

## ხანდაზმულობა და ჯანმრთელობა

ხანდაზმულ ადამიანებს აქვთ უფლება, წვდომა ჰქონდეთ ჯანმრთელობის ყველაზე მაღალი სტანდარტებისადმი (2). ამასთან, ხანდაზმული მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მიზნით აუცილებელია, სახელმწიფომ გამოეყოს შესაბამისი რესურსები (1). დღესდღეობით, ხანდაზმული ადამიანების ხვედრითი წილი მსოფლიო მოსახლეობაში საკმაოდ დიდია და ამასთან, ის ზრდას განაგრძობს. მშვიდობიანი, თანასწორუფლებიანი და უსაფრთხო საზოგადოების შექმნის მიზნით საჭიროა ამ დემოგრაფიული გადასვლის გათვალისწინება (6).

იმის გამო, რომ ხანდაზმული ადამიანები ხშირად სტერეოტიპიზირებულნი არიან, როგორც წარსულის ნაწილი, ისინი შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩნენ მომავლისკენ მიმავალ ტალღაში. ასაკოვანი ადამიანები ხშირად განიცდიან სტიგმას და დისკრიმინაციას, ასევე მათი უფლებების დარღვევას ინდივიდუალურ, საზოგადოებრივ და ინსტიტუციონალურ დონეებზე მხოლოდ მათი ასაკის გამო. ხანდაზმული ადამიანების ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად ჯანმრთელი დაბერებისადმი უფლებებზე-დაფუძნებულ მიდგომას შეუძლია დახმარება იურიდიული, სოციალური და სტრუქტურული ბარიერების აღმოფხვრის მიზნით და სახელმწიფო და არასახელმწიფო სუბიექტების იურიდიული ვალდებულებების განმარტება ამ უფლებების პატივსაცემად, დასაცავად და აღსასრულებლად (3, 4). მდგრადი განვითარება მოითხოვს, რომ ყურადღება მივაქციოთ იმ ხანდაზმული ადამიანების მზარდ რაოდენობას, რომლებიც ცხოვრობენ სიღარიბეში, არ გააჩნიათ საკმარისი შემოსავალი, განიცდიან საფრთხეს (მაგალითად, ხანდაზმულთა მიმართ ცუდი მოპყრობის ან სტიქიური უბედურებებისას საჭიროებების დაუკმაყოფილებლობის გზით) და შეზღუდული წვდომა აქვთ სამედიცინო მომსახურებასა და სოციალურ დახმარებაზე (5).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არსებული მიდგომები მოსახლეობის დაბერებისადმი აშკარად არაეფექტურია (7, 8); ჯანმრთელობის თვალსაზრისით არსებული უთანასწორობა განსაკუთრებით ხანდაზმულ ადამიანებში ვლინდება; ჯანდაცვის არსებული სისტემები მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებშიც კი ვერ აკმაყოფილებენ იმ მოთხოვნებს, რომელსაც ხანდაზმული ადამიანები საჭიროებენ (9-13); მოვლის გრძელვადიანი მოდელები არაადეკვატური და არამდგრადია; ხოლო ფიზიკური და სოციალური გარემო მრავალრიცხოვან ბარიერებს და წინაღობებს ქმნის როგორც ჯანმრთელობის, ისე ჩართულობის თვალსაზრისით (14).

საჭიროა ახალი ჩარჩო გლობალური მოქმედებებისთვის. აუცილებელია ხანდაზმული მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა და უთანასწორობის აღმოფხვრა, რამაც უნდა მოახდინოს ჯანდაცვის ახალი სისტემების განვითარების და გრძელვადიანი მოვლის სტიმულირება, რომლებიც დიდ წილად პასუხისმგებელნი იქნებიან ხანდაზმული ადამიანების საჭიროებებზე და უნდა უზრუნველყოს, რომ ყველა სექტორი ფოკუსირდეს საერთო მიზნებზე, რათა ქმედება კოორდინირებული და დაბალანსებული იყოს. უპირველეს ყოვლისა, საჭირო იქნება დაბერების შესახებ მოძველებული მოაზრებების გადალახვა,

სერიოზული ცვლილების ხელშეწყობა იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ გვესმის დაბერება და ჯანმრთელობა და ტრანსფორმაციული მიდგომების განვითარებისთვის სულის ჩადგმა. იმის გამო, რომ სოციალური ცვლილებები კვლავაც გრძელდება და არაპროგნოზირებადი ხასიათი აქვს, მათი წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია, ნაცვლად ამისა, ისინი მიმართული უნდა იყვნენ ხანდაზმული ადამიანების შესაძლებლობების გაძლიერებისკენ, რათა მათ შეძლონ იმ ქაოტურ გარემოსთან შეწყობა, რომელშიც, სავარაუდოდ, ცხოვრებენ.

### **დაბერება, ჯანმრთელობა და ფუნქციონირება**

ჯანმრთელობის დინამიკა ხანდაზმულ ასაკში რთულია; ასაკის მატებასთან ერთად თავს იჩენს მრავალრიცხოვანი ფიზიოლოგიური ცვლილებები და ქრონიკული დაავადების განვითარების რისკი იზრდება. 60 წლის ასაკში, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის ძირითადი ტვირთი დაკავშირებულია სმენის, მხედველობისა და მოძრაობის უნარის დაკარგვასთან და ასევე არაგდამდებ დაავადებებთან, მათ შორის, გულის დაავადებასთან, ინსულტთან, ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებთან, კიბოსთან და დემენციასთან. ამ მდგომარეობებთან დაკავშირებული ტვირთი ხანდაზმულ ადამიანებში გაცილებით მაღალია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

თუმცა, ჯანმრთელობის ამ მდგომარეობების არსებობა არაფერს ამბობს იმ გავლენის შესახებ, რომელიც მათ შეიძლება მოახდინონ ხანდაზმული ადამიანის ცხოვრებაზე (15). სისხლის მაღალი წნევა ზოგიერთ ხანდაზმულ ადამიანში შეიძლება ადვილად გაკონტროლდეს მედიკამენტების დახმარებით, მაშინ, როდესაც სხვების შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს ხანგრძლივი მკურნალობა, რასაც მნიშვნელოვან გვერდით მოვლენებამდე მივყავართ. ანალოგიურად, ხანდაზმულ ადამიანებს ასაკთან დაკავშირებული მხედველობის დარღვევით შეუძლიათ სრულად შეინარჩუნონ ფუნქციონირება სათვალეების დახმარებით, მაგრამ მათ გარეშე არ შეუძლიათ ისეთი მარტივი დავალებების შესრულება, როგორცაა კითხვა და საჭმლის მომზადება.

უფრო მეტიც, ვინაიდან დაბერება ასევე დაკავშირებულია ერთდროულად ერთზე მეტი ქრონიკული დაავადების განვითარების მომატებულ რისკთან (ცნობილია როგორც „multimorbidity“), მარტივდება თითოეულ ამ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ტვირთის დამოუკიდებლად განხილვა. მაგალითად, დადგინდა, რომ გერმანიაში, 70-85 წლის ასაკის ადამიანების 24%-ს ხუთი ან მეტი დაავადება აქვს ერთდროულად (16). რამდენიმე დაავადების თანარსებობის გავლენა ხანდაზმული ადამიანის შესაძლებლობებზე, სამედიცინო დახმარებით სარგებლობა და მათი დანახარჯები მოვლაზე, ხშირად გაცილებით დიდია, ვიდრე შეიძლება მოველოდეთ თითოეული მდგომარეობის შეჯამებული ეფექტებისგან (17).

გარდა ამისა, ძირითადი და თანარსებული (co-morbidity) დაავადების ფიზიოლოგიური ცვლილებების მრავალმხრივმა დინამიკამ ხანდაზმულ ასაკში შეიძლება ჯანმრთელობის გარკვეული მდგომარეობები გამოიწვიოს, რომლებიც დაავადებათა ტრადიციულ (კლასიკურ)

კლასიფიკაციებში გათვალისწინებული არ არის. ეს მდგომარეობები შეიძლება იყოს ქრონიკული (მაგალითად, სისუსტე, რომელსაც დაახლოებით 10%-იანი პრევალენტობა შეიძლება ჰქონდეს 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანებში) (18), ან მწვავე, რომელიც შეიძლება გამოიწვიოს მრავალმა დეტერმინანტმა, რომლებიც ისეთივე მრავალფეროვანია, როგორც მედიკამენტების ან ოპერაციის გვერდითი მოვლენები (19).

ხანდაზმული ადამიანის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასებისას საჭიროა არამხოლოდ კონკრეტული დაავადებების გათვალისწინება, რომლებიც მათ შეიძლება განუვითარდეთ, არამედ იმისაც, თუ როგორ ურთიერთმოქმედებენ და ზემოქმედებენ ისინი ფუნქციონირების ტრექტორიაზე. ჯანმრთელობის ასეთი ყოვლისმომცველი შეფასებები ხანდაზმულ ასაკში, გადარჩენის და სხვა გამოსავლის გაცილებით უკეთესი პრედიქტორებია, ვიდრე ინდივიდუალური დაავადების არსებობა ან თანმხლები დაავადებების ხარისხიც კი (21). უფრო მეტიც, ნაჩვენები იყო, რომ ჯანდაცვა, რომელიც ხანდაზმულთა კომპლექსურ საჭიროებებს ითვალისწინებს და მართავს ინტეგრაციული გზით, უფრო ეფექტურია, ვიდრე სერვისები, რომლებიც მხოლოდ კონკრეტულ დაავადებებზე ინდივიდუალურად რეაგირებენ (22-24). ფუნქციონირებაზე დაფუძნებული მიდგომები ასევე შეიძლება სასარგებლო იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საპასუხო ღონისძიებების შემუშავებაში მოსახლეობის დაბერების მიმართ.

