორწინებულ/ქვრივების ჯგუფში. „გარემოსთან ადაპტირება“ შეფასებაში კი სარწმუნო განსხვავება მხოლოდ განქორწინებულების/ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში მივიღეთ. ოჯახური სტატუსის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო განსხვავება ნაწილობრივ იქნა მხოლოდ სოციალური ურთიერთობების განზომილების გაუმჯობესების კუთხით. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება დაოჯახებულთა ჯგუფში აღენიშნებოდა 40,5% (46) პაციენტს; დასაოჯახებულთა ჯგუფში - 75,0%  $n=(23)$  პაციენტს; განქორწინებულ და ქვრივ პაციენტებში კი - 73,5% ( $n=33$ )-ს. ამდენად, სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია დაოჯახებულების ჯგუფში; დასაოჯახებულთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებლის შანსის ფარდობა დაოჯახებულთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებელთან სტატისტიკურად სარწმუნოა.  $OR = 4.78$  (95%CI 2.20-10.40; Mantel-Haensze Chi<sup>2</sup>-test = 3.32;  $p<0.001$ )

კვლევის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს, ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება, ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. პაციენტების 40.2%-ს ( $n=33$ ), რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროექტომია დანამატებით ან დანამატების გარეშე ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა, მიემოქტომია/კისტექტომიის შემდეგ დადებითი დინამიკა შეაფასეს პაციენტების 51.2%-მა ( $n=42$ ), ხოლო ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების შემდეგ პაციენტების 45.6%-მა ( $n=26$ ). ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით მონაცემების ანალიზმა აჩვენა, რომ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროს

მაჩვენებლები გაუმჯობესდა სამივე ჯგუფში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია ( $P < 0.001$ ). ყველა ტიპის პაციენტისთვის, „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ, შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება მივიღეთ მხოლოდ ორ ჯგუფში.

1) ჰისტერექტომია დანამატებით/დანამატების გარეშე

2) მიემოსქოტმია/კისტექტომია. მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P < 0.001$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევასი ( $P = 0.018$ ).

სოციალური ურთიერთობების შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ასევე მხოლოდ ორ ჯგუფში მივიღეთ. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მიემოსქოტმია/კისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P = 0.07$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევასი  $P = 0.011$ . მესამე ჯგუფში, ანუ იმ პაციენტებს რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, სოციალური ურთიერთობების სფეროს მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ მომხდარა.

„გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ასევე პირველ ორ ჯგუფში გაუმჯობესდა. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P = 0.009$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევაში  $P = 0.01$ . იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, ამ სფეროში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ მომხდარა.

ოპერაციის შემდგომ მომხდარი ცვლილებების სტატისტიკური მნიშვნელობის შეფასებისთვის გამოვიყენეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტი, როგორც ანალიზმა აჩვენა ოთხივე სფეროში მომხდარი ცვლილებები სტატისტიკურად სარწმუნოა, ოთხივე შემთხვევაში  $P < 0.001$

ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო შანსთა ფარდობა (OR), ნანახი იქნა მხოლოდ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებლის მიხედვით. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება ჯგუფში ჰისტერექტომია დანამატებით და დანამატების გარეშე აღენიშნებოდა 62,2% ( $n = 51$ ) პაციენტს; მიომექტომია/კისტექტომიის ჯგუფში - 57,9% ( $n = 33$ ) პაციენტს; ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების მქონე პაციენტებში კი -

(46,9%) 23-ს. პირველ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსი 1,86-ჯერ აღემატება მე-3 ჯგუფში ანალოგიური მაჩვენებლის შანსს. OR = 1.86 (95%CI 1.02-3.39; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.70; p=0.045)

პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე ზეგავლენის მქონე ცალკეული ფაქტორის გამოკვეთის შემდეგ შეიქმნა მრავლობითი რეგრესიული მოდელი. სარწმუნოება კი ფასდებოდა (Fisher's Exact Test). ფიშერის F-ტესტით შეფასებული რეგრესიის  $\beta$  კოეფიციენტის მიხედვით. ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისათვის, მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ჩატარებული ოპერაციის სახე; ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე; ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია პაციენტის ასაკი; ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს კი წარმოადგენს განათლება.

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.

#### ავტობიოგრაფია

დავიბადე 1972 წლის 16 თებერვალს. ოჯახური მდგომარეობა: მეუღლე და სამი შვილი.

განათლება:

2018 წ. საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტის სადოქტორო პროგრამა

2018 წ. საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანდაცვითი სახელმწიფო და კერძო სერვისების მართვა.

- 2016 წ. მარკეტინგისა და მენეჯმენტის სკოლა „მენეჯმენტის საკვალიფიკაციო კურსი“.
- 1997 წ. ინტერნატურა. ქ. თბილისის N2 სამშობიარო სახლი. მეან-გინეკოლოგია
- 1996 წ. სუბორდინაცია. აკ. ჩაჩავას სახელობის მეან-გინეკოლოგიის და პერინატალური მედიცინის ინსტიტუტი (მეან-გინეკოლოგია)
- 1990-1997 წ. ქ.თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია, სამკურნალო ფაკულტეტი N015908

#### სამუშაო გამოცდილება

- 2018/04 დან-დღემდე სამედიცინო ცენტრი „ინოვა“, გინეკოლოგიური ამბულატორიის ხელმძღვანელი, ქ. თბილისი.
- 2018/09 დან-დღემდე შპს სასწავლო უნივერსიტეტი „გეომედი“, საბაკალავრო პროგრამა: ჯანდაცვის ეკონომიკა და მენეჯმენტი-სასწავლო კურსის მენტორი.
- 2016/12 დან - დღემდე სამედიცინო ცენტრი - „ინოვა“, ექიმი მეან-გინეკოლოგი.
- 2016/ 06 დან -დღემდე ნ.ონიაშვილის სამედიცინო კლინიკა „ბაიები“, საბურთალოს ფილიალი, დირექტორი, ექიმი მეან-გინეკოლოგი.
- 2014/06 -2016/06 რმც „უნივერსი“, საბურთალოს ფილიალი, დირექტორი, ექიმი მეან-გინეკოლოგი.
- 2005-2014/05 კლინიკა „კარაპს მედლაინი“, ექიმი მეან-გინეკოლოგი.
- 200-2014/05 ქ.თბილისი N1 სამკურნალო პროფილაქტიკური ცენტრი, ქალთა კონსულტაციის ექიმი მეან-გინეკოლოგი.

#### სახელმწიფო სერტიფიკატები

#01948 საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო 28/12/1999

#004492 საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო 28/12/2011

N 00293 საქართველოს უნივერსიტეტი. ჯანდაცვის მენეჯმენტი 12/02/18

### პროფესიული გამოცდილება

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ურო-გენიტალური დაავადებების

ორსულთა მონიტორინგი და პატრონაჟი

რეპროდუქტოლოგია

კლიმაქსის მართვა

საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიები (კოლპოსკოპია, კრიოდესტრუქცია, კონიზაცია, ექსციზია)

### პუბლიკაციები

1. 4-5/09/ 2019 მე-9 ევრაზიული მულტიდისციპლინარული ფორუმი Eurasian multidisciplinary forum, Batumi, Georgia „ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“(ავტორები : ე.ისაკიდი, მ.მგელაძე)
2. 2020 ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კავკასიის ჟურნალი Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, “გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა, პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე“, (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)
3. 26-28 აპრილი 2021 საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის, საერთაშორისო ჰიბრიდულ კონფერენციაზე საზოგადოების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა. (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)
4. 15/07 2021 Paripex-indian journal of research „გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე“ (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)
5. 01/11/2021 Indian Journal of applied resech „პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შეფასება ჰისტერექტომიის შემდეგ“, (ავტორები: ე.ისაკიდი, ო.ვასაძე)

### მადლიერების გამოხატვა

მადლიერება მინდა გამოვხატო ჩემი ოჯახის - მშობლების, მეუღლისა და შვილების მიმართ, რომლებიც გაგებითა და მოთმინებით იდგნენ ჩემს გვერდით სადოქტორო ნაშრომზე აქტიურად მუშაობის პერიოდში.

ჩემი კვლევა ტარდებოდა კოლეგებთან აქტიური თანამშრომლობით. განსაკუთრებული პატივისცემით მინდა მადლობა გადაუხადო სამედიცინო კლინიკა „ინოვას“ გინეკოლოგიური განყოფილების ხელმძღვანელს ბატონ ირაკლი თოდუას, ქირურგიული განყოფილების სრულ შემადგენლობას, მათ უანგარო დახმარებით ფასდაუდებელი წვლილი შეიტანეს ანკეტირების კოორდინაციაში.

ასევე მინდა მადლობა გადავუხადო ჩემს თანამშრომლებს და კოლეგებს, მათი გუნდური მუშაობის პრინციპი, დაუღალავი შრომა და პროფესიონალიზმი განაპირობებდა კვლევის დროულად დასრულებას.

განსაკუთრებული მადლობა ჩემს სამეცნიერო ხელმძღვანელს, პროფესორ ოთარ ვასაძეს, კვლევის დაგეგმვაში მნიშვნელოვანი წვლილისთვის, აქტუალური და თანამედროვე მიმართულებების მოცემისათვის. უღრმესი მადლობა და პატივისცემა მინდა გამოვხატო ჩემი ექსპერტის-პროფესორ ნატა ყაზახაშვილს მიმართ, მისი დროული რეკომენდაციების და სწორი აქცენტების მითითებისათვის. სრულფასოვანი კვლევის შედეგების ჩამოყალიბებაში დიდი წვლილი მიუძღვნის საბჭოს თავჯდომარეს-ბატონ ვასილ ტყეშელაშვილს, რისთვისაც მადლიერებას გამოვხატავ.

დიდი მადლობა საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ყველა თანამშრომელს და პირადად სკოლის დირექტორს ქალბატონ თამარ ლობჯანიძეს 2019 წელს ჩემი მოტივირებისთვის.

და ბოლოს, ძალიან დიდი მადლობა მინდა გადაუხადო პაციენტებს - ქალბატონებს, რომლებმაც სურვილი გამოთქვეს და მიიღეს კვლევაში მონაწილეობა, მათი გულწრფელი პასუხებისთვის, კომუნიკაციის შეუფერხებლობისთვის.

#### *პუბლიკაციები:*

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

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)

*ნაშრომის აპრობაცია:*

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის 1-ელ 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).

სარჩევი

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული დიაგრამების ჩამონათვალი ..... 18

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი .....	20
შესავალი .....	34
არსებული ფონი, თემის აქტუალობის დასაბუთება .....	34
კვლევის მიზანი, კვლევის ობიექტი და დასახული ამოცანები.....	36
კვლევის ჰიპოთეზა .....	37
კვლევის სამეცნიერო სიახლე.....	37
ჩატარებული კვლევისა და წარმოდგენილი დასკვნების საფუძველზე შესაძლებელია გარკვეული რეკომენდაციების გაკეთება. კერძოდ: .....	38
კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება: .....	39
დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დასკვნები: .....	40
ნაშრომის აპრობაცია:.....	41
პუბლიკაციები .....	42
ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა.....	42
თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა.....	43
1.1    ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის ძირითადი განმსაზღვრელები.....	43
1.2    ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის შეფასების მეთოდები.....	51
1.3    ჰისტეროსკოპიული ჩარევის ეფექტი ცხოვრების ხარისხზე .....	57
1.3.1    ჰისტეროსკოპიული ჩარევის ზოგადი მიმოხილვა და მახასიათებლები, როგორც თანამედროვე გინეკოლოგიური მიმართულება .....	57
1.3.2    ჰისტეროსკოპიული პროცედურები: პოლიპექტომია, მეტროპლასტიკა.....	64
1.3.3    პრემენოპაუზაში მყოფი ქალების ჰისტეროსკოპია, რეზექცია-ორგანოშემანარჩუნებელი ქირურგია.....	70
1.3.4    კლინიკური შედეგების შედარება და პოსტოპერაციული ცხოვრების ხარისხი ჰისტეროსკოპიით II ტიპის მიომის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ (საშოს მხრივი მიომექტომია).....	72
1.3.5    პოლიპექტომიის შედარებითი ეფექტურობა ქირურგიულ ჰისტეროსკოპიაში .....	73
1.3.6    პაციენტის ცხოვრების ხარისხი კისტექტომიისა და მიომექტომიის დროს.....	75
1.3.7    პაციენტის ცხოვრების ხარისხი კისტექტომიის და მიომექტომიის შემდგომ .....	78
1.3.8    გართულებები კისტექტომიის და მიომექტომიის პროცედურების შემდეგ.....	80

1.3.9	პაციენტის ფსიქოსოციალური და სექსუალური მდგომარეობა კისტექტომიისა და მიომექტომიის შემდგომ .....	82
1.3.10	პაციენტისთვის ორგანოშემარნარჩუნებელი ქირურგიული ჩარევის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე.....	85
1.4	ცხოვრების ხარისხი და ჰისტერექტომია .....	86
1.4.1	ჰისტერექტომია, დადებითი და უარყოფითი მხარეები .....	86
1.4.2	საკვერცხეების მორფოფუნქციური მდგომარეობა ჰისტერექტომიის შემდეგ.....	91
1.4.3	ჰისტერექტომია: გავლენა ცხოვრების ხარისხზე და ფსიქოლოგიურ და სექსუალურ ასპექტებზე საკვერცხის შენარჩუნებით და შენარჩუნების გარეშე .....	96
თავი II.	კვლევის მასალები და მეთოდოლოგია.....	99
2.1	კვლევის მეთოდოლოგია .....	99
2.2	კითხვარის შექმნის ისტორია.....	99
2.3	კითხვარის სტრუქტურა.....	101
2.4	კვლევის ინსტრუმენტი.....	102
2.5	კვლევის პროცესი და ეთიკური ასპექტები .....	104
2.6	კვლევის შერჩევის ზომის გათვლები. ....	104
2.7	ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა.....	106
თავი III.	კვლევით მიღებული შედეგები.....	108
3.1	კვლევის მონაწილეთა აღწერა.....	108
3.2	ცხოვრების ხარისხის შეფასება, სტატისტიკური ანალიზის აღწერა .....	112
3.3	ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება .....	120
3.4	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოთხი განზომილების მიხედვით .....	128
3.5	ცხოვრების ხარისხის შეფასების სფეროები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით .....	131
3.6	ცხოვრების ხარისხის სფეროების მაჩვენებლების ცვლილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	137
3.7	ცხოვრების ხარისხის სფეროების მაჩვენებლების ცვლილება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	142
თავი IV.	შანსთა ფარდობების ანალიზი .....	150
4.1	ასაკობრივი ჯგუფები .....	150
4.2	ოჯახური სტატუსის ჯგუფები .....	153
4.3	ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილი ჯგუფები.....	154
4.4	მრავლობითი რეგრესიის ანალიზის შედეგები.....	155

თავი V რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა, დასკვნები .....	165
5.1 მიღებული შედეგების განხილვა.....	165
გამოყენებული ლიტერატურა .....	179
დანართი 1. კვლევის კითხვარი.....	197
დანართი 2. სტასტიკური ანალიზის შედეგები.....	203

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1 კვლევის მონაწილეთა განაწილება სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით. 108

დიაგრამა 2 კვლევის მონაწილეთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით..... 108

დიაგრამა 3 რესპონდენტების განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით  
(დედაქალაქი/რეგიონი) ..... 109

დიაგრამა 4 რესპონდენტების განაწილება განათლების მიღწეული დონის მიხედვით ..... 110

დიაგრამა 5 რესპონდენტების განაწილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით..... 110

დიაგრამა 6 რესპონდენტების განაწილება დასაქმების სტატუსის მიხედვით..... 111

დიაგრამა 7 რესპონდენტების განაწილება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით..... 111

დიაგრამა 8 ცხოვრების ხარისხის შეფასებების შედარება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ  
..... 112

დიაგრამა 9 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, წყვილური  
შედარებები (Wilcoxon-ის რანგების ტესტი-ზე დაფუძნებული) ..... 113

დიაგრამა 10 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი  
ჯგუფების მიხედვით ..... 114

დიაგრამა 11 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური  
სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი..... 116

დიაგრამა 12 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული  
ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი..... 119

დიაგრამა 13 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციამდე და ოპერაციის  
შემდეგ, ..... 121

დიაგრამა 14 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ,  
Wilcoxon-ის რანგების ტესტი..... 121

დიაგრამა 15 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ,  
ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ..... 122

დიაგრამა 16 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ,  
ოჯახური სტატუსის მიხედვით ..... 124

დიაგრამა 17 ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ,  
ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი ..... 127

დიაგრამა 18 ოპერაციის შემდგომ ცხოვრების ხარისხის ცვლილება 4 განზომილების მიხედვით, საშუალო ქულების შედარება .....	129
დიაგრამა 19 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ცხოვრების ხარისხის 4 სფეროს მიხედვით .....	130
დიაგრამა 20 ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით .....	131
დიაგრამა 21 ფსიქოლოგიური სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით .....	133
დიაგრამა 22 სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით .....	134
დიაგრამა 23 სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით .....	135
დიაგრამა 24 ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	137
დიაგრამა 25 ფსიქიკური მდგომარეობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	138
დიაგრამა 26 სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	140
დიაგრამა 27 სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	141
დიაგრამა 28 ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	143
დიაგრამა 29 „ფსიქიკური მდგომარეობის“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	144
დიაგრამა 30 „სოციალურ ურთიერთობების“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	146
დიაგრამა 31 სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	147

დიაგრამა 32 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ფიზიკური  
ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიხედვით..... 150

დიაგრამა 33 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ფსიქოლოგიური  
მდგომარეობის გაუმჯობესების მიხედვით. .... 151

დიაგრამა 34 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სოციალური  
ურთიერთობების გაუმჯობესების მიხედვით..... 152

დიაგრამა 35 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სოციალური  
ურთიერთობების გაუმჯობესების მიხედვით..... 153

დიაგრამა 36 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სოციალური  
ურთიერთობების გაუმჯობესების მიხედვით..... 154

დიაგრამა 37. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ცვლილების მოდელით  
ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის..... 157

დიაგრამა 38. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების  
ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის..... 159

დიაგრამა 39. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის  
განზომილების ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს  
შორის. 162

დიაგრამა 40. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების ცვლილების  
მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის. .... 164

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი 1 ცხოვრების ხარისხი კრიტერიუმები და მათი კომპონენტები ..... 48

ცხრილი 2 კითხვარის სტრუქტურა ..... 102

ცხრილი 3 თითოეული განზომილების კითხვები ..... 103

ცხრილი 4 „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს“, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .... 113

ცხრილი 5 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon რანგების ტესტი .....	115
ცხრილი 6 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი.....	117
ცხრილი 7 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი.....	119
ცხრილი 8 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი.....	122
ცხრილი 9 ჯანმრთელობის მდგომარეობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon რანგების ტესტი .....	123
ცხრილი 10 ჯანმრთელობის მდგომარეობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	125
ცხრილი 11 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	127
ცხრილი 12 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ცხოვრების ხარისხის 4 სფეროს მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	130
ცხრილი 13 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	132
ცხრილი 14 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ფსიქიკური მდგომარეობის სფეროში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი	133
ცხრილი 15 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება სოციალური ურთიერთობების სფეროში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	135
ცხრილი 16 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება სფეროში „გარემო“ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	136
ცხრილი 17 ოპერაციის შემდეგ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	137

ცხრილი 18 ოპერაციის შემდეგ „ფსიქიკური მდგომარეობის“ სფეროში მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	139
ცხრილი 19 ოპერაციის შემდეგ „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	140
ცხრილი 20 ოპერაციის შემდეგ სფეროში „გარემო“ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	142
ცხრილი 21 ოპერაციის შემდეგ ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასებაში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	143
ცხრილი 22 ოპერაციის შემდეგ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის სფეროში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	145
ცხრილი 23 ოპერაციის შემდეგ სოციალური ურთიერთობების სფეროში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	146
ცხრილი 24 ოპერაციის შემდეგ „გარემოს“ სფეროში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი .....	148
ცხრილი 25. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი. ....	155
ცხრილი 26. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.....	156
ცხრილი 27. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი. ....	158
ცხრილი 28. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.....	159
ცხრილი 29. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი. ....	160
ცხრილი 30. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.....	161

ცხრილი 31. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი. ....	163
ცხრილი 32. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.....	164
ცხრილი 33 კითხვა 1. „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს“ ასაკის მიხედვით.....	203
ცხრილი 34 კითხვა 2. „რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?“ ასაკის მიხედვით.....	203
ცხრილი 35 კითხვა 3. „თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში?“ ასაკის მიხედვით .....	204
ცხრილი 36 კითხვა 4. „რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?“ ასაკის მიხედვით .....	205
ცხრილი 37 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? ასაკის მიხედვით.	205
ცხრილი 38 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? ასაკის მიხედვით .....	206
ცხრილი 39 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? ასაკის მიხედვით .....	206
ცხრილი 40 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ასაკის მიხედვით.....	207
ცხრილი 41 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? ასაკის მიხედვით .....	207
ცხრილი 42 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ასაკის მიხედვით.....	208
ცხრილი 43 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? ასაკის მიხედვით.....	208
ცხრილი 44 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? ასაკის მიხედვით.....	209
ცხრილი 45 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ასაკის მიხედვით .....	209
ცხრილი 46 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? ასაკის მიხედვით .....	211

ცხრილი 47 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? ასაკის მიხედვით.....	211
ცხრილი 48 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? ასაკის მიხედვით .....	212
ცხრილი 49 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? ასაკის მიხედვით .....	212
ცხრილი 50 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? ასაკის მიხედვით .....	213
ცხრილი 51 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? ასაკის მიხედვით.....	213
ცხრილი 52 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? ასაკის მიხედვით .....	214
ცხრილი 53 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? ასაკის მიხედვით .....	214
ცხრილი 54 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? ასაკის მიხედვით.....	215
ცხრილი 55 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? ასაკის მიხედვით .....	215
ცხრილი 56 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით? ასაკის მიხედვით .....	216
ცხრილი 57 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? ასაკის მიხედვით.....	216
ცხრილი 58 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? განათლების მიხედვით .....	217
ცხრილი 59 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? განათლების მიხედვით.....	217
ცხრილი 60 კითხვა 3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ხელს ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? განათლების მიხედვით.....	218
ცხრილი 61 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? განათლების მიხედვით .	218
ცხრილი 62 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? განათლების მიხედვით ...	219

ცხრილი 63 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? განათლების მიხედვით.....	219
ცხრილი 64 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? განათლების მიხედვით.....	220
ცხრილი 65 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? განათლების მიხედვით.....	220
ცხრილი 66 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? განათლების მიხედვით .....	221
ცხრილი 67 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? განათლების მიხედვით.....	221
ცხრილი 68 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? განათლების მიხედვით .....	221
ცხრილი 69 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? განათლების მიხედვით.....	222
ცხრილი 70 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? განათლების მიხედვით.....	222
ცხრილი 71 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? განათლების მიხედვით.....	223
ცხრილი 72 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? განათლების მიხედვით.....	223
ცხრილი 73 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? განათლების მიხედვით .....	224
ცხრილი 74 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? განათლების მიხედვით.....	224
ცხრილი 75 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? განათლების მიხედვით.....	225
ცხრილი 76 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? განათლების მიხედვით .....	225
ცხრილი 77 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? განათლების მიხედვით .....	226

ცხრილი 78 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? განათლების მიხედვით.....	226
ცხრილი 79 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? განათლების მიხედვით.....	227
ცხრილი 80 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? განათლების მიხედვით .....	227
ცხრილი 81 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით? განათლების მიხედვით.....	228
ცხრილი 82 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? განათლების მიხედვით.....	229
ცხრილი 83 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	229
ცხრილი 84 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	230
ცხრილი 85 კითხვა 3. თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	231
ცხრილი 86 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	232
ცხრილი 87 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	233
ცხრილი 88 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	233
ცხრილი 89 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	234
ცხრილი 90 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	235
ცხრილი 91 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	235

ცხრილი 92 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	236
ცხრილი 93 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	236
ცხრილი 94 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	237
ცხრილი 95 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	238
ცხრილი 96 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	238
ცხრილი 97 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	239
ცხრილი 98 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	239
ცხრილი 99 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	240
ცხრილი 100 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	241
ცხრილი 101 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	241
ცხრილი 102 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	242
ცხრილი 103 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	243
ცხრილი 104 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	244
ცხრილი 105 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? დასაქმების სტატუსის მიხედვით.....	245
ცხრილი 106 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით? ....	245

ცხრილი 107 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? დასაქმების სტატუსის მიხედვით .....	246
ცხრილი 108 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	247
ცხრილი 109 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	248
ცხრილი 110 კითხვა 3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები ხელს თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით.....	248
ცხრილი 111 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისათვის? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	250
ცხრილი 112 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით.....	251
ცხრილი 113 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	251
ცხრილი 114 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	252
ცხრილი 115 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	252
ცხრილი 116 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? ოჯახური სტატუსის მიხედვით.....	253
ცხრილი 117 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით.....	254
ცხრილი 118 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	254
ცხრილი 119 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	255
ცხრილი 120 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	255

ცხრილი 121 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	256
ცხრილი 122 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	257
ცხრილი 123 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	257
ცხრილი 124 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	258
ცხრილი 125 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	259
ცხრილი 126 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით.....	260
ცხრილი 127 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	261
ცხრილი 128 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	262
ცხრილი 129 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? ოჯახური სტატუსის მიხედვით.....	262
ცხრილი 130 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? ოჯახური სტატუსის მიხედვით .....	263
ცხრილი 131 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	264
ცხრილი 132 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	264
ცხრილი 133 3.თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ხელს ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	264
ცხრილი 134 კითხვა 4.რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	265

ცხრილი 135 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	266
ცხრილი 136 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	266
ცხრილი 137 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	267
ცხრილი 138 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	267
ცხრილი 139 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	268
ცხრილი 140 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	268
ცხრილი 141 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	269
ცხრილი 142 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	269
ცხრილი 143 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით.....	270
ცხრილი 144 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? თბილისი/რეგიონის მიხედვით.....	270
ცხრილი 145 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	271
ცხრილი 146 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	271
ცხრილი 147 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? თბილისი/რეგიონის მიხედვით.....	272
ცხრილი 148 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	272

ცხრილი 149 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	273
ცხრილი 150 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	274
ცხრილი 151 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	274
ცხრილი 152 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	275
ცხრილი 153 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	275
ცხრილი 154 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	276
ცხრილი 155 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? თბილისი/რეგიონის მიხედვით .....	277
ცხრილი 156 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	277
ცხრილი 157 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	278
ცხრილი 158 კითხვა 3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები ხელს თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	279
ცხრილი 159 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	280
ცხრილი 160 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	281
ცხრილი 161 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	282
ცხრილი 162 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? ჩარევის ტიპის მიხედვით .....	282

ცხრილი 163 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	283
ცხრილი 164 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	284
ცხრილი 165 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	285
ცხრილი 166 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	285
ცხრილი 167 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	286
ცხრილი 168 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	286
ცხრილი 169 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	287
ცხრილი 170 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	288
ცხრილი 171 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	288
ცხრილი 172 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	289
ცხრილი 173 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	290
ცხრილი 174 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	291
ცხრილი 175 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	292
ცხრილი 176 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	293
ცხრილი 177 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? ჩარევის ტიპის მიხედვით.....	294

ცხრილი 178 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? ჩარევის ტიპის მიხედვით ..... 294

ცხრილი 179 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით? ჩარევის ტიპის მიხედვით..... 295

ცხრილი 180 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? ჩარევის ტიპის მიხედვით..... 296

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები:

CL (Confidence Level) -სარწმუნოების ინტერვალი

OR (Odds Rattio) -შანსის ალბათობა

Sample Size -საკვლევი ჯგუფის ზომა

Study Power - კვლევის ძალა.

WHO (World health Organization) - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

TVS - ტრანსვაგინალური სონოგრაფია

HSG - ჰისტეროსალპინგოგრაფია

FIGO - გინეკოლოგიის და მენოპაუზის საერთაშორისო ფედერაცია

PALM - პოლიპი,ადენომიოზი,ლეიომიომა,მეტაპლაზიური დაავადება და ჰიპერპლაზია)

COEIN - ოვულატორული დისფუნქციის ჯგუფი

OR- სტატისტიკური შანსთა ფარდობა

WHOQL-BREF-ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კითხვარი

## შესავალი

არსებული ფონი, თემის აქტუალობის დასაბუთება

დაავადების ინტენსივობა, პროგნოზი და რეციდივების აღბათობა ყოველთვის ისაზღვრება კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემებით, ამასთან კლინიკური, ფიზიკალური თუ ლაბორატორიული მეთოდები დღითიდღე ვითარდება. სულ უფრო ინტენსიური ხდება პარაკლინიკური კვლევის მეთოდების ინტეგრირება კლინიკურ მედიცინაში. კვლევის თითოეული მეთოდი აუცილებელია როგორც დაავადების მართვისათვის, ისე მისი გამოსავალის პროგნოზირებისათვის, მაგრამ აღნიშნულთან ერთად პათოლოგიურ პროცესზე გავლენას ახდენს პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობა მისი, პერსონალური თუ სოციალური კონტექსტიდან, ამასთან ეს უკანასკნელი არ წარმოადგენს განყენებულ ფენომენს და იგი მჭიდრო კავშირშია პათოლოგიური პროცესის კლინიკურ თუ პარაკლინიკურ მარკერებთან. ამდენად, პაციენტის მდგომარეობის მრავალმხრივი და ადექვატური შეფასებისათვის, მისი ცხოვრების ხარისხის შესწავლაც აუცილებელ პირობას წარმოადგენს (Sampogna F./სემპოგა, 2013).

ექვგარეშეა, რომ ჯანმრთელობასთან ან დაავადებასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება ან გაუმჯობესება ექიმის და პაციენტის ურთიერთობის საბოლოო მიზანია. ამ მიზნის ფარგლებში საჭიროა ყურადღების გამახვილება არა მხოლოდ დაავადების ფიზიკურ ასპექტებზე, არამედ იმაზეც, თუ როგორ აღიქვამენ პაციენტები თავიანთ დაავადებებს. აღნიშნული განსაკუთრებულ აქტუალობას იძენს ქრონიკული და პალიატიური პაციენტების მკურნალობის პროცესში, თუმცა არც მწვავე და განკურნებადი დაავადებების მართვის შემთხვევაში კარგავს მნიშვნელობას (Балабуха О.С./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 გაუმჯობესებას და თითოეული პაციენტის უნიკალურ საჭიროებაზე მორგებული სპეციალიზირებული სამედიცინო დახმარების შექმნას. პაციენტის მიერ ჯანმრთელობის სუბიექტურ აღქმაზე დაფუძნებული ცხოვრების ხარისხი ხდება მნიშვნელოვანი

მახასიათებელი, რომელიც აერთიანებს ინდივიდის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, ემოციურ და სოციალურ სტატუსს (Guyatt G.H/გაიატ, 2002).

სამწუხაროდ, მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობის გამოკვლევებია მიმართული სამედიცინო ჩარევის საბოლოო მიზანზე, როგორც შეიძლება იყოს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის შესწავლა. 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 (ნ. ყაზახაშვილი 2019). სწორედ ამიტომ მსგავსი ტიპის კვლევების ჩატარება საჭიროებს ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად სარწმუნო მეთოდების გამოყენებას, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელი გახდება ობიექტური მონაცემების მიღება პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ცვლილებაზე ქირურგიული ჩარევის შემდეგ. დღესდღეობით უფრო მეტადაა შესწავლილი ურთიერკავშირი ცხოვრების ხარისხსა და პროფესიულ საქმიანობას შორის, რასაც მოწმობს 2012 წელს მკვლევარ ნატო ფიცხელაურის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები, სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილების დონე და ინფორმირებულობის დონე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კომპონენტებთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია.

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 შეფასება, თუ რამდენად ახდენს გავლენას დაავადება პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, განსაკუთრებით შრომისუნარიან ასაკში.

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

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

არსებული ფონისა და პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, შეირჩა სამეცნიერო კვლევა და მისი დიზაინი.

კვლევის მიზანი, კვლევის ობიექტი და დასახული ამოცანები

კვლევის მიზანი იყო გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენის დადგენა მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე.

კვლევა ჩატარდა 2020 წელს სამ სამედიცინო დაწესებულებაში: სამედიცინო ცენტრ „ინოვაში“, შპს „მედინვესტმენტში“ და „ჩიჩუების სამედიცინო ცენტრ „მზერაში“. კვლევის ობიექტები იყვნენ პაციენტები, რომელთაც ჩაუტარდათ სხვადასხვა სახის გინეკოლოგიური ოპერაცია: ჰისტერექტომია დანამატებით (68), ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე (40), მიომექტომია (33) კისტექტომია (22), ჰისტეროსკოპია (22), სხვა ქირურგიული ჩარევები (40).

კვლევის ამოცანები იყო:

1. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის ძირითადი დეტერმინანტების შესახებ არსებული ლიტერატურის ნარატიული ანალიზი.
2. კვლევის ინსტრუმენტის შერჩევა.
3. საკვლევი ჯგუფების გამოყოფა.

4. კვლევის ჩატარება.
5. მიღებული შედეგების სტატისტიკური დამუშავება და ანალიზი.
6. დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

#### კვლევის ჰიპოთეზა

გინეკოლოგიური ოპერაციები აუმჯობესებენ პაციენტების ცხოვრების ხარისხს.

#### 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 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 მდგომარეობი“ს 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.

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 ჯამში - ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

3. მომქმედი გაიდლაინების ფარგლებში სასწავლო-საგანმანათლებლო ტრენინგ კურსების შემუშავება და დანერგვა პროფილურ სამედიცინო დაწესებულებებში მომქმედი 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 კეთილსაიმედო გამოსავალის შანსს.

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 დაავადებიდან პაციენტზე გადატანა. 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 ჯამში, ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დასკვნები:

1. გინეკოლოგიური ჩარევები აუმჯობესებს 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 (დაოჯახებულების, დასაოჯახებლები და განქორწინებულების / 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, ფსიქიკური 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. „ფსიქიკური 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. „ფსიქიკური 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 ჩარევები შემდეგ პაციენტთა მხრიდან ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება უფრო მეტად გაიზარდა, ვიდრე ცხოვრების ხარისხით კმაყოფილება (პაციენტთა 48.4%-ში და 41.5%-ში შესაბამისად).

ნაშრომის აპრობაცია:

1. 4-5/09/ 2019 მე-9 ევრაზიული მულტიდისციპლინარული ფორუმი Eurasian multidisciplinary forum, Batumi, Georgia „ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება“ (ავტორები: ე.ისაკიდი, მ.მგელაძე)
2. 26-28 აპრილი 2021 საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის, საერთაშორისო ჰიბრიდულ კონფერენციაზე საზოგადოების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა.
3. საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციოსადისერტაციო საბჭოს ონლაინ სხდომაზე (თბილისი, 01.06.2021წ.).

#### 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)

#### ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა

დისერტაცია შედგება შესავალის, ექვსი თავის, მათ შორის კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისა და დანართი CD-საგან. დისერტაცია დაწერილია 296 გვერდზე. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 113 წყაროს. დანართი 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.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა

### 1.1 ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის ძირითადი განმსაზღვრელები

60-იანი წლების დასაწყისში ამერიკელი სოციოლოგები, დაინტერესდნენ ცხოვრების ხარისხის შესწავლით, მათ გადაწყვიტეს შეესწავლათ, თუ რამდენად ეფექტური იყო ფედერალური პროგრამები ადამიანებისთვის მათი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. ადამიანის ცხოვრების ხარისხის მეცნიერულ დონეზე შესწავლა სოციოლოგების გარდა სხვა წამყვანმა დარგებმაც დაიწყო, როგორც იყო მაგალითად ეკონომიკა, სოციალური ფსიქოლოგია და სხვა (Sampogna F/სემპოგნა 2013).

ნობელის პრემიის ლაურეატებმა ჯ. სტიგლიციზმა და ა. სენმა, დაიწყეს ცხოვრების ხარისხის ინდიკატორების გამოყენება. „ცხოვრების ხარისხის“ კონცეფცია სოციოლოგიიდან გადავიდა სხვა სფეროებში - ფსიქოლოგიაში, ეკონომიკაში, პოლიტიკაში. ცხოვრების ხარისხის ცნება აქტიურად გამოიყენება მედიცინაშიც. თანდათან სამედიცინო პრაქტიკაშიც დაიწყო ამ კონცეფციის გამოყენება ადამიანის ცხოვრების მახასიათებლების შესაფასებლად.

მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში ცხოვრების ხარისხის ფილოსოფიური კონცეფცია გამოიყენება, როგორც საზოგადოებრივი პოლიტიკის და სოციალური მუშაობის შეფასების მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი, მართვის ეფექტიანობაზე გავლენის მოხდენის საშუალება. (Афанасьева Е.В/აფანასიევა 2010).

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ დადგენილია ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელი 12 ასპექტი, რომელთა შორის პირველ ადგილს ჯანმრთელობის მდგომარეობა იკავებს. ჯანმრთელობა განსაზღვრულია იმ მოცემულობად, რომლის არქონის შემთხვევაში ცხოვრების ხარისხი მხოლოდ უარყოფითი მაჩვენებლებით ფასდება.

ცხოვრების ხარისხის ჩამონათვალში ჯანმრთელობის შემდეგ წარმოდგენილია, საარსებო წყარო, განათლება, სამუშაო პირობები, დასაქმება, კომუნიკაციები, საცხოვრებელი სახლი, ტანსაცმელი, დასვენება, გართობა, სოციალური ნდობა და პირადი თავისუფლება.

ზოგიერთი ეს პარამეტრი ჯანმრთელობას ეხება, ზოგი კი მხოლოდ არაპირდაპირ გავლენას ახდენს. ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სულიერი და სოციალური ფუნქციები, მათ შორის ზოგადი კეთილდღეობა, სოციალური ინტერაქცია უშუალოდ არის დაკავშირებული ჯანმრთელობის შესახებ ცხოვრების ხარისხის ფაქტორებთან.

აღნიშნული მიმართულება, მოიცავს პირის ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტს, ესენია:

1. კეთილდღეობა და სამუშაო კმაყოფილება;
2. სწავლა;
3. სახლი და ოჯახური გარემო;
4. ცხოვრების სოციალური და პოლიტიკური კომპონენტები.

ხშირად, ცხოვრების ხარისხი განისაზღვრება, როგორც საზოგადოებაში ფუნქციონირების ინდივიდუალური უნარი (შრომა, სოციალური, აქტივობა, ოჯახური ცხოვრება) და როგორც პიროვნების ფიზიკური, ემოციური, გონებრივი და ინტელექტუალური მახასიათებლების კომპლექსი (Хетагурова А.К./ხეთაგუროვა 2003).

მედიცინასთან მიმართებით, ცხოვრების ხარისხი არის პაციენტის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ემოციური მდგომარეობის ინტეგრალური მახასიათებელი, რომელიც შეფასებულია მისი სუბიექტური აღქმის საფუძველზე.

ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული ცხოვრებისეული კონცეფციის შემუშავება აფართოებს ტერმინის ინტერპრეტაციასა და გაგებას, რომელიც მოიცავს პირის ცხოვრების ბევრ ასპექტს, იგი მოიცავს არა მხოლოდ საცხოვრებელ პირობებს, სამუშაოს კმაყოფილებას, სწავლას, სახლსა და ოჯახურ გარემოს, არამედ სოციალურ, ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს (Альбицкий В.Ю./ალბიციკი 2002).

სიცოცხლის ხარისხის მსოფლმხედველობრივი ევოლუცია მსოფლიოში დაჩქარებული ტემპებით განვითარდა. სამედიცინო დახმარება, უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრვაში. პაციენტის ცხოვრების ხარისხის ფილოსოფია გახდა სამედიცინო დარგის ერთ-ერთ ამოსავალი წერტილი. აქ ბუნებრივად იგულისხმება პაციენტის კმაყოფილების ინდექსიც, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შემდგომ და სხვა

ინდიკატორები, რომელთა ერთიანი ჯამი ქმნიან ერთიან განწყობას და აყალიბებენ ურთიერთობას პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის. კაპიტალისტურ სამყაროში სამედიცინო სფერო ბიზნესის სპეციფიკურ დარგს წარმოადგენს, რომლის ცხოველმყოფელობისთვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურეს შორის პოზიტიური ურთიერთობის ჩამოყალიბებაა, რასაც სრულფასოვნად გაწეული სამედიცინო მომსახურება და შესაბამისი გარემო ქმნიან. ამ კომპონენტებში ხარვეზის ქონა საფრთხეს უქმნის კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებას, მაშტაბის გაზრდის შემთხვევაში კი სერიოზულ პრობლემას უქმნის ბიზნესს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაციენტის ცხოვრების ხარისხი ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს სამედიცინო დარგისთვის და მისი განვითარებისთვის.

პაციენტის ცხოვრების ხარისხი, წარმოადგენს ზრუნვის ახალ მიდგომას, რომელიც ითვალისწინებს პაციენტის მდგომარეობას. ეს პოზიცია შეიძლება ხასიათდებოდეს ისეთი პარამეტრებით, როგორცაა პაციენტის გამოხატული საჭიროებების პატივისცემა, დახმარების კოორდინაცია და ინტეგრაცია, ფიზიკური კომფორტი და შიშის ან შფოთვის აღმოფხვრა, ოჯახის და მეგობრების ჩართვა, მოვლის უწყვეტობა.

მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის შეფასება, სადაც ორივე მხარე ღიად აწვდის ინფორმაციას პრობლემური კერების შესახებ, რაც ორგანიზმშია წარმოშობილი. აქვე უნდა ითქვას, რომ დაავადებების გამოკვლევისას და შეფასებისას, ხშირ შემთხვევაში არასაკმარისი და არაზუსტი ინფორმაციის მიწოდება ხდება, რაც ბუნებრივად იწვევს უკმაყოფილებას. (Шевченко Ю.Л./შევჩენკო 2005, Сенкевич Н.Ю./სენკევიჩ2000). ამ უკმაყოფილებას და დისბალანსს ამძაფრებს ზედმეტი სტრესი, მოვლის კულტურის ზოგადი დონის ვარდნა (მათ შორის სანიტარული და ჰიგიენური), ცუდი ჩვევების გავრცელება და არაჯანსაღი ცხოვრების წესის სხვა ფაქტორები. სიმპტომები, რომლებიც დაკავშირებულია დაავადებასთან ან მის მკურნალობასთან. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა არა მხოლოდ აღწერა, არამედ ფუნქციური მდგომარეობის ზუსტი გაზომვა (სამუშაოს შესრულების უნარი, საშინაო დავალების შესრულების უნარი). ფსიქიური მდგომარეობა, სოციალური აქტივობა, სამედიცინო დახმარებით კმაყოფილება, სექსუალური (სექსუალური, რეპროდუქციული) ყველა ეს

კომპონენტი აერთიანებს ცხოვრების იმ ხარისხს, რომელიც დაკავშირებულია ჯანმრთელობასთან.

სიცოცხლის ხარისხის გაზომილი კომპონენტები მოიცავს დემოგრაფიულ, სოციალურ, სულიერ, ფსიქოლოგიურ, ფიზიკურ ცვლადებს, რომელთა დეტალური მახასიათებლები მოცემულია სხვადასხვა შრომებში. მრავალი განსაზღვრებით, რომლებიც დღეს არსებობს მნელია გამოვყოთ ცხოვრების უნივერსალური ხარისხი, რადგან თითოეული მათგანი ავსებს და ასაბუთებს ტერმინის ინტერპრეტაციას.

ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრის უნივერსალური მიდგომის მიუხედავად, რომელიც დაკავშირებულია ჯანმრთელობასთან, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და სამედიცინო სტატუსის კომპონენტების მრავალფეროვნებასთან, მკვლევარების უმრავლესობა ხაზს უსვამს ფუნქციური უნარის შეფასების მნიშვნელობას, რაც გულისხმობს პაციენტების სუბიექტურ აღქმას, როდესაც პაციენტი აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობას, დაავადებების სიმპტომებსა და მათ შედეგებს, ასევე რამდენად არის ცხოვრებით კმაყოფილი.

Решетников, А. В./რეშეტნიკოვ 2011).

ფუნქციონალურ უნარს ახასიათებს ყოველდღიური აქტივობა, სოციალური ფუნქციის შესრულების ძალისხმევა, ინტელექტუალური აქტივობა, ემოციური სტატუსის და ეკონომიკური მხარდაჭერის უნარი.

პაციენტების სუბიექტური აღქმის არეალია ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა, ცხოვრების კმაყოფილების და შფოთვის დონე. დაავადების ძირითადი სიმპტომები ხასიათდება გარკვეული სიხშირით, სიმძიმით და ხანგრძლივობით, სიმპტომების ემოციური რეაქციით.

ამრიგად, ცხოვრების პრობლემების ხარისხის შინაარსი განიხილება, როგორც წესი, რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებულ ასპექტში.

ისეთი მახასიათებლები, როგორიცაა ვარჯიშის შესრულება, ყოველდღიური მუშაობა, დამოუკიდებლობა, კომუნიკაცია, ინტელექტუალური აქტივობა, ემოციური გამოვლინებები და ა.შ., შედის ფუნქციური მდგომარეობის მასშტაბში. ეს მასშტაბი არ შეიცავს სომატურ სიმპტომებს, რომლებიც დაკავშირებულია ფუძემდებლურ ან თანმდევი დაავადებით და მის მკურნალობასთან აღნიშნული პარამეტრები განიხილება ცალკე.

გავლენის მომხდენ ფაქტორებში შედის როგორც საკუთრივ ცალკეული დაავადებები, ისე ნარკოტიკის მოხმარება, რაც ბუნებრივად იწვევს დეპრესიას, ასევე სხვადასხვა აგიტაციური შინაარსის შემცველი ინფორმაცია, აღნიშნული ფაქტორები ერთმნიშვნელოვნად ახდენენ გავლენას აღქმაზე და ფსიქიკურ მდგომარეობაზე, ასევე სოციალურ აქტივობაზე, სექსუალურ ფუნქციაზე, სამედიცინო დახმარებით კმაყოფილებაზე და სხვა. დაავადების დაწყება და მიმდინარეობა იწვევს პრეტენზიებსა და კლინიკურ სიმპტომებს. მკურნალობა გავლენას ახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე რამაც შეიძლება ეფექტური გავლენა მოახდინოს პაციენტზე, ანდა ჰქონდეს გვერდითი მოვლენები. აღნიშნულმა კი შესაძლოა გამოიწვიოს ახალი სიმპტომების გაჩენა ან დაავადების არსებული სიმპტომების გამწვავება. ყოველივე ეს უშუალო გავლენას ახდენს ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ ფუნქციებზე, რომლებიც არაპირდაპირი გზით მოქმედებენ საზოგადო და სოციალურ ფუნქციებზე (Torrance G.W./ტორენს 2000).

ცხოვრებისეული კრიტერიუმების შერჩევის სხვა მიდგომებიც არსებობს. ცხოვრების ხარისხი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც პიროვნების კმაყოფილების ხარისხი მათი ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური მდგომარეობიდან გამომდინარე. სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვანი კრიტერიუმებია ფიზიკური აქტივობა, ფიზიკური პრობლემების როლი ცხოვრებისეული საქმიანობის შეზღუდვაში, ტკივილის სიმძიმე, საკუთარი ჯანმრთელობის ზოგადი აღქმა, სიცოცხლისუნარიანობა, სოციალური აქტივობა, ემოციური პრობლემების როლი ცხოვრების საქმიანობის შეზღუდვაში, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. ამასთან ერთად ცხოვრების ხარისხის და ზოგადი კეთილდღეობის შედარება ხდება ცხოვრების სხვა განვლილ პერიოდებთან. სიცოცხლის ხარისხი ასევე შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ინდივიდის უნარი იმოქმედოს საზოგადოებაში მათი სოციალური სტატუსის შესაბამისად და მიიღოს კმაყოფილება ცხოვრებისგან. სიცოცხლის ხარისხის განმსაზღვრელ ინდიკატორად მიჩნეულია პაციენტის მიერ დაავადების არსებობასთან ადაპტირების უნარი, აქვე არის ნაგულისხმევი ისეთი ფუნქციები, როგორც არის მუშაობა, როგორც სახლის პირობებში, ისე ორგანიზაციებში, სოციალურ-ეკონომიკური ფუნქციების განხორციელების უნარი. ცხოვრების ხარისხის შესწავლის მიმართულებით, გასული ათწლეულების განმავლობაში, მთელ მსოფლიოში მნიშვნელოვნად გაიზარდა კვლევითი საქმიანობა, რამაც მსოფლიოს

სხვადასხვა სახელმწიფოში ჯანდაცვის რეფორმებების ეფექტურობა მკვეთრად გაზარდა (Балабуха, 2010; Гущин,А.В/გუმინ 2013)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელი კრიტერიუმები და კომპონენტები დადგენილი იქნა იმ სახით, რომელიც მოცემულია ცხრილში #1.

ცხრილი 1 ცხოვრების ხარისხი კრიტერიუმები და მათი კომპონენტები

კრიტერიუმი	კომპონენტები
ფიზიკური	ძალა, ენერჯია, დაღლილობა, ტკივილი, დისკომფორტი, ძილი, დასვენება
ფსიქოლოგიური	პოზიტიური ემოციები, აზროვნება, დამახსოვრება, სწავლა, კონცენტრაცია, თვითშეფასება, გარეგნობა, ნეგატიური გამოცდილება
დამოუკიდებლობის დონე	ყოველდღიური საქმიანობა, შესრულება, ნარკომანიისა და მკურნალობის დამოკიდებულება;
სოციალური ცხოვრება	პირადი ურთიერთობები, საგნის სოციალური ღირებულება, სექსუალური აქტივობა.
გარემო	კეთილდღეობა, უსაფრთხოება, სიცოცხლე, სამედიცინო დახმარებისა და სოციალური უსაფრთხოების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, სწავლებისა და მოწინავე ტრენინგის შესაძლებლობა, დასვენება, ეკოლოგია (დამაბინძურებლები, მოსახლეობა, ხმაური, კლიმატი)
სულიერება	რელიგია, პირადი რწმენა

ადრე ითვლებოდა, რომ თუ მკურნალობის პროცესი გაუმჯობესდება კლინიკური და ლაბორატორიული ინდიკატორებით, ასევე, უმჯობესდება ცხოვრების ხარისხიც, მაგრამ ეს ყოველთვის ასე არ არის. ცხოვრების ხარისხის შესწავლის შედეგები აჩვენებს, რომ ტკივილის ხასიათი, ხანგრძლივობა და ინტენსივობა დიდწილად განპირობებულია არახელსაყრელი ცხოვრებისეული სიტუაციებით, სოციალური და ეკონომიკური პრობლემებით, და არ არის დამოკიდებული მხოლოდ მიყენებული ზიანის ზომაზე (Guyatt. 2002). სიცოცხლის ხარისხთან დაკავშირებული ინტერესის გაზრდა ჯანმრთელობის კუთხით, რამდენიმე გარემოებამ განაპირობა, უპირველეს ყოვლისა, ეს არის ისეთი სიტუაციების გამომჟღავნების შედეგი, როდესაც სამედიცინო ტექნოლოგიების გაუმჯობესების შედეგად პაციენტი ცოცხალი რჩება ბიოლოგიურად, მაგრამ სოციალურად მკვდარია.

მედიცინის და ჯანმრთელობის ფუნდამენტური ეთიკური პრინციპია მორალური ავტონომიისა და პაციენტის უფლებების პატივისცემა. პაციენტისთვის ცხოვრების ოპტიმალური ხარისხის მიღწევა ხდება განკურნებით, ამასთან პაციენტს შეუძლია მიიღოს ცნობიერი არჩევანი მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, გადაწყვეტილების მიღების უფლება და პასუხისმგებლობის აღება პაციენტის პრეროგატივაა. ქრონიკული განუკურნებელი პაციენტების რაოდენობის ზრდის ფონზე, ვისთვისაც განკურნების მიზანი მიუწვდომელია. სამედიცინო პროცესში მონაწილემ უნდა განახორციელოს ის ზომები, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება.

მრავალი მკვლევარი ფართოდ იყენებს სიცოცხლის ხარისხის კრიტერიუმებს მკურნალობის მეთოდების სტანდარტიზაციის შესაფასებლად, ახალი სამკურნალო მეთოდების და ახალი მედიკამენტების შემოწმებისას, განსაკუთრებით ახალი ფარმაკოლოგიური კლინიკური კვლევების დროს, მკურნალობის ადრეული და გრძელვადიანი შედეგების შეფასებისას და პაციენტის მდგომარეობის სრულყოფილი ინდივიდუალური მონიტორინგის უზრუნველსაყოფად.

მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს რისკის ჯგუფების დინამიური მონიტორინგი და შეფასება, რაც პრევენციის პროგრამების ეფექტურობას ზრდის. პალიატიური მედიცინის განვითარება შეუძლებელია წარმოვიდგინოთ ამ ტიპის ზრუნვის ფუნდამენტური პრინციპების შემუშავების გარეშე, რომელიც ეფუძნება სიცოცხლის ხარისხის შეფასებას.

სიცოცხლის ხარისხის შეფასების კრიტერიუმების წარმატებით გამოყენების კიდევ ერთი სფეროა მკურნალობის მეთოდების ეკონომიკური მიზანშეწონილობა ისეთი ინდიკატორების გათვალისწინებით, როგორცაა "ფასების ხარისხი", "ხარჯების ეფექტურობა" და სხვა ფარმაკოეკონომიკური კრიტერიუმები (Вороньев, П. А./ვორობიოვი 2000). მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინაში სიცოცხლის ხარისხი განისაზღვრება, როგორც პაციენტის კეთილდღეობის ზომა და მნიშვნელობა, რომელსაც იგი ანიჭებს მის ჯანმრთელობას. მედიცინაში სიცოცხლის ხარისხის კვლევის მეთოდოლოგიის პირველი სახელმძღვანელოს ავტორები გვთავაზობენ სიცოცხლის ხარისხის განხილვას სამი მთავარი მიმართულებით. (Перельман Н. Л./პერელმან 2018)

ერთი მხრივ, ეს არის კონცეფცია, რომელიც მოიცავს ადამიანის ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტს: ცხოვრების პირობებს, პროფესიულ საქმიანობას და საცხოვრებელ გარემოს. მეორეს მხრივ, სიცოცხლის ხარისხი უნდა მოიცავდეს სამედიცინო ასპექტებს: დაავადების გავლენა, დაავადებით გამოწვეული დარღვევების და შეზღუდული შესაძლებლობების წარმოქმნა, მკურნალობის პროცესი პაციენტის ფუნქციონირებისთვის.

და მესამე, თავად სიცოცხლის ხარისხის ცნება: პაციენტის პრეტენზიები, მისი ფუნქციური შესაძლებლობები, დაავადებასთან დაკავშირებული ცხოვრებისეული ცვლილებების აღქმა, ზოგადი კეთილდღეობა.

ლიტერატურული წყაროების ანალიზი საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ სიცოცხლის ხარისხის კონცეფცია დიდი ხნის განმავლობაში განიხილებოდა, როგორც ექსკლუზიურად სოციალური კატეგორია, რაც ასახავს კმაყოფილებას შრომითი საქმიანობით, ცხოვრების პირობებით, მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების ხარისხით და ა.შ. მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ცხოვრების ხარისხის სამედიცინო ასპექტი არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რადგან ის ხაზს უსვამს ცხოვრების ხარისხს, რომელიც გავლენას ახდენენ დაავადებაზე. ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლების გაუარესება გამოწვეული არ არის მხოლოდ ცუდი ჯანმრთელობით, დაბალი შემოსავლით, სოციალური სტატუსის ცვლილებით ან შეზღუდული კონტაქტებით და სხვა. ამ ეტაპისთვის აშკარაა ტენდენცია ისეთი ინდიკატორების გამოყენების, როგორცაა ჯანმრთელობის თვითშეფასება, როგორც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის მახასიათებელი.

მნიშვნელოვანია ტარდებოდეს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის სისტემური და ჰოლისტიკური სამედიცინო და სოციოლოგიური ანალიზი ისეთ საერთო ქრონიკულ დაავადებების დროს, როგორცაა მაგალითად, გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ფილტვის ქრონიკული და ონკოლოგიური დაავადებები, დიაბეტი, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები. საქართველოში ამ ტიპის დაავადებების მქონე პაციენტებში არ ჩატარებულა კვლევა იმის თაობაზე თუ როგორ შეიცვალა ცხოვრების ხარისხის აღქმა სამედიცინო ჩარევის შემდეგ. ეს მიდგომა სასარგებლო იქნება დაავადების მრავალგანზომილებიანი სურათის მისაღებად და მკურნალობისა და პროფილაქტიკის გრძელვადიანი პროგრამების შესაქმნელად. ცხოვრების ხარისხის ფაქტორების გაანალიზება ან მათი უგულებელყოფა აუცილებლად იმოქმედებს პაციენტის კმაყოფილებაზე, მათ სოციალურ და პირად ცხოვრებაზე. უარყოფითი ტენდენციები კი გამოიწვევს პაციენტის პროდუქტიულობის შემცირებას და ნაკლებ სოციალურ აქტივობას.

პაციენტის პიროვნების, ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება მოითხოვს დაავადების სრული სურათის დეტალურ შესწავლას კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში, რათა მოხდეს მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტის არჩევა.

1.2 ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის შეფასების მეთოდები ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად ათამდე სხვადასხვა ინსტრუმენტი გამოიყენება.

ჯანმრთელობა მრავალგანზომილებიანი მდგომარეობაა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანმრთელობის კატეგორიაში შედის ფიზიკური, გონებრივი, სულიერი და სოციალური ჯანმრთელობის კატეგორიები. ამიტომ ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად უნდა გამოვიყენოთ ისეთი ინსტრუმენტი, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა ასპექტს.

მნიშვნელოვანია რომ ინსტრუმენტის გამოყენება შესაძლებელი იყოს სხვადასხვა სქესის, ასაკის, პროფესიის ადამიანებში და ამასთან განსხვავებული დაავადების შემთხვევაში. ამავე დროს, ეს უნდა იყოს მარტივი, ლაკონური, გასაგები დოკუმენტი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია შესწავლილი პარამეტრების რაოდენობრივი შეფასება (Константинов

В.Б./კონცტატინოვ 2001; Деларю В.В./დელარიუ 2005; Евдокимов В.И./ევდოკიმოვ 2008)

ჯანმრთელობის სფეროში ცხოვრების ხარისხის გაზომვისთვის შექმნილი კითხვარები შეიძლება დავყოთ 3 ძირითად ჯგუფად:

1. ზოგადი, არასპეციფიკური (გამოითვლება შეფასებული ჯანმრთელობის სხვადასხვა ჯგუფში ჯანმრთელ პირთა ან ავადმყოფებში, ნოზოლოგიური ფორმის მიუხედავად);
2. პირადი (შექმნილია ინდივიდუალური სიმპტომების შესასწავლად, მაგალითად, ძილის დარღვევა, ტკივილი და ა.შ.);
3. დაავადების სპეციფიკური (მაგალითად, ენდომეტრიოზის, ჭინჭრის ციების, ასთმის მქონე პაციენტებისთვის და ა.შ.).

ამ თავში მიმოვიხილავთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ყველაზე გავრცელებულ საზომებს.

ერთ-ერთი გავრცელებული ინსტრუმენტია კვლევითი და საკონსულტაციო კორპორაცია RAND-ის მიერ შექმნილი კითხვარი SF-36. ინსტრუმენტი მოიცავს 36 კითხვას, რომლებიც ჯგუფდება რვა განზომილებად.

1. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფიზიკური ფუნქციონირების შეზღუდვები;
2. სოციალური აქტივობების შეზღუდვები, რომლებიც გამოწვეულია ფიზიკური და ემოციური პრობლემებით;
3. ყოველდღიური როლური აქტივობის შეზღუდვები, რომლებიც გამოწვეულია ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით;
4. სხეულის ტკივილი;
5. ზოგადი მენტალური ჯანმრთელობა (ფსიქოლოგიური დისტრესი ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა);
6. ყოველდღიური როლური აქტივობის შეზღუდვები, რომლებიც გამოწვეულია ემოციური პრობლემებით;
7. ენერგიულობა;
8. ჯანმრთელობის ზოგადი აღქმა;

არსებობს SF-36-ის მოკლე ვერსია SF-12, რომელიც შესაბამისად 12 კითხვისგან შედგება.

გამარტივებულ კითხვარს იგივე განზომილებები აქვს რაც მის ვრცელ ვერსიას. ორივე კითხვარის გამოყენება შეიძლება მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის.

