



World Health Organization
Regional Office for Europe



არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის
მექანიზმების შეფასება პირველად ჯანდაცვაში

საქართველო

2009 წ.

UDC (უაკ) 616-08-039.71
ა-76

იბეჭდება ფონდ „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ ფინანსური მხარდაჭერით

ნაშრომში გამოთქმული მოსაზრებები შესაძლებელია არ ემთხვეოდეს ფონდ „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ პოზიციას

© ჯანმრთელობის მსოფლო ორგანიზაცია 2009
საავტორო უფლებები სრულად დაცულია

პუბლიკაცია გამოცემულია შ.პ.ს. „ჯისიაი“-ში
ISBN – 978-9941-0-2246-3

ავტორები

პროფესორი ბეჟან წინამძღვრიშვილი, სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი, აკად. წინამძღვრიშვილის სახ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტის დირექტორი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების პრეზიდენტი

პროფესორი ლევან ბარამიძე, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის პირველი მოადგილე; ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ეროვნული კოორდინატორი არაგადამდები დაავადებებისა და კვების საკითხებში

დალი ტრაპაიძე, აკად. წინამძღვრიშვილის სახ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება

მედიცინის დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი ლელა სტურუა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამსახურის უფროსი

სამუშაო ჯგუფი: თამარ აბესაძე, კარდიოლოგიის ინსტიტუტის პროფილაქტიკური კარდიოლოგიის დეპარტამენტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება; **ნინო შარაშიძე**, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება; **მარინა ბაიდაური**, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის რეგულირების სამმართველო; **მარინა ფერაშვილი**, კარდიოლოგიის ინსტიტუტის პროფილაქტიკური კარდიოლოგიის დეპარტამენტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება; **რევაზ თათარაძე**, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, „CINDI საქართველო“, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ACTS Georgia“

მოსხენება მომზადებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის ორწლიანი (2009-2010) თანამშრომლობის შეთანხმება (BCA) პროდუქტისათვის: არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერება

განსაკუთრებული აღნიშვნა

ავტორები გამოხატავენ მადლიერების გრძნობას ყველა იმ პირის მიმართ, რომლებმაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს დოკუმენტის შექმნის პროცესში თავისი თანადგომით, გაწეული ძალისხმევებითა და ექსპერტული რჩევებით:

ბატონ სანდრო კვიციანი, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის;

ბატონ ირაკლი გორგოლაძის, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის პირველ მოადგილეს;

ბატონ ნიკოლოზ ფრუიძეს, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილეს;

ბატონ ვახტანგ სურგულაძეს, ჯანმრთელობის და სოციალური პროგრამების სააგენტოს უფროსს;

ბატონ მამუკა ქაცარავას, ქ. თბილისის მერიის სოციალური მომსახურებისა და კულტურის საქალაქო სამსახურის უფროსს;

შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის უფროსს **სოფიო ლებანიძეს** და თანამშრომლებს: **ეკა პაატაშვილს**, **ირმა მაყაყანაძეს**, **კახა ხელაძეს**, **ნია გიუაშვილს**, **დეა ნიჟარაძეს**, **ნათია ნოლაიძეს**, **ზაზა ჩაჩანიძეს**, **ქეთევა გოგინაშვილს**.

დარგის ექსპერტებს: **ამირან გამყრელიძეს**, **თამაზ მაღლაკელიძეს**, **ივანე ჩხაიძეს**, **რემა ლვამიჩავას**, **დავით ვირსალაძეს**, **რამაზ ყურაშვილს**, **სანდრო ცისკარიძეს**, **ნანა ბურკაძეს**, **ზურაბ ფალავას**, **ნინო ვეფხვაძეს**, **გურამ კიკნაძეს**, **კობა ამირხანაშვილს**, **მაია გოთუას**, **გიორგი გეგელაშვილს**, **ვახტანგ ბარბაქაძეს**, **ნიკოლოზ ლილუაშვილს**, **ილია თავზარაშვილს**, **ვასილ ტყეშელაშვილს**, **გულიკო დვალს**, **ნატა ავალიანს**, **ქართლოს კანკაძეს**, **ნინო ლომიას**, **ირინა ქაროსანიძეს**

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის მექანიზმების შეფასება

პირველად ჯანდაცვაში

ქართულ პოპულაციაში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის არსებული სიტუაციის შეფასება, ანალიზი და პრობლემათა ძირითადი მიმართულებების გამოკვეთა მათი ტვირთის გამო ავადობისა და ზოგადი სიკვდილობის სტრუქტურაში – ჯანდაცვის სისტემის ერთერთ მნიშვნელოვან სტრატეგიულ მიმართულებად მოიაზრება.

აღნიშნული სამუშაოს განხორციელება პროფესიული ასოციაციის მიერ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან კოლაბორაციაში, არის ერთგვარი გარანტია დოკუმენტის მაღალი ხარისხისა. რაც შეეხება ინფორმაციის მიმწოდებლებს, ისინი წარმოდგენენ საქართველოს ექსპერტთა ჯგუფს, რომელთა მიერ წარმოდგენილი მონაცემებიც განსაზღვრავს დოკუმენტის მაღალ სარწმუნოებას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაკვეთა შესრულდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის თანამშრომელთა აქტიური მონაწილეობით, რაც ასევე მნიშვნელოვანია. ვფიქრობ, აღნიშნული დოკუმენტი უნდა გახდეს სტრატეგიული გადაწყვეტილებების საფუძველი არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გასაუმჯობესებლად ქვეყანაში.

ალექსანდრე კვიციანი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრი

სურათების სია

სურათი 1. სიკვდილის მიზეზები, ყველა ასაკი, საქართველო, 2002	9
სურათი 2. ქრონიკული დაავადებების სიკვდილობის აცილების შესაძლებლობა, სხვადასხვა დონის შემოსავლის მქონე ქვეყნებში	10
სურათი 3. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების გავრცელება, საქართველო, 2000 – 2007	16
სურათი 4. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2007	16
სურათი 5. სმს დაავადებათა პრევალენსის და ინციდენსის მაჩვენებლები ბავშვებში, 2000-2007	17
სურათი 6. სმ სისტემის დაავადებათა ინსიდენსის მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2007	17
სურათი 7. არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება, საქართველო, 2000- 2007	18
სურათი 8. ქვეყნები, რომელთა მოსახლეობას აღნიშნება არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები	18
სურათი 9. არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების 60 წლიანი დინამიკა საქართველოში, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი	19
სურათი 10. ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002	20
სურათი 11. 10 ძირითადი დაავადების წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002	20
სურათი 12. თბილისის ქალთა მოსახლეობის სიკვდილის მიზეზების სტრუქტურა, 2002-04	22
სურათი 13. თბილისის მამაკაცთა მოსახლეობის სიკვდილის მიზეზების სტრუქტურა, 2002-04	22
სურათი 14. რეპროდუქციული სისტემის კიბოთი სიკვდილობის სტრუქტურა თბილისის ქალთა მოსახლეობაში, 2002-04	23
სურათი 15. ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელება, საქართველო, 2000-2006	24
სურათი 16. ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა სქესის მიხედვით, 2007	25
სურათი 17. სარბევე ჯირკვლის და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების ინციდენტობა, საქართველო, 2001 – 2007	25
სურათი 18. სარბევე ჯირკვლის კიბოს ასაკ-სპეციფიკური ინციდენტობა	26
სურათი 19. ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს პრევალენტობა, საქართველო, 2007	26
სურათი 20. ხუთი წლის და მეტი დროის განმავლობაში აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფთა პროპორცია ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით	27
სურათი 21. ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენიდან პირველ წელს გარდაცვლილ პაციენტთა ხვედრითი წილი	27
სურათი 22. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ინციდენტობა სტადიების მიხედვით, 1998-2007	28
სურათი 23. შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება, საქართველო, 2000- 2007	30
სურათი 24. სიმსუქნის ახალი შემთხვევების მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2006	30
სურათი 25. ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის ინციდენტობის მაჩვენებლები, 2000-2007	31
სურათი 26. 2000-2007 წლებში 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში შაქრიანი დიაბეტის მაჩვენებლები	32
სურათი 27. სასუნთქი სისტემის დაავადებების ინციდენტობა, 2000-2007	33
სურათი 28. ბრონქული ასთმის გავრცელება, საქართველო, 2000-2007	34
სურათი 29. ქრონიკული და დაუზუსტებელი ბრონქიტი, საქართველო, 2000-2007	34
სურათი 30. რესპირატორული დაავადებები, კვლევის “ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე“ და ოფიციალური მონაცემების შედარება	35
სურათი 31. საქართველოში ტრაუმების, დამწვრობების და მოწამვლების ავადობის დინამიკა, 2000-2007	37
სურათი 32. 10 ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002	38
სურათი 33. არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება, საქართველო, 2000- 2007	39
სურათი 34. ჭარბი წონის გავრცელება, საქართველო, 2005-2015	44
სურათი 35. ასაკობრივი პირამიდა, საქართველო, 2007	55
სურათი 36. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე, საქართველო, 1997 – 2007	57
სურათი 37. პერინატალური და 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებლები, 1997-2007	57
სურათი 38. ბიუჯეტი აბსოლუტურ რიცხვებში, საქართველო, 2004-09	58
სურათი 39. სახელმწიფოს დანახარჯები ჯანდაცვაზე	59
სურათი 40. ჯანდაცვაზე დანახარჯების სტრუქტურა, საქართველო, 1996-2006	59
სურათი 41. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები თითოეულ მოსახლეზე, 1995-2007	60
სურათი 42. მოსახლეობის სტატუსი დასაქმების მიხედვით	60
სურათი 43. ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ მოსახლეზე, საქართველო, 2005-2007	72

ცხრილების სია

ცხრილი 1. რისკ-ფაქტორთა ზვედრითი წილი სხვადასხვა დაავადებათა განვითარებაში %	93
ცხრილი 2. ავადობის ტვირთი (DALYs) ძირითადი მიზეზების მიხედვით, 2002	93
ცხრილი 3. მოსახლეობის ავადობა დაავადებათა ძირითადი ჯგუფების მიხედვით	94
ცხრილი 4. ავადობის მონაცემები 0-14 წლის ასაკის ბავშვებში	95
ცხრილი 5. დაავადებათა გავრცელება 100000 მოსახლეზე, საქართველო, 2007	96
ცხრილი 6. დაავადებათა გავრცელება 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში 100000 ბავშვზე, საქართველო, 2007	97
ცხრილი 7. დაავადებების ინციდენტობა ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში, საქართველო, 2007	98
ცხრილი 8. გარდაცვლილთა რაოდენობა და სიკვდილობის მაჩვენებლები ასაკის და სქესის მიხედვით, საქართველო, 2007	99
ცხრილი 9. სიკვდილობა ძირითადი მიზეზების მიხედვით, საქართველო, 2005–2007	100
ცხრილი 10. გარდაცვლილთა რაოდენობა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ასაკის და სქესის მიხედვით, საქართველო, 2006	101
ცხრილი 11. გარდაცვლილების მაჩვენებლების დინამიკა 2003-2007 წლებში ასაკისა და სქესის მიხედვით	102
ცხრილი 12. სიკვდილობის სტრუქტურა ძირითადი მიზეზების მიხედვით (%)	103
ცხრილი 13. საქართველოს მოსახლეობის მოკვდაობის სტრუქტურა დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით (100 000 სულ მოსახლეზე)	103
ცხრილი 14. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2001 – 2007	104
ცხრილი 15. არტერიული ჰიპერტენზია და გულის იშემიური დაავადება გამოკვეთულ პოპულაციაში	104
ცხრილი 16. ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებები, საქართველო, 2007	105
ცხრილი 17. ფარისებრი ჯირკვლის კვლევის შედეგები, საქართველო, 2005 - 2007	105
ცხრილი 18. ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია რეგიონების მიხედვით (კვლევის შედეგები), საქართველო, 2006-2007	106
ცხრილი 19. ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია 15 წლამდე ასაკის ბავშვებში რეგიონების მიხედვით (კვლევის შედეგები), საქართველო, 2006-2007	106
ცხრილი 20. სასუნთქი სისტემის დაავადებების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2007	107
ცხრილი 21. ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი, ინციდენტობა და სტრუქტურა, საქართველო, 2007	108
ცხრილი 22. ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი, გავრცელება რეგიონების მიხედვით, 2006 – 2007	109
ცხრილი 23. ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი, გავრცელება ბავშვებში რეგიონების მიხედვით, 2006-2007	109
ცხრილი 24. ტრავმების, მოწამვლების და გარე მიზეზების ზემოქმედების შედეგების დიაგნოზით სტაციონარიდან გასული ავადმყოფების რაოდენობა და ლეტალობა ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2006 – 2007	110
ცხრილი 25. სისხლის ქოლესტეროლი, რისკ-ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2006-2007	110
ცხრილი 26. სისხლის გლუკოზა, რისკ-ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2006-2007	111
ცხრილი 27. ანთროპომეტრიული გაზომვები, რისკ-ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2006-2007	111
ცხრილი 28. საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა (ათასებში)	112
ცხრილი 29. ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები, საქართველო, 2006 – 2007	112
ცხრილი 30. შობადობის ასაკობრივი მაჩვენებლები და მოსახლეობის აღწარმოების მაჩვენებლები, საქართველო, 1990-2007	112
ცხრილი 31. გარდაცვლილთა რაოდენობა და სიკვდილობის მაჩვენებლები ასაკის და სქესის მიხედვით, საქართველო, 2007	113
ცხრილი 32. სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, საქართველო, 1990 – 2007	113
ცხრილი 33. ამულატორიულ სერვისებზე დანახარჯები ბიუჯეტიდან, 2007	114
ცხრილი 34. სოფლის ამულატორიებში მიმართვათა რიცხვი 1 სულ სოფლის მოსახლეზე, საქართველო, 2005 - 2007	114
ცხრილი 35. შინამეურნეობათა კომპლექსური გამოკითხვის მონაცემების შედარება; ქრონიკული პათოლოგიით ავადობა და მკურნალობა; 2001 - 2007	114

სარჩევი	
შესავალი	9
მეთოდოლოგია	12
ნაწილი 1: არაგადამდებ დაავადებათა პრობლემის განსაზღვრა	13
საერთო ავადობის და სიკვდილობის მონაცემები ასაკისა და სქესის მიხედვით	13
საერთო ავადობა	14
საერთო სიკვდილობა	15
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	22
ავთვისებიანი სიმსივნეები	29
შაქრიანი დიაბეტი	33
რესპირატორული დაავადებები	37
ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი	38
რისკ-ფაქტორები	39
არტერიული ჰიპერტენზია	42
სისხლის ქოლესტეროლი	43
სისხლის გლუკოზა	44
სხეულის მასის ინდექსი	46
თამბაქო	48
ალკოჰოლი	49
კვება	51
ფიზიკური აქტივობა	53
ფსიქო-სოციალური ფაქტორები	
ნაწილი 2: არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი	55
დემოგრაფიული სტატისტიკა	58
სახელმწიფო ბიუჯეტი	47
ნაწილი 3: არაგადამდები დაავადებების ეკონომიკური ტვირთი	
ნაწილი 4: არაგადამდები დაავადებებთან დაკავშირებული ამჟამინდელი პოლიტიკა	
კანონები	61
ნორმატიული აქტები	62
ნაწილი 5: არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის არსებული პოტენციური საქართველოში	
ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები	65
მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება	66
ნაწილი 6: პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში	68
დასკვნები	88
რეკომენდაციები	92
დანართი 1: ცხრილები	93
დანართი 2: ინფორმანტი ორგანიზაციები	115
დანართი 3: კითხვარი	116
დანართი 4: ოჯახის ექიმის მომსახურების პაკეტის პროექტი	118
წყაროები	119

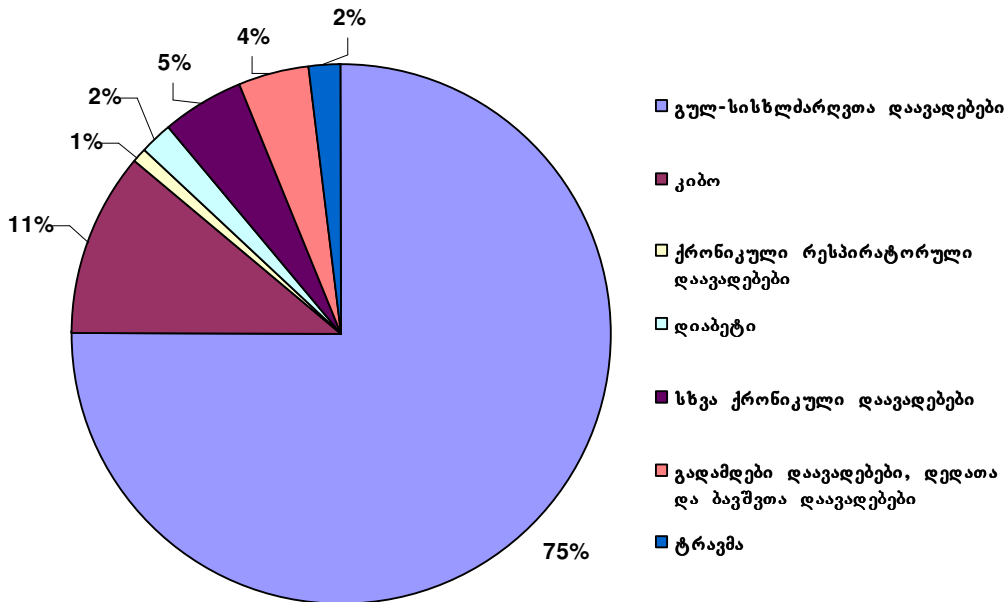
შესავალი

საქართველოში, ისევე როგორც გარდამავალი ეკონომიკის მქონე სხვა მრავალ ქვეყანაში, არაგადამდებ დაავადებათა (ხშირად მოიხსენიება ქრონიკულ დაავადებებად) განმსაზღვრელი ფაქტორებია – მაღალი ავადობა, სიკვდილობა და მკურნალობის მზარდი ღირებულება.

ზოგადად არაგადამდებ დაავადებათა მართვა ასოცირებულია მთელ რიგ სირთულეებთან, როგორცაა მოსახლეობის ქცევითი მოდელის შეცვლის საჭიროება, ექიმის მიერ მკურნალობის პროცესის მუდმივი მონიტორირების აუცილებლობა, მოსახლეობის დაბალი ინფორმატულობა ჯანმრთელობის რისკის შემცველი ჩვევების შესახებ, პრევენციისა და ხანგრძლივი მკურნალობის ფინანსური უზრუნველყოფის პრობლემები და სხვა. *(იხილეთ სურათი 1)*

სურათი 1

სიკვდილის მიზეზები, ყველა ასაკი, საქართველო, 2002



სიკვდილობის 96% საქართველოში არაგადამდებ დაავადებებსა და ტრავმებზე მოდის, აქედან 75% კარდიო-ვასკულურ დაავადებებზე.

ვფიქრობთ, არ იქნებოდა ინტერესმოკლებული მიუხედავად წყაროს სიძველისა, რისკ-ფაქტორთა ხვედრითი წილის აღნიშვნა ამ დაავადებათა განვითარებაში ეკონომიკური, სოციალური, ქცევითი და გარემოსთან დაკავშირებული დეტერმინანტების მნიშვნელობის საზღვასმის მიზნით *(იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 1)*.

დაავადებათა განვითარებაში არასრულფასოვანი სამედიცინო დახმარების წვლილი სადღეისოდ მნიშვნელოვნადაა გაზრდილი. იგი მოიცავს პაციენტის არაადექვატურ ქცევას დაბალი ინფორმატიულობის გამო, მის თვითნებურ ქმედებებს დაავადებათა მკურნალობის პროცესში და ექიმთან დაბალი კომუნიკაციის პირობებში.

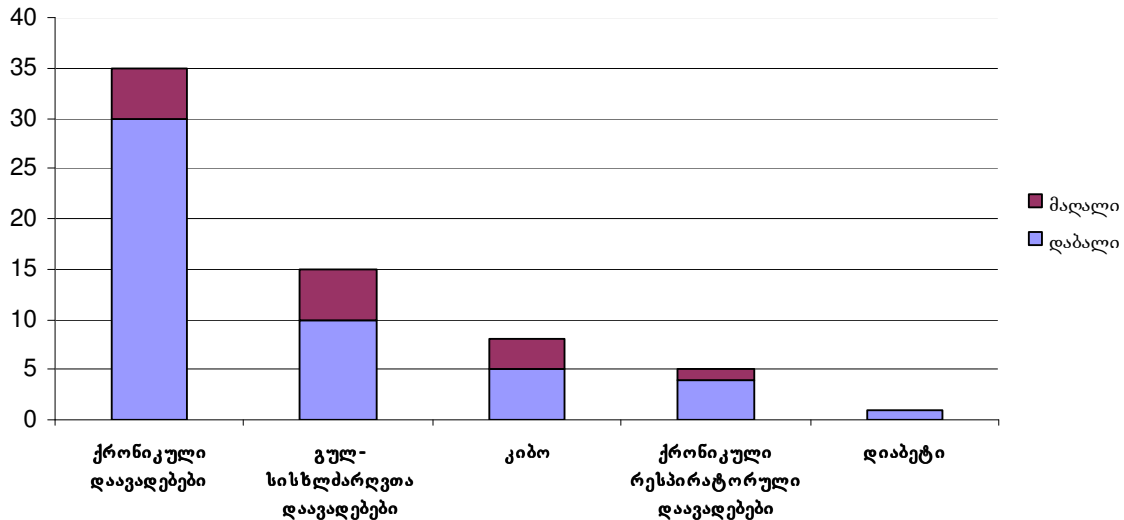
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გათვლით უახლოესი ათი წლის განმავლობაში ქრონიკული დაავადებების მიზეზით 388 მლნ. ადამიანი გარდაიცვლება. 2020 წლისთვის,

არარგადამდებ დაავადებათა წილი კიდევ უფრო გაიზარდა და მსოფლიოში გადააჭარბებს 60%, ხოლო ევროპაში - 80%-ს.¹

ეს იმას ნიშნავს, რომ ექსპერტთა მიერ პროგნოზირდება ამ დაავადებათა ადექვატური მართვის მნიშვნელოვანი სირთულეები, რაც გულისხმობს ძალისხმევით განსაკუთრებული მობილიზაციის საჭიროებას, რადგან დადასტურებულია მათი შემცირების რეალური შესაძლებლობებიც (იხილეთ სურათი).²

სურათი 2

ქრონიკული დაავადებების სიკვდილობის აცილების შესაძლებლობა, სხვადასხვა დონის შემოსავლის მქონე ქვეყნებში



არარგადამდებ დაავადებათა გავრცელების სწრაფი ზრდა განაპირობებს სამედიცინო მომსახურების დეფიციტის გაღრმავებას და საფრთხეს უქმნის მრავალი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებას (იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 2).³

საქართველოში ქრონიკულ დაავადებათა გავრცელების თავისებურებების ანალიზი ძირითადად ეყრდნობა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებს, რომლებიც იძლევა ინფორმაციას სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში რეგისტრირებულ დაავადებათა ინციდენტობის, პრევალენტობისა და სიკვდილობის შესახებ. ცხადია, ეს მონაცემები ქრონიკულ დაავადებათა გავრცელების რეალურ სურათს ვერ ასახავს, რადგან პაციენტთა დიდი ნაწილი სამკურნალო დაწესებულებებს გვერდის ავლით ექიმთა კერძო კაბინეტებს მიმართავს ან თვითმკურნალობას ეწევა.

ზოგადად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა ემყარება ქრონიკული დაავადებების სელექციას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის მათი მნიშვნელობის მიხედვით:

- დაავადებები, რომლებიც სიკვდილობის ძირითად მიზეზებს წარმოადგენენ:
 - გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები,
 - ავთვისებიანი სიმსივნეები.
- დაავადებები, რომლებიც ავადობისა და ინვალიდობის ძირითად მიზეზებთანაა ასოცირებული:
 - სასუნთქი სისტემის დაავადებები,

¹ www.who.int

² www.worldbank.org

³ World Health Statistics 2005 WHO

- შაქრიანი დიაბეტი,
 - მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები (ენდემური ჩიყვი, რკინადეფიციტური ანემია და სხვ.),
 - საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები,
 - ფსიქიური აშლილობები.
- დაავადებები, რომელთაც გავრცელებისა და სიკვდილობის საერთო სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ადგილი არ უჭირავთ, მაგრამ მათი მონაცემები აღემატება მაგ. სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს და ამდენად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოადგენს. ასეთი დაავადებათა ჩამონათვალი შესაძლოა წლიდან წლამდე იცვლებოდეს.

ქვეყანაში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის რეალური სურათის აღწერა და მისი ანალიზი თანმიმდევრული ოპტიმალური ღონისძიებების დასახვისა და მათი განხორციელების საშუალებას იძლევა.

ქვეყნის აქტივობები დაფუძნებული უნდა იყოს ჯანმოს ექსპერტთა მოწოდებაზე: „ქრონიკულ დაავადებათა გლობალური ეპიდემია შესაძლოა შეჩერდეს და უნდა შეჩერდეს“.

მეთოდოლოგია

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური სიტუაციისა და მასთან ასოცირებული სხვადასხვა ხარისხის სარწმუნოების მქონე ნებისმიერი აქტივობის ინვენტარიზაცია განსაკუთრებულ ამოცანას წარმოადგენს საინფორმაციო სისტემის არასრულყოფილების, ამ პროფილს დაავადებათა სფეროში სტანდარტული კვლევების დეფიციტის, ქვეყნის დღევანდელი მდგომარეობის – პოსტკონფლიქტური სიტუაციის და ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმათა მიმართულებების ხშირი როტაციის და ზოგადად პოპულაციის განსაკუთრებული ფსიქო-სოციალური სტატუსის გამო.

მეთოდოლოგია მოიცავდა პირველ რიგში, ინფორმანტი ორგანიზაციების (*იხილეთ დანართი 2*) განსაზღვრას, რომელთა შორის იყო სახელმწიფო ორგანიზაციები, სასწავლო დაწესებულებები, პროფესიული ასოციაციები, არასამთავრობო ორგანიზაციები. ინფორმაციის შეგროვების ხანგრძლივი პროცესი მოიცავდა საინფორმაციო ხასიათის წერილების დარიგებას, მეორე ეტაპი გახლდათ სატელეფონო შეტყობინება, ზუსტი ვადების შეხსენება და ბოლოს, ინფორმაციის მიღება ელექტრონულად ან წერილობით.

ამ პროცესში, კვლევაში ჩართულობა ყველაზე მაღალი (80%) გახლდათ სახელმწიფო ორგანიზაციებში, და კრიტიკულად დაბალი, დაახლოებით 40% უცხოურ არასამთავრობო ორგანიზაციებში (ჩვენი აზრით, ეს უკანასკნელი ამ კვლევის უმნიშვნელოვანესი ინდიკატორია).

მიღებული ინფორმაციის დამუშავების საფუძველზე, ინფორმაციის დაზუსტებისა და დამატების მიზნით, ჩატარდა ჩალრმავებული ინტერვიუება ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმანტებს შორის. შემუშავდა სტრუქტურირებული კითხვარის 2 ტიპი შესაბამისად ინფორმანტთა ორი ჯგუფისთვის (*იხილეთ დანართი 3*).

გამოყენებულ იქნა საჯარო ტიპის თითქმის ყველა ოფიციალური დოკუმენტი. აღნიშნული კვლევა დაემთხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მთავრობის გარკვეული გადაწყვეტილებების ეპიზოდს, საქმე ეხება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაფინანსებაში კორექტივების შეტანის მცდელობებს, რამაც დიდი ვნებათაღელვა გამოიწვია 2009 წლის დასაწყისში.

დეტალური ინფორმაციის მისაღებად ჩატარდა ფოკუს-ჯგუფი საოჯახო მედიცინის ცენტრების ხელმძღვანელებსა და საოჯახო მედიცინის, ოჯახის ექიმთა ასოციაციების წარმომადგენლებთან.

ძირითადი ინფორმანტი ორგანიზაციების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის გარდა, გამოყენებულ იქნა ქვეყანაში არსებული საჯარო ოფიციალური ინფორმაციის რამდენიმე წყარო.

მიუხედავად სახელმწიფო სტრუქტურების მნიშვნელოვანი მხარდაჭერისა, ინფორმაციის შეგროვების პროცესი ძალიან ხანგრძლივი და რთული აღმოჩნდა. ზემოთ აღნიშნულ სპეციფიურ ბარიერებს დაემატა განსაკუთრებული ეტაპი ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო ფინანსირების აქცენტების განსაზღვრისა.

ნაწილი 1

არაგადამდებ დაავადებათა პრობლემის განსაზღვრა

საერთო ავადობის და სიკვდილობის მონაცემები ასაკისა და სქესის მიხედვით

საერთო ავადობა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით მოსახლეობის ავადობის ზოგად სტრუქტურაში პრევალირებს სასუნთქი სისტემის დაავადებები, რომელიც პირველად დადგენილ დიაგნოსტიკურ დაავადებათა შორის 37.5% შეადგენს, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები - 9.3%-ს, ენდოკრინული დაავადებები - 3.5%-ს, ასეთივეა ტრავმებისა და მოწამვლების წილი, ახალწარმონაქმნების წილი კი დაახლოებით 1%-ია.

0-14 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პირველად დადგენილი დიაგნოზით რეგისტრირებულ დაავადებათა დაახლოებით 60%-ს სასუნთქი სისტემის დაავადებები შეადგენს. სასუნთქი ორგანოების დაავადების სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს ზედა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირატორულ ინფექციებს. სასუნთქი სისტემის დაავადებების პრევალენტობა და ინციდენტობა საქართველოში ტრადიციულად მაღალია, განსაკუთრებით ბავშვებში, პირველად დადგენილი დიაგნოზის 41.2% ბავშვებშია აღრიცხული. სუნთქვის ორგანოთა დაავადებების ლეტალობა მოზრდილებში 0.6%, ბავშვებში კი 0,2%-ია.

რაც შეეხება დაავადებათა გავრცელებას 100 000 მოსახლეზე, 2007 წლის მონაცემებით თუ კი პრევალენტობა სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის ორგანოთა დაავადებებში იდენტურია, ინციდენტობის მაჩვენებელი, ამ უკანასკნელის შემთხვევაში თითქმის 4-ჯერ მაღალია. რაც შეეხება 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებს, აქ მნიშვნელოვნად სჭარბობს (100 000 ბავშვზე) სასუნთქი სისტემის როგორც პრევალენტობის, ისე ინციდენტობის მაჩვენებელი (შესაბამისად, 24 013.2 და 22 129.3). გამომდინარე ზემოთაღნიშნულიდან, პირველად დადგენილ დიაგნოზთა რეგისტრაცია სავარაუდოდ არ არის სრულყოფილი, პირველ რიგში ეს ეხება ახალწარმონაქმნებისა და სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა აღრიცხვას, განსაკუთრებით მოზრდილ პოპულაციაში.

(იხილეთ დანართი 1, ცხრილები 3, 4, 5, 6, 7)

საერთო სიკვდილობა

საერთო სიკვდილობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე პრევალირებს მამაკაცებში. რაც შეეხება ასაკობრივ ჯგუფებს, 55-59 წწ ასაკში ორივე სქესის პირთა შორის, 45-49 წწ ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით თითქმის ორმაგდება 4.4-დან 8.2-მდე.

სიკვდილობის მიზეზების მიხედვით მონაცემთა ვალიდურობა დაკნინებულია ქვეყანაში 2000 წლიდან აუტოფსიური მასალის შესწავლის კრიტიკულად შემცირებით, 2007 წლის მონაცემებით საქართველოს სტაციონარში ჩატარდა 672 პათოლოგანატომიური კვლევა, რაც სტაციონარში გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობის 12,3%- შეადგენს!!!⁴ 2000 წლიდან აუტოფსიის ჩატარება აუცილებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს ეჭვი განსაკუთრებით საშიში ინფექციით გამოწვეულ სივდილზე. ყველა სხვა შემთხვევაში პათოლოგანატომიური გაკვეთა ხორციელდება რელიგიური ან სხვა მოტივების, აგრეთვე გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული ნების გათვალისწინებით, ან მისი ნათესავის/კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.⁵ რაც შეეხება ბინაზე გარდაცვალების შემთხვევებს, პროცედურა ითვალისწინებს: „აკრძალულია მოწმობის გაცემა დაუსწრებლად, ექიმის მიერ სიკვდილის ფაქტის პირადად დადგენის გარეშე, განსაკუთრებულ შემთხვევებში მოწმობის გაცემა შესაძლებელია გვამის გარეგანი დათვალიერების საფუძველზე, რის შესახებაც აუცილებელია სასმართლოს ან პროკურატურის შესაბამისი დადგენილება“.⁶ ამ შემთხვევაში ცნობა გაცივმა სასმართლო სამედიცინო ექსპერტის მიერ და დაიწერება „სიკვდილის მიზეზი უცნობია“. ასეთი დიაგნოზების სიმრავლის გამო სტატისტიკურ მონაცემთა სიზუსტე და სარწმუნოება საგრძნობლად დაზარალდა. აუცილებლად ხაზგასასმელია სიკვდილის სამედიცინო მოწმობის შევსების ხარისხი. მიუხედავად ამ მიმართულებით დადებითი ძვრებისა, სიკვდილის უშუალო მიზეზის სათანადოდ გაფორმება კვლავ ხარვეზებით ხდება.

(იხილეთ დანართი 1, ცხრილები 8, 9, 10, 11)

4. სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2007, Georgia, statistical reference book

⁵ საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 153

⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №54/ნ 2003 წელი 10 მარტი. ქ. თბილისის „პიროვნების დაბადების თაობაზე გასაცემი – დაბადების სამედიცინო ცნობის, გარდაცვალების თაობაზე- სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობის ფორმების, მათი შევსებისა და გაცემის ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ მუხლი 2”

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური სტრატეგია პრიორიტეტულად მიიჩნევს არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციასა და კონტროლს ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლების გამო. ჯანმოს მონაცემებით 2005 წელს მსოფლიოში სიკვდილის შემთხვევათა (58 მლნ. ადამიანი) 30% სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებზე (სმსდ) მოდის და შეადგენს 17.5 მილიონს; 2015 წლისათვის შესაძლებელია ეს რიცხვი 20 მლნ-მდე გაიზარდოს.

ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით სიკვდილობის ზოგად სტრუქტურაში სმსდ-თა ხვედრითი წილი შეადგენდა 67.1%-ს 2006 წელს და 66%-ს 2007 წელს.⁷

2005 წლის ეროვნულ მოხსენებაში „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა“ სიკვდილობის სტრუქტურაში ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა სმსდ-ები. (იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 12, 13)

2002-2004 წწ.-ში თბილისში გარდაცვლილ ქალთა პოპულაციაში სმს დაავადებები შეადგენდა 67%-ს, ხოლო მამაკაცთა პოპულაციაში 59.2%-ს და მიზეზთა სტრუქტურაში პირველ ადგილზეა.⁸

როგორც მონაცემებიდან ჩანს, სიკვდილობის სქეს და ასაკ-სპეციფიური მონაცემების შესახებ ვრცელი ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენს 2002-2004 წ. თბილისის მოსახლეობის გარდაცვალების მიზეზთა კვლევა. კვლევისას ქალთა მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში (70 წ. და მეტი) წამყვანი მიზეზია გულის იშემიური დაავადება, რაც შეეხება მამაკაცთა პოპულაციას, ეს დაავადება ვლინდება 50 წ. ზევით.

ჯანმოს მონაცემებით ჯანმრთელი ცხოვრების მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (HALE) ჩვენს ქვეყანაში 58.2 წელს შეადგენს, რაც მკვეთრად ნაკლებია სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებზე (ბოსნია და ჰერცეგოვინა – 63.7; ბულგარეთი – 63.4; ხორვატია – 64.0; სლოვენია – 66.9; მაკედონია – 64.9; იუგოსლავია – 64.3), თუმცა აღემატება მეზობელი ქვეყნების მაჩვენებლებს (აზერბაიჯანი - 55.4 და რუსეთის ფედერაცია - 55.5) და მცირედ ჩამოუვარდება თურქეთის (58.7) და სომხეთის მაჩვენებლებს (59.0). ამასთან უკანასკნელი წლების კვლევების შედეგები მიუთითებს გსდ რისკის ფაქტორების მაღალ სიხშირეზე და ზრდის ტენდენციაზე საქართველოს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში.

⁷ სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006წ. და 2007წ. Georgia, statistical reference book

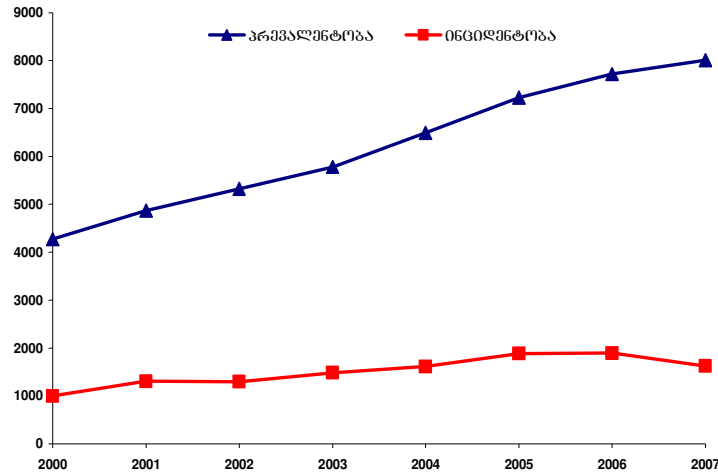
⁸ UNFPA, აღწერილობითი ეპიდემიოლოგიური კვლევა, 2006

სმს-ის დაავადებების განვითარების ტენდენციები საქართველოში 2000 – 2007 წლებში

2000 – 2007 წლებში საქართველოში აღინიშნებოდა სმს დაავადებათა რაოდენობრივი მატების ტენდენცია, რაც თავის მხრივ იწვევდა ინციდენტობის და პრევალენტობის მაჩვენებლების ზრდასაც.

სურათი 3

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების გავრცელება, საქართველო, 2000 – 2007

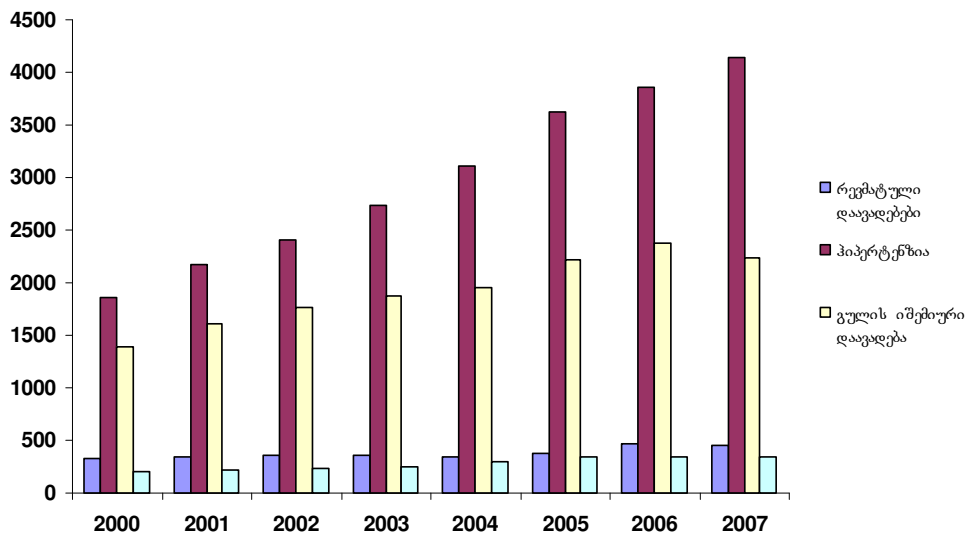


როგორც სურათი 3-დან ჩანს განსაკუთრებით მკვეთრია პრევალენტობის მატება, რაც თავის მხრივ შეიძლება გამოწვეული იყოს არა მარტო დაავადებულთა საერთო რიცხვის ზრდით, არამედ წინა წლებთან შედარებით დაავადებულთა აღრიცხვიანობის გაუმჯობესებით.

მოზრდილთა შორის სმსდ სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს ჰიპერტონულ, იშემიურ, რევმატულ და ცერებროვასკულურ დაავადებებს. 2002 – 2007 წლებში აღინიშნებოდა ამ დაავადებების როგორც პრევალენტობის, ასევე ინციდენტობის მაჩვენებლების ზრდა.

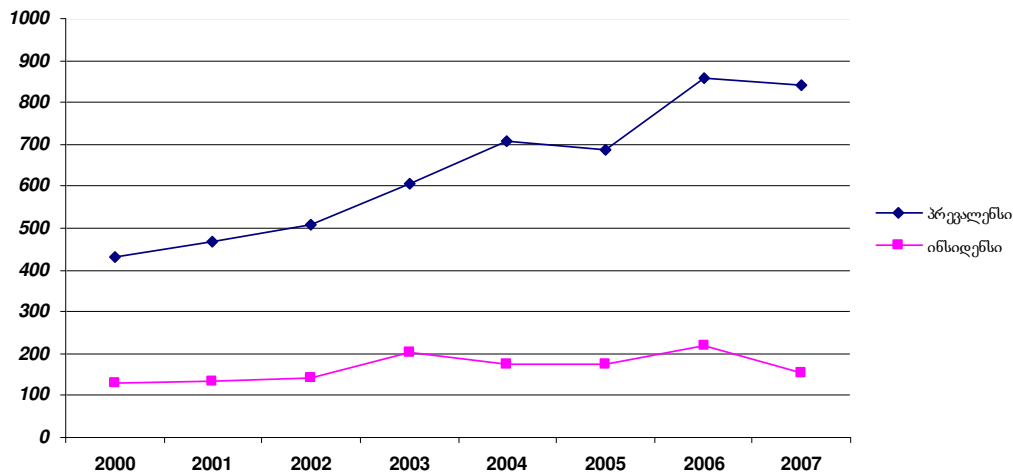
სურათი 4

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2007



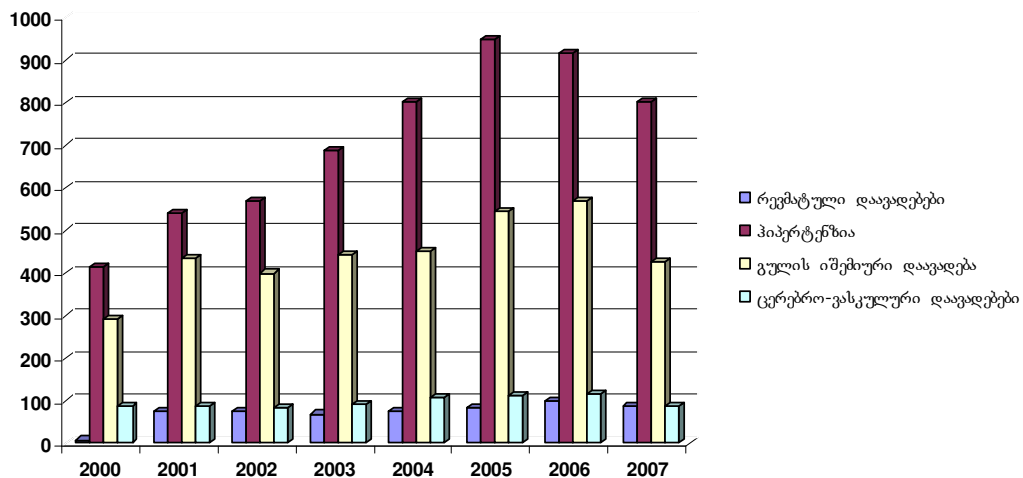
2002 – 2007 წლებში პრევალენტობისა და ინციდენტობის მაჩვენებლების ზრდა აღინიშნება ბავშვებშიც.

სმს დაავადებათა პრევალენსის და ინციდენსის მაჩვენებლები ბავშვებში, 2000-2007



ბავშვებში სმსდ-ის მატების მიზეზები, გარდა მსოფლიოში არსებული ტენდენციებისა შესაძლებელია იყოს საქართველოში არსებული მძიმე სოციალური და ეკოლოგიური პირობები

სმ სისტემის დაავადებათა ინციდენსის მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2007



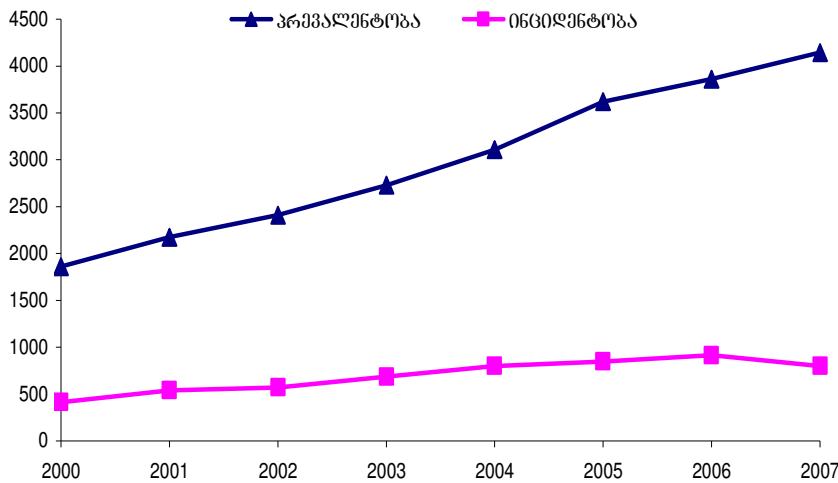
მოცემულ სურათებზე, არტერიული ჰიპერტენზია, როგორც გულის იმემიური დაავადებისა და ცერებრო-ვასკულურ დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორი და საკუთრივ დაავადებაც – არტერიული ჰიპერტენზია, ავლენს აგრესიული ზრდის ტენდენციებს, რომელიც წესით უნდა განსაზღვრავდეს ქვეყანაში პოპულაციურ დონეზე არაფატალური „საბოლოო წერტილები“, მათ შორის ცერებრო-ვასკულურ შემთხვევათა გარკვეულწილად პარალელურ ზრდასაც. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები არ გამოხატავს ზრდის აღნიშნულ პარალელიზმს. ამავე დროს, სიკვდილობის ძირითად მიზეზთა უმრავლესობა შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც არტერიული ჰიპერტენზიის ფატალური საბოლოო წერტილი. მაგრამ, საკუთრივ ჰიპერტენზია სიკვდილის მიზეზად გვევლინება მხოლოდ 2.2 – 2.8%-ში, რაც ჩვენი აზრით, განპირობებულია სიკვდილის ძირითადი მიზეზების ვერიფიცირების პროცედურული ხარვეზით. ჰიპერტენზია, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა იქნეს განხილული სისხლძარღვოვანი ფატალური შემთხვევების სავარაუდო გამომწვევ მიზეზად ან თანმხლებ მდგომარეობად, რათა დაფიქსირდეს სიკვდილის სამედიცინო სერტიფიკატში, მიენიჭოს კოდი და მოხვდეს დიაგნოზის სტრუქტურაში.

ყოველ შემთხვევაში, ჰიპერტენზიის – როგორც რისკ-ფაქტორის და როგორც სიკვდილის მიზეზის შეფასების საკითხი, უნდა გახდეს დისკუსიის საგანი სიკვდილობის მონაცემთა სარწმუნოების ამაღლების მიზნით, რადგანაც ჰიპერტენზია გვევლინება სიკვდილის მიზეზად მხოლოდ გართულებათა განვითარების გზით.

მოზრდილებში სმსდ-თა შორის ყველაზე მეტი წილი მოდის ჰიპერტენზიაზე და მისი პროცენტული მაჩვენებელი 2002 -2007 წლებში მერყეობს 45.3% - 50.1%, ანუ სმსდ-დან თითქმის ნახევარი მოდის არტერიულ ჰიპერტენზიაზე. მისი ინციდენტობის და პრევალენტობის მაჩვენებლები ამავე წლებში იყო:

სურათი 7

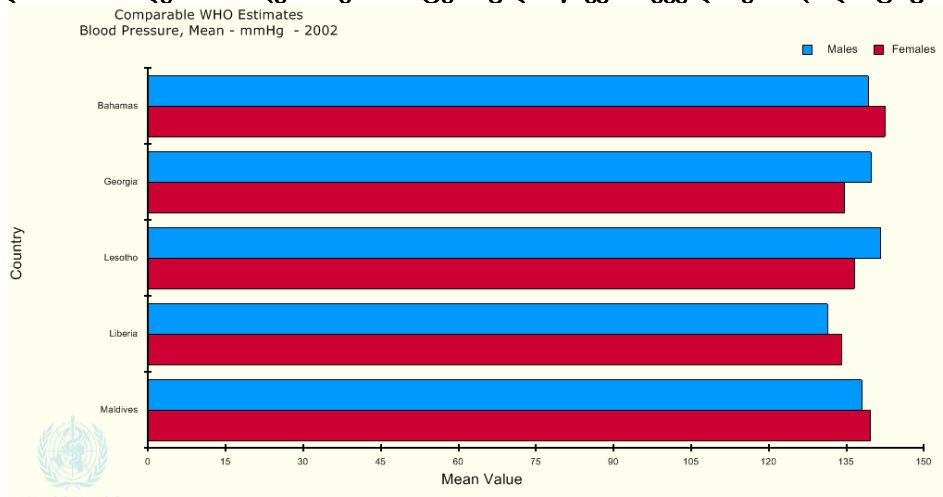
არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება, საქართველო, 2000- 2007



არტერიული ჰიპერტენზიის მატება შეიმჩნევა მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში. მაგრამ სამწუხაროდ 2002 წლის მონაცემებით საქართველო იმყოფება მსოფლიოს იმ 5 ქვეყანას შორის (ბაჰამი, საქართველო, ლესოტო, ლიბერია და მალდივი), რომელთა მოსახლეობაში არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები ფიქსირდება.

სურათი 8

ქვეყნები, რომელთა მოსახლეობას აღნიშნება არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები



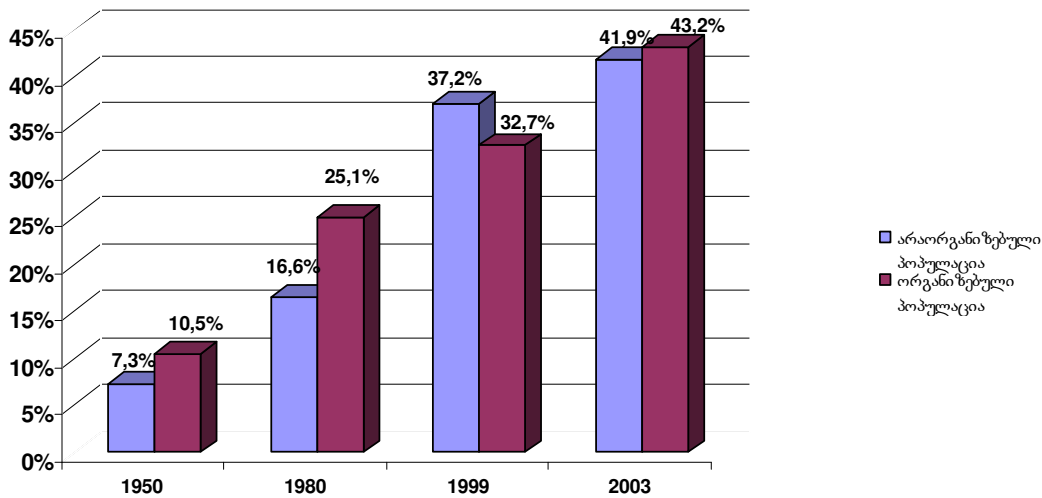
Source: Ono T, Guthold R, Strong K. WHO Global Comparable Estimates, 2005 (<http://www.who.int/infobase> IRef: 199999)

აკად. წინამძღვრიშვილის სახელობის კარდიოლოგიის ინსტიტუტს გააჩნია მოზრდილი მოსახლეობის (>18 წ) რეპრეზენტატულ ჯგუფებში არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების

60 წლიანი დინამიკის შეფასების უნიკალური შესაძლებლობა. მონაცემებში დასტურდება ჰიპერტენზიის გავრცელების ზრდა დაახლოებით 60 წლის განმავლობაში. (იხილეთ სურათი 9)

სურათი 9

არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების 60 წლიანი დინამიკა საქართველოში, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი



1999 – 2000 წწ. პროფილაქტიკური კარდიოლოგიის განყოფილების მიერ სახელმწიფო პროგრამა „სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენცია“ ფარგლებში გამოკვლეულ იქნა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონების ორგანიზებული და არარგანიზებული მოსახლეობა. აპ და გიდ გავრცელების სიხშირის მიღებული მონაცემები (იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 15)

განსხვავდება ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებისგან გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელებასთან დაკავშირებით. უნდა აღინიშნოს, რომ სმსდ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები ხშირად განსხვავდება პოპულაციური კვლევების შედეგად მიღებული მონაცემებისაგან. მაგალითისთვის გამოდგება კარდიოლოგიის ინსტიტუტის პროფილაქტიკური კარდიოლოგიის განყოფილების მიერ 1985–90 წწ. თბილისსა და საქართველოს რეგიონებში მოსახლეობის რეპრეზენტატულ ჯგუფებში განხორციელებული კვლევების შედეგები (აპ გავრცელება 18%, გიდ–9%) იმავე წლების ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით აპ გავრცელება შეადგენდა 5-6%-ს, ხოლო გიდ-ისა 1-8%.⁹

ამდენად, რეალური ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის დადგენა ქვეყანაში შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტული რეპრეზენტატული ეპიდემიოლოგიური კვლევების საფუძველზე.

1996 წელს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოებისა და აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ერთობლივი კვლევით აჭარაში დადგინდა არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებელი მოზრდილ მოსახლეობაში (ბათუმი, ქედა, ხულო) – 26,9%. 5 წლის შემდეგ, 2001 წ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტის პროფილაქტიკური კარდიოლოგიის განყოფილების მიერ სახელმწიფო პროგრამა „სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკის“ ფარგლებში შესწავლილ იქნა ჰიპერტენზიის გავრცელების დინამიკა იმავე პოპულაციაში – 49,8%.¹⁰

არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების შესწავლის მიზნით ვისკონსინის სამედიცინო კოლეჯის (აშშ), მილუოკის ჯანმრთელობის ტრენინგის საერთაშორისო ცენტრის (აშშ) და

⁹ Cardiovascular Diseases in Georgia, JICA 2001
¹⁰ ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი 1996 წ. 2002წ.

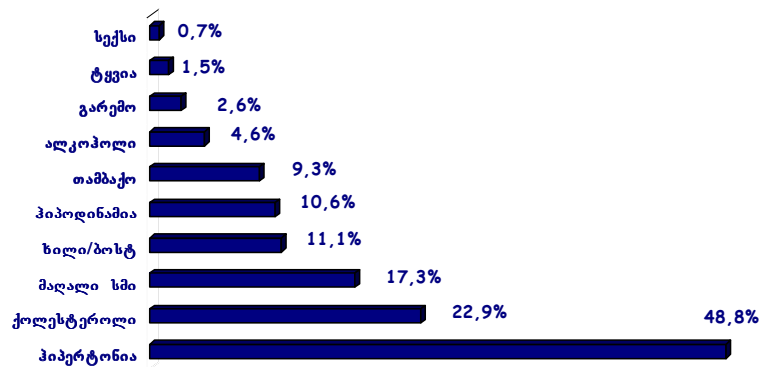
თერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მიერ 1998 წ. ჩატარებული ერთობლივი კვლევით, ქალაქის პოპულაციაში (ქ. თბილისის დიდუბის რ-ნი) აპ გავრცელება 40-65 წ. ასაკის ინდივიდებში იყო 59.9% (ქალებში 59.1% და მამაკაცებში 62%), ხოლო სოფლის მოსახლეობაში (დუშეთის რ-ნი) - 40.5% (ქალებში 42%, მამაკაცებში - 37.5%).

ამდენად, საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების მასშტაბები გარკვეულად კრიტიკულია.

ჯანმოს 2005 წლის მოხსენების მიხედვით აპ წილი საერთო სიკვდილობაში (2002 წ. მონაცემებით) 10 ძირითად რისკ-ფაქტორს შორის, შეადგენდა 48.8%-ს. ეს მაჩვენებელი მეტია იგივე მაჩვენებელზე აზერბაიჯანსა და სომხეთში. იხილეთ სურათი 9 და 10.¹¹

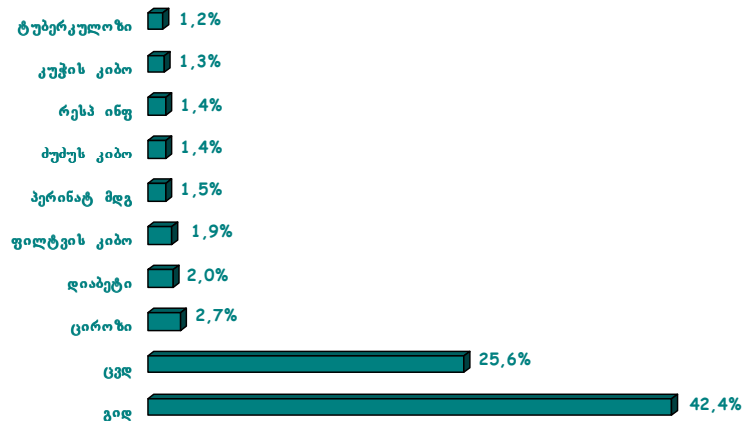
სურათი 10

10 ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002



სურათი 11

10 ძირითადი დაავადების წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002



¹¹ European health report 2005: Public health action for healthier children and populations

თუ გავითვალისწინებთ ზემოთ მოყვანილი კვლევების მონაცემებს და იმ ფაქტს, რომ სისხლძარღვოვანი კატასტროფების (თავის ტვინის ინსულტი და გულის იშემიური დაავადება) განვითარებაში არტერიულ ჰიპერტენზიას ყველა სხვა რისკ-ფაქტორთა შორის წამყვანი ადგილი უჭირავს, გასაგები ხდება საქართველოში გიდ და თავის ტვინის ინსულტის გავრცელების მასშტაბები.

2000 წლიდან მკვეთრად გაიზარდა სისხლის მიმოქცევის სისტემის სხვა დაავადებების პრევალენტობისა და ინციდენტობის მაჩვენებლები, განსაკუთრებით 2006 წელს. 2000 წელთან შედარებით 2006 წელს აღინიშნა პრევალენტობის მაჩვენებლის ზრდა 1.7-ჯერ, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებლის – თითქმის 2-ჯერ.

ბოლო ორი წლის განმავლობაში (2005 – 2007 წ.) აგრეთვე მკვეთრად გაიზარდა ცერებროვასკულური დაავადებების მაჩვენებლები. ამ პერიოდში დაფიქსირდა მათი თითქმის თანაბარი პრევალენტობისა (344.7 – 345.5) და ინციდენტობის (111.3 – 116.9) მაჩვენებლები. ამავე წლებში აღინიშნა პრევალენტობის მაჩვენებლის 1.8-ჯერ, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებლის 1.3-ჯერ მატება 2000 წელთან შედარებით.

უმნიშვნელოვანესი სამეცნიერო აქტივობა განხორციელდა 2000 წელს შვეიცარია-საქართველოს ერთობლივი კვლევის პროექტის „ინსულტის ინციდენტობა, რისკ-ფაქტორები და პატერნები თბილისში“ სახით. გამოყენებული იყო სტანდარტული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები (კვლევა გაგრძელდა 36 თვე). ფატალური შემთხვევები გამოკვლეულ იქნა 30 დღის მანძილზე, შედეგად გამოვლინდა იშემიური ინსულტი 19.2%-ში, ინტრაცერებრალური ჰემორაგია 48.4%-ში, სუბარაქნოიდული ჰემორაგია 47.8%-ში და 69.6%-ში დაუზუსტებელი ინსულტი.¹²

შედეგები:

ინსულტის ინციდენტობა	165 (95% CI 145-188)
იშემიური ინსულტი	89 (95% CI 74-106),
ინტრაცერებრალური ჰემორაგია	44 (95% CI 34-65),
სუბარაქნოიდული ჰემორაგია	16 (95% CI 10-25),
დაუზუსტებელი (unspecific) ინსულტი	16 (95% CI 10-25).

გამოვლინდა იშემიურ ინსულტთან ასოცირებული რისკ-ფაქტორები – ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, ინსულტის მხრივ გენეტიკური დატვირთვა, არტერიული ჰიპერტენზია, მოციმციმე არითმია, შაქრიანი დიაბეტი, ტრანზიტორული იშემიის შეტევები.

ინსულტის ტიპებს შორის გამოიკვეთა ჰემორაგიული ინსულტის სიჭარბე. ფატალობის მაღალი მაჩვენებლები ავტორთა აზრით ასოცირებულია ინსულტის მართვის მნიშვნელოვანი ხარვეზებთან ქართულ პოპულაციაში.

კვლევის შედეგების საფუძველზე ერთერთი ძირითადი რეკომენდაცია მდგომარეობს პოპულაციის რეალურ მოთხოვნილებათა შესაბამისად ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის საჭიროებათა განსაზღვრის აუცილებლობაში - ხარჯთუფექტური ინტერვენციების სამოქმედო გეგმის შემუშავება ინსულტის ტვირთის შემცირების მიზნით როგორც ინდივიდუალურ, ასევე პოპულაციურ დონეზე.

¹² Tsiskaridze et al; *Stroke incidence and 30-day case-fatality in a suburb of Tbilisi: results of the first prospective population-based study in Georgia*; Stroke; a journal of cerebral circulation 2004;35(11):2523-8.

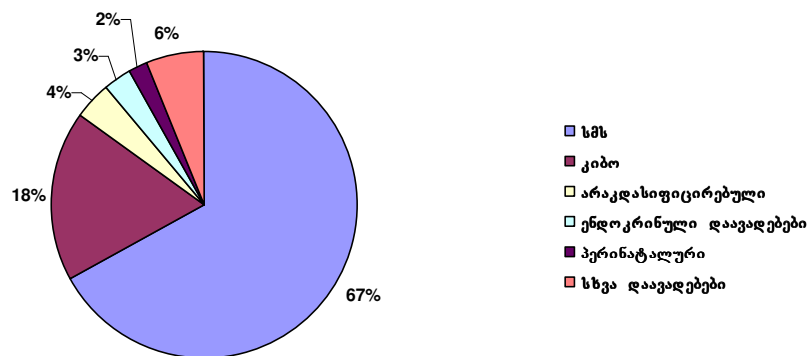
ავთვისებიანი სიმსივნეები

ავთვისებიანი სიმსივნეები სიკვდილობის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს მსოფლიოში. 2007 წელს კიბოთი 7.9 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა, რაც საერთო სიკვდილობის დაახლოებით 13%-ს შეადგენს. მაღალი პროპორციული სიკვდილობით გამოირჩევა ფილტვების, კუჭის, მსხვილი ნაწლავის და ძუძუს კიბო. 2007 წელს კიბოთი გარდაცვალების დაახლოებით 80%-ს ადგილი ჰქონდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. არსებული პროგნოზის მიხედვით, კიბოთი სიკვდილობა მომდევნო წლებში გაიზრდება და 2030 წლისთვის 12 მილიონს მიაღწევს.

2002-2004 წლებში თბილისში გარდაცვლილ მოქალაქეებზე შექმნილი პოპულაციური მონაცემების ელექტრონული ბაზის გამოყენებით UNFPA-ს მიერ მუნიციპალური პროგრამის თანადაფინანსებით 2006 წელს ჩატარდა აღწერილობითი ეპიდემიოლოგიური კვლევა, მონაცემთა ბაზა დამუშავდა პროგრამულად.

სურათი 12

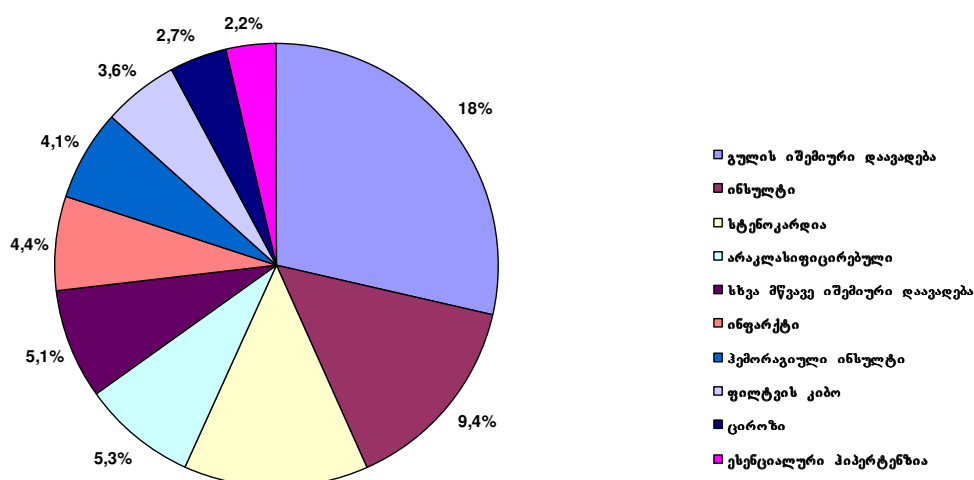
თბილისის ქალთა მოსახლეობის სიკვდილის მიზეზების სტრუქტურა, 2002-04



სისტემების მიხედვით, კიბოს მიზეზით თბილისელ მამაკაცთა გარდაცვალების სტრუქტურაში, I ადგილი უჭირავს საჭმლის მომნელებელი სისტემის (48.3%), II ადგილი - სასუნთქი სისტემის (46.3%) და III ადგილი - შარდ-სასქესო სისტემის (25.8%) კიბოს.

სურათი 13

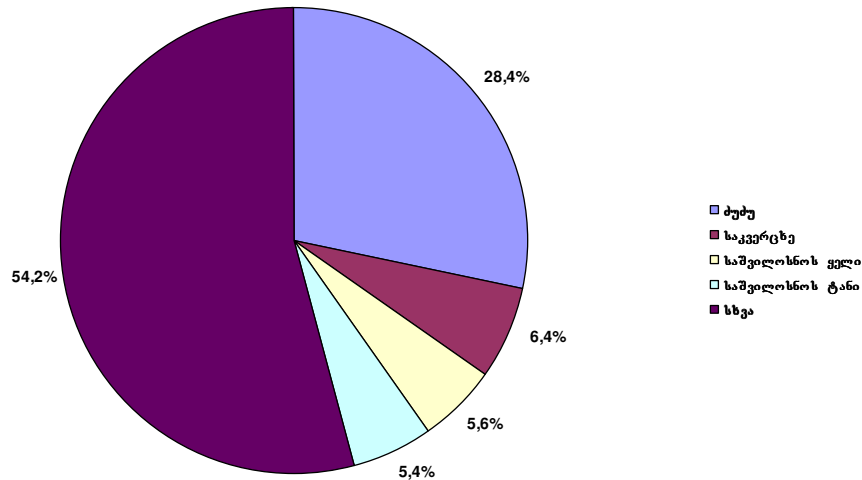
თბილისის მამაკაცთა მოსახლეობის სიკვდილის მიზეზების სტრუქტურა, 2002-04



თბილისის ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში თითქმის ნახევარი მოდის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებზე 45.8%.

სურათი 14

რეპროდუქციული სისტემის კიბოთი სიკვდილობის სტრუქტურა თბილისის ქალთა მოსახლეობაში, 2002-04



2002-2004 წლებში რეგისტრირებულ იქნა ბუბუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სულ 845 შემთხვევა, ანუ უხეში გათვლებით დედაქალაქის 100.000 ქალ მოსახლეზე ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 48.

25 წლიან ასაკოვან პერიოდში (35-59 წელი) ბუბუ არის კიბოს ძირითადი ლოკალიზაცია და ის წარმოადგენს თბილისის ქალთა მოსახლეობის გარდაცვალების ძირითად მიზეზს!!! 30-44 და 50-54 წწ. ასაკოვან ჯგუფებში II ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის კიბოს, 50 წლის ასაკიდან კი კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში, საშვილოსნოს ტანისა და ყელის კიბო იკავებენ III-IV ადგილებს.

თბილისის ქალთა მოსახლეობაში სიკვდილის 10 ძირითად მიზეზს შორის რანგით IV-ს ბუბუს კიბო წარმოადგენს, რომლის ხვედრითი წონა, ყველა ასაკის ქალთა გარდაცვალების სტრუქტურაში 5%-ია.

თბილისის მამაკაცთა მოსახლეობაში სიკვდილის 10 ძირითად მიზეზს შორის რანგით VIII ადგილი უჭირავს ფილტვის კიბოს. ავთვისებიანი სიმსივნეების მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევებს ცირკულატორული სისტემის შემდეგ, ორივე სქესში მეორე ადგილი უჭირავს და მისმა ხვედრითმა წილმა ქალებში შეადგინა 18%, ხოლო მამაკაცებში 15%.