თუმცა, ფუნქციონირება განისაზღვრება არა მხოლოდ ფიზიკური და გონებრივი შესაძლებლობების შეფასებით, არამედ ურთიერთქმედებებითაც, რომელსაც თითოეული ჩვენგანი გარემოზე ახდენს და რომელშიც ჩვენი სიცოცხლის მანძილზე ვცხოვრობთ. გარემოს ამ გავლენებმა ჯანმრთელობაზე, ხანდაზმულ ასაკში, შეიძლება მრავალი ფორმა მიიღოს, მათ შორის ფართო სპექტრის, რომელიც ზემოქმედებს ჩვენზე, ეკონომიკური სიტუაციის, საზოგადოების დამოკიდებულებების ან ნორმების, ბუნებრივი და ხელოვნური (ადამიანის მიერ შექმნილი, აშენებული) გარემოს ფიზიკური მახასიათებლების, სოციალური ქსელების, რომლებსაც შეგვიძლია დავეყრდნოთ და დამხმარე მოწყობილობებისაც კი, რომლებიც შეიძლება ხელმისაწვდომი იყოს ჩვენთვის. ისინი აყალიბებენ როგორც ფიზიკურ, ისე გონებრივ შესაძლებლობებს, რომლებიც გვაქვს ნებისმიერ დროს (მაგალითად, ჩვენს არჩევანზე ზემოქმედებით ცხოვრების ჯანსაღ წესთან (ჯანსაღ ქცევებთან) მიმართებაში) და იმის მიუხედავად. შეგვიძლია თუ არა იმის გაკეთება, რაც გვსურს (მაგალითად, თუ გვინდა სადმე წასვლა, არის ტრანსპორტი ხელმისაწვდომი, რომ წაგვიყვანოს იქ, სადაც ჩვენ გვჭირდება?) (25). ამ ფართო კონტექსტუალური ფაქტორების როლის გაგება მთავარი უნდა იყოს ნებისმიერ სტრატეგიაში, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის განმტკიცებაზე ხანდაზმულ ასაკში.

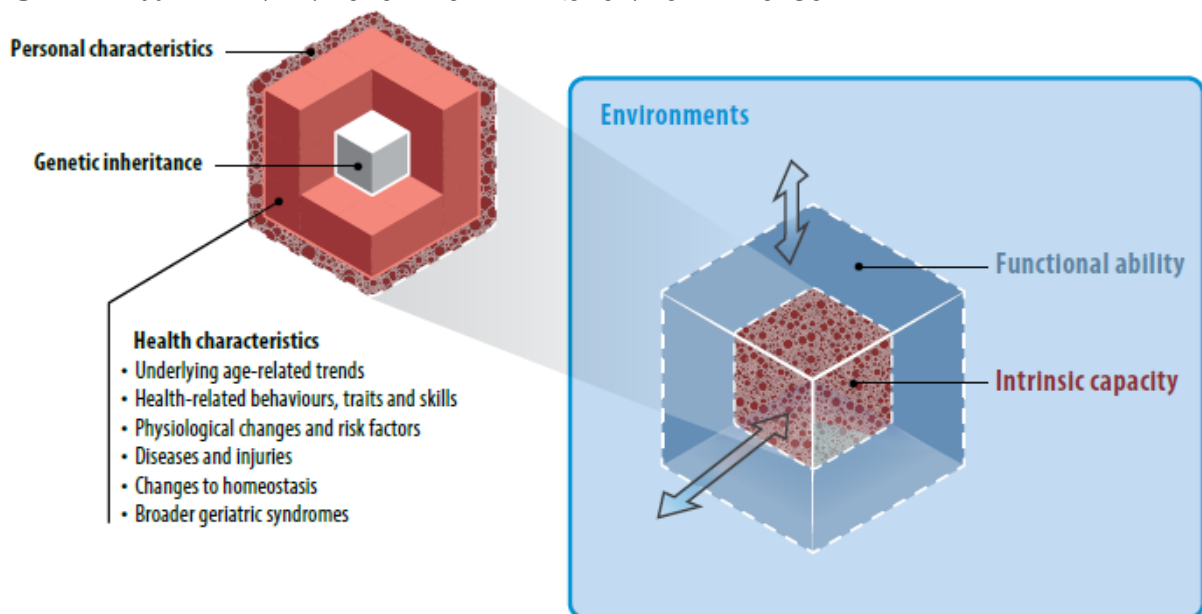
### **ჯანმრთელი დაბერება**

ტერმინი „ჯანმრთელი დაბერება“ ფართოდ გამოიყენება აკადემიურ და პოლიტიკურ წრეებში, მაგრამ გასაოცრად მცირე კონსესუსი არსებობს იმის შესახებ, თუ რას შეიძლება მოიცავდეს ეს

ტერმინი, ან როგორ შეიძლება იქნას განსაზღვრული ან გაზომილი (26-30). გარდა ამისა, ის ხშირად გამოიყენება დაავადებისგან-თავისუფალი მდგომარეობის განსაზღვრად, რომელიც განასხვავებს ჯანმრთელ და არაჯანმრთელ ადამიანებს. ეს პრობლემატურია ხანდაზმულ ასაკში, ვინაიდან ბევრ ადამიანს ჯანმრთელობის ერთი ან მეტი დარღვევა შეიძლება ჰქონდეს, რომლებიც კარგად კონტროლდება და მცირე გავლენა აქვთ მათი ფუნქციონირების უნარზე. ამიტომაც, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიის მიზნის დასახვისას ჯანმრთელობასთან მიმართებაში, ჯანმო ჯანმრთელ დაბერებას განიხილავს უფრო ჰოლისტიკური თვალსაზრისით, სიცოცხლის კურსისა და ფუნქციური პერსპექტივების საფუძველზე.

მოცემულ დოკუმენტში **ჯანმრთელი დაბერება** განისაზღვრება როგორც განვითარების და **ფუნქციონალური შესაძლებლობების** შენარჩუნების პროცესი, რომელიც მოხუცებულობის პერიოდის **კეთილდღეობის** გარანტია (სურათი 1). **ფუნქციური შესაძლებლობა** - ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ატრიბუტებია, რომელებიც ადამიანებს საშუალებას აძლევს თავიანთი ღირებულებების შესაბამისად იცხოვრონ და იმოქმედონ; ის შექმნილია ინდივიდის **ბუნებრივი (შიდა ფუნქციონალური) უნარების (Intrinsic capacity)**, **გარემოს** მახასიათებლებისა და ინდივიდებს შორის ურთიერთზემოქმედების შედეგად. გარე სამყაროს ყველა ფაქტორი, რომელიც ინდივიდის ცხოვრების არსს აყალიბებს, **გარემო ფაქტორებს** მიეკუთვნება, ესენია: სახლი, საზოგადოება და უფრო დიდი სოციუმი. ამ გარემოებებში ფაქტორთა ერთობლიობაა, მაგალითად, ადამიანები და მათი ურთიერთობები, დამოკიდებულება და ღირებულებები, ჯანმრთელობა და სოციალური პოლისები, სისტემები და სერვისები, რომელთაც სხვადასხვა წვლილი შეაქვთ ჯანმრთელ დაბერებაში. და ბოლოს, **კეთილდღეობა** ზოგადი მდგომარეობაა, რომელიც ადამიანის სიცოცხლის ძირითად მახასიათებლებს მოიცავს ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების ჩათვლით, რომელსაც „კარგ ცხოვრებას“ ვუწოდებთ.