სპეციფიური დაავადებისთვის შექმნილი კითხვარებიდან აღსანიშნავია ოქსფორდის უნივერსიტეტის მიერ შექმნილი კითხვარი - EHP-30 (Endometriosis Health Profile questionnaire), რომელიც გამოიყენება ქალების ცხოვრებაზე ენდომეტრიოზის გავლენის შეფასებისთვის. ინსტრუმენტი შედგება 6 მოდულისგან:

1. ტკივილი (11 კითხვა)
2. კონტროლი და უუნარობა (6 კითხვა)
3. სოციალური მხარდაჭერა (4 კითხვა)
4. ემოციური ჯანმრთელობა (6 კითხვა)
5. თვით აღქმა (3 კითხვა)

არსებობს EHP-30-ის გამარტივებული ვერსია EHP-5. ორივე ვერსიის გამოყენება შეუძლია მხოლოდ ლიცენზირებულ დაწესებულებას, რომელმაც შეიძინა მათი გამოყენების უფლება და წესები.

The EuroQol Group Association-ის მიერ შემუშავებული იქნა კითხვარების ჯგუფი EQ-5D, რომელსაც სამი ვერსია აქვს, კითხვარს აქვს 5 განზომილება:

1. მობილობა
2. თვითმოვლა
3. ჩვეული აქტივობები
4. ტკივილი/დისკომფორტი
5. შფოთვა/დეპრესია

შევსების ტიპის მიხედვით არსებობს ამ ინსტრუმენტის სამი ვერსია: თვითშევსებადი, ინტერვიუერის დახმარებით და სხვის მაგივრად (მაგ.: პაციენტის მომვლელის) შესავსები ვერსიები.

ნოტინგემის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის მიერ 1975 წელს შეიქმნა ინსტრუმენტი Nottingham Health Profile (NHP), რომელიც ზომავს ჯანმრთელობის სუბიექტურ აღქმას. ის შედგება ორი ნაწილისგან, პირველი ნაწილი 38 პუნქტისგან შედგება და რომელიც ზომავს შემდეგ ასპექტებს:

1. ტკივილი
2. ენერგიულობა
3. ძილი

4. მობილობა
5. ემოციური რეაქცია
6. სოციალური იზოლაცია

მეორე ნაწილი კი შედგება 7 პუნქტისგან და ეხება შემდეგ ასპექტებს:

1. საქმიანობა
2. საოჯახო საქმე
3. სოციალური ცხოვრება
4. ოჯახური ცხოვრება
5. სექსუალური ფუნქცია
6. ჰობი
7. დასვენება/დღესასწაულების აღნიშვნა

კითხვარის კითხვებს აქვს მხოლოდ ორი პასუხი, „დიახ“ და „არა“, პასუხები ჯამდება და თითოეულ სექციას აქვს თავისი წონა, რაც უფრო მეტია ჯამური ქულა, მით უფრო მძიმეა პაციენტის/რესპონდენტის მდგომარეობა.

ნოტინგემის ინსტრუმენტსაც (NHP) საერთაშორისო გამოყენება აქვს და 24 ენაზეა ნათარგმნი. ის გამოიყენება ამათუიმ დაავადების გავლენის შესაფასებლად პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე.

ზემოთ ჩამოთვლილი ინსტრუმენტების გარდა ფართოდ გამოიყენება წინამდებარე კვლევის ფარგლებში გამოყენებული მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) მიერ შემუშავებული კითხვარი WHOQOL-BREF.

კითხვარის შემუშავება გასული საუკუნის 90-იან წლებში დაიწყო. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივა შეექმნა ცხოვრების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი რამოდენიმე მიზეზით იყო გამოწვეული. ამ ინიციატივამდე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას ყურადღება ექცეოდა ჯანმრთელობის ისეთი ტრადიციულ ინდიკატორებს, როგორცაა სიკვდილიანობა და ავადობა (WHO, 1996). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სურდა ფოკუსის გაფართოება და ტრადიციულ ინდიკატორებთან ერთად გამოეყენებინა ისეთი ინდიკატორები, რომლებიც გაზომავდა დაავადების გავლენას პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, მის მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღქმას.

კიდევ ერთი მიზეზი იყო ის რომ მედიცინაში ჭარბობდა მექანიკური მოდელი, რომელიც მიმართული იყო მხოლოდ დაავადების სიმპტომების აღმოფხვრაზე, ცხოვრების ხარისხის გაზომვის ინდიკატორების გამოყენება კი ჯანდაცვის სფეროში ჰუმანისტური ელემენტის დანერგვას შეუწყობდა ხელს. ჯანდაცვის სფეროში ცხოვრების ხარისხის გაზომვის შემოღებით ყურადღება მახვილდება პაციენტების კეთილდღეობაზე.

კითხვარის შემუშავებაში ჩართული იყო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის 15 საველე ცენტრი, რომლებიც ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა კულტურულად, ჯანდაცვის სისტემის, დომინანტური რელიგიის და სხვა ფაქტორების მიხედვით. დასაწყისში კითხვარი შედგებოდა 236 პუნქტისგან, შემდეგ სემანტიკურად მსგავსი კითხვები გაერთიანდა, მოხდა კითხვების კლასტერიზაცია და საბოლოო ეტაპზე შეიქმნა ორი კითხვარი WHOQOL-100 რომელიც შედგებოდა 100 პუნქტისგან და WHOQOL-BREF რომელიც არის და WHOQOL-100-ის მოკლე ვერსია და შედგება 26 კითხვისგან. ეს კითხვარები პირველად გამოქვეყნდა 1995 წელს. დღეს არსებობს ამ კითხვარების ოფიციალური თარგმანები 19 ენაზე, თუმცა ქართული ენა მათ შორის არ აღმოჩნდა. ამიტომ კითხვარი ქართულ ენაზე ითარგმნა კვლევის ფარგლებში.

WHOQOL-BREF კითხვარის უპირატესობებია:

1. არ არის მხოლოდ რომელიმე სპეციფიურ დაავადებაზე მორგებული
2. მარტივია მისი შევსება და ადმინისტრირება
3. შინაგანი ვალიდურობით ხასიათდება
4. მრავალგანზომილებიანია
5. შევსებისთვის საჭიროა მცირე დრო (10-15 წთ)
6. მისი გამოყენება შეუძლია ყველას (არ საჭიროებს სპეციალურ ლიცენზიას ან უფლებას)
7. მისი შევსება და დამუშავება შეუძლია არამხოლოდ ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტს
8. რაოდენობრივი შედეგი შეიძლება შედარდეს სამედიცინო ჩარავამდე და ჩარევის შემდეგ



### 1.3 ჰისტეროსკოპიული ჩარევის ეფექტი ცხოვრების ხარისხზე

#### 1.3.1 ჰისტეროსკოპიული ჩარევის ზოგადი მიმოხილვა და მახასიათებლები, როგორც თანამედროვე გინეკოლოგიური მიმართულება

ჰისტეროსკოპია არის ძლიერი ინსტრუმენტი საშვილოსნოს ღრუში პათოლოგიების დიაგნოზისა და მკურნალობისთვის. ეს არის პროცედურა, რომლის ჩატარების დროსაც ხდება საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერება/ინსპექცია და ოპერირება ტრანსცერვიკალური მიდგომით სპეციალური მოწყობილობის - ჰისტეროსკოპის გამოყენებით.

პროცედურა იძლევა შესაძლებლობას მინიმალურ-ინვაზიური მიდგომით დაისვას საშვილოსნოსშიდა, ასევე ენდოცერვიკალური პათოლოგიების დიაგნოზი და განხორციელდეს მათი მკურნალობა.

ჰისტეროსკოპი არის ენდოსკოპი, რომელიც წარმოადგენს ოპტიკური და მანათობელი არხების ან ბოჭკოების კომბინაციისგან შექმნილ მოწყობილობას.

არსებობს ჰისტეროსკოპის სხვადასხვა სახეობა, რომლებიც დანიშნულების მიხედვით სხვადასხვა სახის ფუნქციებითაა დატვირთული.

განასხვავებენ როგორც დიაგნოსტიკური, ასევე ოპერაციული ჰისტეროსკოპიის მეთოდებს, რომლებიც მათი უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის მაღალი ხარისხიდან გამომდინარე ოქროს სტანდარტადაა აღიარებული მთელი რიგი პათოლოგიების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში.

თანამედროვე პირობებში ჰისტეროსკოპიამ პრაქტიკულად სრულად ჩაანაცვლა დილატაციისა და კიურეტაჟის პროცედურის გამოყენება.

ჰისტეროსკოპიული მეთოდის გამოყენება შესაძლებლობას გვაძლევს მოვახდინოთ საშვილოსნოს ღრუსა და ყელის არხში არსებული ანორმალიების სრულყოფილი ვიზუალიზაცია და რიგ შემთხვევებში დაუყოვნებლივ განვახორციელოთ შესაბამისი ჩარევა აღნიშნული პათოლოგიური წარმონაქმნების მოსაცილებლად.

ჰისტეროსკოპია შესაძლოა ჩატარდეს საავადმყოფოში, ქირურგიულ ცენტრში ან ამბულატორიული ტიპის კლინიკაში.

პროცედურის ჩატარება უმჯობესია მაშინ, როდესაც ენდომეტრიუმი მაქსიმალურად თხელია, ამისთვის საუკეთესო დრო კი მენსტრუაციის შემდგომი პერიოდია. დიაგნოსტიკური ჰისტეროსკოპია მარტივი პროცედურაა და, როგორც წესი, საოფისე პირობებში სრულდება. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია მისი ჩატარება სტაციონარულ პირობებშიც, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით. დიაგნოსტიკური ჰისტეროსკოპიისთვის გამოიყენება ადგილობრივი ანესთეზია. მარტივი ოპერაციული ჰისტეროსკოპია ასევე შესაძლოა ჩატარდეს საოფისე პირობებში. ყოველთვის არ ხდება საჭირო ანალგეტიკების გამოყენება. პარაცერვიკალური ბლოკის მიღწევა შესაძლებელია ანალგეტიკის ინექციის გამოყენებით საშვილოსნოს ყელის ზედა ნაწილში. პაციენტის მდებარეობა პროცედურის ჩატარების დროს ლითოტომიური პოზაა. ჰისტეროსკოპიული ჩარევა შესაძლოა განხორციელდეს ზოგადი ანესთეზიის ფონზეც (ენდოტრაქეალური ან ლარინგეალური ნიღბის გამოყენებით). საპროფილაქტიკო ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება არ არის აუცილებელი.

ჰისტეროსკოპიის ჩვენებები:

1. აშერმანის სინდრომი (საშვილოსნოს შიდა შეხორცებები);
2. ენდომეტრიუმის ან ენდოცერვიკალური პოლიპები;
3. აბნორმული სისხლდენა საშვილოსნოდან;
4. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია;
5. ადენომიოზი;
6. ენდომეტრიუმის აბლაცია;
7. საშვილოსნოს სუბმუკოზური ან საწილობრივ ინტრამურული ფიბროიდები;
8. საშვილოსნოს თანდაყოლილი მალფორმაციები - ორქიანი საშვილოსნო, საშვილოსნოს შიდა ტიხარი;
9. ფალოპის მილების პროქსიმალური ნაწილის ობსტრუქცია;
10. საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილი პროდუქტების გამოტანა - უარყოფითი ან დაუსრულებელი კიურეტაჟი;
11. საშვილოსნოს შიდა საშუალების ამოღება;
12. მილისმიერი სტერილიზაცია;

13. ჩანაცვლებითი ჰორმონალური თერაპიის მონიტორინგი პოსტმენოპაუზალურ პერიოდში
14. ტამოქსიფენით მკურნალობის მონიტორინგი

ჰისტეროსკოპიის ჩატარება უკუნაჩვენებია შემდეგი მდგომარეობების არსებობის დროს:

1. სასქესო გზებისა და ენდომეტრიუმის მწვავე ანთება;
2. ნებისმიერი ვადის ორსულობა;
3. მასიური სისხლდენა საშვილოსნოდან;
4. საშვილოსნოს ყელისა და ყელის არხის შევიწროება, რომელიც ეწინააღმდეგება ენდოსკოპის შეყვანას;
5. გავრცელებული სიმსივნე, როდესაც პროცედურამ შეიძლება მოახდინოს სიმსივნის დისემინაციისა და მეტასტაზირების პროვოცირება;
6. ზოგადი ხასიათის ინფექციური დაავადება (რესპირატორული, ნაწლავური ინფექციები ცხელებით და ინტოქსიკაციით მიმდინარე);
7. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ღვიძლის, თირკმელების მძიმე პათოლოგია.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტეროსკოპიას შეიძლება 30 წუთი დასჭირდეს, თუმცა შეიძლება მხოლოდ 5-10 წუთს გაგრძელდეს, თუ ეს მხოლოდ დიაგნოსტიკურ ხასიათს ატარებს.

ჰისტეროსკოპიის დროს პაციენტები ტკივილს ან არ განიცდიან ან შედარებით მცირე სახის ტკივილს გრძნობენ.

ჰისტეროსკოპია განხორციელების დროიდან გამომდინარე შეიძლება იყოს შემდეგნაირი:

1. დაგეგმილი;
2. გადაუდებელი;
3. სასწრაფო;
4. ოპერაციამდე;
5. ინტრაოპერაციული;
6. პოსტოპერაციული

ჰისტეროსკოპიის გამოყენება შესაძლებელია როგორც დამოუკიდებელი ოპერაცია, ლაპაროტომიის დაწყებამდე, ლაპარასკოპიასთან ან ლაპაროტომიასთან ერთდროულად კომბინაციაში. უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტეროსკოპები 2 ძირითადი ტიპისაა - ხისტი და მოქნილი; ორივე განკუთვნილია დიაგნოსტიკური მიზნებისთვის და საშვილოსნოსშიდა ქირურგიისათვის.

მიუხედავად იმისა, რომ სადიაგნოსტიკო ჰისტეროსკოპია (Deffieux X/დეფიექს; Gauthier T/გოტიე 2014) შესაძლებელია ენდომეტრიუმის კიბოთი დაავადებულებში, (Clark T & Voit D, 2002) უკუნაჩვენებია ეგზოფიტური ტიპის საშვილოსნოს ყელის კიბო, ამ დროს მომატებული სისხლდენის რისკი გამო. (Salazar C.A./სალაზარ Isaacson K./ისაქსონ 2018) კვლევების თანახმად 2402 შემთხვევაში საოფისე ჰისტეროსკოპიის ანესთეზიის გარეშე ტკივილის საშუალო ქულა გამოკვლევის დროს იყო 3.57 10-დან [3.48-3.66] და 0.89 [0.83-0.95] 5 წუთის დაგვიანებით. (Capmas P./კამპას, Pourcelot A.G./პურსელო 2016) ჩატარებული კვლევების თანახმად, ქალები აფასებენ მოსახერხებელ მიდგომას, სადაც ანესთეზიის საჭიროება მინიმუმამდეა დაყვანილი. (Salazar C.A./სალაზარ; Isaacson K./ისაქსონ 2018) იმ არაპირდაპირი, მაგრამ ნაკლებად ინვაზიური ვიზუალიზაციის მეთოდებთან შედარებით, როგორცაა ტრანსვაგინალური სონოგრაფია (TVS), ჰისტეროსალპინგოგრაფია (HSG) და მარილიანი ინფუზიის სონოგრაფია, ჰისტეროსკოპია ითვლება საშვილოსნოს ღრუს შეფასების ოქროს სტანდარტულ პროცედურად, რადგან ის უზრუნველყოფს პირდაპირ ვიზუალიზაციას / ბიოფსიას და სხვადასხვა პათოლოგიის პარალელურად მკურნალობის შესაძლებლობას. ამასთან, ისეთი პათოლოგიების დროს როგორცაა უნაყოფობა და პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან (AUB) ჰისტეროსკოპია წარმოადგენს არჩევის ოქროს სტანდარტს, შედარებით ინვაზიური და ძვირადღირებული პროცედურებთან. (Hamilton J.A./ჰამილტონ; Larson A.J./ლარსონ 1998) საშვილოსნოს პათოლოგიური სისხლდენას შეიძლება ჰქონდეს განსხვავებული მიზეზი როგორც რეპროდუქციული ასაკის, ასევე პერიმენოპაუზაში მყოფ ქალებში. რეპროდუქციულ ასაკში ქალები პირველ რიგში გამორიცხავენ ორსულობას. (Hysteroscopy. Obstet Gynecol, 2011)

გამოკვლევა ყოველთვის უნდა დაიწყოს მენჯის გამოკვლევიდან საშვილოსნოს ყელის კიბოს და სისხლდენის სხვა წყაროების გამორიცხვის მიზნით. გინეკოლოგიისა და მეანობის

საერთაშორისო ფედერაციამ (FIGO) გამოაქვეყნა საშვილოსნოს პათოლოგიური სისხლდენის "PALM-COEIN" კლასიფიკაცია რეპროდუქციული ასაკის, არაორსული ქალებისთვის. (Munro M.G./მონრო; Critchley H.O./კრიჩლი; Broder M.S./ბროდერ; Fraser I.S./ფრაზერ 2011)

აბრევიატურის მიხედვით PALM ჯგუფში (პოლიპი, ადენომიოზი, ლეიომიომა, მეტაპლაზიური დაავადება და ჰიპერპლაზია) ერთიანდება სტრუქტურული დაზიანება; ხოლო COEIN ჯგუფის ეტიოლოგია (კოაგულოპათია; ოვულატორული დისფუნქცია; ენდომეტრიუმი; იატროგენული; არაკლასიფიცირებული) როგორც წესი, არ არის სტრუქტურული და ძნელად განისაზღვრება ვიზუალური კვლევების საშუალებით. (Munro M.G./მონრო; Critchley H.O./კრიჩლი; Broder M.S./ბროდერ; Fraser I.S./ფრაზერ 2011)

ულტრასონოგრაფია უნდა იყოს მცირე მენჯის ღრუს ინსტრუმენტული გამოკვლევის საწყისი მეთოდი მეთვალყურეობისთვის. აქედან გამომდინარე თუ დაზიანება მდებარეობს საშვილოსნოს ღრუში, ჰისტეროსკოპია იქნება დიაგნოზის დადასტურებისა და შემდგომი მეთვალყურეობის ოქროს სტანდარტი.

საშვილოსნოს პათოლოგიური სისხლდენით დაავადებულ პაციენტთა გამოკვლევამ დაადგინა, რომ კეროვანი საშვილოსნოსშიდა დაზიანების სიხშირე იყო 52% ყველა ასაკისთვის და 31% პოსტმენოპაუზის ჯგუფისთვის, ხოლო მძიმე მენსტრუალური სისხლდენის მქონე პაციენტების სამი მეოთხედი აღმოჩნდა ფოკალური პათოლოგიით. (Pal L/პოლ; Lapensee L/ლაპენს; Toth T/ტოთ 1997)

ენდომეტრიუმის ავთვისებიანობის ჰისტეროსკოპიული გამოვლენა: ბოლო წლებში, ენდომეტრიუმის კიბო ავთვისებიანი გინეკოლოგიური დაავადებების სიაში მოწინავე ადგლს იკავებს (Hsieh, Wang, Lu, Lin, 2018).

ენდომეტრიუმის კიბოს დიაგნოზის დასმა ადრეულ სტადიაზე შეიძლება რთული აღმოჩნდეს, რადგან ჩატარებული კვლევების თანახმად ნორმალური ენდომეტრიუმის ბიოფსიაზე ნეგატიური პასუხი ჰქონდა 51%-ს, ხოლო ენდომეტრიუმის კიბოს ან პოლიპების 3% ფოკუსური დაზიანებაა. (Campo R/კამპო; Molinas C.R./მოლინს; Rombauts, L./რომბაუტს;

Mestdagh,G/მესტდაგ; Lauwers, P./ლაუერს; Braekmans,M /ბრექმენს 2005)(Angelis, Santoro, Re, Nofroni, 2003).

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტეროსკოპიის სისტემურმა მიმოხილვამ აჩვენა, რომ პრევალენტობა სავარაუდო შეფარდებული კოეფიციენტები 3.9% -იდან 71.8% -მდე გაიზარდა (CI 95%, 67.0% -76.6%) დადებითი შედეგებით და შემცირდა 0.6% (95% CI, 0.5) % -0,8%) უარყოფით შედეგით. მიმოხილვამ დაასკვნა, რომ ენდომეტრიუმის კიბოს ჰისტეროსკოპიის დიაგნოსტიკური სიზუსტე მაღალია. ამასთან, ნიმუშების არაადეკვატური მაჩვენებელი ჩატარებული კვლევის თანახმად იყო 4,7% და ენდომეტრიუმის კიბო აღმოჩენილი იქნა წარუმატებელი შემთხვევების 0,8%-ში (Clark, Voit, Gupta, Hyde, Song, Khan 2002) და შესაბამისად, საექვო ნიმუშები მქონე პაციენტებს დაენიშნათ შემდგომი მეთვალყურეობა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტეროსკოპიის გამოყენება შესაძლებელია ენდომეტრიუმის კარცინომაზე (EC), განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალებში, რომელთაც სურთ ნაყოფიერების შემანარჩუნებელი მკურნალობა (FST), პროგესტინის სხვადასხვა რეჟიმთან და / ან ტამოქსიფენტთან ასოცირებით. (Fan,Z/ფან; Li,H/ლი; Hu,R/ჰიუ; Liu,X/ლიუ 2018). ჩატარებული კვლევებით შემუშავებულ იქნა ნაყოფიერების შემანარჩუნებელი სამკურნალო პროტოკოლი 40 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტებისთვის. სიმსივნის რეაქცია შეფასდა ჰისტეროსკოპიული რეზექციით ან დილატაციითა და კიურეტაჟით. (Wang C.B/ვანგ; Wang C.J/ვანგ; Huang H.J/ჰანგ; Hsueh S/სიუჰ; Chou H/H/ხოუ; Soong Y.K/სუნგ 2002).

ბოლოდროინდელმა მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ პაციენტებმა, რომლებმაც მიიღეს ჰისტეროსკოპიული რეზექცია, რასაც მოჰყვა პროგესტინური თერაპია, მიაღწიეს CR- ის ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს 95.3% (95% CI, 87.8% -100%), რაც მნიშვნელოვნად აღემატება მათ, ვინც პერორალური პროგესტინის იღებდა (76.3 %; 95% CI, 70.7% -81.1%) და საშვილოსნოსშიდა პროგესტინიშემცვლევლი სპირალის მომხმარებლები (72.9%; 95% CI, 60.4% -82.5%). (Fan,Z., Li,H., Hu,R., Liu,X 2018).

ჰისტეროსკოპიული, საშვილოსნოსშიდა პროგესტინისა და პერორალური პროგესტინის ჯგუფებში პათოლოგიის განმეორების მაჩვენებელი იყო 14.1%, შესაბამისად, 11.0% და 30.7%, რაც მიუთითებს მაღალი განმეორებითი მაჩვენებლის EC-ის FST-ში და საჭიროებს ხშირი კონტროლის აუცილებლობას დადებითი შედეგის მისაღწევად. ენდომეტრიუმის კიბოს დროს, დაზიანების პირდაპირი ვიზუალიზაციისთვის და ბიოფსიისთვის

რეკომენდირებულია საოფისე ჰისტეროსკოპიის წარმოება, მისი ნაკლებად ინვაზიურობისა და ანესთეზიის არსაჭიროების გამო. ჩატარებული კვლევის სრულ გამოკითხულთა დაახლოებით ნახევარი (46,2%) განიცდიდა განმეორებით დაავადებას 24 თვის განმეორების შუალედურ პერიოდში (დიაპაზონი, 4–72 თვე) (Gunderson C.C /გუნდერსონ; Fader A.N /ფადერ; Carson K.A/გარსონ 2012).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ ბოლო პერიოდში ინვიტრო განაყოფიერებას უნაყოფო წყვილები სულ უფრო ხშირად მიმართავენ. (Hwang, J.L./ჰაივინგ; Chen, S.U./ჩენ; Chen, H.V.,

Chen, H.F., Yang, Y.S., Chang, C.H./ჩანგ 2018) თუმცა, მხოლოდ ჰისტეროსკოპიული გამოკვლევა არ აუმჯობესებს ნაყოფიერების შედეგს ქალებში, რომლებიც იტარებენ IVF-ს, ამიტომ ჰისტეროსკოპია არ უნდა ჩაუტარდეს იმ უნაყოფო ქალებს, რომლებსაც აქვთ ნორმალური დიაგნოზი. (Armstrong S.C./არმსტორნგ; Showell M./შოველ; Stewart, E.A./სტუარტ; Rebar, R.W./რებარ; Vanderpoel, S./ვანდერპოლ; Farquhar C.M./ფარკუხარ 2017).

უნაყოფო ქალებში, სონოგრაფიულად ნორმალური საშვილოსნოს ღრუში, არასაჭირო ჰისტეროსკოპიულმა ჩარევამ შეიძლება გაზარდოს საშვილოსნოს ღრუს დაზიანება. (Yang J.H./იანგ; Chen, M.J./ჩენ; Yang P.K 2019); (Munne, S./მანიე; Held, K.R./ჰელდ; Magli, C.M./მაგლი; Ata, B./ატა; Wells, D./ველს 2012)

ჰისტეროსკოპია წარუმატებელი ინ ვიტრო განაყოფიერების მქონე პაციენტებში:

იმპლანტაციის განმეორებითი უკმარისობა განისაზღვრა, როგორც უკმარისობა მინიმუმ 3 ზედიზედ IVF ციკლის დროს, თითოეულში ერთიდან ორი მაღალი ხარისხის ემბრიონის გადატანით. (Munne, S., Held, K.R., Magli, C.M., Ata, B., Wells, D 2012).

საშვილოსნოს ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია იმპლანტაციის განმეორებით უკმარისობასთან, მოიცავს ენდომეტრიუმის პოლიპს, სუბმუკოზურ მიომას,

საშვილოსნოსშიდა ადჰეზიას, ან საშვილოსნოს ძგიდეს. მიუხედავად იმისა, რომ ემბრიონის კარგი ხარისხი მნიშვნელოვანია წარმატებული ინვიტრო მკურნალობისთვის. (Sagiv, R./საგივ., Sadan, O./სადან., Boaz, M./ბაზ., Dishy, M./დიშ., Schechter, E./სქექერ., Golan, A./გოლან 2006).

საშვილოსნოს ღრუში არსებული სხვადასხვა ანომალიები უშვილობის გამომწვევი ერთ-ერთი მიზეზებია. კვლევებით დადასტურდა, რომ ქალებმა, რომლებმაც ჩაიტარეს საშვილოსნოს მიომის ჰისტეროსკოპიული მიომექტომია, მიაღწიეს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას

კლინიკური ორსულობის მაჩვენებელთან შედარებით, ვიდრე მათ ვინც არ ჩაიტარა ინსტრუმენტული მკურნალობა. (39% წინააღმდეგ 21%, კოეფიციენტი (OR) 2.44), გამოკვლევებით დადგინდა, რომ თითქმის ნახევარში შემცირდა აბორტის სიხშირე (ან 0,58, P = 0,50). (Bosteels, Kasius, Weyers, Broekmans, Mol, 2015)

კვლევებით ასევე დადგინდა, რომ ენდომეტრიუმის პოლიპების ჰისტერესკოპიული მოცილება საშვილოსნოსშიდა განაყოფიერებამდე, აუმჯობესებ კლინიკური ორსულობის დადგომის კოეფიციენტს (63% 28%, ან 4,41 ). (Bosteels, Kasius, Weyers, Broekmans, Mol, 2015) კვლევებით დაგინდა, რომ ჰისტერესკოპიული ჩარევა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და ეფექტურ მეთოდია, რომელიც ფართო პოპულარობით სარგებლობს გინეკოლოგიაში.

### 1.3.2 ჰისტეროსკოპიული პროცედურები: პოლიპექტომია, მეტროპლასტიკა

პოლიპექტომია და მეტროპლასტიკა მიეკუთვნება ჰისტეროსკოპიული ჩარევის ერთერთ მნიშვნელოვან მანიპულაციას. აღნიშნული მიმართულებით ჩვენ მიმოვიხილავთ უახლოეს კვლევებს, რაც საშუალებას მოგვცემს გარკვეული დასკვნები გამოვიტანოთ ჩარევის შემდეგ პაციენტის ცხოვრების ხარისხთან დაკავშირდებით. უპირველეს ყოვლისა, მნიშვნელოვანია მიმოვიხილოთ აღნიშნული პროცედურები, რათა გამოტანილ იქნას შესაბამისი დასკვნები. აქტიურად გამოიყენება ჰისტეროსკოპიული ტექნიკა ენდომეტრიული პოლიპის მოცილების დროს. აღნიშნულთან დაკავშირებით შემუშავებულია სპეციალური პროტოკოლი ენდომეტრიუმის პოლიპის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობისათვის „პროტოკოლის გამოყენება იწყება ამბულატორიულ პირობებში ენდომეტრიული პოლიპის დიაგნოსტიკისთანავე და გრძელდება სტაციონარული დაწესებულებების გინეკოლოგიური განყოფილებისა და საოპერაციოს ფარგლებში, რომელიც აღჭურვილია შესაბამისი ჰისტეროსკოპიული ინსტრუმენტებით“.

ჩატარებული კვლევები, რომელიც დაფუძნებულია ენდომეტრიუმის პოლიპების სამკურნალოდ ჩატარებული ოპერაციული ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის შედეგად, საშუალებას იძლევა საფუძვლიანად გავანალიზოთ აღნიშნული გინეკოლოგიური ჩარევის შემდგომ პაციენტის ცხოვრების ხარისხი. ამისათვის არსებითად მნიშვნელოვანია მიმოვიხილოთ ჩვენ ხელთ არსებული კვლევები.

ჰისტეროსკოპიის თანამედროვე განვითარებამ მთლიანად გარდაქმნა მიდგომა საშვილოსნოსშიდა სისხლძარღვთა პათოლოგიებზე, ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ბრმა სტაციონარული პროცედურებიდან ამბულატორიულ პროცედურებზე გადასვლით, რომლებიც ხორციელდება პირდაპირი ვიზუალიზაციის ქვეშ, რითაც უზრუნველყოფილია ახალი თერაპიული და პერსპექტიული მკურნალობის ვარიანტები, რომლებიც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა თანამედროვე გინეკოლოგისთვის. ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომია წარმოადგენს უსაფრთხო ქირურგიულ მკურნალობას, რომელიც ამცირებს საშვილოსნოს პათოლოგიურ სისხლდენას ენდომეტრიუმის პოლიპების მქონე პაციენტებში. ენდომეტრიუმის პოლიპი არის ენდომეტრიუმის ჯირკვლების და სტრომის ლოკალური ჰიპერპლაზიური წარმონაქმნი განლაგებული სისხლძარღვის ირგვლივ.

(Peterson, W.F./პეტერსონ., Novak, E.R./ ნოვაკ 1956), (Kim, K.M./კიმ., Peng, R./პენგ., Ro, J.Y./რო., Robboy, S.J./რობოიუ 2004); (Anastasiadis, P.G./ანასტასიადის., Koutlaki, N.G./კოულტაკ., Skaphida, P.G./სკაფიდა., Galazios G.C./სალაზიონს 2000), (Lee, S.G., Kaunitz, A.M., Rhatigan, R.M 2010).

ენდომეტრიუმის პოლიპები წარმოადგენენ საშვილოსნოს ყელის ყველაზე გავრცელებულ დაზიანებას, რომლის გავრცელება 7.8-დან 34.9%-ს შეადგენს.

(Dreisler, E./დრესლერ., Ibsen, P.H./იბსონ., Lose, G./ლოუს 2009)

კლინიკურად ხშირად კორელაციაშია საშვილოსნოს პათოლოგიურ სისხლდენასთან და უნაყოფობასთან. ამის მიუხედავად, ენდომეტრიუმის პოლიპის მქონე ქალები შეიძლება ასიმპტომურები იყვნენ და მხოლოდ დიაგნოსტიკური კვლევით მოხდეს პათოლოგიის ვიზუალიზაცია. (Annan, J./ანან., Aquilina, J./აკილინ., Ball, E./ბოლ 2012).

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ენდომეტრიუმის პოლიპების ტრადიციული მკურნალობას განეკუთვნება საშვილოსნოს ყელის არხის დილატაცია და კიურეტაჟი, (Mesci-Haftaci, S./მერსიჰეფტაცი., Ankarali, H./ანკარალი., Yavuzcan, A., იავუჯან., Caglar, M./გაგლარ 2014). მაგრამ კვლევებმა აჩვენა, რომ ჰისტეროსკოპია უფრო უსაფრთხო და ეფექტურია, ვიდრე დილატაცია და კიურეტაჟი ენდომეტრიუმის პოლიპების სრული მოცილების მისაღწევად. (Bettocchi, S./ბეტაჩი 2001), (Bedner, R./ბედნერ., Górska, I./გორსკა 2007).

ჰისტეროსკოპია საშვილოსნოს მთელი ღრუს პირდაპირ ვიზუალიზაციას იძლევა და იძლევა საეჭვო უბნებისა და დაზიანებების მიზნობრივი ბიოფსიის ჩატარების შესაძლებლობას (ენდომეტრიული პოლიპების მართვისთვის. (Henriquez, D./ჰენრაიგუზ.,

Wolterbeek,R/ვოლტერბიქ., Jansen,F,W/იანსენ 2007),

(Ianieri,M,M/იანტელი.,Staniscia,T/სტანისკა.,Pontrelli,G/პონტელი.,2016), (Cicinelli,E/ციცინელი.,Matteo,M/მატეო., Trojano,G/ტროჯინო 2018), რომლებიც პოტენციურად არ არის შესაძლებელი ბრმა ტექნიკით. ამ მიზეზების გამო, ჰისტეროსკოპია გახდა ოქროს სტანდარტული ტექნიკა.

მინიმალური ინვაზიური გინეკოლოგიის ტექნოლოგიურმა მიღწევებმა განაპირობა ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის ჩასატარებლად უამრავი ახალი ინსტრუმენტის შექმნა, რომელთაგან ზოგი ამბულატორიული პირობებისთვისაა შესაფერისი. (Bettocchi,S/ბეტოჩი., Ceci,O/ცეცი., Nappi,L/ნაპი 2004).

ენდომეტრიუმის პოლიპის მოცილების ჰისტეროსკოპიული ტექნიკის ეფექტურობის გასაზომად, ჩატარდა კვლევა იტალიის მულტიცენტრული კვლევითი ცენტრის მიერ. ჩატარებული კვლევის თანახმად ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის მიზანი იყო პოლიპის სრული მოცილება ერთი პროცედურით. კვლევის თანახმად ყველა მოძიებული ნიმუში ექვემდებარებოდა პათოლოგიურ შეფასებას. აღნიშნულ კვლევაში სულ 1519 პაციენტს ჩაუტარდა ჰისტეროსკოპიული ერთჯერადი/ მრავლობითი პოლიპექტომია. გამოირიცხა 115 ქალი, რადგან ჰისტოლოგიურმა ანალიზმა გამოავლინა დაზიანების არსებობა, გარდა ენდომეტრიუმის პოლიპისა, რომელთაგან 32 (2.1%) ჰქონდა ატიპური ჰიპერპლაზია ან ენდომეტრიუმის კიბო. ატიპური ჰიპერპლაზიის და ენდომეტრიუმის კიბოს ძირითადი რისკფაქტორი იყო პოსტმენოპაუზის სტატუსი, ხოლო ასაკი, AUB ანამნეზი და პოლიპის ზომა (<ან> 18 მმ) არ იყო დაკავშირებული რისკის გაზრდასთან. ჩატარებულ კვლევაში ენდომეტრიუმის პოლიპით 1404 ქალი მოხვდა, საშუალო ასაკი იყო  $52,37 \pm 12,65$  წელი, ხოლო სხეულის მასის საშუალო ინდექსი იყო  $24,97 \pm 4,6$  კგ/მ<sup>2</sup>. თითო პაციენტზე ამოღებული ენდომეტრიუმის პოლიპების საშუალო რაოდენობა იყო  $1.30 \pm .63$ , ხოლო საშუალო ენდომეტრიუმის პოლიპის ზომა იყო  $17,39 \pm 8,52$  მმ (Luerti, M/ლუარტი., Vitagliano, A/ვიტალიანო.,Garuti,G/გარუჩი 2018).

აღნიშნული კვლევის ფარგლებში დადგინდა, რომ ენდომეტრიუმის პოლიპის მოცილების ყველაზე ეფექტური საშუალება ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიაა, აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ პოლიპექტომია ყველაზე გავრცელებული ოპერაციული ჰისტეროსკოპიული პროცედურაა (Annan, Aquilina, Ball, 2012).

ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის ჩასატარებლად გამოიყენება ოპერაციული ტექნიკის მრავალფეროვნება, რომელთაგან ზოგი ამბულატორიულია და ზოგი სტაციონარული.

(Centini,G /ცენიტი2016), (Nappi,L/ნაპი.,Sorrentino,F/სორენტინო., Angioni,S/ანგიონი., Pontis,A/პონტისი., Litta,P/ლაიტ., Greco,P/ გრეკო2017).

ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიისთვის ოპერაციული ტექნიკის ტიპი ძირითადად დამოკიდებულია ქირურგის გამოცდილებაზე, ენდომეტრიუმის პოლიპების ზომაზე და მდებარეობაზე. (Wessel,S/ ვისელ., Hamerlynck,T/ჰემერლინსკ., Schoot,B/შორტ., Weyers,S/უეირს 2018).

ენდომეტრიუმის ყველაზე დიდი პოლიპის მოცილება ხდება ანესთეზიის ქვეშ მონოპოლარული ან ბიპოლარული ელექტროქირურგიული მარყუჟის (რეზექტოსკოპი) საშუალებით, ხოლო ყველაზე პატარა პოლიპები ამბულატორიულ გარემოში ამოიკვეთება მცირე დიამეტრის ჰისტეროსკოპით, რომელიც აღჭურვილია მინიატურული ოპერაციული ინსტრუმენტებით. (Bettocchi,S., Ceci,O., Nappi,L 2004)

აღნიშნული სადამკვირვებლო კვლევის მიზანი იყო პოლიპექტომიის სხვადასხვა ტექნიკის შედეგების შედარება, რომელიც ეფუძნებოდა გამოცდილი ქირურგების მიერ იტალიის 19 ცენტრში ჩატარებულ პროცედურებს. კვლევებით დადგინდა, რომ საოფისე პოლიპექტომია ასოცირდება ნარჩენი ენდომეტრიუმის პოლიპების მინიმალურ, მაგრამ მნიშვნელოვნ რისკთან, სტაციონარულ პოლიპექტომიასთან შედარებით. პირიქით, სტაციონარული პოლიპექტომია ასოცირდება საშვილოსნოს პერფორაციისა და შეღწევადობის მნიშვნელოვნად მაღალი რისკით, საოფისე ჰისტეროსკოპიასთან შედარებით. საოფისე ჰისტეროსკოპია შეიძლება ჩაითვალოს, ოქროს სტანდარტად. ტექნიკა ენდომეტრიუმის პოლიპების მოცილებისთვის. ჩატარებული კვლევების შედეგად, დგინდება ოფისზე დაფუძნებული ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომია უსაფრთხო და მარტივად განხორციელებად პროცედურად. ენდომეტრიუმის პოლიპის ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიით მოცილების შედეგად პაციენტის ცხოვრების ხარისხი არ განიცდის გაუარესებას, პირიქით აღნიშნული ჩარევის შედეგად უმრავლეს შემთხვევაში დადებითად მოქმედებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, რასაც მოწმობს საოფისე ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის ეფექტურობა.

მეტროპლასტიკა. ჩვენ კვლევაში მნიშვნელოვანია შევეხოთ მეტროპლასტიკას, რომელიც წარმოადგენს ერთგვარ რეკონსტრუქციულ ოპერაციას, რომელსაც იყენებენ საშვილოსნოს თანდაყოლილი ანომალიების გამოსასწორებლად, მათ შორის ძგიდით გაყოფილ საშვილოსნოსა და ორრქიანი საშვილოსნოს დროს. ოპერაცია გულისხმობს პათოლოგიური ქსოვილის მოცილებას, რომელიც ყოფს საშვილოსნოს, შემდეგ იყენებს ნაკერების რამდენიმე ფენას ნორმალური ფორმის შესაქმნელად (Daly, 1983).

აღნიშნულმა პათოლოგიებმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს ნაყოფიერებაზე და გაზარდოს სპონტანური აბორტის რისკი. უნდა აღინიშნოს, რომ მიუღერის თანდაყოლილი ანომალიები, რომლებიც წარმოიქმნება პარამეზონფერული სადინარების არასრული შერწყმით, წარმოადგენს განმეორებითი აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის მაპროვოცირებულ ფაქტორს და იძლევა დაავადებულთა მცირე, მაგრამ რეალურ რაოდენობას (Daly,D/დალი., Wahers,C.A/ ვეგერს 1983), (Musich,J.R/მუსიჩ., Behrman,S.J/ბერმან 1978).

ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის დროს ხდება თხელი მოქნილი მილის, რომელსაც ბოლოს აქვს კამერა (ჰისტეროსკოპი), შეყვანა საშოში, საშვილოსნოს ყელის გავლით ხვდება საშვილოსნოში და ხდება ძგიდის ამოღება. არსებული მტკიცებულებები საშვილოსნოს ძგიდის ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის უსაფრთხოებაზე პირველადი უშვილობისთვის მოიცავს სერიოზულ, მაგრამ იშვიათ გართულებებს. პროცედურა უნდა იქნას გამოყენებული მხოლოდ კლინიკური მმართველობის, თანხმობისა და აუდიტის ან კვლევის სპეციალური შეთანხმების საფუძველზე. მიუღერის საშვილოსნოს ანომალიები შეიძლება ასოცირდეს ორსულობის განმეორებით შეწყვეტასთან, უნაყოფობასთან, სამეანო გართულებებთან. მათი შემთხვევები 3,4-დან 8,0% -მდეა უნაყოფო ქალებში და 12,6-18,2% ქალებში განმეორებითი ორსულობის დანაკარგით (Raga,F/რაგა., Bauset,C/ბაუსეტ., Remohi,J/რიმოი.,Bonilla-Musoles,F/ბონელა მუსოლეს., Simón,C/საომონ., Pellicer,A/პელიცერ 1997), (Venetis,C.A/ ვენეტის., Papadopoulos,S.P/პაპადოპულოს., Campo,R/გამპო.,Gordts,S/გორტს.,Tarlatis,B.C/ტარლაზის., Grimbizis,G.F/გრიმბიზის 2014). T ფორმის საშვილოსნო მუღერის იშვიათი ანომალიაა, რომელსაც ახასიათებს გვერდითი კედლების პათოლოგიური ფორმა საშვილოსნოს ღრუში. T- ფორმის საშვილოსნო ყველაზე ხშირად აღინიშნება პაციენტებში, რომელთაც აქვთ საშვილოსნოსშიდა ზემოქმედება

დიეთილსტილბესტროლზე (DES). მიუხედავად იმისა, რომ DES აღარ ტარდება, T- ფორმის საშვილოსნო კვლავ ხშირად გვხვდება ქალებში. შესაძლო ეტიოლოგია არის მიუღწეველი თანდაყოლილი მანკები ან შეძენილი დეფექტები (Katz,Z/კეტს., Ben-Arie,A/ბენ არია., Lurie,S/ლურე.,Manor,M/მენორ., Insler,V/ინსლერ 1996).

მკვლევართა ჯგუფის მიერ ჩატარებულ იქნა გამოკვლევა, შესაბამისი მონაცემების გათვალისწინებით, ჩატარდა ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკა, ინვიტრო მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტებში T-ფორმის საშვილოსნოთი, განსაკუთრებით მათში, რომლებსაც აქვთ დამატებითი ფაქტორები, როგორცაა მრავალწლიანი უშვილობა, განმეორებითი სპონტანური აბორტი, იმპლანტაციის განმეორებითი უკმარისობა. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ სექსტური საშვილოსნოს მქონე ქალებში ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს რეპროდუქციულ შედეგს. (Pai,H.D/პაი., Kundnani,M.T/კუნდნან.,Palshetkar,N.P/პალშრკერ., Pai.R.D 2009).

რეზექცია ხელს უწყობს ორსულობის შედეგების გაუმჯობესებას ქალებში. ჰისტეროსკოპის დადგომამდე ეპოქაში ასეთი დეფექტების გამოსწორება მოითხოვდა ლაპაროტომიას, რაც გულისხმობდა ხანგრძლივ დამღლელ ოპერაციებს.

ამასთან, ახალი ტექნიკის შემუშავებისას, ძგიდის ჰისტეროსკოპიული რეზექცია გახდა მკურნალობის ძირითადი ფორმა, რაც უფრო მოკლე ოპერაციულ დროს, ჰოსპიტალიზაციის ხანმოკლე პერიოდსა და გართულებების შემცირების უპირატესობებს წარმოადგენს. ლიტერატურაში არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები იმის დასადასტურებლად, რომ ძგიდის მოხსნა აუმჯობესებს ორსულობის მაჩვენებლებს დატვირთული სამეანო ისტორიის მქონე ქალებში. (Grimbizi,G.F/ გრიმბიზი., Camus,M/კამუს., Tarlatzis,B.C/ტარლატს., Bontis,J.N/ბონტის., Devroey,P/დევერი 2001), (Acien, 2004).

რამდენიმე რეტროსპექტიულმა მცირე გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ქალებში ორსულობის მაჩვენებლები გაიზარდა ძგიდის რეზექციის შემდეგ (Pabuccu,R., Atay,V., Urma,B., Ergun,A., Orhon,E 1995), თუმცა, რაც შეეხება უშვილობას, ჯერ კიდევ არსებობს გარკვეული აზრთა სხვადასხვაობა იმის თაობაზე, არის თუ არა უნაყოფობა მეტროპლასტიკის ჩატარების ჩვენება. ზოგიერთი კვლევა რეკომენდაციას უწევს ქირურგიულ ჩარევას, ზოგი არა. (Mencaglia,I/მენცაგლია.,Tantini,C/ტანტინი 1996).

სპონტანური ორსულობის 41%-იანი მაჩვენებელი იქნა აღმოჩენილი მეტროპლასტიკის შემდეგ, პირველადი დაუზუსტებელი უნაყოფობის მქონე ქალებში (Pabuccu,R.,Gomel,V 2004). პერსპექტიული კონტროლირებადი გამოკვლევით დადგინდა, რომ ძვიდის ჰისტეროსკოპიული რეზექცია აუმჯობესებს განაყოფიერების მაჩვენებლებს ქალებში, სეპტალური საშვილოსნოთი და სხვაგვარად აუხსნელი უნაყოფობით. (Mollo A., 2008) კვლევებით დადგინდა, რომ ჩატარებული ქირურგიიდან ერთ წელიწადში 64-დან 33 ქალი დაორსულდა და სპონტანური აბორტების შემთხვევები 12% მდე შემცირდა. კვლევებით დგინდება, რომ ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის განხორციელების შემდეგ პაციენტთა საავადმყოფოში დაყოვნება არ აღემატებოდა ორ დღეს, ხოლო ერთი კვირის განმავლობაში ყველა პაციენტი დაუბრუნდა ნორმალურ საქმიანობას. აღნიშნულიდან გამომდინარე. შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის განხორციელების შემდეგ, პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე ჩატარებული პროცედურა არ ახდენს ნეგატიურ გავლენას, ხოლო პაციენტების ფსიქო-ემოციური მდგრადობა შენარჩუნებულია, ასევე დროულად ხდება ჩვეულ სამუშაო რეჟიმში დაბრუნება, რაც ასევე დადებითად მოქმედებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლებზე.

### 1.3.3 პრემენოპაუზაში მყოფი ქალების ჰისტეროსკოპია, რეზექცია-ორგანოშემანარჩუნებელი ქირურგია.

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა წარმოადგენს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დარღვევის მიზეზს, რასაც ქალთა ცხოვრებაში შემოაქვს დისკომფორტი. პრემენოპაუზაში მყოფი ქალების ჰისტეროსკოპია ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხია, რომელიც პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე ახდენს გავლენას. ამ ქვეთავში განვიხილავთ თუ რა ცვლილებას განიცდის პაციენტის ცხოვრების ხარისხი და როგორ ხდება რეაბილიტაციის პროცესი ქირურგიული ჩარევის შემდეგ.

პრემენოპაუზაში მყოფ ქალებში ხშირია საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენა, რაც მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ქალების ამ ჯგუფისთვის. საოფისე ჰისტეროსკოპია, როგორც უკვე აღვნიშნეთ ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს საშვილოსნოს პათოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის. ძლიერი მენსტრუალური სისხლდენა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის გაუარესების მნიშვნელოვან მიზეზს

წარმოადგენს, რაც იწვევს ფიზიკურ პრობლემებს, სოციალურ დარღვევებსა და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას. ქირურგიული მკურნალობა ხშირად მოყვება წარუმატებელ ან არაეფექტურ კონსერვატიულ თერაპიას. საბოლოო მკურნალობა არის ჰისტერექტომია, მაგრამ ეს არის ძირითადი ქირურგიული პროცედურა მნიშვნელოვანი ფიზიკური და ემოციური გართულებებით, ასევე სოციალური და ეკონომიკური ხარჯებით. შემუშავებულია ნაკლებად ინვაზიური ქირურგიული ტექნიკა, როგორცაა ენდომეტრიუმის რეზექცია და აბლაცია, მენსტრუალური სიმპტომების გაუმჯობესების მიზნით, ენდომეტრიუმის მთელი სისქის მოცილებით. თანამედროვე ქირურგიული ჩარევა აქტიურად მიმართავს ორგანოშემანარჩუნებელ ქირურგიულ მეთოდს, რაც დადებითად აისახება პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე.

პრემენსტრუალური სინდრომი (PMS) წარმოადგენს სიმპტომების ერთობლიობას, რომელიც ქალთა უმრავლესობას აღენიშნება. კვლევების თანახმად ქალების უმეტესობა, 90% -ზე მეტი, აცხადებს, რომ მათ აქვთ პრემენსტრუალური სიმპტომები, როგორცაა მუცლის შებერილობა, თავის ტკივილი და გუნება-განწყობის გაუარესება (Winer S. 2006, p.340)

პრემენოპაუზის სინდრომი საშუალოდ 30 წელს გადაცილებულ ქალებს აღენიშნებათ. პრემენოპაუზის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია მუცლის შებერილობა, კრუნჩხვები ან მუცლის ტკივილი, გაღიზიანება, მასტალგია და სახსრების/ კუნთების/ზურგის ტკივილი. ჩატარებული კვლევის თანახმად, რომელიც იკვლევდა პრემენოპაუზაში მყოფ ქალებს, რომლებსაც ორგანოშემანარჩუნებელი ქირურგია ჩატარდათ ჰისტეროსკოპიული მეთოდის გამოყენებით, დადგინდა რომ ენდომეტრიუმის მომატებული სისქე პრემენოპაუზურ პერიოდში ძირითადად განპირობებულია კეთილთვისებიანი დაზიანებებით, როგორცაა პოლიპები და სუბმუკოზური მიომები. კვლევით დაადასტურა რომ ჰისტეროსკოპია უსაფრთხო და საიმედო მეთოდია ამ დაზიანებების შეფასებისა და მკურნალობისთვის. (Sarvi,F/სარვი., Alleyassin,A/ალეასინ., Aghahosseini,M/ აგახოსენ.,Ghasemi,M/ჩასემი., Gity,S/გიუტ 2016) კვლევის შედეგად ასევე დადგინდა, რომ ჰისტეროსკოპიული ქირურგია დამაკმაყოფილებელი ტექნიკაა იმ ქალებისთვის, რომელთაც საშვილოსნოს პათოლოგიური სისხლდენა აქვთ და სურთ საშვილოსნოს კონსერვაცია. უკეთესი შედეგები აღინიშნება პოლიპების და ფიბრომების რეზექციებით, ვიდრე ენდომეტრიუმის აბლაციით. კვლევის

შედეგად დადგინდა, რომ პრემენოპაუზის პერიოდში მყოფ ქალთა ჰისტერესკოპიული რეზექცია, დადებითად მოქმედებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე .

#### 1.3.4 კლინიკური შედეგების შედარება და პოსტოპერაციული ცხოვრების ხარისხი ჰისტეროსკოპიით II ტიპის მიომის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ (საშოს მხრივი მიომექტომია)

საშოს მხრივი მიომექტომია წარმოადგენს იშვიათ, მაგრამ ერთ-ერთ ხელსაყრელ მიდგომას, რომელიც ტარდება ვაგინალური მიდგომით. ვაგინალური მიომექტომია წარმოადგენს უსაფრთხო და ეფექტურ ქირურგიულ მკურნალობას, იგი გინეკოლოგიურ ქირურგიაში კლასიკურ საშუალებად ითვლება. დღეისათვის ვაგინალური მიომექტომია შეფასებული არ არის ალბათურ კოჰორტულ კვლევებში ან რანდომიზირებული კონტროლირებადი გამოკვლევებით ლაპაროტომიასთან, ლაპაროსკოპიულ ან რობოტით დამხმარე ლაპაროსკოპიულ მიომექტომიასთან შედარებით. ვაგინალური ჰისტერექტომიის ჩასატარებლად აუცილებელი პირობებია საშოს ელასტიურობა, საშვილოსნოს მობილობა და საშვილოსნოს განსაზღვრული ზომა (Plotti,G /პლოტი 2008). მიომის ზომის წინასწარი ოპერაციული შეფასება, ლოკალიზაცია და ვასკულარიზაცია წარმოადგენს გართულების თავიდან აცილების ფაქტორს. ჩატარებული კვლევების თანახმად, დადგინდა, რომ ჰისტეროსკოპიულ ქირურგიას აქვს სასარგებლო ეფექტი სუბმუკოზური მიომის მკურნალობის პროცესში (Zhang R./ზენგ., Wu.W/ვი.,Zou.Q/ზუ 2019). მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს იმ ტიპის კვლევების მიმოხილვა, რომლებიც კლინიკური შედეგების მიხედვით შედარებას ახდენენ II ტიპის (სუბმუკოზური) მიომის ლაპარასკოპიულ და ჰისტეროსკოპიულ ოპერაციებს შორის, რის საფუძველზეც ფასდება პაციენტის ცხოვრების ხარისხი. კვლევა ჩატარდა 136 პაციენტში, რომლებსაც II ტიპის მიომის დიაგნოზი ჰქონდათ, სიმსივნის დიამეტრი 4 დან 5 სმ-მდე. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ოპერაციის ხანგრძლივობა უფრო მოკლე იყო და ინტრაოპერაციული სისხლდენის მოცულობა უფრო დაბალი იყო ჰისტეროსკოპიაში, ვიდრე ლაპაროსკოპიის ჯგუფში. ერთსაფეხურიანი ოპერაციის წარმატების მაჩვენებელი ლაპარასკოპიაში აშკარად უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ჰისტეროსკოპიის ჯგუფში. კუნთოვანი შრის სრული აღდგენის დრო უფრო მოკლე იყო ჰისტეროსკოპიაში, ვიდრე ლაპარასკოპიის ჯგუფში (Wang, G.N/ვანგ., Wang.I.Q.,Shang-

Guan,X.J./შანგ გუან., Huang,I.I./ჰუანგ 2010). ინტრაოპერაციული გართულებების მაჩვენებელი უფრო დაბალი იყო ჰისტეროსკოპიაში, ვიდრე ლაპარასკოპიის ჯგუფი. აღნიშნული კვლევით დგინდება, რომ ჰისტეროსკოპიულ ქირურგიის უპირატესობებია მოკლე ოპერაციული ხანგრძლივობა, ინტრაოპერაციული სისხლდენის დაბალი რისკი, ოპერაციის შემდგომი სწრაფი აღდგენა და შესაბამისად ცხოვრების მაღალი ხარისხი. ლაპარასკოპიული ქირურგიის ნაკლოვანებები კი არის ინტრაოპერაციული გართულებები და საკვერცხის ფუნქციის ნელი აღდგენა (Muñoz, 2006). კვლევით დადგინდა, რომ ოპერაციის შემდეგ 1, 3 და 6 თვეში ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად უკეთესი იყო ჰისტეროსკოპიული ჩარევის შემდეგ, ვიდრე ლაპაროსკოპიული ჩარევის ჯგუფში ( $P < 0,05$ ). კვლევებით ასევე დადგინდა, რომ ლაპარასკოპიულ მიომექტომიას შეიძლება ჰქონდეს პოზიტიური მოკლევადიანი გავლენა პოსტოპერაციულ ცხოვრების ხარისხზე და სექსუალურ ფუნქციაზე პრემენოპაუზურ ქალებში, რომელთაც სიმპტომური მიომა აქვთ (Radosa,G., Radosa,C.G.,Mavrota,R/მავროტა 2016). ჩატარებული კვლევების შედეგები ცხადყოფენ, რომ პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად უმჯობესდება ჰისტეროსკოპიული ქირურგიის ჩარევის შემდეგ, რაც მინიმალური დროითი და ფინანსური დანაკარგებით შემოიფარგლება.

1.3.5 პოლიპექტომიის შედარებითი ეფექტურობა ქირურგიულ ჰისტეროსკოპიაში ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის ეფექტურობა ქალის უნაყოფობის შემთხვევებში ერთ ერთ მნიშვნელოვან გინეკოლოგიურ ჩარევას წარმოადგენს. ჩატარებული კვლევები ცხადყოფენ ქირურგიულ ჰისტეროსკოპიაში პოლიპექტომიის ეფექტურობას, რაც იზომება ნაყოფიერების ამაღლებით. კვლევის ფარგლებში, რომელიც ეხებოდა ენდომეტრიუმის პოლიპების ჰისტეროსკოპიული მკურნალობის მნიშვნელობას უნაყოფო ქალთა ჯგუფში, პოლიპექტომია ჩატარდა 25 პაციენტს. შემდგომი ჰისტეროსკოპია ჩატარდა ორი თვის შემდეგ როგორც მკურნალობის განუყოფელი ნაწილი. პაციენტების დაახლოებით 80% რომლებმაც ოპერაცია გაიკეთეს, დაორსულდა რეპროდუქციული უნარის აღდგენით, რაც არ იყო დამოკიდებული მოცილებული დაზიანების ზომაზე (Spiewankiewicz , 2003, p.30). როგორც კვლევები ადასტურებენ, პოლიპების ჰისტეროსკოპიულმა მოცილებამ უნაყოფო ქალებში შესაძლებელია გაზარდოს დაორსულების შანსი. საშვილოსნოს ღრუში არსებულმა ანომალიებმა, როგორცაა ენდომეტრიუმის პოლიპები, ლორწოვანი გარსის ფიბროიდები, საშვილოსნოს ძგიდე და საშვილოსნოსშიდა ადჰეზია, შეიძლება ხელი შეუშალოს

განყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაციის პროცესს საშვილოსნოს ღრუს შიდა ფენაში. ნაყოფიერ ქალებში საშვილოსნოს ღრუს ანომალიით, ანომალიების მოცილება შესაძლებელია ჰისტეროსკოპიის გამოყენებით, რაც ხელს უწყობს ორსულობის შანსების გაზრდას. უცნობია, იწვევს თუ არა საშვილოსნოს ღრუს ანომალიების ჰისტეროსკოპიული მოცილება ორსულობის და შობადობის საბოლოო ზრდას. ერთ-ერთ გამოკვლევაში მონაწილეობა მიიღო 94 ქალმა, რომლებსაც სუბმუკოზური მიომა ჰქონდათ. მკვლევარების აზრით, ჰისტეროსკოპიულ მიომექტომიას შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელოვანი სარგებელი ნაყოფიერებასთან დაკავშირებით. 12 თვის განმავლობაში კლინიკური ორსულობის მაჩვენებელი (კოეფიციენტი 2.4;  $P=0.06$ ) ასევე სპონტანური აბორტის მაჩვენებლები ( $OR, 1.5$ ;  $P=0.47$ ), შეადგენდა. ჩატარებული კვლევის ფარგლებში, მკვლევარებმა განაცხადეს, რომ ძალიან დაბალი იყო კვლევის ხარისხი (Bosteels, J Kasius, J 2013). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მეორე კვლევაში მონაწილეობა მიიღო რეპროდუქციის სხვადასხვა პრობლემის მქონე 204 ქალმა, რომლებსაც ასევე გააჩნდათ პოლიპები. ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ პოლიპების ჰისტეროსკოპიული მოცილებით ადრე, დიაგნოზურ ჰისტეროსკოპიასთან და ბიოფსიასთან შედარებით, მნიშვნელოვნად გაზარდა ორსულობის დადგომის ალბათობა (შესაბამისად 63% 28%),  $P < 0.00001$ ). მკვლევარებმა კვლევის ხარისხი მიიჩნიეს, როგორც მაღალი. მიუხედავად იმისა, რომ ანალიზმა აჩვენა ორსულობის მიღების მნიშვნელოვანი ზრდა, შედეგების დასადასტურებლად საჭირო გახდა დამატებითი კვლევები. საშვილოსნოს ღრუს ანომალიების ჰისტეროსკოპიული მოცილების რეალური კლინიკური ღირებულება უნაყოფო ქალებში ნაყოფიერების მაჩვენებლების გასაზრდელად უცნობია. შეზღუდული მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ ჰისტეროსკოპიამ შეიძლება გააუმჯობესოს სასურველი ორსულობის მიღების შანსები. დადგინდა, რომ ჰისტეროსკოპია რეკომენდებულია, როგორც ნაყოფიერების ამალღების პროცედურა. ასევე კვლევის შედეგად დადგინდა, პოლიპების და საშვილოსნოს ღრუს სხვა ანომალიების მოშორებამ ჰისტეროსკოპიის გამოყენებით, შესაძლებელია მნიშვნელოვნად გაზარდოს დაორსულების შანსი. როგორც ჩანს, ენდომეტრიუმის პოლიპების ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომია აუმჯობესებს ნაყოფიერებას და ზრდის ორსულობის მაჩვენებლებს უნაყოფო ქალებში, სხვა მიზეზით მათი უნაყოფობის ასახსნელად, პოლიპების ზომისა და რაოდენობის მიუხედავად. პაციენტების უნაყოფობის ტიპი, გავლენას არ ახდენს ნაყოფიერების მაჩვენებლებზე ჰისტეროსკოპიული

პოლიპექტომიის შემდეგ. მენსტრუალური ციკლის ნორმალიზაცია მოხდა პაციენტთა უმრავლესობაში ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომიის შემდეგ. გარდა ამისა, ჰისტეროსკოპიული პოლიპექტომია არის უსაფრთხო პროცედურა, გართულების დაბალი მაჩვენებლით. აღნიშნულიდან გამომდინარე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პოლიპექტომიის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად მაღალია ქირურგიულ ჰისტერესკოპიაში, რაც აუმჯობესებს ქალის ნაყოფიერებას და პაციენტის ცხოვრების ხარისხს (Stamatellos,I/სტამეტელოს.,Apostolides,A/აპოსტოლიდეს 2008 ).