თბილისში მცხოვრები ქალების გარდაცვალების სტრუქტურაში ხვედრითი წონის მიხედვით 25-59 წ.წ. I სარანგო ადგილი უკავია კიბოს!!!

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, JSI - კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტის (USAID-ის მხარდაჭერით), აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან კოლაბორაციაში საქართველოში პირველად ახორციელებს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილობის კვლევას (Reproductive Age Mortality Study RAMOS). სამიზნე პოპულაციას წარმოადგენს საქართველოში 2006 წელს 15-49 წ.წ. ასაკში

გარდაცვლილ ქალთა კონტინგენტი. გამოყენებულია ორსულთა სიკვდილობის კვლევის კითხვარი და ვერბალური აუტოფსიის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კითხვარი.

სიკვდილობის მიზეზების სწორი ვერიფიცირება და ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილობის ანალიზი იმ ბარიერების გამოვლენის საშუალებას მოგვცემს, რომლებიც აფერხებენ ხარისხიანი ჯანმრთელობის სერვისების განხორციელებას ინდივიდუალურ, პოპულაციურ და დაწესებულებათა დონეებზე.

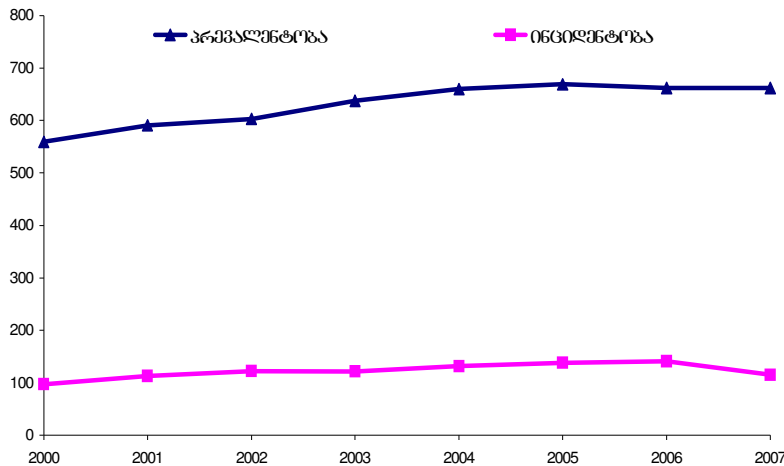
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემების მიხედვით 2007 წელს, ისევე როგორც უკვე მრავალი წლის მანძილზე, ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში პირველ ადგილზეა ქალთა შორის ტუბუს კიბო, ხოლო მამაკაცთა შორის ფილტვის კიბო.

ათი ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში შედის ტუბუს, ფილტვების (ტრაქეის, ბრონქების), საშვილოსნოს ყელის, კუჭის, სწორი ნაწლავის, ხორხის, საშვილოსნოს ტანის, სისხლმზადი ორგანოების, წინამდებარე ჯირკვლის, კანის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნებით ავადობა.

არსებული მონაცემების მიხედვით უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე ავთვისებიან სიმსივნეთა ინციდენტობის მაჩვენებელი მხოლოდ 0.95-ჯერ (122-დან 115.3-მდე) შემცირდა, ხოლო პრევალენტობის მაჩვენებელი 1.1-ჯერ (603.3-დან 662.3-მდე) გაიზარდა.

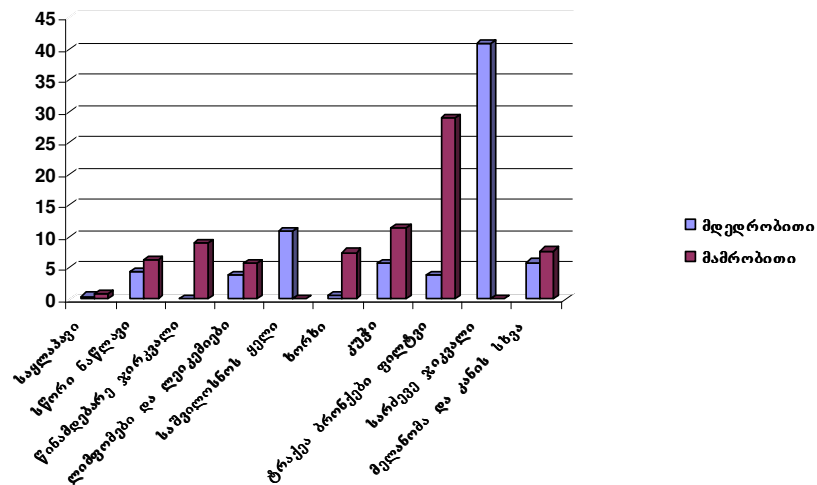
სურათი 15

ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელება, საქართველო, 2000-2006



კიბოს ინციდენტობის სქესობრივი სტრუქტურიდან ჩანს, რომ მამაკაცთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში მაღალია ფილტვის, ბრონქების, ტრაქეის (29), კუჭის (11,5), წინამდებარე ჯირკვლის (8.9), ხორხის (7.5), სწორი ნაწლავის (6.2), სისხლმზადი ორგანოების (5.7) კიბოთი ავადობა (მითითებულია ავადობის მაჩვენებელი 100 000 მამაკაცზე), ხოლო ქალებში მაღალია სარძევე ჯირკვლის (40.9), საშვილოსნოს ყელის (10.9), კუჭის (5.8), სწორი ნაწლავის (4.4), სისხლმზადი ორგანოების (3.8) კიბო.

ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა სქესის მიხედვით, 2007

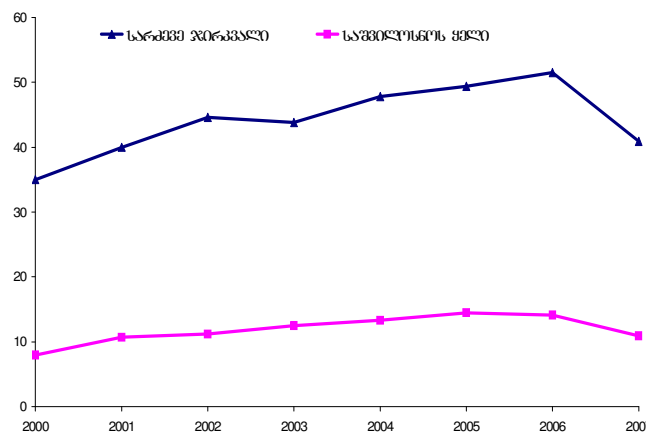


2003-2007 წლებში ინციდენტობის ზრდის მიხედვით გამოირჩეოდა საშვილოსნოს ყელის კიბო ქალებში და წინამდებარე ჯირკვლის კიბო – მამაკაცებში. აღსანიშნავია, რომ სარბევე ჯირკვლის კიბოს ინციდენტობა სტაბილურად მაღალია და მრავალი წლის მანძილზე პირველ ადგილზეა. 2007 წელს აღინიშნა როგორც სარბევე ჯირკვლის კიბოს, ასევე საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის კლება. ინციდენტობის კლება განსაკუთრებით გამოხატულია ტუტის კიბოს შემთხვევაში, რომელიც 2001 წლის მაჩვენებელს გაუტოლდა, რაც სავარაუდოდ გამოწვეულია პაციენტთა დაბალი მიმართვიანობით ქვეყანაში არსებული მძიმე პირობების (სოციალურ-ეკონომიური, პოლიტიკური, და სხვ.) გამო; ნაკლებად სავარაუდოა ეს კლება დაავადების შემთხვევათა რეალური კლებით იყოს განპირობებული. (იხილეთ სურათი 17)

სარბევე ჯირკვლის კიბოს ასაკ-სპეციფიკური ინციდენტობის განხილვისას ჩანს, რომ ქალებში ტუტის კიბოთი ავადობის მატება ადრეული წლებიდან (30-34 წ.წ.) იწყება, მაქსიმუმს 55-60 წლის ასაკში აღწევს, მაქსიმუმის მიღწევის შემდეგ ავადობა კლებულობს. (იხილეთ სურათი 18) სხვა ქვეყნების მონაცემებით (მაგ. აშშ), ტუტის კიბოს ინციდენტობა სიცოცხლის ბოლომდე მატულობს, ხოლო საქართველოში მისი კლება მოგვიანებით ასაკში ძნელად ასახსნელია, და შესაძლოა არასრულ რეგისტრაციასა და ამ ასაკში დაბალ მიმართვიანობას უკავშირდება.

სურათი 17

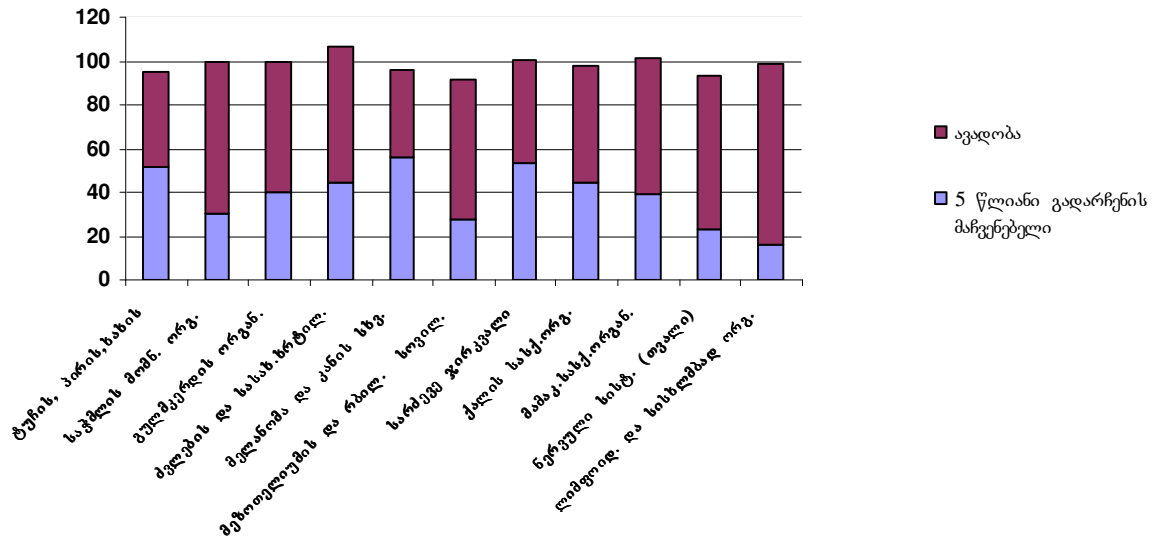
სარბევე ჯირკვლის და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების ინციდენტობა, საქართველო, 2001 – 2007



წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი. ის შედარებით მაღალია მელანომა და კანის სხვა (55.7%), სარძევე ჯირკვლის (53.1%), ტუჩის, პირის ღრუს ორგანოების და ხახის (52.1%) ავთვისებიანი სიმსივნეებისთვის. სუნთქვისა და გულმკერდის ორგანოების კიბოსთვის გადარჩენის მაჩვენებელი მხოლოდ 40.0%-ია. განსაკუთრებით დაბალია მეზოთელიუმის და რბილი ქსოვილების (27.4%), ნერვული სისტემის (22.8%), ლიმფოიდური და სისხლძარღვიანი ორგანოების (16.3%) სიმსივნეების გადარჩენის მაჩვენებლები.

სურათი 20

ხუთი წლის და მეტი დროის განმავლობაში აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფთა პროპორცია ავთვისებიანი სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით

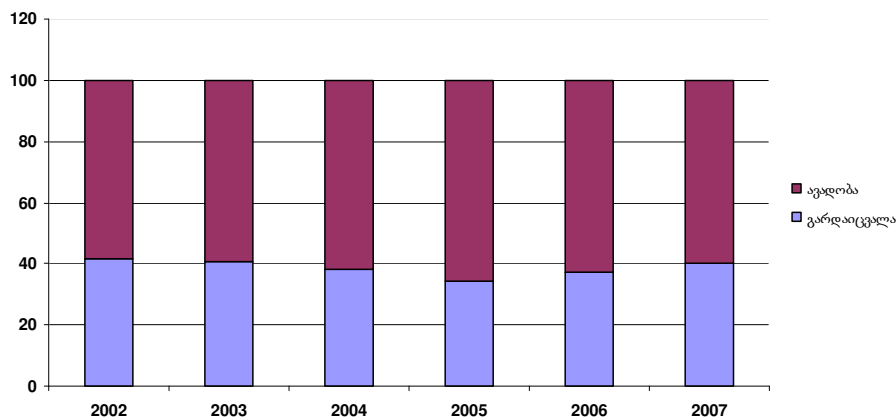


განვითარებულ ქვეყნებში კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 50-60%-ს აღწევს, ხოლო მსოფლიოში საშუალოდ ის 30-40%-ის ფარგლებში მერყეობს. სარძევე ჯირკვლის კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი აშშ-ში 80 %-ს აღემატება, ევროპაში 70%-ს უახლოვდება, ჩინეთში 60%-ს შეადგენს, საქართველოში კი 53.1%-ია.

ონკოლოგიურ პაციენტთა დიდი უმრავლესობის ჰოსპიტალიზაცია ხდება თბილისში (თითქმის 80%), გარკვეული ნაწილი ბათუმსა და ქუთაისში იყო ჰოსპიტალიზირებული. ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ბავშვთა ჰოსპიტალიზაცია ძირითადად თბილისში ხდება.

სურათი 21

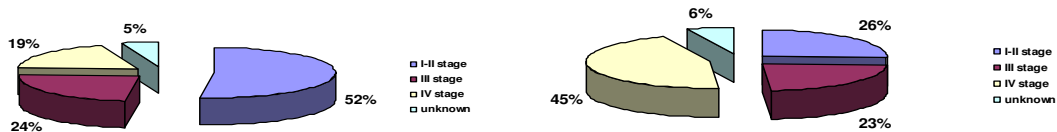
ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენიდან პირველ წელს გარდაცვლილ პაციენტთა ხვედრითი წილი



ავთვისებიანი სიმსივნეების სიკვდილიანობის მაჩვენებლები საქართველოში წლიდან წლამდე მაღალი რჩება, ამაზე მიუთითებს ის ფაქტი, რომ საანგარიშო წელს სიცოცხლეში პირველად აღრიცხულ ავადმყოფთაგან გარდაცვლილთა პროცენტი უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე ძალიან მაღალია (*იხილეთ სურათი 21*). სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლების ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის თვალსაზრისით ქვეყანაში თითქმის არ გაუმჯობესებულა მდგომარეობა, თუმცა 2008 წელს ინიცირებულ იქნა ქალთა ონკოლოგიური სკრინინგული პროგრამა, რაც იმედია სამომავლოდ სიტუაციას გარკვეულად მაინც გააუმჯობესებს. 2007 წელს დიაგნოსტირებულ პაციენტთა მხოლოდ 4.1%-ს დაესვა დიაგნოზი პირველ სტადიაზე, 21.5%-ს მე-2 სტადიაზე, 23.2%-ს მესამე სტადიაზე, ხოლო დანარჩენ 45.2%-ს მხოლოდ მე-4 სტადიაზე. მონაცემები მნიშვნელოვნად გაუარესებულია 1998 წლის იგივე მონაცემებთან შედარებით, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთერთ უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს. (*იხილეთ სურათი 22*)

სურათი 22

ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ინციდენტობა სტადიების მიხედვით, 1998-2007



შაქრიანი დიაბეტი

შაქრიანი დიაბეტი (შდ) ერთერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა, მსფლიოში დაახლოებით 160 მილიონი ადამიანია დაავადებული. ამასთან, აღინიშნება ახალი შემთხვევების ყოველწლიური, კატასტროფული მატება, 2015 წლისთვის ნავარაუდევია დაავადებულთა გაორმაგება (300 მლნ). ერთი მხრივ აღნიშნული ფაქტი და მეორე მხრივ დაავადების განუკურნებლობა შდ-ს ერთ-ერთ უმძიმეს სამედიცინო-სოციალურ პრობლემად ხდის.

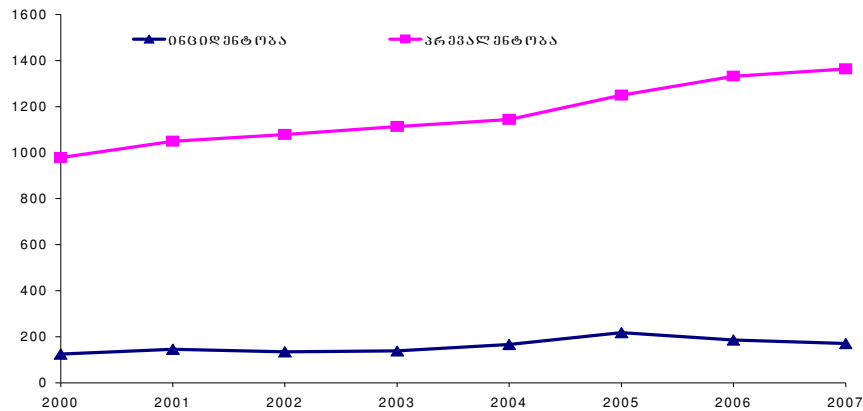
საქართველოში შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების შესახებ ზუსტი ინფორმაცია არ გაგვაჩნია, ვინაიდან ქვეყნის დონეზე ეპიდემიოლოგიური კვლევა არ განხორციელებულა. სწორედ ამიტომ, იძულებულები ვართ ვიხელმძღვანელოთ ე.წ. მეორადი ინფორმაციით.

„საბჭოურ“ პერიოდში, ანტიდიაბეტური პრეპარატებით მომარაგება სახელმწიფო ხარჯებით ხორციელდებოდა და იმდროინდელი მონაცემებით (1989 წ.) შდ-ით დაავადებულთა რაოდენობა დაახლოებით 90 000 შეადგენდა. ირკვევა, რომ მიუხედავად კოლოსალური დანახარჯებისა მსოფლიოში მატების ტენდენცია შენარჩუნებულია. აქედან გამომდინარე, ქვეყანაში, რომელშიც 5 წლის განმავლობაში (1990-95 წწ.) აღინიშნა სახელმწიფო ქმედებების დეფიციტი შდ დაავადებულთა მიმართ და ამასთან, ქვეყანა იმყოფებოდა მუდმივ სტრესულ მდგომარეობაში (რაც სხვა დაავადებებთან ერთად შდ-ს ერთ-ერთ გამომწვევ ფაქტორს წარმოადგენს) შდ-ის შემთხვევათა ზრდა სავსებით ბუნებრივია.

შდ დაავადებულთა რიცხვი უნდა გაზრდილიყო მსოფლიო ტენდენციებით მაინც, (წლიური ნამატი 2-4%) ანუ 2003 წლისთვის (13 წელიწადში, წელიწადში საშუალოდ 2%, მინიმუმ) უნდა გამხადრიყო 112 400. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით, 2003 წელს საქართველოში რეგისტრირებულია სულ 52 504 შდ-ით დაავადებული, მ.შ. 15 765 ინსულინომომხმარებელი.

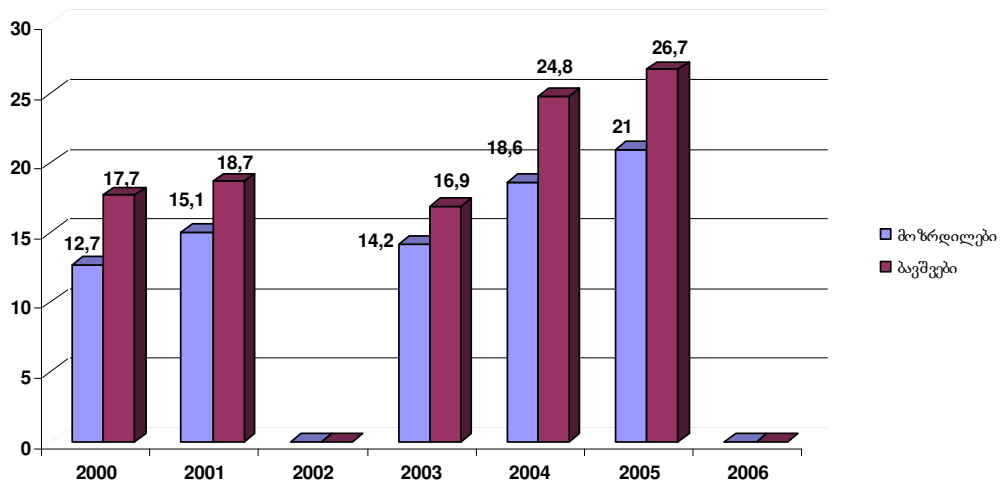
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევებით მიმდინარე დაავადებებში 2000-2004 წლამდე შაქრიანი დიაბეტის პრევალენტობის წილი არ აღემატებოდა საშუალოდ 37-39%-ს, ხოლო ავადობა 17-24%-ს. 2005 წელს პრევალენტობის წილმა საშუალოდ 40% შეადგინა, 2006 წელს კი 47%-მდე გაიზარდა; ავადობის წილი 2005-2006 წლებში საშუალოდ 30%-მდე გაიზარდა. ბოლო ორი წლის განმავლობაში შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევების წილის მატება ენდოკრინული სისტემის დარღვევებით მიმდინარე დაავადებებს შორის შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევების მატებით, ასევე სხვა ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევებით მიმდინარე დაავადებების კლებით. *(იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 16)*

შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება, საქართველო, 2000- 2007



არ შეიძლება არ შევეხოთ აღნიშნულ წლებში საქართველოში სიმსუქნის განვითარების ტენდენციებს. მოზრდილებში ყოველწლიურად აღინიშნება ახალი შემთხვევების მატება. (აქვე აღნიშნავთ რომ არა გვაქვს 2002 და 2006 წლების სიმსუქნის განვითარების სტატისტიკური მონაცემები). 2000 წლიდან 2005 წლამდე სიმსუქნის ახალი შემთხვევები 1.65-ჯერ არის გაზრდილი.

სიმსუქნის ახალი შემთხვევების მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2006



სიმსუქნის მატების ტენდენციაა 0-14 წლის ასაკის ბავშვებშიც. 2000 წლიდან 2005 წლამდე სიმსუქნის ახალი შემთხვევები 1.51-ჯერ არის გაზრდილი.

ბავშვთა ასაკში სიმსუქნის ახალი შემთხვევების მაჩვენებლების მატების სავარაუდო მიზეზებად შეიძლება მივიჩნიოთ, როგორც ფიზიკური ინერტულობა (რაც ზოგადად მსოფლიოს მრავალი განვითარებული ქვეყნის პრობლემა გახდა), ასევე არასწორი კვება.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2000 წლიდან 2007 წლამდე შაქრიანი დიაბეტის პრევალენტობის მაჩვენებელი 1.4-ჯერ არის მომატებული. მათ შორის ინსულინდამოკიდებული (ტიპი 1) შაქრიანი დიაბეტის

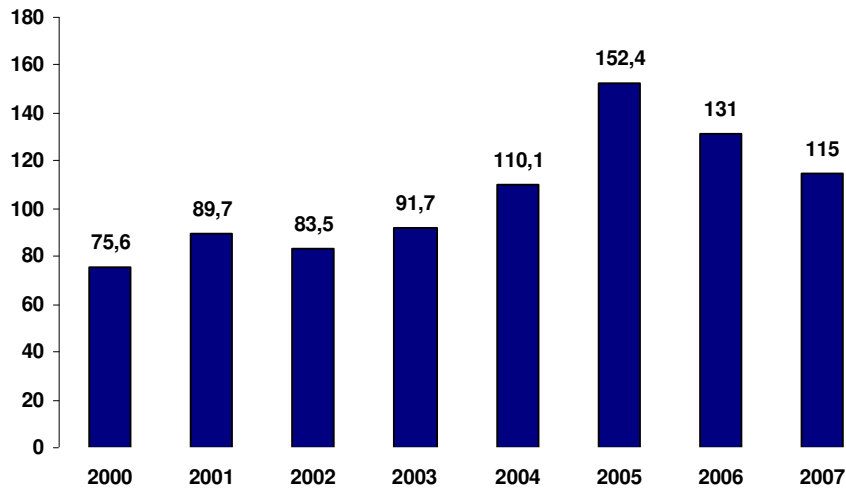
პრევალენტობა მომატებულია 1.25-ჯერ, ინსულინდამოუკიდებელის (ტიპი 2) კი 1.42-ჯერ არის გაზრდილი.

შაქრიანი დიაბეტის ინციდენტობის მაჩვენებელი 2000 წლიდან 2007 წლამდე გაზრდილია 1.35-ჯერ. აღსანიშნავია რომ 2007 წელს 2005 წელთან შედარებით აღინიშნა აღნიშნული მაჩვენებლის კლების ტენდენცია 1.27-ჯერ. მათ შორის ტიპი 1 დიაბეტის ინციდენტობა 2000 წლიდან 2007 წლამდე გაზრდილია 1.12-ჯერ, ხოლო ტიპი 2 დიაბეტის არნიშნულ წლებში მომატებულია 1.52-ჯერ. ტიპი 1 დიაბეტის ინციდენტობა 2006 წელს 2005 წელთან შედარებით 1.83-ჯერ იყო დაკლებული.

ინციდენტობის მაჩვენებლის მატება აღინიშნა არათანაბრად, კერძოდ 2005 წელს 2004 წელთან შედარებით ინციდენტობამ მოიმატა მკვეთრად (1.4-ჯერ), ხოლო 2006 წელს 2005 წელთან შედარებით 0.85-ჯერ დაიკლო, 2007 წელს კი 2006 წელთან შედარებით 1.14-ჯერ დაიკლო.

სურათი 25

ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის ინციდენტობის მაჩვენებლები, 2000-2007



იმისათვის, რომ შაქრიანი დიაბეტით ავადობის მაჩვენებლის მატების სავარაუდო მიზეზები განვსაზღვროთ, ყურადღება უნდა მივაქციოთ ისეთ ფაქტორებს რაც სავარაუდოდ დაავადების აღმოცენების ხელშემწყობ პირობებად ითვლება, კერძოდ: არასწორი კვება, სიმსუქნე, უმოძრაო ცხოვრების წესი, თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, ჰიპერტენზია, გლუკოზისადმი ინტოლერანტობა, სტრესი, იმუნიტეტის დაქვეითება, ინფექციური დაავადებები და სხვა. განსაკუთრებით უნდა გამახვილდეს ყურადღება საკვებ რაციონში მიკრონუტრიენტების და მიკროელემენტების შემცველობასა და რაოდენობაზე. როგორც სპეციალისტები აღნიშნავენ საყურადღებოა შაქრიანი დიაბეტით დაავადების პათოგენეზში შემდეგი მიკროელემენტები: ქრომი, ვანადიუმი, თუთია, სპილენძი, სელენი, მილობდენი, მანგანუმი, სილიციუმი. ამ ფაქტორებს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ისეთ ოჯახებში, სადაც ოჯახის რომელიმე წევრი დაავადებულია (ან იყო დაავადებული შაქრიანი დიაბეტის რომელიმე ტიპით). საჭიროა გაძლიერდეს პროპაგანდა ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელოვანი როლის შესახებ შაქრიანი დიაბეტით დაავადების პრევენციის საკითხში.

შაქრიანი დიაბეტის განვითარება 0-14 წლის ასაკის ბავშვებში

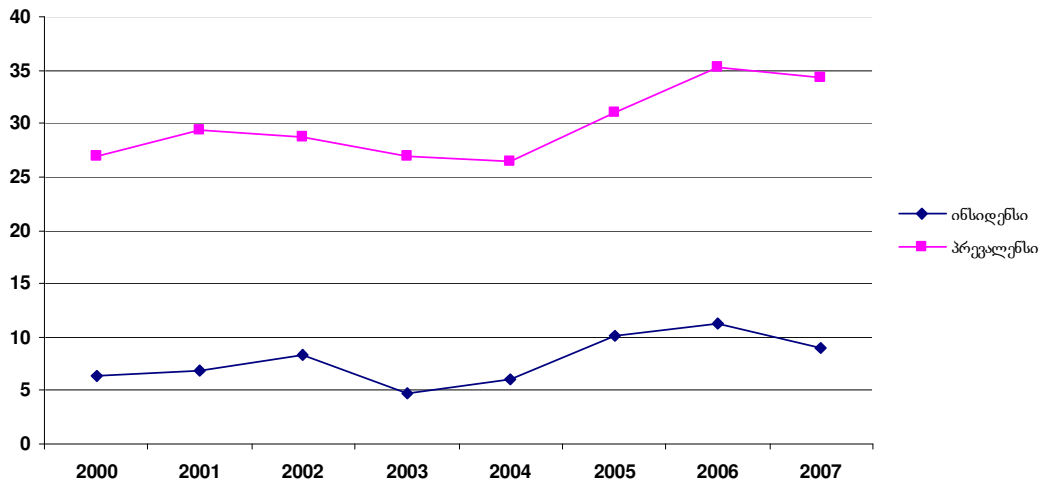
2007 წლის ბოლოს შაქრიანი დიაბეტის დიგნოზით მეთვალყურეობაზე იმყოფებოდა 263 ბავშვი, აქედან ინსულინდამოკიდებულია (ტიპი 1) 208 და ინსულინდამოუკიდებელი (ტიპი 2) 55 ბავშვი.

ბავშვებში ძირითადად გვხვდება ტიპი 1 (ინსულინდამოკიდებელი) დიაბეტი, რომლის პროფილაქტიკაც ჯერ-ჯერობით არ არსებობს.

თუ გადავხედავთ სტატისტიკას, 2000 - 2007 წლებში 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში აღინიშნება შაქრიანი დიაბეტის ახალი შემთხვევების მაჩვენებლის მატების ტენდენცია, გამონაკლისია 2003 წელი როცა მაჩვენებელი წინა წელთან შედარებით დაკლებულია 1.75-ჯერ, და 2007 წელი როცა მაჩვენებელმა წინა წელთან შედარებით 1.02-ჯერ დაიკლო. 2005 წელს კი ბავშვებში შაქრიანი დიაბეტის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელმა 2.15-ჯერ მოიმატა 2003 წელთან შედარებით, აქედან დაახლოებით 88% ტიპი 1 დიაბეტზე მოდიოდა (8.9). 2006 წელს კი აღნიშნულმა მაჩვენებელმა მოიმატა 1.12-ჯერ და შეადგინა 11.3. აქედან დაახლოებით 77% მოდის ტიპი 1 დიაბეტზე (8.7), ხოლო 2007 წელს ინციდენტობამ 2006 წელთან შედარებით 1.25-ჯერ დაიკლო და შეადგინა 9.0. აქედან 85.5% ტიპი 1 დიაბეტზე მოდის (7.7).

სურათი 26

2000-2007 წლებში 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში შაქრიანი დიაბეტის მაჩვენებლები



არ შეიძლება არ შევეხოთ ქართულ პოპულაციაში ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიათა პრიორიტეტულობას. ოფიციალური მონაცემებით ეს თვალნათლივ ჩანს. (ინილეთ დანართი 1, ცხრილი 17, 18, 19)

აღსანიშნავია ჩვენს ქვეყანაში ენდემური კერების სიმრავლე.

რესპირატორული დაავადებები

პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მოსახლეობის მომართვიანობის სამ ძირითად მიზეზს შორის არის ხველა (მაღალ არტერიული წნევასა და ანგინოზურ ტკივილთან ერთად) და უნშირესად დასძულ ღიაგნოზებს შორის ფიგურირებს ბრონქიტის ღიაგნოზი, არტერიულ ჰიპერტენზიასა და გულის იშემიურ დაავადებასთან ერთად.¹³

ქრონიკული დაავადებების გამწვავების ეპიზოდებსა და ზოგადად მწვავე დაავადებების სტრუქტურაში 42%-ს შეადგენს რესპირატორული დაავადებები.¹⁴

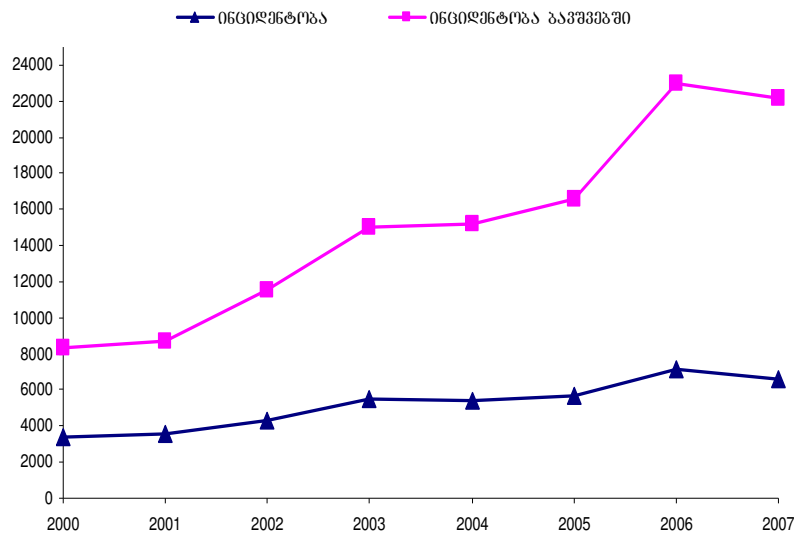
ქ. თბილისში 2002-2004 წ.წ. გარდაცვლილ ქალთა და ასევე მამაკაცთა პოპულაციაში, გარდაცვალების მიზეზებს შორის რანგით მე-8ე ადგილი უჭირავს რესპირატორულ დაავადებათა სისტემის კიბოს.

ამავე მონაცემებით სასუნთქი სისტემის კიბოს II ადგილი უჭირავს თბილისელ მამაკაცთა გარდაცვალების მიზეზებს შორის - 46.3%, ხოლო მამაკაცთა გარდაცვალების 10 ძირითად მიზეზს შორის VIII ადგილი უჭირავს ფილტვის კიბოს.

ოფიციალური სტატისტიკის თანახმად სასუნთქი სისტემის დაავადებათა სურათი ასე გამოიყურება. (აგრეთვე იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 20)

სურათი 27

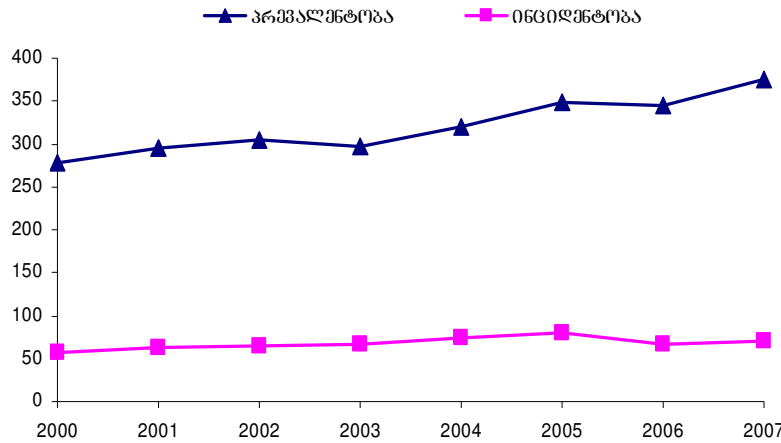
სასუნთქი სისტემის დაავადებების ინციდენტობა, 2000-2007 წწ.