სურათი 1. ჯანმრთელი დაბერების განმსაზღვრელი კომპონენტები



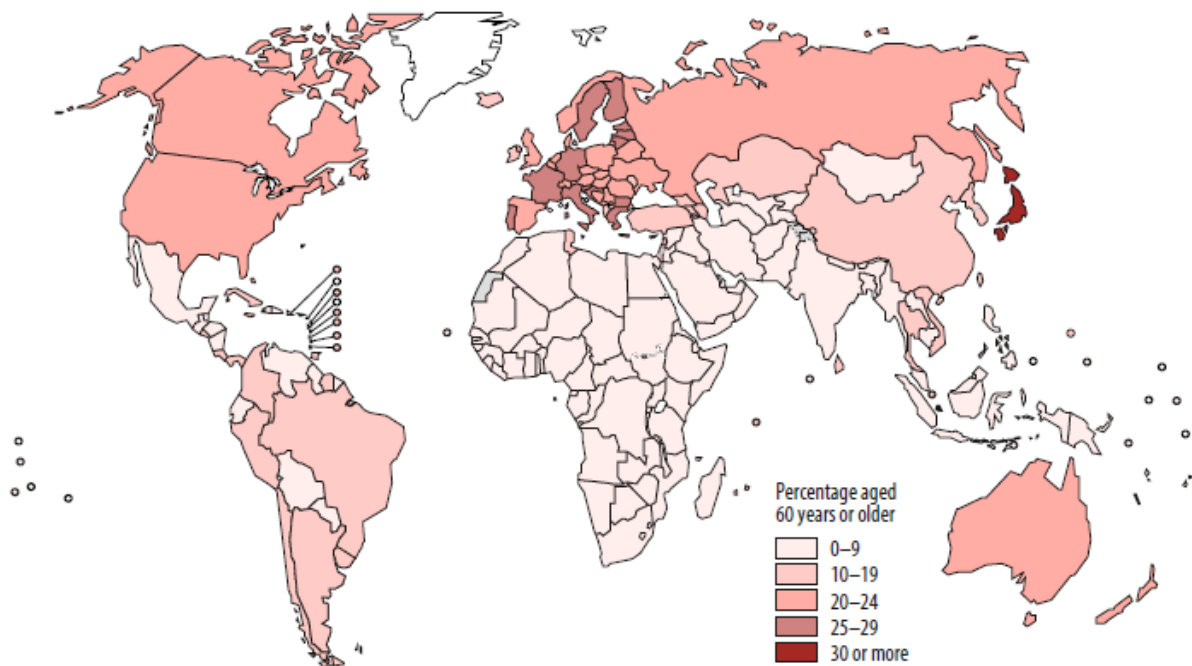
### რატომ ბერდება მოსახლეობა?

2015 წელს მსოფლიოში იაპონია იყო ერთადერთი ქვეყანა, სადაც 60 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი 30%-ს აღემატებოდა, ექსპერტთა შეფასებით, 2050 წლისთვის იაპონიას სხვა მრავალი ქვეყანა შეუერთდება (სურათები 2 და 3).

არსებობს მოსახლეობის დაბერების ორი ძირითადი მამოძრავებელი (ფაქტორი). **მოსახლეობის დაბერების პირველი ძირითადი მიზეზი** სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდაა: საშუალოდ, მსოფლიოში, ადამიანები უფრო დიდხანს ცოცხლობენ. მიუხედავად იმისა, რომ ამ გლობალური ზრდის მცირე ნაწილი განპირობებულია ადამიანების გადარჩენის გაუმჯობესებით ხანდაზმულ ასაკში, მათი უმრავლესობა ასახავს გადარჩენის გაუმჯობესებას უფრო ახალგაზრდა ასაკში. ამას თან ახლდა ისტორიულად უპრეცედენტო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება, რომელსაც ადგილი ჰქონდა, გლობალურად, ბოლო 50 წლის განმავლობაში.

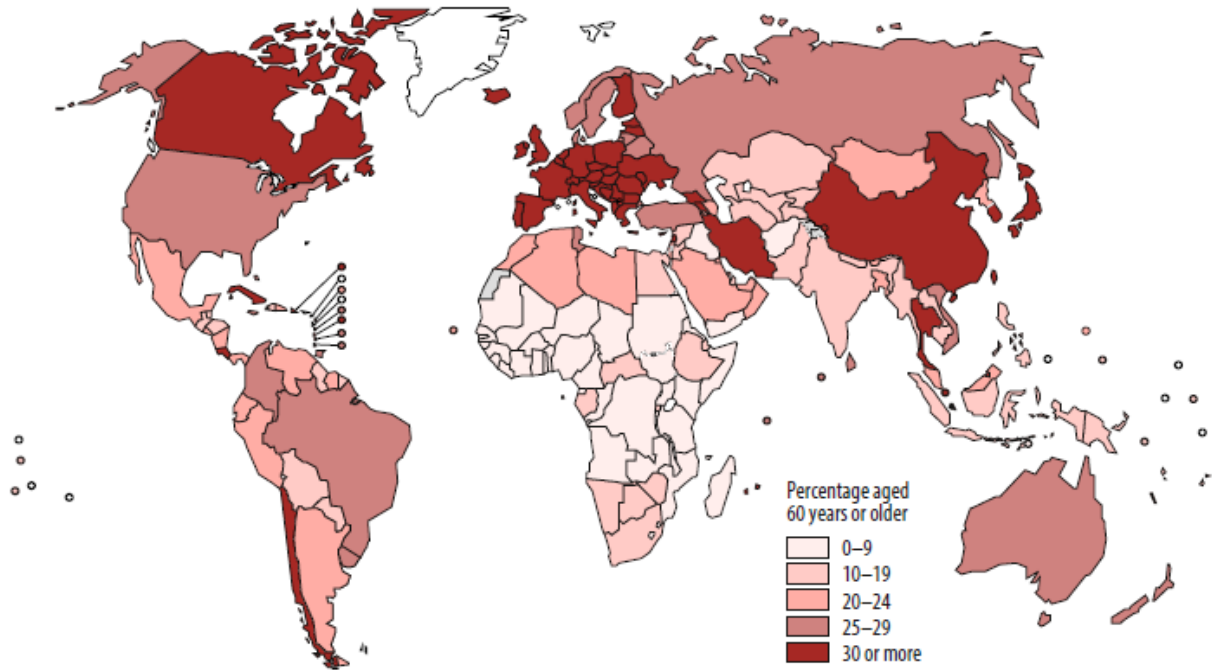
ხანდაზმულ ასაკში სიკვდილის ძირითად მიზეზს არაგადამდები დაავადებები წარმოადგენს, თუმცა ამ მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილი, როგორც წესი, შედარებით ადრე დგება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ვიდრე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა, როგორც დაბალი, ისე საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, გადამდები დაავადებები სიკვდილის მნიშვნელოვან მიზეზად რჩება მთელი სასიცოცხლო ციკლის მანძილზე.

სურათი 2. 60 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი ქვეყნების მიხედვით, 2015





სურათი 3. 60 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი ქვეყნების მიხედვით, 2050 წლისთვის (მოდელირებული)



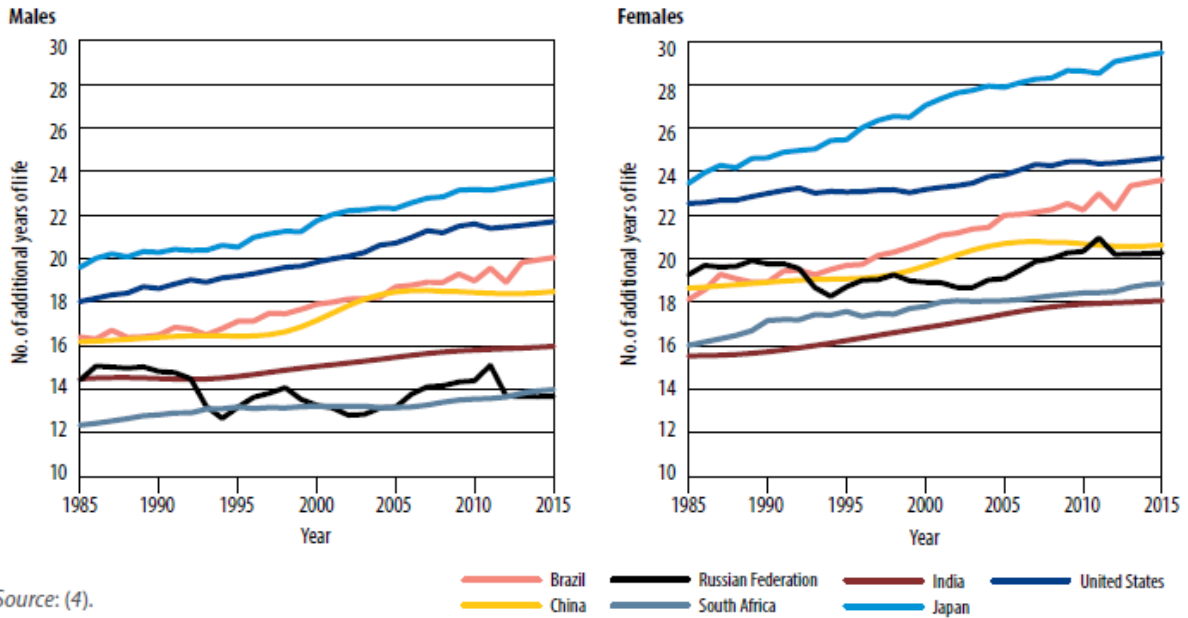
ეს ცვლილებები ნიშნავს, რომ იმისდა მიხედვით, თუ როგორ ვითარდებიან ქვეყნები ეკონომიკურად, სულ უფრო მეტი ადამიანი ცხოვრობს ზრდასრულ ასაკში და ამიტომაც, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას იზრდება. სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის დიდი ნაწილი, რომელსაც მსოფლიოში ვაკვირდებით ბოლო 100 წლის მანძილზე, ასახავს სიკვდილიანობის შემცირებას უფრო ახალგაზრდა ასაკში, ვიდრე ხანდაზმულ ადამიანებში.