### 1.3.6 პაციენტის ცხოვრების ხარისხი კისტექტომიისა და მიომექტომიის დროს

#### კისტექტომია და მიომექტომია

საკვერცხის კისტექტომია და მიომექტომია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ორი ყველაზე ხშირად შესრულებული გინეკოლოგიური ოპერაციაა, რადგან კეთილთვისებიანი საკვერცხის კისტები უმეტესად სწორედ რეპროდუქციული ასაკის ქალებში გვხვდება, რომელთათვისაც მნიშვნელოვანია საკვერცხის ჯანსაღი ქსოვილის შენარჩუნება ოპერაციის შემდეგ.

საკვერცხის მაქსიმალური რეზერვის შესანარჩუნებლად, უპირატესად სასურველია საკვერცხის ლაპაროსკოპიული კისტექტომია. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ასევე ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული კეთილთვისებიანი სიმსივნეა მიომა. ქირურგიული ოპერაცია ტარდება ქალებზე, რომელთაც აწუხებთ მენორაგია, დისმენორეა ან ფიბრომის ზომის ზრდა. საშვილოსნოს ფიბროიდები (აგრეთვე ცნობილი როგორც ლეიომიომა ან მიომები) საშვილოსნოს ყველაზე ხშირი კეთილთვისებიანი სიმსივნეებია, რომელთა რეპროდუქციული ასაკის ქალებში სავარაუდო სიხშირეა 20-40%. ვიქტორ ბონი იყო პიონერი ქირურგი, რომელიც 1920-იან წლებში გინეკოლოგიური ქირურგიის ისტორიაში შეიტანა მიომექტომია. მიომის უმეტესობა იწყება უსიმპტომოდ და დიაგნოზირებულია მენჯის რუტინული გამოკვლევის დროს. მიომექტომიის პროცედურაში ლაპარასკოპიული ტექნიკის გაჩენამდე ოპერაციების უმეტესობა ხდებოდა ლაპაროტომიული მიდგომით, რომელიც ითვლება ინვაზიურ ოპერაციად, მაგრამ დღემდე მიომექტომიის ერთ-ერთი ჩვეულებრივი ტექნიკაა. ეს არის რეკომენდებული ოპერაცია იმ შემთხვევებისთვის, რომლებიც უკუნაჩვენებია მინიმალურად ინვაზიური ქირურგიისთვის. (Saridogan,E / სარიდოგან 2016) კისტექტომია არის ოპერაცია, რომელიც მუდმივად ახდენს გავლენას ქალის ჰორმონალურ

სტატუსზე, რეპროდუქციულ ფუნქციაზე და სხვა. საკვერცხეების, საშვილოსნოს და საშოს ნაწილი ამოღებისას, ეს ოპერაცია გავლენას მოახდენს სქესობრივ და რეპროდუქციულ ფუნქციაზე. თუ ქირურგი ოპერაციის დროს ამოიღებს საშოს წინა კედელს, ეს იწვევს საშოს შემცირებას. იმ პაციენტებისთვის, ვისაც სურს დარჩეს სექსუალურად აქტიური, მიზნად ისახავს მაქსიმალურად დაზოგონ საშო, რათა ხელი შეუწყონ რეკონსტრუქციას. თუმცა ეს დამოკიდებულია სიმსივნის თავდაპირველ ზომაზე. უმეტეს შემთხვევაში, საშოს დარჩენილი სიგრძე ძალიან მცირეა, რაც ნიშნავს, რომ გამჭოლი სქესობრივი კავშირი უფრო არასასიამოვნო იქნება. ზოგიერთ შემთხვევაში კი საშოს დახურვა ან მოცილებაა საჭირო. მიომექტომია არის საშვილოსნოს შენარჩუნების დროს ფიბრომის მოცილების ოპერაცია. ქალებისათვის, რომელთაც აქვთ ფიბრომის სიმპტომები და მომავალში უნდათ შვილების გაჩენა, მიომექტომია მკურნალობის საუკეთესო ვარიანტია. მიომექტომია ძალიან ეფექტურია, მაგრამ ფიბრომა შეიძლება ხელახლა გაიზარდოს, რისკი განსაკუთრებით დიდია ახალგაზრდა ასაკში. მიომექტომია შეიძლება გაკეთდეს რამდენიმე სხვადასხვა გზით. ფიბრომის ზომიდან, რიცხვიდან და ადგილმდებარეობიდან გამომდინარე, შეიძლება ლაპაროტომიული მიომექტომია, ლაპაროსკოპიული მიომექტომია ან ჰისტეროსკოპიული მიომექტომია.

ლაპაროტომიული მიომექტომია

ლაპაროტომიული მიომექტომია ასევე ცნობილია როგორც "ღია" მიომექტომია, ძირითადი ქირურგიული პროცედურაა. იგი გულისხმობს მუცლის ქვედა ნაწილში კანზე ჭრილობის გაკეთებას და საშვილოსნოს კედლიდან მიომის ამოღებას. ოპერაციის დროს სისხლის დაკარგვამ შეიძლება მოითხოვოს სისხლის გადასხმა. ზოგიერთი ქალი ინახავს თავის სისხლს ოპერაციის დაწყებამდე, რათა გადაისხან საკუთარი სისხლი და არ ისარგებლონ სისხლის ბანკით.

მიომექტომიის შემდეგ ქალების უმეტესობა ორ ღამეს ატარებს საავადმყოფოში და ოთხიდან ექვს კვირამდე მკურნალობს სახლში. მიომექტომიის შემდეგ ექიმები ზოგჯერ პაციენტს ურჩევენ რომ მშობიარობის შემთხვევაში მიმართონ საკეისრო კვეთას, რათა შემცირდეს საშვილოსნოს გახსნის რისკი ნაწიბურის ადგილას. ასევე რაც ძალიან მნიშვნელოვანია არის ის რომ შეიძლება განვითარდეს ახალი ფიბრომი, რის შედეგადაც განმეორდება სიმპტომები და დამატებითი პროცედურები გახდება საჭირო.

ლაპარასკოპიული მიომექტომია

ლაპაროსკოპიული მიომექტომიით მხოლოდ გარკვეული ფიბრომის მოცილება შეიძლება. თუ ფიბრომა დიდია, მრავალრიცხოვანი ან ღრმად არის ჩაზრდილი საშვილოსნოში, მაშინ შეიძლება საჭირო გახდეს ლაპაროტომიული მიომექტომია. ზოგჯერ ოპერაციის დროს აუცილებელია ლაპარასკოპიული მიომექტომიიდან ლაპაროტომიულ მიომექტომიაზე გადასვლა. პირველ რიგში, მუცლის ქვედა ნაწილში ოთხი ერთ სანტიმეტრიანი ჭრილობა კეთდება: ერთი ჭიპის, ერთი ბიკინის ხაზის ქვემოთ, და ერთი თითოეული თემოს მახლობლად. ამის შემდეგ მუცლის ღრუს ივსება ნახშირორჟანგის გაზით. თხელი, განათებული ტელესკოპი, რომელსაც ლაპარასკოპი ეწოდება, მოთავსებულია ჭრილობაში მოთავსებული ტორაკარის საშუალებით მუცლის ღრუში, რაც ექიმებს საშუალებას აძლევს დაინახონ საკვერცხეები, საშვილოსნოს მილები და საშვილოსნო. გრძელი ინსტრუმენტები, ჩასმული სხვა ჭრილობებში მოთავსებული ტორაკარების საშუალებით, გამოიყენება ფიბრომის მოსაშორებლად. ოპერაციამდე არსებობს სტანდარტიზებული პროტოკოლი, რომლის მიხედვითაც თითოეულმა პაციენტმა უნდა მიიღოს პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკები ოპერაციამდე 30 წუთით ადრე. შემდეგ ტარდება ზოგადი ანესთეზია დორსალური ლითოტომიის მდგომარეობაში, კეთდება 2-დან 2.5 სმ-მდე ვერტიკალური ჭრილობა. ნახშირორჟანგი შეჰყავთ 12 მმ Hg წნევით, ხოლო 5 მმ სიგანის, 45 სმ სიგრძის ლაპაროსკოპს სვამენ საკვერცხის კისტებისა და მიომების არსებობის, ადგილმდებარეობის და ზომის შესამოწმებლად. ზოგადი პრინციპია საკვერცხის ცისტების მოცილება მათი გახეთქვის გარეშე. საკვერცხის კისტების მოცილების შემდეგ საკვერცხეების დაზიანების შესამცირებლად სასურველია ნაკერების გამოყენება. როდესაც მიომა განლაგებულია გარე შრეებზე, მიომეტრიუმის და სეროზულ შრეებზე კეთდება ნაკერების მხოლოდ ერთი ფენა. ორშრიანი ნაკერი კი კეთდება იმ ქალებში, რომლებსაც მომავალში სურთ დაორსულება. მიომექტომიის შემდეგ გამოიყენება საშვილოსნოს კუმშვითი საშუალებები (დურატოცინის ინექცია, 100 მკგ / 1 მლ; Ferring Pharm, Saint-Prex, Swiss) ან მეთილერგომეტრინის მალეატი (Eruvin ინექცია, 0,2 მგ / 1 მლ; Daewon Pharm, სეულში, კორეა). პროცედურის დასრულების შემდეგ, გაზი გამოიყოფა და კანის ჭრილები იკვრება. ქალების უმეტესობა ერთ ღამეს ატარებს საავადმყოფოში და ორ-ოთხ კვირაში გამოჯანმრთელდება სახლში. პროცედურის დასრულების შემდეგ კანზე მცირე ნაწიბურები რჩება.

ჰისტეროსკოპიული მიომექტომია

ჰისტეროსკოპიული მიომექტომია მხოლოდ იმ ქალებს უტარდებათ, რომელთაც აქვთ სუბმუკოზური ფიბრომა, რადგან საშვილოსნოს ინტრამურულ/სუბსეროზულ კედელში მდებარე ფიბრომის მოცილება ამ ტექნიკით შეუძლებელია. ეს არის ამბულატორიული ქირურგიული პროცედურა, რომლის დროსაც პაციენტს ჩვეულებრივ სძინავს პროცედურის დროს. ვაგინალური მიდგომით გრძელი, სუსტი „ტელესკოპი“ საშვილოსნოს ყელის საშუალებით მოთავსებულია საშვილოსნოს ღრუში. სითხე შედის საშვილოსნოს ღრუში მოცულობის გასაზრდელად. ჰისტეროსკოპის საშუალებით გატარებული ინსტრუმენტები გამოიყენება ლორწოვანი გარსის ფიბრომის მოსაშორებლად. პროცედურის დასრულების შემდეგ, პაციენტს შეუძლია რამდენიმე საათის დაკვირვების შემდეგ იმავე დღეს დატოვოს კლინიკა. პროცედურის დასრულების შემდეგ შეიძლება განვითარდეს კრუნჩხვები და მსუბუქი სისხლდენა. ტიპური გამოჯანმრთელება გულისხმობს სახლში ერთიდან ოთხ დღემდე დასვენებას. პროცედურის დასრულების შემდეგ კანზე არ რჩება ნაწიბურები. ლაპაროსკოპიული მიომექტომიის სარგებლობა კარგად არის დამტკიცებული მიომით დაავადებული რეპროდუქციული ასაკის ქალებში. (Dubuisson,P/დუბისონ 2000) კვლევებით არსებითი განსხვავება ღია ქირურგიასთან შედარებით ოპერაციის დროს, სისხლის დაკარგვის ან პოსტოპერაციული პერიოდის კუთხით ვერ იქნა ნაპოვნი. (Walker,J.L/ვოლკერ.,Piedmonte,M.R/პაიდმონტ.,Spirtos,N.M/სპირტოს 2009) ანალოგიურად, ლაპარასკოპიულ მიომექტომიასა და ღია მიომექტომიას შორის განსხვავება ვერ იქნა ნაპოვნი. (Jin,C/ჯაინ 2009) უნაყოფო პაციენტებში კი ნაჩვენებია, რომ მიომექტომიამ ორსულობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება გამოიწვია.

1.3.7 პაციენტის ცხოვრების ხარისხი კისტექტომიის და მიომექტომიის შემდგომ საშვილოსნოს ფიბროიდები რეპროდუქციული ასაკის ქალების 80%-ზე ახდენს გავლენას. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი ქალი ასიმპტომურია, მიომამ შეიძლება გამოიწვიოს მენჯის ტკივილი, საშვილოსნოს პათოლოგიური სისხლდენა, ანემია, შარდის გახშირება, უშვილობა და ორსულობის არასასურველი შედეგები, რაზეც მიომით დაავადებულ ქალთა 50% აცხადებს რომ დაავადებას აქვს მავნე გავლენა მათ ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე.(Fortin C./ ფორტინ., Flyckt,R/ფლუკტ., Falcome,T/ფალკომე 2018) როგორც

ჩანს, ფიბროიდებს უფრო დიდი გავლენა აქვთ ცხოვრების ხარისხზე, ვიდრე სხვა ქრონიკულ მდგომარეობებს, მათ შორის ასთმას, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომს და სხვა. (Downes, E/დოვინეს., Sikirica, V/სიკირიკა 2010) ცხოვრების ხარისხის დაქვეითება აშკარაა მრავალ სფეროში, მათ შორის სამუშაოს შესრულებაში, სქესობრივ ცხოვრებაში, ურთიერთობებში, ასევე ემოციურ და ფიზიკურ კეთილდღეობაში. სიმპტომური მიომით დაავადებულ ქალთა 40%-მდე აცხადებს, რომ დაკარგა სამუშაო ფიბროზთან დაკავშირებული სიმპტომების გამო, პირველ რიგში გამოწვეული ტკივილის გამო, სხვა კვლევების მონაწილეთა 25% მიიჩნევს, რომ მათ მიომა ხელს უშლის კარიერული პოტენციალის მიღწევაში. (Borah B./ბორახ., Nicholson. W.K/ნიჩოლსონ., Bradley, L./ბრადლეი 2013) ოპერაციის შემდგომ კი ბევრი ქალი წუხს, რომ მათი სხეული აღარასდროს იქნება ნორმალური/ლამაზი და 68%–88% გრძნობს სირცხვილს და კარგავს თვითშეფასებას მუცელზე არსებული ნაწიბურის გამო. ქალების თითქმის ნახევარი აცხადებს, რომ მათი მიომა უარყოფით გავლენას ახდენს მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობაზე და თავს სოციალურად იზოლირებულად გრძნობენ, ნაწილობრივ საფენების ან ტამპონების შეცვლის აუცილებლობის გამო. (Downes, E/დოვინეს 2010) ქალების უმეტესობა აღნიშნავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ შიშებს, მათ შორის შიშს, რომ ფიბრომა გაიზრდება (79%), მოხდება ფიბრომის ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია (54%) (Borah, B J/ბორახ 2013). სიცოცხლის ხარისხზე უდიდესი უარყოფითი გავლენის მიუხედავად, ბევრი ქალი ცდილობს სამედიცინო ჩარევა გადაავადოს რამდენიმე წლითაც კი. თუმცა, დაზარალებული ქალების ჯანმრთელობაზე, კეთილდღეობაზე და ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე ცალსახად დადებითი გავლენა აქვს ნაჩვენებ ჰისტერექტომიას და მიომექტომიას. ამასთან, მიომექტომიისა და ჰისტერექტომიის შემდეგ გრძელვადიანი შედეგების შედარების მონაცემები იშვიათია. თუმცა, კვლევების მონაცემები უდაოდ მოწმობს იმას, რომ ორივე პროცედურა იწვევს სიმპტომების სიმძიმის შემცირებას და ცხოვრების დონის გაუმჯობესებას მრავალ სფეროში, მათ შორის ენერჯია/განწყობა, თვითშეგნება და სექსუალური ფუნქცია. კვლევის მონაწილენი ასკვნიან, რომ ცხოვრების ხარისხის ქულა უფრო მაღალია და სიმპტომების სიმძიმის ქულა დაბალი, ჰისტერექტომიის შემდეგ მიომექტომიასთან შედარებით. გაურკვეველია სიცოცხლის ხარისხსა და სიმპტომების სიმძიმის ქულათა განსხვავების კლინიკური მნიშვნელობა. ქალები, რომლებმაც ჰისტერექტომია ჩაუტარდათ უფრო ხშირად აღნიშნავენ მენჯის ტკივილს, რომელიც

საჭიროებდა მედიკამენტებს. მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ჰისტერექტომიის წახალისებამ შესაძლოა არ გამოიწვიოს ცხოვრების ხარისხის იგივე გაუმჯობესება იმ ქალებში, რომელთაც ურჩევნიათ საშვილოსნოს შენარჩუნება. მიომექტომიის და ჰისტერექტომიის არჩევის ერთ-ერთი ყველაზე მყარი მოტივაცია არის ნაყოფიერების შენარჩუნება. რადგან ჩატარებული კვლევებით დგინდება რომ 40 წლის ზემოთ ქალების 43% სურს მომავალში განაყოფიერება. (Borah B.J 2013) ეს შედეგები ხაზს უსვამს იმას, რომ, მიუხედავად იმისა, რომ ფიბრომა დიდ გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე, ქალებს, რომლებსაც აქვთ ოპერაცია, შეიძლება ელიან სექსუალური ფუნქციისა და საერთო ფსიქიკური და ფიზიკური კეთილდღეობის ხანგრძლივ გაუმჯობესებას. გარდა ამისა, იმის გათვალისწინებით, რომ მიომექტომიის ან ჰისტერექტომიის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის განსხვავებები მხოლოდ მინიმალურად ინვაზიურ პროცედურებზე ვრცელდებოდა, ქირურგიული მიდგომის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე ასევე იმსახურებს შემდგომ შესწავლას. ვინაიდან ფიბრომის სამედიცინო მკურნალობა ვითარდება შერჩევითი პროგესტერონის რეცეპტორების მოდულატორებისა და გონადოტროპინის გამათავისუფლებელი ჰორმონის ანტაგონისტების გამოყენებით, გასათვალისწინებელია მათი როლი, როგორც დამხმარე საშუალებები ან ქირურგიის ალტერნატივები. ბოლოს, ნაყოფიერების პრობლემებმა და შედეგებმა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშეს ცხოვრების ხარისხში ფიბროზით მკურნალობის შემდეგ და მომავალ კვლევებში ყურადღება უნდა მიექცეს მათი წვლილის. ამრიგად, პაციენტი, რომელსაც აქვს მძიმე დისმენორეის კლინიკური სურათი, ძლიერი მენსტრუალური სისხლდენა და ცხოვრების ცუდი ხარისხი საშვილოსნოს მრავლობითი მიომის ან კისტის გამო, ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ შეიძლება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდეს ცხოვრების ხარისხი.

1.3.8 გართულებები კისტექტომიის და მიომექტომიის პროცედურების შემდეგ ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევის დროს არსებობს გართულებების რისკი, რა თქმა უნდა გამონაკლისი არც კისტექტომია და მიომექტომიაა. კისტექტომიის რისკებიდან პირველ რიგში აღსანიშნავია სისხლდენა, რომელიც მოითხოვს სისხლის გადასხმას ან განმეორებით ოპერაციას, ახლომდებარე ნერვების ან ქსოვილების დაზიანება, ღრმა ვენის თრომბოზი ან DVT, რომელიც შეიძლება ფილტვებში გადავიდეს, ჭრილობის ინფექცია, სისხლჩაქცევები

ჭრილობის გარშემო, ჭრილობის ცუდი შეხორცება ან სისუსტე ჭრილობის ადგილზე. კისტექტომიის შემდეგ შესაძლოა საჭირო გახდეს მკურნალობა ან განმეორებითი ოპერაცია. ლაპარასკოპიულ მიომექტომიას აქვს გარკვეული რისკები. მაგალითად, ქალების დაახლოებით 5%-ს უვითარდება ინფექცია ოპერაციის შემდეგ, რომელსაც ანტიბიოტიკებით მკურნალობენ საავადმყოფოში ხუთი დღის განმავლობაში. ქალების დაახლოებით 5%-ს აღენიშნება ჭრილობის ინფექცია. მიუხედავად იმისა, რომ ჭრილობის ინფექციას სახლის პირობებში მკურნალობენ, ექიმთან კაბინეტში ვიზიტი ექვს კვირამდეა აუცილებელი. ლაპარასკოპიულ მიომექტომიას აქვს გარკვეული რისკები, თუმცა იშვიათია. გართულებები შეიძლება იყოს შინაგანი ორგანოების დაზიანებები, სისხლდენა და სხვა. როდესაც თანმხლები პათოლოგიები არსებობს, როგორცაა ფოკალური ადენომიოზი და ადენომიომა გართულებების რისკი უფრო მაღალია. ზოგჯერ არ შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული ჭრილობის კიდებს შორის დარჩენილი სიცარიელე. შესაბამისად, რეკომენდებულია პოსტოპერაციული მეთვალყურეობა და სასურველია პაციენტის მონიტორინგი. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს იმ პაციენტებს, რომლებსაც სურთ მშობიარობა. მშობიარობის დროს საშვილოსნოს პერფორაციის გამო სამეანო გართულებები გამოწვეულია ძირითადად სუსტი მიომეტრიუმის ან დეფექტური ნაკერების და ქსოვილების ცუდი გაკერვის შემდეგ. (Altgassen,C/ალტრაგსონ., Kuss,S/კუს 2006) როგორც ჩატარებული კვლევიდან დგინდება, მიომექტომიის შემდეგ ორსულობის მსურველ პაციენტებს შორის აღინიშნა ორსულობის 69.8% და მხოლოდ ერთთან (0.26%) დაფიქსირდა საშვილოსნოს სპონტანური გახეთქვა 33 კვირის ორსულობის ვადაზე. (Favero,G/ფავერო 2013) მესამე ტრიმესტრში მყოფ ორსულებში და მშობიარობაში მყოფი ქალების საშვილოსნოს გახეთქვის მაჩვენებელი საკმაოდ მცირეა და ამ გართულების გამომწვევი ძირითადი მიზეზი არის მიომეტრიუმის არასაკმარისი აღდგენა. (Kim,M/ კიმ.,Uhm,Y/იუმ 2013) სხვა კვლევაში კი 1032 ლაპარასკოპიული მიომექტომიიდან მხოლოდ 6 სამეანო გართულება იყო. ორსულობის მსურველი 130 პაციენტიდან 78 (60%) დაორსულდა. 78 ორსულობას შორის მოხდა 6 აბორტი, 60 სპონტანური მშობიარობა და 18 საკეისრო კვეთა. (Mettler L/მეტლერ 2012). ამრიგად, პაციენტთა უსაფრთხოება დაცულია და კისტექტომიის და მიომექტომიის პროცედურების შემდგომი გართულებებიც ძალიან იშვიათია. რაც იძლევა მკურნალობის შესანიშნავ

შედეგებს სტაციონარში მოკლე დროით დაყოვნებით, დაუყოვნებლივ მობილიზაციასა და ოპერაციის შემდგომი ტკივილის შემცირებით.

### 1.3.9 პაციენტის ფსიქოსოციალური და სექსუალური მდგომარეობა კისტექტომიისა და მიომექტომიის შემდგომ

მიომექტომიის შემდგომ პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გამოკვლევა მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს, რათა შევძლოთ იმ მთლიანი სურათის დანახვა, რაც გინეკოლოგიური ჩარევების შემდგომ პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე ახდენს გავლენას. საკვერცხის კისტა იმ ერთ-ერთ ფაქტორთაგანია, რომელიც საკვერცხის დისფუნქციას ანვითარებს ქალებში. საკვერცხის ფუნქციონირება უმრავლეს შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევის შედეგად აღდგენას ექვემდებარება. ასევე მნიშვნელოვანია მიმოვიხილოთ კისტექტომიის შემდგომ პაციენტის ფსიქოსოციალური და სექსუალური მდგომარეობა, ის თუ რა გავლენას ახდენს აღნიშნული გინეკოლოგიური ჩარევა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე. ისეთი გინეკოლოგიური ოპერაციები, როგორც არის კისტექტომია და მიომექტომია არსებით გავლენას ახდენს ქალთა ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე. ჩატარებული კვლევები, რომლებიც სწავლობდნენ მიომექტომიის შემდგომ პაციენტის ფსიქოსოციალურ და სექსუალურ მდგომარეობას, ასევე პაციენტის ცხოვრების ხარისხს, შესწავლილ იქნა სულ 57 კვლევა, 18 რანდომიზირებული კვლევა, 39 დაკვირვებითი ჩატარებული კვლევის თანახმად, სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებლები, წარმოადგენდნენ საბაზისო მაჩვენებლებზე ბევრად ნაკლებს, ვიდრე ჩატარებული საშვილოსნოს მიომექტომიის შემდგომ, რაც მიუთითებდა ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების მნიშვნელოვნად დაქვეითებაზე. კვლევით დადგინდა, რომ საშვილოსნოს მიომის დიაგნოზი წარმოადგენდა მნიშვნელოვან ფსიქოსოციალურ დამაბულობას პაციენტებში მიომექტომიამდე. ცხოვრების ხარისხის დამტკიცებული ინსტრუმენტები მიუთითებდა თერაპიულ წარმატებაზე და მკურნალობის შემდეგ, როგორც ფიზიკური, ასევე ემოციური სიმპტომების გაუმჯობესებაზე. მიომის მქონე პაციენტებს, როგორც წესი, არანაირი სიმპტომი არ აქვთ ხოლმე, ხოლო სიმპტომების დროს ძირითადად ეს დაკავშირებულია მიომის ზომასთან, ადგილსა და ცვლილებებთან. (Parker, /W 2007). საშვილოსნოს მიომით დაავადებულ ქალთა უმრავლესობა განიცდის მენჯის არაციკლურ ტკივილს. ამას გარდა,

ზოგიერთ გამოკვლევაში ნათქვამია რომ გამოკვლეული ქალები, რომლებიც მიომატოზით არიან დაავადებულნი არ ქონდათ მომატებული დისპარეუნია. (Ferrero S, 2006). გარდა ამისა, ჩატარებულ კვლევაში, სადაც მონაწილეობდნენ უფროსი ასაკის ქალები, საშვილოსნოს მიომით აღნიშნეს სექსუალური ტკივილის ან დისკომფორტის მაღალი დონე, ასევე ზოგადად ნაკლები სექსუალური კმაყოფილება. (Mucciardi G, Macchione L., Galì A, 2015). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თანაბარი ყურადღება უნდა მიექცეს პოსტოპერაციული ცხოვრების ხარისხს და სქესობრივ დატვირთვას მიომექტომიის შემდგომ. კვლევაში შესწავლილი იქნა ქალთა ჯგუფი, რომლებსაც მიომექტომია ჩაუტარდათ. შეფასდა პოსტოპერაციის შემდეგ ქალთა სექსუალური ფუნქციის დონე ქალის სექსუალური ფუნქციის ინდექსის გამოყენებით. ქალის სექსუალურ ფუნქციას მრავალი ასპექტი აქვს, რომელიც მოიცავს რამდენიმე ემოციურ და ფიზიოლოგიურ პროცესს. კვლევამ აჩვენა, რომ მიომის არსებობას არანაირი კავშირი არ ჰქონდა სურვილის ან/ და აღზნების ფაზებთან, ასევე ორგანულ ფუნქციებთან. კვლევით დადგინდა, რომ მიომექტომიამ ამსუბუქებს ტკივილს სქესობრივი კავშირის დროს და ამით აუმჯობესებს სექსუალურ ფუნქციას. (Ertunc D/ერთუნს., Uzun R/უზან,2009). პაციენტის ფსიქოსოციალური და სექსუალური მდგომარეობა, ასევე მნიშვნელოვანია შევაფასოთ კისტექტომიის შემდგომ. უნდა აღინიშნოს, რომ საკვერცხის კისტის მოცილების ოპერაცია ეყრდნობა ლაპარასკოპიულ მეთოდს, მცირე ზომის ჭრილობით საშვილოსნოს კისტის მოცილება მეტად ეფექტურ საშუალებად არის მიჩნეული. მცირე ჭრილობა იძლევა სწრაფად გამოჯანმრთელების შესაძლებლობას, ვიდრე ეს ხდება დიდი ჭრილობის შემთხვევაში. კისტექტომიის შემდგომ სექსუალური ცხოვრების დარღვევა უარყოფითად მოქმედებს თვითშეფასებაზე და სოციალურ ურთიერთობებზე. ჩატარებული კვლევების თანახმად, კისტექტომიის შემდგომ პაციენტის სექსუალური ცხოვრების ხარისხი დროთა განმავლობაში მნიშვნელოვნად უმჯობესდება. დაკვირვებები ცხადყოფენ, რომ ოპერაციის წინარე პერიოდში მაღალია შფოთვის და დეპრესიის დონე, რაც ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საგრძნობლად კლებულობს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე არსებით გავლენას ახდენს ჩატარებული მიომექტომია და კისტექტომია.



### 1.3.10 პაციენტისთვის ორგანოშემანარჩუნებელი ქირურგიული ჩარევის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე

ლაპაროსკოპიული ოპერაცია, როგორც მრავალი კვლევით არის დადგენილი, წარმოადგენს ორგანოს შემანარჩუნებელ საშუალებას, რომლის დროსაც სახეზეა საშვილოსნოს კვანძოვანი მიომები. ცნობილია რომ პოსტოპერაციულ გამოჯანმრთელებას უფრო სწრაფად იწვევს ლაპარასკოპიული ქირურგია, რაც განპირობებულია დაბალი ინვაზიურობით.

უნდა აღინიშნოს, რომ საშვილოსნოს ლეიომიომა არის მიომეტრიუმის გლუვი კუნთის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, გვხვდება რეპროდუქციული ასაკის ქალების 80%-ში და კლინიკურად ვლინდება დაახლოებით 25%-ში (Baird D/ბაირ.,Durson,D/დურსონ 2003) მიომექტომია არის მიღებული მკურნალობა სიმპტომური მიომის მქონე ქალებისათვის, რომელთაც სურთ ნაყოფიერების შენარჩუნება.

ლაპარასკოპიული მიომექტომიის დროს პაციენტის კლინიკაში მოთავსება მცირე დროით ხდება, რაც დაკავშირებულია მცირე ზომის განაკვეთის ჩატარებასთან. უნდა აღინიშნოს, რომ მიომექტომია არის საშვილოსნოს შემანარჩუნებელი პროცედურა, რომელიც მოიცავს საშვილოსნოს კედლიდან ფიბრომის ქირურგიულ მოცილებას. საშვილოსნოს ფიბრომა, სიმსივნის ყველაზე გავრცელებული ტიპია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, ასოცირდება ძლიერი მენსტრუალური სისხლდენით, დისკომფორტით, უნაყოფობით და ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებით.

ორგანოშემანარჩუნებელი ქირურგიული ჩარევის შემდგომ, პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შესწავლის მიზნით, ერთერთ უახლეს კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 1206 ქალმა რომელთაც ჩაუტარდათ მიომექტომია, 338 პაციენტმა, რომელთაც ჩაუტარდა ჰისტეროსკოპიული ჩარევა და 519 ქალმა ლაპაროსკოპიული ჩარევით (Shannon K., 2019). წარმოდგენილ ქალებს შესაბამისი ჯგუფებიდან, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ ჯანმრთელობა და ცხოვრების ხარისხი, ჯგუფებს შორის განსხვავება არ გამოვლინდა.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ლაპაროსკოპიულ მიომექტომიის ჯგუფებში ცხოვრების ხარისხის შედეგები ლაპარასკოპიული მიომექტომიის შესაბამის ჯგუფებთან შედარებით მაღალი იყო შფოთვის დონე, ასევე ტკივილის შეგრძნება. ქალები, რომლებმაც გაიარეს მიომექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ცხოვრების ხარისხი. კვლევა იძლევა საშუალებას, საშვილოსნოს შემანარჩუნებელი ჩარევის ფარდობითი მკურნალობის

ეფექტურობის შესახებ. საშვილოსნოს მიომით დაავადებულ პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის შემცირება გამოწვეულია უარყოფითი სიმპტომებით, რაც გავლენას ახდენს ფიზიკურ დატვირთვასთან, ტკივილთან და ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პარამეტრებზე. კვლევებით დგინდება, რომ საშვილოსნოს მიომექტომია ხასიათდება პაციენტის ცხოვრების ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებით. (Shannon K., 2019). ერთ-ერთი კვლევა, რომელიც იკვლევდა „პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შეფასება საშვილოსნოს სიმპტომური ფიბროიდი“-ს, აღნიშნული კვლევის თანახმად ცხოვრების ხარისხის ინდექსმა შეადგინა  $63,6 \pm 18,4$  პუნქტი, რაც მიუთითებს ცხოვრების ხარისხის გაუარესებაზე. საშვილოსნოს მიომით დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის გაუარესება გამოწვეული იყო უარყოფითი სიმპტომებით, რაც გამოიხატა ფიზიკურ დატვირთვასთან, ტკივილთან და ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პარამეტრებით (Smailova L/ სმაილოვა., Iskakov S/ისკაკოვ 2020). ცხოვრების ხარისხის ინდექსის შეფასებას აქვს დამოუკიდებელი პროგნოზული მნიშვნელობა და ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას საშვილოსნოს მიომის მქონე ქალების მკურნალობის სტრატეგიის არჩევისას.

#### 1.4 ცხოვრების ხარისხი და ჰისტერექტომია

##### 1.4.1 ჰისტერექტომია, დადებითი და უარყოფითი მხარეები

ჰისტერექტომია საშვილოსნოს ამოკვეთის ოპერაციაა. განასხვავებენ სამი სახის ჰისტერექტომიას: ვაგინალური ჰისტერექტომია, ლაპარასკოპიურად ასისტირებული ჰისტერექტომია და ლაპარატომია.

ჰისტერექტომიული ჩარევები განსხვავდება დასახული მიზნის, მოცულობის, ხასიათის და ოპერაციული მიდგომის მიხედვით, ასევე გამოსავალითა და ინვაზიის სიმძიმის ხარისხით.

ჰისტერექტომია ერთ-ერთ მისაღებ და აუცილებელ ქირურგიულ ჩარევად არის მიჩნეული საშვილოსნოს ზოგიერთი კლინიკური შემთხვევის აღმოფხვრისთვის. ჰისტერექტომიის ჩატარების ჩვენებებია:

1. მიომა (ფიბრომა, ლეიომიომა);

2. საშვილოსნოდან პათოლოგიური და გახანგრძლივებული სისხლდენა, რომელიც ქრონიკულ პოსტჰემორაგიულ ანემიას იწვევს, ასევე მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს;
3. ენდომეტრიოზი და ადენომიოზი;
4. მენჯის ორგანოების პროლაფსი;
5. საშვილოსნოს ყელის, ტანის და საკვერცხის არაკეთილთვისებიანი სიმსივნე.

ჰისტერექტომიული ჩარევები ხასიათის მიხედვით არსებობს სუბტოტალური/ სუპრაცერვიკალური, ტოტალური და რადიკალური. სუბტოტალური ჰისტერექტომიის დროს ხდება საშვილოსნოს ნაწილობრივი ამოკვეთა, ტოტალური ჰისტერექტომიის დროს კი საშვილოსნოს სრული ამოკვეთა, რაც შეეხება რადიკალურ ჰისტერექტომიას იგი მოიცავს საშვილოსნოს სრულ ამოკვეთას, კვერცხსავალ მილებთან, საკვერცხეებთან ერთად, ამასთან ერთად აღნიშნული ჩარევა მოიცავს ნაწილობრივ პარამეტრიუმის, საშოს და მენჯის ლიმფური კვანძების ამოკვეთას.

ჩარევის მეთოდის მიხედვით განასხვავებენ ჰისტერექტომიის შემდეგ ფორმებს:

1. ვაგინალური ჰისტერექტომია;
2. ვაგინალური ჰისტერექტომია ლაპაროსკოპიული ასისტირებით;
3. აბდომინალური (ლაპაროტომიით) ჰისტერექტომია;
4. აბდომინალური (ლაპაროსკოპიით) ჰისტერექტომია;

ვაგინალური ჰისტერექტომია არის ყველაზე ძველი და ნაკლებად ინვაზიური ჰისტერექტომიის ტექნიკა და აკმაყოფილებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მოთხოვნებს. ვაგინალური ჰისტერექტომია, მინიმალურ ინვაზიურ ოპერაციულ მეთოდურ მიდგომას განეკუთვნება. აღნიშნული ჩარევა ხორციელდება საშოს ცირკულარული განაკვეთის მეშვეობით უკანა კოლპოტომიის მეთოდით. საშვილოსნოს ამოკვეთა და სხვა ქირურგიული პროცედურა ხორციელდება ტრანსვაგინალურად მორცელაციის სხვადასხვა მეთოდით. ოპერაცია რეგიონალური ანესთეზიით იმართება. ჰოსპიტალიზაციის პერიოდი 1-2 დღეს შეადგენს. ვაგინალური ჰისტერექტომია ხასიათდება დაბალი ეკონომიკური ხარჯებით და გამოჯანმრთელების სწრაფი ტენდენციით (Moen, M., Richter, H 2014). ლაპარასკოპიური მეთოდით ჰისტერექტომიის ჩატარება მიზნად ისახავდა ლაპარატომიური მიდგომით შემცირებას. ენდოსკოპიური მიდგომები, ლაპარასკოპიული და რობოტული, ასევე

ვაგინალურ ჰისტერექტომია ამცირებს რეაბილიტაციის პერიოდს. ჩატარებული კვლევების თანახმად ვაგინალური ჰისტერექტომია იძლევა პაციენტის კმაყოფილების მაღალ მაჩვენებლებს გრძელვადიან პერსპექტივაში. აშშ-ში და დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად ვაგინალური ჰისტერექტომია ჩატარებული პაციენტები თავს კომფორტულად გრძნობდნენ. გამოკითხვების თანახმად, 2010 წელს მოსახლეობის მხოლოდ 27.8% გრძნობდა თავს კომფორტულად ვაგინალური ჰისტერექტომიის შესრულებით, ვიდრე 78% 2008 წლამდე. (Burkett,D/ბურკეტ.,Horwitz,J/ ჰოვიტსი.,Kennedy,V/კენედი.,Murphy,D/ მერფი2011). ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, რომელიც ჩატარდა შვედეთის გინეკოლოგიური ქირურგიის ეროვნული რეესტრის მონაცემებზე დაყრდნობით (SNRGS) 1997 წლის იანვრიდან 2005 წლის აგვისტომდე. SNRGS-ში მონაწილე ქალებს სთხოვეს დაესრულებინათ გამოკვლევები ოპერაციიდან ორ და ექვს თვეში. გამოკითხვაში სულ მონაწილეობდა 941 ქალი. (Pakbaz,M/ პაკბაზ.,Mogren,I/მოგრენ., Löfgren,M/ლუფგრენ 2009) ორთვიანმა კითხვარმა გამოიკვლია პაციენტების კმაყოფილება ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით. ქალების თითქმის 60%-მა აღნიშნა ყოველდღიური ცხოვრების ნორმალური აქტივობა ოპერაციიდან ერთი კვირის განმავლობაში, მათი ასაკის მიუხედავად. მძიმე გართულებები დაფიქსირდა 3%-ში, ძირითადად მუცლის ღრუს სისხლდენა და საშოს ჰემატომები. ოპერაციის შემდგომი ექვსი თვის განმავლობაში, სექსუალური აქტივობა გაიზარდა ქალების 20%-ში ( $p = 0.006$ ) და შარდის შეუკავებლობა შემცირდა 50%-ით ( $p = 0.001$ ) (Pakbaz,M.,Mogren,I., Löfgren,M 2009). კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ვაგინალური ჰისტერექტომია პაციენტთა მიერ შეფასებული ეფექტური მკურნალობის მეთოდს განეკუთვნება, საშვილოსნოს პროლაფსისთვის, სწრაფი გამოჯანმრთელებით და გართულებების დაბალი მაჩვენებლით. (Pakbaz, M.,Mogren,I., Löfgren,M 2009). ასევე ერთ-ერთი კვლევა, რომელიც ჩატარებულ იქნა ბრაზილიის უნივერსიტეტის საავადმყოფოში მყოფ ქალებზე, რომლებმაც გაიარეს ვაგინალური ჰისტერექტომია. ვაგინალური ჰისტერექტომია წარმოდგენილია ზოგიერთ მძიმე გინეკოლოგიური მდგომარეობის მქონე პაციენტებში. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა დაავადების და ვაგინალური ჰისტერექტომიის სუბიექტური გამოცდილების შესწავლა ქალებში ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ. ჩატარდა თვისებრივი პროსპექტიული კვლევა, რომელიც დაეფუძნა კლინიკური მონაცემების შეგროვებას 12 თვის განმავლობაში; კვლევაში მონაწილეობდა 40 ქალი. დაავადების დროს ქალები განიცდიდნენ დისკომფორტს სექსის

დროს (65%), ვაგინალური სისხლდენას (30%), მენჯის ტკივილს (32,5%). ოპერაციის შემდგომი პერიოდში, გარდამავალი დისპარეუნია (75%). ვაგინალური ჰისტერექტომიის შემდგომ პერიოდში თითქმის ყველა პაციენტში შეინიშნებოდა ძილის დარღვევა (95%), შფოთვა (75%), სირცხვილის გრძნობა, დაკავშირებული სქესობრივი კავშირის შესრულების სირთულესთან პროლაფსის გამო (65%). ქალურობის დაკარგვის განცდა დაფიქსირდა ქალში საშვილოსნოს პროლაფსით (65%), თვითშეფასების ცვლილებები ქალში (65%). (Mbongo,J.A/Mouanga,A/მონგა 2016) დაავადების დრამატული გამოცდილება და ვაგინალური ჰისტერექტომია მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ოპერაციის შემდეგ.

ვაგინალური ჰისტერექტომია ლაპაროსკოპიული ასისტირებით.

აღნიშნული ჩარევა წარმოადგენს მცირეინვაზიურ ოპერაციულ მეთოდს. ოპერაციის განხორციელება ნაწილობრივი ან შეფარდებითი წინააღმდეგობის ჩვენების დროს მიზანშეწონილია ჩარევა განხორციელდეს ერთმომენტალური ორი მიდგომით: ვაგინალური ჰისტერექტომია ლაპაროსკოპიის დახმარებით. (Luchristt,D/ლუჩსტრიტ., Brown,O/ბრაუნ., ბრეჩსნაიდერ 2021) პირველ შემთხვევაში მუცლის წინკედელზე სამი მცირე ზომის განაკვეთი კეთდება. მუცლის ღრუში შეჰყავთ ოპტიკური მოწყობილობები და დამხმარე ინსტრუმენტები. ოპტიკური კამერით ხორციელდება მენჯის ღრუს ორგანოების ვიზუალიზაცია ენდომეტრიოზის სამკურნალოდ. ასევე მიზანშეწონილია პერიტონიუმის შეხორცებების დასაშლელად. მეორე შემთხვევაში მოცემულია საშოს კვეთა/ გაკერვა, არტერიების გადაკვეთა, საშვილოსნოს ამოკვეთა და მუცლის ღრუდან ამოკვეთილი პრეპარატის გამოტანა ტრანსვაგინალურად მორცელაციის სხვადასხვა მეთოდით.

ჰოსპიტალიზაცია გრძელდება ერთი-ორი დღე. ოპერაციას აქვს ზომიერი კოსმეტიკური შედეგი. (Lee,S.H/ ლი., Oh,S.R/ოჰი 2019). კვლევების შედეგად დგინდება, რომ ვაგინალური ჰისტერექტომია ლაპაროსკოპიული ასისტირებით წარმოადგენს უსაფრთხო და ეფექტურ გინეკოლოგიურ ოპერაციას სწორად შერჩეულ შემთხვევებში. ვაგინალური ჰისტერექტომია ლაპაროსკოპიული ასისტირებით მნიშვნელოვნად ამცირებს ავადობას, სისხლის დაკარგვას, ოპერაციის შემდგომ ტკივილს და გართულებებს. კვლევით დგინდება, რომ აღნიშნული ჩარევის შემდეგ შეინიშნება ტკივილგამაყუჩებლების ნაკლები გამოყენება. ასევე ფიქსირდება უკეთესი კოსმეტიკური შედეგები და მენჯის სხვა პათოლოგიასთან გამკლავების შესაძლებლობა. ვაგინალური ჰისტერექტომია ლაპაროსკოპიული ასისტირებით ხდება

სასურველი არჩევანი საშვილოსნოს კეთილთვისებიანი პათოლოგიის თითქმის ყველა შემთხვევაში (Baruah, C/ზარპ 2009).

აბდომინალური (ლაპაროტომიით) ჰისტერექტომია

აღნიშნული მეთოდი წარმოადგენს მეტად აგრესიულ ინვაზიურ ოპერაციულ ჩარევას, რომელიც ღია ტრადიციული წესით ოპერაციის წარმოებას გულისხმობს. აღნიშნული ქირურგიული ჩარევა ხორციელდება, როდესაც ვაგინალური ჰისტერექტომია არაეფექტურ შედეგს იძლევა. საშვილოსნოს კიბოს ან დიდი ზომის მიომის შემთხვევაში ინიშნება აბდომინალური ჰისტერექტომია. ოპერაცია მუცელკვეთის პრინციპით ხორციელდება, სიგრძე ჰიპოდან ბოქვენამდე, ან სახეზე გვაქვს განივი ჰვანენშტილის განაკვეთით. (Magon, 2016). ოპერაციის ყველა ეტაპი ასევე ამოკვეთილი პრეპარატის გამოტანა შესაძლებელია ღია ჭრილობიდან მორცელაციის გარეშე. ოპერაცია იმართება ენდოტრაქეალური ნარკოზით, რეგიონალური ანესთეზიით. აბდომინალური ჰისტერექტომიის დროს 4-5 დღე გრძელდება ჰოსპიტალიზაცია. აბდომინალური ჰისტერექტომია ხასიათდება ნაკლები კოსმეტიკური შედეგით, რაც გარკვეულ გავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე, ფსიქოემოციურ განწყობაზე.

აბდომინალური (ლაპაროსკოპიით) ჰისტერექტომია

ჰისტერექტომიის აღნიშნული მეთოდი ნაკლებინვაზიურია, რომელიც აბდომინალური ლაპარატომიის ჩარევის ალტერნატივად განიხილება. ლაპარასკოპიული ჰისტერექტომიის დროს ოთხი მცირე ზომის განაკვეთი კეთდება მუცლის ღრუში. მუცლის ღრუში თავსდება სამანიპულაციო ინსტრუმენტები და ოპტიკური კამერა ვიზუალიზაციის ეფექტისთვის, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია ლაპარასკოპიული ჰისტერექტომიის წარმოება. საშვილოსნოს სრული ან ნაწილობრივი ამოკვეთა, საშოს კვეთა, ლიმფური კვანძების დისექცია, არტერიების გადაკვეთა და სხვა მანიპულაცია ხორციელდება მუცლის ღრუს დახურულ სივრცეში აბდომინალურად ლაპაროსკოპიით. ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობაა 1-2 დღე. ოპერაცია ზოგადი ენდოტრაქეალური ნარკოზით ხორციელდება. ლაპარასკოპიული ჰისტერექტომია ხასიათდება ზომიერი კოსმეტიკური შედეგით. მნიშვნელოვანია მიმოვიხილოთ ერთ-ერთი კვლევა, სადაც განხილულია ცხოვრების ხარისხი ლაპაროსკოპიული და ლაპარატომიული ჰისტერექტომიის შემდეგ. კვლევაში მონაწილე 49 პაციენტი რანდომიზირებულიყო. კვლევის ძირითადი შედეგი იყო

ცხოვრების ხარისხის შეფასება, რომელიც იზომება RAND-36- ით. მეორად შედეგებს წარმოადგენდა საავადმყოფოში ყოფნა და გართულებები. დაშვებული იყო 88 პაციენტი, რომელთაგან 59-მა თანხმობა თქვა რანდომიზაციისთვის (Kluivers K.B/ კლაუვერს.,Hendriks,J.C/ჰენდრიკ 2007). კვლევის შედეგად აღმოჩენილ იქნა მკურნალობის მნიშვნელოვანი ეფექტი, რომელიც ემხრობა ლაპარასკოპიულ ჰისტერექტომიას. კვლევის შედეგად დადგინდა, (Kluivers,K.B.,Hendriks J.C, 2007), რომ ლაპარასკოპიული ჰისტერექტომიის შედეგად ხდება უფრო მეტი პოსტოპერაციული სიცოცხლისუნარიანობა, ვიდრე აბდომინალურ ჰისტერექტომიასთან შედარებით. კვლევის შედეგად ასევე დადგინდა, რომ ლაპარასკოპიული ჰისტერექტომია უკეთესად ასრულებდა RAND-36 საჭირო მითითებებს, თუმცა არსებული განსხვავებები უმნიშვნელო იყო სტატისტიკურად. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ უშედეგო კონსერვატიულ მკურნალობაზე მქონე ქალებში, ჰისტერექტომიამ შეიძლება გააუმჯობესოს ცხოვრების ხარისხი და შეამციროს ფსიქიატრიული სიმპტომები. (Jayasundara,C.S/ ჯაინსანდარა., Asanka,G/ასანკა., Gihan,C/გიხან., Bandara,S/ ბანდარა 2017). კვლევის ფარგლებში არ შეიმჩნეოდა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დისპარეუნიასა და ურთიერთქმედება სექსუალურ პარტნიორთან. ოპერაციის შემდგომი კმაყოფილების საშუალო დონე, რომელიც შეფასდა 1-დან 10-მდე მასშტაბით, იყო 9,2 ( $\pm 1,2$ ). პაციენტებში აღინიშნა მუცლისა და მენჯის ტკივილის კლება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, რაც შეიძლება გახდეს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების ძირითადი ფაქტორი.

#### 1.4.2 საკვერცხეების მორფოფუნქციური მდგომარეობა ჰისტერექტომიის შემდეგ

ბოლო 40 წლის განმავლობაში, მუდმივად მზარდია გინეკოლოგიური დაავადებები, რომლებიც საჭიროებენ ქირურგიულ ჩარევას ადრეული და გვიანი რეპროდუქციული ასაკის ქალებში. კვლევის ერთ ერთი ნაწილია ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრა ჰისტერექტომიულ (დანამატებით და დანამატების გარეშე ) ჩარევამდე და მის შემდეგ.

მსოფლიოს უმეტეს ქვეყნებში ჰისტერექტომია ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად ჩატარებული გინეკოლოგიური ოპერაციაა. აშშ-ში, ყოველწლიურად დაახლოებით 600 ათასი ჰისტერექტომია ხორციელდება. ამერიკული სტატისტიკის საფუძველზე შეგვიძლია ვთქვათ,

რომ 60 წელს გადაცილებულ ყოველ მესამე ქალს საშვილოსნო არ აქვს. (Dietl J/დაითლი., Wischhusen J., ვაშაუზენ., Häusler, S.F/ჰაშლერ 2011) საფრანგეთში 72 000, ხოლო დიდ ბრიტანეთში 80 000-მდე. ჰისტერექტომია წარმოადგენს მრავალი კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი გინეკოლოგიური დაავადებების მკურნალობის მეთოდს, რაც ასევე წარმატებით გამოიყენება საქართველოში. საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ჰისტერექტომიების 90% კეთდება კეთილთვისებიანი დაავადებების დროს.

ერთი ან ორივე საკვერცხის შენარჩუნებით საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ, წარმოიქმნება რთული "სპეციფიკური სიმპტომატური კომპლექსი, რომელიც შედგება დამახასიათებელი ემოციური, ნეიროვეგეტატიური, სექსუალური, შარდსასქესო, სისხლძარღვოვანი და სხვა ესტროგენდეფიციტური მდგომარეობის განვითარებით“, აღნიშნული მიჩნეულია, როგორც პოსტჰისტერექტომიის სინდრომი (Gibson, C.J/გიბსონ., Joffe, H/ჯაფი., Bromberger, J.T/ბროუმბერგ., Thurston, R.C/ტირსტონ., Lewis, T.T/ლევის., Khalil, N/ხალილ., Matthews, K.A/მატჰენს 2012)

ჰისტერექტომიის შემდგომ ვლინდება ჰორმონალურ ჰომეოსტაზში სხვადასხვა ცვლილებები, მათ შორის იცვლება საკვერცხის ფუნქციური მდგომარეობა. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საკვერცხის მიკროცირკულაციის დაქვეითება და მწვავე იშემია, აღნიშნული დეგენერაციული და ატროფიული პროცესები, იწვევს ოვულატორული და ჰორმონალური ფუნქციის დარღვევას.

არსებობს ორი საპირისპირო მოსაზრება თუ რა გავლენას ახდენს საკვერცხეების ფუნქციაზე ჰისტერექტომია. (Dietl, J., Wischhusen, J., Häusler, S.F 2011), (Stewart, E.A/სტიუვარტ., Shuster, I.T/შუსტერ., Rocca, W.A/როკა 2012), (Moorman, P.G/მურვენ., Myers, E.R/ მერსი., Schildkraut, J.M/შილდკარტ., Iversen, E.S/ივერსენ., Wang, F/ვანგ., Warren, N/ვერან 2011) ავტორთა უმეტესობა ამტკიცებს საკვერცხეების ფუნქციის ადრეულ შემცირებას ჰისტერექტომიის შემდეგ, მაგრამ ლიტერატურაში არ არსებობს ცალსახა მონაცემები ჰორმონალური უკმარისობის დროისა და სიხშირის შესახებ (Petri Nahás, E.A/პეტტი-ჰას., Pontes, A/ პონტის., Nahas-Neto, J/ჰაჰას-ნეტო., Borges, V.T/ბორგეს., Dias, R/ის., Traiman, P/ტრიმან /2005). საშვილოსნოს ამოკვეთა იწვევს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას საკვერცხეების სისხლძარღვებში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საკვერცხის სრული იშემია ხდება სუბტოტალური ჰისტერექტომიის შემდგომაც.

მენჯის ღრუს ორგანოებზე ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა იწვევს ჰორმონალური ჰომეოსტაზის მოშლას, როგორც ჰიპოფიზის და სტეროიდული ჰორმონების დონეზე, FSH, LH- ის ზრდის და ესტრადიოლის და პროგესტერონის შემცირების სახით (Торчинов,А.М/ტორჩინოვ., Умаханова,М.М/ უმახანოვა.,Боклагова, Ю/ ბოკლაგოვა 2012).

რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ჩატარებული საშვილოსნოს ამპუტაციიდან, 2-4 წლის შემდეგ, საკვერცხის სტრუქტურა მსგავსია პოსტმენოპაუზის პერიოდისა. აღნიშნული შედეგები მიღებულია სხვადასხვა კლინიკური და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევის მეთოდების გამოყენებით. ქალებში საკვერცხის ფუნქციის უკმარისობა ჰისტერექტომიის შემდეგ, 3-7 წლის შემდეგ ხდება, ხოლო მეცნიერთა ერთი ნაწილი მიიჩნევს, რომ ხდება უფრო ადრე, 1-8 წლის შემდეგ (Фатева,А/ფატევა 2017).

სტეროიდული ჰორმონების დონის ნორმალიზება ხდება 6-12 თვის შემდეგ. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ საკვერცხის შემენილი უკმარისობა ვითარდება ცალმხრივი ოვარექტომიის ან საშოსმხრივი ჰისტერექტომიის შემდეგ, ხოლო ქალთა ჯგუფში მუცელკვეთით ჰისტერექტომიის შემდეგ, ასეთი დარღვევები მხოლოდ 2% შემთხვევებში ყალიბდება ოპერაციიდან ერთი წლის შემდეგ და 14% -ში ხუთი წლის შემდეგ. (Read, M.D/რეიდ., Edey, K.A/ედი., Hapeshi, J/ჰაპეში., Foy, C/ფოი 2010).

ჰისტერექტომიების უმეტესობა კეთდება ცხოვრების ხარისხის ამაღლების მიზნით, თუმცა აღნიშნულ ჩარევას შეუძლია ოპერაციის შემდგომი გრძელვადიანი პრობლემები გამოიწვიოს, როგორც არის მაგალითად დეპრესია, სექსუალური დისფუნქცია, ასევე შარდის შეუკავებლობა.

ჩატარებული ჰისტერექტომიის შემდგომ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს, როგორც უკვე ავლნიშნეთ ცხოვრების ხარისხი წარმოადგენს, რომელსაც განაპირობებს სექსუალური ფუნქცია, ოპერაციის შემდგომი ტკივილები და დეპრესია. აქვე უნდა აღინიშნოს, ამ მიმოხილვის კონტექსტში ტერმინი "სექსუალური ფუნქცია" გამოიყენება, როგორც შედეგების საერთო აღწერითი ტერმინი, რაც მოიცავს სექსუალურ აქტივობას და სექსუალურ ფუნქციას. გასული ათწლეულის განმავლობაში ჩატარებული მიმოხილვების თანახმად, ზოგადი სომატური პირობების საფუძველზე სიმპტომების შესამსუბუქებლად ჩატარებული ჰისტერექტომია აუმჯობესებს ქალის სექსუალურ ფუნქციას და ცხოვრების ხარისხს.

(Seffah,G.D/სიფა., Kwame-Aryee,R.A/ ქვიმე-არაი., Adanu, R.M/ადან., Munumi,K/მინიამი., Awotwi,E./ ავორწი 2008).

გასულ ათწლეულში გამოქვეყნდა რამოდენიმე რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა (RCT) თემაზე ჰისტერექტომია სექსუალური ფუნქციის ჩათვლით, კოჰრანის მიმოხილვის ჩათვლით (Lethaby,A/ლეთსბაი., ფუნქციის მრავალგანზომილებიანი ხასიათი, განსაკუთრებით ასაკის მატებასთან ერთად. ქალის სექსუალურ ფუნქციაზე და კეთილდღეობაზე გავლენას ბიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან ერთად ურთიერთობა, სოციალური და კულტურული ასპექტები ახდენს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტერექტომიის და რეპროდუქციული უნარის შეწყვეტის შემდეგ, სქესობრივი კავშირის არქონა ზრდის დეპრესიის რისკს, ასევე გავლენას ახდენს ქალის აზრებზე, სოციალურ ცხოვრებაზე და პარტნიორულ ურთიერთობაზე.

ჰისტერექტომიის შემდგომ ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, სექსუალური შფოთვის არსებობას პაციენტებში. ზოგიერთ კვლევაში ნათქვამია, რომ ჰისტერექტომიის შემდეგ სქესობრივი პრობლემების და პარტნიორების შფოთვა მცირდება, ცხოვრების ხარისხი უმჯობესდება. ასევე ზოგიერთ კვლევაში ნათქვამია, რომ ამგვარი ოპერაციები გავლენას არ ახდენს ქალთა სექსუალურ ფუნქციებზე. თანამედროვე კვლევების უმრავლესობა რეტროსპექტიულია და ჰისტერექტომიის მოკლე და გრძელვადიანი გავლენა სექსუალურ ფუნქციაზე და დეპრესიაზე ჯერ კიდევ არ არის ზუსტად ცნობილი .