13 პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მონიტორინგული პროექტი, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება, 2008 წ.

14 Household Survey on Health Service Utilization and Expenditure (HUES), 2007; Georgian Primary Health Care Development Project, MOLHSA, Department of Statistics, Ministry of Economic Development, Oxford Policy Management, UK, Curatio International.

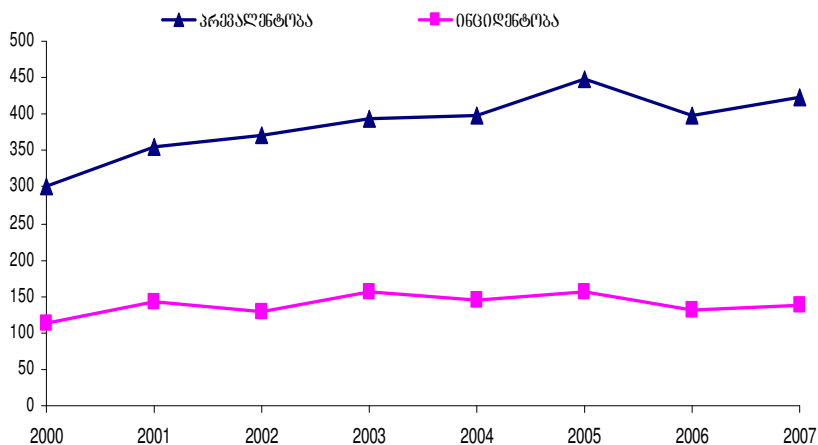
ბრონქული ასთმის გავრცელება, საქართველო, 2000–2007



სუნთქვის ორგანოთა სისტემის დაავადებათა გავრცელების შინაგანი სტრუქტურის შესწავლამ ცხადყო, რომ ყველაზე ფართოდ გავრცელებული პათოლოგია, როგორც მოსახლეობაში, ასევე ბავშვებში ზედა სასუნთქი მწვავე ინფექციებია - 51% და 61% შესაბამისად, გრიპი და პნევმონია - 12%, ქვედა სასუნთქი გზების ქრონიკული დაავადებები კი - 10%.

პრევალენტობისა და ინციდენტობის ზრდა შესაძლებელია მიუთითებდეს ექიმთან მომართვიანობის ზრდაზე, რეგისტრაციის პროცესის გაუმჯობესებასა და შესაბამისი პროგრამების ამოქმედებაზე. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (ფქოდ) გავრცელება ძალიან დაბალია. საქართველოს სახელმწიფო სტანდარტების სიაში ფქოდ-ის მსგავსი დეფინიცია გახლავთ „ფილტვის სხვა ობსტრუქციული დაავადება“, ექიმები იძულებულნი არიან გამოიყენონ დიაგნოზები - ქრონიკული დაუზუსტებელი ბრონქიტი და ემფიზემა.

ქრონიკული და დაუზუსტებელი ბრონქიტი, საქართველო, 2000-2007



საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის მიერ 2006 წელს განხორციელდა კვლევა “ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე“ (WHO,

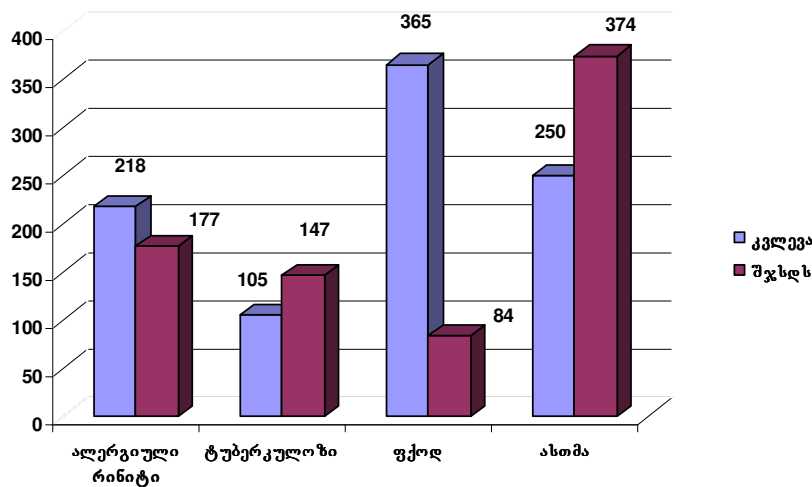
GARD, ARIA – Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma). კვლევის შედეგების ანალიზმა აჩვენა, რომ 45 წელზე ახალგაზრდა პირთა უმრავლესობა დაავადებულია ფქოდ-ით. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მისი მაღალი სიხშირე საფუძველს გვაძლევს ვივარაუდოთ საქართველოში ფქოდ-ის უფრო მაღალი გავრცელება, ვიდრე ეს ნაჩვენებია ოფიციალური სტატისტიკით.

ამ განსხვავებებს, ავტორთა აზრით, ასევე განაპირობებს ექიმების მიერ ფქოდ-ის სიმპტომატიკის ცოდნაში ხარვეზები, დიაგნოსტიკური მიზნით სპირომეტრის გამოყენების დეფიციტი, ანუ ფქოდ-ის დიაგნოსტიკისა და მართვის გაიდლაინის არ გათვალისწინება. გამოკვლეულ პირთა უმრავლესობაში სპირომეტრიამ დაადასტურა შემთხვევათა სიმძიმე. პაციენტები მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს დაავადების გვიან სტადიაში, სიცოცხლის ხარისხის ღრმა ცვლილებათა ეტაპზე.

ფქოდ არის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემა, მათ შორის ახალგაზრდა მამაკაცებში, დაავადების მაღალი სიხშირისა და ჯანდაცვის რესურსების ხშირი გამოყენების გამო აუცილებელია კვლევის ჩატარება ქვეყნის პოპულაციაში, სპირომეტრის უფრო ფართოდ გამოყენება დაავადების ნაადრევი გამოვლენისა და პრევენციული ღონისძიებებისათვის.

სურათი 30

რესპირატორული დაავადებები, კვლევის “ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე“ და ოფიციალური მონაცემების შედარება



ზოგადად მნიშვნელოვანია სამუშაო ადგილებზე განხორციელებული ეპიდემიოლოგიური კვლევები და პრევენციული პროგრამები, რომელიც საშუალებას გვაძლევს ორგანიზებულ პოპულაციაში რისკ-ფაქტორთა და პრიორიტეტულ დაავადებათა სპექტრის განსაზღვრისა.

ამ მიმართულებით ინტერესს იწვევს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მიერ ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების (ფქოდ-ის) გავრცელების შესწავლა პურის ქარხნის თანამშრომელთა შორის, ადრეული დიაგნოსტიკის, მიმდინარეობის სიმძიმის მონიტორინგის კრიტერიუმების შეფასებისა და პრევენციული ღონისძიებების შემუშავების მიზნით. აღმოჩნდა, რომ ფქოდ-ი პურის ქარხნის თანამშრომელთა 5.4%-შია გავრცელებული, ხოლო რესპირაციული პრობლემების არსებობა 25.4%-ში გვხვდება.

პურის ქარხნებში არსებული ზოგიერთი პროფესიული ფაქტორი (მაზუთის წვის პროდუქტები, ფქვილის მტვერი) ამძიმებს რესპირატორულ პათოლოგიას.

პროექტის ძირითადი რეკომენდაცია: ფქოდ-ის პრევენციის მიზნით საჭიროა პურის ქარხანაში მომუშავე, კლინიკური სიმპტომების მქონე პირებს, განსაკუთრებით კი მწველ მამაკაცებს ჩაუტარდეთ სკრინინგული კვლევა ანამნეზის და გასინჯვის საფუძველზე მოწოდებულია რისკ-ჯგუფების გამოვლენა და სპირომეტრიული გამოკვლევა. ამ უკანასკნელის ჩაუტარებლობის შემთხვევაში პიკფლუომეტრიება ფარმაკოდინამიური ტესტის გამოყენებით.

საქართველო იყო 156 კოლაბორანტს შორის, რომელმაც ჩაატარა ბავშვებში ასთმისა და ალერგიის საერთაშორისო კვლევის სამივე ფაზა, 1995-2003 წ.წ. (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC), რომელიც დაიწყო ასთმის, ალერგიული რინიტის და ეგზემის სტანდარტული მეთოდით გამოკვლევის მიზნით.

დასკვნების სახით აღნიშნულია 1996-2003 წწ. მოზარდებში მსტვინავი სუნთქვის (ხიზინის) გავრცელების მატება უპირატესად თბილისში. თბილისის და ქუთაისის ცენტრებს შორის განსხვავება შეიძლება აიხსნას რისკ-ფაქტორთა რეგიონალური თავისებურებებით. საყურადღებოა ბრონქული ასთმის ჰიპოდიაგნოსტიკა, მისი გავრცელების მაჩვენებლები 15%-ით ნაკლებია ოფიციალურ სტატისტიკურ დოკუმენტებში.

ქართულ პოპულაციაში რესპირაციულ დაავადებათა გავრცელების მონაცემები, პჯდ დაწესებულებებში უზშირესი მომართვიანობის პრობლემათა სპექტრში მათი არსებობა, ჩატარებული კვლევის საფუძველზე იდენტიფიცირებული სასკრინინგო ინდიკატორები გადაუდებლივ საჭიროებს აქტიური გამოვლენის სეგმენტის გაძლიერებას ქვეყანაში რესურსების გააქტივების გზით.

ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი

საზოგადოება მნიშვნელოვან დანაკარგს განიცდის ტრავმებთან დაკავშირებული ადამიანური, ფინანსური და სხვა სახის რესურსების მხრივ. მსოფლიოში ყოველწლიურად 5 მილიონი ადამიანი იღუპება ტრავმების შედეგად. ევროპის რეგიონში ჯანმოს შეფასებით, ტრავმების შედეგად ყოველწლიურად 2 000 ადამიანი იღუპება, 60 000 ხვდება სტაციონარში, ხოლო 600 000 გადაუდებელ ამბულატორიულ დახმარებას საჭიროებს. ტრავმები 5-44 წლის ასაკის ადამიანთა სიკვდილის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია.

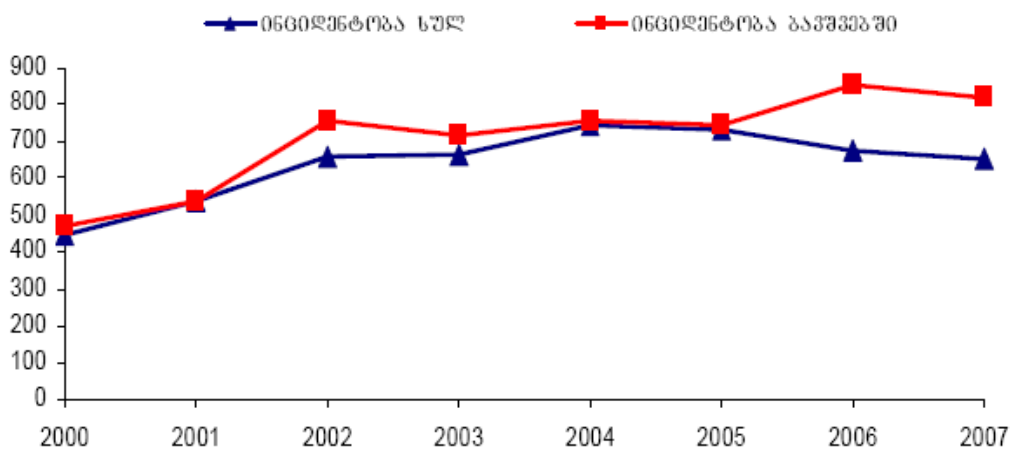
საქართველოში ტრავმებს, მოწამვლებს და გარეშე ფაქტორების ზემოქმედების სხვა შედეგებს ავადობის საერთო სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. დაავადების კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2006 წელს ავადობის მაჩვენებლის მიხედვით 100 000 სულ მოსახლეზე ტრავმები, მოწამვლები და გარეშე ფაქტორების ზემოქმედების სხვა შედეგები მეთერთმეტე ადგილზეა, ხოლო სიკვდილობის ძირითადი მიზეზების და აგრეთვე სტაციონარში ლეტალობის მაჩვენებლის მიხედვით – მეოთხე ადგილზე.

2006 წელს საქართველოში რეგისტრირებულ იქნა ტრავმების, დამწვრობების და მოწამვლების 32 892 შემთხვევა, გავრცელების მაჩვენებელმა შეადგინა 747.9, ხოლო ავადობის მაჩვენებელმა 675.2.

ტრავმების, დამწვრობების და მოწამვლების სპეციფიკიდან გამომდინარე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ დაზიანებათა ავადობის მაჩვენებლების და მახასიათებელთა ანალიზი. 2000-2007 წლებში საქართველოში ტრავმების, დამწვრობების და მოწამვლების ავადობის დინამიკა შემდეგი სახით არის წარმოდგენილი:

სურათი 31

საქართველოში ტრავმების, დამწვრობების და მოწამვლების ავადობის დინამიკა, 2000-2007



2002-2004 წლებში გარდაცვალების მიზეზებს შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ექსტრენალური მიზეზებით გარდაცვალების ხვედრით წონას – გოგონებში 14.8% და ვაჟებში – 30.4%.

(იხილეთ დანართი 1, ცხრილები 21, 22, 23, 24)

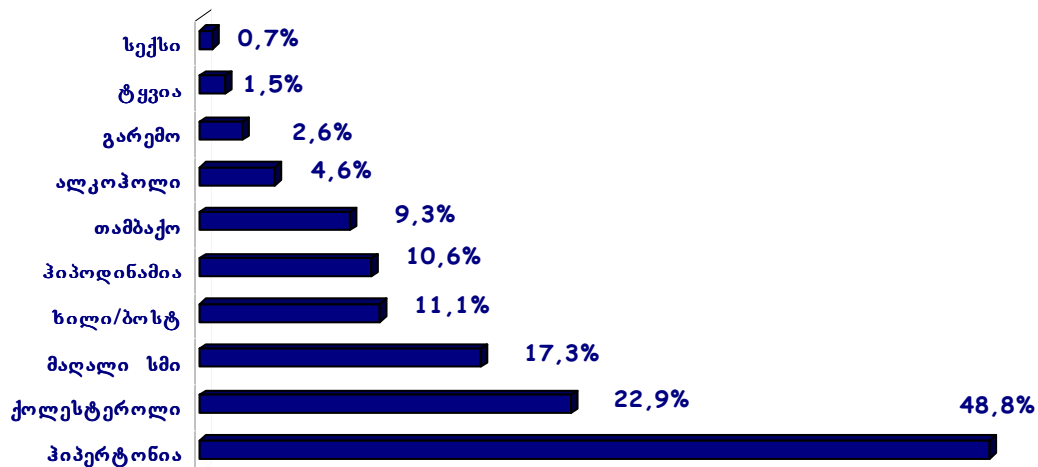
რისკ-ფაქტორები

არსებული მონაცემებით საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი საკმაოდ მაღალია და განაგრძობს ზრდას, რაც განაპირობებს ქმედითი ინტერვენციების, მათ შორის ეფექტური პოპულაციური პრევენციული სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელების აუცილებლობას. პრევენციული ღონისძიებების ეფექტურობის აუცილებელი წინაპირობაა არაგადამდებ დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორების სტრუქტურისა და გავრცელების ადექვატური შეფასება. მიუხედავად საქართველოში ჩატარებული ზოგიერთი კვლევისა, მონაცემები არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორთა შესახებ არასრულყოფილია. მოიპოვება გარკვეული ინფორმაცია არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ. მინიმალური მონაცემებია სისხლის ქოლესტეროლის, სისხლის გლუკოზის, სხეულის მასის ინდექსის, ფიზიკური აქტივობის შესახებ. ოფიციალური სტატისტიკის (სტატისტიკის დეპარტამენტის, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ეროვნული მოხსენებები, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მოხსენებები, სტატისტიკური ცნობარი „ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში“) მონაცემები საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორების გავრცელების შესახებ შეზღუდულია. ცალკეული მცირემასშტაბიანი კვლევების საინფორმაციო ღირებულება დაბალია ინდიკატორთა არასაკმარისი მოცვისა და ინსტრუმენტების არაადექვატურობის გამო.

ევროპის ჯანმრთელობის მოხსენების მიხედვით (2005), საქართველოში რისკ-ფაქტორების წილი საერთო სიკვდილობაში შემდეგნაირად შეფასდა:¹⁵

სურათი 32

10 ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილობაში, საქართველო, 2002



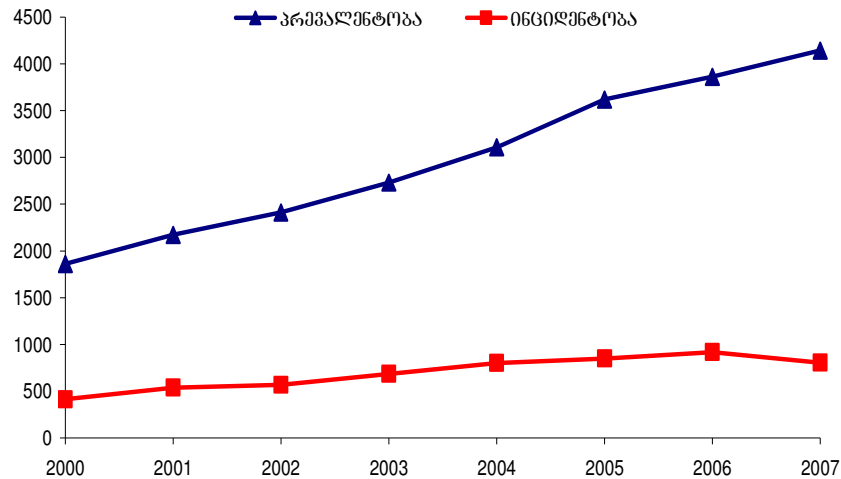
16 European health report 2005: Public health action for healthier children and populations

არტერიული ჰიპერტენზია

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით საქართველოში არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება მზარდი ტენდენციით ხასიათდება.

სურათი 33

არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება, საქართველო, 2000- 2007



ეროვნული მოხსენებაში საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (2004) მითითებულია, “რომ უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებით საგანგაშოა არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებლის გაზრდებით მატება, რაც ქვეყნის მოსახლეობისათვის შედარებით ახალი რისკ-ფაქტორების (სიღარიბე, კვებითი რეჟიმის დარღვევები, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების ზრდა, სტრესული მდგომარეობების სიხშირე და სხვ.) წინა პლანზე წამოწევით უნდა ყოფილიყო განპირობებული.”¹⁶

2005 წლის ეროვნული მოხსენებაში საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ კვლავ ხაზგასმულია, რომ “უკანასკნელ წლებში აღინიშნება არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების მაჩვენებლის გაზრდებით მატება. გულ-სისხლძარღვთა რეგისტრირებული დაავადებების სტრუქტურაში 50.1% უკავია ჰიპერტონულ დაავადებას.”¹⁷

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მოხსენების “სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების განვითარების ტენდენციები საქართველოში 2002-2006 წლებში”¹⁸ მიხედვით აღინიშნება ჰიპერტონული დაავადების პრევალენტობისა და ინციდენტობის მაჩვენებლების მკვეთრი ზრდა. 2006 წელს პრევალენტობის მაჩვენებელმა მიაღწია 3861.5-ს, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებელმა 917.4-ს. მოზრდილებში სისხლი მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა შორის ყველაზე მეტი წილი მოდის ჰიპერტონულ დაავადებაზე. მისი პროცენტული მაჩვენებელი 2002-2006 წლებში მერყეობს 45.3% - 50.1%, ანუ სმდ-დან თითქმის ნახევარი მოდიოდა ჰიპერტონულ დაავადებაზე. ბოლო წლებში მკვეთრად მოიმატა ჰიპერტონული დაავადებების ორივე მაჩვენებელმა: პრევალენტობის მაჩვენებელმა – 2-ჯერ, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებელმა – 2.2-ჯერ. ჰიპერტონული დაავადების მატება შეიმჩნევა მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში. მაგრამ სამწუხაროდ, 2002 წლის მონაცემებით საქართველო იმყოფება მსოფლიოს იმ 5 ქვეყანას შორის (ბაჰამი, საქართველო,

17 ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (2004)

18 2005 წლის ეროვნული მოხსენებაში საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

18 სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების განვითარების ტენდენციები საქართველოში 2002-2006 წლებში

ლესოტო, ლიბერია და მალდივი), რომლთა მოსახლეობაშიც აღინიშნება არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები. (იხილეთ სურათი 8)

სავარაუდოდ, რეალური სიტუაცია გაცილებით მძიმეა, რამდენადაც ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემები ძირითადად მიმართვიანობას ეყრდნობა. არტერიული ჰიპერტენზიის აქტიური გამოვლენის წილი დაბალია პრევენციული ღონისძიებების დეფიციტის გამო.

მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა CINDI საქართველოს მიერ 2001 წელს ქ. თბილისში ჩატარებული ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა (პილოტირება), 2004 წელს კი ქ. თბილისის დიდუბე-ჩუღურეთის რაიონში (სადემონსტრაციო არე) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა. აგრეთვე ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის (AIHA) პროექტი¹⁹, რომლის მიხედვით ჰიპერტენზიის გავრცელება 40-65 წლის ასაკობრივ ჯგუფში დაახლოებით 50%-ია. ამ და სხვა პროექტების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების და მათ შორის ჰიპერტენზიის გავრცელება საქართველოში იზრდება.

განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის ორწლიანი (2006-2007) თანამშრომლობის ფარგლებში ჩატარებული “საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა”²⁰. აღნიშნულ კვლევაში შეფასებული იყო არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება ქ. თბილისის მოზრდილთა პოპულაციაში (25-65წ).

კვლევის მონაცემებით:

- რესპონდენტთა რაოდენობა, რომელთა სისტოლური წნევის მაჩვენებელი იყო 140 მმ.ვწყ.სვ. და მეტი, ან დიასტოლური წნევა იყო 90 მმ.ვწყ.სვ. და მეტი, ან ვინც განაცხადა, რომ ამჟამად იღებდა წნევის დამწვევ მედიკამენტებს, იყო 33.9% და ისინი წარმოადგენენ მიმდინარე და პოტენციური ჰიპერტენზიის მქონე პირებს. ყველაზე ხშირია შემთხვევები 55-65 წლების ასაკობრივ ჯგუფში – 67.4% (მამაკაცებში 62.0%-ში და ქალებში 72.3%-ში);
- საშუალო სისტოლური წნევა იყო 124.9±19.0 მმ.ვწყ.სვ. (მამაკაცებში 127.9±17.1 და ქალებში 137.6±21.1); საშუალო დიასტოლური წნევა იყო 80.1±11.5 მმ.ვწყ.სვ. (მამაკაცებში 81.9±11.0 და ქალებში 78.3±11.6);
- რესპონდენტთა 38.2%-ს (მამაკაცთა 27.5% და ქალთა 48.4%) ქონდა ნორმალური არტერიული წნევა. 38.4%-ს (მამაკაცთა 47.3% და ქალთა 30%) - პრეჰიპერტენზია. გამოკითხულთა 23.4% (მამაკაცთა 25.2% და ქალთა 21,6%) ჰიპერტენზიულია, მათ შორის 14.5%-ში აღინიშნა I სტადიის ჰიპერტენზია და 8.9%-ში II სტადიის ჰიპერტენზია (JNC VII²¹). 5%-ში აღინიშნა იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია;

კვლევაში გამოყენებული იყო სხვადასხვა ინდიკატორი არტერიული ჰიპერტენზიის კონტროლის, გათვითცნობიერებისა და მკურნალობის ადეკვატურობის შესაფასებლად. მიღებული მონაცემების ანალიზმა აჩვენა, რომ:

- ექიმის მიერ გათვითცნობიერებული რესპონდენტები (დეფინიციის მიხედვით) იყოფა შემდეგ ჯგუფებად: პირველად გამოვლენილი ჰიპერტენზიის ჯგუფი (31.4%); რესპონდენტები, რომლებმაც იციან მომატებული არტერიული წნევის შესახებ (არა ექიმისაგან), მაგრამ არ მკურნალობენ (12.3%) და რესპონდენტები, რომელთაც იციან მომატებული წნევის შესახებ და ლეზულობენ წამლებს (56.3%);

18 ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის პროექტი(AIHA)

19 არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

21 JNC VII

- გამოკითხულთა 46.7% აღნიშნავდა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გამოყენებას. 656 რესპონდენტმა დაასახელა მხოლოდ 1 მედიკამენტი, ხოლო 496 რესპონდენტმა ორი ან მეტი მედიკამენტი (მათგან 328 რესპონდენტმა - 2, 118 რესპონდენტმა - 3, 32 რესპონდენტმა - 4, 18 რესპონდენტმა - 5);
- რესპონდენტთა მიერ დასახელდა 123 ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი, მათგან 41 არ მიეკუთვნება ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების ჯგუფს. 142 რესპონდენტი შეცდომით განიხილავდა და იყენებდა სხვა ჯგუფის მედიკამენტებს, როგორც წნევის დამწვევ საშუალებას. უფრო ხშირად ასეთებად დასახელებულია ასპირინი, კორვალორი, ვალერიანა, პრედუქტალი, მილდრონატი, ტკივილგამაყუჩებლები, სტატინები, ტრანკვილიზატორები;
- ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების რიგიდან ყველაზე ხშირად ასახელებენ 7 მედიკამენტის გამოყენებას: ადელფანი - 281 რესპონდენტი (24%), რაუნატინი - 273 რესპონდენტი (24%), კლოფელინი - 164 რესპონდენტი (14%), ენაპ H - 121 რესპონდენტი (11%), პაპაზოლი - 86 რესპონდენტი (7%), ნიფედპინი - 61 რესპონდენტი (5%), კორინფარი - 59 რესპონდენტი (5%);
- რესპონდენტთა 46.3% აღნიშნავს არარეკომენდებული მედიკამენტების გამოყენებას, 18.3% - ავფინ-ჰიპოტორებს, 11.8% - კალციუმის არხის ბლოკერებს, 8.2% - ბეტა-ბლოკერებს, 0.1% - ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ბლოკერებს, 15.3% - შარდმდენებს. ეს უკანასკნელი ძირითადად ნახსენებია ფიქსირებულ კომბინაციაში სხვა ჯგუფის პრეპარატთან ერთად. ჰიდროქლორთიაზიდი აღინიშნა მხოლოდ 8 რესპონდენტის მიერ;
- რესპონდენტთა 84.5%-ს გაზომილი აქვს წნევა ბოლო 12 თვის მანძილზე;
- რესპონდენტთა 33.7%-სათვის ჯანდაცვის მუშაკს ოდესმე უთქვამს, რომ აქვს ჰიპერტენზია;
- გაუთვითცნობიერებელ ჰიპერტენზიულ პირებს შორის არიან პირები პირველად გამოვლენილი ჰიპერტენზიით (31.4%), რესპონდენტები, რომელთაც იციან მაღალი წნევის არსებობის შესახებ, მაგრამ არ იღებენ ჰიპოტენზიურ მედიკამენტებს (12.3%) და რესპონდენტები, რომელთაც იციან მაღალი წნევის არსებობის შესახებ და იღებენ ჰიპოტენზიურ მედიკამენტებს (56.3%);
- იმ რესპონდენტთა 41.2%, რომლებიც იყენებენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს, აღნიშნავს, რომ ამას აკეთებს ექიმის რეკომენდაციით, 24.8% - მეგობრების/ნათესავების რეკომენდაციით, ხოლო 26.2% მოიხმარს მედიკამენტებს თვითნებურად;
- გამოკითხულთა 83%-ს აქვს საკუთარი წნევის აპარატი, 87.9% თვლის, რომ იცის წნევის სწორად გაზომვა და მხოლოდ 60.7%-მა იცის თუ არტერიული წნევის რა ციფრები ითვლება “ნორმალურად”.

ამგვარად, ხელმისაწვდომი მონაცემების გათვალისწინებით, იკვეთება ქვეყანაში არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების შემცირებისა და ეფექტური კონტროლის ქმედითი ღონისძიებების შეშუშავებისა და განხორციელების გადაუდებელი საჭიროება.

სისხლის ქოლესტეროლი

ინფორმაცია მოსახლეობაში სისხლში ქოლესტეროლის დონის შესახებ მინიმალურია. ოფიციალური სტიტისტიკის წყაროები ჰიპერქოლესტერინემიის გავრცელებისთან დაკავშირებით მონაცემებს არ შეიცავს.

სისხლის ქოლესტერინი გამოკვლეული იყო “საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა 2001”²² ფარგლებში. კვლევა ჩატარდა თბილისში CINDI-ს ჯანმრთელობის მონიტორირების კითხვარის გამოყენებით. გამოკვლეული იყო 18-64 ასაკის 1000 რანდომულად შერჩეული რესპოდენტი. აღნიშნული კვლევის მონაცემებით: ბოლო 12 თვის განმავლობაში სისხლის ქოლესტეროლი გაიზომა გამოკვლეულთა 6.6%-მა. 66.4%-ს არასოდეს ჩაუტარებია ეს კვლევა. 22.7 %-მა არ იცოდა გაუზომია თუ არა ოდესმე სისხლში ქოლესტეროლი. 55-65 ასაკობრივი ჯგუფის 67.6%-ს და 45-55 ასაკობრივი ჯგუფის 84.3%-ს არასოდეს გაუზომია ან არ იცოდა გაუზომია თუ არა ოდესმე ქოლესტერინის დონე სისხლში.

გაცილებით სრულფასოვან მონაცემებს იძლევა “საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა 2006-2007”.²³

კვლევის დიზაინი ითვალისწინებდა ქოლესტეროლის სასურველი დონის დიფერენცირებულ შეფასებას რისკის კატეგორიების გათვალისწინებით. ამგვარი მიდგომა საშუალებას იძლევა შეფასდეს ჰიპერქოლესტერინემიის კონტროლი, რამდენადაც ჰიპერქოლესტერინემიის კონტროლის ადექვატურობის საზომს ქოლესტერინისა და ლიპიდური სპექტრის სხვა კომპონენტების სამიზნე დონის მიღწევა წარმოადგენს. ქოლესტეროლის სამიზნე დონის განსაზღვრისათვის აუცილებელი პირობაა რისკის კატეგორიის შეფასება, რამდენადაც რისკის სხვადასხვა კატეგორიისათვის განსხვავებულია ქოლესტეროლის სამიზნე დონე.

კვლევის მონაცემებით გამოვლინდა სისხლში ქოლესტეროლის დონის მატების მაღალი გავრცელება ორივე სქესის ინდივიდებში. *(იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 25)*

საყურადღებოა, რომ ჰიპერქოლესტერინემიის შესახებ გათვითცნობიერება გამოკვლეულ პოპულაციაში დაბალი იყო. კვლევამ აგრეთვე აჩვენა ჰიპერქოლესტერინემიის არადამაკმაყოფილებელი კონტროლი რისკის მაღალი კატეგორიის პირებში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევა არ ითვალისწინებდა სადიეტო და მედიკამენტური ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის გამოყენებისა და ეფექტურობის შეფასებას.

ათეროსკლეროზული დაავადებების გენეზში ჰიპერქოლესტერინემიის როლის გათვალისწინებით, შემამფოთებელია უაღრესად დაბალი აქტივობა ამ მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორის, როგორც გავრცელებისა და კონტროლის შეფასების მიმართულებით, ასევე პრევენციული ღონისძიებების განხორციელების თვალსაზრისით.

²² საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა 2001

²³ არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

სისხლის გლუკოზა

2005 წლის ეროვნული მოხსენებაში საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ კვლავ ხაზგასმულია, რომ “საქართველოში 2005 წლის ბოლოს შაქრიანი დიაბეტი ენდოკრინული სისტემის დაავადებების, კვების, ნივთიერებათა ცვლისა და იმუნიტეტის დარღვევების მქონე ავადმყოფთა 40.1%-ს შეადგენდა. მეთვალყურეობაზე მყოფი 55 080 ავადმყოფიდან (დაავადებიანობა – 1 250.0) 285 (დაავადებიანობა – 31.1) ბავშვი იყო. პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრუცხული იყო 9 492 (ავადობა – 217.1) ავადმყოფი, მათ შორის 93 (ავადობა – 10.1) ბავშვია. შაქრიანი დიაბეტის სოციალური მნიშვნელობა მით უფრო ყურადსაღებია, რომ მეთვალყურეობაზე მყოფ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან 27.6% (15 203 ავადმყოფი) ინსულინის მომხმარებელია. ამასთან ერთად ბავშვებში, სადაც დაავადება განსაკუთრებით მიმედ მიმდინარეობს, 248 (87%) ინსულინდამოკიდებული პაციენტი აღირიცხებს.”

ყველა ოფიციალური მონაცემებით აღინიშნება შაქრიანი დიაბეტის გავრცელების მატების ტენდენცია.

საქართველოს ექიმთა ასოციაციის მიერ განხორციელებული კვლევის “ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები მოზრდილთა პოპულაციაში საქართველოში” (2001)²⁴ მიხედვით დიაბეტი ანამნეზში გამოუვლინდა 2.1%-ს.

საქართველოს CINDI ჯგუფისა და ექიმთა ასოციაციის კვლევის „ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა CINDI -საქართველოს სადემონსტრაციო არეში –ჩუღურეთის რაიონში, თბილისი” (2004)²⁵ მონაცემებით ანამნეზში დიაბეტს აღნიშნავდა გამოკითხულთა 3.9%.

მაღალი ინფორმაციული ღირებულებისაა “საქართველოში არავადამდე დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის”²⁶ მონაცემები. კვლევაში გამოყენებული ინდიკატორები შესაძლებლობას იძლეოდა როგორც დადასტურებული, ასევე სავარუდო ჰიპერგლიკემიის აქტიური გამოვლენის შესაძლებლობას. ფასდებოდა აგრეთვე ჰიპერგლიკემიის შესახებ გათვითცნობიერების მაჩვენებელი. (იხილეთ დანართი 1, ცხრილი 26)

ოფიციალური სტატისტიკისა და წარმოდგენილი კვლევების მონაცემების შედარება გაძნელებულია შეფასების ინდიკატორებს შორის არსებული განსხვავებების გამო. სავარაუდოდ მოსახლეობაში ჰიპერგლიკემიის შესახებ გათვითცნობიერების დონე დაბალია.