ცოტა ხნის წინ, სხვა ტენდენციამ შეუწყო მნიშვნელოვნად ხელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდას, განსაკუთრებით, მაღალი შემოსავლის პირობებში: ეს არის გადარჩენის გაზრდა ხანდაზმულ ასაკში (31) (სურათი 4). ამგვარად, 1985 წელს, 60 წლის ქალს იაპონიაში შეეძლო მოლოდინი ჰქონოდა ეცხოვრა კიდევ 23 წელი. 2015 წელს, მოსალოდნელი ხანგრძლივობა თითქმის 30 წლამდე გაიზარდა. ეს ზრდა შეიძლება ასახავდეს გაუმჯობესებულ სამედიცინო მომსახურებასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივებს.

თუმცა, ამ ზრდის მაჩვენებელი მსოფლიოში მერყეობს. სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა უფროს ასაკში გაცილებით სწრაფი ტემპებით იზრდება მაღალი შემოსავლის

მქონე ქვეყნებში, ვიდრე უფრო მცირე რესურსების ქვეყნებში, გარდა ამისა, ვარირება აღინიშნება კონკრეტული ქვეყნების შიგნით და ქალებსა და მამაკაცებს შორის (სურათი ??).

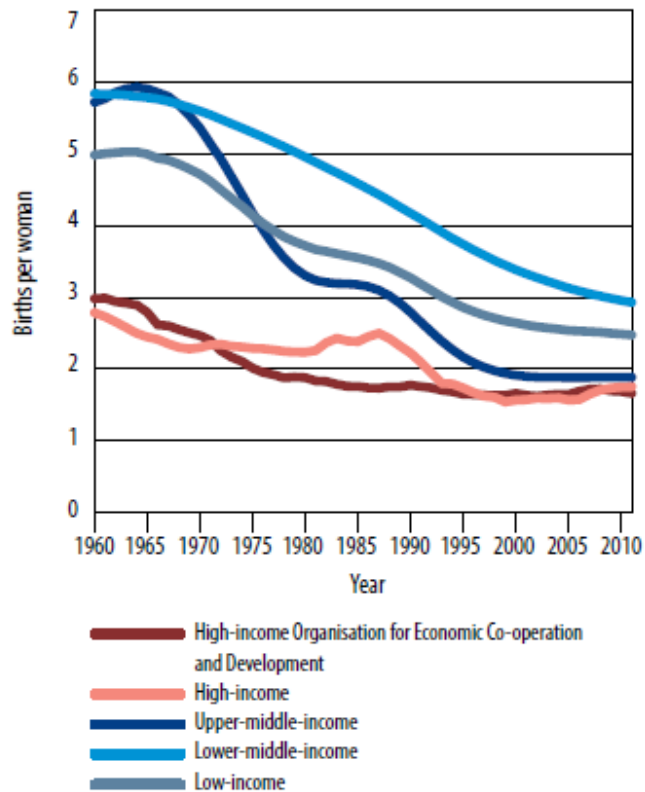
სურათი 4. მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 60 წლის ასაკში სქესის მიხედვით შერჩეულ ქვეყნებში



Source: (4).

პოპულაციის დაბერების მეორე ძირითადი მიზეზი შობადობის შემცირებაა (სურათი 5).

სურათი 5. შობადობის მაჩვენებლები ქვეყნების შემოსავლების მიხედვით



### ჯანმრთელობის მდგომარეობა ხანდაზმულ ასაკში

ასაკი ზრდის ჯანმრთელობის ბევრი დარღვევის განვითარების რისკს და ამან შესაძლოა, მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს შინაგან შესაძლებლობებზე. თუმცა, არასწორი იქნებოდა იმის ფიქრი, რომ დაავადების არსებობა უფროს ასაკში ნიშნავს, რომ პიროვნება ჯანმრთელი აღარ არის (32). ბევრი ხანდაზმული ადამიანი ინარჩუნებს კარგ ფუნქციურ შესაძლებლობებს და კეთილდღეობის მაღალი დონეს განიცდის ორი ან მეტი დაავადების არსებობის მიუხედავად.

ინვალიდობის უდიდესი ტვირთი, შეფასების თანახმად, მომდინარეობს სენსორული დარღვევებისგან (განსაკუთრებით, დაბალი და საშუალოზე დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში), ზურგის და კისრის ტკივილისგან, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებისგან (განსაკუთრებით, დაბალი და საშუალოზე დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში), დეპრესიული დარღვევებიდან, დაცემებისგან, დიაბეტისგან, დემენციისგან (დანსაკუთრებით, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში) და ოსტეოართრიტისგან. დემენციის შედარებით დიდი ტვირთი მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სავარაუდოდ, ნაწილობრივ ასახავს ხანდაზმული ადამიანების საშუალო ასაკს ამ ქვეყნებში და გაცილებით უკეთეს ინფორმირებულობას და ასევე დიაგნოსტიკას ამ მდგომარეობებთან მიმართებაში.

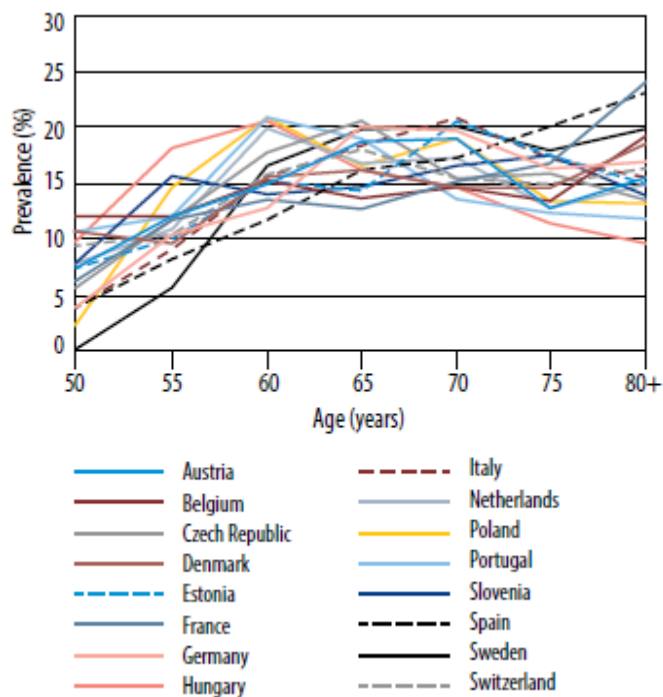


### მულტიმორბიდობა (რამდენიმე დაავადების თანაარსებობა)

ასაკის მატებასთან ერთად ადამიანებს უფრო ხშირად უვითარდებათ რამდენიმე ქრონიკული მდგომარეობა (დაავადების) ერთდროულად. ამან შეიძლება გამოიწვიოს მდგომარეობებს (დაავადებებს) შორის ურთიერთქმედება; ერთ მდგომარეობასა და მკურნალობის რეკომენდაციებს და სხვა მდგომარეობას შორის. შედეგად, მულტიმორბიდობის ზეგავლენა ფუნქციონირებაზე, ცხოვრების ხარისხსა და სიკვდილიანობის რისკზე იმაზე მნიშვნელოვნად დიდი შეიძლება იყოს, ვიდრე ინდივიდუალური ეფექტების ჯამი, რომელსაც შეიძლება მოველოდეთ ამ მდგომარეობებისგან (34). როგორც მოსალოდნელი იყო, მულტიმორბიდობა ასევე დაკავშირებულია ჯანდაცვის (სამედიცინო მომსახურების) გამოყენების უფრო მაღალ მაჩვენებლებთან და უფრო დიდ ხარჯებთან (34).

მიუხედავად იმისა, რომ მულტიმორბიდობის პრევალენტობა ხანდაზმულ ქალებში უფრო მაღალია, ვიდრე ხანდაზმულ მამაკაცებში, ინციდენტობის კვლევამ მსგავსი მაჩვენებლები გამოავლინა ორივე სქესში, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ განსხვავება პრევალენტობაში ასახავს განსხვავებას გადარჩენაში და არა რისკში (35).

სურათი 6. მულტიმორბიდობის პრევალენტობა 50 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობაში ქვეყნების მიხედვით, 2010-2011



### ჯანმრთელობის სხვა რთული პრობლემები ხანდაზმულ ასაკში

ხანდაზმული ასაკი ასევე ხასიათდება ჯანმრთელობის რამდენიმე რთული მდგომარეობის გაჩენით, რომლებსაც აქვთ ტენდენცია თავი იჩინონ მხოლოდ მოგვიანებით და რომლებიც არ

ხვდებიან დაავადებების ცალკე კატეგორიებში. ისინი ფართოდ ცნობილია როგორც გერიატრიული სინდრომები (36). ისინი ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენენ მრავალი ფაქტორის და ორგანოთა მრავალი სისტემის დაზიანების შედეგს და პაციენტის ჩვილები შეიძლება არ ასახავდეს პათოლოგიურ მდგომარეობას, რომელიც მათ უდევს საფუძვლად (37). მაგალითად, ხანდაზმულმა ადამიანმა შეიძლება გამოავლინოს მწვავე კოგნიტური ვარდნა ან დელირია, მაგრამ ეს შეიძლება იყოს შედეგი საფუძვლად მდებარე მიზეზებისა, ისეთივე მრავალფეროვნის, როგორც ინფექცია ან ელექტროლიტური დარღვევაა. ანალოგიურად, დავარდნა შეიძლება მრავალი ძირითადი მახასიათებლის შედეგი იყოს, მათ შორის, წამლების ურთიერთქმედების, გარემო ფაქტორების და კუნთების სისუსტის.