ჩატარებული კვლევის თანახმად, რომელიც მოიცავდა ოპერაციის წინა და შემდგომ პერიოდს, დეპრესიის მაჩვენებელი გამოვლინდა ქვედა ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო 51-60 წლის ქალებში დეპრესიის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა. (Fischer,O.J/ფიშერ., Marguerie,M/მარგერი., Brotto,L.A/ბროტო 2019). კვლევა ყურადღებას ამახვილებს ქალის სექსუალურ დისფუნქციასა და დეპრესიაზე, რომელიც ჰისტერექტომიის ოპერაციის განხორციელებისას წარმოიშობა. კვლევაში ნათქვამია, რომ ოპერაციის დაწყებამდე მკაფიოდ უნდა ეცნობოს პაციენტებს და მათ პარტნიორებს ოპერაციის და მისი პოტენციური შედეგების შესახებ. როგორც ჩატარებული კვლევებიდან დგინდება, ჰისტერექტომია მნიშვნელოვნად ამცირებს საკვერცხის კიბოს რისკს. უფრო მავნე ზეგავლენა ქალის ჯანმრთელობაზე შეიძლება იქონიოს ესტროგენულმა დეფიციტმა.

(Kuppermann,M/კუპერმან.,Learman,L.A/ლერმან.,Schembri,M/შემბრი 2010).

მტკიცებულებებიდან ჩანს, რომ კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების დროს, ჰისტერექტომიას აქვს სასარგებლო გავლენა სექსუალურ ფუნქციაზე და ზოგადად კეთილდღეობაზე, გამოყენებული ქირურგიული ტექნიკის მიუხედავად. ქალების დაახლოებით 10-20% შეიძლება განიცდიან გაუარესებულ სექსუალურ ფუნქციას, მაგალითად დისპარეუნია ან შეცვლილი ორგაზმური გამოცდილება. გინეკოლოგიური ავთვისებიანი სიმსივნის მიერ მითითებულ ჰისტერექტომიას აქვს რთული შედეგები და თან ახლავს სექსუალური ფუნქციის გაუარესება.

ჰისტერექტომია პაციენტებს არიდებს სისხლდენის პრობლემებს, კოიტალურ ტკივილს და კონტრაცეფციასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს ცხოვრების უკეთეს ხარისხს და სექსუალურ ფუნქციას. (Lonnée-Hoffmann,R /ლაინ-ჰოფმან Pinas,I /პინას 2014). ქალთა სექსუალურ ფუნქციაზე და ჰისტერექტომიის ეფექტურობაზე, გამოცემულია სამეცნიერო კვლევა „ჰისტერექტომიის ეფექტი ქალთა სექსუალურ ფუნქციაზე: თხრობითი მიმოხილვა“. კვლევაში განხილულია ქალთა სექსუალურ ურთიერთობაზე ჰისტერექტომიის დადებითი და უარყოფითი ზემოქმედება. კვლევა ჩატარდა ქალთა სექსუალურ ფუნქციაზე პოსტოპერაციულ პერიოდში ჰისტერექტომიის გავლენის მიმოხილვის მიზნით. აღნიშნულ კვლევაში სექსუალური აშლილობების უმეტესობა უმჯობესდება ჰისტერექტომიის შემდეგ, ხოლო პაციენტთა უმეტესობამ, რომლებიც ოპერაციამდე იყვნენ სექსუალურად აქტიურები, იგივე ან უკეთესი სექსუალური ფუნქციონირება განიცადეს ოპერაციის შემდეგ. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ოპერაციის შემდეგ პაციენტების სექსუალური ცხოვრება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა, რამაც ასევე დადებითი გავლენა იქონია პაციენტთა ცხოვრების ხარისხზე. (Lonnée-Hoffmann,R., Pinas,I 2014).

ასევე მნიშვნელოვანი საკითხია ჰისტერექტომიის გავლენა საკვერცხეების ფუნქციონირებაზე. კვლევებით შესწავლილია რა გავლენა აქვს ჰისტერექტომიას საკვერცხეების შენარჩუნებით საკვერცხეების ფუნქციაზე. (Moorman,P.G., Myers,E.R., Schildkraut,J.M., Iversen,E.S., Wang,F., Warren,N 2011). ჩატარდა კვლევა „ჰისტერექტომიის ეფექტი საკვერცხეების შენარჩუნებით საკვერცხეების ფუნქციაზე“,რის საფუძველზეც დადგინდა, რომ ჰისტერექტომიის შედეგად იზრდება ადრეული საკვერცხის ფუნქციის უკამარისობის რისკი. კვლევის რაოდენობრივმა ფაზამ აჩვენა, რომ საკვერცხის კიბოს მქონე ქალებს აქვთ ცხოვრების უფრო დაბალი ხარისხი და სექსუალური დისფუნქციისა და სექსუალური დისტრესის მაღალი მაჩვენებლები

მოსახლეობის ზოგად გამოქვეყნებულ ნორმებთან შედარებით. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნული კვლევის მთავარ მიზანი ჰისტერექტომიის შემდეგ პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი და სექსუალური აქტივობის გამოკვლევაა. კვლევის მიზანს ასევე წარმოადგენს ჰისტერექტომიის შემდეგ საკვერცხეების მორფოფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა, თუ რა გავლენას ახდენს ქალის ცხოვრების ხარისხზე და სექსუალურ მდგომარეობაზე (Fischer, O.J., Marguerie, M., Brotto, L.A 2019).

კვლევით იხსნება, რომ ჰისტერექტომიას შესწევს ფიზიკური პრობლემის გადაწყვეტის უნარი, როგორც არის მენჯის ქრონიკული ტკივილი, დისპარეზია, ჰიპერმენორეა ან საშვილოსნოს ჭარბი სისხლდენა. როდესაც ქალის ფიზიკური ჯანმრთელობა გაუმჯობესდა, ასევე გაუმჯობესდა მისი ფსიქოლოგიური სტატუსი, სოციალური ურთიერთობები და გარემოსთან მიმართების საკითხი.

#### 1.4.3 ჰისტერექტომია: გავლენა ცხოვრების ხარისხზე და ფსიქოლოგიურ და სექსუალურ ასპექტებზე საკვერცხის შენარჩუნებით და შენარჩუნების გარეშე

ჰისტერექტომიის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე და ფსიქოლოგიურ ასპექტებზე ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს, რომელიც წარმოდგენილია საკვერცხის შენარჩუნებით და შენარჩუნების გარეშე. ჩატარებული კვლევები, რომლებშიც გამოკვლეულია ჰისტერექტომიური ჩარევის ფსიქოსოციალური და სექსუალური ასპექტები ცხადი ხდება, (Vomvolaki, E/ვომვოლაკი., Kalmantis, K/კალმანტის., Kioses, E/კიოსის., Antsaklis, A/ანცაკლის 2009) რომ ყველაზე მძიმე ფსიქოემოციურ შედეგებს საშვილოსნოს ტოტალური და სუბტოტალური ჰისტერექტომია იძლევა, რომელიც ხასიათდება ხანგრძლივი სარეაბილიტაციო პერიოდით და რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს სექსუალური ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას. როგორც უკვე აღვნიშნეთ ჰისტერექტომიების უმრავლესობა ტარდება ისეთი დაავადებების სამკურნალოდ, როგორცაა მიომა, საშვილოსნოს ძლიერი სისხლდენა, ენდომეტრიოზი, ადენომიოზი და პროლაფსი. ჰისტერექტომიური ჩარევა შეიძლება მოიცავდეს მწუხარებისა და უიმედობის მწვავე და ხანგრძლივ განცდას, ინტერესთა შემცირება საკუთარი საქმიანობების მიმართ, შესაძლოა ეს დაკავშირებული იყოს წონის მნიშვნელოვან დაკარგვასთან ან მომატებასთან, ნერვიული სტრესის გამო ქალებში მაღალია დადლილობისა და უძილობის შეგრძნება, ასევე იმატებს ფიქრები სიკვდილზე ან

თვითმკვლელობაზე. (Vomvolaki,E.,Kalmantis,K., Kioses,E., Antsaklis,A 2009). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტერექტომია უკავშირდება საკვერცხის ადრეულ უკმარისობას, ქირურგიის დროს საკვერცხის შენარჩუნების მაჩვენებლები იზრდება. ჰისტერექტომიური ოპერაციის დროს საკვერცხის შენარჩუნება სულ უფრო ხშირია, რადგან ამით ხელი ეწყობა ქალთა ფსიქოემოციური მდგომარეობის შენარჩუნებას. ორ კვლევაში, მკვლევარებმა ისაუბრეს ჰისტერექტომიის სტატუსთან დაკავშირებულ რიგ საკითხებზე. პირველ კვლევაში, მკვლევარებმა გამოიყენეს კოჰორტაციული კვლევა, რათა გამოკვლეული ყოფილიყო კეთილთვისებიანი დაავადების მქონე 406 პაციენტი, რომლებმაც გაიარეს ჰისტერექტომიები მინიმუმ ერთი საკვერცხის შენარჩუნებით და 465 ქალი ხელუხლებელი საშვილოსნოთი (საერთო ასაკის, 30–47). შემდგომი 5 წლის განმავლობაში საკვერცხის უკმარისობა დაფიქსირდა 60 ქალში, რომლებმაც ჩაიტარეს ჰისტერექტომია და 46 ქალში, საკონტროლო ჯგუფში (კორექტირებული საშიშროების კოეფიციენტი, 1.9). საკვერცხის უკმარისობა დაახლოებით 1,9 წლით ადრე დაფიქსირდა ქალებში, რომლებმაც ჩაიტარეს ჰისტერექტომია, ვიდრე იმ პირებში, რომლებსაც საშვილოსნო ჰქონდა. (Moorman,P.G., Myers,E.R 2011).

მკვლევარებმა მეორე კვლევა ჩაატარეს ნიუ-იორკის შტატში, სადაც 14500 ქალი იღებდა მონაწილეობას, საშუალო ასაკი 48, რომლებმაც 2001 დან 2006 წლამდე გაიარეს ჰისტერექტომიური ჩარევა კეთილთვისებიანი დაავადებებისთვის. მთლიანობაში, 47%-ს ჰქონდა თანმხლები ორმხრივი ოოფორექტომია. ოოფორექტომიების ჩატარების მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა კვლევის მიხედვით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ქონდათ საკვერცხის კიბო, მკერდის კიბო საკვერცხის ცისტები ან ენდომეტრიოზი. მკვლევარებმა დაადგინეს, რომ სასწავლო პერიოდის პირველი წლიდან ბოლო წლამდე ოოფორექტომიის მაჩვენებლები 8% -ით დაეცა (P ტენდენციისთვის, <0.001). ამასთან, ასაკის მიხედვით სტრატეგიფიცირებულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ მხოლოდ 55 წელს გადაცილებული ქალები მნიშვნელოვნად ნაკლებად განიცდიან ოოფორექტომიას. კვლევით დადგინდა რომ საკვერცხის ადრეული უკმარისობის რისკის გაზრდა არის პრემენოპაუზის ჰისტერექტომიის შესაძლო შედეგი. (Moorman,P,G.,Myers,E.R 2011). როგორც კვლევების გაანალიზების შედეგად დადგინდა, სისხლდენის პრობლემების მოგვარებაში მნიშვნელოვანი როლი შეაქვს ჰისტერექტომიას, ასევე ამცირებს კოიტალურ ტკივილს და კონტრაცეფციასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს ცხოვრების ხარისხის

გაუმჯობესებას. საკვერცხის შენარჩუნებით ჰისტერექტომიამ შეიძლება გამოიწვიოს საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითება, თუმცა სექსუალურ კმაყოფილებაზე გავლენას არ ახდენს. საკვერცხის შენარჩუნებით პაციენტის ფსიქოემოციური მდგომარეობა მნიშვნელოვნად ნარჩუნდება, ნაკლებად არის ნეგატიური შინაარსის შემცველი ფიქრები და დეპრესიის მომატებული განცდა. აღნიშნულიდან გამომდინარე უნდა დავასკვნათ, რომ პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე დადებითი ეფექტურობით მოქმედებს საკვერცხის შენარჩუნებითი ჰისტერექტომია.

## თავი II. კვლევის მასალები და მეთოდოლოგია

### 2.1 კვლევის მეთოდოლოგია

ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევა პროსპექტული, მიზეზ-შედეგობრივი ხასიათისაა (Causal Design). ამ ტიპის კვლევა გამოიყენება მაშინ, როდესაც გვინდა გავიგოთ თუ რა გავლენა შეიძლება მოახდინოს ერთმა ცვლილებამ რაიმე მოვლენაზე/ფენომენზე. ამ ტიპის კვლევის დროს მკვლევარი ცდილობს გაარკვიოს ერთი დამოუკიდებელი ცვლადის ვარიაცია რა გავლენას ახდენს მეორე დამოკიდებული ცვლადის ვარიაციაზე. წინამდებარე სადისერტაციო ნაშრომის ფარგლებში დამოუკიდებელი ცვლადი არის სამედიცინო ჩარევა (სხვადასხვა გინეკოლოგიური ოპერაცია), ხოლო დამოკიდებული ცვლადია პაციენტების მიერ ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილებების შეფასება.

ასევე წინამდებარე კვლევა არის „მდე“ და „შემდეგ“ ტიპის. ესაა იმ ტიპის კვლევა, როცა კვლევის ერთიდაიმავე სამიზნე ჯგუფზე კვლევა ტარდება რაიმე პროცედურის, ზეგავლენის მოხდენამდე და მის შემდეგ. კვლევის ფარგლებში პაციენტების გამოკითხვა ჩატარდა სამედიცინო ჩარევამდე და ჩარევის შემდეგ.

კვლევის ფარგლებში მონაცემების შეგროვების მეთოდად გამოყენებულია რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი - ანკეტირება. რადგანაც კვლევის დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი არის თვითშევისებადი ანკეტა, კვლევის სამიზნე ობიექტები თავად ავსებდნენ კითხვარებს. კვლევაში გამოყენებული კითხვარის მეშვეობით მიღებული პირადი ინფორმაციის შინაარსიდან და პირადი მდგომარეობის აღწერიდან გამომდინარე, დაცული იყო საკვლევი ინდივიდების კონფიდენციალურობა, რაც მიღწეულ იქნა ანკეტირებისას რესპოდენტებისათვის მინიჭებული ნუმერაციებით.

### 2.2 კითხვარის შექმნის ისტორია

ჯანმრთელობის სფეროში ცხოვრების ხარისხის გაზომვისთვის შექმნილი კითხვარები შეიძლება დავეყოს 3 ძირითად ჯგუფად:

4. ზოგადი, არასპეციფიკური (გამოითვლება შეფასებული ჯანმრთელობის სხვადასხვა ჯგუფში ჯანმრთელ პირთა ან ავადმყოფებში, ნოზოლოგიური ფორმის მიუხედავად);
5. პირადი (შექმნილია ინდივიდუალური სიმპტომების შესასწავლად, მაგალითად, ძილის დარღვევა, ტკივილი და ა.შ.)

6. დაავადების სპეციფიკური (მაგალითად, ენდომეტრიოზის, ჭინჭრის ციების, ასთმის მქონე პაციენტებისთვის და ა.შ.).

ერთ-ერთი გავრცელებული კვლევითი ინსტრუმენტია RAND ( RAND Corporation)-ის მიერ შექმნილი კითხვარი SF-36. ინსტრუმენტი მოიცავს 36 კითხვას, რომლებიც ჯგუფდება რვა განზომილებად, კითხვარის გამოყენება შეიძლება მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის. სპეციფიკური დაავადებისთვის შექმნილი კითხვარებიდან აღსანიშნავია ოქსფორდის უნივერსიტეტის მიერ შექმნილი კითხვარი - EHP-30 (Endometriosis Health Profile questionnaire), რომელიც გამოიყენება ქალების ცხოვრებაზე ენდომეტრიოზის გავლენის შეფასებისთვის. ინსტრუმენტი შედგება 6 მოდულისგან: ტკივილი (11 კითხვა), კონტროლი და უუნარობა (6 კითხვა), სოციალური მხარდაჭერა (4 კითხვა), ემოციური ჯანმრთელობა(6). EHP-30 კითხვარის ვერსიის გამოყენება შეუძლია მხოლოდ ლიცენზირებულ დაწესებულებას, რომელმაც შეიძინა მათი გამოყენების უფლება და წესები. ნოტინგემის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის მიერ 1975 წელს შეიქმნა ინსტრუმენტი Nottingham Health Profile (NHP), რომელიც ზომავს ჯანმრთელობის სუბიექტურ აღქმას. ის შედგება ორი ნაწილისგან, პირველი ნაწილი 38 პუნქტისგან შედგება, მეორე ნაწილი კი შედგება 7 პუნქტისგან.

ზემოთ ჩამოთვლილი ინსტრუმენტების გარდა ფართოდ გამოიყენება წინამდებარე კვლევის ფარგლებში გამოყენებული, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ შემუშავებული კითხვარი WHOQOL-BREF. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივა შექმნა ცხოვრების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი რამოდენიმე მიზეზით იყო გამოწვეული. ამ ინიციატივამდე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას ყურადღება ექცეოდა ჯანმრთელობის ისეთი ტრადიციულ ინდიკატორებს, როგორცაა სიკვდილიანობა და ავადობა (WHO, 1996). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას სურდა ფოკუსის გაფართოება და ტრადიციულ ინდიკატორებთან ერთად გამოეყენებინა ისეთი ინდიკატორები, რომლებიც გაზომავდა დაავადების გავლენას პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, მის მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღქმას.

კიდევ ერთი მიზეზი იყო ის რომ მედიცინაში ჭარბობდა მექანიკური მოდელი, რომელიც მიმართული იყო მხოლოდ დაავადების სიმპტომების აღმოფხვრაზე, ცხოვრების ხარისხის

გაზომვის ინდიკატორების გამოყენება კი ჯანდაცვის სფეროში ჰუმანისტური ელემენტის დანერგვას შეუწყობდა ხელს. ჯანდაცვის სფეროში ცხოვრების ხარისხის გაზომვის შემოღებით ყურადღება მახვილდება პაციენტების კეთილდღეობაზე.

კითხვარის შემუშავებაში ჩართული იყო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის 15 საველე ცენტრი, რომლებიც ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა კულტურულად, ჯანდაცვის სისტემის, დომინანტური რელიგიის და სხვა ფაქტორების მიხედვით.

დასაწყისში კითხვარი შედგებოდა 236 პუნქტისგან, შემდეგ სემანტიკურად მსგავსი კითხვები გაერთიანდა, მოხდა კითხვების კლასტერიზაცია და საბოლოო ეტაპზე შეიქმნა ორი კითხვარი WHOQOL-100 რომელიც შედგებოდა 100 პუნქტისგან და WHOQOL-BREF რომელიც არის და WHOQOL-100 -ის მოკლე ვერსია და შედგება 26 კითხვისგან. ეს კითხვარები პირველად გამოქვეყნდა 1995 წელს. დღეს არსებობს ამ კითხვარების ოფიციალური თარგმანები 19 ენაზე, თუმცა ქართული ენა მათ შორის არ აღმოჩნდა. ამიტომ კითხვარი ქართულ ენაზე ითარგმნა კვლევის ფარგლებში.

### 2.3 კითხვარის სტრუქტურა

WHOQOL-BREF კითხვარის უპირატესობებია:

9. არ არის მხოლოდ რომელიმე სპეციფიურ დაავადებაზე მორგებული
10. მარტივია მისი შევსება და ადმინისტრირება
11. შინაგანი ვალიდურობით ხასიათდება
12. მრავალგანზომილებიანია
13. შევსებისთვის საჭიროა მცირე დრო (10-15 წთ)
14. მისი გამოყენება შეუძლია ყველას (არ საჭიროებს სპეციალურ ლიცენზიას ან უფლებას)
15. მისი შევსება და დამუშავება შეუძლია არამხოლოდ ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტს
16. რაოდენობრივი შედეგი შეიძლება შედარდეს სამედიცინო ჩარავამდე და ჩარევის შემდეგ

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), ცხოვრების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტის შემუშავებისას ხელმძღვანელობდა შემდეგი განმარტებით:

ცხოვრების ხარისხი არის ინდივიდების მიერ საკუთარი ცხოვრების აღქმა იმ კულტურის, ღირებულებითი სისტემების, მიზნების და მოლოდინების კონტექსტში, რომელშიც ის ცხოვრობს. ცხოვრების ხარისხის ამ განმარტებაში ასახულია მიდგომა, რომ ცხოვრების ხარისხი არის სუბიექტური ფენომენი, რომელიც მჭიდროდაა დაკავშირებული ადამიანის კულტურულ, სოციალურ და გარემოს კონტექსტთან. შესაბამისად ეს ინსტრუმენტი ფოკუსირებულია რესპონდენტების მიერ „აღქმული“ ცხოვრების ხარისხის შესწავლაზე და არა ფიზიკური მდგომარეობის/ჯანმრთელობის ობიექტური კრიტერიუმების შესწავლაზე. „ცხოვრების ხარისხი“ არ გამოიყენება ისეთი ტერმინების სინონიმებად, როგორცაა „ჯანმრთელობის სტატუსი“, „ცხოვრების სტილი“, „ცხოვრებით კმაყოფილება“, „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“ ან „კეთილდღეობა“ (WHO, 1996).

#### 2.4 კვლევის ინსტრუმენტი

კითხვარის თავფურცელი საინფორმაციო - კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის დამადასტურებელი სახის არის. კითხვარის შევსებამდე რესპონდენტები გაეცნენ კვლევის მიზანს და ხელი მოაწერეს კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის ფურცელს. რესპონდენტების ინტერესების და უსაფრთხოების დაცვა, მათი იდენტურობის ანონიმურობის და კონფიდენციალობის საფუძველზე განხორციელდა. ამ მიზნით კითხვარი საიდენტიფიკაციო ნომრით არის ჩანაცვლებული.

კვლევის ინსტრუმენტი მოიცავს, რესპოდენტის დემოგრაფიულ ინფორმაციისა (ასაკი, განათლება, დასაქმების სტატუსი, ოჯახური სტატუსი, საცხოვრებელი) და კითხვებს ცხოვრების ხარისხის შეფასების შესახებ. 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 2).

ცხრილი 2 კითხვარის სტრუქტურა

განზომილება	კრიტერიუმები
1. ფიზიკური ჯანმრთელობა	ფიზიკური ტკივილი სამედიცინო დახმარების საჭიროება ენერგიულობა

	<p>მიბილურობა</p> <p>ძილი</p> <p>ქმედითუნარიანობა</p> <p>შრომისუნარიანობა</p>
<p>2. ფსიქოლოგიურ მდგომარეობა</p>	<p>ცხოვრებით კმაყოფილება</p> <p>ცხოვრების საზრისის ქონა/შინაარსიანობა</p> <p>ყურადღების კონცენტრაციის უნარი</p> <p>კმაყოფილება გარეგნობით</p> <p>თვითშეფასება</p>
<p>3. სოციალური ურთიერთობები</p>	<p>პერსონალური ურთიერთობები</p> <p>სოციალური მხარდაჭერა</p> <p>სექსუალური ურთიერთობები</p>
<p>4. გარემო</p>	<p>უსაფრთხოება</p> <p>ფიზიკური გარემოს სიჯანსაღე</p> <p>ფინანსური მდგომარეობა</p> <p>ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა</p> <p>დასვენების და გართობის შესაძლებლობა</p> <p>საცხოვრებელი პირობები</p> <p>ტრანსპორტით ხელმისაწვდომობა</p> <p>ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა</p>

ცხრილი 3 თითოეული განზომილების კითხვები

	განზომილებები	თითოეულ განზომილებაში შემავალი კითხვები
1	ფიზიკური ჯანმრთელობა	Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18
2	ფსიქოლოგიური მდგომარეობა	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26
3	სოციალური ურთიერთობები	Q20, Q21, Q22
4	გარემო	Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25

WHOQOL-BREF-ის კითხვარის 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 (იხ. დანართი 1. კვლევის ინსტრუმენტი).

### 2.5 კვლევის პროცესი და ეთიკური ასპექტები

კვლევის პირველ ეტაპზე გამოკითხული იყო 225 რესპონდენტი, მეორე ეტაპზე 188 რესპონდენტი, შესაბამისად „მდე და შემდეგ“ შედარება მოხდა იმ რესპონდენტების მონაცემების, რომლებმაც ორივე ეტაპში მიიღეს მონაწილეობა. მეორე ტალღაზე გამოიკითხა 37-ით ნაკლები რესპონდენტი, ამის მიზეზი გახდა : ნაწილის საცხოვრებლად უცხოეთში გამგზავრება , საკონტაქტო ნომრის შეცვლა , კვლევაში მონაწილეობის გაგრძელებაზე უარის თქმა მიუხედავად ამისა ორივე ტალღის მონაწილე რესპონდენტების რაოდენობა საკმარისი იყო სანდო მონაცემების მიღებისთვის.

რესპონდენტების გამოკითხვა ჩატარდა ორ ტალღად. პირველი ტალღა ჩატარდა გინეკოლოგიური ჩარევის წინ. კვლევის პროცესი მიმდინარეობდა გართულებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ფონზე. შესაბამისად მეორე გამოკითხვა ჩატარდა სატელეფონო გამოკითხვის სახით (ინტერვიუ), ჩარევიდან 4 კვირაში. პირველ ეტაპზე, კითხვარის შევსებამდე რესპონდენტები გაეცნენ კვლევის მიზანს და ხელი მოაწერე კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის ფურცელს.

### 2.6 კვლევის შერჩევის ზომის გათვლები.

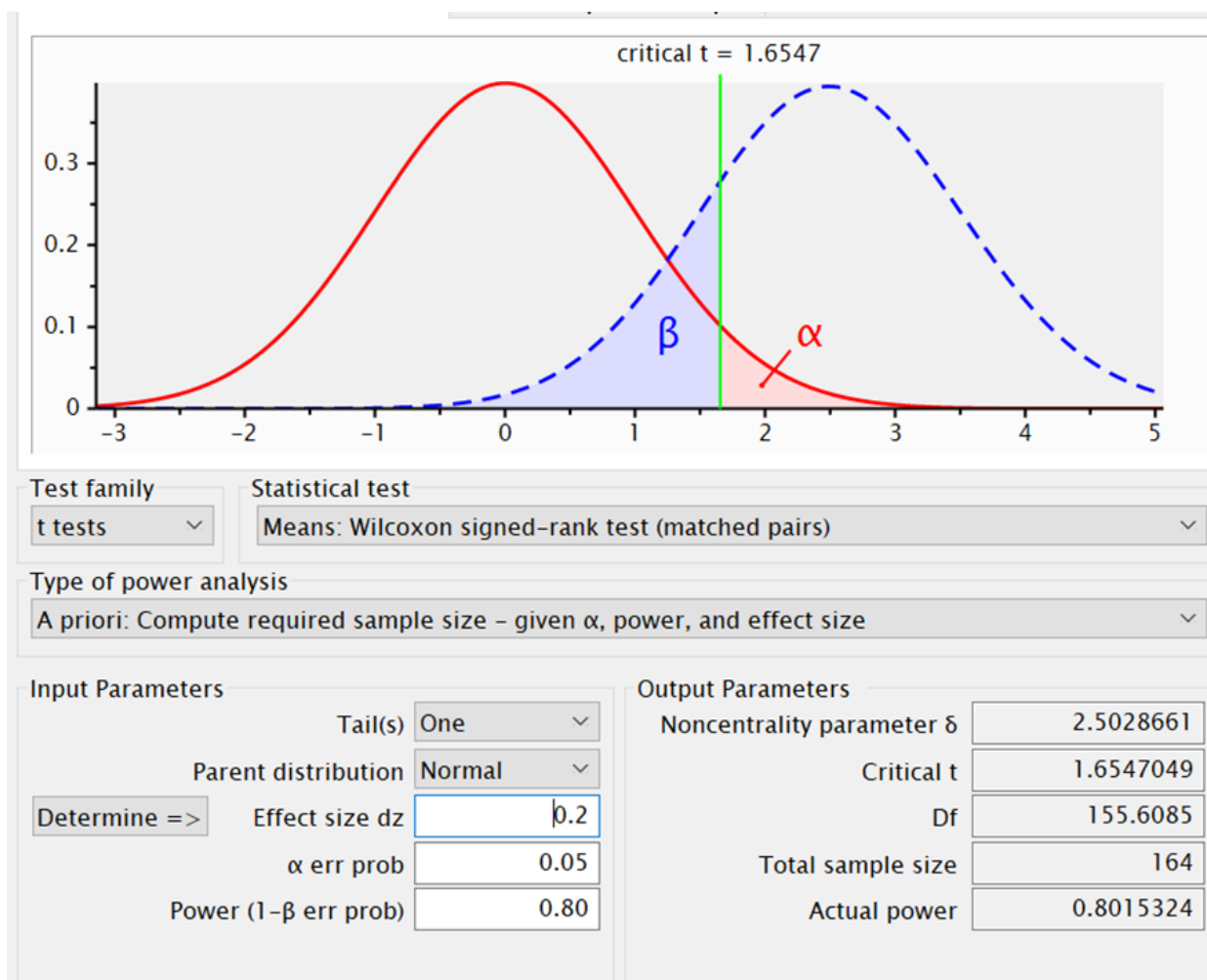
კვლევის შედეგად მიღებული ყველა ცვლადის მნიშვნელობები არის ორდინალური (ქულები 1-დან 5-ის ჩათვლით). განხორციელდა აღნიშნული ცვლადების კორელაცია წყვილ გაზომვებში - ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ. შესაბამისად სტატისტიკური ტესტი, რომელიც უნდა იქნეს გამოყენებული ასეთი მონაცემების შედარებისათვის არის Wilcoxon signed-rank test (matched pairs).

ვილკოქსონის ტესტისათვის შერჩევის ზომის გათვლა წარმოებდა სტატისტიკური პაკეტის G\*Power (ვერსია 3.1.9.4) საშუალებით, შემდეგი სტატისტიკური პარამეტრებისათვის:

ეფექტის ზომა (Effect sizedz) = 0.2 (ის განსხვავება საშუალო ქულებს შორის, რომლის გარჩევაც

იქნება შესაძლებელი აღნიშნული სტატისტიკური ტესტით), ალფა ( $\alpha$ ) შეცდომა = 0.05 (იგივე - სტატისტიკური სარწმუნობის დონე ( $\alpha$  err prob), რომელიც დამაკმაყოფილებელია მოცემული კვლევისათვის), კვლევის ძალა (იგივე - 1-ს გამოკლებული ბეტა ( $\beta$ ) შეცდომა) = 0.80. (Power 1- $\beta$  err prob)

ზემოაღნიშნული პარამეტრებისათვის შერჩევის ზომის (Total sample size) მინიმალური მნიშვნელობაა 164. შესაბამისად სტატისტიკური სარწმუნობის მოცემული მაჩვენებლების მისაღწევად, უნდა გვქონოდა მინიმუმ 164 დამაკმაყოფილებელად შევსებული კითხვარი. დანაკარგის (რაც მოიცავს არასრულად შევსებული კითხვარების და კითხვარის შევსებაზე უარის შემთხვევებს) წილის გათვალისწინებით (საშუალო 15%), საწყის მინიმალურ რაოდენობად ავიღეთ 192 პირის კვლევა, რათა დანაკარგის გათვალისწინებით მიგვეღო საკმარისი შერჩევის ის ზომა, რომელიც უზრუნველყოფდა სასურველ სტატისტიკურ ძალას.



პირველ ტალღაზე გამოიკითხა 225 რესპონდენტი, ხოლო მეორე ტალღაზე 188 რესპონდენტი, შესაბამისად „მდე და შემდეგ“ შედარება მოხდა იმ რესპონდენტების მონაცემების, რომლებმაც ორივე ტალღაში მიიღეს მონაწილეობა.

### 2.7 ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა

კვლევის შედეგების დამუშავება და გამოკითხვის შედეგების ექსპორტი მოხდა SPSS-24(Statistical Package for Social Sciences) ვერსიის მეშვეობით.

მონაცემების სტატისტიკური ანალიზის დროს შედეგების აღწერისთვის გამოვიყენეთ სიხშირული ანალიზის მეთოდი და კროსტაბულაცია. ხოლო „მდე და შემდეგ“ შედეგების შედარებისთვის არჩეული იქნა ვილკოქსონის Wilcoxon signed-rank test (matched pairs), რომელიც შესაძლებლობას იძლევა „მდე“ და „შემდეგ“ დიზაინის კვლევებში შეაფასოს

მომხდარი ცვლილების სტატისტიკური სარწმუნოება/მნიშვნელობა. Wilcoxon-ის ტესტის არჩევა ხდება მაშინ, როცა საკვლევი ცვლადები არაპარამეტრულია და რიგის სკალაზეა გაზომილი.

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

ცვლადებს შორის ასოციაციის სიმძლავრის შეფასებისათვის გამოყენებული იქნა შანსის შეფარდება (Odds Ratio) [OR] 95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალით (95% Confidence Interval [CI]). საჭიროების შემთხვევაში, ე.წ. „შერევის ფაქტორების“ (Confounding) 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 (Fisher's Exact Test). ფიშერის F-ტესტით შეფასებული რეგრესიის  $\beta$  კოეფიციენტის მიხედვით.

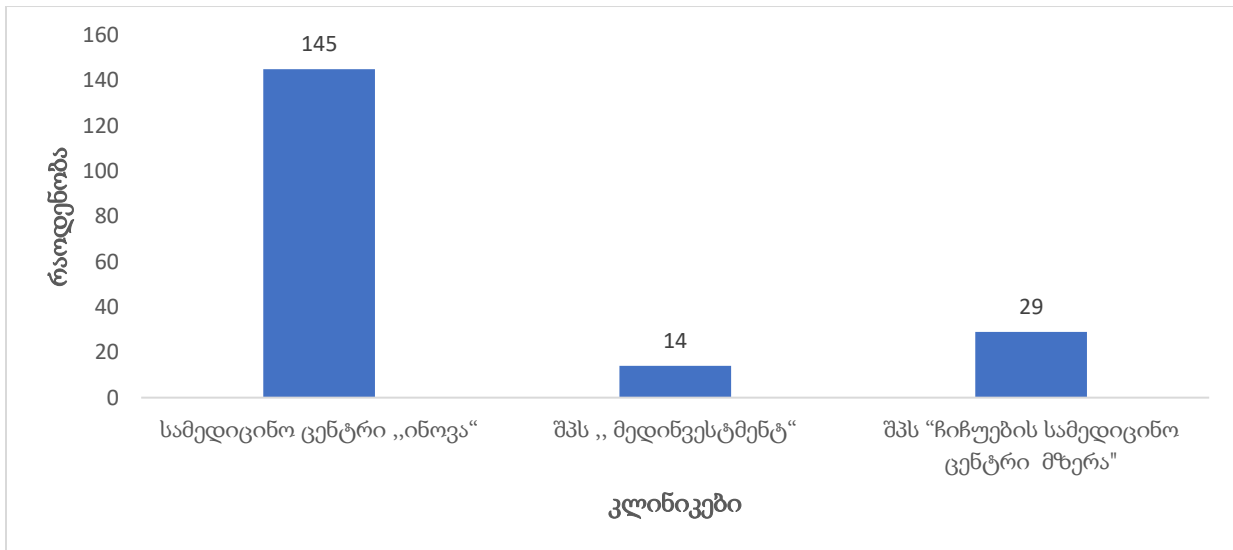
შეფასებულ იქნა, ცხოვრების ხარისხის ცვლილების შანსთა ფარდობები (OR) ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სხვადასხვა ჯგუფებში, კერძოდ ასაკობრივ და ოჯახური სტატუსის ჯგუფებში. ასევე ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში. აგრეთვე კვლევის შედეგებით განხორციელდა მრავლობითი რეგრესიის ანალიზი; ამ უკანასკნელის პირველ ეტაპზე გამოსავლის როლს მრავლობით რეგრესიის მოდელში თამაშობდა ცხოვრების ხარისხის ცვლილება, მეორე ეტაპზე ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების ცვლილება, მესამე ეტაპზე ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების ცვლილება, ხოლო დამოუკიდებელი ცვლადებად (რისკ-ფაქტორებად) შერჩეული ფაქტორები იყო: ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, სოციალური სტატუსი, განათლების საფეხური, ოჯახური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე.

თავი III. კვლევით მიღებული შედეგები

4.1 კვლევის მონაწილეთა აღწერა

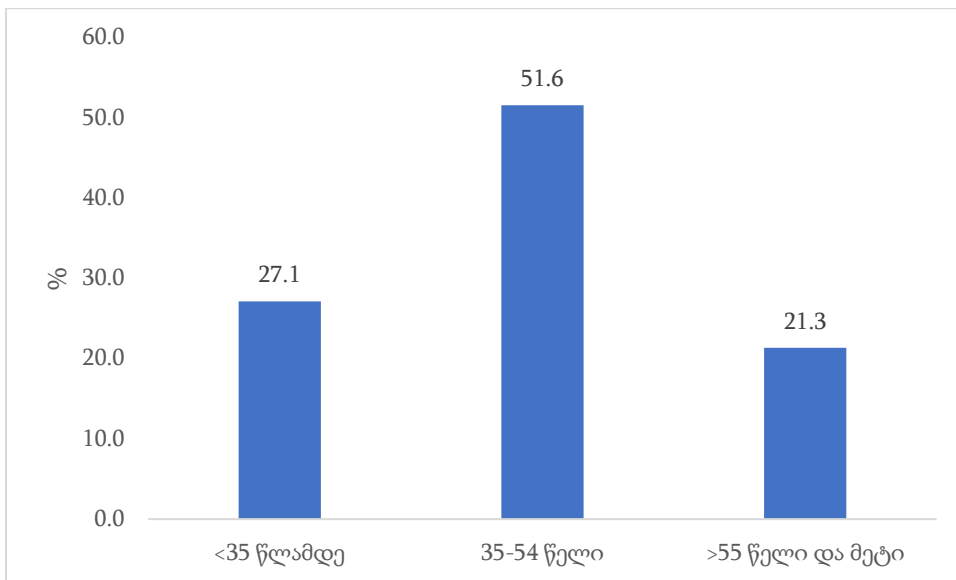
კვლევის მონაწილეების გამოკითხვა მოხდა სამ სამედიცინო დაწესებულებაში. 145 რესპონდენტი გამოიკითხა სამედიცინო ცენტრ „ინოვაში“, 14 რესპონდენტი შპს „მედინვესტმენტში“ და 29 რესპონდენტი „ჩიჩუების სამედიცინო ცენტრ მზერაში“.

დიაგრამა 1 კვლევის მონაწილეთა განაწილება სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით



კვლევის მონაწილეთა 51.1% (96) 35-54 წლის ქალები იყვნენ. 35 წლამდე ასაკის რესპონდენტების წილი იყო 26.1% (49) , ხოლო 55 წლის და მეტი ასაკის 22.9% (43).

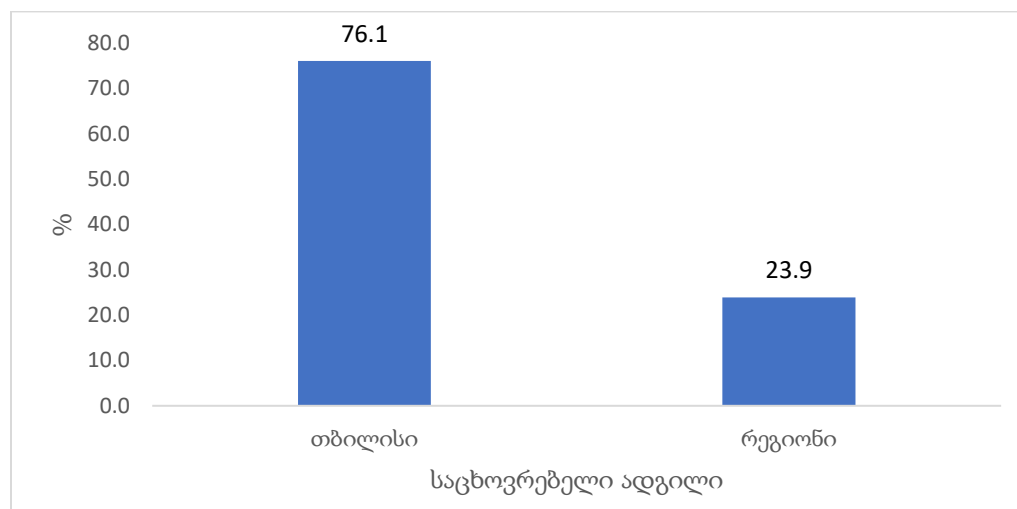
დიაგრამა 2 კვლევის მონაწილეთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



გამოკითხულთა 76.1% (143) თბილისის მაცხოვრებელია, 23.9% (45) კი რეგიონების.

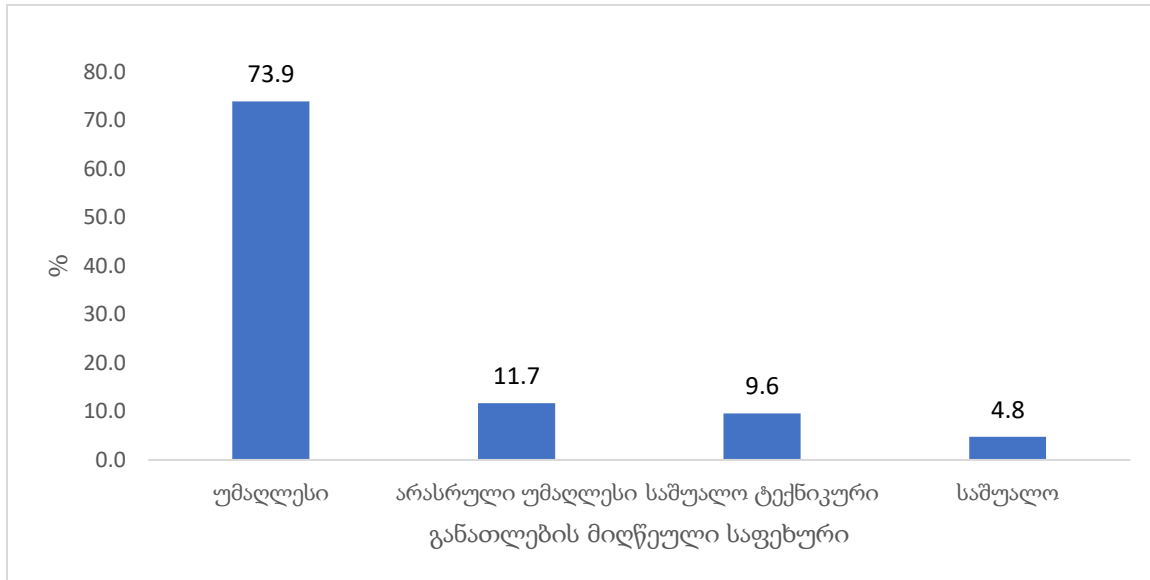
*დიაგრამა 3 რესპონდენტების განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (დედაქალაქი/რეგიონი)*

*დიაგრამა 4 რესპონდენტების განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (დედაქალაქი/რეგიონი)*



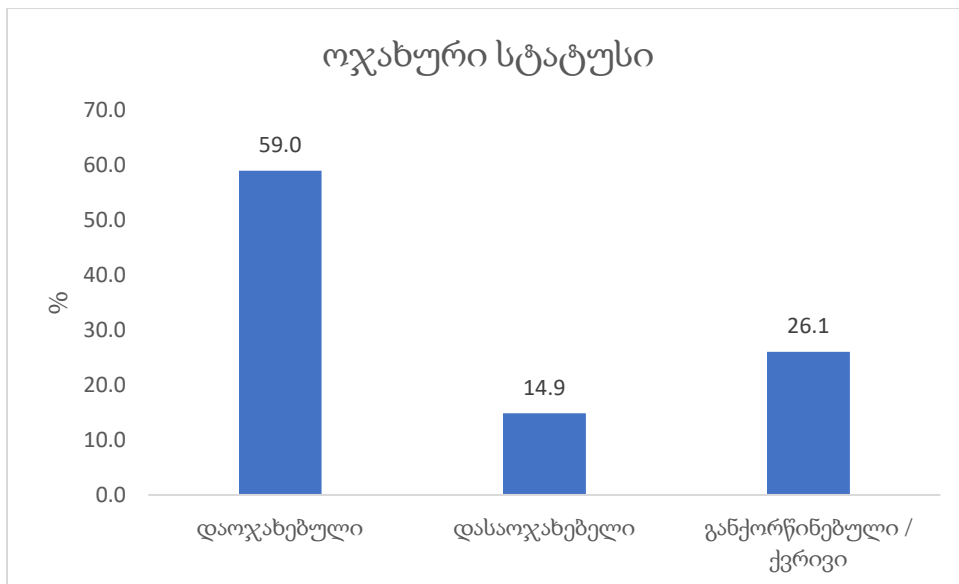
რესპონდენტების 73.9%-ს (139) უმაღლესი განათლება აქვს. არასრული უმაღლესი განათლება აქვს რესპონდენტების 11.7%-ს (22), საშუალო ტექნიკური განათლება 9.6%-ს (18), საშუალო განათლება კი მხოლოდ 4.8%-ს (9).

დიაგრამა 5 რესპონდენტების განაწილება განათლების მიღწეული დონის მიხედვით



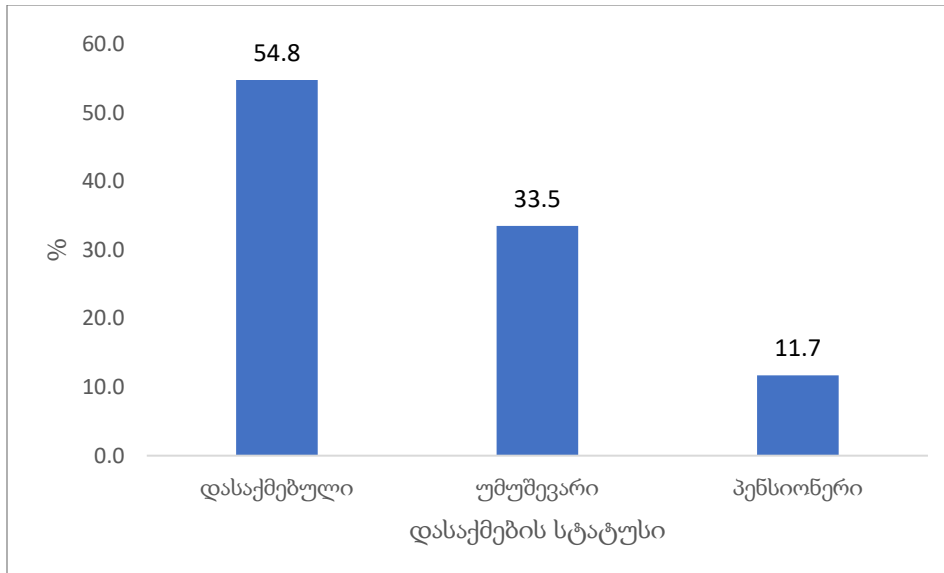
რესპონდენტების 59% (111) დაოჯახებულია, 14.9% (28) დასაოჯახებელი, ხოლო დანარჩენი 26.1% (49) განქორწინებული ან ქვრივი.

დიაგრამა 6 რესპონდენტების განაწილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით



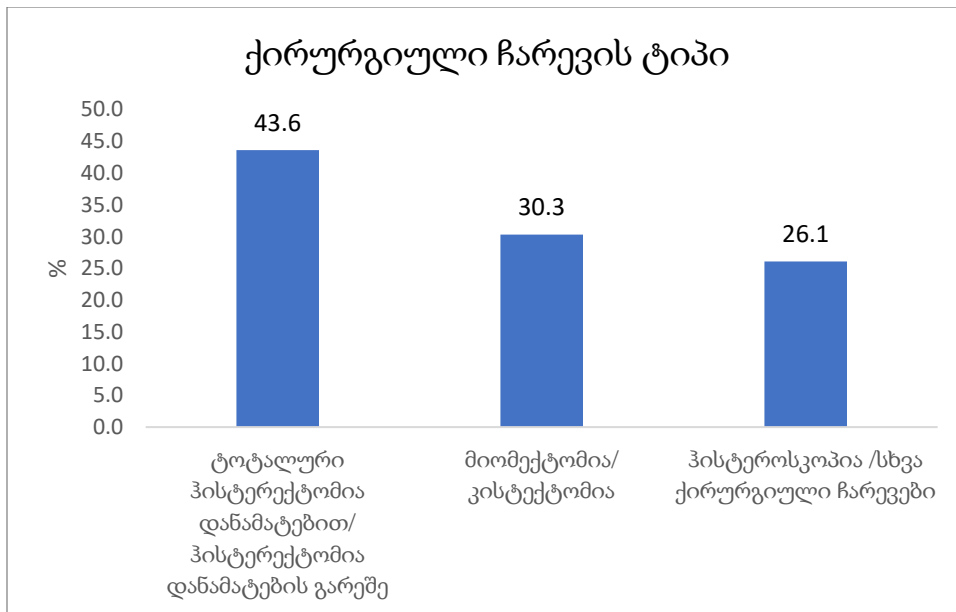
გამოკითხულთა 54.8% (103) დასაქმებულია, 33.5% (63) უმუშევარი, 11.7% (21) კი პენსიონერი.

დიაგრამა 7 რესპონდენტების განაწილება დასაქმების სტატუსის მიხედვით



რესპონდენტების 43.6%-ს (82) ჩაუტარდა ჰისტერექტომია დანამატებით ან ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 30.3%-ს (57) მიომექტომია ან კისტექტომია, 26.1%-ს (49) კი ჰისტერესკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები.

დიაგრამა 8 რესპონდენტების განაწილება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით

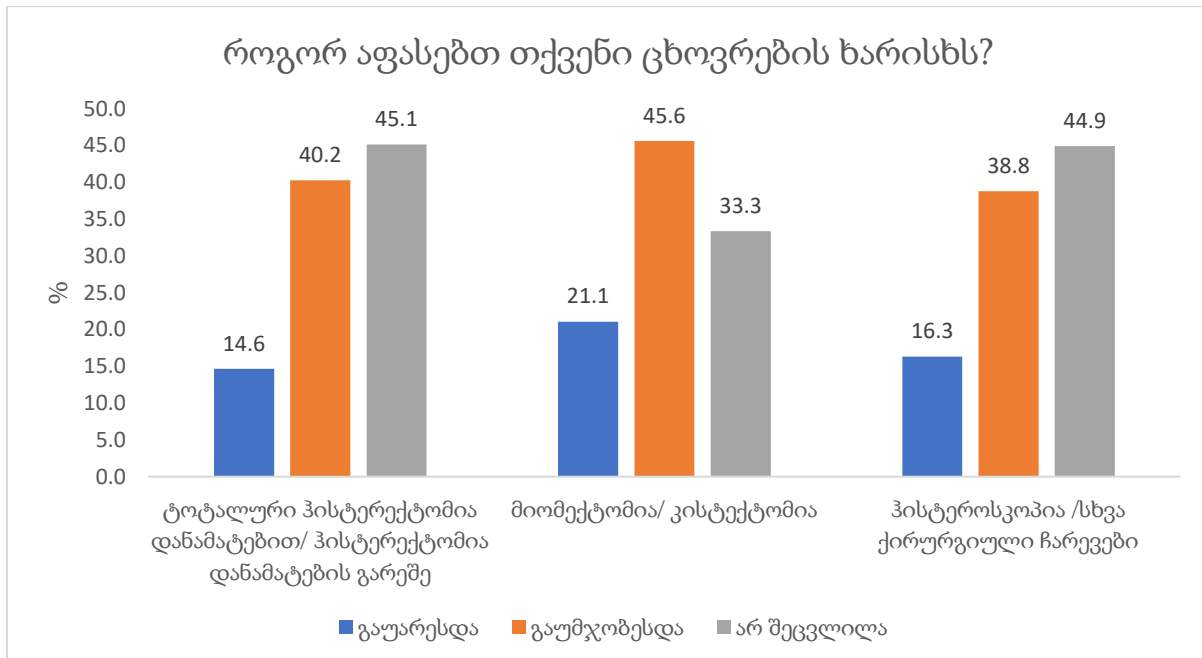


3.2 ცხოვრების ხარისხის შეფასება, სტატისტიკური ანალიზის აღწერა

დოკუმენტის ამ ნაწილში მოცემულია კვლევის შედეგების სტატისტიკური ანალიზის შედეგები. ცხოვრების ხარისხითა და ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების შეფასება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მეთოდოლოგიის მიხედვით ითვლება ცალკე. დანარჩენი კითხვები კი ერთიანდება 4 სფეროდ (ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები და გარემო). შესაბამისად ანალიზის დროს პირველი ორი კითხვა გაანალიზებულია ცალცალკე, 4 სფეროდ გაერთიანებული კითხვები კი ცალკე. თითოეული კითხვა და სფერო გავანალიზეთ შემდეგი ცვლადების მიხედვით: ასაკი, ქირურგიული ჩარევის ტიპი და ოჯახური მდგომარეობა.

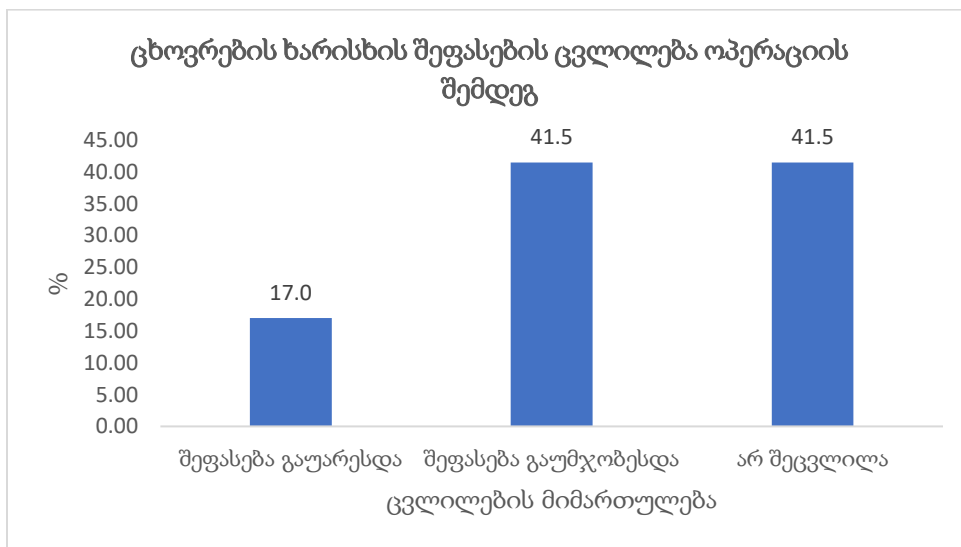
რესპონდენტების პასუხების პროცენტული განაწილება აჩვენებს, რომ ოპერაციის შემდეგ გაიზარდა იმ პაციენტების წილი, ვინც საკუთარი ცხოვრების ხარისხს აფასებს „კარგად“ ან „ძალიან კარგად“. ოპერაციამდე საკუთარი ცხოვრების ხარისხს „კარგად“ აფასებდა პაციენტების 56.4% (106) „ძალიან კარგად“ 14.4% (27). ოპერაციის შემდეგ კი ცხოვრების ხარისხს „კარგად“ აფასებდა 61.2% (115) ხოლო „ძალიან კარგად“ პაციენტების 26.6% (50).

დიაგრამა 9 ცხოვრების ხარისხის შეფასებების შედარება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ



ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხი უკეთესი ქულით შეაფასა პაციენტების 41.5%-მა (78), იგივე ქულით შეაფასა ასევე 41.5%-მა (78), ხოლო უფრო ნაკლები ქულით 17%-მა (32).  
 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილების სანდოობის შეფასებისთვის გამოვიყენეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტი. სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა რომ შეფასების გაუმჯობესებაში მომხდარი ცვლილება არის სტატისტიკურად სანდო ( $P < 0.001$ ).

დიაგრამა 10 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, წყვილური შედარებები (Wilcoxon-ის რანგების ტესტი-ზე დაფუძნებული)



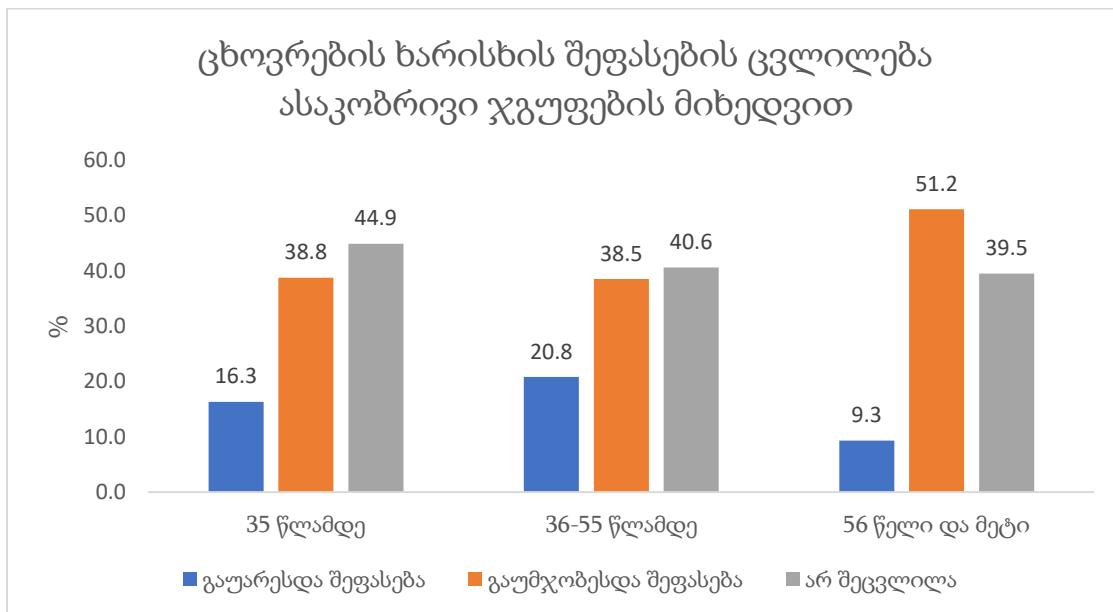
ცხრილი 4 „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს“, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?	N	%
ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	32	17
ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	78	41.5
ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	78	41.5
სულ	188	100

Wilcoxon რანგების ტესტი	როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? -ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
Z	-4.314
P	.000

ცხოვრების ხარისხით კმაყოფილების შეფასების ცვლილება გაანალიზდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. როგორც დიაგრამა #10 -ზე ჩანს, გაუმჯობესება არის სამივე ასაკობრივ ჯგუფში და ეს გაუმჯობესება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია სამივე ჯგუფისთვის (იხ. ცხრილი 5). თუმცა ყველაზე დიდი გაუმჯობესება არის 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებისთვის. ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა 35 წლამდე ასაკის პაციენტების 38.8%-ში (20), 36-55 წლამდე ასაკის პაციენტების 38.5%-ში (54) და 56 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტების 51.2%-ში (22).

დიაგრამა 11 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



ცხრილი 5 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon რანგების ტესტი

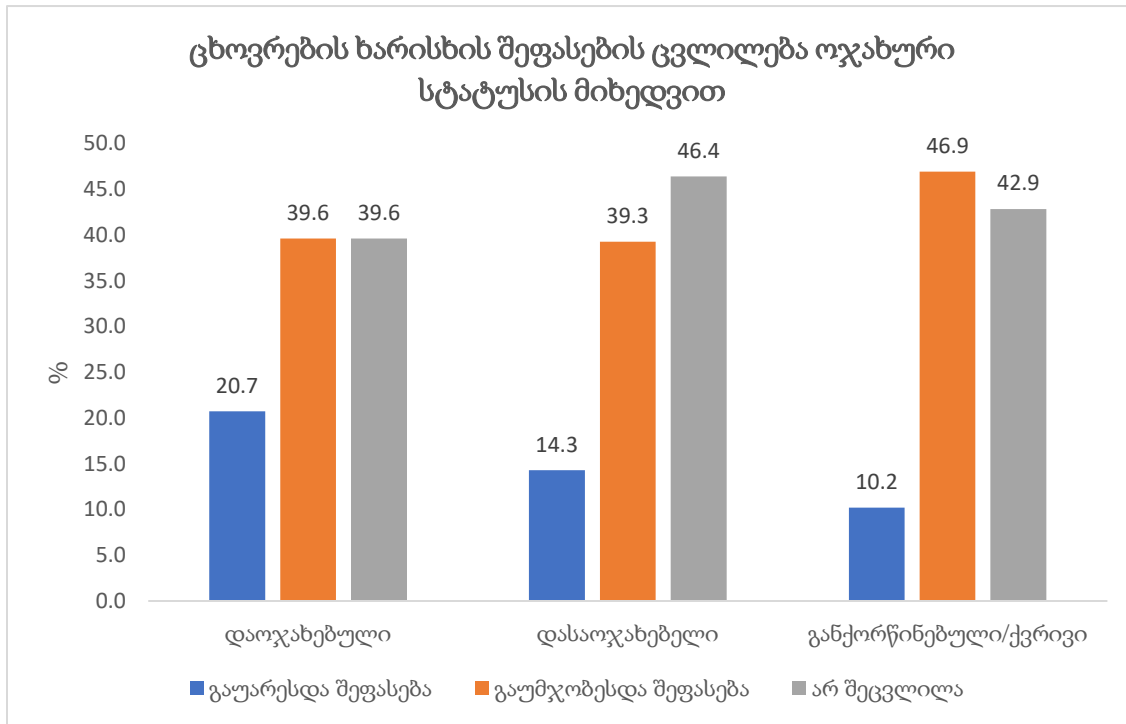
	როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?	N	%
35 წლამდე	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	8	16.3
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	19	38.8
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	22	44.9
	სულ	49	100
36-55 წლამდე	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	20	20.8
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	37	38.5
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	39	40.6
	სულ	96	100
56 წელი და მეტი	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	4	9.3
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	22	51.2
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	17	39.5
	სულ	43	100

ასაკობრივი ჯგუფი	როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? -ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
------------------	--

35 წლამდე	Z	-2.342
	P	.019
36-55 წლამდე	Z	-2.178
	P	.029
56 წელი და მეტი	Z	-3.532
	P	.000

ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ გაანალიზდა რესპონდენტების ოჯახურის სტატუსის მიხედვით. შედარდა სამი ჯგუფი „დაოჯახებული“, „დასაოჯახებელი“ და „განწორწინებული/ქვრივი“. ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა დაოჯახებული პაციენტების 39.6%-თან (44), დასაოჯახებელი პაციენტების 39.3%-თან (11) და განწორწინებული/ქვრივი პაციენტების 46.9%-თან (21). ანალიზმა აჩვენა რომ სამივე ჯგუფში შეინიშნება ცხოვრების ხარისხის შეფასების გაუმჯობესება, თუმცა დასაოჯახებელი რესპონდენტების ჯგუფში ცვლილების სტატისტიკურად სანდობა დასაშვებ ზღვარზე ოდნავ ნაკლებია ( $P=0.59$ ). დანარჩენ ორ ჯგუფი სტატისტიკური სანდობა  $P<0.05$  (იხ. ცხრილი 6).