²⁴ “ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები მოზრდილთა პოპულაციაში საქართველოში” (2001)

²⁵ „ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა CINDI -საქართველოს სადემონსტრაციო არეში

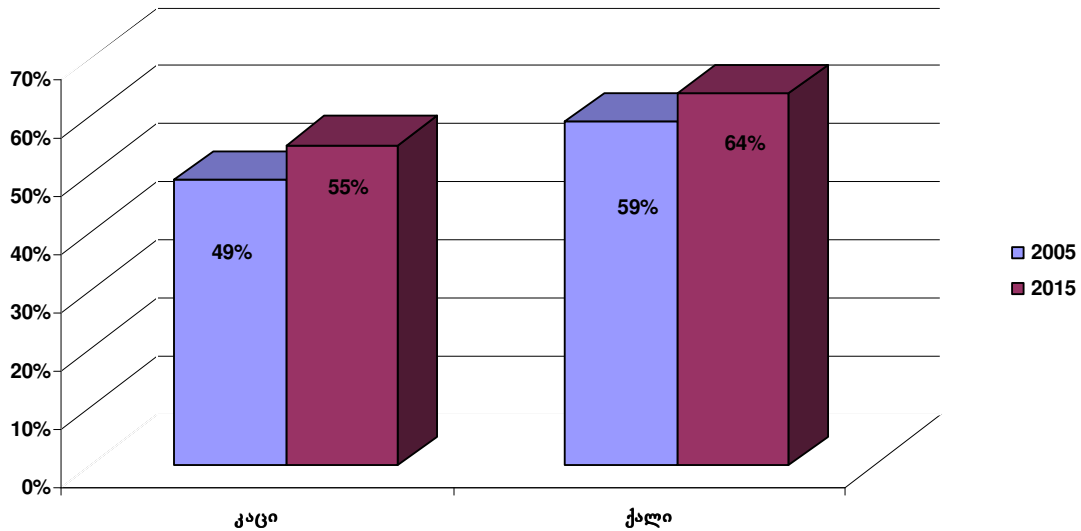
²⁶ არავადამდე დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

სხეულის მასის ინდექსი

მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მონაცემებით 2005 წელს საქართველოში ჭარბწონიანი იყო მამაკაცების 49%, ხოლო ქალების 55%. სავარაუდოდ, 2015 წელს საქართველოში ჭარბი წონა ექნებათ: მამაკაცების 59% და ქალების 64%-ს.

სურათი 34

ჭარბი წონის გავრცელება, საქართველო, 2005-2015



საყურადღებო მონაცემებს შეიცავს ბოლო წლებში (2001, 2004, 2006-2007) ჯანმრთელობის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დკსჯეც, CINDI საქართველოსა და საქართველოს ექიმთა ასოციაციის ერთობლივი ძალისხმევით განხორციელებული კვლევები სადემონსტრაციო არეში (თბილისის ჩუღურეთის რაიონი).

“ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები მოზრდილთა პოპულაციაში საქართველოში”²⁷ (2001) მონაცემებით გამოკითხულთა საშუალო წონა იყო 71.2კგ და საშუალო სმი-24.6. სმი-ის მაჩვენებლები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: 21.3 - 18-25 წ. ასაკობრივ ჯგუფში; 26.8 - 55-65 წ. ასაკობრივ ჯგუფში; რესპოდენტთა 61.1% თვლიდა, რომ აქვს ნორმალური წონა (უმრავლესობა მამაკაცი). 31.6% თვლიდა, რომ აქვს ჭარბი წონა (უმრავლესობა ქალი).

“ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა CINDI-საქართველოს სადემონსტრაციო არეში” (2004)²⁸ მონაცემებით გამოკითხულთა საშუალო წონა იყო 73.6 კგ. და საშუალო სმი-26.2. სმი-ის მაჩვენებლები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: 24.4 - 25-34 წ. ასაკობრივ ჯგუფში; 26.5 - 55-65 წ. ასაკობრივ ჯგუფში; რესპოდენტთა 55.3% თვლიდა, რომ აქვს ნორმალური წონა (უმრავლესობა მამაკაცი). 35.2% თვლიდა, რომ აქვს ჭარბი წონა (უმრავლესობა ქალი).

“საქართველოში არაგადამღებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის”²⁹ მონაცემები, ზემოაღნიშნული კვლევებისაგან განსხვავებით სმი-ის შეფასებისას ეყრდნობა არა გამოკითხვის, არამედ ანთროპომეტრიის შედეგებს. ამდენად ამ კვლევის მონაცემების ვალიდურობა გაცილებით მაღალია.

²⁷ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები მოზრდილთა პოპულაციაში საქართველოში (2001)

²⁸ ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა CINDI -საქართველოს სადემონსტრაციო არეში—ჩუღურეთის რაიონში, თბილისი”(2004)

²⁹ არაგადამღებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

კვლევის მონაცემებით:

- საშუალო სიმაღლის მაჩვენებელი პოპულაციაში 170.6 სმ-ია (მაქსიმუმი 200 სმ. და მინიმუმი 145 სმ.). მამაკაცები 13 სმ.-ით მაღლები იყვნენ, ვიდრე ქალები (177.3 სმ და 164.3 სმ შესაბამისად).
- სხეულის საშუალო წონა იყო 80.4 კგ (მაქსიმუმი 163 კგ. და მინიმუმი 41 კგ.); ჩვეულებრივ, მამაკაცები უფრო მეტს იწონიდნენ, ვიდრე ქალები (შესაბამისად 86.9 კგ და 74.3 კგ). მამაკაცებში სხეულის წონის პიკი აღინიშნა 45-54 წ.წ. ხოლო ქალებში - 55-65 წ.წ. ასაკობრივ ჯგუფში;
- სმი-ის საშუალო მაჩვენებელი როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში იყო 27.6;
- გამოკვლევულ პირთა მხოლოდ 34%-ს ჰქონდა ნორმალური წონა (სმი=18.5-24.9). 34.9%-ს აღმოაჩნდა ჭარბი წონა (სმი=25.0-29.9), უფრო ხშირად მამაკაცებს (შესაბამისად 40.2% და 34.9%). სიმსუქნე აღინიშნა რესპონდენტების თითქმის 1/3-ში (29.4%), უფრო ხშირად ქალებში (შესაბამისად 31.6% და 27.1%). რესპოდენტთა მხოლოდ 1.7% იყო გამხდარი (სმი<18.5) და 2.6%-ს (მამაკაცთა 1.4% და ქალოთა 3.7%) აღენიშნა III ხარისხის ჭარბი წონა;

ზელმისაწვდომი მონაცემების მიხედვით კლინდება ჭარბწონიანობის საკმარისად მაღალი გავრცელება, განსაკუთრებით ქალებში.

ვროპის ჯანმრთელობის მოხსენების მიხედვით (2005), საქართველოში საერთო სიკვდილობაში რისკ-ფაქტორების წილის მიხედვით მაღალი სმი იკავებს რიგით მესამე ადგილს.

ყოველივე ზემოაღნიშნული განაპირობებს პრევენციული ღონისძიებების გააქტიურების საჭიროებას.

თამბაქო

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე კარგად შესწავლილი რისკ-ფაქტორი ნიკოტინია.

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით საზოგადოების დანაკარგები წლიდან წლამდე იზრდება. დადგენილია, რომ სიგარეტის შეძენაზე დახარჯული თანხები მწვეველთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საფასურის ტოლია. სხვადასხვა კვლევებით დადასტურდა, რომ საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი იმყოფება თამბაქოს პერმანენტული და ინტენსიური ზემოქმედების ქვეშ. თამბაქოს მოხმარების სიხშირე როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში ყველაზე მაღალია 26-59 წლის ასაკში. ისინი ეწევიან მთელი მოხმარებული სიგარეტის 60.5%-ს. (ეროვნული მოხსენება 2003 წ.)³⁰

თამბაქოს მოიხმარს ქვეყნის მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 40%. მამაკაცთა შორის მწვეველია 50-60%, ხოლო ქალებს შორის მწვეველობის პროგრესი კატასტროფულია. იგი ბოლო 16 წლის განმავლობაში თითქმის 6-ჯერ გაიზარდა (მათ შორის ორსულებში) და 22%-ს მიადგინა.

საგანგაშო მდგომარეობაა ბავშვებსა და ახალგაზრდებში. კერძოდ, 14-16 წლამდე ბავშვებში ჩატარებული ეროვნული დონის კვლევის³¹ მიხედვით, სკოლის მოსწავლეთა 42%-ს გასინჯული აქვს თამბაქო (მათგან 52.2%-მა თამბაქო გასინჯა 10 წლამდე ასაკში); 23.3% რეგულარულად ეწეოდა გამოკვლევის პერიოდში; 93.3% იმყოფება მწვეველთა გარემოში.³²

2005 წლის ეროვნული მოხსენების თანახმად თამბაქოს მოიხმარს მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 27-39%. მამაკაცთა შორის მწვეველია 50-65%.³³

ანა გილმორისა და სხვა ავტორების მიერ ჩატარდა კვლევა³⁴ ყოფილი საბჭოთა კავშირის რვა ქვეყანაში. გამოკითხვა წარმოებდა 18 წელზე მეტი ასაკის რეპრეზენტატიულ ჯგუფებში. დადგინდა, რომ ამ ქვეყნებში თამბაქოს მოხმარების დონე უფრო მაღალია, ვიდრე აშშ-ში თამბაქოს მოხმარების ეპიდემიის დროს. (საქართველოში იმ დროისათვის ეწეოდა მოსახლეობის 55%, მამაკაცების 62.3% და ქალების 5.8%).

არაგადამდებ დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორების კვლევის³⁵ (2006-2007 წ.) მონაცემებით:

- გამოკითხულთაგან 52.3% აღნიშნავს, რომ ეწეოდა ცხოვრების მანძილზე სულ მცირე 1 წელი. პოზიტიური პასუხი ამ კითხვაზე უფრო ხშირად მამაკაცებს შორის იყო (77.9% 27.8%-ის საპირისპიროდ);
- ყოველდღიურ მწვეველებს შორის თამბაქოს მოწვევის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენს 19 წელს. თამბაქოს მოწვევის საშუალო ხანგრძლივობა მამაკაცებში იყო 21 წელი, ხოლო ქალებში - 15 წელი;
- ოდესმე მწვეველთა 3/5 (60.1 %) ეწევა 20 სიგარეტს და მეტს დღეში და ამდენად, ისინი ხვდებიან მძიმე მწვეველის კატეგორიაში (მამაკაცების 71.3% და ქალების 30.5%). დღიურად მოწეული სიგარეტის საშუალო რაოდენობა მამაკაცებში 21, ხოლო ქალებში 13-ია;

³⁰ ეროვნული მოხსენება 2003 წ.

³¹ ეროვნული დონის კვლევა

³² ეროვნული მოხსენება 2004 წ.

³³ ეროვნული მოხსენება 2005 წ.

³⁴ ანა გილმორისა და სხვა ავტორების მიერ ჩატარდა კვლევა

³⁵ არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

- ამჟამად ეწევა რესპონდენტების 42.2% (40.7% - ყოველდღიური მწვევლები და 1.5% - იშვიათი მწვევლები). მამაკაცები ეწევიან დაახლოებით სამჯერ უფრო მეტად, ვიდრე ქალები (შესაბამისად 62% და 23%). ეს ჩვევა იშვიათია ორივე სქესის მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში (55 წ.);
- თითქმის ყველა ყოველდღიური მწვეველი ეწევა ქარხნულ სიგარეტს (99.8%), მხოლოდ 2 მამაკაცი ეწეოდა ჩიბუსს და არცერთი შეხვეულ თუთუნს;
- ყოველდღიურ მწვევლებს შორის 75.6%-ს კარგად აქვს გაცნობიერებული, რომ მოწევა მავნე ზემოქმედებას ახდენს ჯანმრთელობაზე (ქალების 85.4% და მამაკაცების 71.9%);
- საგანგაშოა, რომ ყოველდღიური მწვევლების 21.3%-ს არ სურს მოწვევისათვის თავის დანებება, ხოლო 24% არ არის დარწმუნებული, და მხოლოდ 33.8%-ს სურს სიგარეტისათვის თავის დანებება;
- ყოველდღიური მწვევლების 39.1%-ს არასდროს უცდია მოწვევისათვის თავის დანებება (მამაკაცების 40.3% და ქალების 36.0%);
- მათ შორის, ვინც მოწევას თავი დაანება (21.9%), 210 მამაკაცი და 73 ქალია (შესაბამისად 22.2% და 20.8%).
- ყოველდღიურ მწვევლთა მხოლოდ 28.4%-მა მიიღო რჩევა ექიმისაგან თამბაქოსთვის თავი დაენებების შესახებ.

აღნიშნული მონაცემებიდან ქვეყნის მოსახლეობაში იკვეთება თამბაქოს მოხმარების მზარდი ტენდენცია, განსაკუთრებით შემაშფოთელი სტატისტიკა ვლინდება ქალებსა და მოზარდებში. ამასთან, მონაცემების შედარება გაძნელებულია კვლევების და მონაცემთა ბაზების არაუნიფიცირების გამო. აქედან გამომდინარე, საჭიროა ენერგიული ინტერვენციები სიტუაციის კორექციისათვის მაქსიმალურად მოკლე ვადებში.

ალკოჰოლი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ევროპის რეგიონში ავადობის ტვირთის დაახლოებით 9% მოდის სპირტიანი სასმელების მოხმარებაზე, რაც სხვა რისკის ფაქტორებთან ერთად განაპირობებს ისეთი დაავადებების განვითარებას, როგორცაა ღვიძლის ციროზი, ჰიპერტენზია, ინსულტი, გულის იშემიური დაავადებები და სხვა. ღვინისა და სხვა სპირტიანი სასმელების ზომიერი მოხმარების ისტორიულმა ტრადიციებმა ხელი შეუწყო საქართველოში ალკოჰოლიზმის დაბალი დონის შენარჩუნებას 90-იან წლებამდე.

მომდევნო წლებში მდგომარეობის გამწვავებას ხელი შეუწყო ქვეყანაში პოლიტიკური და განსაკუთრებით ეკონომიური სიტუაციის გამძაფრებამ, მაგარი სპირტიანი სასმელების დემპინგურ ფასებში გასაღებამ, რასაც თან სდევდა შიდა ბაზარზე მაღალხარისხიანი ღვინის ნაწარმის არასაკმარისი გამოშვება.

2004 წელს საქართველოში აღრიცხულ იქნა ალკოჰოლიზმის 8 033 შემთხვევა. მათ შორის სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით იყო 198. სახეზეა 2003 წელს დაფიქსირებული რაოდენობის მატება: წინა წელს აღრიცხულთა რაოდენობა იყო 7 960. ახალი შემთხვევები იყო 174.³⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს „ეროვნული მოხსენების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2005“ მიხედვით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის მონაცემებით ალკოჰოლის მოხმარება მოზრდილ მოსახლეობაში შემდგენილია: მცირე ოდენობით მოხმარება (0.25 - <20 გრ/დღე ქალებში და 0.25 - <40 გრ/დღე მამაკაცებში) – 27.5%, ხოლო დიდი ოდენობით (>20 გრ/დღე ქალებში და >40 გრ/დღე მამაკაცებში) – 0.5%, მაგრამ ტენდენცია მზარდია.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის ორწლიანი (2006-2007) თანამშრომლობის ფარგლებში ჩატარებული „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა“³⁷ კვლევის მონაცემებით:

- უკანასკნელი 7 დღის განმავლობაში რესპონდენტებმა საშუალოდ მიიღეს 0.8 ბოთლი ლუდი, 0.6 ჭიქა მაგარი სპირტიანი სასმელი და 1.5 ჭიქა ღვინო. ალკოჰოლის მოხმარება გაცილებით უფრო მაღალია მამაკაცებში;
- რესპონდენტების 36.7%-ს არ მიუღია მაგარი სპირტიანი სასმელი (მათი უმრავლესობა ქალია). 36.9% მაგარ სასმელს სვამს წელიწადში რამდენჯერმე, 19.2% თვეში 2-3-ჯერ, 3.8% კვირაში ერთხელ, 0.6% (მხოლოდ მამაკაცები) კვირაში 2-3-ჯერ;
- 20.2%-ს (უმეტესობა ქალებს) არასოდეს არ დაუღევია ღვინო. 44.7% (უმეტესად ქალი) სვამს წელიწადში რამდენჯერმე, 24.4% სვამს თვეში 2-3-ჯერ, 5.6% - ყოველკვირეულად, 3.2% - კვირაში 2-3-ჯერ, 1.1% (26 რესპონდენტი) სვამს ყოველდღე, მათ შორის 1 ქალი;
- 34.7%-ს არასოდეს დაუღევია ლუდი, 29.7% სვამს წელიწადში რამდენჯერმე, 17.6% სვამს თვეში 2-3-ჯერ, 7.0% ყოველკვირეულად, 5.4% კვირაში 2-3-ჯერ, 2.6% სვამს ყოველდღე;
- რესპონდენტების 55.8%-ს არასდროს დაუღევია 6 ან მეტი ჭიქა ერთჯერადად. 1.1% სვამს ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე.

ამრიგად, მონაცემები საქართველოში უკანასკნელ პერიოდში ალკოჰოლის მოხმარების დონის გავრცელების შესახებ არასაკმარისია, ხოლო სხვადასხვა წლებში ჩატარებული გამოკვლევების ინდიკატორების არაეერთგვაროვნების გამო გაძნელებულია მათი ერთმანეთთან შედარება.

³⁶ 2004 წლის ეროვნული მოხსენება

³⁷ არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

კვება

კვების თავისებურებები მნიშვნელოვნად აისახება ჯანმრთელობაზე. კვების რაციონში გარკვეული კომპონენტების, როგორც სიჭარბე, ასევე ნაკლებობა შეიძლება გავლენა იქონიოს ჯანმრთელობის გაუარესების მიზეზი. შესაბამისად, სრულფასოვანი და ჯანსაღი კვება სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების პრევენციის ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდია.

საქართველოში საკვები პროდუქტების მოხმარების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემები ძირითადად ეყრდნობა სასურსათო საქონლის ბალანსურ ანგარიშებს და არა გამოკვლევებს საკვები პროდუქტების მოხმარების შესახებ, რაც თავისთავად არ იძლევა სრულყოფილ ინფორმაციას სამედიცინო თვალსაზრისით.

აღსანიშნავია, რომ 2005 წელს მოსახლეობის კვების რაციონში 31.5% ეკავა მაკრონის ნაწარმს, პურსა და ბურღულეულს, ბოსტნეულს – 28.7%, რძესა და რძის პროდუქტებს – 17.3%, ხორცის წილმა კი მხოლოდ 3.4% შეადგინა.

ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტის (ეგსდ 2006 წ.) მიერ ჩატარებული შინამეურნეობათა გამოკვლევის³⁸ მიხედვით ერთ სულზე მედიანური „კალორიების მოხმარება“ (კკალ/დღეში) 2005 წლისათვის შეადგენდა 2 670 კკალორიას, რაც თითქმის 300 კკალორიითაა მომატებული 2002 წელთან შედარებით (2 360 კკალ). უნდა აღინიშნოს, რომ კალორიების მოხმარება 2005 წელს თითქმის იმავე სიდიდით (300 კკალ) ჩამორჩება 1983 წელს საქართველოს მოსახლეობის 1 სულზე დღეში კალორიებში გამოსახული საკვები პროდუქტების მოხმარებას.

ამავე გამოკვლევებით ნუტრიენტების წვლილი კვებითი ენერჯის მოხმარებაში შემდეგია: ცხიმები - 21%; ცილები – 12%; ნახშირწყლები - 68%. ყველა ეს მაჩვენებელი მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ნორმების ფარგლებშია.

მოსახლეობის მიერ პროდუქტების მოხმარების შესახებ ინფორმაციის დეფიციტს გარკვეულად ავსებს CINDI საქართველოს მიერ 2001 წელს თბილისში ჩატარებული ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა (პილოტირება), 2004 წელს კი თბილისის დიდუბე-ჩუღურეთის რაიონში (სადემონსტრაციო არე) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა. აგრეთვე, “საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა”. რომლის მიხედვით;

- რესპონდენტები საშუალოდ 6.3 ნაჭერ პურს მიირთმევენ დღის განმავლობაში; აქედან, საშუალოდ 0.8 ნაჭერ ჭვავის პურს, 4.5 ნაჭერ თეთრ პურს, 0.4 ნაჭერ თონის პურს და 0.6 ნაჭერ სხვა პურს;
- 406 რესპონდენტი საერთოდ არ მოიხმარს შაქარს. შაქრის საშუალო მოხმარება (ყავასთან ან ჩაისთან ერთად) შეადგენს 4.8 კოვზს დღეში;
- რესპონდენტთა უმრავლესობა მოიხმარს ბოსტნეულის ზეთს (92.4%). მხოლოდ 3.2% მოიხმარს კარაქს ან პროდუქტს, რომელიც ძირითადად კარაქისაგან შედგება. რესპონდენტების ძალიან მცირე რაოდენობა მოიხმარს მარგარინს (0.7%), ღორის ქონს ან სხვა ცხოველურ ცხიმს (0.2%);
- რესპონდენტების 78.1% (მამაკაცების 82.0% და ქალების 74.3%) მიირთმევენ საუზმეს. ასაკის მატებასთან ერთად ეს პროცენტული მაჩვენებელი იზრდება;
- გამოკვლეულთა 65.3% საკვებს სახლში ამზადებს;

³⁸Houshold Survey on Health Service Utilization and Expenditure (HUES), 2007

- გამოკვლეულთა 56% საკვებს არასოდეს ამატებს მარილს, 31.6% ამატებს, როცა საკვები არასაკმარისად მარილიანია, ხოლო 11.7% ამატებს საკვების დაგემოვნებამდე. რესპონდენტთა 85.6% იოდიზებულ მარილს მოიხმარს;
- ახალ ბოსტნეულს ყოველდღე მოიხმარს რესპონდენტთა მხოლოდ 31.5%, ხოლო 10%-ს იგი წინა კვირას არ მოუხმარია;
- ხილის მოხმარებას საერთოდ არ აღნიშნავს გამოკითხულთა 37.5%, ხოლო 36.6% მოიხმარს მხოლოდ 1-2-ჯერ კვირაში. რესპონდენტთა დაახლოებით 80% არასდროს მოიხმარს ხილს კომპოტისა და ჩირის სახით;
- რესპონდენტთა 34.9%-მა წინა კვირას 3-5-ჯერ მიირთვა საკონდიტრო ნაწარმი (ნამცხვარი, ხაჭაპური, ლობიანი), 27,2%-მა - ტკბილეულობა (კანფეტი, შოკოლადი). საერთოდ არ მიურთმევეს საკონდიტრო ნაწარმი გამოკითხულთა 22.3%-ს, ხოლო ტკბილეულობა – 32.9%-ს.

ზემოაღნიშნული მონაცემები არ არის საკმარისი არაგადამდებ დაავადებათა მართვის მიზნით ნაციონალური სახელმძღვანელო პრინციპების შესამუშავებლად. ამისათვის, პირველ რიგში უნდა შეფასდეს მონაცემები მოსახლეობის მიერ ისეთი საკვები ნივთიერებების მოხმარების შესახებ, როგორცაა:

- ცხიმების საერთო რაოდენობაში: ნაჯერი, პოლიუჯერი და ტრანსცხიმოვანი მჟავები; მონოუჯერი ცხიმოვანი მჟავები; პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავები; ქოლესტეროლი.
- ნახშირწყლების საერთო რაოდენობაში: თავივისუფალი შაქრები; საკვები ბოჭკოები; არასახამებლური პოლისაქარიდები.
- ნატრიუმის ქლორიდი.

მოსახლეობის რაციონში მხოლოდ ჩამოთვლილი კვების ინგრედიენტების ხვედრითი წილის დადგენის შემდეგ გახდება შესაძლებელი მოსახლეობის კვების ხასიათსა და კულტურასთან მისადაგებელი რეკომენდაციების შემუშავება.

ფიზიკური აქტივობა

ოფიციალურ სტატისტიკურ წყაროებში მონაცემები ფიზიკური აქტივობის შესახებ არ მოიპოვება.

2001 წლის მონაცემებით: (CINDI საქართველოს მიერ 2001 წელს ქ. თბილისში ჩატარებული ჯანმრთელობის მონიტორინგის კვლევა) გამოკითხულთა 42.9% სამსახურში არ დადის ფეხით, რადგან არ მუშაობს ან მუშაობს სახლში. 6.4% ავტომობილით დადის სანსახურში. რესპონდენტების 13.6% 15 წუთზე ნაკლებს უნდებდა სამსახურში ფეხით მისვლას, ხოლო 22%-15-30 წთ.

რესპონდენტთა 70.8% ფიზიკურად ვარჯიშობს 30 ან მეტ წუთის განმავლობაში მხოლოდ რამდენჯერმე წელიწადში; 6.1% ვარჯიშობს ყოველდღე, უმეტესად მამაკაცები; 5.9% არ ვარჯიშობს ავადმყოფობის გამო და 0.9% - შეუძლებლობის გამო.

რესპონდენტთა 28.3%-ის სამუშაო ფიზიკურად ძალიან მსუბუქია, ძირითადად მჯდომარე; 48.4%-ში ის მოითხოვს ფეხით სიარულს, 20.5%-ში - საშუალო ფიზიკურ აქტივობას და 2.7%-ში ხელით მძიმე მუშაობას.

უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობის გაზრდა რესპონდენტთა 9.9%-ს ურჩია ოჯახის წევრმა, ხოლო ექიმმა და ჯანდაცვის სხვა მუშაკმა იშვითად - შესაბამისად შემთხვევათა 2.3% და 2.1%-ში.

2004 წლის მონაცემებით³⁹ დღეთა საშუალო რაოდენობა კვირაში, როდესაც რესპონდენტებს ჰქონდათ ძლიერი ან საშუალო ფიზიკური აქტივობა იყო 0.72-0.79 და ამ ფიზიკური ვარჯიშის საშუალო ხანგრძლივობა იყო 29-35 წთ. დრო, რომლის განმავლობაშიც რესპონდენტებს სამუშაო დღეებში უხდებოდათ ჯდომა იყო 10.6 სთ/დღეში.

რესპონდენტთა 43.2% არ მუშაობდა ან მუშაობდა სახლში, 7.1% დადიოდა სამსახურში მანქანით, 12.3% უნდებოდა 15 წუთზე ნაკლებს სამსახურში ფეხით მისასვლელად, ხოლო 17.9% - 15-30 წუთს.

რესპონდენტთა 56.4% ფიზიკურად ვარჯიშობდა 30 წუთი ან მეტი დროის განმავლობაში მხოლოდ წელიწადში რამოდენჯერმე; 6.1% - ყოველდღე, 8.6% არ ვარჯიშობდა ავადმყოფობის გამო და 1.3% - შეუძლებლობის გამო.

რესპონდენტთა 32.4%-ის სამუშაო იყო ფიზიკურად ძალიან მსუბუქი (ძირითადად მჯდომარე), 45.4%-ის ძირითადად მოსიარულე, 17.8%-ში საშუალო ფიზიკური აქტივობის, ხოლო 3.8%-ში მძიმე ხელით სამუშაო.

უკანასკნელ 12 თვეში რჩევები ფიზიკური აქტივობის გაზრდის შესახებ ოჯახის წევრებისაგან მიიღო რესპონდენტთა 27%-მა, ხოლო ექიმისა და ჯანდაცვის სხვა მუშაკისაგან – შესაბამისად 25 და 15%-მა.

ფიზიკური აქტივობა შეფასებული იყო არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორთა კვლევის⁴⁰ (2006-2007) ფარგლებში.

³⁹ 2004 წელს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა

⁴⁰ არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

კვლევის შედეგები

- რესპოდენტთა 92.6%-ს აქვს ფიზიკური ვარჯიშის უნარი (მამაკაცთა 93.1% და ქალთა 92.1%);
- გამოკითხულთა 93.9% (მამაკაცთა 91% და ქალთა 96.7%) არ იყო ფიზიკურად აქტიური უკანასკნელი 1 კვირის განმავლობაში;
- რესპოდენტთა 55.1%-ს (მამაკაცთა 59.1% და ქალთა 50.5%) არ შეუსრულებია საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა;
- ძალიან მსუბუქი (ძირითადად მჯდომარე) ტიპის საშუალო აქვს მამაკაცთა 25.8% და ქალთა 26.2%-ს, მსუბუქი (ძირითადად სიარული) ტიპის საშუალო აქვს მამაკაცთა 17.2% და ქალების 20.4%-ს, ზომიერი (მსუბუქი ტვირთის აწევა და ტარება) ტიპის საშუალო აქვს მამაკაცთა 10.0% და ქალთა 5.2%-ს, მძიმე (მძიმე ტვირთის ტარება) ტიპის საშუალო აქვს მამაკაცთა 3.0% და ქალთა 0,6%-ს;
- რესპოდენტთა 66.7% ყოველდღიურად მისდევს მსუბუქი ინტენსივობის ფიზიკურ დატვირთვას 1 საათზე მეტი დროის განმავლობაში;
- გამოკვლეულთა 43.5% (მამაკაცთა 49.1% და ქალთა 38.2%) ყოველდღიურად 6 საათზე ხანგრძლივ დროს ატარებს მჯდომარე მდგომარეობაში;
- რესპოდენტთა 85.6% ვარჯიშობს (სულ მცირე 30 წთ.) მხოლოდ წელიწადში რამდენჯერმე ან უფრო იშვიათად.

მოსახლეობის ფიზიკურ აქტივობასთან დაკავშირებული მონაცემები არ არის საკმარისი. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით სავარაუდოდ, მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობა დაბალია და ბევრად ჩამოუვარდება სასურველს. დიდი ნაწილის ცხოვრების წესი შეიძლება დავახასიათოთ, როგორც მჯდომარე. ჰიპოდინამიის მნიშვნელობის შესახებ ინფორმირებულობა, როგორც ჩანს, ასევე დაბალია. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისაკენ მიმართულ აქტივობებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უნდა დაეთმოს ყოველმხრივ პრევენციულ ღონისძიებებს (მათ შორის სავანმანათლებლო), რომლებიც გამიზნული იქნება მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობის ზრდისათვის.

ფსიქო-სოციალური ფაქტორები

საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკური და ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში, მნიშვნელოვნად გამოიკვეთა პოპულაციის მაღალი ნევროტიზაციისა და სტრესულ აშლილობათა სიმპტომატიკა. ამ მხრივ საყურადღებოა ე.წ. სპეციალური რისკის პოპულაციები, პირველ რიგში იძულებით გადაადგილებულ და კონფლიქტურ ზონაში მცხოვრებ პირთა კონტინგენტი. ამ უკანასკნელის რეპრეზენტატიულ ჯგუფებში, უკანასკნელ 10 წლის განმავლობაში განხორციელებულმა პილოტურმა კვლევებმა გამოავლინა სოციალური თვითზოლაციისა და სომატურ პათოლოგიათა გაძლიერების ტენდენციები.⁴¹

აღნიშნული კვლევის შედეგების მიხედვით აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში ხანგრძლივი დაკვირვების ქვეშ მყოფი დევნილ პაციენტებს შორის დეპრესიული სინდრომი გამოვლინდა 44.8%-ში.

2000-2001 წლებში მოზარდებში ნარკომანიის გავრცელების მიზეზთა კვლევისას⁴², ანონიმურმა გამოკითხვამ (თბილისი, იმერეთი, სამეგრელო) აჩვენა, რომ მათმა 62-67% პირველი ნარკოტიკი დეპრესიის დროს მიიღო.

უცხოელ ექსპერტთა აზრით, 20%-მდე პაციენტთა ზოგადი პროფილის ექიმთან მიმართვის ერთადერთი მიზეზი დეპრესიაა.

ფსიქო-სტრესულ სიტუაციებზე ემოციურ რეაგირებათა ფართო სპექტრი, მათ შორის შფოთვა, დეპრესია, დამოკიდებულების შეცვლა საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ, განაპირობებს ერთგვარ არაადეკვატურ დამოკიდებულებას ქრონიკული დაავადებების მიმართ.⁴³

რაც შეეხება სოციალურ იზოლაციას, არასაკმარის სოციალურ მხარდაჭერას, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის დაბალ დონეს, ისინი განიხილებიან ქრონიკულ დაავადებათა არადაამკაყოფილებელ კონტროლთან ასოცირებულ ფაქტორებად.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში, საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების აქტივობა გამოისახება რამდენიმე პილოტური პროექტით. 2003 წ. დასავლეთ საქართველოს თემის მობილიზაციის ინიციატივა (Care-ს მხარდაჭერით)⁴⁴ – საგანმანათლებლო პროექტი წყალტუბოს რაიონის დევნილ მოსახლეობაში. პროექტის სამიზნე აქცენტებისთვის შესწავლილ იქნა სიკვდილობის მიზეზები სამედიცინო დოკუმენტაციის საფუძველზე. გარდაცვალების სამედიცინო სერტიფიკატებში ფიგურირებდა ორი ძირითადი მიზეზი: თავის ტვინის ინსულტი და უბედური შემთხვევები (მ.შ. განხორციელებული სუიციდები, რომელთა სტატისტიკაც სამწუხაროდ არ არსებობს).

2004 წ. განხორციელდა აღმოსავლეთ საქართველოს თემის მობილიზაციის ინიციატივა (Mercy Corps-ის მხარდაჭერით)⁴⁵ – საგანმანათლებლო პროექტი ახალგორის მოსახლეობაში.

⁴¹ დეპრესიის გავრცელება აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ მოსახლეობაში, აფხაზეთის ჯანმრთელობის მინისტრი დ. ხორავა – ფსიქიკურ აშლილობათა მკურნალობა კომპანია „ლუნდბეკი“-ს ფსიქოტროპული პრეპარატებით, სიმპოზიუმის მასალები, 2007 წ.

⁴² 2000-2001 წლებში მოზარდებში ნარკომანიის გავრცელების მიზეზთა კვლევა

⁴³ ფსიქო-სოციალური ფაქტორები და ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე დამყოლობის პრობლემა. პროფ. ბ. წინამდვრიშვილი, კომპანია „ლუნდბეკი“-ს ფსიქოტროპული პრეპარატებით, სიმპოზიუმის მასალები, 2007 წ.