### **შარდის შეუკავებლობა**

შარდის შეუკავებლობა (ანუ უნებლიე შარდვა, დაკავშირებული გადაუდებლობასთან ან ძალისხმევასთან, ფიზიკურ დამაბვასთან, ცემინებასთან ან ხველასთან) წარმოადგენს უყურადღებოდ დატოვებულ (უფულვებელყოფილ, დავიწყებულ) პრობლემას ხანდაზმულ ადამიანებში და მოვლის საჭიროების ძლიერ პრედიქტორს (38, 39). შარდის შეუკავებლობა ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ დარღვევას წარმოადგენს ხანდაზმულ ასაკში, რომლის პრევალენტობა ასაკთან ერთად იზრდება და გაცილებით მაღალია ქალებში მამაკაცებთან შედარებით, ყველა ასაკობრივ ჯგუფში (40).

### **დაცემები**

დაცემა ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემაა ხანდაზმულ ადამიანებში (41). სხვადასხვა მიმოხილვებისა და მეტა-ანალიზების თანახმად 65 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების 30% (42-51) და 85 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების 50% მინიმუმ ერთხელ მაინც ეცემიან წელიწადში. მთლიანობაში, მნიშვნელოვანი ტრავმები თავს იჩენს დაცემების 4-15%-ში და ტრავმასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის 23-40% ხანდაზმულ ადამიანებში დაცემებით არის გამოწვეული (43, 46, 47). დაცემები, ფაქტობრივად, მოტეხილობების ძირითად რისკ ფაქტორს წარმოადგენს და უფრო მნიშვნელოვანიც კი არის, ვიდრე ძვლის მინერალური სიმკვრივის შემცირება ან ოსტეოპოროზი (მცირე-ტრავმული მოტეხილობების 80% ხდება ადამიანებში, რომლებსაც არა აქვთ ოსტეოპოროზი, ხოლო ბარძაყის ძვლის მოტეხილობების 95% დაცემებით არის გამოწვეული) (46, 52).

### **ფუნქციური შესაძლებლობების მნიშვნელოვანი დაკარგვა და მოვლაზე დამოკიდებულება**

სიტყვა „დამოკიდებულება“ ფართოდ გამოიყენება დაბერებასთან დაკავშირებით, თუმცა არავითარი შეთანხმება არ არსებობს იმაზე, თუ რას ნიშნავს რეალურად ეს ტერმინი და დადებითი მდგომარეობაა ის თუ უარყოფითი (53). ამგვარად, მართალია, ეკონომიკურ დისკუსიებში (განხილვებში) სიბერეზე დამოკიდებულება, ზოგადად, წარმოჩინდება როგორც უარყოფითი მდგომარეობა, რომელიც იწვევს სარგებლის გადასვლას უფრო ახალგაზრდა,

სავარაუდოდ, უფრო პროდუქტიული თაობებიდან ხანდაზმულებზე, სხვები ვარაუდობენ, რომ ურთიერთობა ახალგაზრდა და უფროსს თაობებს შორის უკეთესად კონცეპტუალიზდება როგორც ორმხრივი ურთიერთდამოკიდებულება (54-56). ბევრ აზიურ და სხვა კულტურებში ეს ურთიერთდამოკიდებულება განიხილება როგორც ფუნდამენტალური სოციალური სიკეთე (57).

ჯანმოს განმარტებით სიცოცხლის ხუთ ძირითად ყოველდღიური აქტივობას მიეკუთვნება ჭამა, ბანაობა, ჩაცმა, საწოლში დაწოლა და ადგომა, ტუალეტის გამოყენება. ქვეყნებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება აღინიშნება იმ ადამიანების პროცენტულ რაოდენობებში, რომლებიც საჭიროებენ დახმარებას მინიმუმ ერთი ძირითადი აქტივობის შესასრულებლად. ის ასევე ძლიერ კორელაციაშია ასაკთან - 65-დან 74 წლამდე ასაკის პირები გაცილებით ნაკლებ საჭიროებას განიცდიან დახმარებაში, ვიდრე 75 წლის და უფროსი ასაკის პირები.

### სასტიკი მოპყრობა ხანდაზმული ადამიანების მიმართ

ხანდაზმულები ხშირად განიცდიან სხვადასხვა სახის სასტიკ მოპყრობას იმ ადამიანების მხრიდან, რომლებსაც ისინი ენდობიან, მნიშვნელოვანი, ხანგრძლივი შედეგებით. ეს არის სასტიკი მოპყრობა ხანდაზმული ადამიანებისადმი: „ერთი ან განმეორებითი ქმედება, ან შესაბამისი ქმედების არარსებობა, მომხდარი ნებისმიერ ურთიერთობაში, სადაც არსებობს ნდობის მოლოდინი, რომელიც ზიანს ან ტანჯვას აყენებს ხანდაზმულ ადამიანს“ (58).

ხანდაზმული ადამიანების მიმართ სასტიკ მოპყრობას მრავალი ფორმა აქვს, მათ შორის, ფიზიკური, სექსუალური, ფსიქოლოგიური, ასევე ფინანსური და მატერიალური ძალადობა, მიტოვება, უგულვებლყოფა და ღირსებისა და პატივისცემის მნიშვნელოვანი დაკარგვა. ეს ხდება როგორც მოვლის კონტექსტში, ისე მის გარეთ - მაგალითად, მაღალი ფუნქციონალური შესაძლებლობის მქონე ორ მეუღლეს შორის, ან ზრდასრულ შვილზე, რომელიც დამოკიდებულია უფროს პიროვნებაზე საცხოვრებლისა და ფინანსური უსაფრთხოების კუთხით (59). მაგრამ ეს განსხვავდება პიროვნებათშორისი ძალადობისგან (ისეთი როგორიცაა საზოგადოებაში მომხდარი ძალადობრივი დანაშაული), რომელიც არ არის დაკავშირებული ახლო ურთიერთობებთან.

### დასკვნა

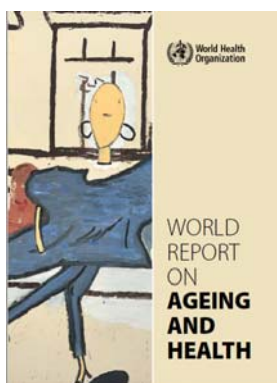
ფუნქციონალური შესაძლებლობების უზრუნველყოფა ხანდაზმულ ადამიანებში მნიშვნელოვანია მოსახლეობის დაბერების პრობლემის გადაწყვეტისთვის. ყველა ქვეყნისთვის რელევანტურს წარმოადგენს ხანდაზმული ადამიანების შესაძლებლობების განხილვა, რომელშიც ხაზი ესმება პირად და გარემო (ეკოლოგიურ) რესურსებს, ასევე შიდა შესაძლებლობებს. მოქმედების პრიორიტეტები სხვადასხვა იქნება და ქვეყნებს დასჭირდებათ ქმედებების ადაპტირება თავიანთ სპეციფიურ მოთხოვნებთან მიმართებაში, მაგრამ

ხანდაზმულ ადამიანებსა და მათ გარემოს შორის შესაბამისობის გაუმჯობესება საყოველთაოდ მიღწევადია.

სასწრაფოდ საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომპლექსური ქმედება დაბერების პრობლემებთან მიმართებაში. მიუხედავად ცოდნაში არსებული მნიშვნელოვანი ნაკლოვანებებისა, ჩვენ საკმარისი მტკიცებულება გვაქვს იმისთვის, რომ ვიმოქმედოთ ახლა და არსებობს რაღაც, რისი გაკეთებაც ყველა ქვეყანას შეუძლია მისი ამჟამინდელი სიტუაციის ან განვითარების დონის მიუხედავად.

სოციალური პასუხი მოსახლეობის დაბერებაზე მოითხოვს ჯანდაცვის სისტემების ტრანსფორმაციას, რომელიც შორდება დაავადებაზე დაფუძნებულ მკურნალობის მოდელებს და მიემართება ხანდაზმულ-ადამიანებზე-ცენტრალიზებული და ინტეგრირებული მოვლის უზრუნველყოფისკენ. ეს მოითხოვს გრძელვადიანი მოვლის კომპლექსური სისტემების განვითარებას (ზოგჯერ არაფრისგან); და ამისთვის საჭირო იქნება კოორდინირებული პასუხი ბევრი სხვა სექტორიდან და ხელისუფლების სხვადასხვა დონეებიდან. ის უნდა დაეფუძნოს დაბერების შესახებ ჩვენი გაგების (წარმოდგენის) ფუნდამენტალურ ცვლილებას იმ მიმართულებით, რომელიც ითვალისწინებს ხანდაზმული მოსახლეობის მრავალფეროვნებას და პასუხს სცემს უთანასწოებებს, რომლებიც ხშირად საფუძვლად უდევს დაბერებას. ამისთვის საჭირო იქნება ხანდაზმული მოსახლეობის ჯანმრთელობის და ფუნქციონირების მონიტორინგისა და გაზომვის უკეთესი საშუალებების გამოყენება.