*დიაგრამა 12 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი*



ცხრილი 6 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

ოჯახური მდგომარეობა	როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?	N	%
დაოჯახებული	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	23	20.7
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	44	39.6
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	44	39.6
	სულ	111	100
დასაოჯახებელი	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	4	14.3
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	11	39.3

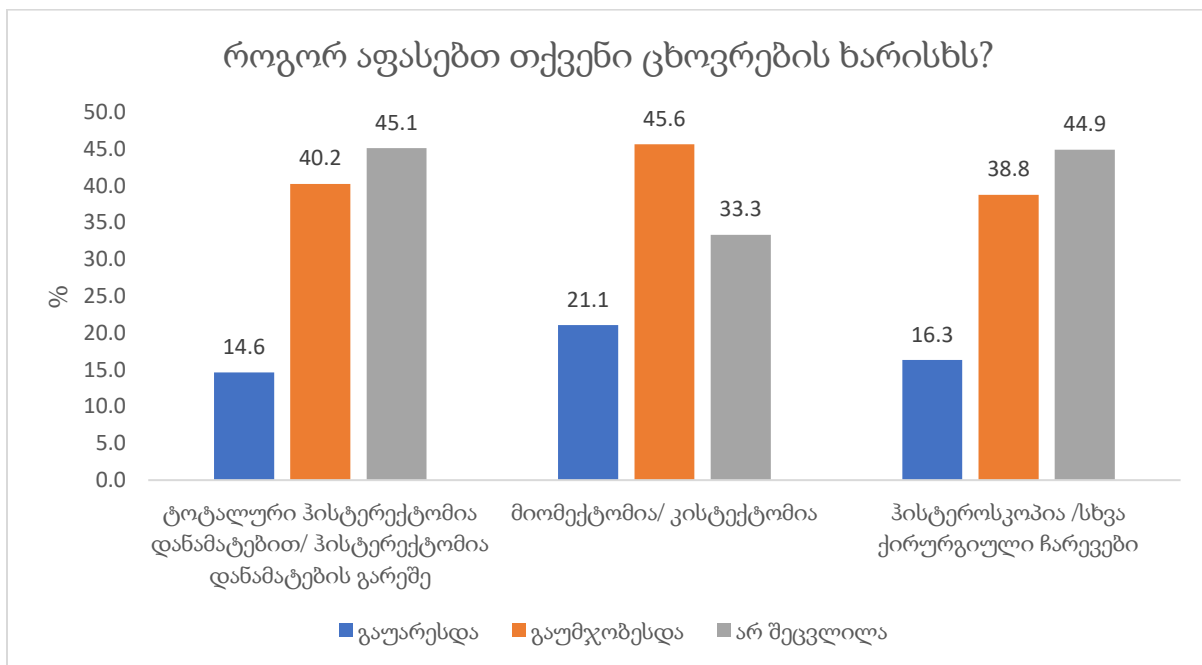
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	13	46.4
	სულ	28	100
განქორწინებული/ქვრივი	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	5	10.2
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	23	46.9
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	21	42.9
	სულ	49	100

ოჯახური მდგომარეობა		როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? - ოპერაციის შემდეგ - როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? - ოპერაციამდე
დაოჯახებული	Z	-2.335 <sup>b</sup>
	P	.020
დასაოჯახებელი	Z	-1.886 <sup>b</sup>
	P	.059
განწორწინებული/ქვრივი	Z	-3.526 <sup>b</sup>
	P	.000

ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება გავანალიზეთ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. იმ პაციენტების 40.2%-ს (33), რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროექტომია დანამატებით ან ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა, მიემოქტომია/კისტექტომიის შემდეგ დადებითი დინამიკა შეაფასეს პაციენტების 51.2%-მა (42), ხოლო ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების შემდეგ პაციენტების 45.6%-მა (26).

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება გაუმჯობესების კუთხით მოხდა იმ ჯგუფში, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ასევე იმ ჯგუფში რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები ( $p<0.001$ ). მიუხედავად იმისა რომ მიომექტომია და კისტექტომიის ოპერაციის შემდეგ საკუთარი ცხოვრების ხარისხს უკეთესად აფასებენ, ეს ცვლილება სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა.

დიაგრამა 13 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი



ცხრილი 7 ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

ქირურგიული ჩარევა	როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?	N	%
ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	12	14.6
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	33	40.2
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	37	45.1
	სულ	82	100
მიემექტომია/ კისტექტომია	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	12	21.1

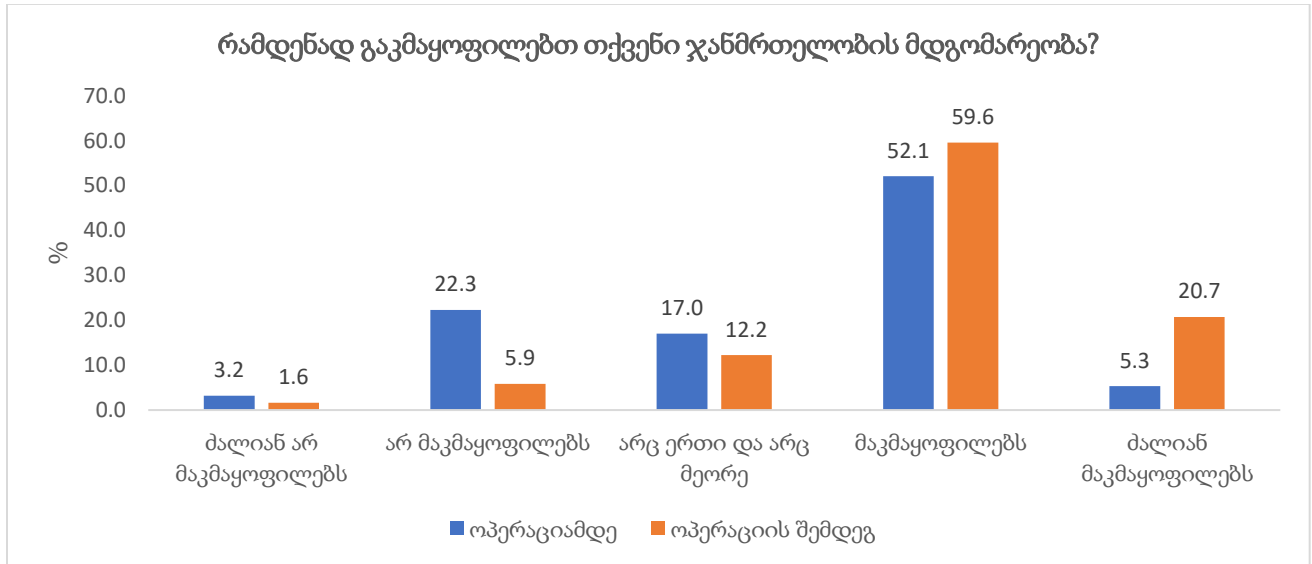
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	26	45.6
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	19	33.3
	სულ	57	100
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	8	16.3
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	19	38.8
	ცხოვრების ხარისხის შეფასება არ შეცვლილა ოპერაციის შემდეგ	22	44.9

ქირურგიული ჩარევის ტიპი		როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	Z	-3.105 <sup>b</sup>
	P	.002
მიომექტომია/ კისტექტომია	Z	-1.730 <sup>b</sup>
	P	.084
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	Z	-2.659 <sup>b</sup>
	P	.008

### 3.3 ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება

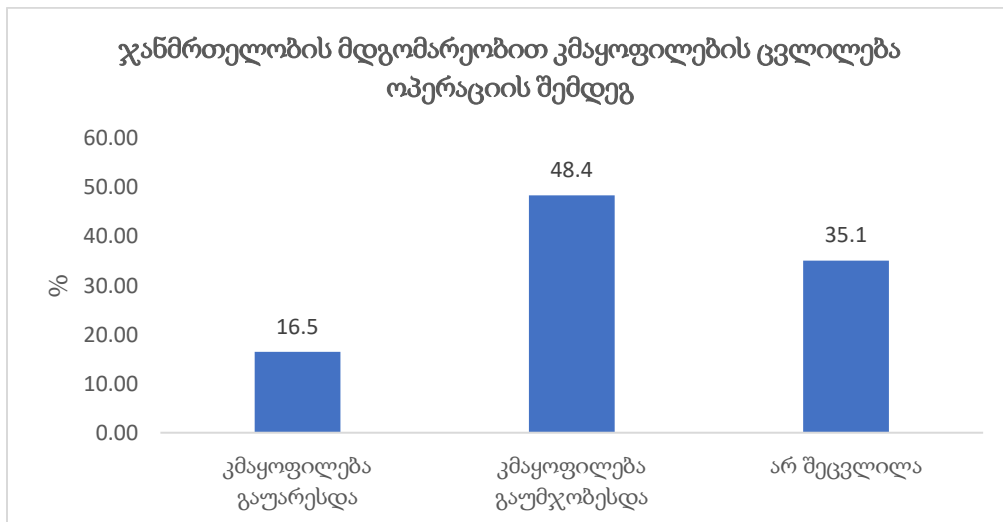
რესპონდენტების პასუხების პროცენტული განაწილების შედარება აჩვენებს რომ გაიზრდა იმ პაციენტთა წილი რომლებიც ოპერაციის შემდეგ „კმაყოფილია“ ან „ძალიან კმაყოფილია“ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით. ოპერაციამდე ჯანმრთელობით „ძალიან კმაყოფილი“ იყო მხოლოდ 5.3% (10), ოპერაციის შემდეგ კი 20.7% (39). ოპერაციამდე „კმაყოფილი“ იყო 52.1% (98) ხოლო ოპერაციის შემდეგ 59.6% (112).

დიაგრამა 14 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ,



ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილების მნიშვნელოვნება შევამოწმეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტის მეშვეობით „მდე და შემდეგ“ წყვილურმა შედარებებმა აჩვენა რომ ჯანმრთელობით კმაყოფილება გაუარესდა 16.49%-ში (31), გაუმჯობესდა 48.4%-ში (91), ხოლო 35.11% შემთხვევაში (66) არ შეცვლილა. მთლიანობაში პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სანდოა ( $P < 0.001$ ), (იხ. ცხრილი 8).

დიაგრამა 15 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი



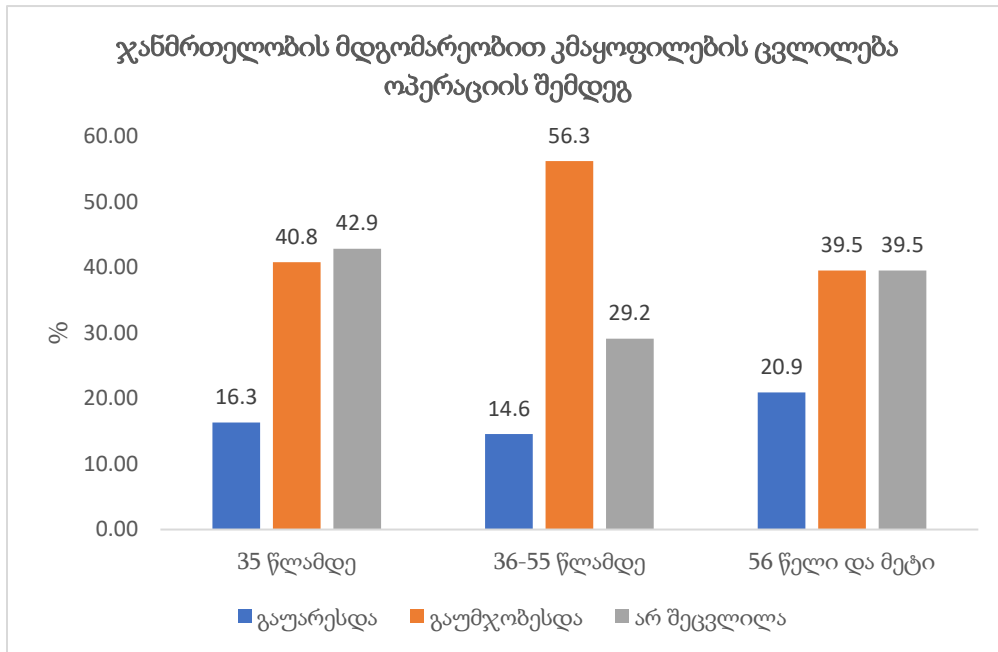
ცხრილი 8 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?	N	%
ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	31	16.5
ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	91	48.4
ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	66	35.1
სულ	188	100

Wilcoxon რანგების ტესტი	რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?
Z	-5.559
P	.000

ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება შევაფასეთ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. როგორც აღმოჩნდა სამივე ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია. Wilcoxon-ის რანგების ტესტი-ის სტატისტიკური მნიშვნელოვნების დონე 0.05-ზე ნაკლებია სამივე ჯგუფისთვის (იხ. ცხრილი 9).

დიაგრამა 16 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



ცხრილი 9 ჯანმრთელობის მდგომარეობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon რანგების ტესტი

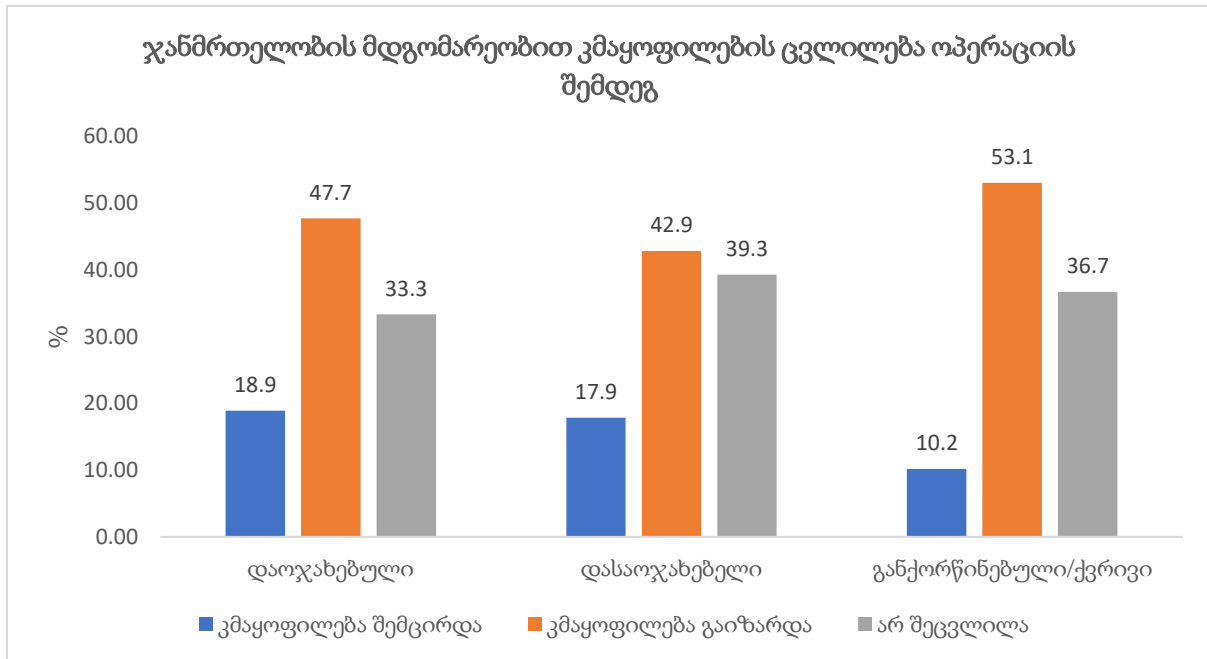
ასაკობრივი ჯგუფი	რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?	N	%
35 წლამდე	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	8	16.3
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	20	40.8
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	21	42.9
	სულ	49	100
36-55 წლამდე	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	14	14.6
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	54	56.3
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	28	29.2

	სულ	96	100
56 წელი და მეტი	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	9	20.9
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	17	39.5
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	17	39.5
	სულ	42	100

ასაკობრივი ჯგუფი		რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? - ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
35 წლამდე	Z	-2.286
	P	.022
36-55 წლამდე	Z	-4.514
	P	.000
56 წელი და მეტი	Z	-2.393
	P	.017

ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება შევაფასეთ ოჯახური სტატუსის მიხედვით. დაოჯახებული პაციენტების 47.7%-მა (53) დასაოჯახებელი პაციენტების 42.9%-მა (12) და განქორწინებული/ქვრივი პაციენტების 53.1%-მა (26) ოპერაციის შემდეგ უკეთესი ქულით შეაფასა საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, როგორც აღმოჩნდა ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია დაოჯახებული და განქორწინებული/ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში. ( $P < 0.001$ ) (იხ. ცხრილი 10).

*დიაგრამა 17 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით*



ცხრილი 10 ჯანმრთელობის მდგომარეობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

ოჯახური მდგომარეობა	რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?	N	%
დაოჯახებული	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	21	18.9
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	53	47.7
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	37	33.3
	სულ	111	100
დასაოჯახებელი	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	5	17.9
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	12	42.9

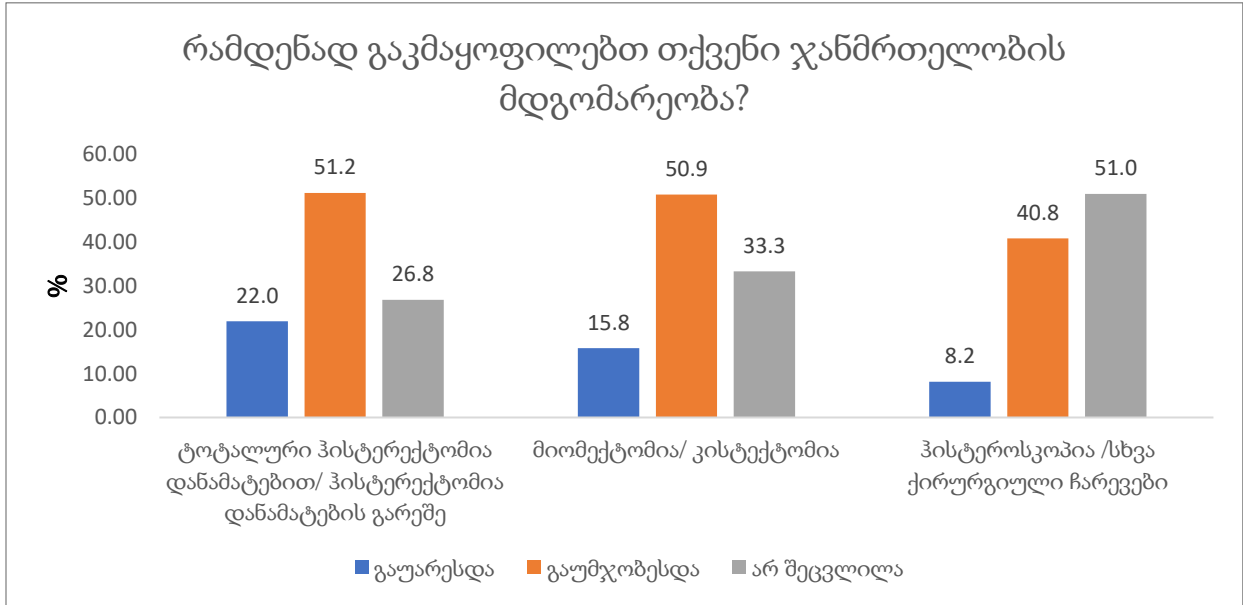
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	11	39.3
	სულ	28	100
განწორწინებული/ქვრივი	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	5	10.2
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	26	53.1
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	18	36.7
	სულ	49	100

ოჯახურის სტატუსი		ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
დაოჯახებული	Z	-4.227
	P	.000
დასაოჯახებელი	Z	-1.537
	P	.124
განწორწინებული/ქვრივი	Z	-3.452
	P	.001

ოპერაციის შემდგომ ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება გავაანალიზეთ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება გაუმჯობესდა სამივე ჯგუფში. ოპერაციის შემდეგ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკეთესი ქულით შეაფასა იმ პაციენტების 51.2% -მა (42) ვისაც ჩაუტარდათ ტოტალური ჰისტერექტომია/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, იმ პაციენტების 50.9%-მა (29), ვისაც ჩაუტარდა მიომექტომია/კისტექტომია და იმ პაციენტების 40.8%-მა (29) ვისაც გაუკეთდა ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები.

ამასთან სამივე ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სანდო აღმოჩნდა (იხ. ცხრილი 11).

დიაგრამა 18 ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი



ცხრილი 11 ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

ქირურგიული ჩარევა	რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?	N	%
ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	18	22.0
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	42	51.2
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	22	26.8
	სულ	82	100
მიომექტომია/ კისტექტომია	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	9	15.8

	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	29	50.9
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	19	33.3
	სულ	57	100
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუარესდა	9	8.2
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ გაუმჯობესდა	29	40.8
	ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება ოპერაციის შემდეგ არ შეცვლილა	19	51.0
	სულ	57	100

ქირურგიული ჩარევის ტიპი		რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ
ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	Z	-2.857
	P	.004
მიომექტომია/ კისტექტომია	Z	-3.671
	P	.000
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	Z	-3.575
	P	.000

### 3.4 ცხოვრების ხარისხის შეფასება ოთხი განზომილების მიხედვით

პირველი ორი კითხვის გარდა (ცხოვრების ხარისხის შეფასება და ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების შეფასება) კითხვარის 23 ძირითადი კითხვა 4 განზომილებად ერთიანდება. როგორც მეთოდოლოგიაში იქნა აღწერილი ეს 4 სფეროა:

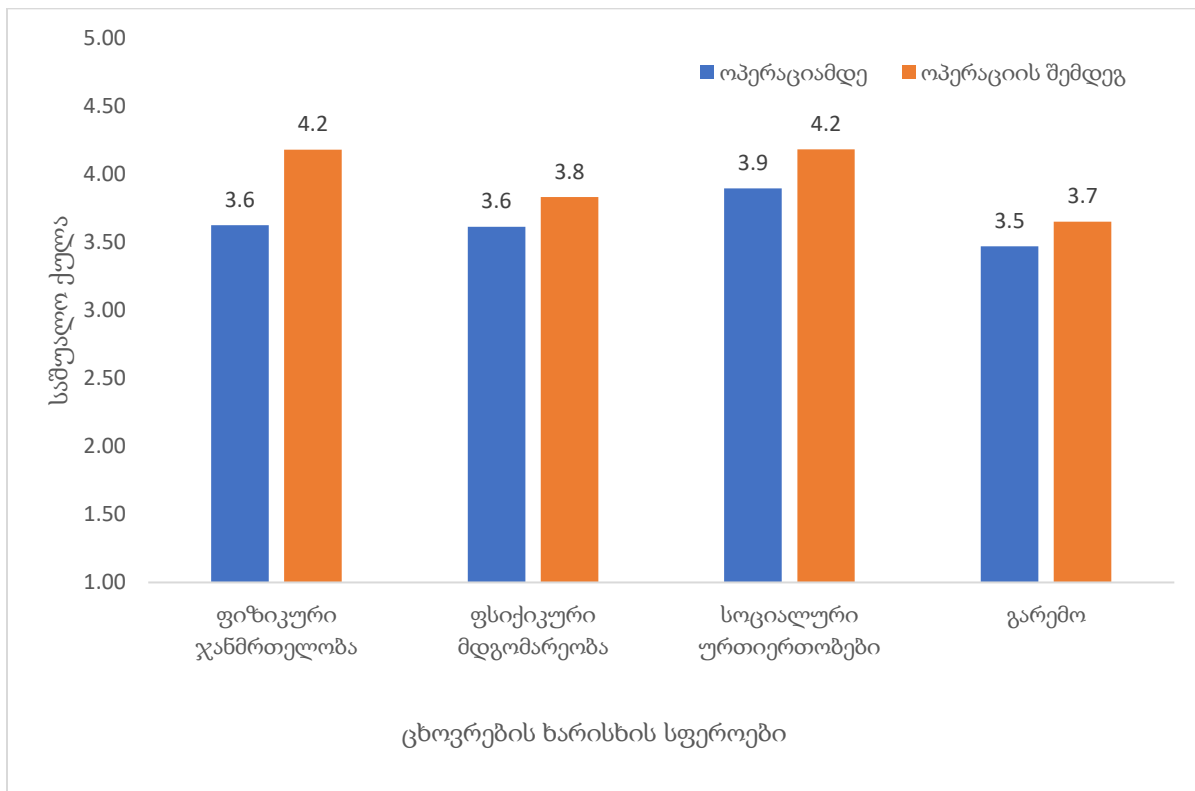
1. ფიზიკური ჯანმრთელობა
2. ფსიქიკური მდგომარეობა
3. სოციალური ურთიერთობები
4. გარემო

თითოეული განზომილების ქულის გამოთვლა ხდება მასში შემავალი კრიტერიუმების (კითხვების) ქულების გასაშუალოებით. ინსტრუმენტის აღწერის ნაწილში მოცემულია რა კითხვები ერთიანდება თითოეულ სფეროში.

სტატისტიკური ანალიზი ამ 4 სფეროს მიხედვით განხორციელდა.

საშუალო ქულების შედარება გვიჩვენებს რომ ოთხივე სფეროს საშუალო ქულები ოპერაციის შემდგომ გაზრდილია.

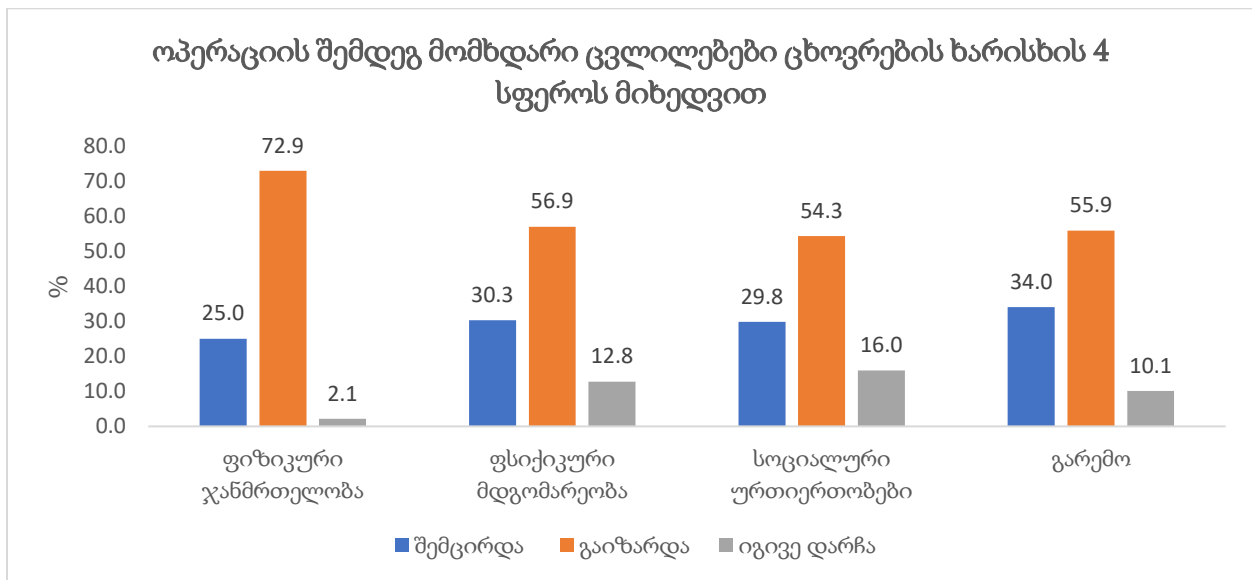
*დიაგრამა 19 ოპერაციის შემდგომ ცხოვრების ხარისხის ცვლილება 4 განზომილების მიხედვით, საშუალო ქულების შედარება*



თითოეულ სფეროში ოპერაციის შემდგომ მომხდარი ცვლილების სტატისტიკური მნიშვნელოვნების შესამოწმებლად გამოვიყენეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტი.

სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა რომ ოთხივე სფეროში მოხდა ქულების გაუმჯობესება ოპერაციის შემდეგ. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ საშუალო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 72.9% (72.9) შემთხვევაში, 25%-ში (47) ეს მაჩვენებელი გაუარესდა და იგივე დარჩა 2.1%-თან (4). „ფსიქიკური მდგომარეობის“ საშუალო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 56.9%-თან (107), გაუარესდა 30.3%-ში (57), ხოლო იგივე დარჩა 12.8%-თან (24). მსგავსი ტენდენციაა „სოციალური ურთიერთობებისა“ და „გარემოს“ სფეროებში (ცხრილი #12). ოპერაციის შემდგომ მომხდარი ცვლილებების სტატისტიკური მნიშვნელობის შეფასებისთვის გამოვიყენეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტი, როგორც ანალიზმა აჩვენა ოთხივე სფეროში მომხდარი ცვლილებები სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი, ოთხივე შემთხვევაში  $P < 0.001$  (იხ. ცხრილი 12).

დიაგრამა 20 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ცხოვრების ხარისხის 4 სფეროს მიხედვით



ცხრილი 12 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ცხოვრების ხარისხის 4 სფეროს მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	შემცირდა		გაიზარდა		იგივე დარჩა	
	n	%	n	%	n	%
ფიზიკური ჯანმრთელობა	47	25	137	72.9	4	2.1

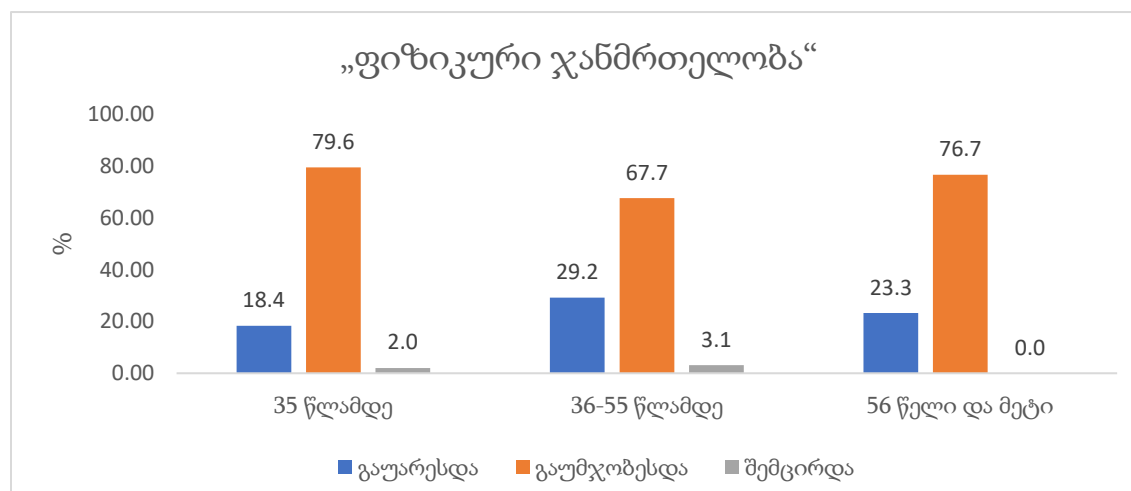
ფსიქიკური მდგომარეობა	57	30.3	107	56.9	24	12.8
სოციალური ურთიერთობები	56	29.8	102	54.3	30	16.0
გარემო	64	34.0	105	55.9	19	10.1

	ფიზიკური ჯანმრთელობა	ფსიქიკური მდგომარეობა	სოციალური ურთიერთობები	გარემო
Z	-7.954	-4.624	-3.684	-3.482
P	.000	.000	.000	.000

3.5 ცხოვრების ხარისხის შეფასების სფეროები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ცხოვრების ხარისხის თითოეული სფეროში მომხდარი ცვლილებების სტატისტიკური მნიშვნელოვნება განალიზდა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით.

ანალიზმა აჩვენა რომ სამივე ასაკობრივ ჯგუფში ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომხდარი გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა. სამივე ასაკობრივი ჯგუფისთვის  $p < 0.001$  (იხ. ცხრილი 13). 35 წლამდე რესპონდენტების 79.6%-ში (39) ფიზიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებელი გაუმჯობესდა, 18.4%-თვის (9) გაუარესდა და 2%-თვის (1) იგივე დარჩა. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება მოხდა 67%-ში (65), 29%-ში მოხდა ნეგატიური ცვლილება (28) და 3%-ში (3) ცვლილება არ დაფიქსირდა. ანალოგიური ტენდენციაა 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებში, 76.7% -ში (33) ცვლილება პოზიტიურია, 23%-ში (10) ნეგატიური.

*დიაგრამა 21 ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით*



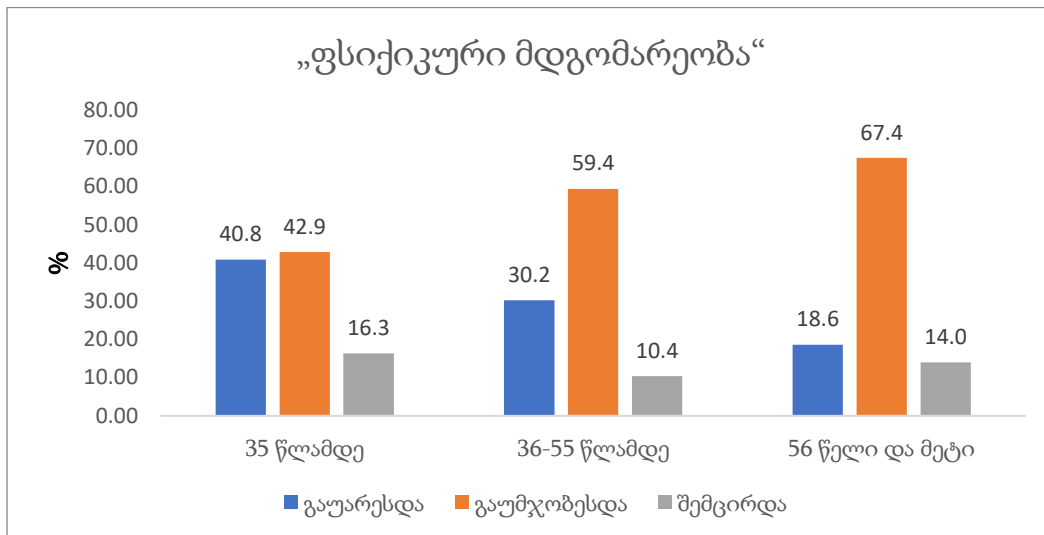
ცხრილი 13 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
35 წლამდე	9	18.4	39	79.6	1	2.0
36-55 წლამდე	28	29.2	65	67.7	3	3.1
56 წელი და მეტი	10	23.3	33	76.7	0	0.0

ასაკობრივი ჯგუფი		ფიზიკური ჯანმრთელობა
35 წლამდე	Z	-4.317
	P	.000
36-55 წლამდე	Z	-5.457
	P	.000
56 წელი და მეტი	Z	-4.107
	P	.000

სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა რომ „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში მომხდარი გაუმჯობესება მოხდა მხოლოდ 36-55 წლამდე და 56 და მეტი წლის რესპონდენტების ჯგუფებში. ამ ორ ჯგუფში გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა ( $p < 0.001$ ) (იხ. ცხრილი 14). 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება მოხდა 59,4%-ში (57), 30,2%-ში (29) მოხდა ნეგატიური ცვლილება და 10,4%-ში (10) ცვლილება არ დაფიქსირდა. 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებში კი პოზიტიური ცვლილება მოხდა 67,44% -ში (29), 18,6%-ში (8) ნეგატიური, ხოლო 14%-ში (6) ცვლილება არ მომხდარა.

*დიაგრამა 22 ფსიქოლოგიური სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით*



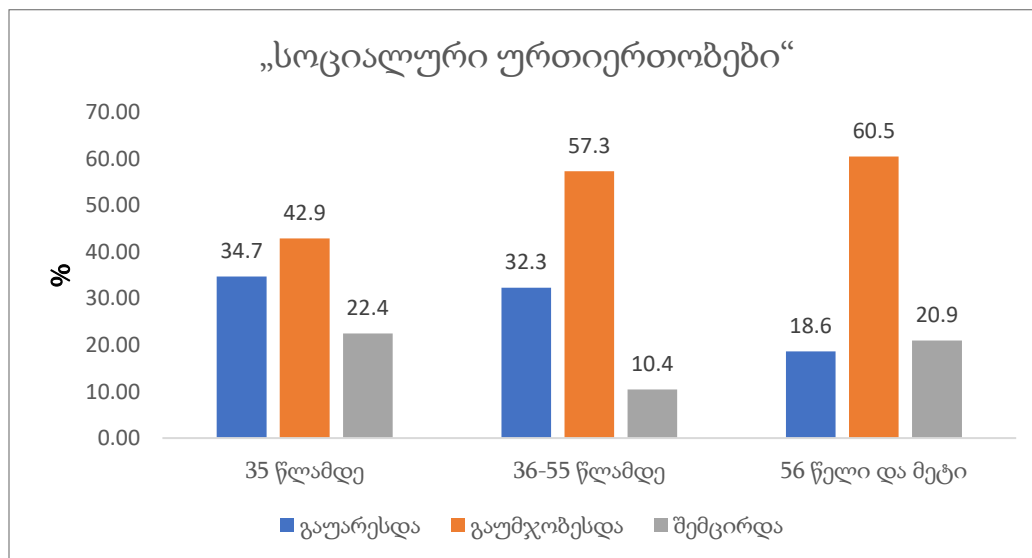
ცხრილი 14 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ფსიქიკური მდგომარეობის სფეროში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
35 წლამდე	20	40.8	21	42.9	8	16.3
36-55 წლამდე	29	30.2	57	59.4	10	10.4
56 წელი და მეტი	8	18.6	29	67.4	6	14.0

ასაკობრივი ჯგუფი		ფსიქიკური მდგომარეობა
35 წლამდე	Z	-.872
	P	.383
36-55 წლამდე	Z	-3.493
	P	.000
56 წელი და მეტი	Z	-3.454
	P	.001

„სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მოხდა იმავე ასაკობრივ ჯგუფებში, რაც „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში. 35 წლამდე რესპონდენტებში მნიშვნელოვანი ცვლილება არ დაფიქსირებულა. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესება დაფიქსრდა 57,3%-ში (55), გაუარესება 32.3%-ში (31), ცვლილება არ მოხდა 10.4%-ში (6). 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტების 60.5%-ში (26) გაუმჯობესდა „სოციალური ურთიერთობების“ მაჩვენებელი, 18.6% ში (8) გაუარესდა, 20.9%-ში (9) კი არ შეიცვალა. ორივე ჯგუფისთვის Wilcoxon-ის რანგების ტესტი სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (იხ. ცხრილი 15).

დიაგრამა 23 სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

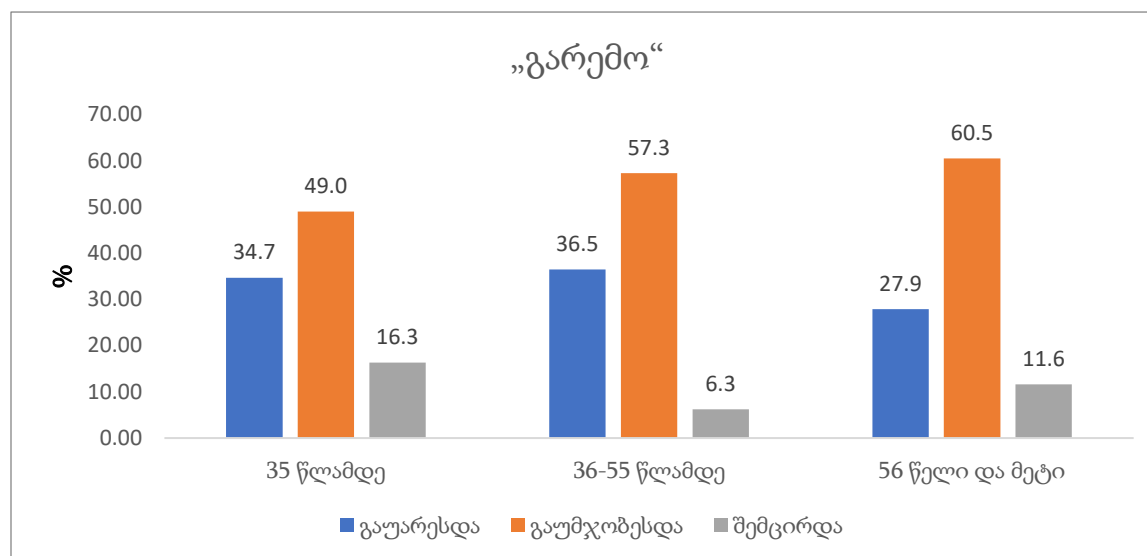


ცხრილი 15 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება სოციალური ურთიერთობების სფეროში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
35 წლამდე	17	34.7	21	42.9	11	22.4
36-55 წლამდე	31	32.3	55	57.3	6	10.4
56 წელი და მეტი	8	18.6	26	60.5	9	20.9

ასაკობრივი ჯგუფი		სოციალური ურთიერთობები
35 წლამდე	Z	-.830
	P	.406
36-55 წლამდე	Z	-2.663
	P	.008
56 წელი და მეტი	Z	-2.990
	P	.003

სფერო „გარემოს“ მაჩვენებელი წინა ორი სფეროს მსგავსად, მხოლოდ ორ ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესდა, 36-55 წლამდე და 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტებში. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში „გარემოს“ შეფასება გაუმჯობესდა რესპონდენტების 57.3% შემთხვევაში (55), 56 და უფრო მეტი ასაკის პაციენტებში კი 60.5%-ში (26). სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება დაფიქსირდა ამ ორ ჯგუფში (P=0.11 და P=0.16) (იხ. ცხრილი 16).  
 დიაგრამა 24 სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



ცხრილი 16 ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილებების შეფასება სფეროში „გარემო“ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

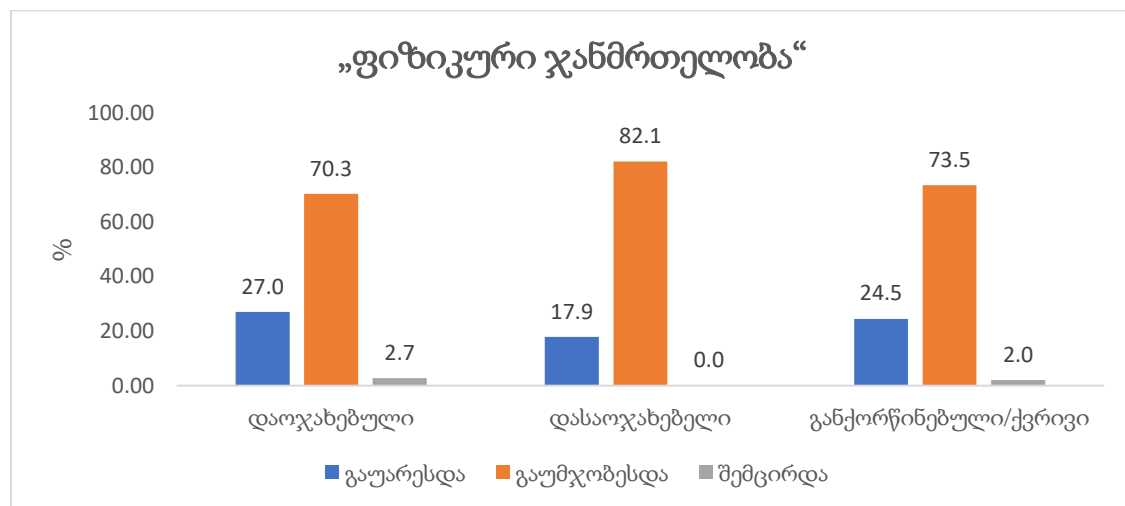
	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
35 წლამდე	17	34.7	24	49.0	8	16.3
36-55 წლამდე	35	36.5	55	57.3	6	6.3
56 წელი და მეტი	12	27.9	26	60.5	5	11.6

ასაკობრივი ჯგუფი		გარემო
35 წლამდე	Z	-.844
	P	.399
36-55 წლამდე	Z	-2.547
	P	.011
56 წელი და მეტი	Z	-2.419
	P	.016

3.6 ცხოვრების ხარისხის სფეროების მაჩვენებლების ცვლილება ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება გავანალიზეთ სხვადასხვა ოჯახური სტატუსის მქონე ჯგუფებში. ანალიზის შედეგად გამოვლინდა რომ სამივე ჯგუფში, როგორც დაოჯახებულ, ისე დასაოჯახებელ და განხორწინებულ/ქვრივი რესპონდენტებში ოპერაციის შემდგომ მომხდარი ცვლილებები „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში სტატისტიკურად სანდოა  $P < 0.001$  (იხ. ცხრილი 18). დაოჯახებულ რესპონდენტებიდან 70.3%-ში (78) ოპერაციის შემდგომ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროს მაჩვენებელი გაუმჯობესდა, 27%-ში (30) შემცირდა და 2.7%-ში (3) არ შეცვლილა. მსგავსი ტენდენციებია დასაოჯახებელ რესპონდენტებში და განხორწინებულ/ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში.

დიაგრამა 25 ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით



ცხრილი 17 ოპერაციის შემდეგ „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ სფეროში მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%

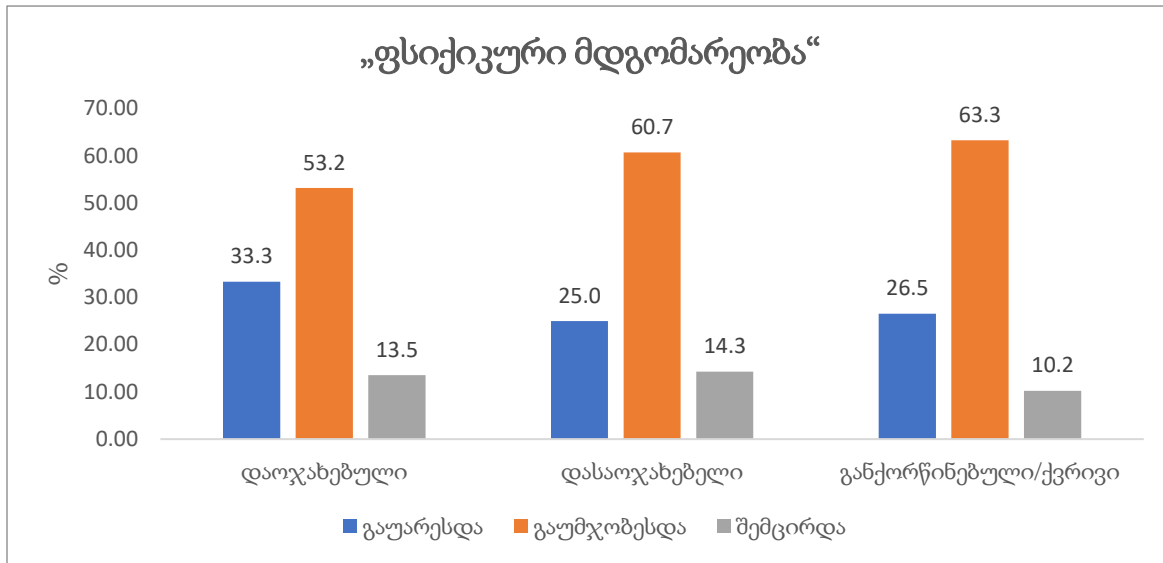
დაოჯახებული	30	27.0	78	70.3	3	2.7
დასაოჯახებელი	5	17.9	23	82.1	0	0.0
განქორწინებული/ქვრივი	12	24.5	36	73.5	1	2.0

ოჯახური სტატუსი		ფიზიკური ჯანმრთელობა
დაოჯახებული	Z	-5.617
	P	.000
დასაოჯახებელი	Z	-3.454
	P	.001
განქორწინებული/ქვრივი	Z	-4.565
	P	.000

„ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილებაც ასევე გავანალიზეთ სხვადასხვა ოჯახური სტატუსის მიხედვით. ფსიქოლოგიური მდგომარეობა ოპერაციის შემდგომ უკეთესად შეაფასა დაოჯახებულების 53.2%-მა (59), დასაოჯახებულების 60.7%-მა (17) და განქორწინებულები/ქვრივების 63.3%-მა (31).

ანალიზის შედეგად გამოვლინდა რომ სამივე ჯგუფში, როგორც დაოჯახებულ, ისე დასაოჯახებელ და განქორწინებულ/ქვრივი რესპონდენტებში ოპერაციის შემდგომ მომხდარი ცვლილებები „ფსიქოლოგიური მდგომარეობის“ სფეროში სტატისტიკურად სანდოა  $P < 0.001$  (იხ. ცრილი 19).

*დიაგრამა 26 ფსიქიკური მდგომარეობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით*



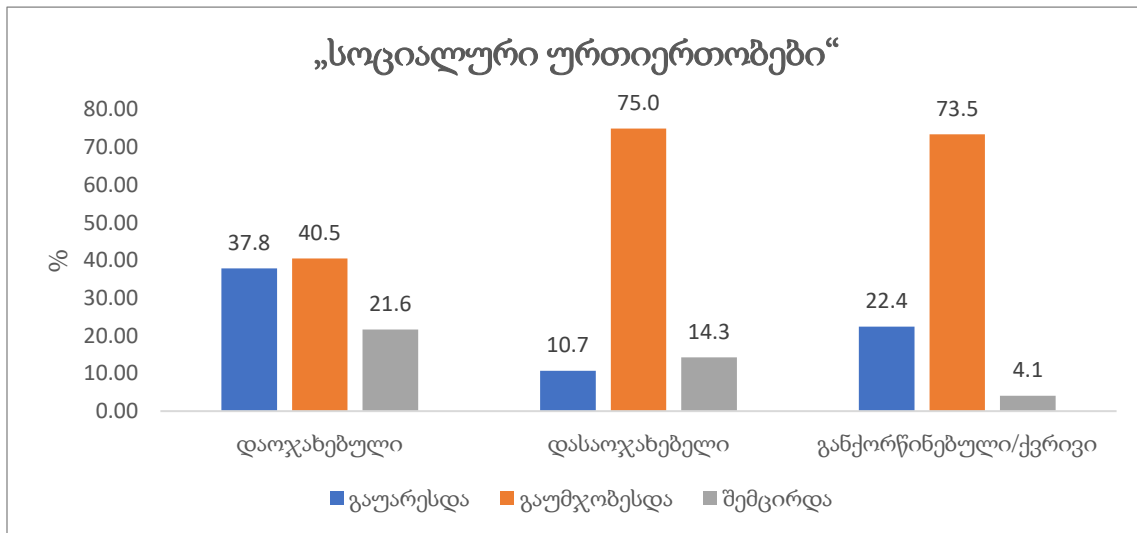
ცხრილი 18 ოპერაციის შემდეგ „ფსიქიკური მდგომარეობის“ სფეროში მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
დაოჯახებული	37	33.3	59	53.2	15	13.5
დასაოჯახებელი	7	25.0	17	60.7	4	14.3
განქორწინებული/ქვრივი	13	26.5	31	63.3	5	10.2

ოჯახური სტატუსი		ფსიქიკური მდგომარეობა
დაოჯახებული	Z	-2.638
	P	.008
დასაოჯახებელი	Z	-2.612
	P	.009
განქორწინებული/ქვრივი	Z	-3.085
	P	.002

„სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში მაჩვენებლის ცვლილება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მხოლოდ დასაოჯახებელ და განქორწინებულ/ქვრივ რესპონდენტებში. მხოლოდ ამ ორ ჯგუფშია ტესტის მნიშვნელოვნება მისაღებ ზღვარზე ნაკლები  $P < 0.001$  (იხ. ცხრილი 19). დასაოჯახებელი რესპონდენტების 75% -თან (21) ოპერაციის შემდეგ პოზიტიური ცვლილებები დაფიქსირდა, ამ სფეროს გაუარესება მხოლოდ 10.7% -თან (3) მოხდა. განქორწინებულ/ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში გაუმჯობესება მოხდა 73.5%-ში (36), 22.4% -ში (11) გაუარესდა და 4%-ში (2) არ შეცვლილა.

დიაგრამა 27 სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით



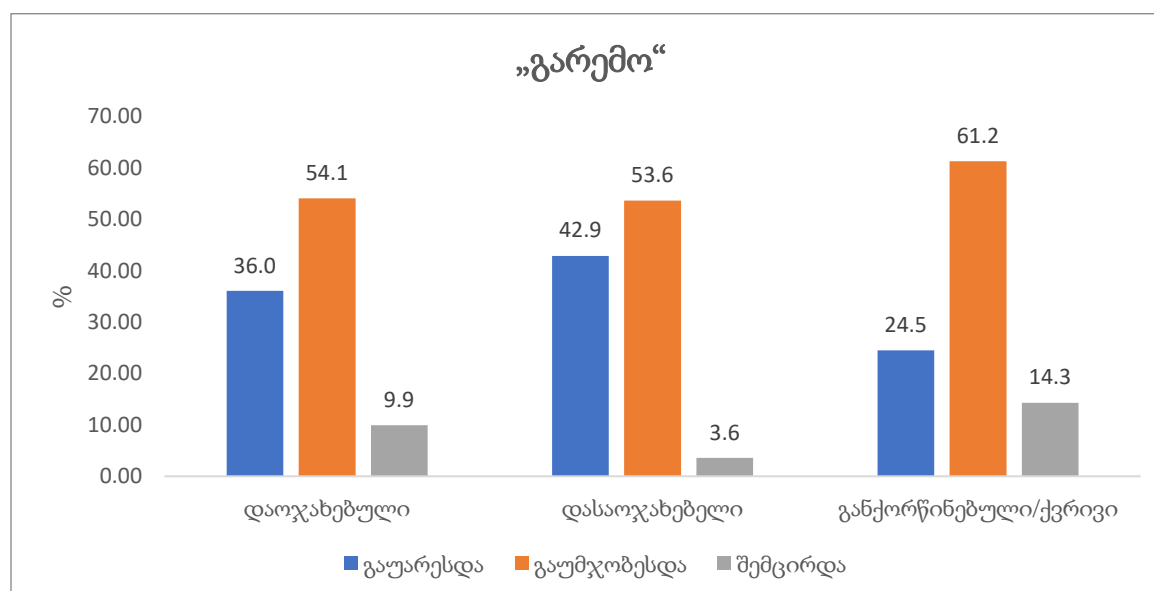
ცხრილი 19 ოპერაციის შემდეგ „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
დაოჯახებული	42	37.8	45	40.5	24	21.6
დასაოჯახებელი	3	10.7	21	75.0	4	14.3
განქორწინებული/ქვრივი	11	22.4	36	73.5	2	4.1

ოჯახური სტატუსი		სოციალური ურთიერთობები
დაოჯახებული	Z	-.023
	P	.981
დასაოჯახებელი	Z	-3.499
	P	.000
განქორწინებული/ქვრივი	Z	-4.337
	P	.000

სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მხოლოდ განქორწინებულ/ ქვრივ რესპონდენტებში.  $P < 0.001$  (იხ. ცხრილი 20). ამ ჯგუფის 61.2%-ში (30) დაფიქსირდა პოზიტიური ცვლილება, 24.5%-ში (12) გაუარესება და 14.3%-ში (3) ცვლილება არ მოხდა.

დიაგრამა 28 სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ოჯახური სტატუსის მიხედვით



ცხრილი 20 ოპერაციის შემდეგ სფეროში „გარემო“ მომხდარი ცვლილებების შეფასება ოჯახური სტატუსის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
დაოჯახებული	40	36.0	60	54.1	11	9.9
დასაოჯახებელი	12	42.9	15	53.6	1	3.6
განქორწინებული/ქვრივი	12	24.5	30	61.2	7	14.3

ოჯახური სტატუსი	გარემო	
დაოჯახებული	Z	-1.942
	P	.052
დასაოჯახებელი	Z	-.818
	P	.413
განქორწინებული/ქვრივი	Z	-3.294
	P	.001

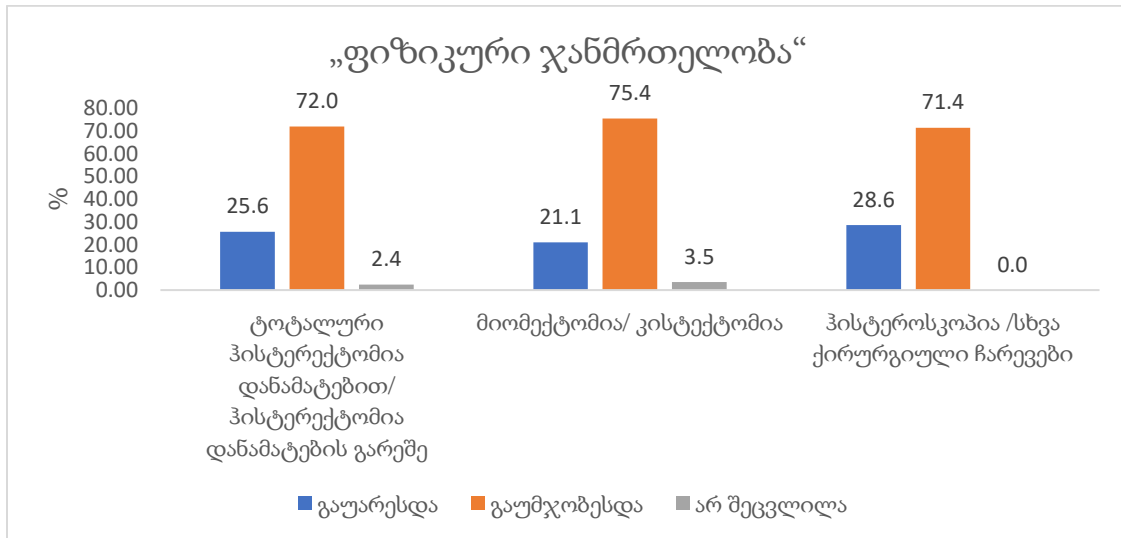
3.7 ცხოვრების ხარისხის სფეროების მაჩვენებლების ცვლილება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით

კვლევის შედეგები გავანალიზეთ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. ოპერაციის ტიპები გავაერთიანეთ სამ ჯგუფად: ჰისტერექტომია დანამატებით / ჰისტერექტომია დანამატების გერეშე (1), მეიმოქტომია/კისტექტომია (2), ჰისტეროსკოპია/სხვა ქირურგიული ჩარევები (3).

როგორც მონაცემების ანალიზმა აჩვენა ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ქირურგიული ჩარევების სამივე ჯგუფში. სამივე ჯგუფში მსგავსი სურათია. პაციენტების სამი მეოთხედისთვის ფიზიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებლები გაუმჯობესდა

ოპერაციამდე პერიოდთან შედარებით. ამასთან ცვლილება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია ( $P < 0.001$ ), (იხილეთ ცხრილი 21).