თბილისი

⁴⁴ 2003 წ. დასავლეთ საქართველოს თემის მობილიზაციის ინიციატივა (Care-ს მხარდაჭერით)

⁴⁵ 2004 წ. აღმოსავლეთ საქართველოს თემის მობილიზაციის ინიციატივა (Mercy Corps-ის მხარდაჭერით)

პილოტური კვლევით, არტერიული ჰიპერტენზიისა და მისი რისკ-ფაქტორების შესწავლის მიზნით, კონფლიქტური ზონის ეპიცენტრში (მათ შორის ოსურ სოფლებში) მიღებული შედეგებით, აჭ გავრცელების მაჩვენებელი – 73.5% (ოპორტუნისტული სკრინინგი), ხოლო ფსიქო-ემოციური სტრესები – 78.2%-ში.

2006 წ. PSP ჯგუფის მიერ, შიდა ქართლში განხორციელებული ჰუმანიტარული აქციისას⁴⁶ ჰიპერტენზიის საზოგადოებას კონფლიქტურ ზონაში, სოფელ ქურთაში მოსახლეობის გასინჯვის საშუალება მიეცა; 80%-ში იყო საჭიროება ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის დანიშვნისა.

2007 წ. არტერიული წნევისა და ფსიქო-სოციალურ ფაქტორთა სკრინინგი იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში⁴⁷ (გლდანის რაიონში ორგანიზებულად დასახლებულ ოჯახებში) კვლევა განხორციელდა ქართული ფარმაცევტული კომპანია GMP-ის მხარდაჭერით. არტერიული ჰიპერტენზიის მაჩვენებელი გამოვლინდა 49.8%-ში, მათგან 55.8%-ში აღინიშნა შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომატიკა, 41.7%-ში შფოთვისა და 28.6%-ში დეპრესიის კლინიკური ფორმების სახით (შფოთვისა და დეპრესიის ჰოსპიტალური შკალა HADS).

⁴⁶ 2006 წ. PSP ჯგუფი

⁴⁷ 2007 წ. არტერიული წნევისა და ფსიქო-სოციალურ ფაქტორთა სკრინინგი იძულებით გადაადგილებულ პირთა პოპულაციაში

ნაწილი 2

არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი

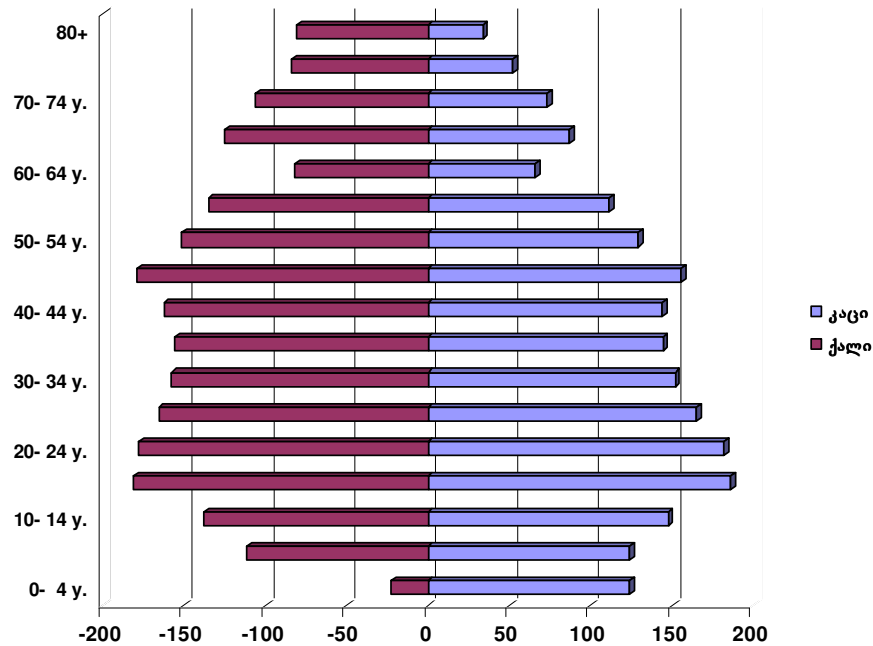
დემოგრაფიული სტატისტიკა

ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით, 2007 წელს საქართველოს საშუალო წლიური მოსახლეობის რაოდენობა 4 388 400 ადამიანს შეადგენდა. მოსახლეობის რაოდენობის 52.6% ქალია, 47.4% – მამაკაცი. ქვეყნის ქალაქებში ცხოვრობს მოსახლეობის 52.5%, სოფლებში – 47.5%.

საქართველოში 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა პროცენტული შემადგენლობა 2002-2007 წლებში 21.0%-დან 17.5%-მდე შემცირდა, 65 წლის ასაკზე უფროსი მოსახლეობის რაოდენობა კი 12.9%-დან 14.6%-მდე გაიზარდა.⁴⁸

სურათი 35

ასაკობრივი პირამიდა, საქართველო, 2007



საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ 2007 წელს აღრიცხულია 49 287 ცოცხალშობილი (52.5% ვაჟია, 47.5% - გოგონა).

შობადობის მაჩვენებელმა 2005 წელს, 1989 წელთან შედარებით, 16.8-დან 10.7-მდე დაიკლო, რაც აისახა ბუნებრივი მატების მაჩვენებლის კლებაზე და 2005 წელს იგი 0.8-ს გაუტოლდა (1989 წელს ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი 7.7 იყო). 2006 წელს შობადობის მაჩვენებელმა 0.2-ით მოიმატა, ხოლო ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი 1.3 ტოლი იყო. 2007 წელს აღირიცხა შობადობის (10.9-დან-11.2-მდე) და ბუნებრივი მატების (1.3-დან-1.8-მდე) მაჩვენებლების ზრდა.

⁴⁸ www.statistics.ge

შობადობის ჯამობრივი მაჩვენებლის მიხედვით ქვეყანა ნორმალური რეპროდუქტიულობის დონეზე ბევრად დაბალი მაჩვენებლით ხასიათდება: 1.45 ბავშვი ერთ ქალზე.

სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლად დაბადებულზე 1970 წლიდან 2004 წლამდე თითქმის არ იცვლებოდა და საშუალოდ 23.6-ს შეადგენდა (დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში 1997-2004 წლებში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი იყო ევროპის რეგიონში). 2005 წლიდან აღინიშნა შემცირების ტენდენცია და 2007 წელს მაჩვენებელმა 13.3 შეადგინა. შედარებისთვის: ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 2007 წელს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი 14.1-ის ტოლი იყო.

2005 წელს დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი თითქმის 2-ჯერ შემცირდა და 100 000 ცოცხალშობილზე 23.4 შეადგინა, კლების ტენდენცია შენარჩუნებულია 2006-2007 წლებშიც (შესაბამისად, 23.0 და 20.2).

2007 წელს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით, მკვდარი დაიბადა 632 ბავშვი (მაჩვენებელი 1 000 დაბადებულზე – 12.7). ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით, სამშობიარო სახლებში (განყოფილებებში) მკვდარი დაიბადა 738 ბავშვი (მაჩვენებელი 1 000 დაბადებულზე 14.7).

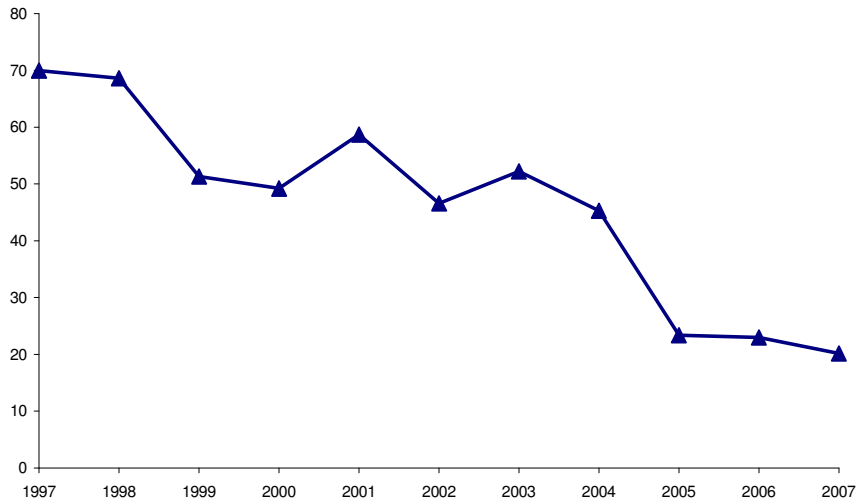
საქართველო 60-70-იან წლებში, საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებთან შედარებით, დაბალი სიკვდილობის მაჩვენებლით გამოირჩეოდა. 1992 წლიდან სიკვდილობის მაჩვენებელი მატულობს და 2004 წელს საქართველოსთვის მაქსიმალური ხდება – 11.3. ამ წელს საქართველოში მოქმედებდა DFID-ის პროგრამა, რომლის შესაბამისად, გარდა გარდაცვალების ტრადიციული სამოქალაქო აქტებისა (მძაჩის ბიუროებიდან), სტატისტიკის დეპარტამენტში შედიოდა და მუშავდებოდა სამედიცინო დაწესებულებებიდან მიღებული დაბადების და გარდაცვალების სამედიცინო ცნობები. 2004 წელს სულ აღრიცხულ იქნა 48 793 გარდაცვალების შემთხვევა. პროგრამის დამთავრების შემდეგ 2005 წელს აღრიცხულია 40 721, ხოლო 2006 წელს – 42 255 გარდაცვალების შემთხვევა (სიკვდილობის ზოგადი მაჩვენებელი – 9.6). 2007 წელს სიკვდილობის მაჩვენებელმა 9.4-მდე დაიკლო.

საყურადღებოა, რომ სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში მამაკაცებში სიკვდილობა გაცილებით მაღალია და ხასიათდება უფრო სწრაფი ზრდის ტემპით, ვიდრე ქალებში. მამაკაცებში სიკვდილობის მაჩვენებელია 10.6, ქალებში კი – 8.3.

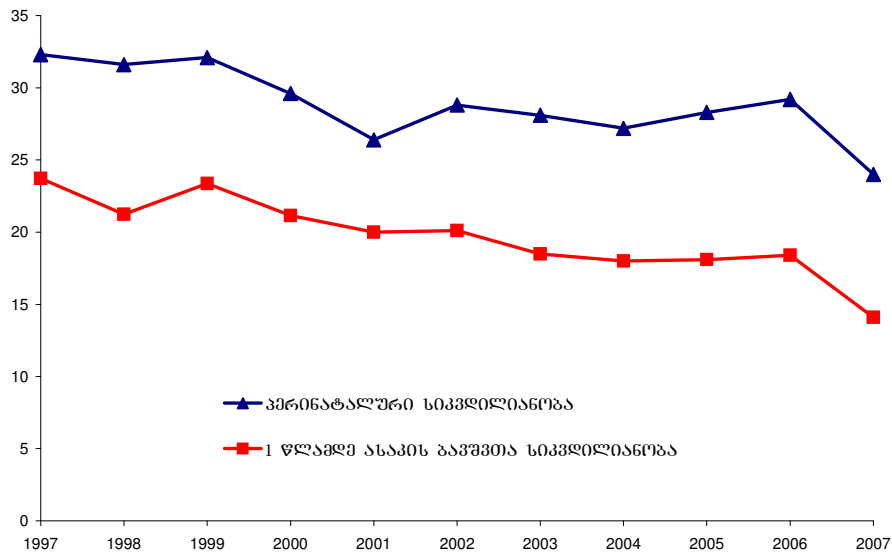
2007 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები სიკვდილის ყველა შემთხვევის 66.9%-ს, სიმსივნეები – 10.9%-ს, ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების შემოქმედების შედეგები – 3.2%-ს, ხოლო სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები 8.4%-ს შეადგენდა.

სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემების მიხედვით, საქართველოში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა უფრო დაბალია, ვიდრე ევროპის რეგიონში: 2007 წელს იგი 75.1-ის ტოლია (მამაკაცებში – 70.5; ქალებში – 79.4).

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე, საქართველო, 1997 – 2007



პერინატალური და 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებლები, 1997-2007



სახელმწიფო ბიუჯეტი

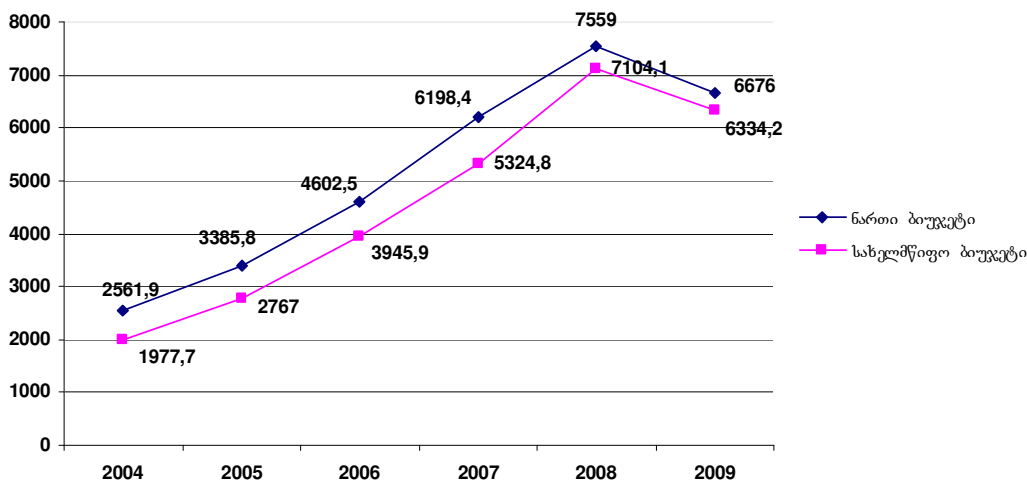
საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლასთან დაკავშირებით საქართველო განიცდის მრავალ პოლიტიკურ და სოციო-ეკონომიკურ სიძნელეებს, მათ შორის პრივატიზაციის პროცესებთან, საგარეო ვაჭრობასთან, დაფარულ ეკონომიკასთან, მონეტარულ პოლიტიკასთან, პოპულაციის დაბერებასთან და მიგრაციასთან დაკავშირებულ სიძნელეებს. პრობლემები განპირობებულია ნაკლებად ორგანიზებული სამუშაო ბაზრით, უმუშევრობის მაღალი დონით, დაბალი ეკონომიკური განვითარებითა და სწავლებების/ტრენინგების არაორგანიზებული სისტემით, რომელიც ვერ აკმაყოფილებს საქართველოს ახალი ეკონომიკის მოთხოვნებს.

საქართველოს ახალმა მთავრობამ თავისი წინამორბედისაგან მემკვიდრეობით მიიღო მკვეთრად დაქვეითებული სოციო-ეკონომიკური განვითარების ქვეყანა. აქედან გამომდინარე, პირველი ნაბიჯები გადაიდგა სისტემის სტაბილიზაციის, მაქსიმალურად ბევრი სოციალური საქონლის წარმოების მიმართულებით. მმართველობა, რომელიც მანამდე ხასიათდებოდა ცენტრალიზაციით, არაეფექტური მმართველობით ეროვნულ დონეზე, სერიოზული კორუფციით, ამჟამად ახორციელებს ამბიციურ რეფორმების პროგრამას, რომელიც გულისხმობს საზოგადოების მაქსიმალურ ჩართულობას, ტრანსპარენტულობას და მშვიდობისა და უსაფრთხოების გამყარებას.

ახალმა მთავრობამ მიაღწია საქართველოს ეკონომიკის სერიოზულ წინსვლას. განხორციელებულმა რეფორმატორულმა ნაბიჯებმა შედეგი გამოიღო – შემცირდა ბიზნესის წარმოების ბარიერები, შემუშავდა ახალი სავაჭრო და მიწის პრივატიზაციის პოლიტიკა, გაიზარდა ბიზნესის მწარმოებელთა რეგისტრაცია. თუმცა, ეს რეფორმები ჯერ მხოლოდ პირველი ნაბიჯია სტაბილური ეკონომიკის ასაშენებლად და მთავრობის მიერ ინიცირებული რეფორმის სრულად დასაბრუნებლად კიდევ მრავალი ძალისხმევაა აუცილებელი.

სურათი 38

ბიუჯეტი აბსოლუტურ რიცხვებში, საქართველო, 2004-09⁴⁹



თუმცა ძირითადი მაკროეკონომიკური ინდიკატორები დადებითია, მნიშვნელოვანი გამოწვევები ჯერ კიდევ დასაბლევია. საქართველოს სავაჭრო დეფიციტი GDP-ის 25%-დან (2005 წ.) 36%-მდე გაიზარდა (2006 წ.), ინფლაციის დონე 6.2%-დან (2005 წ.) 11%-მდე გაიზარდა (2007 წ.), ხოლო 2008 წელს 5.5%-მდე შემცირდა. მოსახლეობის დაახლოებით 40% სიღარიბის ზღვარს ქვემოთაა. დასაქმების მრავალი სექტორი, მათ შორის სოფლის მეურნეობის, არ არის

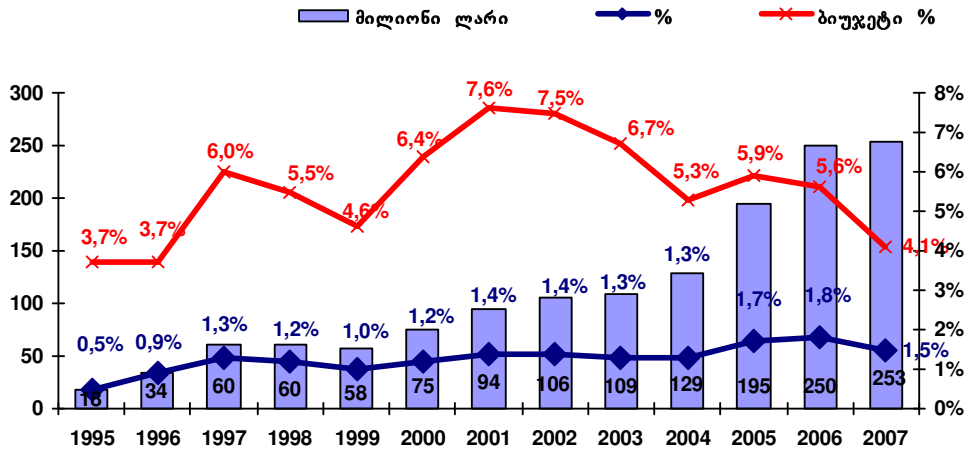
⁴⁹ www.mof.ge

მზად საექსპორტო ბაზარზე კონკურენციისათვის. ბიზნესისათვის რთულია საშუალო და გრძელვადიანი პროგრამების დაგეგმვა და განხორციელება.

მსოფლიო ბანკის კვლევების მიხედვით საქართველოს საერთო მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 112-დან 37-მდე 2007 წელს, რის შედეგადაც საქართველო დასახელდა მსოფლიოს პირველ რეფორმატორ ქვეყანად. Heritage Foundation's Economic Freedom Index-ის მიხედვით 2007 წელს საქართველოს მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 52-დან 35-მდე.^{50 51}

სურათი 39

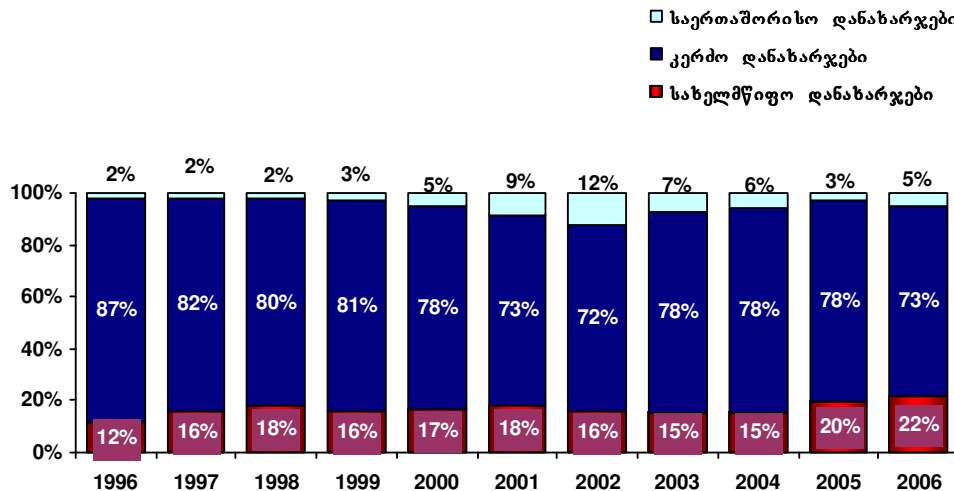
სახელმწიფოს დანახარჯები ჯანდაცვაზე



პოსტსაბჭოთა კოლფისა და რესურსების ნაკლებობასთან დაკავშირებულ პრობლემებთან გამკლავებასთან ერთად ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება სერვისებზე მოთხოვნასა და მიწოდებას შორის ბალანსის ფაქტიურად არარსებობით, კლიენტთა უმრავლესობისათვის სასურველი სერვისები ხელმიუწვდომელია, განსაკუთრებით სოფლად მაცხოვრებლებისათვის. სამედიცინო დაწესებულებები ხასიათდება არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილებით. ძირითადად, პაციენტთათვის სასურველი სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი, სახეზეა ინსტიტუციების, აღჭურვილობისა და მასალების ნაკლებობა; სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების უნარები კი მოითხოვს მკვეთრ გაიძვობესებას.

სურათი 40

ჯანდაცვაზე დანახარჯების სტრუქტურა, საქართველო, 1996-2006



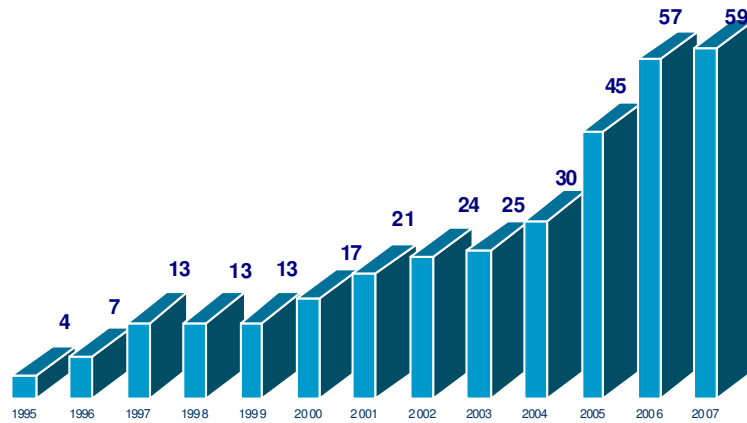
⁵⁰ Ministry of Finance of Georgia, www.mof.gov.ge

⁵¹ Amiran Gamkrelidze, Healthcare System in Georgia; Course of lectures for healthcare managers

ჯანდაცვის სისტემა კვლავ ჯიბიდან გადახდებზეა დამოკიდებული. აქედან გამომდინარე, სასურველ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ფინანსური ბარიერები კვლავ სახეზეა. ჯანდაცვის დანახარჯები მნიშვნელოვან პრობლემას უქმნის ოჯახების, განსაკუთრებით კი ღარიბების ოჯახურ ბიუჯეტს; ხოლო ჰოსპიტალიზაციის ხარჯები კი მნიშვნელოვან ფინანსურ პრობლემებს უქმნის კარგად მაცხოვრებელი ოჯახების ბიუჯეტსაც კი. ღარიბი მოსახლეობისათვის შესაბამისი ამბულატორიული დახმარებაც კი მნიშვნელოვან ფინანსურ პრობლემებს ქმნის. აქედან დასკვნა, ჯანდაცვის ფინანსირების რეფორმებმა ვერ უზრუნველყო საქართველოს მოსახლეობის ფინანსური რისკებისაგან დაცვა.

სურათი 41

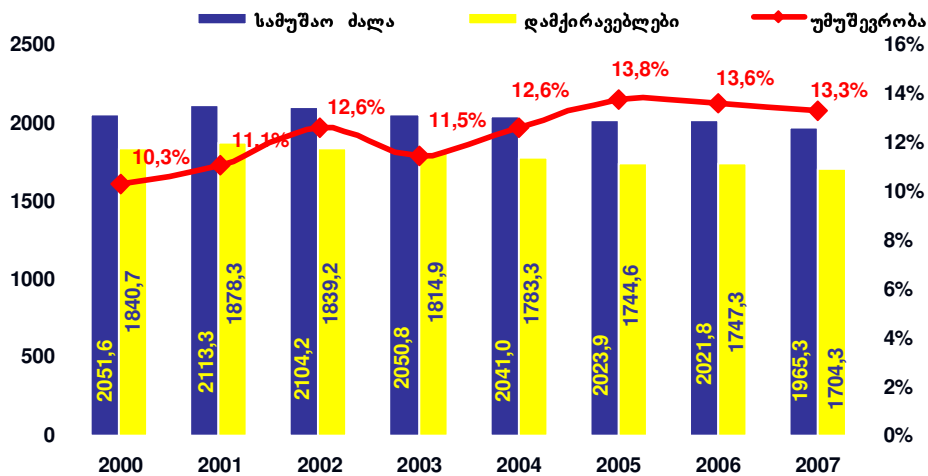
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები თითოეულ მოსახლეზე, 1995-2007



ჯანდაცვის სექტორს ახალ მთავრობაშიც დაბალი პრიორიტეტი აქვს. ქვეყნის ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები შემცირდა და 2005 წელს მიაღწია 5.9%-ს, რაც ნაკლებია 2003 და 2004 წლის დონეზე. გადასახადების მოკრების გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით მთავრობამ 2006 წლისათვის გაზარდა ჯანდაცვის დაფინანსება 20%-ით, თუმცა 2007 წელს კვლავ 4.1%-მდე შემცირდა.

სურათი 42

მოსახლეობის სტატუსი დასაქმების მიხედვით



უკანასკნელ წლებში უმუშევრობის დონე მეტ-ნაკლებად სტაბილურია (2005-2007).

ნაწილი 3: არაგადამღები დაავადებების ეკონომიკური ტვირთი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის პოლიტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით არაგადამღებ დაავადებებზე სახელმწიფოს დანახარჯები 30%-ია.

სახელმწიფო პროგრამები – 2008 წ.

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამა მოიცავს ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკას და მკურნალობას, ნეირონკოლოგიურ დაავადებათა სტაციონარულ მკურნალობას, ონკოჰემატოლოგიურ მოზრდილ პაციენტთა მკურნალობას და ონკონკურაბელურ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობას. პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 5 920 000 ლარით.

შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებულთა სტაციონარული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანია შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, დაავადებულთა ეფექტური მკურნალობის უზრუნველსაყოფად მედიკამენტების ადექვატური დოზის შერჩევა სტაციონარული გამოკვლევის გზით. პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 280 000 ლარით.

მოსახლეობის სპეციფიური პრეპარატებით უზრუნველყოფის პროგრამის „შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ მოზრდილი ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი“ ბიუჯეტი განისაზღვრება 3 392 000 ლარით.

ნაწილი 4: არაგადამდები დაავადებებთან დაკავშირებული ამჟამინდელი პოლიტიკა

ნორმატიული დოკუმენტები რომლებიც უზრუნველყოფენ არაგადამდები დაავადებების კონტროლისა და მართვის მექანიზმებს:

კანონები

1. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
2. „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
3. „პაციენტის უფლებების შესახებ“;
4. „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“;
5. „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“;
6. „იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ“;
7. „საქართველოში ტამბაკოს კონტროლის შესახებ“;
8. „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“;
9. „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“;
10. „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“;
11. „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“;
12. „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“.

კანონქვემდებარე ნორმატიული ბრძანებები

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 6 მაისის №111/6 ბრძანება „2008 წლის ჯანმრთელობის პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 21 ივლისის №150/6 ბრძანება „ფარმაცევტულ, სამედიცინო, სასწავლო, სამეცნიერო-კვლევით, საექსპერტო დიაგნოსტიკურ დაწესებულებაში და საკონტროლო-ანალიზურ ლაბორატორიაში ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის წესების დამტკიცების შესახებ“;
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 7 ოქტომბრის №157/6 ბრძანება ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“;
4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 19 ივნისის №142/6 ბრძანება „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესის შესახებ“;
5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 17 ივნისის №140/6 ბრძანება „2008 წლის დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“;
6. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 3 ნოემბრის №294/6 ბრძანება „თამბაკოს პროდუქციის კოლოფზე მისათითებელი სამედიცინო გაფრთხილების განსაზღვრის შესახებ“;
7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 5 მარტის №147/6 ბრძანება „მძიმე, მავნე და საშიშიპირობებიან სამუშაოთა ნუსხის დამტკიცების თაობაზე“;

8. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 4 თებერვლის №112/6 ბრძანება „ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტის დამტკიცების შესახებ“;
9. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის №91/6 ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ“;
10. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 26 ივლისის №173/6 ბრძანება „სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ“;
11. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 27 მარტის №94/6 ბრძანება „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“;
12. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 4 მაისის №101/6 ბრძანება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“;
13. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 14 მაისის №276/6 ბრძანება „იშვიათი დაავადებების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ“;
14. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 27 მარტის №72/6 ბრძანება „იმ მძიმე და განუკურნებელ დაავადებათა ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ, რომელიც წარმოადგენს სასჯელის მოხდისაგან გასათავისუფლებლად წარდგენის საფუძველს“;
15. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 24 თებერვლის №35/6 ბრძანება „პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“;
16. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 176 ივლისის №198/6 ბრძანება „სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ“;
17. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 16 აგვისტოს №298/6 ბრძანება „საავადმყოფოების, სამშობიარო სახლებისა და სხვა სამკურნალო სტაციონარების მოწყობის, გამართვისა და ექსპლუატაციის სანიტარიული წესების დამტკიცების შესახებ“;
18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 16 აგვისტოს 299/6 ბრძანება „საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის დაწესებულებებისადმი წაყენებული სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური მოთხოვნების დამტკიცების შესახებ“;
19. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 16 აგვისტოს 300/6 ბრძანება „სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლების წესების დამტკიცების შესახებ“;
20. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 16 აგვისტოს №310/6 ბრძანება „თამბაქოს ნაწარმში და მის კვამლში ტოქსიკური ნაერთების, ნიკოტინისა და ფისის შემცველობის ზღვრულად დასაშვები დონეების დამტკიცების შესახებ“;
21. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 18 სექტემბრის №264/6 ბრძანება „ზოგადი და ლოკალური ვიბრაციით გამოწვეული ვიბრაციული დაავადების და პნემოკონიოზების კლასიფიკაციის დამტკიცების შესახებ“;

22. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 სექტემბრის №258/ნ ბრძანება „სამკურნალო დიეტების დამტკიცების შესახებ“;
23. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 18 სექტემბრის №263/ნ ბრძანება „პროფესიულ დაავადებათა პროფილაქტიკის მეთოდური მითითებების დამტკიცების შესახებ“;
24. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 4 მარტის №41/ნ ბრძანება „სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარიული ნორმების დამტკიცების შესახებ“;
25. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 8 მაისის №111/ნ ბრძანება „საკვებ ნივთიერებებსა და ენერგიაზე ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებისა და საარსებო მინიმუმის განსაზღვრისათვის საჭირო სასურსათო კალათის შემადგენლობის ნორმებისა და ნორმატივების დამტკიცების შესახებ“;
26. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 6 ოქტომბრის №233/ნ ბრძანება „სხვადასხვა სიმძლავრის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების მოწყობის, აღჭურვისა და ექსპლუატაციის სანიტარიული წესების დამტკიცების შესახებ“;
27. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 12 ნოემბრის №282/ნ ბრძანება "აფთიაქების მოწყობისა და ექსპლუატაციის სანიტარიული წესების დამტკიცების შესახებ"
28. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 15 იანვრის №10/ნ ბრძანება „რადიოიზოტოპური ლაბორატორიების მოწყობისა და მედიცინაში ღია რადიოფარმპრეპარატების გამოყენების სანიტარიული წესებისა და ნორმების დამტკიცების შესახებ“;
29. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 13 ივლისის №216/ნ ბრძანება „პროფესიული დაავადებების ნუსხისა და იმ პროფესიული საქმიანობის ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ, რომელსაც თან ახლავს პროფესიული დაავადების განვითარების რისკი“;
30. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 19 ოქტომბრის №300/ნ ბრძანება „სურსათის ფორტიფიკაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ“.

ნაწილი 5: არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის არსებული პოტენციური საქართველოში

ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები:

გლობალური სტრატეგიის გეგმის შესაბამისად რეკომენდებულია ქვეყანაში ზედამხედველობის სისტემების გაძლიერება და რისკის ფაქტორების, დაავადებათა ინსიდენსისა და სიკვდილობის მიზეზთა სტანდარტიზებულ მონაცემთა შეკრება ჯანმო-ს ინსტრუმენტების გამოყენებით.

ქვეყანაში არსებული ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები მოიცავს პოპულაციაზე და ჯანმრთელობის დაწესებულებაზე დაფუძნებულ მონაცემთა წყაროებს. ტარდება მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა, არსებობს დაბადება/გარდაცვალების სარეგისტრაციო სისტემა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ზედამხედველობის სისტემა. საქართველოში სტატისტიკური მონაცემების უზრუნველყოფაზე ძირითად პასუხისმგებელ ორგანოს წარმოადგენს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი⁵², რომელიც აწარმოებს ქვეყანაში სტატისტიკური საქმიანობის კოორდინაციას, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსათვის მნიშვნელოვანი მაჩვენებლების შემუშავებაში.

ჯანმრთელობის სტატისტიკური მონაცემების უზრუნველყოფაზე ძირითად პასუხისმგებელ ორგანოს წარმოადგენს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი⁵³, რომლის მონაცემები ქვეყნდება ყოველწლიურ სტატისტიკურ ცნობარში.

ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემები მოიცავს მხოლოდ ინფექციურ დაავადებათა ზედამხედველობის ოფიციალურ სისტემას, რაც შეეხება არაგადამდებ დაავადებებს, ზედამხედველობის ოფიციალურ სისტემა არ არსებობს, ფაქტიურად არ ხდება რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება, უკიდურესად იშვიათია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევის შემსწავლელი რანდომიზებული კვლევები.

ქვეყანაში არსებული საინფორმაციო სისტემა ჩართულია ჯანმრთელობის სფეროს ანგარიშების ყოველწლიურ სისტემაში. ქვეყნდება ჯანმრთელობის ეროვნული წლიური მოხსენებები⁵⁴ და ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშები.⁵⁵

ამგვარად, არსებობს ზედამხედველობის გარკვეული სისტემა, თუმცა სისტემა ვერ უზრუნველყოფს არაგადამდებ დაავადებების რისკ-ფაქტორების, დაავადებათა ინსიდენსის და სიკვდილობის მიზეზთა სტანდარტიზებულ შეგროვებას.