მიუხედავად იმისა, რომ ეს ქმედებები აუცილებლად მოითხოვს რესურსებს, ისინი, სავარაუდოდ, საზოგადოების საიმედო ინვესტიცია იქნება მომავალში: მომავალი, რომელიც ხანდაზმულ ადამიანებს აძლევს თავისუფლებას იცხოვრონ ისეთი ცხოვრებით, როგორსაც წინა თაობები ვერასოდეს წარმოიდგენდნენ.



## სპეციალური ტერმინოლოგიის განმარტებები

### აქტიური დაბერება

ჯანმრთელობის, აქტივობისა და თავდაცვის თვალსაზრისით შესაძლებლობების ოპტიმიზაციის პროცესი, რათა გაიზარდოს სიცოცხლის ხარისხი ასაკის მატებასთან ერთად

### სიცოცხლის ყოველდღიური აქტივობები

ძირითადი აქტივობები, რომელიც ყოველდღიურადაა საჭიროა: ბანაობა, შხაპის მიღება, ჩაცმა, ჭამა, დაწოლა ან ადგომა საწოლიდან, სვამიდან, საპირფარეოს გამოყენება, სახლში გადაადგილება და ა.შ.

### აქტივობა

მოქმედებისა თუ ამოცანის შესრულება ინდივიდის მიერ

### ასაკი (ქრონოლოგიური)

დრო, რომელიც იცხოვრა ინდივიდმა დაბადებიდან

### ასაკისადმი მეგობრულად განწყობილი (Age-friendly) ქალაქები და საზოგადოება

ქალაქი ან საზოგადოება, რომელიც ხელს უწყობს ჯანმრთელ და აქტიურ დაბერებას

### ასაკისადმი მეგობრულად განწყობილი (Age-friendly) გარემოები

გარემო (მაგალითად, სახლში ან საზოგადოებაში), რომელიც ხელს უწყობს ჯანმრთელ და აქტიურ დაბერებას სასიცოცხლო ციკლის მანძილზე უნარების განვითარებისა და შენარჩუნების გზით და განაპირობებს ფუნქციური უნარების მაქსიმალურ გამოვლენას.

### დაბერება

ბიოლოგიურად, დაბერებას სიცოცხლის მანძილზე დიდი რაოდენობით დაზიანებული მოლეკულებისა და უჯრედების დაგროვება იწვევს

### დაბერება სწორ ადგილას

„დაბერება სწორ ადგილას“ არის შესაძლებლობა ნებისმიერმა ადამიანმა იცხოვროს საკუთარ სახლში და საზოგადოებაში უსაფრთხოდ, დამოუკიდებლად და კომფორტულად, ასაკის, შემოსავლის ან შესაძლებლობების დონის მიუხედავად. კონცეპცია - „დაბერება სწორ ადგილას“ გულისხმობს იმ პირობებში ცხოვრებას, რომელიც ახლოსაა პიროვნების მოთხოვნებთან; ის შესაძლოა იყოს ან არ იყოს საკუთარი სახლი.

### დისკრიმინაცია ადამიანის ასაკის საფუძველზე

ინდივიდებისა და ჯგუფების შევიწროება მათი ასაკის საფუძველზე, რომელსაც შეიძლება მრავალი ფორმა ჰქონდეს, დამოკიდებულების, შევიწროების, ან ინსტიტუციონალური პოლიტიკის ჩათვლით.

### დამხმარე ტექნოლოგიები (ან ჯანრთელობისთვის დამხმარე ტექნოლოგიები)

ნებისმიერი მოწყობილობა, რომელიც შექმნილია ან ადაპტირებულია, რათა დაეხმაროს ადამიანს შეასრულოს რაიმე ამოცანა; პროდუქცია შეიძლება იყოს ყველასთვის ხელმისაწვდომი ან სპეციალურად შექმნილი განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ადამიანებისთვის; დამხმარე ტექნოლოგიების/ მოწყობილობების მიზანია რომ შეინარჩუნოს ან გააუმჯობესოს ინდივიდების ფუნქციონირება და ხელი შეუწყოს მათ კეთილდღეობას

### **ბარიერები**

ადამიანის გარშემო არსებული ფაქტორები, რომელიც ზღუდავს ფუნქციურ შესაძლებლობებს მათი არარსებობის ან არსებობის დროს

### **შექმნილი გარემო**

შენობა-ნაგებობები, გზები, სახლები, პარკები და ადამიანის მიერ შექმნილი სხვა პუნქტები, რომელიც აყალიბებს საზოგადოების ფიზიკურ მახასიათებლებს

### **მზრუნველობაზე დამოკიდებული (Care dependence)**

მდგომარეობა, როდესაც ფუნქციური შესაძლებლობები დაქვეითებულია და ინდივიდს დამხმარის გარეშე არ შესწევს უნარი შეასრულოს ყოველდღიური ცხოვრებისთვის საჭირო ამოცანები

### **მომვლელი (მზრუნველი)**

ადამიანი, რომელიც ზრუნავს და მხარს უჭერს სხვა ადამიანს; მხარდაჭერა შეიძლება მოიცავდეს:

- დახმარებას თავის მოვლაში, საყოფაცხოვრებო ამოცანის შესრულებაში, გადაადგილებაში, სოციალურ და სხვა სახის აქტივობებში
- ინფორმაციებისა და რჩევის შეთავაზებას, ემოციურ მხარდაჭერას, ადვოკატირებას, გადაწყვეტილების მიღებაში ჩართვას და სხვ.
- სერვისების შეთავაზებას და ჩართვას სხვადასხვა აქტივობებში.

მზრუნველი შეიძლება იყოს ოჯახის წევრი, მეგობარი, მეზობელი, მოხალისე, დაქირავებული და სამედიცინო დარგის მუშაკი

### **შემთხვევის მართვა**

ინდივიდის ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისად სერვისის ერთობლივი დაგეგმარების პროცესი, ინდივიდსა და სერვისების მიწოდებელს შორის კომუნიკაციის და რესურსების კოორდინაციის გზით

### **ქრონიკული მდგომარეობა**

დაავადება, დაზიანება ან ტრავმა, რომელიც მუდმივია ან ხანგრძლივი ეფექტი გააჩნია

### **ყოვლისმომცველი გერიატრიული შეფასება**

მოხუცი ადამიანის მრავალმხრივი გამოკვლევა რომელიც შეიცავს სამედიცინო, ფიზიკურ, შემეცნებით, სოციალურ და სულიერ კომპონენტებს; შეიძლება ასევე შეიცავდეს სტანდარტულ გამოკვლევებსა და ინტერდისციპლინურ ჯგუფს, რომ მხარი დაუჭიროს ამ პროცესს



## **უუნარობა**

მწყობრიდან გამოსვლა „ქოლგისებურად“, აქტივობის და ჩართულობის შეზღუდვა, რომელიც განაპირობებს ინდივიდთა შორის ურთიერთდამოკიდებულების (გამოწვეული ჯანმრთელობის პრობლემებით) და კონტექსტუალურ ფაქტორების (გარემო და პერსონალური ფაქტორები) ნეგატიური ასპექტებს.

## **ასაკოვნების შევიწროება**

ერთი ან მრავალჯერადი აქტი, ან ნაკლებად ადექვატური მოქმედება, რომელიც ხორციელდება ნებისმიერი ურთიერთობის ფარგლებში, სადაც ნდობის მოლოდინი იყო; მსგავსი დამოკიდებულება ტკივილს და დისტრესს აყენებს უფროსი ასაკის ადამიანებს.

## **გარემოებები**

გარე სამყაროს ყველა ფაქტორი, რომელიც ინდივიდის ცხოვრების არსს აყალიბებს. გარემო ფაქტორებს მიეკუთვნება: სახლი, საზოგადოება და უფრო დიდი სოციალური. ამ გარემოებებში ფაქტორთა ერთობლიობაა, მაგალითად, ადამიანები და მათი ურთიერთობები, დამოკიდებულება და ღირებულებები, ჯანმრთელობა და სოციალური პოლისები, სისტემები და სერვისები.

## **კურატორები, ფასილიტატორები**

ფაქტორები, რომლებიც ადამიანის გარშემო მათი არსებობის და არარსებობისას აუმჯობესებს ფუნქციონალურ შესაძლებლობას; ასეთი ფაქტორები მოიცავს ფიზიკურ გარემოს, რომელიც ხელმისაწვდომია, დამხმარე ტექნოლოგიებს და პოზიტიურ დამოკიდებულებას უფროსი ადამიანების მიმართ, ასევე სერვისები, სისტემები და პოლისები, რომელთა მიზანია, გაზარდოს ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა ჩართულობა ცხოვრების ყველა სფეროში. ფაქტორის არარსებობა ასევე შეიძლება იყოს შუამავალი (ფასილიტატორი) - მაგალითად, სტიგმის ან ნეგატიური დამოკიდებულების არარსებობა. ფასილიტატორმა შეიძლება შეამსუბუქოს პიროვნების შეზღუდულობა, რადგან მისი (ფასილიტატორის) მხარდაჭერით აქტივობის შესრულების უნარი იზრდება ადამიანის ფიზიკური შესაძლებლობების მიუხედავად.