დიაგრამა 29 ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით



ცხრილი 21 ოპერაციის შემდეგ ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასებაში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

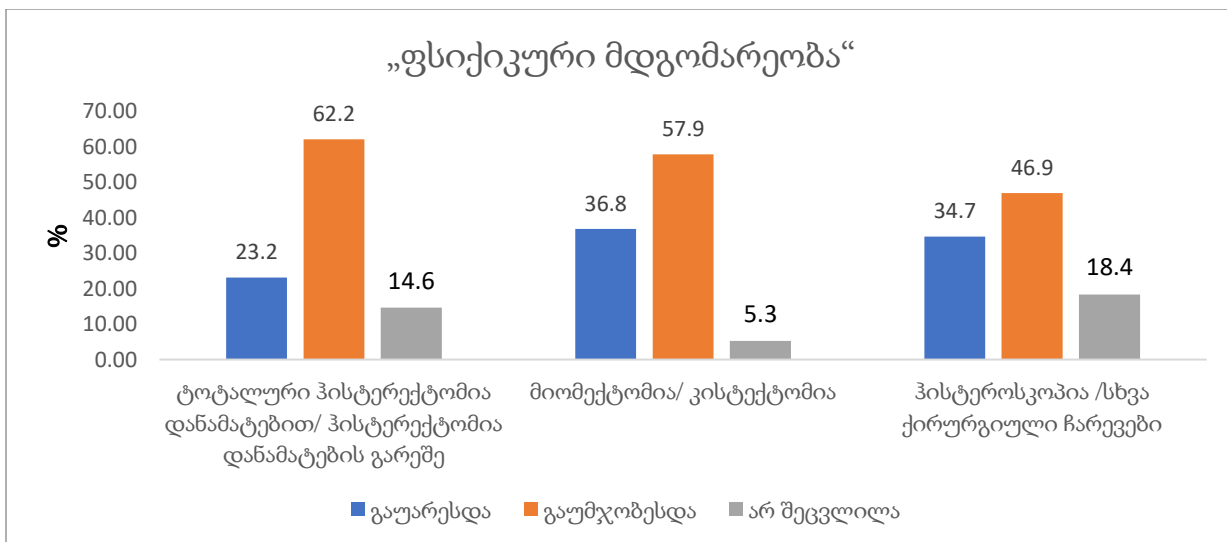
	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	21	25.6	59	72.0	2	2.4
მიომექტომია/ კისტექტომია	12	21.1	43	75.4	2	3.5
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	14	28.6	35	71.4	0	0.0

ქირურგიული ჩარევის ტიპები	ფიზიკური ჯანმრთელობა
Z	-5.177

ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	P	.000
მიომექტომია/ კისტექტომია	Z	-4.485
	P	.000
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	Z	-3.950
	P	.000

ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება მივიღეთ მხოლოდ ორ ჯგუფში. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მიემოსქოტმია/კისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P < 0.001$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევაში  $P = 0.018$ . მესამე ჯგუფში, ანუ იმ პაციენტებს რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდო არაა. (იხ. ცხრილი 22).

დიაგრამა 30 „ფსიქიკური მდგომარეობის“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით



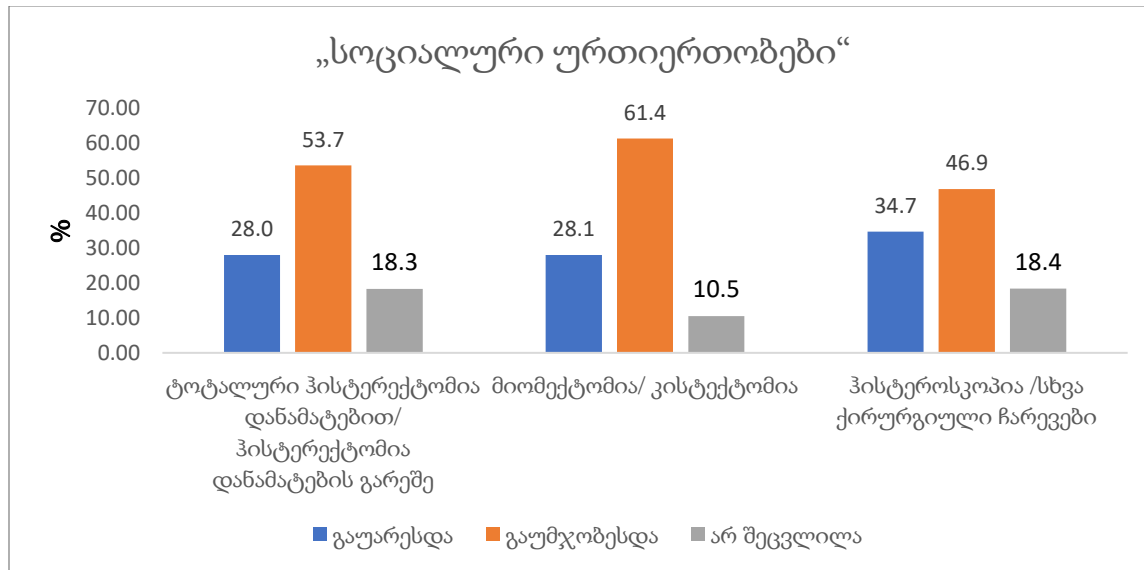
ცხრილი 22 ოპერაციის შემდეგ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის სფეროში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	19	23.2	51	62.2	12	14.6
მიომექტომია/ კისტექტომია	21	36.8	33	57.9	3	5.3
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	17	34.7	23	46.9	9	18.4

ქირურგიული ჩარევის ტიპები		ფსიქიკური მდგომარეობა
ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	Z	-4.323
	P	.000
მიომექტომია/ კისტექტომია	Z	-2.358
	P	.018
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	Z	-1.166
	P	.243

სოციალური ურთიერთობების შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ასევე მხოლოდ ორ ჯგუფში მივიღეთ. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მიემოსქოტმია/კისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.07$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.011$ . მესამე ჯგუფში, ანუ იმ პაციენტებს რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, სოციალური ურთიერთობების სფეროს მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ მომხდარა (იხ. ცხრილი 23).

დიაგრამა 31 „სოციალურ ურთიერთობების“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით



ცხრილი 23 ოპერაციის შემდეგ სოციალური ურთიერთობების სფეროში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

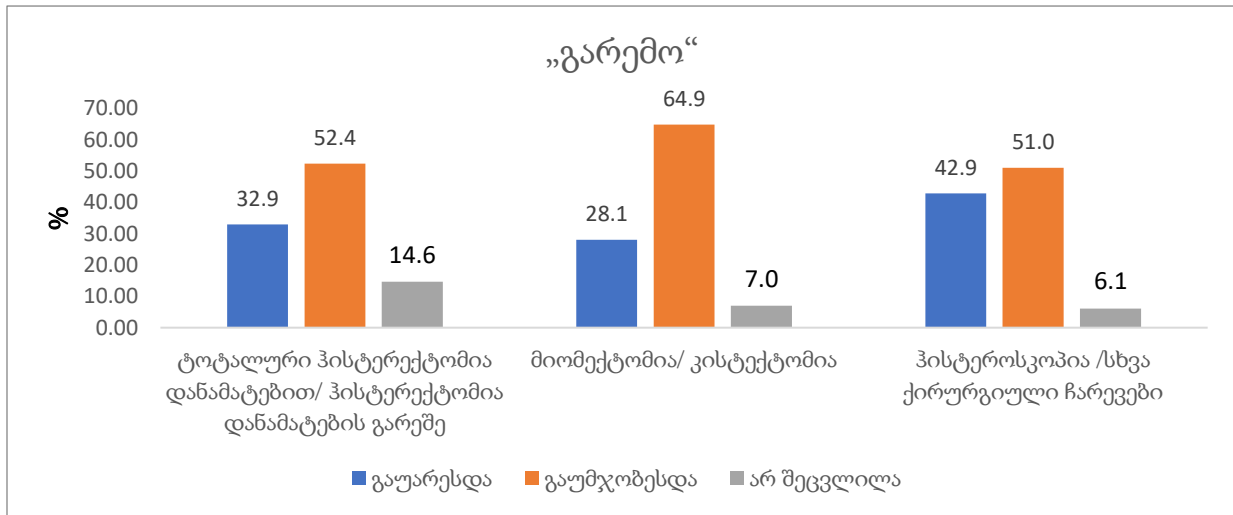
	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	23	28.0	44	53.7	15	18.3
მიომექტომია/ კისტექტომია	16	28.1	35	61.4	6	10.5
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	17	34.7	23	46.9	9	18.4

ქირურგიული ჩარევის ტიპები		სოციალური ურთიერთობები
	Z	-2.720

ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	P	.007
მიომექტომია/ კისტექტომია	Z	-2.548
	P	.011
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	Z	-.944
	P	.345

„გარემოსთან ადაპტირების“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ასევე პირველ ორ ჯგუფში გაუმჯობესდა. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მიემოსქოტმია/კისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ „გარემოს“ სფეროს მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.009$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.01$ . იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, ამ სფეროში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ მომხდარა (იხ. ცხრილი 24).

*დიაგრამა 32 სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება ოპერაციის შემდეგ, ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით*



ცხრილი 24 ოპერაციის შემდეგ „გარემოს“ სფეროში მომხდარი ცვლილების შეფასება ქირურგიული ჩარევის ტიპის მიხედვით, Wilcoxon-ის რანგების ტესტი

	გაუარესდა		გაუმჯობესდა		არ შეცვლილა	
	n	%	n	%	n	%
ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	27	32.9	43	52.4	12	14.6
მიომექტომია/ კისტექტომია	16	28.1	37	64.9	4	7.0
ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	21	42.9	25	51.0	3	6.1

ქირურგიული ჩარევის ტიპები	გარემო	
ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	Z	-2.597
	P	.009
მიომექტომია/ კისტექტომია	Z	-2.587
	P	.010
	Z	-1.056

ჰისტეროსკოპია /სხვა ქირურგიული ჩარევები	P	.291
--	---	------

თავი IV. შანსთა ფარდობების ანალიზი

ჩვენს მიერ შეფასებულ იქნა ცხოვრების ხარისხის ცვლილების შანსთა ფარდობები სხვადასხვა ჯგუფებში

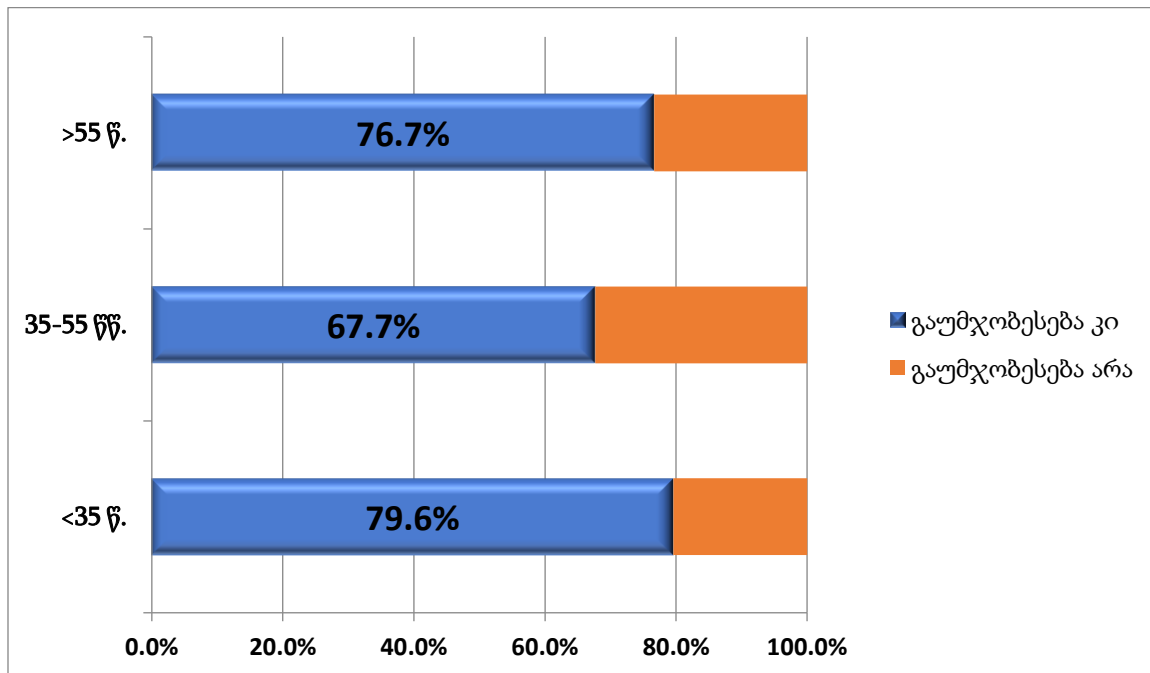
4.1 ასაკობრივი ჯგუფები

ცხოვრების ხარისხის შესაფასებელი კითხვარის 1-ლი კითხვაზე - „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?“ - პასუხების მიხედვით, პაციენტების მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით სარწმუნოდ არ განსხვავდება.

იგივე ტენდენციაა შენარჩუნებული მე-2 კითხვაზე პასუხების მიხედვითაც.

ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით გაუმჯობესება  $\leq 35$  წ, ასაკობრივ ჯგუფში აღენიშნებოდა 41 პაციენტს (79,6%); 36-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 66 პაციენტს (67,7%); 55 წ.-ზე მეტი ასაკი პაციენტებში კი - 31-ს (76,7%) (დიაგრამა #32).

დიაგრამა 33 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიხედვით.



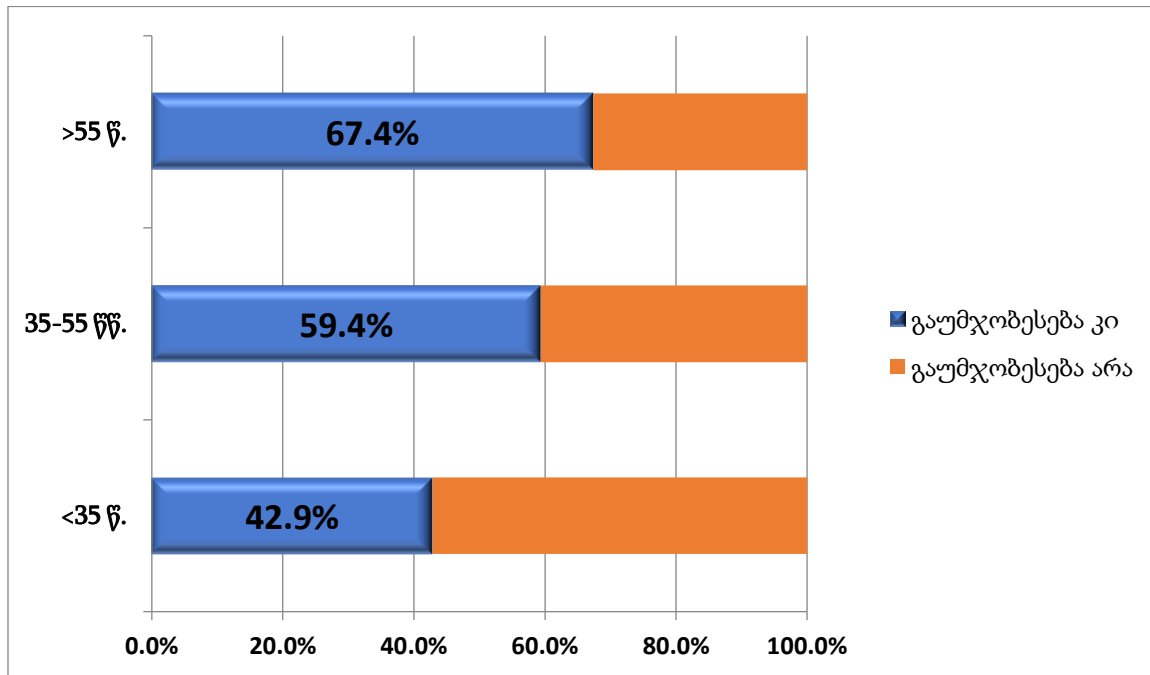
როგორც დიაგრამიდან ჩანს, 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესების მაჩვენებელი სხვა ჯგუფებთან შედარებით დაბალია, თუმცა შანსთა ფარდობა მხოლოდ <35 წ. ასაკობრივ ჯგუფთან აღმოჩნდა სარწმუნო.

OR = 2.19 (95%CI 1.09-5.06; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.84; p=0.033)

ეს მაჩვენებელი მიუთითებს იმაზე, რომ <35 წ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შანსი 2.19-ჯერ აღემატება 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს.

ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მიხედვით გაუმჯობესება ≤ 35 წ, ასაკობრივ ჯგუფში აღენიშნებოდა 22 პაციენტს (42,9%); 36-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 58 პაციენტს (59,4%); 55 წ.-ზე მეტი ასაკი პაციენტებში კი - 27-ს (67,4%) (დიაგრამა #33).

დიაგრამა 34 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიხედვით.



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია <35 წ. ასაკობრივ ჯგუფში; იგი 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესების მაჩვენებელთან შედარებით სარწმუნოდ დაბალია და შანსთა ფარდობა შეადგენს:

OR = 1.96 (95%CI 1.10-3.49; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.92; p=0.027)

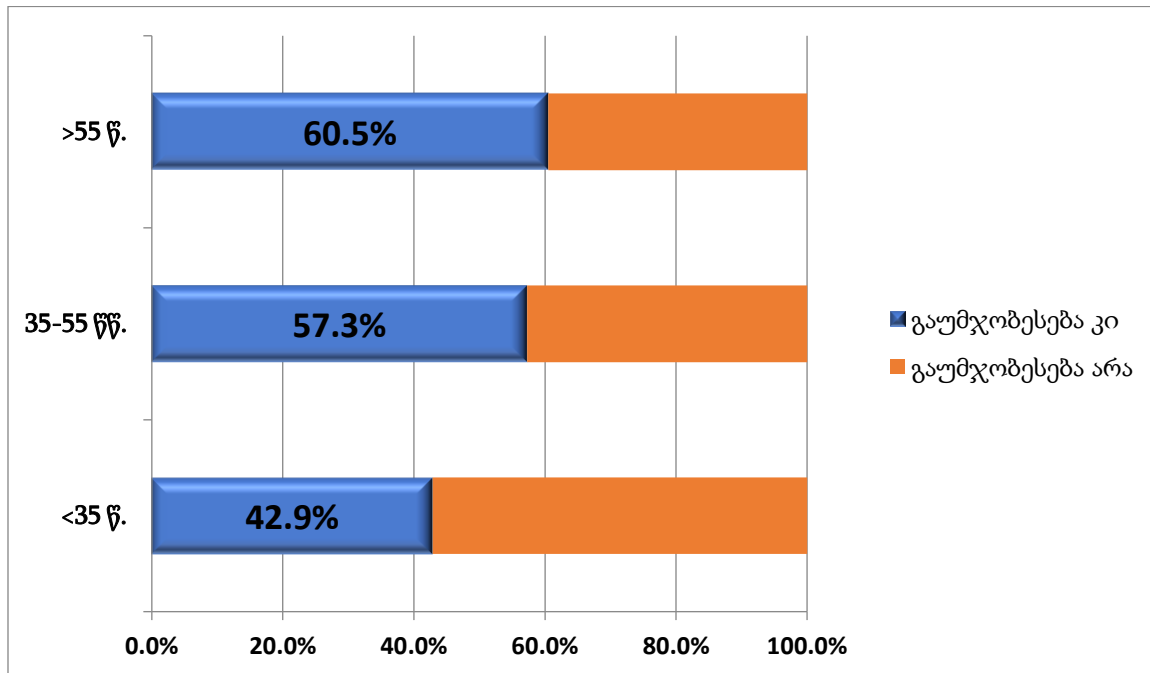
ეს მაჩვენებელი მიუთითებს იმაზე, რომ 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შანსი 1.96-ჯერ აღემატება <35 წ. ასაკობრივი ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს.

შანსთა ფარდობა ასევე სარწმუნოა 55წ.-ზე მეტ და 35 წ.-ზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში ნანახი გაუმჯობესების მაჩვენებლებს შორის.

OR = 2.23 (95%CI 1.16-6.50; Mantel-Haensze Chi2-test = 2.29; p=0.011)

ანალოგიური ტენდენცია იქნა ნანახი სოციალური ურთიერთობების განზომილების გაუმჯობესების კუთხითაც. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება ≤ 35 წ, ასაკობრივ ჯგუფში აღენიშნებოდა 22 პაციენტს (42,9%); 36-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 56 პაციენტს (57,3%); 55 წ.-ზე მეტი ასაკი პაციენტებში კი - 24-ს (60,5%) (დიაგრამა #34).

*დიაგრამა 35 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მიხედვით.*



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია <35 წ. ასაკობრივ ჯგუფში; იგი 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესების მაჩვენებელთან შედარებით სარწმუნოდ დაბალია და შანსთა ფარდობა შეადგენს:

OR = 1.80 (95%CI 1.01-3.20; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.68; p=0.046)

ეს მაჩვენებელი მიუთითებს იმაზე, რომ 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების შანსი 1.8-ჯერ აღემატება <35 წ. ასაკობრივი ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს.

შანსთა ფარდობა ასევე სარწმუნოა 55წ.-ზე მეტ და 35 წ.-ზე 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)

გარემოს განზომილების გაუმჯობესების მაჩვენებლის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ჯგუფებს შორის ვერ დაფიქსირდა.

#### 4.2 ოჯახური სტატუსის ჯგუფები

ოჯახური სტატუსის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო განსხვავება ნანახი იქნა მხოლოდ სოციალური ურთიერთობების განზომილების გაუმჯობესების კუთხით. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება დაოჯახებულთა ჯგუფში აღენიშნებოდა 46 პაციენტს (40,5%); დასაოჯახებელთა ჯგუფში - 23 პაციენტს (75,0%); განქორწინებულ და ქვრივ პაციენტებში კი - 33-ს (73,5%) (დიაგრამა #35).

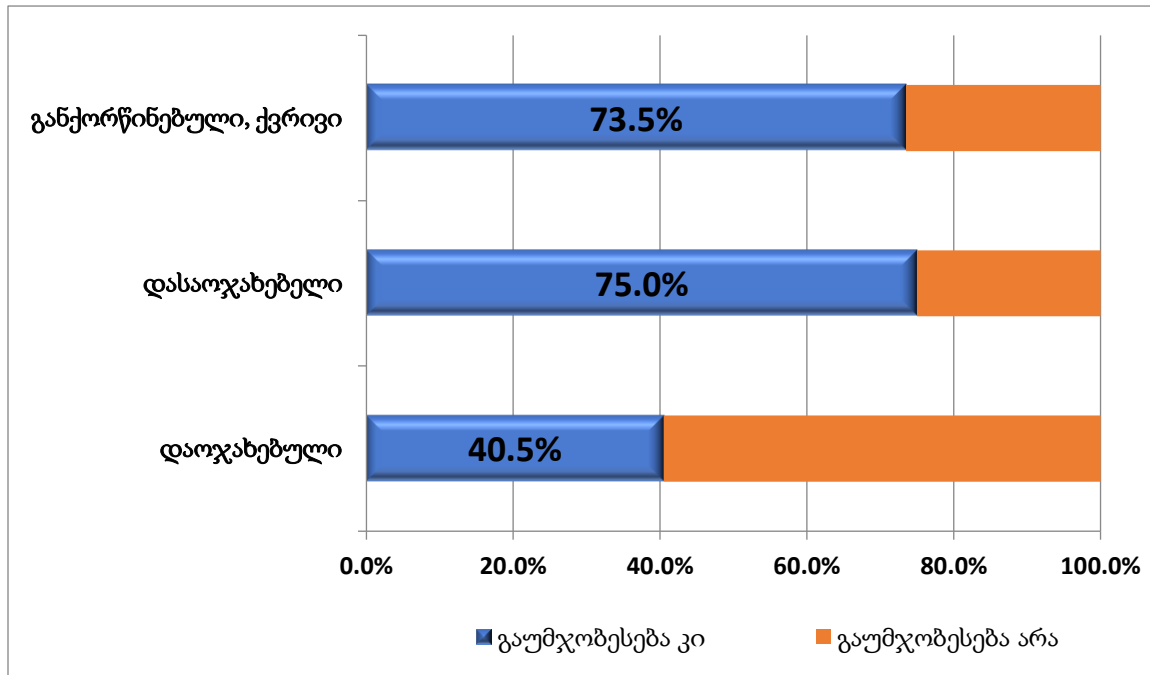
როგორც დიაგრამიდან ჩანს, სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია დაოჯახებულების ჯგუფში; დასაოჯახებელთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებლის შანსის ფარდობა დაოჯახებულთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებელთან სარწმუნოა და შეადგენს:

OR = 4.78 (95%CI 2.20-10.40; Mantel-Haensze Chi2-test = 3.32; p<0.001)

განქორწინებულთა/ქვრივთა ჯგუფის სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების შანსის ფარდობაც დაოჯახებულთა ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებელთან სარწმუნოა და შეადგენს:

OR = 4.00 (95%CI 2.11-7.58; Mantel-Haensze Chi2-test = 3.58; p<0.001)

*დიაგრამა 36 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მიხედვით.*

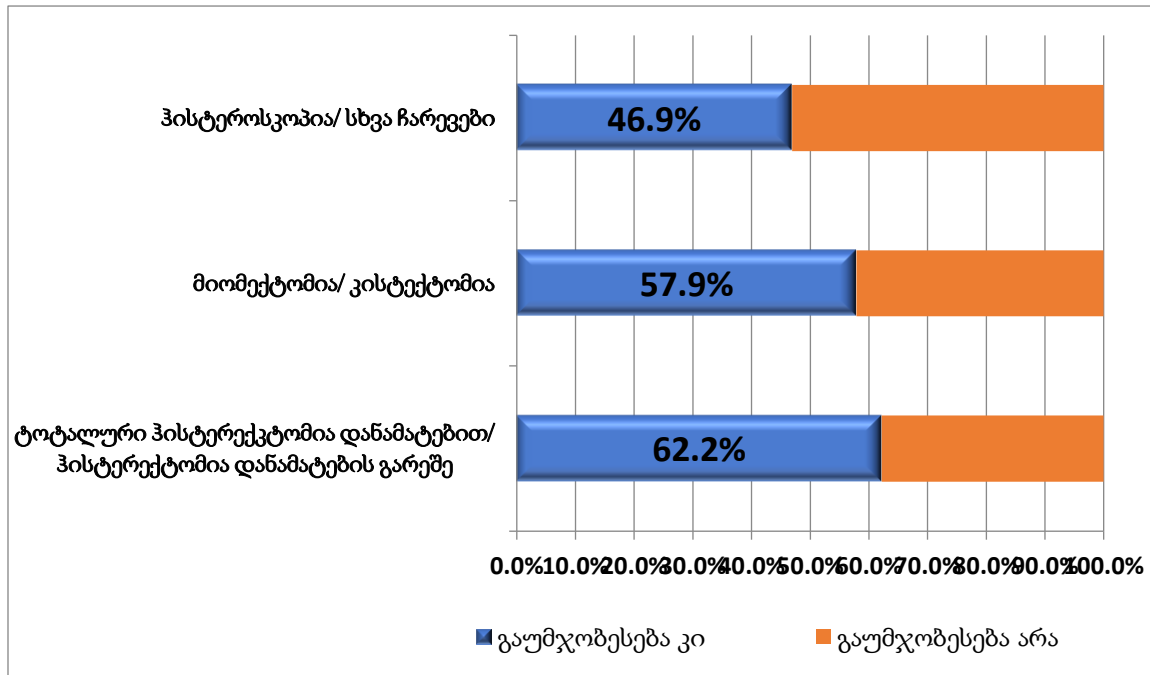


4.3 ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილი ჯგუფები

ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო შანსთა ფარდობა ნანახი იქნა მხოლოდ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებლის მიხედვით. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება ტოტალური და სუბტოტალური ჰისტერექტომიის ჯგუფში აღენიშნებოდა 51 პაციენტს (62,2%); მიომექტომია/კისტექტომიის ჯგუფში - 33 პაციენტს (57,9%); ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების მქონე პაციენტებში კი - 23-ს (46,9%, დიაგრამა #36). პირველ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსი 1,86-ჯერ აღემატება მე-3 ჯგუფში ანალოგიური მაჩვენებლის შანსს.

OR = 1.86 (95%CI 1.02-3.39; Mantel-Haensze Chi2-test = 1.70; p=0.045)

დიაგრამა 37 პაციენტთა განაწილება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მიხედვით.



4.4 მრავლობითი რეგრესიის ანალიზის შედეგები

ამ მეთოდით პირველ ეტაპზე გამოსავლის (დამოკიდებული ცვლადის - Y1) როლს მრავლობით რეგრესიის მოდელში თამაშობდა ცხოვრების ხარისხის ცვლილება, ხოლო დამოუკიდებელი ცვლადებად (რისკ-ფაქტორებად) შერჩეული ფაქტორები მოყვანილია ცხრილში 25.

ცხრილი 25. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი.

ცვლადი	პარამეტრი / ფაქტორი	პარამეტრის/ფაქტორის მნიშვნელობა და განმარტება
Y1	ცვლილება ცხოვრების ხარისხში	სხვაობა ოპერაციის შემდგომი და ოპერაციის წინ დაფიქსირებული ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლებს შორის კითხვარის შეკითხვებზე პასუხთა ჯამის ცვლილება, ქულა
X1	ასაკი	1 - <18; 2 - 18-24 წწ.; 3 - 25-34 წწ.; 4 - 35-44 წწ.; 5 - 45-54 წწ.; 6 - 55-64 წწ.; 7 - ≥ 65 წ.

X2	საცხოვრებელი ადგილი	1 - თბილისი; 2 - რეგიონი
X3	სოციალური სტატუსი	1 - სტუდენტი; 2 - დასაქმებული; 3 - უმუშევარი; 4 - პენსიონერი
X4	განათლების საფეხური	1 – არასრული საშუალო; 2 – საშუალო; 3 - საშუალო ტექნიკური; 4 – არასრული უმაღლესი; 5 – უმაღლესი
X5	ოჯახური სტატუსი	1 - დაოჯახებული; 2 - დასაოჯახებელი; 3 - განქორწინებული; 4 - ქვრივი
X6	ჩატარებული ოპერაციის სახე	1 - ჰისტერექტომია დანამატებით, 2 - ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 3 - მიომექტომია, 4 - კისტექტომია, 5 - ჰისტეროსკოპია, 6 - სხვა ქირურგიული ჩარევები

5-ჯერადი ბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით მოდელიდან თანმიმდევრულად გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები: X2; X5; X1; X3; X4.

პირსონის კორელაციის კოეფიციენტის მნიშვნელობამ შეადგინა:

$$R = 0.162, R^2 = 0.026,$$

კორექტირების შემდეგ:  $R^2 = 0.021, p=0.025$

რეგრესიის შედეგად მიღებულ წრფივ ფუნქციას აქვს შემდეგი სახე:

$$Y1 = 13.4 - 1.5 \cdot X6$$

შედეგად მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლინდა მხოლოდ ერთი სარწმუნო რისკ-ფაქტორი:

ჩატარებული ოპერაციის სახე - X6.

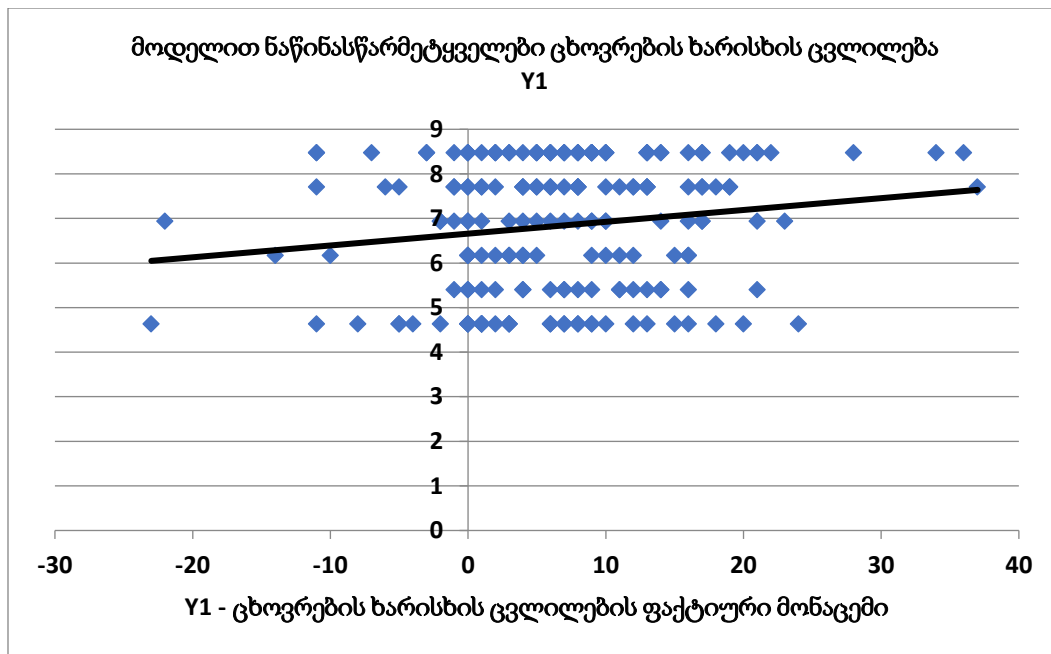
სრული რეგრესიისა და ამ ცვლადების შესაბამისი  $\beta$  რეგრესიის კოეფიციენტები მოყვანილია ცხრილში #26.

ცხრილი 26. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.

Coefficient	Value	SE	F-test	lower F <sub>0.025(376)</sub>	upper F <sub>0.975(376)</sub>	Stand Coeff	p-value
β	13,4	3,0	4,5	7,5	19,2	0,0	< 0,001
β6	-1,5	0,6	-2,2	-2,7	-0,2	-0,2	0.025

განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის მოყვანილია დიაგრამაზე 37.

დიაგრამა 38. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის.



ზოგადად ამ ეტაპზე ჩატარებული რეგრესიის სტატისტიკური სარწმუნოობა შეფასდა ფიშერის F-ტესტით: F = 5.00, p=0.026.

ამ მეთოდით მეორე ეტაპზე გამოსავლის (დამოკიდებული ცვლადის - Y2) როლს მოდელში თამაშობდა ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების ცვლილება,

ხოლო დამოუკიდებელი ცვლადებად (რისკ-ფაქტორებად) შერჩეული ფაქტორები მოყვანილია ცხრილში 27.

ცხრილი 27. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი.

ცვლადი	პარამეტრი / ფაქტორი	პარამეტრის/ფაქტორის მნიშვნელობა და განმარტება
Y2	ცვლილება ცხოვრების ხარისხში ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილება	სხვაობა ოპერაციის შემდგომი და ოპერაციის წინ დაფიქსირებული ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების მაჩვენებლებს შორის: Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18 შეკითხვებზე პასუხთა ჯამის ცვლილება, ქულა
X1	ასაკი	1 – <18; 2 – 18-24 წწ.; 3 – 25-34 წწ.; 4 – 35-44 წწ.; 5 – 45-54 წწ.; 6 – 55-64 წწ.; 7 – ≥ 65 წ.
X2	საცხოვრებელი ადგილი	1 - თბილისი; 2 - რეგიონი
X3	სოციალური სტატუსი	1 - სტუდენტი; 2 - დასაქმებული; 3 - უმუშევარი; 4 - პენსიონერი
X4	განათლების საფეხური	1 – არასრული საშუალო; 2 – საშუალო; 3 - საშუალო ტექნიკური; 4 – არასრული უმაღლესი; 5 – უმაღლესი
X5	ოჯახური სტატუსი	1 - დაოჯახებული; 2 - დასაოჯახებელი; 3 - განქორწინებული; 4 - ქვრივი
X6	ჩატარებული ოპერაციის სახე	1 - ჰისტერექტომია დანამატებით, 2 - ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 3 - მიომექტომია, 4 - კისტექტომია, 5 - ჰისტეროსკოპია, 6 - სხვა ქირურგიული ჩარევები

4-ჯერადი ბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით მოდელიდან თანმიმდევრულად გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები: X2; X4; X5; X1.

პირსონის კორელაციის კოეფიციენტის მნიშვნელობამ შეადგინა:

$R = 0.248, R^2 = 0.061,$

კორექტირების შემდეგ:  $R^2 = 0.051, p < 0.001$

რეგრესიის შედეგად მიღებულ წრფივ ფუნქციას აქვს შემდეგი სახე:

$$Y_2 = 7.14 + 3.59 \cdot X_3 - 0.33 \cdot X_6$$

შედეგად მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლინდა ორი სარწმუნო რისკ-ფაქტორი:

1. სოციალური სტატუსი -  $X_3$ ;
2. ჩატარებული ოპერაციის სახე -  $X_6$ .

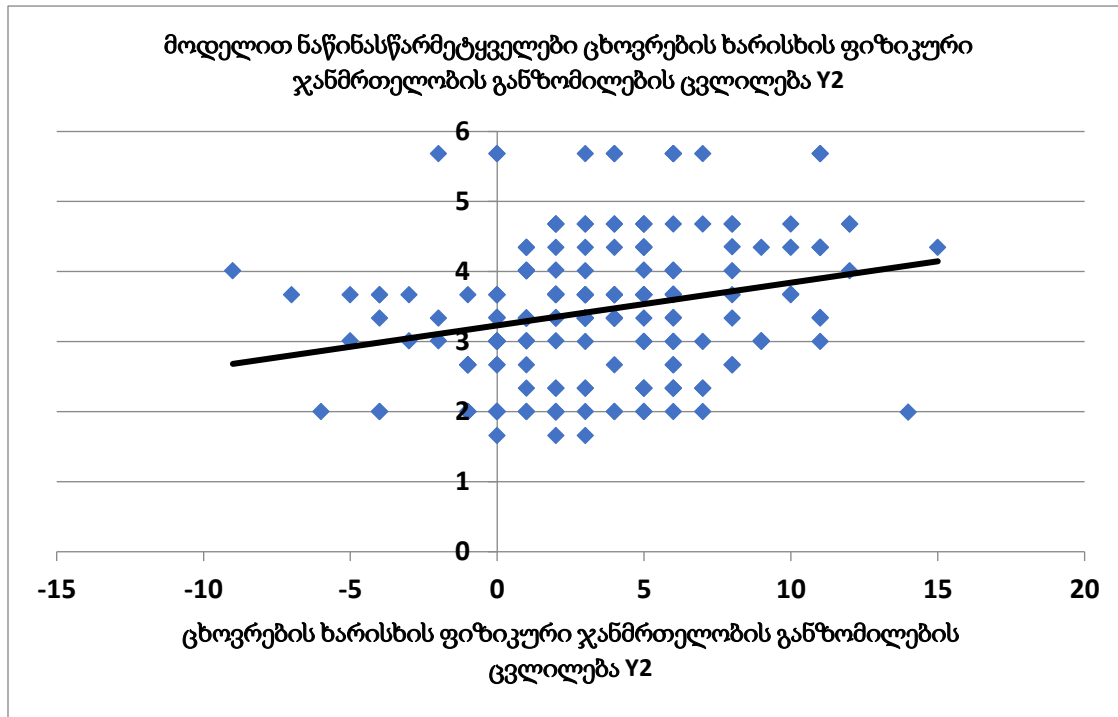
სრული რეგრესიისა და ამ ცვლადების შესაბამისი  $\beta$  რეგრესიის კოეფიციენტები მოყვანილია ცხრილში 28.

ცხრილი 28. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.

Coefficient	Value	SE	F-test	lower $F_{0.025(376)}$	upper $F_{0.975(376)}$	Stand Coeff	p-value
$\beta$	7,14	4,39	1,63	-1,52	15,81	0,00	< 0,001
$\beta_3$	3,59	1,49	2,41	0,65	6,53	0,17	0.017
$\beta_6$	-1,20	0,55	-2,16	-2,29	-0,11	-0,16	0.032

განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის მოყვანილია დიაგრამაზე #38.

დიაგრამა 39. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის.



ზოგადად ამ ეტაპზე ჩატარებული რეგრესიის სტატისტიკური სარწმუნოობა შეფასდა ფიშერის F-ტესტით:  $F = 6.04, p=0.002$ .

ამ მეთოდით მესამე ეტაპზე გამოსავლის (დამოკიდებული ცვლადის - Y3) როლს მოდელში თამაშობდა ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების ცვლილება, ხოლო დამოუკიდებელი ცვლადებად (რისკ-ფაქტორებად) შერჩეული ფაქტორები მოყვანილია ცხრილში 29.

ცხრილი 29. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი.

ცვლადი	პარამეტრი / ფაქტორი	პარამეტრის/ფაქტორის მნიშვნელობა და განმარტება
Y3	ცვლილება ცხოვრების ხარისხში ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილება	სხვაობა ოპერაციის შემდგომი და ოპერაციის წინ დაფიქსირებული ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების მაჩვენებლებს შორის: Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26 შეკითხვებზე პასუხთა ჯამის ცვლილება, ქულა

X1	ასაკი	1 – <18; 2 – 18-24 წწ.; 3 - 25-34 წწ.; 4 – 35-44 წწ.; 5 - 45-54 წწ.; 6 - 55-64 წწ.; 7 - ≥ 65 წ.
X2	საცხოვრებელი ადგილი	1 - თბილისი; 2 - რეგიონი
X3	სოციალური სტატუსი	1 - სტუდენტი; 2 - დასაქმებული; 3 - უმუშევარი; 4 - პენსიონერი
X4	განათლების საფეხური	1 – არასრული საშუალო; 2 – საშუალო; 3 - საშუალო ტექნიკური; 4 – არასრული უმაღლესი; 5 – უმაღლესი
X5	ოჯახური სტატუსი	1 - დაოჯახებული; 2 - დასაოჯახებელი; 3 - განქორწინებული; 4 - ქვრივი
X6	ჩატარებული ოპერაციის სახე	1 - ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით, 2 - ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 3 - მიომექტომია, 4 - კისტექტომია, 5 - ჰისტეროსკოპია, 6 - სხვა ქირურგიული ჩარევები

5-ჯერადი ბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით მოდელიდან თანმიმდევრულად გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები: X2; X4; X5; X3; X6.

პირსონის კორელაციის კოეფიციენტის მნიშვნელობამ შეადგინა:

$$R = 0.154, R^2 = 0.024,$$

$$\text{კორექტირების შემდეგ: } R^2 = 0.019, p=0.034$$

რეგრესიის შედეგად მიღებულ წრფივ ფუნქციას აქვს შემდეგი სახე:

$$Y3 = -0.65 + 1.22 \cdot X1$$

შედეგად მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლინდა ერთი სარწმუნო რისკ-ფაქტორი:

$$\text{ასაკი} - X1;$$

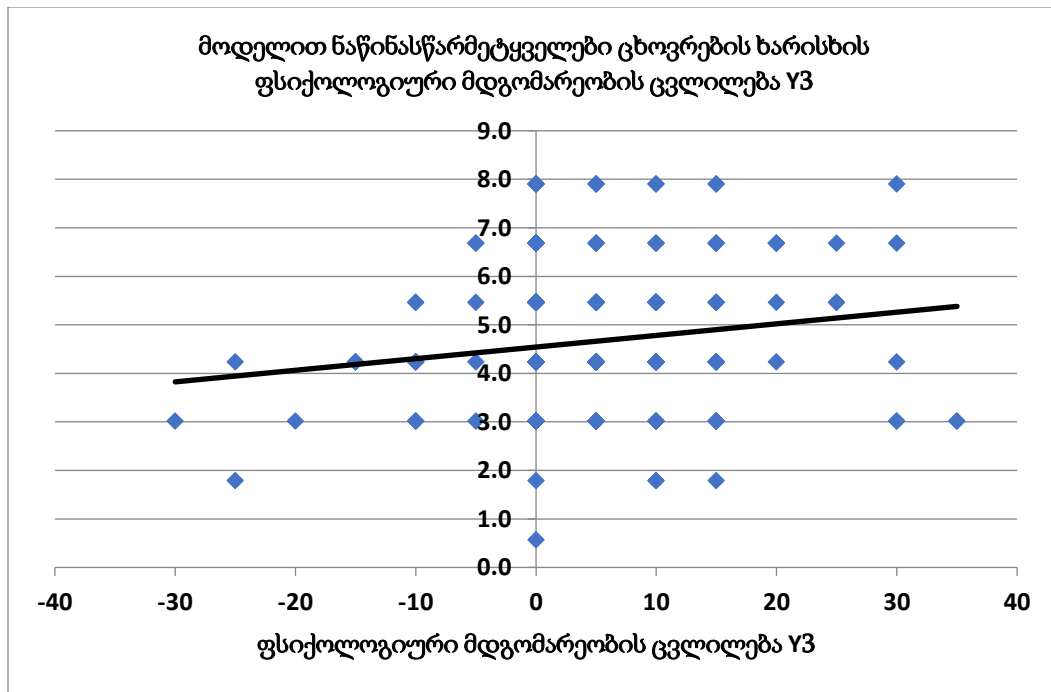
სრული რეგრესიისა და ამ ცვლადების შესაბამისი  $\beta$  რეგრესიის კოეფიციენტები მოყვანილია ცხრილში 30.

ცხრილი 30. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.

Coefficient	Value	SE	F-test	lower F <sub>0.025(376)</sub>	upper F <sub>0.975(376)</sub>	Stand Coeff	p-value
β	-0,65	2,59	-0,25	-5,76	4,45	0,00	< 0,001
β1	1,22	0,57	2,14	0,09	2,35	0,15	0.034

განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის მოყვანილია დიაგრამაზე 39.

დიაგრამა 40. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის.



ზოგადად ამ ეტაპზე ჩატარებული რეგრესიის სტატისტიკური სარწმუნოობა შეფასდა ფიშერის F-ტესტით: F = 4.56, p=0.034.

სოციალური ურთიერთობების განზომილებისათვის (გამოსავალი) მრავლობითი რეგრესიის მოდელით რაიმე სარწმუნო რისკ-ფაქტორი არ გამოვლენილა.

ამ მეთოდით მესამე ეტაპზე გამოსავლის (დამოკიდებული ცვლადის - Y4) როლს მოდელში თამაშობდა ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების ცვლილება, ხოლო დამოუკიდებელი ცვლადებად (რისკ-ფაქტორებად) შერჩეული ფაქტორები მოყვანილია ცხრილში 31.

ცხრილი 31. მრავლობით რეგრესიის მოდელში შეტანილი გამოსავლისა და შერჩეული ფაქტორების ჩამონათვალი.

ცვლადი	პარამეტრი / ფაქტორი	პარამეტრის/ფაქტორის მნიშვნელობა და განმარტება
Y4	ცვლილება ცხოვრების ხარისხში გარემოს განზომილება	სხვაობა ოპერაციის შემდგომი და ოპერაციის წინ დაფიქსირებული ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების მაჩვენებლებს შორის: Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25 შეკითხვებზე პასუხთა ჯამის ცვლილება, ქულა
X1	ასაკი	1 - <18; 2 - 18-24 წწ.; 3 - 25-34 წწ.; 4 - 35-44 წწ.; 5 - 45-54 წწ.; 6 - 55-64 წწ.; 7 - ≥ 65 წ.
X2	საცხოვრებელი ადგილი	1 - თბილისი; 2 - რეგიონი
X3	სოციალური სტატუსი	1 - სტუდენტი; 2 - დასაქმებული; 3 - უმუშევარი; 4 - პენსიონერი
X4	განათლების საფეხური	1 - არასრული საშუალო; 2 - საშუალო; 3 - საშუალო ტექნიკური; 4 - არასრული უმაღლესი; 5 - უმაღლესი
X5	ოჯახური სტატუსი	1 - დაოჯახებული; 2 - დასაოჯახებელი; 3 - განქორწინებული; 4 - ქვრივი
X6	ჩატარებული ოპერაციის სახე	1 - ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით, 2 - ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 3 - მიომექტომია, 4 -

		კისტექტომია, 5 - ჰისტეროსკოპია, 6 - სხვა ქირურგიული ჩარევები
--	--	--

5-ჯერადი ბიჯობრივი გამორიცხვის მეთოდით მოდელიდან თანმიმდევრულად გამოირიცხა არასარწმუნო ფაქტორები: X3; X5; X6; X2; X1.

პირსონის კორელაციის კოეფიციენტის მნიშვნელობამ შეადგინა:

$R = 0.157$ ,  $R^2 = 0.025$ , კორექტირების შემდეგ:  $R^2 = 0.023$ ,  $p=0.033$

რეგრესიის შედეგად მიღებულ წრფივ ფუნქციას აქვს შემდეგი სახე:

$$Y_4 = 9.53 - 1.33 \cdot X_4$$

შედეგად მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლინდა ერთი სარწმუნო რისკ-ფაქტორი:

განათლება - X4;

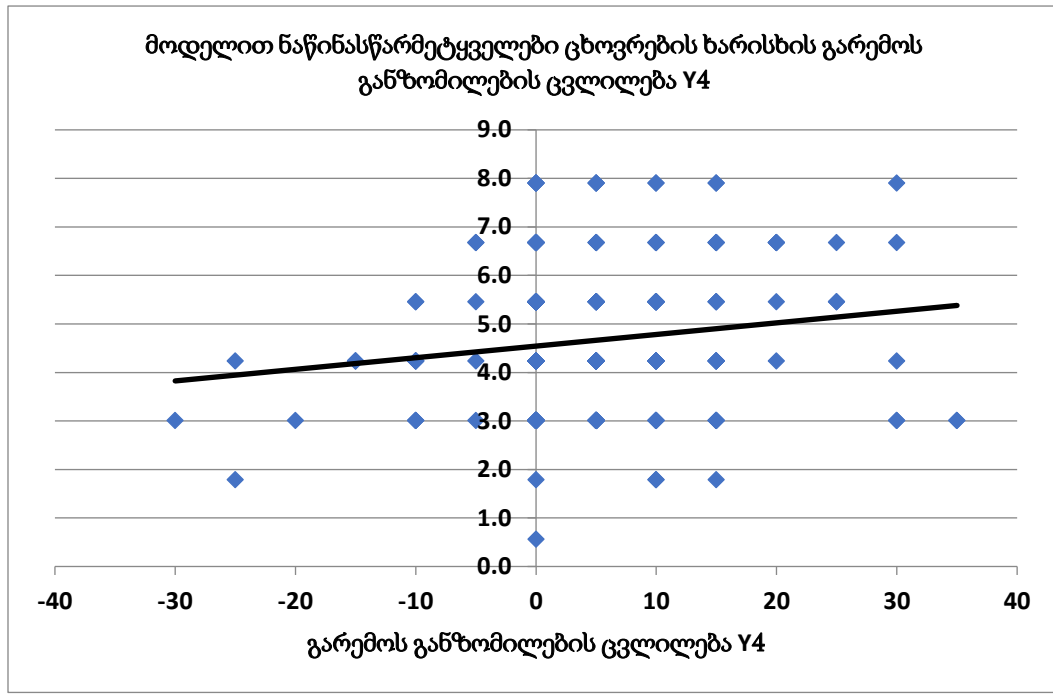
სრული რეგრესიისა და ამ ცვლადების შესაბამისი  $\beta$  რეგრესიის კოეფიციენტები მოყვანილია ცხრილში 32.

ცხრილი 32. მრავლობით რეგრესიის მოდელში დარჩენილი სარწმუნო ფაქტორების რეგრესიის კოეფიციენტები.

Coefficient	Value	SE	F-test	lower $F_{0.025(376)}$	upper $F_{0.975(376)}$	Stand Coeff	p-value
$\beta$	9,54	3,21	2,97	3,21	15,87	0,00	0,003
$\beta_4$	-1,33	0,70	-1,90	-2,71	0,05	-0,14	0.006

განსხვავება ცხოვრების ხარისხის ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის მოყვანილია დიაგრამაზე 40.

დიაგრამა 41. განსხვავება ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების ცვლილების მოდელით ნაწინასწარმეტყველებ და ფაქტიურ მონაცემებს შორის.



ზოგადად ამ ეტაპზე ჩატარებული რეგრესიის სტატისტიკური სარწმუნოება შეფასდა ფიშერის F-ტესტით:  $F = 4.59, p=0.033$ .

მაშასადამე, ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისათვის მრავლობით რეგრესიის მოდელით გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ჩატარებული ოპერაციის სახე; ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე; ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია პაციენტის ასაკი; ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს კი წარმოადგენს განათლება.

თავი V რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა, დასკვნები

### 5.1 მიღებული შედეგების განხილვა.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, შრომაში განხილული საკითხის აქტუალობის გათვალისწინებით სამეცნიერო შრომის მიზნათ დავისახეთ გინეკოლოგიური ჩარევების

გავლენის დადგენა მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე. დასახული მიზნის შესასრულებლად საჭირო გახდა შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა: ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხის ძირითადი დეტერმინანტების შესახებ არსებული ლიტერატურის ნარატიული ანალიზი; კვლევის ინსტრუმენტის შერჩევა; საკვლევი ჯგუფების გამოყოფა; კვლევის ჩატარება; მიღებული შედეგების სტატისტიკური დამუშავება და ანალიზი; დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება. ზემოაღნიშნულისათვის კვლევებს დაექვემდებარნენ პაციენტები, რომლებსაც ჩაუტარდათ ისეთი გინეკოლოგიური ოპერაციები, როგორცაა ჰისტერექტომია, მიომექტომია, კისტექტომია და ჰისტეროსკოპია. პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი ფასდებოდა მათი ფიზიკური ჯანმრთელობის, ფსიქოლოგიური მდგომარეობის, სოციალური ურთიერთობებისა და გარემოსთან ადაპტირების მიმართულებით. ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევა პროსპექტული მიზეზ-შედეგობრივი ხასიათისა იყო (Causal Design) დამოუკიდებელი ცვლადი არის სამედიცინო ჩარევა (სხვადასხვა გინეკოლოგიური ოპერაცია), ხოლო დამოკიდებული ცვლადია პაციენტების მიერ ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილებების შეფასება. ჩატარებული კვლევები იყო „-მდე“ და „-შემდეგ“ ტიპის. კვლევის ფარგლებში მონაცემების შეგროვების მეთოდად გამოყენებული იყო რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი - ანკეტირება. რადგანაც კვლევის დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი არის თვითშევისებადი ანკეტა, კვლევის სამიზნე ობიექტები თავად ავსებდნენ კითხვარებს. კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იქნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) მიერ შემუშავებული კითხვარი WHOQOL-BREF. აღნიშნულ კითხვარში გაერთიანებული ძირითადი კითხვებიდან პირველი ორი კითხვა ეხებოდა ცხოვრებით ხარისხით ზოგად კმაყოფილებას და ჯანმრთელობის მდგომარეობით ზოგად კმაყოფილებას. დანარჩენი კითხვები კი ერთიანდება 4 მსხვილ სფეროში/განზომილებაში: ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები და გარემო. კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ კითხვარში WHOQOL-BREF-ის კითხვების გარდა ასევე იყო დემოგრაფიული კითხვები (ასაკი, განათლება, დასაქმების სტატუსი, ოჯახური სტატუსი, საცხოვრებელი) და კითხვა სამედიცინო ჩარევის ტიპის შესახებ რომელიც ჩაუტარდა პაციენტს. WHOQOL-BREF-ის კითხვარის თითოეული კითხვაზე პასუხის გასაცემად რესპონდენტებისთვის შეთავაზებული იყო 5 ქულიანი ლაიკერტის

სკალა, სადაც 1 ქულა ნიშნავდა - ნეგატიურ შეფასებას, ხოლო 5 ქულა ნიშნავდა პოზიტიურ შეფასებას, თუმცა კითხვის შინაარსიდან გამომდინარე ქულების სიტყვიერი აღწერები განსხვავდებოდა. რესპონდენტების გამოკითხვა ჩატარდა ორ ტალღად. პირველი ტალღა ჩატარდა გინეკოლოგიური ჩარევების წინ, მეორე ტალღა კი ჩარევის შემდეგ პერიოდში. პირველ ეტაპზე, კითხვარის შევსებამდე რესპონდენტები გაეცნენ კვლევის მიზანს და ხელი მოაწერე კვლევაში მონაწილეობის თანხმობის ფურცელს. მეორე გამოკითხვა ჩატარდა სატელეფონო გამოკითხვის სახით, გინეკოლოგიური ჩარევიდან დაახლოებით 4 კვირაში. პირველ ტალღაზე გამოიკითხა 225 რესპონდენტი, ხოლო მეორე ტალღაზე 188 რესპონდენტი, შესაბამისად „-მდე“ და „-შემდეგ“ შედარება მოხდა იმ რესპონდენტების მონაცემების, რომლებმაც ორივე ტალღაში მიიღეს მონაწილეობა. მონაცემების სტატისტიკური ანალიზის დროს შედეგების აღწერისთვის გამოვიყენეთ სიხშირული ანალიზის მეთოდი და კროსტაბულაცია, ხოლო „-მდე“ და „-შემდეგ“ შედეგების შედარებისთვის არჩეული იქნა Wilcoxon signed-rank test (matched pairs), რომელიც შესაძლებლობას იძლევა „-მდე“ და „-შემდეგ“ დიზაინის კვლევებში შეაფასოს მომხდარი ცვლილების სტატისტიკური სარწმუნოება/მნიშვნელობა. Wilcoxon-ის ტესტის არჩევა ხდება მაშინ, როცა საკვლევი ცვლადები არაპარამეტრულია და რიგის სკალაზეა გაზომილი. შედეგები დამუშავდა 4 მსხვილი განზომილების მიხედვით. ამისათვის გამოთვლილი იქნა 4 ახალი ცვლადი - ფიზიკური ჯანმრთელობა, ფსიქიკური მდგომარეობა, სოციალური ურთიერთობები, გარემო. თითოეული განზომილების ცვლადი წარმოადგენს მისი შემადგენელი კრიტერიუმების ქულების საშუალოს. ცხოვრების ხარისხით და ჯანმრთელობით კმაყოფილების კითხვები ცალკე დამუშავდა. ჩვენს მიერ შეფასებულ იქნა ცხოვრების ხარისხის ცვლილების შანსთა ფარდობები სხვადასხვა ჯგუფებში, აგრეთვე მრავლობითი რეგრესიის ანალიზი; ამ უკანასკნელის პირველ ეტაპზე გამოსავლის როლს მრავლობით რეგრესიის მოდელში თამაშობდა ცხოვრების ხარისხის ცვლილება, მეორე ეტაპზე ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების ცვლილება, მესამე ეტაპზე ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების ცვლილება, ხოლო დამოუკიდებელი ცვლადებად (რისკ-ფაქტორებად) შერჩეული ფაქტორები იყო ასაკი, საცხოვრებელი ადგილი, სოციალური სტატუსი, განათლების საფეხური, ოჯახური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე.

მიღებული შედეგების განხილვა

გამოკვლევებით გამოვლინდა, რომ კვლევის მონაწილეთა 51.6% (n=96) 35-54 წლის ქალები იყვნენ, 35 წლამდე ასაკის რესპონდენტების წილი იყო 26.1% (n=49), ხოლო 55 წლის და მეტი ასაკის 22.9% (n=43). გამოკითხულთაგან 76.4% (n=143) თბილისის მაცხოვრებელი იყო, 23.9% (n=45) კი რეგიონებისა. რესპონდენტების 73.9%-ს (n=139) უმაღლესი განათლება აქვს მიღებული. არასრული უმაღლესი 11.7%-ს (n=22) და საშუალო ტექნიკური განათლების მქონე რესპონდენტები 9.6% (n=18) რესპონდენტი, ხოლო საშუალო განათლება აქვს მხოლოდ 4.8%-ს (n=9). გამოკითხვების დროს 59% (n=111) დაოჯახებული იყო, 14.9% (n=28) დასაოჯახებელი, ხოლო დანარჩენი 26.1% (n=49) განქორწინებული ან ქვრივი, მათგან 54.8% (n=103) დასაქმებული იყო, 33.5% (n=63) უმუშევარი, 11.7% (n=22) კი პენსიონერი. რესპონდენტების 43.6%-ს (n=82) ჩატარდა ჰისტერექტომია დანამატებით ან ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, 30.3%-ს (n=57) მიომექტომია ან კისტექტომია, 26.1%-ს (n=49) კი ჰისტერექტომია და სხვა ქირურგიული ჩარევები.

კვლევებით გამოიკვეთა, რომ ოპერაციის შემდეგ გაიზარდა იმ პაციენტების წილი, ვინც საკუთარი ცხოვრების ხარისხს აფასებს „კარგად“ ან „ძალიან კარგად“. ოპერაციამდე საკუთარი ცხოვრების ხარისხს „კარგად“ აფასებდა პაციენტების 56.4% (n=106) „ძალიან კარგად“ 14.4% (n=27). ოპერაციის შემდეგ კი ცხოვრების ხარისხს „კარგად“ აფასებდა 61.2% (n=115) ხოლო „ძალიან კარგად“ პაციენტების 26.6% (n=50). ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხი უკეთესი ქულით შეაფასა პაციენტების 41.5%-მა (n=78), იგივე ქულით შეაფასა ასევე 41.5%-მა (n=78), ხოლო უფრო ნაკლები ქულით 17%-მა (n=32). ოპერაციის შემდეგ მომხდარი ცვლილების სანდოობის შეფასებისთვის გამოვიყენეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტი.

სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა რომ შეფასების გაუმჯობესებაში მომხდარი ცვლილება არის სტატისტიკურად სანდო ( $P < 0.001$ ). ცხოვრების ხარისხით კმაყოფილების შეფასების ცვლილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით გაანალიზებით დადგინდა, რომ გაუმჯობესება არის სამივე ასაკობრივ ჯგუფში და ეს გაუმჯობესება სტატისტიკურად სარწმუნოა სამივე ჯგუფისთვის. თუმცა ყველაზე დიდი გაუმჯობესება არის 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებისთვის. ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა 35 წლამდე ასაკის პაციენტების 38.8%-ში (n=20), 36-55 წლამდე ასაკის პაციენტების 38.5%-ში (n=54) და 56

წლის და უფროსი ასაკის პაციენტების 51.2%-ში (n=22). ცხოვრების ხარისხის შეფასების ცვლილება ოპერაციის შემდეგ გავაანალიზეთ რესპონდენტების ოჯახურის სტატუსის მიხედვით. შედარდა სამი ჯგუფი „დაოჯახებული“, „დასაოჯახებელი“ და „განწორწინებული/ქვრივი“. ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა დაოჯახებული პაციენტების 39.6%-თან (n=44), დასაოჯახებელი პაციენტების 39.3%-თან (n=11) და განქორწინებული/ქვრივი პაციენტების 46.9%-თან (n=21). ანალიზმა აჩვენა რომ სამივე ჯგუფში შეინიშნება ცხოვრების ხარისხის შეფასების გაუმჯობესება, თუმცა დასაოჯახებელი რესპონდენტების ჯგუფში ცვლილების სტატისტიკურად სანდოობა დასაშვებ ზღვარზე ოდნავ ნაკლებია (P=0.59). დანარჩენ ორ ჯგუფში სტატისტიკური სანდოობა  $P < 0.05$ .

ანალოგიური მაჩვენებელი გავაანალიზეთ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. იმ პაციენტების 40.2%-ს (33), რომელთაც ჩაუტარდათ ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით ან ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე ცხოვრების ხარისხის შეფასება გაუმჯობესდა, მიემოქტომია/კისტექტომიის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის უკეთესად შეაფასეს პაციენტების 51.2%-მა (n=42), ხოლო ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების შემდეგ პაციენტების 45.6%-მა (n=26). სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება გაუმჯობესების კუთხით მოხდა იმ ჯგუფში, რომელთაც ჩაუტარდათ ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ასევე იმ ჯგუფში რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები. მიუხედავად იმისა რომ მიომექტომია და კისტექტომიის ოპერაციის შემდგომ საკუთარი ცხოვრების ხარისხს უკეთესად აფასებენ, ეს ცვლილება სტატისტიკურად სანდო არ აღმოჩნდა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებით მიღებული შედეგების ანალიზით გამოვლინდა, რომ გაიზარდა იმ პაციენტთა წილი რომლებიც ოპერაციის შემდეგ „კმაყოფილია“ ან „ძალიან კმაყოფილია“ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით. ოპერაციამდე ჯანმრთელობით „ძალიან კმაყოფილი“ იყო მხოლოდ 5.3% (n=10), ოპერაციის შემდეგ კი 20.7% (n=39). ოპერაციამდე „კმაყოფილი“ იყო 52.1% (n=98) ხოლო ოპერაციის შემდეგ 59.6% (n=112). ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების ცვლილების მნიშვნელოვნება შევამოწმეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტის მეშვეობით „მდე და შემდეგ“ წყვილურმა შედარებებმა აჩვენა რომ ჯანმრთელობით კმაყოფილება გაუარესდა 16.49%-ში (n=31), გაუმჯობესდა 48.4%-ში (n=91), ხოლო 35.11% შემთხვევაში (n=66) არ

შეცვლილა. მთლიანობაში პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სანდოა ( $P < 0.001$ ). აღნიშნული მაჩვენებელი შევაფასეთ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. როგორც აღმოჩნდა სამივე ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია. Wilcoxon-ის რანგების ტესტი-ის სტატისტიკური მნიშვნელოვნების დონე 0.05-ზე ნაკლებია სამივე ჯგუფისთვის. დაოჯახებული პაციენტების 47.7%-მა ( $n=53$ ) დასაოჯახებელი პაციენტების 42.9%-მა ( $n=12$ ) და განქორწინებული/ქვრივი პაციენტების 53.1%-მა ( $n=26$ ) ოპერაციის შემდეგ უკეთესი ქულით შეაფასა საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, როგორც აღმოჩნდა ოპერაციის შემდეგ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება სტატისტიკურად სარწმუნოა დაოჯახებული და განქორწინებული/ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში. ( $P < 0.001$ ), ოპერაციის შემდგომ ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება გავანალიზეთ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვითაც, ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება გაუმჯობესდა სამივე ჯგუფში: ოპერაციის შემდეგ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკეთესი ქულით შეაფასა იმ პაციენტების 51.2% -მა (42) ვისაც ჩაუტარდათ ტოტალური ჰისტერექტომია/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე, იმ პაციენტების 50.9%-მა (29), ვისაც ჩაუტარდა მიომექტომია/ვისტექტომია და იმ პაციენტების 40.8%-მა (29) ვისაც გაუკეთდა ჰისტეროსკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები. ამასთან სამივე ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება სტატისტიკურად სანდო აღმოჩნდა.

ცხოვრების ხარისხის შეფასებისათვის პირველი ორი კითხვის გარდა (ცხოვრების ხარისხის შეფასება და ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების შეფასება) კითხვარის 23 ძირითადი კითხვა 4 განზომილებად ერთიანდება. როგორც მეთოდოლოგიაში იქნა აღწერილი ეს 4 სფეროა: ფიზიკური ჯანმრთელობა; ფსიქიკური მდგომარეობა; სოციალური ურთიერთობები და გარემო. თითოეული განზომილების ქულის გამოთვლა ხდებოდა მასში შემავალი კრიტერიუმების (კითხვების) ქულების საშუალო არითმეტიკული მაჩვენებლის გამოთვლის გზით. საშუალო ქულების შედარება გვიჩვენებს რომ ოთხივე სფეროს საშუალო ქულები ოპერაციის შემდგომ გაზრდილია. ამ მიმართულებით ჩატარებულმა სტატისტიკურმა სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა რომ ოთხივე სფეროში მოხდა ქულების გაუმჯობესება ოპერაციის შემდეგ. „ფიზიკური ჯანმრთელობის“ საშუალო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 72.9% ( $n=72.9$ ) შემთხვევაში, 25%-ში ( $n=47$ ) ეს მაჩვენებელი გაუარესდა და

იგივე დარჩა 2.1%-თან ( $n=4$ ). „ფსიქიკური მდგომარეობის“ საშუალო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 56.9%-თან ( $n=107$ ), გაუარესდა 30.3%-ში ( $n=57$ ), ხოლო იგივე დარჩა 12.8%-თან ( $n=24$ ). მსგავსი ტენდენციას „სოციალური ურთიერთობებისა“ და „გარემოს“ სფეროებში. ოპერაციის შემდგომ მომხდარი ცვლილებების სტატისტიკური მნიშვნელობის შეფასებისთვის გამოვიყენეთ Wilcoxon-ის რანგების ტესტი, როგორც ანალიზმა აჩვენა ოთხივე სფეროში მომხდარი ცვლილებები სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი, ოთხივე შემთხვევაში  $P<0.001$ .

ცხოვრების ხარისხის თითოეული სფეროში მომხდარი ცვლილებების სტატისტიკური მნიშვნელოვნება გავაანალიზეთ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. ანალიზმა აჩვენა რომ სამივე ასაკობრივ ჯგუფში ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომხდარი გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა. სამივე ასაკობრივი ჯგუფისთვის  $p<0.001$ . 35 წლამდე რესპონდენტების 79.6%-ში (39) ფიზიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებელი გაუმჯობესდა, 18.4%-თვის (9) გაუარესდა და 2%-თვის (1) იგივე დარჩა. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება მოხდა 67%-ში (65), 29%-ში მოხდა ნეგატიური ცვლილება (28) და 3%-ში (3) ცვლილება არ დაფიქსირდა. ანალოგიური ტენდენციაა 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებში, 76.7% -ში (33) ცვლილება პოზიტიურია, 23%-ში (10) ნეგატიური. სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა რომ „ფსიქიკური მდგომარეობის“ სფეროში მომხდარი გაუმჯობესება მოხდა მხოლოდ 36-55 წლამდე და 56 და მეტი წლის რესპონდენტების ჯგუფებში. ამ ორ ჯგუფში გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდოა ( $p<0.001$ ). 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პოზიტიური ცვლილება მოხდა 59,4%-ში (57), 30.2%-ში (29) მოხდა ნეგატიური ცვლილება და 10.4%-ში (10) ცვლილება არ დაფიქსირდა. 56 წელზე მეტი ასაკის რესპონდენტებში კი პოზიტიური ცვლილება მოხდა 67.44% -ში (29), 18.6%-ში (8) ნეგატიური, ხოლო 14%-ში (6) ცვლილება არ მომხდარა. „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მოხდა იმავე ასაკობრივ ჯგუფებში, რაც „ფსიქიკური მდგომარეობის“ სფეროში. 35 წლამდე რესპონდენტებში მნიშვნელოვანი ცვლილება არ დაფიქსირებულა. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესება დაფიქსირდა 57,3%-ში (55), გაუარესდა 32.3%-ში (31), ცვლილება არ მოხდა 10.4%-ში (6). 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტების 60.5%-ში (26) გაუმჯობესდა „სოციალური ურთიერთობების“ მაჩვენებელი, 18.6% ში ( $n=8$ ) გაუარესდა, 20.9%-ში ( $n=9$ ) კი არ შეიცვალა. ორივე ჯგუფისთვის

Wilcoxon-ის რანგების ტესტი სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია. სფერო „გარემოს“ მაჩვენებელი წინა ორი სფეროს მსგავსად, მხოლოდ ორ ასაკობრივ ჯგუფში გაუმჯობესდა, 36-55 წლამდე და 56 და მეტი ასაკის რესპონდენტებში. 36-55 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში „გარემოს“ შეფასება გაუმჯობესდა რესპონდენტების 57.3% შემთხვევაში (55), 56 და უფრო მეტი ასაკის პაციენტებში კი 60.5%-ში (n=26). სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება დაფიქსირდა ამ ორ ჯგუფში (P=0.11 და P=0.16). „სოციალური ურთიერთობების“ სფეროში მაჩვენებლის ცვლილება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მხოლოდ დასაოჯახებელ და განქორწინებულ/ ქვრივ რესპონდენტებში. მხოლოდ ამ ორ ჯგუფშია ტესტის მნიშვნელოვნება მისაღებ ზღვარზე ნაკლები  $P < 0.001$ . დასაოჯახებელი რესპონდენტების 75% -თან (21) ოპერაციის შემდეგ პოზიტიური ცვლილებები დაფიქსირდა, ამ სფეროს გაუარესება მხოლოდ 10.7% -თან (3) მოხდა. განქორწინებულ/ქვრივი რესპონდენტების ჯგუფში გაუმჯობესება მოხდა 73.5%-ში (36), 22.4% -ში (11) გაუარესდა და 4%-ში (2) არ შეცვლილა. სფერო „გარემოს“ მაჩვენებლის ცვლილება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა მხოლოდ განქორწინებულ/ ქვრივ რესპონდენტებში.  $P < 0.001$ . ამ ჯგუფის 61.2%-ში (30) დაფიქსირდა პოზიტიური ცვლილება, 24.5%-ში (12) გაუარესება და 14.3%-ში (3) ცვლილება არ მოხდა. კვლევის შედეგები გავაანალიზეთ ქირურგიული ჩარევის ტიპების მიხედვით. ოპერაციის ტიპები გავაერთიანეთ სამ ჯგუფად: ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით / ჰისტერექტომია დანამატების გერეშე (1), მეიმოქტომია/ვისტექტომია (2), ჰისტეროსკოპია/სხვა ქირურგიული ჩარევები (3). როგორც მონაცემების ანალიზმა აჩვენა ფიზიკური ჯანმრთელობის სფეროს მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ქირურგიული ჩარევების სამივე ჯგუფში. სამივე ჯგუფში მსგავსი სურათია. პაციენტების სამი მეოთხედისთვის ფიზიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებლები გაუმჯობესდა ოპერაციამდე პერიოდთან შედარებით. ამასთან ცვლილება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია ( $P < 0.001$ ). ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება მივიღეთ მხოლოდ ორ ჯგუფში. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მეიმოსქტომია/ვისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P < 0.001$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევასი  $P = 0.018$ . მესამე ჯგუფში, ანუ იმ პაციენტებს რომელთაც ჩაუტარდათ

ჰისტეროკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება სტატისტიკურად სანდო არაა. სოციალური ურთიერთობების შეფასებაში სტატისტიკურად სანდო განსხვავება ასევე მხოლოდ ორ ჯგუფში მივიღეთ. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მიემოსქოტმია/კისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ სოციალური ურთიერთობების სფეროს მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.07$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.011$ . მესამე ჯგუფში, ანუ იმ პაციენტებს რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, სოციალური ურთიერთობების სფეროს მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ მომხდარა. „გარემოს“ სფეროს მაჩვენებლის ცვლილება ასევე პირველ ორ ჯგუფში გაუმჯობესდა. იმ პაციენტებს ვისაც ჩაუტარდა ტოტალური ჰისტერექტომია დანამატებით/ ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე და ვისაც ჩაუტარდათ მიემოსქოტმია/კისტექტომია, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდათ „გარემოს“ სფეროს მაჩვენებელი. პირველი ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.009$  ხოლო მეორე ჯგუფის შემთხვევაში  $P=0.01$ . იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტეროკოპია და სხვა ქირურგიული ჩარევები, ამ სფეროში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება არ მომხდარა.

ჩვენს მიერ შეფასებულ იქნა ცხოვრების ხარისხის ცვლილების შანსთა ფარდობები სხვადასხვა ჯგუფებში: ცხოვრების ხარისხის შესაფასებელი კითხვარის 1-ლი კითხვაზე - „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?“ - პასუხების მიხედვით, პაციენტების მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით სარწმუნოდ არ განსხვავდება. იგივე ტენდენციაა შენარჩუნებული მე-2 კითხვაზე პასუხების მიხედვითაც. ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით გაუმჯობესება  $\leq 35$  წ, ასაკობრივ ჯგუფში აღენიშნებოდა 41 პაციენტს (79,6%); 36-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 66 პაციენტს (67,7%); 55 წ.-ზე მეტი ასაკი პაციენტებში კი - 31-ს (76,7%). ეს მაჩვენებელი მიუთითებს იმაზე, რომ 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შანსი 1.96-ჯერ აღემატება  $<35$  წ. ასაკობრივი ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს. შანსთა ფარდობა ასევე სარწმუნოა 55წ.-ზე მეტ და 35 წ.-ზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში ნანახი გაუმჯობესების მაჩვენებლებს შორის.

ანალოგიური ტენდენცია იქნა ნანახი სოციალური ურთიერთობების განზომილების გაუმჯობესების კუთხითაც. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება  $\leq 35$  წ, ასაკობრივ ჯგუფში აღენიშნებოდა 22 პაციენტს (42,9%); 36-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 56 პაციენტს (57,3%); 55 წ.-ზე მეტი ასაკი პაციენტებში კი - 24-ს (60,5%). სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია  $<35$  წ. ასაკობრივ ჯგუფში; იგი 35-55 წწ. 35-55 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომი სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების შანსი 1,8-ჯერ აღემატება  $<35$  წ. ასაკობრივი ჯგუფის იგივე მაჩვენებელს. შანსთა ფარდობა ასევე სარწმუნოა 55წ.-ზე მეტ და 35 წ.-ზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფებში ნანახი გაუმჯობესების მაჩვენებლებს შორის. გარემოს განზომილების გაუმჯობესების მაჩვენებლის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება ჯგუფებს შორის ვერ დაფიქსირდა. ოჯახური სტატუსის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო განსხვავება ნანახი იქნა მხოლოდ სოციალური ურთიერთობების განზომილების გაუმჯობესების კუთხით. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება დაოჯახებულთა ჯგუფში აღენიშნებოდა 46 პაციენტს (40,5%); დასაოჯახებელთა ჯგუფში - 23 პაციენტს (75,0%); განქორწინებულ და ქვრივ პაციენტებში კი - 33-ს (73,5%). სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია დაოჯახებულების ჯგუფში; დასაოჯახებელთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებლის შანსის ფარდობა დაოჯახებულთა ჯგუფის გაუმჯობესების მაჩვენებელთან სტატისტიკურად დადასტურდა, იგივე შეიძლება ითქვას განქორწინებულთა/ქვრივთა ჯგუფის სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესების შანსის ფარდობაზეც დაოჯახებულთა ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებელთან. ოპერაციის ტიპის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში სარწმუნო შანსთა ფარდობა ნანახი იქნა მხოლოდ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების მაჩვენებლის მიხედვით. ამ პარამეტრით გაუმჯობესება ტოტალური და სუბტოტალური ჰისტერექტომიის ჯგუფში აღენიშნებოდა 51 პაციენტს (62,2%); მიომექტომია/კისტექტომიის ჯგუფში - 33 პაციენტს (57,9%); ჰისტეროსკოპიისა და სხვა ქირურგიული ჩარევების მქონე პაციენტებში კი - 23-ს (46,9%). პირველ ჯგუფში ოპერაციის შემდგომ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსი 1,86-ჯერ აღემატება მე-3 ჯგუფში ანალოგიური მაჩვენებლის შანსს, რაც სტატისტიკურად სარწმუნო მაჩვენებელია.

მრავლობითი რეგრესიის ანალიზით გამოვლინდა, რომ ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისათვის გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ჩატარებული

ოპერაციის სახე; ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური ჯანმრთელობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია სოციალური სტატუსი და ჩატარებული ოპერაციის სახე; ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორია პაციენტის ასაკი; ცხოვრების ხარისხის გარემოს განზომილების გაუარესების სარწმუნო რისკ-ფაქტორს კი წარმოადგენს პაციენტის განათლების დონე.

კვლევის ძირითადი დაკვნები

კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია შემდეგი დასკვნების გამოტანა:

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.

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:

1. საქართველოში პირველად იქნა შესწავლილი გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხის ოთხ ძირითად განზომილებაზე - ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე, სოციალურ ურთიერთობებზე და გარემოსთან ადაპტირებაზე.
2. პირველად იქნა მიღებული სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემები ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვა განზომილებების გაუმჯობესებაზე განსხვავებული ასაკისა და ოჯახური სტატუსის მქონე პაციენტებში, კერძოდ:
3. პირველად იქნა დადგენილი ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისთვის მრავლობითი რეგრესიის მოდელით გამოვლენილი სარწმუნო რისკ-ფაქტორები, კერძოდ:

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება:

1. 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.
2. 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.

3. 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.

#### გამოყენებული ლიტერატურა

- გურამ თავართქილადის სახელობის თბილისის სასწავლო უნივერსიტეტის მიმდინარე სამეცნიერო კვლევითი საქმიანობის პროექტები <http://www.gttu.edu.ge/>(12.06.2019)
- გავარდაშვილი ნ. მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხის კვლევის ახალი მეთოდების შემუშავება.თბილისი (2013)
- [http://press.tsu.ge/data/image\\_db\\_innova/socialur\\_politikuri/natia\\_gavardashvili.pdf](http://press.tsu.ge/data/image_db_innova/socialur_politikuri/natia_gavardashvili.pdf)
- ლეკაშვილი თ. ონკონკურაბელურ პაციენტთა 22 საჭიროებების, პალიატიური მზრუნველობის სტატუსის განსაზღვრის 23 კრიტერიუმებისა და მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ანალიზი თბილისი(2019)
- [http://press.tsu.ge/data/image\\_db\\_innova/](http://press.tsu.ge/data/image_db_innova/)
- საქართველოს მთავრობის ანგარიში ქვეყნის ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2018-2021 წლებისათვის <https://mrdi.gov.ge/>
- საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს პუბლიკაციები <http://www.economy.ge/>
- საქართველოს დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო პუბლიკაციები <http://www.gttu.edu.ge/>(12.06.2019)

- ფიცხელაური ნ. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარების პერსპექტივები  
თბილისი 2012; გვ148 [https://www.tsu.ge/data/file\\_db/library/pitskhelauri\\_samedicino.pdf](https://www.tsu.ge/data/file_db/library/pitskhelauri_samedicino.pdf)
- ყაზახაშვილი ნ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და  
გაუმჯობესება თბილისი (2019) ; ნაწილი1  
[http://press.tsu.edu.ge/data/image\\_db\\_innova/Nata-Yazakhishvili.pdf](http://press.tsu.edu.ge/data/image_db_innova/Nata-Yazakhishvili.pdf)
- Altgassen, C., Kuss, S., Berger, U., Löning, M., Diedrich, K., & Schneider, A. (2006). Complications  
in laparoscopic myomectomy. *Surg Endosc*, 20(4), 614-8. doi:10.1007/s00464-004-2181-8  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-004-2181-8>
- Anastasiadis, P. (2000). Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in  
women with abnormal uterine bleeding. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 180-  
3. <https://europepmc.org/article/med/10843481>
- Anastasiadis, P. G., Koutlaki, N. G., Skaphida, P. G., Galazios, G. C., Tsikouras, P. N., & Liberis, V. A.  
(2000). Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with  
abnormal uterine bleeding. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 21(2), 180–183.  
[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10843481/#:~:text=Results%3A%20The%20prevalence%20of%20endometrial,%25\)%20had%20undergone%20malignant%20degeneration.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10843481/#:~:text=Results%3A%20The%20prevalence%20of%20endometrial,%25)%20had%20undergone%20malignant%20degeneration.)
- Andersen, L. L., Zobbe, V., Ottesen, B., Gluud, C., Tabor, A., Gimbel, H., & Danish Hysterectomy  
Trial Group (2015). Five-year follow up of a randomised controlled trial comparing subtotal  
with total abdominal hysterectomy. *BJOG : an international journal of obstetrics and  
gynaecology*, 122(6), 851–857. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12914>
- Annan, J., Aquilina, J., & Ball, E. (2012). The management of endometrial polyps in the 21st  
century. მოპოვებული <https://doi.org/10.1111/j.1744-4667.2011.00091.x> დაწ
- Arlene, v. (2020). A systematic review of the psychosocial impact of fibroids before and after  
treatment. 223(5), 674-708. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.044>

- Armstrong, S. C., Showell, M., Stewart, E. A., Rebar, R. W., Vanderpoel, S., & Farquhar, C. M. (2017). Baseline anatomical assessment of the uterus and ovaries in infertile women: a systematic review of the evidence on which assessment methods are the safest and most effective in terms of improving fertility outcomes. *Human reproduction update*, 23(5), 533–547. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx019>
- Baird, D., & Dunson, D. (2003). High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol*, 188(1), 100-7. doi:10.1067/mob.2003.99
- Baruah, C. (2009). Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy (LAVH), a Very Safe and Effective Minimally Invasive Surgery in Gynaecology. *The journal of Minimally Invasive Gynecology*, 16(9). doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2009.08.315>
- Bedner, R., & Górska, I. (2007). Hysteroscopy with directed biopsy versus dilatation and curettage for the diagnosis of endometrial hyperplasia and cancer in perimenopausal women. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 400-402. მოპოვებული <https://europepmc.org/article/med/17966221>-დან
- Bettocchi, S. (2001). Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril*, 803-5. doi:10.1016/s0015-0282(00)01792-1 [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11287038/#:~:text=Conclusion\(s\)%3A%20Dilatation%20and%20present%20in%20the%20removed%20uterus.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11287038/#:~:text=Conclusion(s)%3A%20Dilatation%20and%20present%20in%20the%20removed%20uterus.)
- Bettocchi, S; Ceci, O; Nappi, L. (2004). Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*. doi:10.1016/s1074-3804(05)60012-6. <https://europepmc.org/article/med/15104833>

Bosteels, J., Kasius, J., Weyers, S., Broekmans, F. J., Mol, B. W., & D'Hooghe, T. M. (2015).

Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD009461.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009461.pub3>

Burkett, D., Horwitz, J., Kennedy, V., Murphy, D., Graziano, S., & Kenton, K. (2011). Assessing current trends in resident hysterectomy training. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 17(5), 210–214. <https://doi.org/10.1097/SPV.0b013e3182309a22>

Campo, R., Molinas, C. R., Rombauts, L., Mestdagh, G., Lauwers, M., Braekmans, P., Brosens, I., Van Belle, Y., & Gordts, S. (2005). Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy. *Human reproduction (Oxford, England)*, 20(1), 258–263. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh559>

Capmas, P., Pourcelot, A. G., Giral, E., Fedida, D., & Fernandez, H. (2016). Office hysteroscopy: A report of 2402 cases. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 45(5), 445–450. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.02.007>

Centini, G. (2016). Modern operative hysteroscopy. *Minerva Ginecol*, 68(2), 126-32. მოპოვებული <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26930389/> -დან

Cicinelli, E., Matteo, M., Trojano, G., Mitola, P. C., Tinelli, R., Vitagliano, A., Crupano, F. M., Lepera, A., Miragliotta, G., & Resta, L. (2018). Chronic endometritis in patients with unexplained infertility: Prevalence and effects of antibiotic treatment on spontaneous conception. *American journal of reproductive immunology (New York, N.Y. : 1989)*, 79(1), 10.1111/aji.12782. <https://doi.org/10.1111/aji.12782>

Clark, T. J., Voit, D., Gupta, J. K., Hyde, C., Song, F., & Khan, K. S. (2002). Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA*, 288(13), 1610–1621. <https://doi.org/10.1001/jama.288.13.1610>

Daly, D., Walters, C. (1983). Hysteroscopic metro plasty: surgical technique and obstetric. *The American Fertility Society*, 39(5). [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)47056-1/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)47056-1/pdf)

Deffieux, X., Gauthier, T., Menager, N., Legendre, G., Agostini, A., Pierre, F., & French College of Gynaecologists and Obstetricians (2014). Hysteroscopy: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 178, 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.026>

Dietl, J., Wischhusen, J., & Häusler, S. F. (2011). The post-reproductive Fallopian tube: better removed?. *Human reproduction (Oxford, England)*, 26(11), 2918–2924. <https://doi.org/10.1093/humrep/der274>

Downes, E., Sikirica, V., Gilabert-Estelles, J., Bolge, S. C., Dodd, S. L., Maroulis, C., & Subramanian, D. (2010). The burden of uterine fibroids in five European countries. *European journal of*

*obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 152(1), 96–102.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.05.012>

Dreisler, E., Stampe Sorensen, S., Ibsen, P. H., & Lose, G. (2009). Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 33(1), 102–108. <https://doi.org/10.1002/uog.6259>

Fan, Z., Li, H., Hu, R., Liu, Y., Liu, X., & Gu, L. (2018). Fertility-Preserving Treatment in Young Women With Grade 1 Presumed Stage IA Endometrial Adenocarcinoma: A Meta-Analysis. *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 28(2), 385–393.

<https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001164>

Favero, G. (2013). Tips and tricks for successful manual morcellation: A response to “Vaginal morcellation: A new strategy for large gynecological malignant tumors extraction. A pilot study. *128*(1), 151. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.09.028>

Ferrero, S. (2006). Uterine myomas, dyspareunia, and sexual function. *Fertil Steril*, 86(5), 1504–1510.

[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(06\)01503-2/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(06)01503-2/fulltext)

Fischer, O. J., Marguerie, M., & Brotto, L. A. (2019). Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study. *Sexual medicine*, 7(4), 530–539. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.07.005>

[https://www.researchgate.net/publication/335677869 Sexual Function Quality of Life and Experiences of Women with Ovarian Cancer A Mixed-Methods Study](https://www.researchgate.net/publication/335677869_Sexual_Function_Quality_of_Life_and_Experiences_of_Women_with_Ovarian_Cancer_A_Mixed-Methods_Study)

- Fortin, C., Flyckt, R., & Falcone, T. (2018). Alternatives to hysterectomy: The burden of fibroids and the quality of life. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *46*, 31–42. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.10.001>
- Gardner, J., & Oswald, A. (2004). How is mortality affected by money, marriage, and stress?. *Journal of health economics*, *23*(6), 1181–1207. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.03.002>  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016762960400061X>
- Giuffrida, A., Gravelle, H., & Roland, M. (1999). Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ (Clinical research ed.)*, *319*(7202), 94–98. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7202.94>
- Grimbizis, G. F., Camus, M., Tarlatzis, B. C., Bontis, J. N., & Devroey, P. (2001). Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Human reproduction update*, *7*(2), 161–174. <https://doi.org/10.1093/humupd/7.2.161>
- Gunderson, C. C., Fader, A. N., Carson, K. A., & Bristow, R. E. (2012). Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. *Gynecologic oncology*, *125*(2), 477–482. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.003>
- Guyatt, G. H., Kirshner, B., & Jaeschke, R. (1992). Measuring health status: what are the necessary measurement properties?. *Journal of clinical epidemiology*, *45*(12), 1341–1345. [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(92\)90194-R/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(92)90194-R/pdf)
- Hamilton, J., & J Larson, A. (1998). Routine use of saline hysterosonography in 500 consecutive, unselected, infertile women. *13*(9), p. 2463–2473. DOI: <https://doi.org/10.1093/humrep/13.9.2463>

- Henriquez, D. D., van Dongen, H., Wolterbeek, R., & Jansen, F. W. (2007). Polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding: effectiveness of hysteroscopic removal. *Journal of minimally invasive gynecology*, *14*(1), 59–63.  
<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.07.008>
- Hoffmann, R., & Pinas, I. (2014). Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Current Sexual Health Reports*, *6*(4), 244–251. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11930-014-0029-3>
- Huang, G., Basaria, S., Travison, T. G., Ho, M. H., Davda, M., Mazer, N. A., Miciek, R., Knapp, P. E., Zhang, A., Collins, L., Ursino, M., Appleman, E., Dzekov, C., Stroh, H., Ouellette, M., Rundell, T., Baby, M., Bhatia, N. N., Khorram, O., Friedman, T., ... Bhasin, S. (2014). Testosterone dose-response relationships in hysterectomized women with or without oophorectomy: effects on sexual function, body composition, muscle performance and physical function in a randomized trial. *Menopause* (New York, N.Y.), *21*(6), 612–623.  
<https://doi.org/10.1097/GME.000000000000093>
- Hwang, J. L., & Chen, S. U. (2018). Feasibility of corifollitropin alfa/GnRH antagonist protocol combined with GnRH agonist triggering and freeze-all strategy in polycystic ovary syndrome patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, *117*(6), 535-540.  
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.05.009>
- Hwang, J. L., Chen, S. U., Chen, H. J., Chen, H. F., Yang, Y. S., Chang, C. H., Seow, K. M., Tzeng, C. R., & Lin, Y. H. (2018). Feasibility of corifollitropin alfa/GnRH antagonist protocol combined with GnRH agonist triggering and freeze-all strategy in polycystic ovary syndrome patients. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, *117*(6), 535–540.  
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.05.009>
- Ianieri, M. M., Staniscia, T., Pontrelli, G., Di Spiezio Sardo, A., Manzi, F. S., Recchi, M., Liberati, M., & Ceccaroni, M. (2016). A New Hysteroscopic Risk Scoring System for Diagnosing

- Endometrial Hyperplasia and Adenocarcinoma. *Journal of minimally invasive gynecology*, 23(5), 712–718. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.02.017>
- Yang, J. H., Chen, M. J., & Yang, P. K. (2019). Factors increasing the detection rate of intrauterine lesions on hysteroscopy in infertile women with sonographically normal uterine cavities. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 118(1 Pt 3), 488–493. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.08.017>
- Jayasundara, C. S., Asanka, G., Gihan, C., & Bandara, S. (2017). Post-operative Quality of Life Assessment after Total Abdominal Hysterectomy. *Gynecology & Reproductive Health*. doi:10.33425/2639-9342.1016. [https://www.researchgate.net/publication/330689793\\_Post-operative\\_Quality\\_of\\_Life\\_Assessment\\_after\\_Total\\_Abdominal\\_Hysterectomy](https://www.researchgate.net/publication/330689793_Post-operative_Quality_of_Life_Assessment_after_Total_Abdominal_Hysterectomy)
- Jin, C., Hu, Y., Chen, X. C., Zheng, F. Y., Lin, F., Zhou, K., Chen, F. D., & Gu, H. Z. (2009). Laparoscopic versus open myomectomy--a meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 145(1), 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.03.009>
- Katz, Z., Ben-Arie, A., Lurie, S., Manor, M., & Insler, V. (1996). Beneficial effect of hysteroscopic metroplasty on the reproductive outcome in a 'T-shaped' uterus. *Gynecologic and obstetric investigation*, 41(1), 41–43. <https://doi.org/10.1159/000292033>
- Kim, K. R., Peng, R., Ro, J. Y., & Robboy, S. J. (2004). A diagnostically useful histopathologic feature of endometrial polyp: the long axis of endometrial glands arranged parallel to surface epithelium. *The American journal of surgical pathology*, 28(8), 1057–1062. <https://doi.org/10.1097/01.pas.0000128659.73944.f3>
- Kluiwers, K. B., Hendriks, J. C., Mol, B. W., Bongers, M. Y., Bremer, G. L., de Vet, H. C., Vierhout, M. E., & Brolmann, H. A. (2007). Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *Journal of minimally invasive gynecology*, 14(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.08.009>

- Kuppermann, M., Learman, L. A., Schembri, M., Gregorich, S. E., Jackson, R., Jacoby, A., Lewis, J., & Washington, A. E. (2010). Predictors of hysterectomy use and satisfaction. *Obstetrics and gynecology*, 115(3), 543–551. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181cf46a0>
- Lee, S. C., Kaunitz, A. M., Sanchez-Ramos, L., & Rhatigan, R. M. (2010). The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1197–1205. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f74864>
- Lee, S. H., Oh, S. R., Cho, Y. J., Han, M., Park, J. W., Kim, S. J., Yun, J. H., Choe, S. Y., Choi, J. S., & Bae, J. W. (2019). Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC women's health*, 19(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0784-4>
- Lethaby, A., Mukhopadhyay, A., & Naik, R. (2012). Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD004993. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004993.pub3>
- Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. (2014). Effects of Hysterectomy on Sexual Function, Current Sexual Health Reports.6(4):244-251. doi: 10.1007/s11930-014-0029-3. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11930-014-0029-3>
- Luchristt, D., Brown, O., Kenton, K., & Bretschneider, C. E. (2021). Trends in operative time and outcomes in minimally invasive hysterectomy from 2008 to 2018. *American journal of obstetrics and gynecology*, 224(2), 202.e1–202.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.014>
- Luerti, M., Vitagliano, A., Di Spiezio Sardo, A., Angioni, S., Garuti, G., De Angelis, C., & Italian School of Minimally Invasive Gynecological Surgery Hysteroscopists Group (2019). Effectiveness of Hysteroscopic Techniques for Endometrial Polyp Removal: The Italian Multicenter Trial. *Journal of minimally invasive gynecology*, 26(6), 1169–1176. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.12.002>
- Mbongo, J. A., Mouanga, A., Miabaou, D. M., Nzelié, A., & Iloki, L. H. (2016). Qualité de vie et vécu de la maladie, avant et après hystérectomie vaginale, chez les femmes admises au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville [Evaluation of quality of life and subjective experience of the disease before and after vaginal hysterectomy among women admitted to

- the University Hospital in Brazzaville]. *The Pan African medical journal*, 25, 79.  
<https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.79.10085>
- Mencaglia L, Tantini C. (1996). Hysteroscopic treatment of septate and arcuate uterus. *Gynaecol Endosc*; 5:151-4
- Mesci-Haftaci, S., Ankarali, H., Yavuzcan, A., & Caglar, M. (2014). Endometrial curettage in abnormal uterine bleeding and efficacy of progestins for control in cases of hyperplasia. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 15(8), 3737–3740.  
<https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.8.3737>
- Mettler, L., Schollmeyer, T., Tinelli, A., Malvasi, A., & Alkatout, I. (2012). Complications of Uterine Fibroids and Their Management, Surgical Management of Fibroids, Laparoscopy and Hysteroscopy versus Hysterectomy, Haemorrhage, Adhesions, and Complications.  
<https://doi.org/10.1155/2012/791248>
- Moen, M., & Richter, H. (2014). Vaginal hysterectomy: Past, present, and future. *International Urogynecology Journal*, 25(9). doi:10.1007/s00192-014-2459-x  
[https://www.researchgate.net/publication/263972571\\_Vaginal\\_hysterectomy\\_Past\\_present\\_and\\_future](https://www.researchgate.net/publication/263972571_Vaginal_hysterectomy_Past_present_and_future)
- Mollo, A., De Franciscis, P., Colacurci, N., Cobellis, L., Perino, A., Venezia, R., Alviggi, C., & De Placido, G. (2009). Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial. *Fertility and sterility*, 91(6), 2628–2631. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.04.011>
- Moorman, P. G., Myers, E. R., Schildkraut, J. M., Iversen, E. S., Wang, F., & Warren, N. (2011). Effect of hysterectomy with ovarian preservation on ovarian function. *Obstetrics and gynecology*, 118(6), 1271–1279. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318236fd12>
- Mucciardi, A. (2015). The Effects of Hysterectomy on Sexual Arousal in Women with a History of Benign Uterine Fibroids. *93*(6), 368-374. DOI:10.1016/j.cireng.2013.03.009

- Munné, S., Held, K. R., Magli, C. M., Ata, B., Wells, D., Fragouli, E., Baukloh, V., Fischer, R., & Gianaroli, L. (2012). Intra-age, intercenter, and intercycle differences in chromosome abnormalities in oocytes. *Fertility and sterility*, 97(4), 935–942.  
DOI: [10.1016/j.fertnstert.2012.01.106](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.01.106)
- Sagiv, R., Sadan, O., Boaz, M., Dishy, M., Schechter, E., & Golan, A. (2006). A new approach to office hysteroscopy compared with traditional hysteroscopy: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 108(2), 387–392.  
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000227750.93984.06>
- Munro, M. G., Critchley, H. O., Broder, M. S., Fraser, I. S., & FIGO Working Group on Menstrual Disorders (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 113(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>
- Musich, J. R., & Behrman, S. J. (1978). Obstetric outcome before and after metroplasty in women with uterine anomalies. *Obstetrics and gynecology*, 52(1), 63–66.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/683633/>
- Nappi, L., Sorrentino, F., Angioni, S., Pontis, A., Litta, P., & Greco, P. (2017). Feasibility of hysteroscopic endometrial polypectomy using a new dual wavelengths laser system (DWLS): preliminary results of a pilot study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(1), 3–7.  
<https://doi.org/10.1007/s00404-016-4232-5>
- Pabuçcu, R., Atay V, Urman B, Ergun A, Orhon E. (1995). Hysteroscopic treatment of septate uterus. *Gynaecol Endosc.* 4:213–5
- Pabuçcu, R., & Gomel, V. (2004). Reproductive outcome after hysteroscopic metroplasty in women with septate uterus and otherwise unexplained infertility. *Fertility and sterility*, 81(6), 1675–1678. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.035>
- Pai, H. D., Kundnani, M. T., Palshetkar, N. P., Pai, R. D., & Saxena, N. (2009). Reproductive performance after hysteroscopic metroplasty in women with primary infertility and septate

uterus. *Journal of gynecological endoscopy and surgery*, 1(1), 17–20.

<https://doi.org/10.4103/0974-1216.51904>

Pakbaz, M., Mogren, I., & Löfgren, M. (2009). Outcomes of vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse: a population-based, retrospective, cross-sectional study of patient perceptions of results including sexual activity, urinary symptoms, and provided care. *BMC women's health*, 9, 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-9-9>

Pal, L., Lapensee, L., Toth, T. L., & Isaacson, K. B. (1997). Comparison of office hysteroscopy, transvaginal ultrasonography and endometrial biopsy in evaluation of abnormal uterine bleeding. *JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 1(2), 125–130.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9876659/>

Parker W. H. (2007). Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertility and sterility*, 87(4), 725–736. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.01.093>

PETERSON, W. F., & NOVAK, E. R. (1956). Endometrial polyps. *Obstetrics and gynecology*, 8(1), 40–49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13335063/>

Petri Nahás, E. A., Pontes, A., Nahas-Neto, J., Borges, V. T., Dias, R., & Traiman, P. (2005). Effect of total abdominal hysterectomy on ovarian blood supply in women of reproductive age. *Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*, 24(2), 169–174. <https://doi.org/10.7863/jum.2005.24.2.169>

Plotti, G., Plotti, F., Di Giovanni, A., Battaglia, F., & Nagar, G. (2008). Feasibility and safety of vaginal myomectomy: a prospective pilot study. *Journal of minimally invasive gynecology*, 15(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.09.010>

Radosa, J., Radosa, C. G., Mavrova, R., Wagenpfeil, S., Hamza, A., Joukhadar, R., . . . Karsten, M. (2016). Postoperative Quality of Life and Sexual Function in Premenopausal Women Undergoing Laparoscopic Myomectomy for Symptomatic Fibroids: A Prospective Observational Cohort Study. *plosone*, 11(11). doi:10.1371/journal.pone.0166659  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0166659>

- Raga, F., Bauset, C., Remohi, J., Bonilla-Musoles, F., Simón, C., & Pellicer, A. (1997). Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. *Human reproduction (Oxford, England)*, *12*(10), 2277–2281. <https://doi.org/10.1093/humrep/12.10.2277>
- Read, M. D., Edey, K. A., Hapeshi, J., & Foy, C. (2010). The age of ovarian failure following premenopausal hysterectomy with ovarian conservation. *Menopause international*, *16*(2), 56–59. <https://doi.org/10.1258/mi.2010.010022>
- Salazar, C., & Isaacson, K. (2017). Office Operative Hysteroscopy: An Update. *JMIG*, 205. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.08.009>
- Sampogna F. (2013). Life course impairment and quality of life over time. *Current problems in dermatology*, *44*, 47–51. <https://doi.org/10.1159/000350781>
- Saridogan, E. (2016). Surgical treatment of fibroids in heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)*, *12*(1), 53–62. <https://doi.org/10.2217/whe.15.89>
- Saridogan, E., & Salman, M. (2021). Reproductive Performance Following Hysteroscopic Surgery for Uterine Septum: Results from a Single Surgeon Data. *journal of clinical medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm10010130>
- Sarvi, F., Alleyassin, A., Aghahosseini, M., Ghasemi, M., & Gity, S. (2016). Hysteroscopy: A necessary method for detecting uterine pathologies in post-menopausal women with abnormal uterine bleeding or increased endometrial thickness. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, *13*(4), 183–188. <https://doi.org/10.4274/tjod.66674>
- Seffah, J. D., Kwame-Aryee, R. A., Adanu, R. M., Munumi, K., & Awotwi, E. K. (2008). Indications for gynecologic surgery and their implications for sexual function in menopausal women. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *103*(3), 203–206. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.07.007>

- Shannon, K. (2019). Short-term quality of life after myomectomy for uterine fibroids from the COMPARE-UF Fibroid Registry. *American Journal of obstetrics & Gynecology*, 222(4), 345. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.052>
- Smailova, L., & Iskakov, S. (2020). Assessing the Quality of Life of Patients with Symptomatic Uterine Fibroid. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 176-182. doi:10.5530/srp.2020.2.27 <https://www.sysrevpharm.org/abstract/assessing-the-quality-of-life-of-patients-with-symptomatic-uterine-fibroid-65330.html>
- Stamatellos, I., Apostolides, A., Stamatopoulos, P., & J, B. (2008). Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy depending on the size or number of the polyps. *Arch Gynecol Obstet*, 277(5), 395-9. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0460-z>
- Stewart, E. A., Shuster, L. T., & Rocca, W. A. (2012). Reassessing hysterectomy. *Minnesota medicine*, 95(3), 36-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804006/>
- Torrance G. W. (2000). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of chronic diseases*, 40(6), 593-603. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90019-1](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90019-1)
- Venetis, C. A., Papadopoulos, S. P., Campo, R., Gordts, S., Tarlatzis, B. C., & Grimbizis, G. F. (2014). Clinical implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. *Reproductive biomedicine online*, 29(6), 665-683. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.09.006>
- Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, E., & Antsaklis, A. (2009). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23-27. <https://doi.org/10.1080/13625180500430200>
- Walker, J. L., Piedmonte, M. R., Spirtos, N. M., Eisenkop, S. M., Schlaerth, J. B., Mannel, R. S., Spiegel, G., Barakat, R., Pearl, M. L., & Sharma, S. K. (2009). Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology

- Group Study LAP2. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(32), 5331–5336. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.3248>
- Wang, C. B., Wang, C. J., Huang, H. J., Hsueh, S., Chou, H. H., Soong, Y. K., & Lai, C. H. (2002). Fertility-preserving treatment in young patients with endometrial adenocarcinoma. *Cancer*, 94(8), 2192–2198. <https://doi.org/10.1002/cncr.10435>
- Wang, J. H., Wang, L. Q., Shang-Guan, X. J., & Huang, L. L. (2010). Hysteroscopic removal of intrauterine contraceptive device embedded within submucous myoma. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 50(4), 397–399. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01188.x>
- Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
- Wessel, S., Hamerlynck, T., Schoot, B., & Weyers, S. (2018). Hysteroscopy in the Netherlands and Flanders: A survey amongst practicing gynaecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 85-92. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.02.012 [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(18\)30068-X/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(18)30068-X/fulltext)
- Yang, J. H., Chen, M. J., & Yang, P. K. (2019). Factors increasing the detection rate of intrauterine lesions on hysteroscopy in infertile women with sonographically normal uterine cavities. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1), 488-493. მოპოვებული <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.08.017> -დან
- Zhang, R., Wu, W., & Zou, Q. (2019). Comparison of clinical outcomes and postoperative quality of life after surgical treatment of type II submucous myoma via laparoscopy or hysteroscopy. *Journal of International Medical Research* . <https://doi.org/10.1177/0300060519858027>
- Альбицкий, В. Ю., (2002). К вопросу изучения воспроизводства здоровья населения. Москва. Вып. 4, ч. 1 – С. 13-26.
- Афанасьева Е.В., Оценка качества жизни, связанного со здоровьем. *Качественная Клиническая Практика*. 2010;(1):36-38. <https://www.clinvest.ru/jour/article/view/126>

- Балабуха, О.С., (2010). Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. Междунар. мед. журн. № 4.–С. 11-13.  
<http://dspace.nbuu.gov.ua/handle/123456789/30595>
- Воробьев, П.А. (2000). Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии, Москва. 80 с.
- Гущин, А.В. (2002). Возможности использования понятия качества жизни как оценочного критерия в медицине. С. 3843-3850.
- Деларю, В. В., (2005). Конкретные социологические исследования в медицине. Волгоград. 97 с. <http://www.medpsy.ru/library/library040.php>
- Евдокимов, В.И., (2008). Научно-методологические проблемы оценки качества жизни, Вестник психиатрии. № 27. – С. 102-131.
- Решетников, А.В., (2011). Технология социологического исследования как методическая основа медико-социального мониторинга . № 1 –С. 3-14.
- Сенкевич, Н.Ю., (2000). Качество жизни в медицине. Т. 3.–С. 36-41.
- Торчинов А.М., Умаханова М.М., Боклагова Ю.В. (2012). Исследование гормонального профиля у больных после гинекологических операций. Акушерство и гинекология. № 1. С. 80–87
- Фатеева А., (2017). Клинические и морфологические аспекты изменений яичников после гистерэктомии (клинико-экспериментальное исследование). диссертации, Томск. С.87
- Хетагурова, А.К., (2003). Паллиативная помощь, медико-социальные, организационные и этические принципы. с 123.
- Шевченко, Ю.Л., (2005). Информационная система исследования качества жизни в медицине. Исследования качества жизни. № 5/6.–С. 53-68.
- ენდომეტრიუმის პოლიპების დიაგნოსტიკა. პროტოკოლი, დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანდაცვის და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს მიერ.*  
მოპოვებული  
<https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/01/c60a84a1ac57c9d1d705942121790c1d.pdf>-დან

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომები :

- 1 4-5/09/ 2019 მე-9 ევრაზიული მულტიდისციპლინარული ფორუმი Eurasian multidisciplinary forum, Batumi, Georgia „ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება”(ავტორები : ე.ისაკიდი, მ.მგელაძე)
- 2 2020 ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კავკასიის ჟურნალი Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health “გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა, პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე“  
(ავტორები:ე.ისაკიდი,ო.ვასაძე)
- 3 საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის საერთაშორისო ჰიბრიდულ კონფერენციაზე საზოგადოების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა, 26-28 აპრილი.
- 4 2021 Paripex-indian journal of research,„ინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე“ (ავტორები: ე.ისაკიდი,ო.ვასაძე)
- 5 2021 Paripex-indian journal of research,„ინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე“ (ავტორები: ე.ისაკიდი,ო.ვასაძე)

დანართი 1. კვლევის კითხვარი

ძვირფასო რესპოდენტო,

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებათა სკოლა გთხოვთ მიიღოთ მონაწილეობა დოქტორანტ ეკატერინე ისაკიდის სადოქტორო ნაშრომის „გინეკოლოგიური ჩარევების გავლენა პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე“ ფარგლებში დაგეგმილ კვლევაში. კვლევაში გამოყენებული ინსტრუმენტი წარმოადგენს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ კითხვარს, რომლის სახელწოდებაცაა WHOQOL-BREF. ქვემოთ მოყვანილი კითხვები ეხება თქვენი ცხოვრების ხარისხს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას და თქვენი ცხოვრების სხვა სფეროებს. თითოეული კითხვას გააჩნია პასუხების რამდენიმე ვარიანტი. გთხოვთ აარჩიოთ ის პასუხი, რომელიც თქვენი აზრით ყველაზე მეტად შეესაბამება თქვენს მდგომარეობას. იმ შემთხვევაში, თუ თქვენ გიჭირთ რომელიმე პასუხის არჩვა, უმეტესწილად ყველაზე სწორია ის ვარიანტი, რომელზეც იფიქრებთ პირველ რიგში. ჩვენ გვინტერესებს თუ როგორ შეაფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს უკანასკნელი 4 კვირის განმავლობაში.

კითხვარი ანონიმურია.

წინასწარ გიხდით მადლობას თანამშრომლობისთვის.

კითხვარის შევსების თარიღი .....

რესპოდენტის ტელეფონი .....

1. თქვენი ასაკი:

18 წლამდე	1
25 წლამდე	2
35 წლამდე	3
45 წლამდე	4
55 წლამდე	5
65 წლამდე	6
65 წელზე მეტი	7

2. საცხოვრებელი ადგილი:

თბილისი	1
რაიონი	2

3. სოციალური სტატუსი:

დასაქმებული	1
უმუშევარი	2
სტუდენტი	3
პენსიონერი	4

4. განათლება:

არასრული საშუალო	1
საშუალო	2
საშუალო ტექნიკური	3
პენსიონერი	4
არასრული უმაღლესი	5
უმაღლესი	6

5. ოჯახური სტატუსი:

დაოჯახებული	1
დასაოჯახებელი	2
განქოწინებული	3
ქვრივი	4

6. რა სახის გინეკოლოგიური ოპერაცია ჩაგიტარდათ?

ძირითადი ნაწილი

გთხოვთ თითოეული კითხვის გასწვრივ შემოხაზოთ შესაბამისი პასუხი

	ძალიან ცუდი	ცუდი	არც ცუდი და არა კარგი	კარგი	ძალიან კარგი
1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?	1	2	3	4	5

	ძალიან არ მარტოობს	არ მარტოობს	არც ერთი და არა მეორე	მარტოობს	ძალიან მარტოობს
2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?	1	2	3	4	5

შემდგომ კითხვებზე პასუხების გაცემისას მიუთითეთ, თუ რამდენად გქონდათ შესაბამისი განცდები ან მდგომარეობები უკანასკნელი ოთხი კვირის განმავლობაში

	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	მნიშვნელოვნა	ზედმეტად
3. თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტვივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში?	5	4	3	2	1
4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?	5	4	3	2	1
5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?	1	2	3	4	5

6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება ?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	მნიშვნელოვნა	ზედმეტად
7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?	1	2	3	4	5
8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?	1	2	3	4	5
9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?	1	2	3	4	5

შემდეგი კითხვები არის იმის შესახებ, თუ რამდენად სრულფასოვნად გრძნობდით თავს ან რამდენად უნარიანი იყავით გარკვეული ფუნქციების შესასრულებლად ბოლო 4 კვირის განმავლობაში

	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	ძირითადად	სრულად
10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიური ცხოვრებისთვის?	1	2	3	4	5
11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?	1	2	3	4	5
12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?	1	2	3	4	5

13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია თქვენ ყოველდღიურ ცხოვრებაში?	1	2	3	4	5
14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის?	1	2	3	4	5

	ძალიან რთულია	რთულად	მეტწილად	ადვილად	ძალიან ადვილია
15. რამდენად ადვილად შეგიძლიად საჭიროების ადგილებამდე მისვლა?	1	2	3	4	5

	ძალიან უკმაყოფილო	უკმაყოფილო	არც კმაყოფილი არც უკმაყოფილო	კმაყოფილი	ძალიან კმაყოფილი
16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით?	1	2	3	4	5
17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებაში?	1	2	3	4	5
18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?	1	2	3	4	5
19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?	1	2	3	4	5
20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი პირადი ურთიერთობებით?	1	2	3	4	5
21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?	1	2	3	4	5

22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?	1	2	3	4	5
23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?	1	2	3	4	5
24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?	1	2	3	4	5
25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?	1	2	3	4	5

დანართი 2. სტასტიკური ანალიზის შედეგები

ცხრილი 33 კითხვა 1. „როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს“ ასაკის მიხედვით

ასაკი	1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?			P value
<35		ცუდი (II)	კარგი (II)	0.09
	ცუდი (I)	0 (0.0%)	10 (100%)	
	კარგი (I)	3 (7.7%)	36 (92.3%)	
35-54		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.05
	ცუდი (I)	3 (10.3%)	26 (89.7%)	
	კარგი (I)	10 (14.9%)	57 (85.1%)	
≥55		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.05
	ცუდი (I)	4 (25.0%)	12 (75.0%)	
	კარგი (I)	3 (11.1%)	24 (88.9%)	

ცხრილი 34 კითხვა 2. „რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?“ ასაკის მიხედვით

ასაკი	2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?			P value
<35		არ მაკმაყოფილებს (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.36
	არ მაკმაყოფილ. (I)	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (19.4%)	29 (80.6%)	
35-54		არ მაკმაყოფილებს (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	არ მაკმაყოფილ. (I)	5 (10.9%)	41 (89.1%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	12 (24.0%)	38 (76.0%)	

≥55		არ მაკმაყოფილებს (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.06
	არ მაკმაყოფილ. (I)	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	5 (22.7%)	17 (77.3%)	

ცხრილი 35 კითხვა 3. „თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში?“ ასაკის მიხედვით

ასაკი	3. თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში?				P value
<35		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.01
	მნიშვნელოვნად (I)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	
	ზომიერად (I)	1 (3.3%)	9 (30.0%)	20 (66.7%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	5 (45.5%)	6 (54.5%)	
35-54		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	2 (7.1%)	8 (28.6%)	18 (64.3%)	
	ზომიერად (I)	1 (2.0%)	17 (34.7%)	31 (63.3%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	7 (36.8%)	12 (63.2%)	
≥55		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	2 (25.0%)	4 (50.0%)	2 (25.0%)	
	ზომიერად (I)	3 (9.7%)	7 (22.6%)	21 (67.7%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	

ცხრილი 36 კითხვა 4. „რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?“ ასაკის მიხედვით

ასაკი	4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?				P value
<35		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	0.01
	მნიშვნელოვნად (I)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	3 (75.0%)	
	ზომიერად (I)	2 (6.7%)	14 (46.7%)	14 (46.7%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	3 (20.0%)	12 (80.0%)	
35-54		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	0 (0.0%)	7 (31.8%)	15 (68.2%)	
	ზომიერად (I)	2 (3.8%)	20 (37.7%)	31 (58.5%)	
	საერთოდ არა (I)	1 (5.0%)	4 (20.0%)	15 (75.0%)	
>=55		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.01
	მნიშვნელოვნად (I)	0 (0.0%)	4 (50.0%)	4 (50.0%)	
	ზომიერად (I)	1 (3.6%)	13 (46.4%)	14 (50.0%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	

ცხრილი 37 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?			P value
<35		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.54
	ზომიერად (I)	10 (41.7%)	14 (58.3%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	10 (41.7%)	14 (58.3%)	
35-54		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.01

	ზომიერად (I)	35 (53.0%)	31 (47.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	13 (44.8%)	16 (55.2%)	
>=55		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	14 (41.2%)	20 (58.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (50.0%)	4 (50.0%)	

ცხრილი 38 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? ასაკის მიხედვით

ასაკი	6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?			P value
<35		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	1.0
	ზომიერად (I)	7 (35.0%)	13 (65.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	13 (46.4%)	15 (53.6%)	
35-54		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.1
	ზომიერად (I)	18 (35.3%)	33 (64.7%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	20 (44.4%)	25 (55.6%)	
>=55		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.09
	ზომიერად (I)	12 (42.9%)	16 (57.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (53.8%)	6 (46.2%)	

ცხრილი 39 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? ასაკის მიხედვით

ასაკი	7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?			P value
<35		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	1.0
	ზომიერად (I)	9 (56.3%)	7 (43.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (21.2%)	26 (78.8%)	

35-54		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.06
	ზომიერად (I)	10 (29.4%)	24 (70.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	12 (19.4%)	50 (80.6%)	
>=55		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.01
	ზომიერად (I)	8 (30.8%)	18 (69.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (31.3%)	11 (68.8%)	

ცხრილი 40 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ასაკის მიხედვით

ასაკი	8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
<35		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.45
	ზომიერად (I)	18 (75.0%)	6 (25.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	10 (40.0%)	15 (60.0%)	
35-54		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.03
	ზომიერად (I)	37 (52.9%)	33 (47.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	17 (65.4%)	9 (34.6%)	
>=55		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.16
	ზომიერად (I)	21 (61.8%)	13 (38.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	6 (66.7%)	3 (33.3%)	

ცხრილი 41 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? ასაკის მიხედვით

ასაკი	9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?			P value
<35		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.5
	ზომიერად (I)	21 (63.6%)	12 (36.4%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	8 (50.0%)	8 (50.0%)	
35-54		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.16

	ზომიერად (I)	48 (64.9%)	26 (35.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	16 (72.7%)	6 (27.3%)	
>=55		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	1.00
	ზომიერად (I)	25 (78.1%)	7 (21.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (63.6%)	4 (36.4%)	

ცხრილი 42 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ასაკის მიხედვით

ასაკი	10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
<35		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	10 (33.3%)	20 (66.7%)	
	ძირითადად (I)	4 (21.1%)	15 (78.9%)	
35-54		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.001
	ზომიერად (I)	22 (34.9%)	41 (65.1%)	
	ძირითადად (I)	11 (33.3%)	22 (66.7%)	
>=55		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.09
	ზომიერად (I)	14 (46.7%)	16 (53.3%)	
	ძირითადად (I)	7 (53.8%)	6 (46.2%)	

ცხრილი 43 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? ასაკის მიხედვით

ასაკი	11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?			P value
<35		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.69
	ცოტათი (I)	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
	ძირითადად (I)	11 (39.3%)	17 (60.7%)	
35-54		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.07
	ცოტათი (I)	25 (43.1%)	33 (56.9%)	
	ძირითადად (I)	19 (50.0%)	19 (50.0%)	
		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.05

≥55	ცოტათი (I)	18 (62.1%)	11 (37.9%)	
	ძირითადად (I)	3 (21.4%)	11 (78.6%)	

ცხრილი 44 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? ასაკის მიხედვით

ასაკი	12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?			P value
<35		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.62
	ცოტათი (I)	27 (79.4%)	7 (20.6%)	
	ძირითადად (I)	10 (66.7%)	5 (33.3%)	
35-54		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.51
	ცოტათი (I)	51 (70.8%)	21 (29.2%)	
	ძირითადად (I)	16 (66.7%)	8 (33.3%)	
≥55		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.21
	ცოტათი (I)	26 (70.3%)	11 (29.7%)	
	ძირითადად (I)	5 (83.3%)	1 (16.7%)	

ცხრილი 45 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ასაკის მიხედვით

ასაკი	13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
<35		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.55
	ზომიერად (I)	26 (76.5%)	8 (23.5%)	
	ძირითადად (I)	10 (76.9%)	3 (23.1%)	
35-54		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	1.00
	ზომიერად (I)	10 (83.3%)	2 (16.7%)	
	ძირითადად (I)	26 (48.1%)	28 (51.9%)	
		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01

≥55	ზომიერად (I)	11 (39.3%)	17 (60.7%)	
	ძირითადად (I)	4 (28.6%)	10 (71.4%)	

ცხრილი 46 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? ასაკის მიხედვით

ასაკი	14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის?			P value
<35		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	1.00
	ცოტათი (I)	27 (75.0%)	9 (25.0%)	
	ძირითადად (I)	10 (76.9%)	3 (23.1%)	
35-54		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.26
	ცოტათი (I)	64 (78.0%)	18 (22.0%)	
	ძირითადად (I)	11 (78.6%)	3 (21.4%)	
≥55		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.50
	ცოტათი (I)	31 (83.8%)	6 (16.2%)	
	ძირითადად (I)	3 (50.0%)	3 (50.0%)	

ცხრილი 47 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? ასაკის მიხედვით

ასაკი	15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?			P value
<35		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.42
	ძნელად (I)	3 (16.7%)	15 (83.3%)	
	კარგად (I)	10 (32.3%)	21 (67.7%)	
35-54		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.88
	ძნელად (I)	5 (18.5%)	22 (81.5%)	
	კარგად (I)	24 (34.8%)	45 (65.2%)	
≥55		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.07
	ძნელად (I)	6 (28.6%)	15 (71.4%)	
	კარგად (I)	6 (27.3%)	16 (72.7%)	

ცხრილი 48 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით?			P value
<35		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.19
	უკმაყოფილო (I)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	5 (13.9%)	31 (86.1%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.28
	უკმაყოფილო (I)	6 (27.3%)	16 (72.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	26 (35.1%)	48 (64.9%)	
≥55		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.37
	უკმაყოფილო (I)	4 (23.5%)	13 (76.5%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (11.5%)	23 (88.5%)	

ცხრილი 49 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა

ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? ასაკის მიხედვით

ასაკი	17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას?			P value
<35		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	4 (11.4%)	31 (88.6%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.18
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	17 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	10 (12.8%)	68 (87.2%)	
≥55		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.47
	უკმაყოფილო (I)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	6 (20.0%)	24 (80.0%)	

ცხრილი 50 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?			P value
<35		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.39
	უკმაყოფილო (I)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (7.5%)	37 (92.5%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.18
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	18 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	9 (11.5%)	69 (88.5%)	
>=55		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.21
	უკმაყოფილო (I)	1 (7.1%)	13 (92.9%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (24.1%)	22 (75.9%)	

ცხრილი 51 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?				P value
<35		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (100%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	1 (2.8%)	4 (11.1%)	31 (86.1%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	10 (90.9%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	0.08
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	0 (0.0%)	13 (16.5%)	66 (83.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (100%)	
>=55		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	2 (6.1%)	6 (18.2%)	25 (75.8%)	
	არცერთი (I)	1 (12.5%)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	

ცხრილი 52 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?				P value
<35		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (100%)	
	დამაკმაყოფ (I)	2 (5.4%)	7 (18.9%)	28 (75.7%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
35-54		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	4 (40.0%)	6 (60.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	5 (7.0%)	5 (7.0%)	61 (85.9%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	14 (93.3%)	
>=55		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	4 (12.5%)	5 (15.6%)	23 (71.9%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	8 (88.9%)	

ცხრილი 53 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?				P value
<35		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	6 (85.7%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (3.0%)	11 (33.3%)	21 (63.6%)	
	არცერთი (I)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	4 (44.4%)	
35-54		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	2 (11.1%)	3 (16.7%)	13 (72.2%)	
	დამაკმაყოფ (I)	9 (16.1%)	16 (28.6%)	31 (55.4%)	

	არცერთი (I)	2 (9.5%)	4 (19.0%)	15 (71.4%)	
>=55		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.01
	უკმაყოფილო (I)	2 (16.7%)	5 (41.7%)	5 (41.7%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	11 (73.3%)	
	არცერთი (I)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	13 (81.3%)	

ცხრილი 54 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?			P value
<35		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.41
	უკმაყოფილო (I)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	
	კმაყოფილი (I)	5 (11.4%)	39 (88.6%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.26
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	10 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	7 (8.1%)	79 (91.9%)	
>=55		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.54
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	5 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	4 (10.5%)	34 (89.5%)	

ცხრილი 55 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? ასაკის მიხედვით

ასაკი	23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?			P value
<35		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.18
	უკმაყოფილო (I)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
	კმაყოფილი (I)	2 (4.7%)	41 (95.3%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.27
	უკმაყოფილო (I)	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
	კმაყოფილი (I)	5 (6.1%)	77 (93.9%)	

>=55		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.32
	უკმაყოფილო (I)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
	კმაყოფილი (I)	4 (10.0%)	36 (90.0%)	

ცხრილი 56 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით? ასაკის მიხედვით

ასაკი	24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?				P value
<35		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)	
	დამაკმაყოფ (I)	3 (9.4%)	2 (6.3%)	27 (84.4%)	
	არცერთი (I)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	10 (76.9%)	
35-54		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
	დამაკმაყოფ (I)	9 (11.8%)	10 (13.2%)	57 (75.0%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	9 (69.2%)	
>=55		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	2 (6.1%)	6 (18.2%)	25 (75.8%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	

ცხრილი 57 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? ასაკის მიხედვით

ასაკი	25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?				P value
		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001

<35	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	3 (7.7%)	7 (17.9%)	29 (74.4%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	
35-54		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	6 (75.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (1.3%)	10 (13.2%)	65 (85.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	10 (90.9%)	
>=55		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	5 (83.3%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (3.2%)	5 (16.1%)	25 (80.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	

ცხრილი 58 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?			P value
უმაღლესი		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.01
	ცუდი (I)	1 (2.9%)	33 (97.1%)	
	კარგი (I)	12 (11.4%)	93 (88.6%)	
სხვა		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.05
	ცუდი (I)	6(28.6%)	15 (71.4%)	
	კარგი (I)	4 (14.3%)	24 (85.7%)	

ცხრილი 59 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?