სტრატეგიული მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის რისკ-ფაქტორებისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების სრულფასოვან კონტროლს. ქცევათა ეფექტიური კონტროლისათვის ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულია „სინდი - ჯანმრთელობის მონიტორინგის სისტემა“. ამ სისტემის საფუძვლებრივი დანერგვა სადემონსტრაციო არეში საქართველოში 2001 წლიდან მიმდინარეობს და 2006-2007 წლებში წარმატებით განხორციელდა მთელი სისრულით საქართველოს მთავრობისა და ჯანმო-ევრო-ს შორის ხელშეკრულების ფარგლებში.

⁵² www.statistics.ge

⁵³ www.ncdc.ge

⁵⁴ www.moh.gov.ge/ge_pdf/mohseneba/NR2005.pdf

⁵⁵ www.moh.gov.ge/page.php?117

მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება

ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებების საერთო რაოდენობიდან 1 130 დაწესებულება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ხოლო 5 სხვა უწყებების დაქვემდებარებაშია.

2007 წელს, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მუშაობდა 19 951 ექიმი. ექიმთა საერთო რაოდენობის 68.6% ქალია.

საქართველოში ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 1999 წლიდან სტაბილურია და 2007 წელს შეადგენს 454.6 ექიმს 100 000 მოსახლეზე. ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საშუალოზე მაღალია ქ. თბილისში (880.4), დაბალია ქვემო ქართლის (232.5) და სამცხე-ჯავახეთის (203.4) რეგიონებში.

2007 წელს საშუალო სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებელია 440.1. ერთ ექიმზე მოდის 1 საშუალო სამედიცინო პერსონალი (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულია შეფარდება 1:4). უმცროსი სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებელია 129.2.

წარმოდგენილი ანგარიშების მიხედვით 2007 წლის ბოლოსთვის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში კონტრაქტი გაფორმებული იყო 20 273.5 ექიმის თანამდებობაზე, მათ შორის პოლიკლინიკურ-ამბულატორულ დაწესებულებებში 10 199 ექიმის თანამდებობაზე.

2007 წელს 100 000 სულ მოსახლეზე საწოლთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 331.9-ს შეადგენს. სტაციონარებში კონტრაქტი გაფორმებული იყო 10 074.5 ექიმის და 11 143 საშუალო სამედიცინო პერსონალის თანამდებობაზე.

ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა რაოდენობა 2007 წელს 2006 წელთან შედარებით 3.8%-ით გაიზარდა. 100 000 სულ მოსახლეზე ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელია 6 570.8. პაციენტთა მიერ გატარებული საწოლდღეების რაოდენობამ მოიმატა 2.8%-ით და შეადგინა 2 122 331 საწოლდღე.

საწოლთა საშუალო დატვირთვამ მოიმატა და შეადგინა 146.3 დღეს. საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელია 7.2 დღე. ბრუნვის მაჩვენებელმა წინა წელთან შედარებით მოიმატა 17.1-დან 20.1-მდე.

610 დამოუკიდებელი ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებიდან 250 დამოუკიდებელი პოლიკლინიკაა (მათ შორის 80 სტომატოლოგიურია), 39 სამკურნალო ცენტრი, 18 ქალთა კონსულტაცია, 69 დისპანსერი, 213 დამოუკიდებელი ამბულატორია და 21 კაბინეტი. ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ გაერთიანებებში ფუნქციონირებს 483 შემავალი ამბულატორია და 301 შემავალი საფერშლო-საბებიო პუნქტი.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შესახებ საუბრისას, არ შეიძლება არ აღინიშნოს ჰოსპიტალურ სექტორში პრივატიზაციის პროცესის შემდგომი მდგომარეობა.

არასამთავრობო ორგანიზაცია – საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველოს მიერ განხორციელებულ ჰოსპიტალური სექტორის მონიტორინგისას (ევრაზიის თანამშრომლობის

ფონდის მხარდაჭერით), გამოკითხულ სამედიცინო პერსონალის ერთ-ერთ პრობლემად პრივატიზაციის შემდგომ სავარაუდო ფასების ზრდა აწუხებს.⁵⁶

გამოკითხულთა 90%-მა განსხვავებული შეხედულებები გამოთქვა ამ ფაქტორის თავიდან ასაცილებლად (სოციალურად დაუცველ ჯგუფებისათვის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების გაზრდით ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის პასუხისმგებლობა, საავადმყოფოთა მმართველი ჯგუფების კალდებულება და ა.შ.).

მსოფლიოში სამედიცინო მომსახურების გაწევის უმნიშვნელოვანეს ელემენტად სამედიცინო სექტორის რეგულირებაში სახელმწიფოს მონაწილეობაა მიჩნეული. ზოგადად, ჯანდაცვის სექტორი ერთ-ერთი ყველაზე მეტად რეგულირებადი სექტორია ყველა ქვეყანაში, იგულისხმება სამედიცინო ხარისხის დაცვის მექანიზმები. ამ ეტაპზე, საავადმყოფოების პრივატიზაციის პროგრამა არ შეიცავს არავითარ დებულებას ახალი/განახლებული დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების მონიტორინგის თაობაზე.

რესპონდენტების აზრით, ინვესტირება მოგების გაზრდის მიზნით აქცენტს უფრო მომგებიან სამედიცინო მომსახურებებზე გაამახვილებენ, რაც საფრთხის წინაშე დააყენებს ქრონიკული დაავადებების მართვაზე ორიენტირებულ სერვისებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებების – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი ზორციელდება სალიცენზიო და სანებართვო პირობებთან შესაბამისობის მიზნით, ხოლო სხვა დაწესებულებაზე, რომელთა საქმიანობა არ რეგულირდება „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით, აღნიშნული კონტროლის განხორციელება მოითხოვს სასამართლოს გადაწყვეტილებას. გარდა ამისა, სამედიცინო დაწესებულებების სანებართვო და სალიცენზიო პირობების მიხედვით კონტროლს ექვემდებარება მხოლოდ დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და არა თავად სამედიცინო მომსახურების პროცესი, შესაბამისად არ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების შესაფასებელი ინდიკატორები და კრიტერიუმები, რაც გამორიცხავს ხარისხის შესახებ მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის არსებობას და ზოგადი სიტუაციის გამაუმჯობესებელი ერთიანი ღონისძიების დაგეგმვას. ყოველივე ამას განვითარებულ ქვეყნებში სამედიცინო აკრედიტაციის პროცესი უზრუნველყოფს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საჭიროდ მიგვაჩნია შეიქმნას ხარისხის რუტინული მონიტორინგის ერთიანი სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობდა სისტემაში არსებული ძირითადი ნაკლოვანებების გამოვლენას, შეფასება-ანალიზსა და ამასთან, საფუძვლად დაედებოდა სხვადასხვა ღონისძიებების შემუშავებასა და განხორციელებას.

⁵⁶ კოსპიტალური სექტორის პრივატიზაციის მონიტორინგული პროექტის ანალიზი

ნაწილი 6: პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2006 წელს დაიწყო საოჯახო მედიცინაზე ორიენტირებულ პჯდ სისტემის დანერგვა ევროკავშირის (EU), გაერთიანებული სამეფოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის (DFID), აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა (USAID) და მსოფლიო ბანკის (WB) მხარდაჭერით. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმა მჭიდროდ უკავშირდებოდა საქართველოს მთავრობის პროგრამას ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის აღმოფხვრის შესახებ.

რეფორმის აუცილებლობა პირველ რიგში განპირობებული იყო საბჭოთა ანუ სემაშკოს მოდელზე დამყარებული, სტაციონარულ მკურნალობაზე ორიენტირებული ძვირადღირებული ჯანდაცვის სისტემის ხარჯების შემცირების საჭიროებით, ასევე პირველადი ჯანდაცვის ქსელის გაძღვრებისა და სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის მოთხოვნილებებით (ღარიბი მოსახლეობისთვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და თანასწორობა).

ღარიბი მოსახლეობის ჯანდაცვის სამსახურის ხელმიუწვდომლობა სტრუქტურულ, ცხოვრების ცუდ პირობებთან, დაბალკალორიულ კვებასა და სხვა სოციალურ ინდიკატორებთან ერთად განსაზღვრავს მის მაღალ რისკს, როგორც ინფექციური პათოლოგიათა, ასევე ქრონიკული დაავადებების განვითარების მხრივ (კარდიო-ვასკულური, რესპირატორული, ონკოლოგიური და ა.შ.).

რეფორმის ერთ-ერთი ძირითადი ორიენტირი უნდა ყოფილიყო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება სისტემის აკრედიტაციის საშუალებით, პროფესიული ასოციაციების როლის გაძლიერებითა და მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის დანერგვით.

რეფორმების საჭიროებათა შეფასება უნდა მოხდეს ასევე უახლესი წარსულის მიმოხილვის ფონზე, როდესაც პოსტ-საბჭოთა პერიოდში განვითარებულმა კრიზისმა საქართველოში გამოიწვია სამოქალაქო ომი და უძძიმესი ეკონომიური პრობლემები, რასაც მოჰყვა 1992-1996 წლებში საერთო ეროვნული პროდუქტის 78%-მდე შემცირება 1990 წელთან შედარებით.⁵⁷ ორივე ამ ფაქტორმა უარყოფითი გავლენა მოახდინა ჯანდაცვის სისტემაზე და მის ინფრასტრუქტურაზე.⁵⁸

სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე შემცირდა 13 აშშ დოლარიდან (1990 წ.) 0.81 აშშ დოლარამდე (1994 წ.), რამაც სრული განადგურების საფრთხის წინაშე დააყენა სახელმწიფო სისტემა (2002 წ.). შესაბამისად, ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯების 70-85% მოდიოდა პაციენტებზე, რომლებიც თავად იხდიდნენ მომსახურების საფასურს არაფორმალური გადასახადების სახით. არაფორმალური გადახდების მაღალი მაჩვენებლის გამო პჯდ კონსულტაციების რაოდენობა 1990 წ. 7-8 ვიზიტიდან შემცირდა 1.3 ვიზიტამდე 1997 წელს და 1.8 ვიზიტამდე 2005 წელს. უმნიშვნელო სამედიცინო პრობლემების შემთხვევაში პაციენტები თავს არიდებდნენ პჯდ რგოლის მომსახურებას და მიმართავდნენ თვითმკურნალობას აფთიაქებში, თავისუფალ გაყიდვაში მყოფი მედიკამენტებით, ან სერიოზული სამედიცინო პრობლემის შემთხვევაში მიმართავდნენ უშუალოდ სავადმყოფოს, რადგან ის აღიქმებოდა როგორც საუკეთესო მომსახურების მიმწოდებელი ფულის გადახდის საფასურად.⁵⁹ არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა წარმოდგენილია ცხრილ 33-ში. (იხილეთ დანართი 1)

⁵⁷ გოცაძე და ა.შ. 2005

⁵⁸ მ. პელნი, სასარგებლო ინფორმაცია საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ. 2006 წ.

⁵⁹ გოცაძე და ა.შ. 2005 წ.

პოსტსაბჭოთა კრიზისმა ზეგავლენა მოახდინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. გაუარესდა ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია არაგადამდები დაავადების მხრივაც; მთლიანად საქართველოში გსს დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის შემთხვევებმა შეადგინა 70.1%, ხოლო მეორე ადგილი დაიკავა ავთვისებიანმა სიმსივნეებმა 11% (2001 წ.). ნეიროფსიქიატრიული მდგომარეობებით გამოწვეულმა ტვირთმა იძულებით გადაადგილებულ პირებში შეადგინა შესაძლებლობათა შეზღუდვის საერთო შემთხვევების 19%.⁶⁰

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ძირითადი მახასიათებლები მსგავსია აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში მიმდინარე რეფორმებისა.⁶¹

- კონსტიტუციიდან ამოღებულ იქნა უფლება უფასო ჯანდაცვაზე; სახელმწიფო დაფინანსება შემოიფარგლა მხოლოდ საბაზისო პაკეტში შეტანილი მომსახურების დაფინანსებით, რომელიც შედგება რამდენიმე ვერტიკალური პროგრამისაგან (მაგ., ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა).
- შემოღებულ იქნა დაფინანსების სისტემა, რომელიც ეფუძნება სამ წყაროს:
 - ა) სახელმწიფო საბიუჯეტო შემოსავლები, რომელსაც განკარგავს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (სდსესფ) ან შვედსდს-ს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი (სჯდ)
 - ბ) კერძო შენატანები, რომელიც გულისხმობს ოფიციალურ გადახდებს ან საბაზისო პაკეტში შეტანილი ზოგიერთი მომსახურების ოფიციალურ თანაგადახდებს და მომსახურების გადახდების საბაზისო პაკეტი ფარგლებს გარეთ გაწეულ მომსახურებისთვის და
 - გ) ადგილობრივი გადასახადები, რომელთა აკუმულირება და განკარგვა ხდება ჯანდაცვის მუნიციპალური/რაიონული (ან ავტონომიური რესპუბლიკის) ხელმძღვანელი ორგანოების მიერ.

პჯდ დაფინანსების საფუძვლები განისაზღვრება ყოველწლიურად ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამაში. მაგალითად, საოჯახო მედიცინის ახალი პროგრამის ბიუჯეტი, 2006 წლის 1 ივნისიდან 2006 წლის 1 დეკემბრამდე შეადგენდა 1 040 000 ლარს. საოჯახო მედიცინის პროგრამაზე გამოყოფილი თანხა წარმოადგენს ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის საერთო ბიუჯეტის ნაწილს, რომელიც 2006 წელს შეადგენდა 21 640 000 ლარს. ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2007 წლისთვის გაზრდილია 22 200 000 ლარამდე.

თუ მხედველობაში მივიღებთ სპეციალისტების მიერ გაწეულ მომსახურებას, მაშინ ეს ციფრი გაიზრდება 28 150 000 ლარამდე, აქედან საოჯახო მედიცინის ახალი პროგრამების წილი შეადგენს 4 500 000 ლარს. საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, საოჯახო მედიცინის ხუთ ძირითად მახასიათებელს ან ფუნქციას წარმოადგენს: **ყოვლისმომცველი სამედიცინო დახმარება, სამედიცინო მომსახურების პირველი კონტაქტის ადგილი, კონტექსტზე ორიენტირებული მომსახურება, უწყვეტი და კოორდინირებული მომსახურება.**

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით, შვედსდს-მ მიიღო გადაწყვეტილება ყველა სამედიცინო დაწესებულების ნებაყოფლობით აკრედიტაციის სისტემის შემოღებისა და კლინიკური გაიდლაინების შემუშავებისა და დანერგვის ხელშეწყობის შესახებ.

აკრედიტაცია და დამტკიცებული კლინიკური გაიდლაინების დაცვა სავალდებულო იქნება სერვისების ყველა იმ მომწოდებლისათვის, ვინც მომავალში სახელმწიფო შემსყიდველთან (მომავალში სდსესფ) განაცხადს წარადგენს კონტრაქტის მიღებაზე.

⁶⁰ ჯანმო, 2006 წ.

⁶¹ პრეკერი და ა.შ. 2002 წ.

მონაცემთა შეგროვებისა და პროგრამის მიზნების მიღწევის გზაზე არსებული პროგრესის და ზოგადად ჯანმრთელობის სასურველი ცვლილებების განსაზღვრის მიზნით რეფორმის მიმდინარეობისას მონიტორინგული და შეფასებითი კვლევების განხორციელება რუტინული პროცესია. საქართველოს მთავრობა მუშაობს რამდენიმე მიმართულებით, რომელიც ჯანდაცვის სფეროს შემდგომ გარდაქმნას ისახავს მიზნად. რეფორმა მთელს ქვეყანაში მიმდინარეობს, თუმცა რამდენიმე რეგიონში, რომლებზეც საერთაშორისო დონორების დამატებით მხარდაჭერა ნაწილდება, ის უფრო ფორსირებულად ხორციელდება. ეს დე-ფაქტო „პილოტური“ რეგიონებია: იმერეთი, აჭარა, შიდა ქართლი, კახეთი და ქვემო ქართლი.

როგორც ეროვნულ, ისე ამ რეგიონების დონეზე მიმდინარე რეფორმის შედეგებზე დაკვირვებისთვის აუცილებელია სათანადო ინფორმაციის ფლობა.⁶²

ევროკავშირის მხარდაჭერით განხორციელებული პროექტი⁶³ აგებულია პჯდ შემდეგი ფუნქციებისა და მახასიათებლების საფუძველზე: პირველადი გასინჯვა, მომსახურების უწყვეტობა, პაციენტისა და პრაქტიკის მართვა/კოორდინაცია, მომსახურების ყოვლისმომცველობა, ხელმისაწვდომობა.

„პირველადი გასინჯვის პუნქტის სტატუსის“ განხორციელებისათვის ძირითადი გახლავთ სამოქმედო უბნის მოსახლეობის რეგისტრაცია, რომელიც ჯერ-ჯერობით არ დაწყებულია. აქტიური გამოვლენის კომპონენტის გასააქტივებლად აუცილებელია ამ კომპონენტის გაძლიერება. აღწერის პროცესი, გამოკითხულთა აზრით, 1-3 წელში უნდა დამთავრდეს.

„მომსახურების უწყვეტობა“ – უწყვეტობა დროში, მომსახურება დასვენების დღეებსა და ბინაზე დინამიკაში პოზიტიური მაჩვენებელია. რაც შეეხება ინფორმაციის უწყვეტობას, სამედიცინო ჩანაწერების რუტინულ წარმოებას (არაგადამდები დაავადებების დროს რისკ-ფაქტორთა დაფიქსირება, მათი მონიტორინგი, ასევე პაციენტის როგორც მედიკამენტურ, ასევე არამედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის მეთვალყურეობა და ა.შ.), აქ სერიოზული პრობლემებია. მიზეზებში აქცენტირებულია ახალი ფორმის სამედიცინო რუქების სიმცირე და ზოგადად „ქაღალდის“ სამუშაოსთან ოჯახის ექიმის დამოკიდებულება.

კოორდინაცია გულისხმობს პაციენტის მართვას ანუ ექიმის აქტივობას (მუშაობის ინდიკატორი) და კავშირს პირველ და მეორე დონეთა შორის. კრიტიკულად დაბალი იყო რეფერალების რაოდენობა (5-6%). ყველაზე ხშირად ინიშნებოდა კარდიოლოგის, ნევროლოგის და ქირურგის კონსულტაცია (ასოცირებულია დამატებითი ტრენინგების სურვილთან აღნიშნულ სფეროებში). ყველაზე ხშირად დანიშნული ლაბორატორიული ტესტები – სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი - 30-35%, გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში - 15%, აღინიშნა კრიტიკულად დაბალი საჭიროება ქოლესტეროლის ტესტისა (0.4%), რაც ადასტურებს სასკრინინგო აქტივობისა და ზოგადად პრევენციული სტრატეგიის დეფიციტს. პაციენტის მართვის ფუნქციის მეორე ნაწილი ეხებოდა კავშირის ხარვეზს პირველ და მეორე დონეს შორის. აღინიშნა პრობლემები: „ოჯახის ექიმსა და სპეციალისტს შორის კომუნიკაციის დეფიციტი“, „სპეციალისტები არ გვაწვდიან თავიანთ დიაგნოზებს“, „პაციენტები აღარ მოდიან უკან სპეციალისტთან კონსულტაციის შემდეგ“. ექიმის ჩართვა ადმინისტრაციულ და დაწესებულების მართვის საკითხებში, ზოგადად გადაწყვეტილებათა მიღებაში ამ ეტაპზე, ანუ 2006 წლის ბოლოს არ ხდებოდა.

⁶² სამედიცინო სერვისებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევა, 2007 წ.

⁶³ პჯდ დანერგვის მონიტორინგი. გადამზადებული ოჯახის ექიმთა შეხედულებანი და საქართველოში პჯდ რეფორმის დღევანდელი მდგომარეობა (Status Quo). ევროკავშირის მხარდაჭერით განხორციელებული პროექტი. 2006 წ. დეკემბერი. მარტინა პელნი GVG ექსპერტი

მომსახურების ყოვლისმომცველობა - ექიმის მიერ მოწოდებული მომსახურების სპექტრში ჩვენი აზრით, არაგადამდები დაავადებების (პირველ რიგში ჰიპერტენზიის, შაქრიანი დიაბეტის და ა.შ. დროს) სფეროში ექიმთა გამოკითხვისას, მათი ღვაწლი რამდენადმე გადაფასებულია ვინაიდან აღინიშნება ქრონიკული დაავადებების მართვის ალგორითმში სასკრინინგო აქტივობების ფაქტობრივად არარსებობა. ავტორთა რეკომენდაციით მომსახურების ყოვლისმომცველობის თვალსაზრისით მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს უფასო ლაბორატორიული გამოკვლევების გამრავალფეროვნებას.

მკურნალობის ხელმისაწვდომობა:

ა) მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა შეისწავლებოდა 2007 წ. დაგეგმილ შინამეურნეობათა გამოკვლევისას

ბ) გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით პაციენტთა უმრავლესობა ფეხით დადის, საშუალო დრო ჰჯდ-მდე მისაღწევად 120-150 წთ-ია, ვინაიდან არ არის პირდაპირი საზოგადოებრივი ტრანსპორტი, ცუდი გზაა და სხვ.

აღნიშნული დროის ხანგრძლივობები, შესაძლებელია ექიმების მიერ რამდენადმე გაზვიადებული იყოს, მაგრამ პირდაპირი საზოგადოებრივი ტრანსპორტის დეფიციტის საკითხი მოსაწესრიგებელია (92% ექიმებისა ამას ადასტურებს).

პროექტის ძირითადი რეკომენდაციები შეეხო:

- რეგულარული სამედიცინო ჩანაწერების გაუმჯობესებას
- სარეგისტრაციო სისტემების დანერგვასა და ოჯახის ექიმის წამყვან როლს პაციენტის მართვაში
- მკურნალობის ხელმისაწვდომობის მხრივ ექიმებისთვის მიღწევადი და რეალისტური სტანდარტების შემუშავებას
- და ბოლოს, ახლად გადამზადებული ოჯახის ექიმები ქმნიან ჰჯდ რეფორმის წარმატების საფუძველს, უნდა შევინარჩუნოთ მიღწეული და გაუმჯობესებული ადაპტირებისთვის მთელი ქვეყნის მასშტაბით გამოვიყენოთ ექიმების, პროფესიული ასოციაციების, ამ ტიპის კვლევების შედეგად ჩამოყალიბებული რეკომენდაციები.

სამედიცინო დახმარებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევა საქართველოში⁶⁴

- შინამეურნეობათა გამოკითხვისას ყურადღება გამახვილდა დაავადებათა გავრცელებაზე, სამედიცინო დახმარებით სარგებლობის ინდიკატორებზე, მიღებული სერვისებით კმაყოფილების ხარისხზე, სერვისების ხელმისაწვდომაზე, სამედიცინო დაზღვევით მოცვის მაჩვენებლებზე, სამედიცინო დანახარჯებზე.

ქრონიკული დაავადება აღმოაჩნდა გამოკითხულთა 37%-ს (ეს გახლავთ თვითშეფასებით გამოვლენილი დაავადებები, რომელიც შესაძლოა იყოს ექიმის მიერ დადასტურებული, შესაძლოა - არა), თითქმის 1/3-ს აქვს ჰიპერტენზია, 16%-ში აღინიშნა დაავადებათა მწვავე ეპიზოდი, მათ შორის ნახევარზე მეტი რესპირატორული და გსს დაავადებია.

დაავადების მწვავე ეპიზოდი უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში 42%-ში რესპირატორული დაავადებებია, 16%-ში ტკივილი გულის არეში, ჰიპერტონიული კრიზი. ქრონიკული დაავადებები სჭარბობს მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში (60+წ) - 70.2%. აღნიშნული სტანდარტული კვლევით კიდევ ერთხელ დადასტურდა ავადობის ზოგად სტრუქტურაში არაგადამდებ დაავადებათა პრიორიტეტი.

⁶⁴ სდსჯდ კვლევა, საერთაშორისო ფონდი კურაცია, 2007
<http://www.curatiofoundation.org/curatio/index.jsp?id=32&act=39>

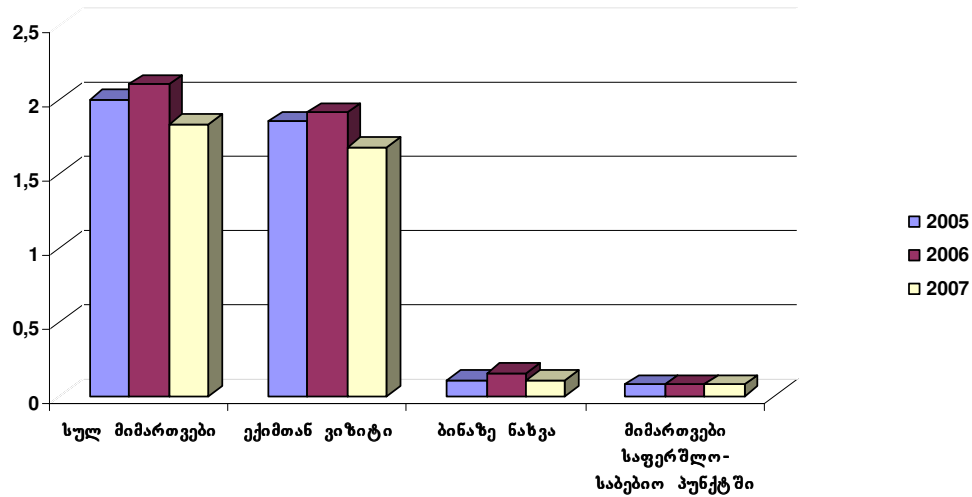
გამოკითხვის წინა 6 თვის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელთან კონსულტაცია გაიარა რესპონდენტთა 59%-მა, მათ შორის ნახევარმა პჯდ-თვის მიკუთვნებულ მომწოდებელთან. საწყისი სამედიცინო კონსულტაციების 40% აღინიშნა ექიმ სპეციალისტთან, ძირითადად საავადმყოფოში, თვითღინებით. **წინა მონიტორულ კვლევაში გამოკვეთილი პირველადი გასინჯვის ფუნქციის დეფიციტი პჯდ-ს მხრივ აქაც გამოიკვეთა. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის საკვანძო მიზანი კი ზუსტად ამ დონეზე სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის მაჩვენებელთა ზრდა და საავადმყოფოებში პაციენტთა თვითღინებით მიმართვიანობის შემცირებაა.**

ქვეყნის მოსახლეობაში ამბულატორიული კონსულტაციების წლიური რაოდენობა 1 000 მოსახლეზე 175-ს უტოლდება. 2006 წ. ივნისიდან 2007 წ. ივნისამდე პერიოდში საქართველოს შინამეურნეობებმა სამედიცინო მიზნებით დაახლოებით 822.7 მლნ ლარი (ანუ 462.2 მლნ აშშ დოლარი კურსით 1.78) დახარჯეს. ეს თანხები მთლიანი შიდა პროდუქტის 6%-ია (2006 წელს ნომინალური მშპ 13 784 მლნ ლარია; 1 სულ მოსახლეზე 216 ლარი - \$121). 34% მოდის საავადმყოფოებზე, 17% - ამბულატორიულ დაწესებულებებზე, 49% - ავთიაქებზე.

ამ შემთხვევაშიც, ამბულატორიული მომსახურება ყველაზე ნაკლებადაა გამოყენებული. იმ ძირითად პირებს შორის, რომელთანაც რესპონდენტებმა გაიარეს კონსულტაცია (მხოლოდ საწყისი მკურნალობის ადგილი) 68.5% ექიმი-სპეციალისტია (მ.შ. საავადმყოფოებში), ოჯახის ექიმი 18.4%-ში, 0.9% - ექთანი და 4.7% - ფარმაცევტი და ა.შ. ამ ფონზე ევროკავშირის მონიტორინგულ პროექტში ექიმთა მიერ მითითებულ 350 ბინაზე ვიზიტი და 170 მიმართვა ამბულატორიაში ყოველთვიურად, ჩვენი აზრით, გადამეტებულია.

სურათი 43

ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ მოსახლეზე, საქართველო, 2005-2007



საქართველოს მთავრობის „ვერტიკალური“ უმწეოთა პროგრამის ფარგლებში, ექიმი ვალდებულია შეასრულოს 3 აუცილებელი ვიზიტი უმწეობის პოლისის მქონე მოსახლეობასთან 6 თვის განმავლობაში. თუ ექიმი საშუალოდ 2 000 პაციენტს ემსახურება, მათგან საშუალოდ 30%-ს ესაჭიროება 3 აუცილებელი ვიზიტი. აქედან დასკვნა: არარეალური მოთხოვნები იძლევიან არარეალურ ციფრებს, რაც ნიშნავს, რომ სტანდარტები გადასახედია. ასევე აუცილებლად დასაფიქრებელია ექიმების მიერ აღნიშნული აქტივობები ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროგრამებში, რაც დაზუსტებას მოითხოვს. ექიმები აღნიშნავენ, რომ აქტიურად მონაწილეობენ ჯანდაცვის ხელშეწყობისა და ჯანსაღი

ცხოვრების წესის (დიეტა, თამბაქო, ალკოჰოლი) პროგრამებში (მ. პელნი, 2006 წ.).⁶⁵ საინტერესოა, რა პროგრამებს გულისხმობენ ისინი.

1 სულ მოსახლეზე სამედიცინო კონსულტაციის საშუალო წლიური რაოდენობაა 2.0.

მიღებული მომსახურებით კმაყოფილება –

- რესპონდენტთა 2/3 გამოხატავს ნდობას იმ სამედიცინო დაწესებულების მიმართ, რომელიც ჩვეულებრივ მიმართავს დახმარებისათვის.
- 91%-ში ექიმთან კონსულტაცია გრძელდებოდა 12 წუთზე მეტი დროის განმავლობაში.
- 81%-ში ექიმმა/ექიმანმა სრულყოფილად აუხსნა მათ მკურნალობის დანიშვნის საფუძველი და დეტალები.

ხელმისაწვდომობა

- გამოკითხულთა უმეტესობა სამედიცინო დაწესებულებაში 30 წუთში ხვდება.
- 84%-მა შეიძინა დანიშნული წამალი, 14%-მა ვერ შეიძინა სიძვირის გამო.
- დანიშნული ლაბორატორიული ტესტების 4.2% ვერ გაკეთდა სიძვირის გამო.⁶⁶

სამედიცინო დაზღვევით (კერძო ან კორპორატიული) მოცულია მოსახლეობის 1.5%-ზე ნაკლები. მათგან უდიდესი ნაწილი მოდის „სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობის სახელმწიფო პროგრამით“ გათვალისწინებულ შეღავათებზე.

ქრონიკული დაავადებების გავრცელების მაჩვენებელთა ამ ორ წყაროს შორის შედარება გვაფიქრებინებს, რომ 2001 წ. შინამეურნეობათა კომპლექსური გამოკითხვების დროს ადგილი ჰქონდა მათ არასრულ რეგისტრაციას. ამ მნიშვნელოვანი განსხვავების მიუხედავად, სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართვის მაჩვენებლები ამ ორ კვლევაში მსგავსია და მათი შედარება მიანიშნებს, რომ სამედიცინო დახმარებით სარგებლობის შესამჩნევი ზრდის დიდი ნაწილი მოსახლეობის უღარიბესი ფენის სასიკეთოდ აღინიშნა. ამ მოსაზრებას კიდევ უფრო ამყარებს ის ფაქტი, რომ სამედიცინო დახმარებისთვის არმიმართვის მიზეზებს შორის, შესაბამისი სახსრების არქონას ასახელებს შედარებით უფრო ნაკლები რესპონდენტი, შემოსავლების დონის მიხედვით ამა თუ იმ კატეგორიისადმი კუთვნილების მიუხედავად.

სამედიცინო სერვისებზე უარის თქმის მიზეზებია: მკურნალობა არ არსებობს, დაავადება არაა საკმარის სერიოზული, მკურნალობა არ ესაჭიროება ამ მომენტში.

2000 წლიდან საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელ საზოგადოების მიერ ტარდება ფარმაკოეპიდემიოლოგიური კვლევები ქართულ პოპულაციაში არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის დეფექტების გამოსავლენად. კვლევის დიზაინი ითვალისწინებს როგორც ექიმების, ასევე პაციენტების გამოკითხვას. არტერიული ჰიპერტენზიის ხანგრძლივი მკურნალობის პროცესში ძირითად ბარიერად ექიმთა უმრავლესობას მიაჩნია პაციენტის ფინანსური პრობლემები, პაციენტებს კი 62%-ში აქვთ უარყოფითი დამოკიდებულება ხანგრძლივი მკურნალობის მიმართ. მკურნალობაში წყვეტილობისა და პრეპარატის შეცვლის უხშირეს მიზეზად სახელდება დანიშნული მკურნალობის დაბალი თერაპიული ეფექტურობა, თვითგრძნობის კომფორტული სტატუსი, შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომატიკა („მე მაქვს უფრო სერიოზული პრობლემა, ვიდრე მაღალი წნევა“), ფინანსური პრობლემები და ა.შ. აქედან გამომდინარე ოპერატიული ინტერვენციის ძირითადი სფერო უნდა იყოს პაციენტის გათვითცნობიერება (მკურნალობის აუცილებლობის, თვითმკურნალობის, მკურნალობაში წყვეტილობის რისკების და ა.შ. შესახებ)

⁶⁵ მარტინა პელნი. 2006 წ.

⁶⁶ სლსჯდ კვლევა, საერთაშორისო ფონდი კურაცია, 2007

<http://www.curatiofoundation.org/curatio/index.jsp?id=32&act=39>

და ექიმსა და პაციენტს შორის კომუნიკაციის ამაღლება. ექიმისადმი ნდობა და აქედან გამომდინარე მოტივაცია ხანგრძლივი მკურნალობის მიმართ იქმნება ექიმის ქცევის გარკვეული მოდელით – საკმარისი კომპეტენცია, პაციენტის პრობლემის ჩაწვდომა, ადექვატური ახსნა-განმარტების უნარი, პუნქტუალობა და ა.შ.

სამედიცინო დანახარჯები

წლიური სამედიცინო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე 216.2 ლარი (129 აშშ დოლ.). შინამეურნეობათა სამედიცინო დანახარჯების თითქმის ნახევარი (49%) მოდის საცალო აფთიაქებში შეძენილ წამლებსა და სამედიცინო დანიშნულების საქონელზე, 34% – სტაციონარებზე და ყველაზე ნაკლები – 17% ამბულატორიულ დაწესებულებაზე.