## **ფუნქციური შესაძლებლობა**

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ატრიბუტები, რომელიც ადამიანებს საშუალებას აძლევს თავიანთი ღირებულებების შესაბამისად იცხოვრონ და იმოქმედონ; ის შექმნილია ინდივიდის შესაძლებლობების, გარემოს მართებული მახასიათებლებისა და ინდივიდებს შორის ურთიერთზემოქმედების გზით.

## **ფუნქციონირება**

სხეულის აქტივობებისა და ჩართულობის „ქოლგისებრი“ მახასიათებელი. იგი ინდივიდუალურ (ჯანმრთელობის მდგომარეობა) და ინდივიდის კონტექსტუალურ ფაქტორებს შორის (გარემო და პერსონალური ფაქტორები) პოზიტიურ ასპექტებს გამოხატავს.

## **გერიატრიული სინდრომები**

ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობა, რომელიც მიდრეკილია, რომ გამოვლინდეს გვიან და არ იყოფა კატეგორიულად; ის ხშირად მრავლობითი ფაქტორებისა და სხვადასხვა ორგანოთა სისტემებში ერთდროულად არსებული დისფუნქციის შედეგია

### **გერიატრია**

მედიცინის სპეციალიზებული განშტოება ასაკოვნების ჯანმრთელობისა და დაავადების, მათი ადექვატური ზრუნვისა და მომსახურების თვალსაზრისით

### **გერონტოლოგია**

დაბერების პროცესის სოციალური, ფსიქოლოგიური და ბიოლოგიური ასპექტების შესწავლა

### **ჯანმრთელობა**

ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობა და არა, უბრალოდ, დაავადების თუ შრომის უუნარობის არარსებობა

### **ჯანმრთელობის მახასიათებლები**

ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები, ფიზიოლოგიური რისკის ფაქტორები (მაგალითად, მაღალი წნევა), დაავადებები, ტრამვები, ჰომეოსტაზური ცვლილებები და გაფართოებული გერიატრიული სინდრომები; ამ მახასიათებლებს შორის კავშირი ადამიანის შიდა ფუნქციონალურ აქტივობას განსაზღვრავს

### **ჯანმრთელობის მდგომარეობა**

მწვავე ან ქრონიკული დაავადება, დარღვევა, დაზიანება ან ტრავმა

### **უთანასწორობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მხრივ**

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მხრივ განსხვავებები, რომელიც ვლინდება ინდივისა ან ჯგუფს შორის, ან უფრო ფორმალურად, ტოტალური ინდივიდუალური ვარიაციები პოპულაციაში, რომელის გამომწვევ მიზეზად განსხვავებული სოციოეკონომიკურ სტატუსი ან სხვა დემოგრაფიული მახასიათებლები მიიჩნევა

### **ჯანმრთელობის ხელშეწყობა**

აქტივობები, რომელიც ადამიანებს საშუალებას აძლევს, რომ გაზარდონ კონტროლი და გაიუმჯობესონ ჯანმრთელობა

### **ჯანმრთელად დაბერება**

განვითარების და ფუნქციონალური შესაძლებლობების შენარჩუნების პროცესი, რომელიც მოხუცებულობის პერიოდის კეთილდღეობის გარანტია

### **სახლის სახეცვლილება**

გარდაქმნები ან ადაპტაცია, რომელიც სახლში არსებული მუდმივი ფიზიკური მახასიათებლების მიმართ ხორციელდება, დაცვის, ფიზიკური ხელმისაწვდომობისა და კომფორტის გაუმჯობესების მიზნით

### **არაფორმალური ზრუნვა**

ზრუნვა ანაზღაურების გარეშე, რომელიც უზრუნველყოფილია ოჯახის წევრის, მეგობრის, მეზობლის, ან მოხალისის მიერ

### **ინსტიტუციონალური ზრუნვა**

გრძელვადიან ზრუნვა, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ცენტრებს თემის დონეზე, საცხოვრებელ პირობებს, სახლში საექთნო მომსახურებას, ჰოსპიტლებსა და ჯანმრთელობის სხვა დაწესებულებებს.

### **ინსტრუმენტალური აქტივობა ყოველდღიურ ცხოვრებაში**

აქტუობები, რომელიც ხელს უწყობს დამოუკიდებელ ცხოვრებას, მაგალითად, ტელეფონის გამოყენება, წამლების მიღება, ფულის მართვა, საყიდლებზე სიარული, საჭმლის მომზადება, რუქის გამოყენება და სხვ.

### **ერთიანი ჯანმრთელობის სერვისი**

ინტეგრირებული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება და მართვა ხელს უწყობს, რათა მოსახლეობამ მიიღოს უწყვეტი სერვისები ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, დიაგნოზის, მკურნალობის, დაავადების მართვის, რეაბილიტაციის და პალიატიური მზრუნველობის თვალსაზრისით სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონესა და ადგილზე და ამასთან, სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება ადამიანთა საჭიროებების მიხედვით მთელი სასიცოცხლო კურსის მანძილზე

### **ფუნქციონირების, შრომის უუნარობისა და ჯანმრთელობის საერთაშორისო კლასიფიკაცია**

ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობის კლასიფიკაცია, რომელიც სხეულის ფუნქციონირებას, სტრუქტურას, აქტივობასა და მონაწილეობას აღწერს.

### **ბუნებრივი (შიდა ფუნქციონალური) შესაძლებლობები**

ფიზიკური და მენტალური შესაძლებლობების ერთობლიობა, რომელიც ინდივიდმა შეიძლება მართოს

### **სასიცოცხლო-კურსი**

ძირითადი ბიოლოგიური, ქცევითი და ფსიქოლოგიური პროცესები, რომლებიც ფუნქციონირებს სასიცოცხლო ციკლის მანძილზე, რომელიც დამოკიდებულია ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე და გარემოზე, სადაც ჩვენ ვცხოვრობთ

### **სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (60 წლის ასაკში)**

წლების საშუალო რაოდენობა, რომელიც მოსალოდნელია, რომ იცხოვროს 60 წლის ასაკის ადამიანმა

### **სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (დაბადებისას)**

წლების საშუალო რაოდენობა, რომელიც მოსალოდნელია, რომ იცხოვროს ახალშობილმა

### **სიცოცხლის ხანგრძლივობა**

ადამიანის სიცოცხლის წლების საერთო რაოდენობა

### **ხანგრძლივი ზრუნვა**

პიროვნების მიერ ადამიანური კეთილშობილებით შესრულებული სხვადასხვა აქტივობა, რათა უზრუნველყოს მნიშვნელოვანი დანაკარგის ან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ფუნქციონალური აქტივობა ისე, რომ დაცული იყოს მათი უფლებები და ფუნდამენტალური თავისუფლებები.

### **დაავადებების თანაგანვითარება (multi morbidity)**

ორი ან მეტი ქრონიკული მდგომარეობის გამოვლენა ერთ ადამიანში

### **არაგადამდები დაავადებები**

დაავადებები, რომლებიც არ გადაეცემა ერთი ადამიანიდან მეორეს; ოთხ ძირითად არაგადამდებ დაავადებას მიეკუთვნება - გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, ქრონიკული რესპირატორული და შაქრიანი დიაბეტი

### **უფროსი ადამიანი**

ადამიანი, რომელს ასაკმაც გადააჭარბა მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მედიანას

### **ნაღდი ფულით (ჯიბიდან) გადახდილი დანახარჯი**

გადახდა საქონელისთვის ან მომსახურებისთვის, რომელიც შეიცავს: (1) პირდაპირ გადახდას, როგორცაა გადახდა საქონელისათვის ან მომსახურებისათვის, რომელიც არ იფარება დაზღვევით; (2) ხარჯების განაწილება - რომელიც არის უზრუნველყოფილი ჯანმრთელობის დაზღვევის ან მესამე პირის მიერ, თუმცა თანხის ნაწილი გადახდილი უნდა იყოს იმ პირის მიერ, რომელსაც მიეწოდა მომსახურება; (3) არაფორმალური გადახდა, როგორცაა არაოფიციალური გადახდა საქონელისთვის ან მომსახურებისათვის, რომელიც ანაზღაურებული იქნება მოგვიანებით

### **მონაწილეობის მიღება**

ინდივიდის ჩართულობა ცხოვრების სხვადასხვა სიტუაციაში, რაც ფუნქციონირების სოციალურ მხარეს წარმოადგენს

### **ხალხზე ორიენტირებული მომსახურებები**

ზრუნვის მეთოდი, რომელიც ადაპტირებულია ინდივიდის, ოჯახისა და საზოგადოების პერსპექტივებთან. სამედიცინო მომსახურების სისტემები რეაგირებს ადამიანთა საჭიროებასა და მოთხოვნებზე პიროვნულ და გლობალურ დონეზე.