განათლების მიხედვით

განათლების დონე	2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?	P value

უმადლესი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	არ მაკმაყოფილ. (I)	7 (12.3%)	50 (87.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	16 (19.5%)	66 (80.5%)	
სხვა		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.10
	არ მაკმაყოფილ. (I)	6 (26.1%)	17 (73.9%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	8 (30.8%)	18 (69.2%)	

ცხრილი 60 კითხვა 3.თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ხელს ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	3.თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ხელს ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობის შესრულებაში?				P value
უმადლესი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.001
	საერთოდარა (I)	0 (0.0%)	11 (37.9%)	18(62.1%)	
	ზომიერად(I)	2 (2.5%)	22 (27.5%)	56(70.0%)	
	ძირითადად(I)	3 (10.3%)	9 (31.0%)	17 (58.6%)	
სხვა		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.001
	საერთოდარა (I)	0 (0.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	
	ზომიერად(I)	3 (10.0%)	11 (36.7%)	16 (53.3%)	
	ძირითადად (I)	1 (7.1%)	5 (35.7%)	8 (57.1%)	

ცხრილი 61 კითხვა 4.რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	4.რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?				P value
უმაღლესი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.001
	საერთოდ არა (I)	1 (2.8%)	9 (25.0%)	26 (72.2%)	
	ზომიერად(I)	4 (5.3%)	34 (45.3%)	37 (49.3%)	
	ძირითადად(I)	1 (3.7%)	8 (29.6%)	18 (66.7%)	
სხვა		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.001
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
	ზომიერად(I)	1 (2.8%)	13 (36.1%)	22 (61.1%)	
	ძირითადად (I)	0 (0.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	

ცხრილი 62 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	42 (47.7%)	46 (52.3%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	21 (42.0%)	29 (58.0%)	
სხვა		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	17 (47.2%)	19 (52.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	6 (54.5%)	5 (45.5%)	

ცხრილი 63 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?

განათლების მიხედვით

განათლების დონე	6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.30
	ზომიერად (I)	25 (36.8%)	43 (63.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	33 (47.8%)	36 (52.2%)	
სხვა		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	12 (38.7%)	19 (61.3%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (41.2%)	10 (58.8%)	

ცხრილი 64 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?

განათლების მიხედვით

განათლების დონე	7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.05
	ზომიერად (I)	15 (30,6%)	34 (69,4%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	19 (21.3%)	70 (78.7%)	
სხვა		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	12 (44.4%)	15 (55.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (22.7%)	17 (77.3%)	

ცხრილი 65 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?

განათლების მიხედვით

განათლების დონე	8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.20
	ზომიერად (I)	56 (60.2%)	37 (39.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	26 (56.5%)	20 (43.5%)	
სხვა		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.13

	ზომიერად (I)	20 (57.1%)	15 (42.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (50.0%)	7 (50.0%)	

ცხრილი 66 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	1.000
	ზომიერად (I)	73 (73.7%)	26 (26.3%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	26 (65.0%)	14 (35.0%)	
სხვა		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	21 (52.5%)	19 (47.5%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (55.6%)	4 (44.4%)	

ცხრილი 67 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.001
	ზომიერად (I)	31 (36.5%)	54 (63.5%)	
	ძირითადად (I)	17 (31.5%)	37 (68.5%)	
სხვა		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	15 (39.5%)	23 (60.5%)	
	ძირითადად (I)	5 (45.5%)	6 (54.5%)	

ცხრილი 68 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?			P value
უმაღლესი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	<0.05

	ცოტათი (I)	37 (47.4%)	41 (52.6%)	
	ძირითადად (I)	24 (39.3%)	37 (60.7%)	
სხვა		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.16
	ცოტათი (I)	13 (43.3%)	17 (56.7%)	
	ძირითადად (I)	9 (47.4%)	10 (52.6%)	

ცხრილი 69 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?			P value
უმაღლესი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.78
	ცოტათი (I)	74 (72.5%)	28 (27.5%)	
	ძირითადად (I)	25 (67.6%)	12 (32.4%)	
სხვა		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.33
	ცოტათი (I)	30 (73.2%)	11 (26.8%)	
	ძირითადად (I)	6 (75.0%)	2 (25.0%)	

ცხრილი 70 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
უმაღლესი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.90
	ზომიერად (I)	19 (32.8%)	39 (67.2%)	

	ძირითადად (I)	37 (45.7%)	44 (54.3%)	
სხვა		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	12 (37.5%)	20 (62.5%)	
	ძირითადად (I)	4 (25.0%)	12 (75.0%)	

ცხრილი 71 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის?				P value
უმაღლესი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.54
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	6 (60.0%)	4 (40.0%)	
	ზომიერად (I)	2 (2.0%)	80 (80.0%)	18 (18.0%)	
	ძირითადად (I)	3 (10.3%)	18 (62.1%)	8 (27.6%)	
სხვა		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	9 (100.0%)	0 (0.0%)	
	ზომიერად (I)	1 (2.8%)	24 (66.7%)	11 (30.6%)	
	ძირითადად (I)	0 (0.0%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)	

ცხრილი 72 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?			P value
უმაღლესი		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.55
	ძნელად (I)	7 (15.2%)	39 (84.8%)	
	კარგად (I)	33 (35.5%)	60 (64.5%)	
სხვა		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.26
	ძნელად (I)	7 (35.0%)	13 (65.0%)	
	კარგად (I)	7 (24.1%)	22 (75.9%)	

ცხრილი 73 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით?			P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.45
	უკმაყოფილო (I)	8 (24.2%)	25 (75.8%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	27 (25.5%)	79 (74.5%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	5 (26.3%)	14 (73.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (23.3%)	23 (76.7%)	

ცხრილი 74 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა

ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას?			P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.34

	უკმაყოფილო (I)	4 (13.3%)	26 (86.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	15 (14.0%)	92 (86.0%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.15
	უკმაყოფილო (I)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	5 (13.9%)	31 (86.1%)	

ცხრილი 75 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?			P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.30
	უკმაყოფილო (I)	2 (6.9%)	27 (93.1%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	15 (13.6%)	95 (86.4%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.25
	უკმაყოფილო (I)	1 (8.3%)	11 (91.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	4 (10.8%)	33 (89.2%)	

ცხრილი 76 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?				P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	3 (2.7%)	15 (13.5%)	93 (83.8%)	

	არცერთი (I)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	19 (86.4%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	0.25
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	8 (21.6%)	29 (78.4%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	

ცხრილი 77 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?				P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	9 (69.2%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	8 (7.9%)	12 (11.9%)	81 (80.2%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (8.3%)	22 (91.7%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	4 (80.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	3 (7.7%)	5 (12.8%)	31 (79.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	

ცხრილი 78 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?	P value

უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	4 (13.8%)	5 (17.2%)	20 (69.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	7 (9.2%)	22 (28.9%)	47 (61.8%)	
	არცერთი (I)	2 (5.9%)	7 (20.6%)	25 (73.5%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.05
	უკმაყოფილო (I)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	4 (50.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	4 (14.3%)	8 (28.6%)	16 (57.1%)	
	არცერთი (I)	3 (25.0%)	2 (16.7%)	7 (58.3%)	

ცხრილი 79 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?			P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.26
	უკმაყოფილო (I)	2 (11.1%)	16 (88.9%)	
	კმაყოფილი (I)	9 (7.4%)	112 (92.6%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.62
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	
	კმაყოფილი (I)	7 (14.9%)	40 (85.1%)	

ცხრილი 80 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?			P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.42
	უკმაყოფილო (I)	1 (7.1%)	13 (92.9%)	
	კმაყოფილი (I)	8 (6.4%)	117 (93.6%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.63
	უკმაყოფილო (I)	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
	კმაყოფილი (I)	3 (7.5%)	37 (92.5%)	

ცხრილი 81 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?  
განათლების მიხედვით

განათლების დონე	24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?				P value
უმაღლესი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	8 (80.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	11 (10.7%)	18 (17.5%)	74 (71.8%)	
	არცერთი (I)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	20 (80.0%)	
სხვა		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	3 (7.9%)	0 (0.0%)	35 (92.1%)	

	არცერთი (I)	0 (0.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	
--	-------------	-------------	-----------	-----------	--

ცხრილი 82 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? განათლების მიხედვით

განათლების დონე	25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?				P value
უმაღლესი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
	დამაკმაყოფ (I)	4 (3.6%)	16 (14.5%)	90 (81.8%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	13 (81.3%)	
სხვა		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (2.8%)	6 (16.7%)	29 (80.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	6 (75.0%)	

ცხრილი 83 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?	P value

დასაქმებული		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.01
	ცუდი (I)	1 (4.0%)	24 (96.0%)	
	კარგი (I)	7 (9.0%)	71 (91.0%)	
უმუშევარი		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.05
	ცუდი (I)	4 (20.0%)	16 (80.0%)	
	კარგი (I)	6 (15.4%)	33 (84.6%)	
პენსიონერი		ცუდი (II)	კარგი (II)	0.22
	ცუდი (I)	2 (20.0%)	8 (80.0%)	
	კარგი (I)	3 (25.0%)	9 (75.0%)	

ცხრილი 84 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?  
დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?			P value
დასაქმებული		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	არ მაკმაყოფილ. (I)	5 (12.8%)	34 (87.2%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	10 (15.6%)	54 (84.4%)	
უმუშევარი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.05
	არ მაკმაყოფილ. (I)	6 (20.7%)	23 (79.3%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	

პენსიონერი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.06
	არ მაკმაყოფილ. (I)	2 (18.2%)	9 (81.8%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	2 (18.2%)	9 (81.8%)	

ცხრილი 85 კითხვა 3. თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	3. თქვენის აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობების შესრულებაში?				P value
დასაქმებული		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	14 (73.7%)	
	ზომიერად (I)	2 (3.6%)	17 (30.4%)	37 (66.1%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	9 (33.3%)	18 (66.7%)	
უმუშევარი		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	0 (0.0%)	8 (50.0%)	8 (50.0%)	
	ზომიერად (I)	2 (5.1%)	14 (35.9%)	23 (59.0%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
პენსიონერი		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.01

	მნიშვნელოვნად (I)	1 (16.7%)	3 (50.0%)	2 (33.3%)	
	ზომიერად (I)	1 (6.7%)	2 (13.3%)	12 (80.0%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	1 (100%)	0 (0.0%)	

ცხრილი 88 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?				P value
დასაქმებული		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	1 (7.1%)	4 (28.6%)	9 (64.3%)	
	ზომიერად (I)	4 (6.7%)	24 (40.0%)	32 (53.3%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	8 (28.6%)	20 (71.4%)	
უმუშევარი		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	<0.001
	მნიშვნელოვნად (I)	0 (0.0%)	5 (29.4%)	12 (70.6%)	
	ზომიერად (I)	1 (3.0%)	16 (48.5%)	16 (48.5%)	
	საერთოდ არა (I)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	8 (89.9%)	
პენსიონერი		მნიშვნელ(II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა(II)	0.32

	მნიშვნელოვნად (I)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
	ზომიერად (I)	0 (0.0%)	7 (43.8%)	9 (56.3%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	

ცხრილი 87 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?			P value
დასაქმებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	35 (53.0%)	31 (47.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	15 (41.7%)	21 (58.3%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	16 (41.0%)	23 (59.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	9 (47.4%)	10 (52.6%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	7 (38.9%)	11 (61.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	

ცხრილი 88 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?			P value
		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.41

დასაქმებული	ზომიერად (I)	17 (36.2%)	30 (63.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	23 (41.8%)	32 (58.2%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.13
	ზომიერად (I)	13 (36.1%)	23 (63.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	13 (56.5%)	10 (43.5%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.54
	ზომიერად (I)	6 (46.2%)	7 (53.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	

ცხრილი 89 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?

დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?			P value
დასაქმებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.4
	ზომიერად (I)	11 (34.4%)	21 (65.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	15 (21.1%)	56 (78.9%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.09
	ზომიერად (I)	13 (44.8%)	16 (55.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (23.3%)	23 (76.7%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	3 (21.4%)	11 (78.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	

ცხრილი 90 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?  
დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
დასაქმებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.41
	ზომიერად (I)	46 (67.6%)	22 (32.4%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	16 (45.7%)	19 (54.3%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.21
	ზომიერად (I)	22 (52.4%)	20 (47.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	12 (70.6%)	5 (29.4%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.26
	ზომიერად (I)	8 (47.1%)	9 (52.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (80.0%)	1 (20.0%)	

ცხრილი 91 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?			P value
დასაქმებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.64
	ზომიერად (I)	51 (68.9%)	23 (31.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	19 (65.5%)	10 (34.5%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.23
	ზომიერად (I)	29 (64.4%)	16 (35.6%)	

	მნიშვნელოვნად (I)	9 (64.3%)	5 (35.7%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად (II)	0.21
	ზომიერად (I)	13 (72.2%)	5 (27.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	

ცხრილი 92 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
დასაქმებული		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.001
	ზომიერად (I)	18 (29.5%)	43 (70.5%)	
	ძირითადად (I)	11 (26.2%)	31 (73.8%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	19 (45.2%)	23 (54.8%)	
	ძირითადად (I)	7 (41.2%)	10 (58.8%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.26
	ზომიერად (I)	8 (47.1%)	9 (52.9%)	
	ძირითადად (I)	4 (80.0%)	1 (20.0%)	

ცხრილი 93 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?			P value
დასაქმებული		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.11

	ცოტათი (I)	28 (47.5%)	31 (52.5%)	
	ძირითადად (I)	19 (43.2%)	25 (56.8%)	
უმუშევარი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.58
	ცოტათი (I)	14 (45.2%)	17 (54.8%)	
	ძირითადად (I)	13 (46.4%)	15 (53.6%)	
პენსიონერი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.07
	ცოტათი (I)	7 (50.0%)	7 (50.0%)	
	ძირითადად (I)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	

ცხრილი 94 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?			P value
დასაქმებული		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	1.0
	ცოტათი (I)	54 (74.0%)	19 (26.0%)	
	ძირითადად (I)	20 (66.7%)	10 (33.3%)	
უმუშევარი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.5
	ცოტათი (I)	36 (75.0%)	12 (25.0%)	
	ძირითადად (I)	8 (72.7%)	3 (27.3%)	
პენსიონერი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.18
	ცოტათი (I)	13 (65.0%)	7 (35.0%)	
	ძირითადად (I)	2 (100%)	0 (0.0%)	

ცხრილი 95 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
დასაქმებული		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.56
	ზომიერად (I)	18 (40.0%)	27 (60.0%)	
	ძირითადად (I)	22 (37.9%)	36 (62.1%)	
უმუშევარი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.62
	ზომიერად (I)	7 (25.0%)	21 (75.0%)	
	ძირითადად (I)	17 (54.8%)	14 (45.2%)	
პენსიონერი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.01
	ზომიერად (I)	6 (37.5%)	10 (62.5%)	
	ძირითადად (I)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	

ცხრილი 96 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის?			P value
დასაქმებული		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.58
	ცოტათი (I)	67 (79.8%)	17 (20.2%)	
	ძირითადად (I)	13 (68.4%)	6 (31.6%)	
უმუშევარი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.52
	ცოტათი (I)	35 (72.9%)	13 (27.1%)	
	ძირითადად (I)	9 (81.8%)	2 (18.2%)	

პენსიონერი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	1.0
	ცოტათი (I)	18 (90.0%)	2 (10.0%)	
	ძირითადად (I)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	

ცხრილი 97 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?			P value
დასაქმებული		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.5
	ძნელად (I)	3 (8.8%)	31 (91.2%)	
	კარგად (I)	25 (36.2%)	44 (63.8%)	
უმუშევარი		ძნელად (II)	კარგად (II)	1.0
	ძნელად (I)	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
	კარგად (I)	13 (34.2%)	25 (65.8%)	
პენსიონერი		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.18
	ძნელად (I)	4 (36.4%)	7 (63.6%)	
	კარგად (I)	2 (18.2%)	9 (81.8%)	

ცხრილი 98 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით?			P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.48
	უკმაყოფილო (I)	6 (20.0%)	24 (80.0%)	

	მაკმაყოფილებს (I)	24 (32.9%)	49 (67.1%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.32
	უკმაყოფილო (I)	4 (33.3%)	8 (66.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	9 (19.1%)	38 (80.9%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	1 (7.7%)	12 (92.3%)	

ცხრილი 99 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას?			P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.18
	უკმაყოფილო (I)	3 (15.0%)	17 (85.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	10 (12.3%)	71 (87.7%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.28
	უკმაყოფილო (I)	2 (14.3%)	12 (85.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (15.6%)	38 (84.4%)	

პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.53
	უკმაყოფილო (I)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (20.0%)	12 (80.0%)	

ცხრილი 100 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?  
დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?			P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.58
	უკმაყოფილო (I)	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	8 (9.5%)	76 (90.5%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.26
	უკმაყოფილო (I)	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	8 (17.4%)	38 (82.6%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.64
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	8 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (21.4%)	11 (78.6%)	

ცხრილი 101 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?				P value
დასაქმებული		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100%)	
	დამაკმაყოფ (I)	2 (2.4%)	13 (15.7%)	68 (81.9%)	
	არცერთი (I)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	13 (86.7%)	
უმუშევარი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (2.2%)	9 (19.6%)	36 (78.3%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
პენსიონერი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	0.62
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	16 (94.1%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	

ცხრილი 102 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?	P value
-------------------	---	---------

დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	8 (72.7%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	4 (5.3%)	9 (11.8%)	63 (82.9%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	14 (93.3%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	6 (13.0%)	5 (10.9%)	35 (76.1%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	0.54
	უკმაყოფილო (I)	1 (5.9%)	3 (17.6%)	13 (76.5%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100%)	
	არცერთი (I)	1 (4.5%)	3 (13.6%)	18 (81.8%)	

ცხრილი 103 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?  
დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?	P value
-------------------	--	---------

დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	3 (16.7%)	2 (11.1%)	13 (72.2%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	6 (10.2%)	18 (30.5%)	35 (59.3%)	
	არცერთი (I)	2 (7.7%)	5 (19.2%)	19 (73.1%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	0.001
	უკმაყოფილო (I)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	8 (61.5%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	5 (13.9%)	11 (30.6%)	20 (55.6%)	
	არცერთი (I)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	44 (44.4%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	0.64
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	8 (88.9%)	

ცხრილი 104 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?

დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?			P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.45
	უკმაყოფილო (I)	1 (10.0%)	9 (90.0%)	
	კმაყოფილი (I)	9 (9.7%)	84 (90.3%)	

უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	7 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	6 (11.5%)	46 (88.5%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.41
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	2 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	1 (5.0%)	19 (95.0%)	

ცხრილი 105 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?			P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.25
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	11 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	6 (6.5%)	86 (93.5%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.44
	უკმაყოფილო (I)	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
	კმაყოფილი (I)	2 (4.0%)	48 (96.0%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.62
	უკმაყოფილო (I)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
	კმაყოფილი (I)	3 (15.8%)	16 (84.2%)	

ცხრილი 106 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?

სოციალური სტატუსი	24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?				P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	9 (11.4%)	11 (13.9%)	59 (74.7%)	

	არცერთი (I)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	13 (76.5%)	
უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	3 (7.1%)	6 (14.3%)	33 (78.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	4 (33.3%)	8 (66.7%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	14 (87.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)	

ცხრილი 107 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? დასაქმების სტატუსის მიხედვით

სოციალური სტატუსი	25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?				P value
დასაქმებული		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	3 (3.8%)	11 (13.8%)	66 (82.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	13 (86.7%)	

უმუშევარი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	3 (60.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	2 (4.1%)	10 (20.4%)	37 (75.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	
პენსიონერი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	0.32
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (100%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	14 (93.3%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	

ცხრილი 108 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?			P value
დაოჯახებული		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.01
	ცუდი (I)	5 (15.2%)	28 (84.8%)	
	კარგი (I)	10 (12.8%)	68 (87.2%)	
დასაოჯახებელი		ცუდი (II)	კარგი (II)	0.43
	ცუდი (I)	0 (0.0%)	5 (100%)	
	კარგი (I)	2 (8.7%)	21 (91.3%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.05
	ცუდი (I)	2 (11.8%)	15 (88.2%)	
	კარგი (I)	4 (12.5%)	28 (87.5%)	

ცხრილი 109 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?  
ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?			P value
დაოჯახებული		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.01
	არ მაკმაყოფილ. (I)	8 (17.0%)	39 (83.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	17 (26.6%)	47 (73.4%)	
დასაოჯახებელი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.26
	არ მაკმაყოფილ. (I)	0 (0.0%)	9 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	4 (21.1%)	15 (78.9%)	
განქორქინებული/ქვრივი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	არ მაკმაყოფილ. (I)	5 (20.8%)	19 (79.2%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (12.0%)	22 (88.0%)	

ცხრილი 110 კითხვა 3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები ხელს თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები ხელს თქვენი მოვალეობის შესრულებაში?				P value
დაოჯახებული		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	3 (13.0%)	9 (39.1%)	11 (47.8%)	
	ზომიერად (I)	2 (3.0%)	21 (31.3%)	44 (65.7%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	9 (45.0%)	11 (55.0%)	
დასაოჯახებელი		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.01
	მნიშვნელოვნ (I)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	
	ზომიერად (I)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	11 (73.3%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
განქორქინებული/ქვრივი		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	
	ზომიერად (I)	1 (3.6%)	10 (35.7%)	17 (60.7%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)	

ცხრილი 111 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისათვის? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისათვის?				P value
დაოჯახებული		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	9 (45.0%)	11 (55.0%)	
	ზომიერად (I)	5 (7.4%)	31 (45.6%)	32 (47.1%)	
	საერთოდ არა (I)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	17 (77.3%)	
დასაოჯახებელი		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	
	ზომიერად (I)	0 (0.0%)	4 (28.6%)	10 (71.4%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	3 (33.3%)	6 (66.7%)	
განქორწინებული/ქვრივი		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	8 (88.9%)	
	ზომიერად (I)	0 (0.0%)	12 (41.4%)	17 (58.6%)	

	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	8 (72.7%)	
--	-----------------	----------	-----------	-----------	--

ცხრილი 112 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.62
	ზომიერად (I)	36 (54.5%)	30 (45.5%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	21 (48.8%)	22 (51.2%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.09
	ზომიერად (I)	10 (50.0%)	10 (50.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.001
	ზომიერად (I)	13 (34.2%)	25 (65.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	3 (30.0%)	7 (70.0%)	

ცხრილი 113 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.53
	ზომიერად (I)	19 (35.2%)	35 (64.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	29 (50.9%)	28 (49.1%)	

დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.09
	ზომიერად (I)	8 (44.4%)	10 (55.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	3 (33.3%)	6 (66.6%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.10
	ზომიერად (I)	10 (37.0%)	17 (63.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	8 (40.0%)	12 (60.0%)	

ცხრილი 114 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?

ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.11
	ზომიერად (I)	18 (40.9%)	26 (59.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	15 (22.4%)	52 (77.6%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.72
	ზომიერად (I)	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	3 (50.0%)	17 (85.7%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	6 (25.0%)	18 (75.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	6 (25.0%)	18 (75.0%)	

ცხრილი 115 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?

ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.39
	ზომიერად (I)	48 (63.2%)	28 (36.8%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	21 (60.0%)	14 (40.0%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.77
	ზომიერად (I)	8 (53.3%)	7 (46.7%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (38.5%)	8 (61.5%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.06
	ზომიერად (I)	20 (54.1%)	17 (45.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	7 (58.3%)	5 (41.7%)	

ცხრილი 116 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.67
	ზომიერად (I)	52 (65.8%)	27 (34.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	23 (71.9%)	9 (28.1%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.75
	ზომიერად (I)	14 (70.0%)	6 (30.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (50.0%)	4 (50.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.07

	ზომიერად (I)	28 (70.0%)	12 (30.0%)
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (44.4%)	5 (55.6%)

ცხრილი 117 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.001
	ზომიერად (I)	28 (37.3%)	47 (62.7%)	
	ძირითადად (I)	13 (36.1%)	23 (63.9%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	5 (27.8%)	13 (72.2%)	
	ძირითადად (I)	2 (20.0%)	8 (80.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.06
	ზომიერად (I)	13 (43.3%)	17 (56.7%)	
	ძირითადად (I)	7 (36.8%)	12 (63.2%)	

ცხრილი 118 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.09
	ზომიერად (I)	30 (48.4%)	32 (51.6%)	
	ძირითადად (I)	19 (38.8%)	30 (61.2%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.09

	ზომიერად (I)	8 (44.4%)	10 (55.6%)	
	ძირითადად (I)	3 (30.0%)	7 (70.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.44
	ზომიერად (I)	12 (42.9%)	16 (57.1%)	
	ძირითადად (I)	11 (52.4%)	10 (47.6%)	

ცხრილი 119 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?			P value
დაოჯახებული		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.52
	ზომიერად (I)	61 (73.5%)	22 (26.5%)	
	ძირითადად (I)	17 (60.7%)	11 (39.3%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.77
	ზომიერად (I)	14 (73.7%)	5 (26.3%)	
	ძირითადად (I)	7 (77.8%)	2 (22.2%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.35
	ზომიერად (I)	29 70.7(%)	12 (29.3%)	
	ძირითადად (I)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	

ცხრილი 120 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?		P value

დაოჯახებული		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.21
	ზომიერად (I)	18 (32.1%)	38 (67.9%)	
	ძირითადად (I)	27 (50.0%)	27 (50.0%)	
დასაოჯახებელი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	1.00
	ზომიერად (I)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
	ძირითადად (I)	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.13
	ზომიერად (I)	12 (44.4%)	15 (55.6%)	
	ძირითადად (I)	7 (31.8%)	15 (68.2%)	

ცხრილი 121 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?			P value
დაოჯახებული		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.89
	ძნელად (I)	11 (29.7%)	26 (70.3%)	
	კარგად (I)	28 (37.8%)	46 (62.2%)	
დასაოჯახებელი		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.58
	ძნელად (I)	0 (0.0%)	8 (100%)	
	კარგად (I)	4 (20.0%)	16 (80.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.07
	ძნელად (I)	3 (14.3%)	18 (85.7%)	
	კარგად (I)	8 (28.6%)	20 (52.6%)	

ცხრილი 122 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით?			P value
დაოჯახებული		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.59
	უკმაყოფილო (I)	6 (24.0%)	19 (76.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	23 (26.7%)	63 (73.3%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.78
	უკმაყოფილო (I)	2 (25.0%)	6 (75.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	4 (20.0%)	16 (80.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.17
	უკმაყოფილო (I)	5 (26.3%)	14 (73.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (23.3%)	23 (76.7%)	

ცხრილი 123 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას?			P value
დაოჯახებული		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.69
	უკმაყოფილო (I)	3 (13.6%)	19 (86.4%)	

	მაკმაყოფილებს (I)	11 (12.4%)	78 (87.6%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.48
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	7 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (15.8%)	16 (84.2%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.21
	უკმაყოფილო (I)	3 (21.4%)	11 (78.6%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	6 (17.1%)	29 (82.9%)	

ცხრილი 124 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომით, ისუნარიანობით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომით, ისუნარიანობით?		P value	
დაოჯახებული		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.39
	უკმაყოფილო (I)	1 (4.8%)	20 (95.2%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	12 (13.3%)	78 (86.7%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.28
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	7 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	2 (9.5%)	19 (90.5%)	

განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	5 (13.9%)	31 (86.1%)	

ცხრილი 125 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?				P value
დაოჯახებული		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	1 (1.1%)	12 (13.3%)	77 (85.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (100%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.01
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	1 (5.0%)	5 (25.0%)	14 (70.0%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.001

	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.6%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (2.6%)	6 (15.8%)	31 (81.6%)	
	არცერთი (I)	1 (12.5%)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	

ცხრილი 126 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?				P value
დაოჯახებული		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
	დამაკმაყოფ (I)	9 (9.6%)	11 (11.7%)	74 (78.7%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (100%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.05
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	13 (81.3%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (12.5%)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	

	დამაკმაყოფ	1 (3.3%)	4 (13.3%)	25 (83.3%)	
	(I)				
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (100%)	

ცხრილი 127 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?

ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?				P value
დაოჯახებული		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	9 (81.8%)	
	დამაკმაყოფ (I)	10 (11.5%)	25 (28.7%)	52 (59.8%)	
	არცერთი (I)	1 (8.3%)	3 (25.0%)	8 (66.7%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.05
	უკმაყოფილო (I)	1 (8.3%)	3 (25.0%)	8 (66.7%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	4 (40.0%)	6 (60.0%)	
განქორქინებული/ქვრი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.05
	უკმაყოფილო (I)	3 (21.4%)	4 (28.6%)	7 (50.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	8 (72.7%)	

	არცერთი (I)	4 (16.7%)	2 (8.3%)	18 (75.0%)	
--	-------------	-----------	----------	------------	--

ცხრილი 128 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?  
ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?			P value
დაოჯახებული		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.39
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	4 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	11 (10.3%)	96 (89.7%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.28
	უკმაყოფილო (I)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	
	კმაყოფილი (I)	2 (9.1%)	20 (90.9%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	10 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	3 (7.7%)	36 (92.3%)	

ცხრილი 129 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?			P value
დაოჯახებული		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.43
	უკმაყოფილო (I)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	
	კმაყოფილი (I)	7 (7.2%)	90 (92.8%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.21
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	4 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	2 (8.3%)	22 (91.7%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.34
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	5 (100%)	

	კმაყოფილი (I)	2 (4.5%)	42 (95.5%)	
--	---------------	----------	------------	--

ცხრილი 130 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც

სარგებლობთ? ოჯახური სტატუსის მიხედვით

ოჯახური სტატუსი	25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?				P value
დაოჯახებული		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	6 (85.7%)	
	დამაკმაყოფ (I)	3 (3.4%)	15 (17.0%)	70 (79.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	13 (86.7%)	
დასაოჯახებელი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	0.19
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (100%)	0 (0.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	0 (0.0%)	5 (22.7%)	17 (77.3%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	
განქორქინებული/ქვრივი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	8 (88.9%)	
	დამაკმაყოფ (I)	2 (5.6%)	2 (5.6%)	32 (88.9%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (100%)	

ცხრილი 131 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?			P value
თბილისი		ცუდი (II)	კარგი (II)	<0.01
	ცუდი (I)	3 (7.9%)	35 (92.1%)	
	კარგი (I)	11 (10.6%)	93 (89.4%)	
რეგიონი		ცუდი (II)	კარგი (II)	0.09
	ცუდი (I)	4 (23.5%)	13 (76.5%)	
	კარგი (I)	5 (17.9%)	23 (82.1%)	

ცხრილი 132 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?			P value
თბილისი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	არ მაკმაყოფილ. (I)	6 (10.9%)	49 (89.1%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	15 (17.2%)	72 (82.8%)	
რეგიონი		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.12
	არ მაკმაყოფილ. (I)	6 (25.0%)	18 (75%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	9 (42.9%)	12 (57.1%)	

ცხრილი 133 3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ხელს ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	3.თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ხელს ფიზიკური ტკივილები თქვენი მოვალეობის შესრულებაში?				P value
თბილისი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.001
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	10 (37.0%)	17 (63.0%)	
	ზომიერად(I)	2 (2.5%)	23 (28.4%)	56 (69.1%)	
	ძირითადად(I)	2 (6.1%)	11 (33.3%)	20 (60.6%)	
რეგიონი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.01
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	
	ზომიერად(I)	3 (10.3%)	10 (34.5%)	16 (55.2%)	
	ძირითადად (I)	2 (20.0%)	3 (30.0%)	5 (50.0%)	

ცხრილი 134 კითხვა 4.რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	4.რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?				P value
თბილისი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	<0.001
	საერთოდ არა (I)	1 (2.9%)	7 (20.0%)	27 (77.1%)	
	ზომიერად(I)	5 (6.2%)	30 (37.0%)	46 (56.8%)	

	ძირითადად(I)	1 (3.8%)	8 (30.8%)	17 (65.4%)	
რეგიონი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	0.52
	საერთოდ (I)	0 (0.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	
	ზომიერად(I)	0 (0.0%)	16 (55.2%)	13 (44.8%)	
	ძირითადად (I)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)	

ცხრილი 135 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?			P value
თბილისი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	39 (45.9%)	46 (54.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	23 (42.6%)	31(57.4%)	
რეგიონი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	20 (52.6%)	18(47.4%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (57.1%)	3(42.9%)	

ცხრილი 136 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?	P value
---------------------	--	---------

თბილისი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.18
	ზომიერად (I)	26 (35.6%)	47 (64.4%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	34 (50.7%)	33 (49.3%)	
რეგიონი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	11 (42.3%)	15 (57.7%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (27.8%)	13(72.2%)	

ცხრილი 137 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?

თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?			P value
თბილისი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	19 (34.5%)	36(65.5%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	19 (22.1%)	67(77.9%)	
რეგიონი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.05
	ზომიერად (I)	8 (38.1%)	13(61.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	4 (16.7%)	20 (83.3%)	

ცხრილი 138 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?

თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
თბილისი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.32
	ზომიერად (I)	53 (58.2%)	38 (41.8%)	

	მნიშვნელოვნად (I)	29 (56.9%)	22 (43.1%)	
რეგიონი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.03
		ზომიერად (I)	14 (38.9%)	
		მნიშვნელოვნად (I)	4 (44.4%)	

ცხრილი 139 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?

თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?			P value
თბილისი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.89
		ზომიერად (I)	27 (27.6%)	
		მნიშვნელოვნად (I)	29 (65.9%)	
რეგიონი		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.001
		ზომიერად (I)	18 (45%)	
		მნიშვნელოვნად (I)	2 (40.0%)	

ცხრილი 140 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ

ცხოვრებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
თბილისი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.001
		ზომიერად (I)	55 (60.4%)	
		ძირითადად (I)	18 (35.3%)	

რეგიონი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.001
	ზომიერად (I)	10 (31.3%)	22 (68.8%)	
	ძირითადად (I)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	

ცხრილი 141 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?			P value
თბილისი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ცოტათი (I)	42 (48.8%)	44 (51.2%)	
	ძირითადად (I)	22 (39.3%)	34 (60.7%)	
რეგიონი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.69
	ცოტათი (I)	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
	ძირითადად (I)	11 (45.8%)	13 (54.2%)	

ცხრილი 142 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?			P value
თბილისი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.89
	ცოტათი (I)	78 (74.3%)	27 (25.7%)	
	ძირითადად (I)	25 (67.6%)	12 (32.4%)	
რეგიონი		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.23
	ცოტათი (I)	25 (67.6%)	12 (32.4%)	

	ძირითადად (I)	6 (75.0%)	2 (25.0%)	
--	---------------	-----------	-----------	--

ცხრილი 143 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
თბილისი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.64
	ზომიერად (I)	21 (34.4%)	40 (65.6%)	
	ძირითადად (I)	35 (43.2%)	46 (56.8%)	
რეგიონი		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.05
	ზომიერად (I)	9 (32.1%)	19 (67.9%)	
	ძირითადად (I)	6 (37.5%)	10 (62.5%)	

ცხრილი 144 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის?				P value
თბილისი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	0.41
	საერთოდარა (I)	0 (0.0%)	8 (80.0%)	2 (20.0%)	
	ზომიერად(I)	3 (2.9%)	80 (76.2%)	22 (21.0%)	
	ძირითადად (I)	3 (11.1%)	18 (66.7%)	6 (22.2%)	
რეგიონი		საერ. არა (II)	ზომიერად (II)	ძირითადად(II)	0.25

	საერთოდარა (I)	0 (0,0%)	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
	ზომიერად(I)	0 (0,0%)	23 (76,7%)	7 (23,3%)	
	ძირითადად (I)	0(0,0%)	3 (50,0%)	3 (50,0%)	

ცხრილი 145 კითხვა 15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?  
თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?			P value
თბილისი		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.22
	ძნელად (I)	12 (23.5%)	39 (76.5%)	
	კარგად (I)	28 (30,8%)	63 (69,2%)	
რეგიონი		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.83
	ძნელად (I)	2 (13,3%)	13 (86.7%)	
	კარგად (I)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	

ცხრილი 146 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძლით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძლით?			P value
თბილისი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.31
	უკმაყოფილო (I)	10 (25.0%)	30 (75.0%)	

	მაკმაყოფილებს (I)	25 (24.5%)	77 (75.5%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.45
	უკმაყოფილო (I)	3 (25.0%)	9 (75.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	9 (27.3%)	24 (72.7%)	

ცხრილი 147 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას?			P value
თბილისი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.12
	უკმაყოფილო (I)	5 (15.2%)	28 (84.8%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	14 (13.1%)	93 (86.9%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.43
	უკმაყოფილო (I)	1 (10%)	9 (90%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	5 (14.3%)	30 (85.7%)	

ცხრილი 148 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?		P value
---------------------	---	--	---------

თბილისი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.41
	უკმაყოფილო (I)	3 (9.7%)	28 (90.3%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	14 (12.6%)	97 (87.4%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0,63
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	10 (100.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	4 (11.4%)	31 (88.6%)	

ცხრილი 149 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?				P value
თბილისი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	3 (2.7%)	15 (13.6%)	92 (83.6%)	
	არცერთი (I)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	21 (87.5%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებს (II)	0.34
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
	დამაკმაყოფილებს (I)	0 (0.0%)	8 (21.1%)	30 (78.9%)	

	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3(100%)	
--	-------------	----------	----------	---------	--

ცხრილი 150 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?

თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?				P value
თბილისი		უკმაყოფილი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებელი(II)	<0.001
	უკმაყოფილი (I)	1 (5.9%)	4 (23.5%)	12 (70.6%)	
	დამაკმაყოფილებელი (I)	7 (7.0%)	14 (14.0%)	79 (79.0%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	3 (12.5%)	21 (87.5%)	
რეგიონი		უკმაყოფილი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებელი(II)	0.45
	უკმაყოფილი (I)	(%)	(%)	(%)	
	დამაკმაყოფილებელი (I)	4 (10.0%)	3 (7.5%)	33 (82.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100.0%)	

ცხრილი 151 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?

თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?				P value
თბილისი		უკმაყოფილი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებელი(II)	<0.001

	უკმაყოფილო (I)	3 (10.3%)	5 (17.2%)	21 (72.4%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	8 (10.4%)	23 (29.9%)	46 (59.7%)	
	არცერთი (I)	4 (11.1%)	6 (16.7%)	26 (72.2%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.05
	უკმაყოფილო (I)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	3 (11.1%)	7 (25.9%)	17 (63.0%)	
	არცერთი (I)	1 (10.0%)	3 (30.0%)	6 (60.0%)	

ცხრილი 152 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?  
თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?			P value
თბილისი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.42
	უკმაყოფილო (I)	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
	კმაყოფილი (I)	12 (9.8%)	111 (90.2%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.25
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
	კმაყოფილი (I)	4 (9.1%)	40 (90.9%)	

ცხრილი 153 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?  
თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?			P value
თბილისი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.52
	უკმაყოფილო (I)	1 (7.1%)	13 (92.9%)	
	კმაყოფილი (I)	7 (5.5%)	121 (94.5%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.45
	უკმაყოფილო (I)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	
	კმაყოფილი (I)	4 (10.8%)	33 (89.2%)	

ცხრილი 154 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?

თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?				P value
თბილისი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	13 (11.9%)	15 (13.8%)	81 (74.3%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	5 (21.7%)	18 (78.3%)	
რეგიონი		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (3.1%)	3 (9.4%)	28 (87.5%)	
	არცერთი (I)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	6 (75.0%)	

ცხრილი 155 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? თბილისი/რეგიონის მიხედვით

საცხოვრებელი ადგილი	25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?				P value
თბილისი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	12 (85.7%)	
	დამაკმაყოფ (I)	4 (3.7%)	15 (13.8%)	90 (82.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	4 (21.1%)	15 (78.9%)	
რეგიონი		უკმაყოფ (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფ(II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
	დამაკმაყოფ (I)	0 (0.0%)	7 (19.4%)	29 (80.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (20.4%)	4 (80.00%)	

ცხრილი 156 კითხვა 1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	1. როგორ აფასებთ თქვენი ცხოვრების ხარისხს?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ცუდი (II)	კარგი (II)	0.11
	ცუდი (I)	0 (0.0%)	11 (100%)	
	კარგი (I)	4 (13.3%)	26 (86.7%)	
		ცუდი (II)	კარგი (II)	

ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე	ცუდი (I)	7 (21.9%)	25 (78.1%)	<0.01
	კარგი (I)	8 (11.8%)	60 (88.2%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ცუდი (II)	კარგი (II)	0.07
	ცუდი (I)	0 (0.0%)	12 (100%)	
	კარგი (I)	4 (11.4%)	31 (88.6%)	

ცხრილი 157 კითხვა 2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?

ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	2. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.26
	არ მაკმაყოფილ. (I)	0 (0.0%)	13 (100%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (25.0%)	21 (75.0%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.01
	არ მაკმაყოფილ. (I)	11 (22.0%)	39 (78.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	14 (56.0%)	36 (48.0%)	

სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		არ მაკმაყოფილ. (II)	მაკმაყოფილებს (II)	<0.01
	არ მაკმაყოფილ. (I)	2 (11.8%)	15 (88.2%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (10.0%)	27 (90.0%)	

ცხრილი 158 კითხვა 3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები ხელს თქვენი მოვალეობის შესრულებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	3. თქვენი აზრით, რამდენად გიშლით ფიზიკური ტკივილები ხელს თქვენი მოვალეობის შესრულებაში?				P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	
	ზომიერად (I)	0 (0.0%)	5 (23.8%)	16 (76.2%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	7 (70.0%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.05
	მნიშვნელოვნ (I)	4 (13.3%)	9 (3.0%)	17 (56.7%)	
	ზომიერად (I)	4 (6.8%)	18 (30.5%)	37 (62.7%)	

	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	4 (36.4%)	7 (63.6%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)	
	ზომიერად (I)	1 (3.3%)	10 (33.3%)	19 (63.3%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	6 (46.2%)	7 (53.8%)	

ცხრილი 159 კითხვა 4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	4. რამდენად გჭირდებათ რაიმე სახის სამედიცინო დახმარება ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალური ფუნქციონირებისთვის?			P value	
კისტექტომია/ მიომექტომია		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.01
	მნიშვნელოვნ (I)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	
	ზომიერად (I)	0 (0.0%)	11 (47.8%)	12 (52.2%)	
	საერთოდ არა (I)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	9 (81.8%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.001
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	9 (40.9%)	13 (59.1%)	

	ზომიერად (I)	2 (3.2%)	26 (41.9%)	34 (54.8%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	4 (26.7%)	11 (73.3%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		მნიშვნელ (II)	ზომიერად (II)	საერთ. არა (II)	<0.01
	მნიშვნელოვნ (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
	ზომიერად (I)	3 (11.5%)	10 (38.5%)	13 (50.0%)	
	საერთოდ არა (I)	0 (0.0%)	5 (31.3%)	11 (68.8%)	

ცხრილი 160 კითხვა 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად (II)	1.00
	ზომიერად (I)	12 (57.1%)	9 (42.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	9 (47.4%)	10 (52.6%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად (II)	<0.001
	ზომიერად (I)	36 (46.8%)	41 (53.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	9 (40.9%)	13 (59.1%)	

სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.30
	ზომიერად (I)	11 (42.3%)	15 (57.7%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	9 (45.0%)	11 (55.0%)	

ცხრილი 161 კითხვა 6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	6. როგორ მიგაჩნიათ, რამდენად შინაარსიანია თქვენი ცხოვრება?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.52
	ზომიერად (I)	5 (35.7%)	9 (64.3%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	13 (50.0%)	13 (50.0%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	<0.01
	ზომიერად (I)	23 (39.0%)	36 (61.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	16 (40.0%)	24 (60.0%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.34
	ზომიერად (I)	9 (34.6%)	17 (65.4%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	11 (55.0%)	9 (45.0%)	

ცხრილი 162 კითხვა 7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარვევის ტიპი	7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრირება?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.57
	ზომიერად (I)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	3 (10.7%)	25 (89.3%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.15
	ზომიერად (I)	22 (46.8%)	25 (53.2%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	15 (28.3%)	38 (71.7%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.16
	ზომიერად (I)	3 (18.8%)	13 (81.3%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	6 (20.0%)	24 (80.0%)	

ცხრილი 163 კითხვა 8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?  
ჩარვევის ტიპის მიხედვით

ჩარვევის ტიპი	8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.43
	ზომიერად (I)	9 (42.9%)	12 (57.1%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (25.0%)	15 (75.0%)	

ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.14
	ზომიერად (I)	51 (63.0%)	30 (37.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	13 (68.4%)	6 (31.6%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.42
	ზომიერად (I)	16 (61.5%)	10 (38.5%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	15 (71.4%)	6 (28.6%)	

ცხრილი 164 კითხვა 9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	9. რამდენად ჯანსაღი ფიზიკური გარემოა თქვენს გარშემო?			P value
ჰისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.06
	ზომიერად (I)	14 (50.0%)	14 (50.0%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	5 (38.5%)	8 (61.5%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	0.40
	ზომიერად (I)	57 (73.1%)	21 (26.9%)	
	მნიშვნელოვნად (I)	15 (68.2%)	7 (31.8%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	მნიშვნელოვნად(II)	1.00
	ზომიერად (I)	23 (69.7%)	10 (30.3%)	

	მნიშვნელოვნად (I)	11 (78.6%)	3 (21.4%)	
--	----------------------	------------	-----------	--

ცხრილი 165 კითხვა 10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	10. საკმარისად ენერგიულად გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	5 (19.2%)	21 (80.8%)	
	ძირითადად (I)	4 (26.7%)	11 (73.3%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	35 (50.0%)	35 (50.0%)	
	ძირითადად (I)	13 (43.3%)	17 (56.7%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	<0.01
	ზომიერად (I)	6 (22.2%)	21 (77.8%)	
	ძირითადად (I)	5 (25.0%)	15 (75.0%)	

ცხრილი 166 კითხვა 11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	11. გაკმაყოფილებთ თქვენი გარეგნობა?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.54
	ცოტათი (I)	5 (26.3%)	14 (73.7%)	
	ძირითადად (I)	10 (45.5%)	12 (54.5%)	

ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	<0.05
	ცოტათი (I)	35 (53.8%)	30 (46.2%)	
	ძირითადად (I)	14 (40.0%)	21 (60.0%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.40
	ცოტათი (I)	10 (41.7%)	14 (58.3%)	
	ძირითადად (I)	9 (39.1%)	14 (60.9%)	

ცხრილი 167 კითხვა 12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	12. გაქვთ თუ არა საკმარისი ფინანსები თქვენი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად?			P value
ჰისტექტომია/ მიომექტომია		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.64
	ცოტათი (I)	19 (70.4%)	8 (29.6%)	
	ძირითადად (I)	11 (78.6%)	3 (21.4%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.32
	ცოტათი (I)	59 (72.8%)	22 (27.2%)	
	ძირითადად (I)	15 (78.9%)	4 (21.1%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.42
	ცოტათი (I)	26 (74.3%)	9 (25.7%)	
	ძირითადად (I)	5 (41.7%)	7 (58.3%)	

ცხრილი 168 კითხვა 13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	13. რამდენად მისაწვდომია ინფორმაცია რომელიც აუცილებელია თქვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.62
	ზომიერად (I)	2 (16.7%)	10 (83.3%)	
	ძირითადად (I)	7 (24.1%)	22 (75.9%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.35
	ზომიერად (I)	22 (40.7%)	32 (59.3%)	
	ძირითადად (I)	24 (53.3%)	21 (46.7%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ზომიერად (II)	ძირითადად (II)	0.24
	ზომიერად (I)	7 (29.2%)	17 (70.8%)	
	ძირითადად (I)	10 (43.5%)	13 (56.5%)	

ცხრილი 169 კითხვა 14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	14. რამდენად გაქვთ შესაძლებლობები დასვენებისთვის და გართობისთვის?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.44
	ცოტათი (I)	2 (14.3%)	12 (85.7%)	
	ძირითადად (I)	6 (22.2%)	21 (77.8%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.38
	ცოტათი (I)	14 (38.9%)	22 (61.1%)	
	ძირითადად (I)	15 (23.4%)	49 (76.6%)	

სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ცოტათი (II)	ძირითადად (II)	0.32
	ცოტათი (I)	0 (0.0%)	16 (100.0%)	
	ძირითადად (I)	5 (16.1%)	26 (83.9%)	

ცხრილი 170 კითხვა 15.რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?  
ჩარვევის ტიპის მიხედვით

ჩარვევის ტიპი	15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ საჭიროების ადგილამდე მისვლა?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.16
	ძნელად (I)	1 (7.1%)	13 (92.9%)	
	კარგად (I)	6 (22.2%)	21 (77.8%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		ძნელად (II)	კარგად (II)	0.48
	ძნელად (I)	11 (28.2%)	28 (71.8%)	
	კარგად (I)	22 (36.1%)	39 (63.9%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		ძნელად (II)	კარგად (II)	1.00
	ძნელად (I)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
	კარგად (I)	12 (35.3%)	22 (64.7%)	

ცხრილი 171 კითხვა 16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით? ჩარვევის ტიპის მიხედვით

ჩარვევის ტიპი	16. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ძილით?			P value
		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.19

კისტექტომია/ მიომექტომია	უკმაყოფილო (I)	1 (8.3%)	11 (91.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	7 (24.1%)	22 (75.9%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.51
	უკმაყოფილო (I)	9 (29.0%)	22 (71.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	18 (26.1%)	51 (73.9%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	3 (33.3%)	6 (66.7%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	9 (23.7%)	29 (76.3%)	

ცხრილი 172 კითხვა 17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	17. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ქმედითუნარიანობა ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებისას?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	1 (9.1%)	10 (90.9%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	2 (7.1%)	26 (92.9%)	

ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.52
	უკმაყოფილო (I)	4 (15.4%)	22 (84.6%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	14 (18.9%)	60 (81.1%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	4 (9.8%)	37 (90.2%)	

ცხრილი 173 კითხვა 18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	18. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი შრომისუნარიანობით?		P value	
ჰისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.14
	უკმაყოფილო (I)	1 (10.0%)	9 (90.0%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	2 (6.5%)	29 (93.5%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	0.45
	უკმაყოფილო (I)	1 (4.3%)	22 (95.7%)	

	მაკმაყოფილებს (I)	14 (18.2%)	63 (81.8%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფილო (II)	მაკმაყოფილებს (II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	
	მაკმაყოფილებს (I)	3 (7.7%)	36 (92.3%)	

ცხრილი 174 კითხვა 19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი თავით?				P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (3.8%)	0 (0.0%)	21 (80.8%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (100%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (1.2%)	16 (19.0%)	67 (79.8%)	
	არცერთი (I)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	5 (79.8%)	

სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფი (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100%)	
	დამაკმაყოფი (I)	1 (2.6%)	3 (7.9%)	34 (89.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (100%)	

ცხრილი 175 კითხვა 20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	20. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?				P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფი (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100%)	
	დამაკმაყოფი (I)	1 (3.8%)	3 (11.5%)	22 (84.6%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	9 (90.0%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფი (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	1 (9.1%)	3 (27.3%)	7 (63.6%)	
	დამაკმაყოფი (I)	8 (10.7%)	8 (10.7%)	59 (78.7%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	
		უკმაყოფი (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფი (II)	<0.001

სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
	დამაკმაყოფილო (I)	2 (5.1%)	6 (15.4%)	31 (79.5%)
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (100%)

ცხრილი 176 კითხვა 21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	21. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი სქესობრივი ცხოვრებით?				P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.01
	უკმაყოფილო (I)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	9 (90.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	1 (4.8%)	7 (33.3%)	13 (61.9%)	
	არცერთი (I)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	5 (55.6%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	4 (16.7%)	8 (33.3%)	12 (50.0%)	
	დამაკმაყოფილო (I)	8 (17.0%)	11 (23.4%)	28 (59.6%)	
	არცერთი (I)	4 (13.8%)	6 (20.7%)	19 (65.5%)	
		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილო(II)	<0.001

სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)
	დამაკმაყოფილო (I)	2 (5.6%)	12 (33.3%)	22 (61.1%)
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (100%)

ცხრილი 177 კითხვა 22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	22. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი მეგობრების მხარდაჭერით?			P value
ჰისტერექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	2 (40.0%)	5 (60.0%)	
	კმაყოფილი (I)	2 (5.6%)	34 (94.4%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.51
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	9 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	8 (8.8%)	83 (91.2%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	1.00
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	6 (100%)	
	კმაყოფილი (I)	6 (14.6%)	35 (85.4%)	

ცხრილი 178 კითხვა 23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	23. რამდენად გაკმაყოფილებთ საცხოვრებელი პირობები?			P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.19
	უკმაყოფილო (I)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
	კმაყოფილი (I)	1 (2.9%)	34 (97.1%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომია დანამატების გარეშე		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.55
	უკმაყოფილო (I)	1 (10.0%)	9 (90.0%)	
	კმაყოფილი (I)	6 (6.7%)	84 (93.3%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფილო (II)	კმაყოფილი (II)	0.29
	უკმაყოფილო (I)	1 (1.4%)	6 (85.7%)	
	კმაყოფილი (I)	4 (10.0%)	36 (90.0%)	

ცხრილი 179 კითხვა 24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?

ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	24. რამდენად კმაყოფილი ხართ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობით?				P value
კისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფილო (II)	არცერთი (II)	დამაკმაყოფილებელი (II)	<0.001
	უკმაყოფილო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (100%)	
	დამაკმაყოფილებელი (I)	3 (10.7%)	3 (10.7%)	22 (78.6%)	

	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	8 (88.9%)	
ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომ ია დანამატების გარეშე		უკმაყოფ ი (II)	არცერთ ი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.00 1
	უკმაყოფილ ი (I)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	8 (88.9%)	
	დამაკმაყოფ (I)	7 (8.8%)	12 (15.0%)	61 (76.3%)	
	არცერთი (I)	1 (9.1%)	3 (27.3%)	7 (63.6%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფ ი (II)	არცერთ ი (II)	დამაკმაყოფ(II) )	<0.00 1
	უკმაყოფილ ი (I)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	4 (12.1%)	3 (91.%)	26 (78.8%)	
	არცერთი (I)	1 (8.3%)	2 (16.7%)	9 (75.0%)	

ცხრილი 180 კითხვა 25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ? ჩარევის ტიპის მიხედვით

ჩარევის ტიპი	25. რამდენად კმაყოფილი ხართ ტრანსპორტით, რომლითაც სარგებლობთ?				P value
ჰისტექტომია/ მიომექტომია		უკმაყოფ ი (II)	არცერთ ი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.01
	უკმაყოფილ ი (I)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	
	დამაკმაყოფ (I)	1 (3.7%)	7 (25.9%)	19 (70.4%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	

ტოტ. ჰისტერექტომია დანამატებით/ჰისტერექტომ ია დანამატების გარეშე		უკმაყოფ გ (II)	არცერთ ი (II)	დამაკმაყოფ(II)	<0.00 1
	უკმაყოფილ ო (I)	2 (22.2%)	0 (0.0%)	7 (77.8%)	
	დამაკმაყოფ (I)	4 (4.9%)	11 (13.6%)	66 (81.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	8 (80.0%)	
სხვა ქირურგიული ჩარევები/ჰისტეროსკოპია		უკმაყოფ გ (II)	არცერთ ი (II)	დამაკმაყოფ(II) )	<0.01
	უკმაყოფილ ო (I)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (100%)	
	დამაკმაყოფ (I)	0 (0.0%)	4 (10.5%)	34 (89.5%)	
	არცერთი (I)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	