### **ადამიანისა და გარემოს ურთიერთთავსებადობა**

ადამიანსა და გარემოს შორის ურთიერთობა; გარემოსა და ადამიანს შორის ურთიერთობა ითხოვს: (1) ადამიანის (ინდივიდის ჯანმრთელობები და შესაძლებლობები), მისი სოციალური საჭიროებებისა და რესურსების გათვალისწინებას, (2) იმის გაცნობიერებას, რომ ურთიერთობა არის დინამიური და ინტერაქტიული, (3) იმ ცვლილებებზე ყურადღების მიქცევას, რომელიც განუწყვეტლივ ვლინდება ადამიანებსა და მათ გარემომცველ სამყაროში

### **ბევრი სამკურნალო საშუალების ერთდროულად დანიშვნა (polypharmacy)**

სხვადასხვა წამლის ერთდროულად მიღება ერთი პაციენტის მიერ

### **პოპულაციის დაბერება**

პოპულაციის სტრუქტურის ცვლილება, სადაც ასაკოვანი ხალხის პროპორცია საერთო პოპულაციაში იზრდება

### **გონივრული საცხოვრებელი**

საცხოვრებლის საჭირო და ადეკვატური მოდიფიკაცია და რეგულირება, რათა მოხდეს შეზღუდული ფუნქციური შესაძლებლობის მქონე მოხუცი ადამიანების უზრუნველყოფა და მათი ჩართვა და ფუნდამენტალური თავისუფლების აღქმა სხვა ადამიანების მსგავსად

### **რეალიზილიტაცია**

ლონისძიებების ერთობლიობა, რომლის მიზანია ინდივიდებს, რომლებიც არიან ან მომავალში ემუქრებათ შრომის უუნარობა, დაეხმაროს, რათა მიღწეული იყოს ოპტიმალური ფუნქციონირება გარემოსთან ურთიერთობის თვალსაზრისით

### **საკუთარ თავზე ზრუნვა**

აქტივობები, რომელიც ხორციელდება ინდივიდების მიერ, რათა ხელი შეუწყონ და შეინარჩუნონ ჯანმრთელობა, საჭიროების შემთხვევაში იმკურნალონ და იზრუნონ საკუთარ თავზე, ასევე მიიღონ გადაწყვეტილება საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ

### **სოციალური მომსახურება**

ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებში დახმარება (ისეთი, როგორცაა პერსონალური ზრუნვა, სახლის მართვა)

### **საზოგადოებრივი ქსელი**

ინდივიდების ერთობლიობა, მეგობრობა ან სოციალური კავშირები

### **სოციალური დაცვა**

პროგრამები დანაკარგის შემცირებისთვის, რომელიც გამოწვეულია სიღარიბის, უმუშევრობის, დაბერების და უუნარობის შედეგად

### **სოციალური უსაფრთხოება**

მოიცავს ყველა სახის სარგებელს, როგორცაა ფულადი, ასევე ნატურით დახმარება, რათა შენარჩუნდეს სოციალური უსაფრთხოება

### **უნივერსალური დიზაინი**

გარემოს დიზაინი, პროდუქტები და სისტემები, რომელიც შესაძლოა გამოიყენებული იყოს ყველა ადამიანის მიერ ადაპტაციის გარეშე

### **კეთილდღეობა**

ზოგადი მდგომარეობა, რომელიც ადამიანის სიცოცხლის ძირითად მახასიათებლებს მოიცავს ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების ჩათვლით, რომელსაც „კარგ ცხოვრებას“ ვუწოდებთ.

მეტი ინფორმაციისთვის მიმართეთ:

<http://www.who.int/ageing>

### **გამოყენებული ლიტერატურა**

1. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012:4–13.
2. ([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf), accessed 24 July 2017).
3. Baera B, Bhushan A, Abou Taleb H, Vasquez J, Thomas R, Ferguson L. The right to health of older people. Gerontologist. 2016 (In press).
4. Doron I, Apter I. The debate around the need for an international convention on the rights of older persons. Gerontologist. 2010 Oct;50(5):586–93.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq016> PMID: 20185521
5. Kalache A. Human rights in older age. In: Beard JS, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012:8992.([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf), accessed 4 June 2015).



6. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>, accessed 20 July 2015).
7. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 ([http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf), accessed 4 June 2015).
8. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
9. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):563–75.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158
10. Overview of available policies and legislation, data and research, and institutional arrangements relating to older persons – progress since Madrid. New York: United Nations Population Fund, Help Age International; 2011 ([http://www.ctc-health.org.cn/file/Older\\_Persons\\_Report.pdf](http://www.ctc-health.org.cn/file/Older_Persons_Report.pdf), accessed 4 June 2015).
11. Sustainable development. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, accessed 17 June 2015).
12. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 ([http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf), accessed 4 June 2015).
13. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. *Age Ageing*. 2014 Sep;43(5):731.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536
14. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5205> PMID: 22945950
15. Beard JR, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev*. 2011;32(2):427–50.
16. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875
17. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
18. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003> PMID: 21402176

19. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug;60(8):1487–92. PMID: 22881367
20. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009 Apr;5(4):210–20. PMID: 19347026
21. Kheirbek RE, Alemi F, Citron BA, Afaq MA, Wu H, Fletcher RD. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure. *J Palliat Med.* 2013 May;16(5):478–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0510> PMID: 23545095
22. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczky M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res.* 2008 Aug;11(4):829–36. PMID: 18729815
23. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law.* 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
24. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
25. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community.* 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
26. Beard J, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev.* 2011;32(2):427–50.
27. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? *Australas J Ageing.* 2004;23(3):115–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>
28. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, Riedel-Heller SG, et al. Indicators for healthy ageing—a debate. *Int J Environ Res Public Health.* 2013 Dec;10(12):6630–44. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10126630> PMID: 24317381
29. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful aging as a continuum of functional independence: lessons from physical disability models of aging. *Ageing Dis.* 2012 Feb;3(1):5–15. PMID: 22500268
30. Lara J, Godfrey A, Evans E, Heaven B, Brown LJ, Barron E, et al. Towards measurement of the Healthy Ageing Phenotype in lifestylebased intervention studies. *Maturitas.* 2013 Oct;76(2):189–99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.007> PMID: 23932426
31. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012 Jun;67(7):783–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glr234> PMID: 22367432
32. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet.* 2009 Oct 3;374(9696):1196–208. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID: 19801098

33. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875
34. Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en), accessed 24 July 2015).
35. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9. [http://www.goldcopd.it/gruppi\\_lavoro/2013/ageingmultimorbidityreview2011.pdf](http://www.goldcopd.it/gruppi_lavoro/2013/ageingmultimorbidityreview2011.pdf) Available from: accessed August 17 2015). PMID: 21402176
36. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006413. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413> PMID: 25649210
37. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007 May;55(5):780–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x> PMID: 17493201
38. Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb;39(2):117–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01612.x> PMID: 1991942
39. Yuan HB, Williams BA, Liu M. Attitudes toward urinary incontinence among community nurses and community-dwelling older people. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011 Mar-Apr;38(2):184–9. PMID: 21326113
40. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052> PMID: 11857671
41. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*. 2014 Jan;65(1):79–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031> PMID: 24007713
42. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist*. 2016. (In press).
43. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar 20;328(7441):680. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680> PMID: 15031239

44. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (2):CD007146. PMID: 19370674
45. Hoops ML, Rosenblatt NJ, Hurt CP, Crenshaw J, Grabiner MD. Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? *Womens Health (Lond Engl).* 2012 Nov;8(6):685–96, quiz 697–8. doi: <http://dx.doi.org/10.2217/whe.12.53> PMID: 23181533
46. Dhital A, Pey T, Stanford MR. Visual loss and falls: a review. *Eye (Lond).* 2010 Sep;24(9):1437–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2010.60> PMID: 20448666
47. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelov T, Rosengren BE. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int.* 2013 Mar;24(3):747–62. PMID: 23296743
48. Lee WK, Kong KA, Park H. Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. *J Prev Med Public Health.* 2012 Sep;45(5):283–90. PMID: 23091653
49. Mager DR. Orthostatic hypotension: pathophysiology, problems, and prevention. *Home Healthc Nurse.* 2012 Oct;30(9):525–30, quiz 530–2. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0b013e31826a6805> PMID: 23026987
50. Shaw BH, Claydon VE. The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults. *Clin Auton Res.* 2014 Feb;24(1):3–13. PMID: 24253897
51. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA.* 2010 Jan 20;303(3):258–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.2024> PMID: 20085954
52. Ungar A, Rafanelli M, Iacomelli I, Brunetti MA, Ceccofiglio A, Tesi F, et al. Fall prevention in the elderly. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2013 May;10(2):91–5. PMID: 24133524
53. Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ.* 2008 Jan 19;336(7636):124–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39428.470752.AD> PMID: 18202065
54. Plath D. International policy perspectives on independence in old age. *J Aging Soc Policy.* 2009 Apr-Jun;21(2):209–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420902733173> PMID: 19333843
55. Kendig H, Hashimoto A, Coppard L. *Family support for the elderly: the international experience.* Oxford: Oxford University Press; 1992.
56. Aboderin I. *Intergenerational support and old age in Africa.* New Brunswick (New Jersey): Transaction Publishers; 2009.
57. Kunkel SR, Brown JS, Whittington FJ. *Global aging: comparative perspectives on aging and the life course.* New York: Springer; 2014. (<http://USYD.eplib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1611870>, accessed 5 June 2015).
58. Phillips D, Cheng K. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating N, editors. *From exclusion to inclusion in old age.* Bristol: Policy Press; 2012. 109–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007>
59. Elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2014 (Fact Sheet No. 357; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>).

60. Krug E, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.  
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615>)