ამბულატორიული მკურნალობის ერთი ეპიზოდის საერთო ხარჯები მომსახურების გაწევის ადგილის მიხედვით 1 სულ მოსახლეზე (იგულისხმება დაწესებულებებში გადახდილი თანხა + ნებისმიერ ადგილას შეძენილი წამლების თანხა) შემდეგია:

ბინაზე ვიზიტი	7.0 ლ
სოფლის ამბულატორია	4.9 ლ
პოლიკლინიკა	21.7 ლ
ქალთა კონსულტაცია	3.0 ლ
საავადმყოფოს ამბულატორიული განყოფილებები	45.0 ლ

ამბულატორიული მკურნალობის ღირებულება მომსახურების გაწევის ადგილის მიხედვით: (არ შედის წამლები – დაწესებულების გარეთ) 1 სულ მოსახლეზე (დაწესებულებაში გადახდილი თანხა + იქ ნაყიდი წამალი) შემდეგია:

ბინაზე ვიზიტი	1.8 ლ
სოფლის ამბულატორია	0.8 ლ
პოლიკლინიკა	9.0 ლ
ქალთა კონსულტაცია	1.6 ლ
საავადმყოფოს ამბულატორიული განყოფილებები	26.1 ლ

ამბულატორიული მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები მოსახლეობის ჯგუფების მიხედვით, წამლებზე დახარჯული სახსრები 1 სულ მოსახლეზე წლიური გადაანგარიშებით შემდეგია:

სულ	47.7 ლ
ქალაქად	52.2 ლ
სოფლად	43.3 ლ
თბილისი	555.5 ლ
აღმოსავლეთ საქართველო	37.5 ლ
დასავლეთ საქართველო	51.4 ლ
ულარიბესი 20%	36.9 ლ
უმდიდრესი 20%	70.3 ლ

სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობის სახ. პროგრამის ბენეფიციარობის მიხედვით:

ბენეფიციარები 70 000-მდე ქულა	47.9 ლ
არა ბენეფიციარები 70 000-ზე მეტი ქულა	
ან ქულის არმქონე ოჯახები	48.6 ლ

ქრონიკული პათოლოგიების ამულატორიულ მკურნალობასა და თვითმკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები

ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტები და მკურნალობასთან დაკავშირებული პერიოდული ხარჯები (ეს დაავადებები არ გამწვავებულა გამოკვლევამდე 30 დღის განმავლობაში)

ქრონიკული პაციენტების მკურნალობისთვის საჭირო საშ. თვიური თანხა (ლარებში)

ხარჯი მედიკამენტებზე	18.5 ლ
ხარჯი სამედიცინო დანიშნულების ნივთებზე	4.7 ლ
ხარჯი ბალახეულ და ჰომეოპათიურ საშუალებებზე	10.5 ლ
ხარჯი სამედიცინო კონსულტაციებზე	7.7 ლ
ხარჯი მოვლასა და ფიზიოთერაპიაზე	50.6 ლ

თვითმკურნალობაზე გაწეული ხარჯები

თითოეულ შემთხვევაზე 1 წ. გადაანგარიშებით საშუალო დანახარჯი 1 სულ მოსახლეზე:

მედიკამენტები	12.6 ლ
სამედიცინო დანიშნულების ნივთები	12.6 ლ
დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებზე	16.4 ლ

სად მიდიან პაციენტები, რომლებიც ჰჯდ დაწესებულებას ვერ აღწევენ:

- აჭარა – 20%-არსად, სასწრაფო დახმარების სერვისებით სარგებლობენ 55% პასუხი არ მაქვს
- იმერეთი – 80% პასუხი არ მაქვს 5% არსად, სასწრაფო დახმარების სერვისებით სარგებლობენ
- კახეთი – 12% არსად, სასწრაფო დახმარების სერვისებით სარგებლობენ 15% პასუხი არ მაქვს.⁶⁷

ექიმთა აზრით საინტერესო ინფორმაციაა, რომ ჰჯდ-ს ერთადერთი სხვა ალტერნატივა სასწრაფო დახმარების სამსახურია. უფასო სასწრაფო დახმარების პირობებში, ხშირად მისი სერვისი არა ურგენტული დანიშნულებისამებრ გამოყენება.

ევროკავშირის მონიტორინგულ კვლევაში აღნიშნულია „კარიბჭის მცველის“ ფუნქციის არსი – მხოლოდ ის პაციენტები მიიღებენ უფასო სამედიცინო მომსახურებას – რომლებიც დარეგისტრირებულნი იქნებიან ოჯახის ექიმთან სახელმწიფო ამულატორიული პროგრამით. „პირველადი გასინჯვის“ სისტემის ფუნქციონერებისთვის მოსახლეობის რეგისტრაცია ექიმთან ჯერ-ჯერობით არ დაწყებულია. (2006 წლის ბოლოს)

პაციენტის მართვის ინდიკატორი – ყოველთვიური უტილიზაციის მაჩვენებელი, ანუ პაციენტთა რაოდენობა, რომელიც მიმართავს დაწესებულებას. საშუალო მაჩვენებელი 9.31 პაციენტი დღეში, რომელიც საკმაოდ აღემატება საქართველოსთვის ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს 1.6 პაციენტი დღეში,⁶⁸ თუმცა კიდევ ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის საშუალო მაჩვენებელს 30 პაციენტი დღეში.⁶⁹

ძირითადი ინფორმანტი ორგანიზაციის – შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელთა ჩაღრმავებული ინტერვიუებით დაფიქსირებულია შემდეგი მოსაზრებები:

⁶⁷ მ. პელნი, სასარგებლო ინფორმაცია საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ. 2006 წ.

⁶⁸ ჯანდაცვის სამინისტრო, 2006 წ.

⁶⁹ Saltman და სხვ. .2006

ქართულ პოპულაციაში არაგადამდებ დაავადებათა მართვის ძირითადი ხარვეზი, ამ დაავადებათა მართვის პროცესიდან ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ამოვარდნაა. ქრონიკული დაავადებათა მართვის ძირითადი სტრატეგიას აღგენს მკურნალი ექიმი სპეციალისტი, ხოლო დაავადების შემდგომი მართვა და პაციენტის მონიტორინგი პირველადი რგოლის პირდაპირი ფუნქციაა. თუმცა პაციენტები ამ მიზნით ჯანდაცვის პირველად რგოლს ნაკლებად მიმართავენ, ხშირ შემთხვევაში უნდობლობისა და ფინანსური მექანიზმების სიმცირის გამო. ჯიბიდან გადახდის პროცენტული წილი ჯანდაცვაზე ძალიან მაღალია (75%).⁷⁰ პაციენტი ზოგავს თავის თანხებს ამ სახით. ასევე მნიშვნელოვანია არაგადამდებ დაავადებათა თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალი დონე, სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ინფრასტრუქტურის სიმწირე და სიძვირე, პროდუქციის უსაფრთხოების კონტროლისა და ზედამხედველობის სახელმწიფო სისტემის მოშლა.

რეაბილიტირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო პირველადი ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიზანშეწონილია დაფინანსდეს ის სერვისები, რომლებიც ითვალისწინებს ქრონიკული დაავადებების (კარდიო-ვასკულური დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, ბრონქული ასთმა და სხვა რესპირატორული დაავადებები, ონკოლოგიური დაავადებები) მეთვალყურეობა-ზედამხედველობას, ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობის ტვირთის შესაბამისად.

უფასო სერვისები ორიენტირებული უნდა იყოს დაავადებათა პრევენციაზე, სკრინინგსა და დაავადებათა მონიტორინგზე.

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის პოლიტიკა უნდა ეყრდნობოდეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიებსა და მტკიცებულებებს ჯანდაცვის სისტემის ერთიანი პოლიტიკის ჭრილში.

არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები დაახლოებით 40-45% (ზუსტი აღრიცხვა არ წარმოებს).

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში პაციენტთა მომართვიანობის განმსაზღვრელი სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები, ეკონომიური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ფინანსური ხელმისაწვდომობა ჩვენს ქვეყანაში შეიძლება მიღწეულ იქნას პირველადი ჯანდაცვის სერვისების სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებით ან/და სხვადასხვა სადაზღვევო სქემებით (მ.შ. სათემო დაზღვევა), მოსახლეობის საყოველთაო მოცვით. ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ფაქტორი სამედიცინო კადრების განათლებაა, განსაკუთრებით დიდ ქალაქებში მაღალი კონკურენციის ფონზე, ასევე დაწესებულების ინფრასტრუქტურა.

პაციენტთა მომართვიანობას რა თქმა უნდა განსაზღვრავს ჯანდაცვის სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა. რამდენადაც ქვეყნის მოსახლეობის 54% ანუ 2 400 000 ადამიანი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ ცხოვრობს, ჯანდაცვის პირველად დაწესებულებებში მომართვიანობას განსაზღვრავს სახელმწიფო პროგრამული დაფინანსების მოცულობა და სერვისების ხარისხი.⁷¹

არაგადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის სარწმუნო ინსტრუმენტი ქვეყანაში არ გვაქვს, ყოველ შემთხვევაში დღეს. იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემები მეტ-ნაკლებად განვითარებულია და ჯანდაცვის სერვისები შედარებით ხელმისაწვდომი, არაგადამდებ

⁷⁰ ეროვნული ანგარიში, 2006 წ.

⁷¹ ეროვნული ანგარიში, 2006 წ.

დაავადებათა რეგისტრაციის ყველაზე სარწმუნო ინსტრუმენტი პირველადი ჯანდაცვის დონეზე წარმოებული სამედიცინო სტატისტიკაა. არსებულ ვითარებაში, დაბალი მომართვიანობის გამო, ეს რგოლი საინფორმაციო სისტემის ქსელში ფაქტიურად ამოვარდნილია. სხვა ინსტრუმენტი, ისევე როგორც აღრიცხვიანობის სარწმუნოების დამასაბუთებელი რაიმე დამატებითი მექანიზმი, სადღეისოდ არ გამოიყენება.

- ახალგაზრდების სამედიცინო განათლება (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხების ჩართვა სასკოლო და უმაღლესი განათლების პროგრამებში)
- ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, სახელმწიფოს მიერ პირველადი ჯანდაცვითი სერვისების სრული დაფინანსება ან სადაზღვევო სქემებით მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა
- გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება
- ექიმის განათლების დონის ამაღლება
- ექთნის როლის გაძლიერება და მათი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების ამაღლება
- პაციენტის სანიტარული კულტურის ამაღლება.

ამ მიმართულებით მუშაობს „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, ასევე არსებობს მინისტრის ნორმატიული ბრძანება საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამების შესახებ, რომლებიც მწირი დაფინანსების პირობებში, ნაკლებად ითვალისწინებს ჩვენს ქვეყანაში არსებულ პრიორიტეტებს ავადობის ტვირთის მხრივ. პირველადი ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებშიც არსებობს არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის მექანიზმი, თუმცა უმნიშვნელო, ისევე დაფინანსებიდან გამომდინარე. **ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით საკანონმდებლო დოკუმენტები, ბრძანებები, რეგულაციების შემუშავება არ ეყრდნობა ამ დარგში არსებულ პოლიტიკას, სტრატეგიების შერჩევა არ ხდება რეალური სტატისტიკური სურათის გათვალისწინებით.**

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერებისთვის, უპირველეს ყოვლისა აუცილებელია ძირითადი რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება და მათ მიმართ რეაგირების ეფექტური მექანიზმების შემუშავება.

აქტიური სტეიქჰოლდერები ამ სფეროში არიან ოჯახის ექიმი და ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. **მას შემდეგ რაც განისაზღვრება ზოგადი პოლიტიკა, აპრობირებულ გამოცდილებაზე დაფუძნებული ტაქტიკური მოდელები, შესაძლებელია ვისაუბროთ ექსპერტთა პანელსა და სტეიქჰოლდერებზე.**

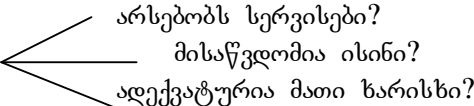
ექიმის რგოლის ძირითადი ხარვეზები: დაბალი მოტივაცია პროფესიული განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბებისადმი, არასახარბიელო ინტერპერსონალური ურთიერთობები, ექიმის ავტონომიის დარღვევა ადმინისტრაციული მეთოდებითა და ასევე, ფარმაცევტული კომპანიების ზეგავლენით. ჯანდაცვის მართვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესებში ექიმების და მათი პროფესიული გაერთიანებების ჩაურევლობა და ინიციატივათა დეფიციტი. ასევე, უწყვეტი პროფესიული განვითარების ნებაყოფლობითი ხასიათი მთლიანად ექიმის პირადი პასუხისმგებლობის სფეროს განეკუთვნება.

სისტემის ხარვეზები: ჯანდაცვის სისტემაში არ არის განსაზღვრული არაგადამდებ დაავადებათა მართვის პოლიტიკა და სტრატეგია, არ არის დანერგილი მონაცემთა მოკრების, კვლევის, ექსპერტიზის, ანალიზისა და პროგნოზირების სარწმუნო მეთოდოლოგიები. საჭიროა გადაწყვეტილებების მიღების პროცესების გამჭვირვალობის გაზრდა და კომპენტენტური მხარეების მონაწილეობის უზრუნველყოფის მყარი გარანტიების შემუშავება. ასევე აღსანიშნავია

რეგულირების მექანიზმებისა და ინსტრუმენტების არასრულყოფილება, აქცენტი მკურნალობაზე და არა პრევენციაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების არაეფექტური დაფინანსება.

პაციენტის როლის ხარვეზები: საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაბალი კულტურა და პასუხისმგებლობის დეფიციტი.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის მონიტორინგული პროექტი კარდიო-ვასკულურ დაავადებათა მართვის გაუმჯობესების მიზნით განხორციელდა ევრაზიის თანამშრომლობის ფონდის მხარდაჭერით საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების მიერ 2008 წელს. კვლევის მიმართულებები:

- უზრუნველყოფა 
 - არსებობს სერვისები?
 - მისაწვდომია ისინი?
 - ადექვატურია მათი ხარისხი?
- გამოყენება – გამოიყენება ეს სერვისები?
- დაფარვა – დაფარულია სამიზნე პოპულაცია?
- ადექვატურობა – აღინიშნა გაუმჯობესება დაავადებათა ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებში?
- სარწმუნოება – ჰქონდა პროგრამას სხვა გავლენისაგან დამოკიდებული ეფექტი?

გამოიკითხა სამედიცინო პერსონალი და პოპულაცია (სტრუქტურირებული, ჩალრმაკებული ინტერვიუ, ფოკუს-ჯგუფი). „პირველადი გასინჯვის პუნქტის“ სტატუსი – მოსახლეობის აღწერა მიმდინარეობს ექთანთან ერთად ან ექთნის მიერ, ძირითადად აღწერილია 0-14 წ.წ. კონტინგენტი. აქედან გამომდინარე, სასკრინინგო პრიორიტეტები დაავადებათა და რისკ-ფაქტორთა მხრივ – უცნობია.

მომსახურების უწყვეტობა – სამედიცინო პერსონალი აღნიშნავს, რომ ფაქტიურად არ უწყვეს გამოძახება დასვენების დღეებში, რაც შეეხება სამედიცინო ჩანაწერების რუტინულ წარმოებას, განსაკუთრებით პაციენტის ქცევითი მოდელის, მისი ცვლილებების, მკურნალობის მონიტორირების მხრივ კვლავ – სერიოზული ხარვეზებია⁷²

ევროკავშირის კვლევაში⁷³ მომსახურების უწყვეტობაში აღნიშნული დეფექტი ახსნილია ექიმის დამოკიდებულებით ე.წ. ქაღალდის სამუშაოებთან. ჩვენი აზრით, ასევე მნიშვნელოვანია, პაციენტის დამოკიდებულება ექიმის მიერ მკურნალობის პროცესის მონიტორირების აუცილებლობასთან (მხოლოდ 20% გამოიკითხულ პაციენტთაგან აღნიშნავს, რომ აკონტროლებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას ექიმთან ერთად და კიდევ ერთი დეტალი, ექიმის დროის დეფიციტი - 74% გამოთქვა აზრი, რომ ექიმი ჩქარობს ვიზიტისას).

პაციენტის მართვა: მოზრდილ მოსახლეობაში დაავადებათა სპექტრის პირველი სამეულია: არტერიული ჰიპერტენზია, გულის იშემური დაავადება, მწვავე რესპირატორული დაავადებები. 70%-ში შემთხვევაში ქრონიკული დაავადებები იმართება ვიწრო სპეციალისტის საკონსულტაციო მონაწილეობით, ყველაზე ხშირად გამოყენებულია კარდიოლოგის კონსულტაცია (62%-ში). ყველაზე იშვიათად გამოყენებული ლაბორატორიული ტესტია ქოლესტეროლის განსაზღვრა სისხლში (10%). რაც შეეხება კავშირებს პირველ და მეორე დონეს შორის, რეფორმის დაწყებიდან 3 წლის თავზე კომუნიკაციური ფაქტორის დინამიკა

⁷² პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის მონიტორინგული პროექტი კარდიო-ვასკულურ დაავადებათა მართვის გაუმჯობესების მიზნით, 2008
⁷³ მ. პელნი, სასარგებლო ინფორმაცია საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ. 2006 წ.

პოზიტიურია. გარკვეული ადაპტაცია მოხდა დამოკიდებულებებში, მომსახურების ყოვლისმომცველობის მხრივ – ექიმის მიერ მოწოდებულ სერვისებში კვლავ ფაქტიურად ცარიელია დაავადებათა აქტიური გამოვლენის ნიშა და სუსტია პრევენციული სტრატეგია – ბინაზე გამოძახების გარეშე არტერიული წნევის გაზომვის მაჩვენებელი – მხოლოდ 6%-ია.

უფასო სერვისებში ყველაზე მოთხოვნადი კარდიოლოგის კონსულტაციის არარსებობა და ალგორითმით ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სასკრინგო ტესტის – ქოლესტეროლის ტესტის ამოღება უფასო სერვისებიდან მიანიშნებს პრევენციული სტრატეგიის სისუსტეზე. იგივეზე მიუთითებს პრევენციული აქტივობის ერთ-ერთი ძირითადი რგოლის – ექთნის კრიტიკულად დაბალი მონაწილეობა ამ სფეროში, რაც კიდევ ერთხელ დადასტურდა შინამეურნეობათა გამოკითხვისას.⁷⁴ ექთნის მიერ კონსულტირების მაჩვენებელი 0.9%-ია, პარალელურად კი ფარმაცევტის საკონსულტაციო აქტივობა დაავადებათა მართვის რეკომენდაციათა მხრივ 4.8%-ია.

ამ პროექტში გამოკითხულ ფარმაცევტთა 35% აღნიშნავს, რომ სააფთიაქო ქსელში მოსული მომხმარებლის 35% ითხოვს წამლის მიღების წესის განმარტებას და გვერდითი ეფექტების შესახებ ინფორმაციას. ერთობ სამწუხაროა, რომ მომხმარებელთა 40%-ის მოთხოვნა წამლის შერჩევა და 5%-ში არტერიული წნევის გასინჯვაა ექიმთან მისვლის ფინანსური ბარიერის მოტივით. (გათვიცნობიერების მნიშვნელოვანი დეფიციტი პირველადი ჯანდაცვის უფასო სერვისების შესახებ).

რაც შეეხება ექიმისადმი ნდობასა და სერვისებით კმაყოფილებას – 20% კმაყოფილია სამედიცინო დახმარების ხარისხით, არჩევანის შემთხვევაში 34% მიმართავს სხვა დაწესებულებას.

პროექტის ძირითადი რეკომენდაციები, რეფორმის დაწყებიდან 3 წლის შემდეგ ორიენტირებულია ქრონიკული დაავადებების მართვის ხარვეზების გამოსასწორებლად:

- ოჯახის ექიმის გუნდის მიერ მოცვის არეალში სასკრინინგო ინდიკატორების განსაზღვრა (რისკ-ფაქტორები – ქცევითი და ბიოლოგიური)
- პრევენციული სტრატეგიის და აქედან გამომდინარე, ექთნის რგოლის გაძლიერება
- ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის ფორმირება
- რეცეპტის დაბრუნება ექიმის ყოველდღიურ პრაქტიკაში

შინამეურნეობათა კვლევის შედეგებში აღნიშნულია, რომ გამოკითხულთა 84%-მა შეიძინა პრეპარატი ქრონიკული დაავადების სამკურნალოდ, 14% კი ვერ შეიძინა. საკითხი დგება ასე, შეიძინა მან თუ არა ადეკვატური მედიკამენტი, ვინაიდან წნევისდამწვევი მკურნალობის მაგალითზე პოპულაციის 46% - ღებულობს არარეკომენდებულ პრეპარატს.⁷⁵

აუცილებელი მოსახლეობის გათვიცნობიერება ქრინიკული დაავადებების მკურნალობაში თვითნებობის რისკების, მკურნალობაში წყვეტილობის, პრეპარატების ხშირი ცვლის ნაკლები ხარჯთეფექტურობის, ხშირი ჰოსპიტალიზაციისა და დაავადების პროგნოზის დამძიმების თავიდან აცილების შესაძლებლობათა შესახებ.

⁷⁴ სდსჯდ კვლევა, საერთაშორისო ფონდი კურაცია, 2007
<http://www.curatiofoundation.org/curatio/index.jsp?id=32&act=39>

⁷⁵ არაგადამღებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

ფარმაკოეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემებით, გამოკითხული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა 60%-მდე იწყებს მკურნალობას თვითნებურად, ახორციელებს დოზის ტიტრაციას და გადადის კომბინირებულ მკურნალობაზე ასევე თვითნებურად.⁷⁶

„ჰიპერტენზიის კონტროლის პროგრამა თეში“, განხორციელებული ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის (AIHA) მიერ ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მხარდაჭერით, ითვალისწინებდა პაციენტების უზრუნველყოფას უფასო ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით, პირველადი ჯანდაცვის თანამშრომელთა უწყვეტ ტრენინგებს და სხვა. პროექტში ჩართული იყო 562 პაციენტი მცხეთა-მთიანეთისა (2000-2003 წწ.) და შიდა ქართლის რეგიონში (2005-07 წწ.). შედეგებმა აჩვენა, რომ ჰიპერტენზიის კონტროლის გაუმჯობესება შესაძლებელია სწრაფად, იაფად, შეზღუდული რესურსებითაც კი.

2007 წლიდან დაიწყო ახალი დიზაინის პროგრამის (AIHA/USAID) „ძირითადი ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების მართვა თეში“ განხორციელება გორსა და ოზურგეთში. 288 პაციენტი უზრუნველყოფილ იყვნენ უფასო მედიკამენტებით (ქართული ფარმაცევტული საწარმო „ჯი-ემ-პი“-ს ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით და ამერიკელი პარტნიორების მიერ მოწოდებული პრეპარატებით). რისკ-ფაქტორთა კონტროლი განხორციელდა არამედიკამენტოზური მიდგომებით. მოკლევადიანი პროგრამით გათვალისწინებული ჩარევებით გარდა წარმატებული კლინიკური გამოსავლებისა, გამოვლინდა არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ინტეგრირებული ინტერვენციის განხორციელებისა და შედეგიანობის შესაძლებლობა საქართველოს სინამდვილეში.

თანამედროვე სტანდარტული მეთოდით განხორციელებული ინტერვენციული პროგრამები მნიშვნელოვანია პოპულაციაში დაავადებათა მართვის მოდელის განსაზღვრის მიზნით, მაგრამ ამასთანავე გასათვალისწინებელია ქრონიკული დაავადებების წარმატებული მკურნალობის სირთულეები მსგავსი პროგრამების გარეთ. ასე მაგალითად, ჰიპერტენზიის მართვის ძირითადი ღეფექტია პაციენტის კრიტიკულად დაბალი დამყოლობა, ექიმსა და პაციენტს შორის არასაკმარისი კომუნიკაცია და მოსახლეობაში ხანგრძლივი მკურნალობის პროცესებში ექიმის აუცილებელი, პერმანენტული მონაწილეობის ფაქტიურად არ ცოდნა.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალურ გეგმაში (შჯდსდს 2007 წ.) პუნქტში 2 - პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება აღნიშნულია, რომ სახელმწიფო აანაზღაურებს პჯდ მომსახურების სრულ პაკეტს საქართველოს მოსახლეობის ღარიბი ნაწილისათვის 2008 წლის ბოლომდე (საერთო მოსახლეობის 34.8%). იდენტიფიცირებული ინდივიდი სახელმწიფო სუბსიდირებას იღებს სამედიცინო ვაუჩერის სახით, რომელიც უტოლდება წლიური სადაზღვევო პრემიუმის სრულ ოდენობას როგორც პირველი დონის, ასევე ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის. ეტაპობრივად მოხდება ერთწლიანი ვაუჩერის და შესაბამისად, სადაზღვევო მომსახურების ჩანაცვლება უვადო ვაუჩერებით/სადაზღვევო მომსახურებით. ბენეფიციარი მიიღებს სახელმწიფო სუბსიდიას მიზნობრივი ჯგუფის დატოვებამდე სოციალური სტატუსის შეცვლის ან გარდაცვალების გამო. მოსახლეობის დანარჩენმა ნაწილმა თავად უნდა შეისყიდოს ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართული პირველი დონის მომსახურება ჯიბიდან გადახდის ან წინასწარ გადახდის (სადაზღვევო სქემების) სახით; გარდამავალ პერიოდში ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება ფინანსდება უნივერსალურად. ბაზისური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი სახელმწიფო შემსყიდველისაგან იღებს პჯდ დაფინანსების 30%-ს, რათა მან უზრუნველყოს მომსახურების მიწოდება დაუზღვეველი მოსახლეობისათვის, 70% კი

⁷⁶ საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზ-ბა, ფარმაკოეპიდემიოლოგიური კვლევა, 2000-2008 წ.

გამოყენებულ იქნება დაზღვეულთათვის სადაზღვევო ვაუჩერით პჯდ მომსახურების დასაფინანსებლად.

2008 წლის ბოლოს მოსახლეობის ღარიბი ნაწილის დაზღვევის პაკეტს ფლობს მთელი მოსახლეობის 16.7% და სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის 30.1%. ანუ, პჯდ განვითარების გეგმაში გაწერილი გეგმა სადაზღვევო მედიცინით მოცვის თვალსაზრისით (34.8% და რეალური 16.7%) არ არის რეალიზებული.

სამიზნე მოსახლეობასთან პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე) საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი და ექთანი ბებია ქალი. საოჯახო მედიცინის ადამიანური რესურსების გადამზადება და პჯდ დაწესებულებების ფიზიკური ინფრასტრუქტურის სრული განახლება დაგეგმილია 2010 წლის ბოლომდე.

გაიდლაინები:

შჯდსდს-მ პირველი ნაბიჯები გადადგა კლინიკური გაიდლაინების შემუშავებასა და დანერგვის უწყვეტ პროცესში. 2006 წლის მარტის №945 ბრძანებით დამტკიცდა კლინიკური გაიდლაინების კომიტეტის დაარსებასთან დაკავშირებული დებულება და ამის საფუძველზე შემუშავებული იქნება გაიდლაინები.

2006 წლის 8 მაისის №126/ო ბრძანებით დამტკიცდა კომიტეტის შემადგენლობა. 2006 წლის 18 მაისს, მიღებული იქნა გადაწყვეტილება 10 გაიდლაინის შემუშავების შესახებ.

2006 წლის 21 ნოემბერს, ჩატარდა შემუშავებული გაიდლაინების პრეზენტაცია, მათ შორის 9 არაგადამდებ დაავადებათა მართვის გაიდლაინია (არტერიული ჰიპერტენზია, გულის შეგუბებითი უკმარისობა, გულის იშემიური დაავადება, ტკივილი მკერდის არეში, ქრონიკული ხველა, და სხვ.)

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტის ფარგლებში, რომელიც მიმდინარეობს მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, ეროვნული კლინიკური გაიდლაინების და სამკურნალო პროტოკოლების შემუშავების შემდეგ დაიგეგმა მათი რევიზიის საჭიროების დადგენა და იმპლიმენტაციის დაწყება.

სამ ძირითად ფაქტორს, რომლებიც უზრუნველყოფენ იმპლიმენტაციის პროცესის წარმატებას, წარმოადგენენ: ადაპტირებული გაიდლაინი და პროტოკოლი; მოტივირებული ექიმი; დამოკლები პაციენტი. სამი ძირითადი წინააღმდეგობაა: არაადაპტირებული პროტოკოლი; სახელმწიფოს მხრიდან ხელშეწყობის დეფიციტი; ექიმის რეზისტენტობა.

იმპლიმენტაციის პროცესი სასურველია წარიმართოს ტრენინგების სახით მცირე (8-10 კაციანი) ჯგუფებში, ინტერაქტიული დისკუსიით.

ჯანდაცვის საკითხებში გათვითცნობიერების შესახებ საინტერესო მონაცემებს იძლევა კვლევა, რომელიც 2005 წლის ბოლოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის დაწყებამდე ოქსფორდის პოლიტიკური მართვის ჯგუფის მიერ განხორციელდა. მისი მიზანი იყო შეხედულებების, დამოკიდებულებების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ქცევის ხარისხობრივი შეფასება პილოტურ რეგიონებში.

ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რას ფიქრობდა, გრძნობდა და აკეთებდა ხალხი ჯანმრთელობის მთელი რიგი საკითხების შესახებ შეგროვდა ფოკუს ჯგუფების საშუალებით. სულ ჩატარდა 18

დისკუსია ფოკუს ჯგუფებში ორივე სქესის ახალგაზრდა მოსახლეობაში ცალ-ცალკე, ასევე მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში 3 თემის გარშემო – დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, ინფექციური და არაგადამდები დაავადებები. ყველაზე ხშირად აღნიშნული ჯანმრთელობის პრობლემა იყო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (პირველ რიგში მაღალი წნევა) და ჩიყვი.⁷⁷

რაც შეეხება რეფორმის პირობებში პოპულაციის გათვითცნობიერებას სამედიცინო სერვისების (მ.შ. უფასო სერვისების) შესახებ, იგი კრიტიკულად დაბალია; რაც კარგადაა გაშუქებული ჰჯდ მონიტორინგული პროექტის⁷⁸ შედეგებში.

რისკ-ფაქტორთა შესახებ გათვითცნობიერება

ქართულ პოპულაციაში არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების შესახებ გათვითცნობიერების დონე არ არის იდეალური, და ამავე დროს არაერთგვაროვანია. არტერიული ჰიპერტენზიის შესახებ ექიმის მიერ გათვითცნობიერების მაჩვენებლის (66.2%), ბოლო წლების განმავლობაში არტერიული წნევის გასინჯვის მისაღები მაჩვენებლის (84.5%) და საკუთარი წნევის აპარატის ოჯახების უმრავლესობაში არსებობის მიუხედავად (83%), რაც ხშირად ჩვენი უცხოელი კოლეგების გაკვირვებას იწვევს, 2007 წლის რისკ-ფაქტორთა კვლევისას⁷⁹ გამოვლენილი ჰიპერტენზიის 1/3 პირველადაა იდენტიფიცირებული, ხოლო მედიკამენტური მკურნალობისას 46% არარეკომენდებულ პრეპარატებს ღებულობს. **ანუ ქართული პოპულაციის გათვითცნობიერების დონე დაბალია მედიკამენტური მკურნალობის პროცესში ექიმის აუცილებელი მონაწილეობის, მკურნალობის წყვეტილობის, პრეპარატების ხშირი ცვლის, თვითშემოქმედების რისკების შესახებ და ა.შ.**

ქოლესტეროლის მაჩვენებლის შესახებ (ბოლო წლის განმავლობაში) გათვითცნობიერება საკმაოდ დაბალია - 8.6%, ანამნეზში მაღალ ქოლესტეროლს აღნიშნავს გამოკითხულთა მხოლოდ 3.8%, კვლევის დროს გამოვლენილი მომატებული საერთო ქოლესტეროლის მაღალი მაჩვენებლის ფონზე (72.1%).

გათვითცნობიერება ჰიპერგლიკემიის შესახებ ასევე დაბალია 18.3%, ხოლო უზმოზე დარღვეული გლიკემია 12.1%-ში დადგინდა. რაც შეეხება თამბაქოს მავნე ზემოქმედების გაცნობიერებას, ყოველდღიურ მწვევლების 75.6%-ს კარგად აქვს გაცნობიერებული, ხოლო ჯანდაცვის პროფესიონალთაგან რჩევა მიღებული აქვს მხოლოდ 28.1%-ს. ცხიმის შეზღუდვის შესახებ რეკომენდაციები ბოლო 12 თვის მანძილზე არავისგან არ მიუღია 78.2%-ს, მარილის შეზღუდვის შესახებ 80.9%-ს, ფიზიკური აქტივობის გაზრდის შესახებ 83.3%-ს, ალკოჰოლის შეზღუდვის შესახებ 87.4%-ს. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ინფორმაციის მიღების ყველაზე ხშირად გამოყენებული არხებია ტელევიზია და ჟურნალ-გაზეთები.⁸⁰

მოტივაციის დონე ქცევითი ცვლილებებისთვის

საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების მიერ განხორციელებული ფარმაკოეპიდემიოლოგიური კვლევებისას (2000-2007 წ.წ.) ექიმების მიმართ დასმულ კითხვაზე: „ახერხებთ თუ არა პრაქტიკაში გაითვალისწინოთ მკურნალობის ეტაპობრიობის ალგორითმი?“ (საუბარია არამედიკამენტური და მედიკამენტური მკურნალობის ეტაპებზე და ზოგადად მკურნალობაში შუალედური და შორეული ეფექტების მიღწევების მიზნებზე), აბსოლუტური უმრავლესობის პასუხი ასეთია: არა ყოველთვის და მოყვანილია უხშირესი მიზეზები – „ავადმყოფებთან იშვიათი კონტაქტის გამო“, „პაციენტის დაუმორჩილებლობის გამო“.

⁷⁷ Rapid Study of Local Understanding – Knowledge, Attitudes and Behaviours of Selected Health Issues in Adjara and Imereti, Georgia. Peter Gordon and Thea Mirianashvili, for OPM, 2006

⁷⁸ მ. პელნი, სასარგებლო ინფორმაცია საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ. 2006 წ.

⁷⁹ არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge

⁸⁰ ფარმაკო-ეპიდემიოლოგიური კვლევები 2006-07 წ. საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება

პაციენტის დამყოლობა ექიმის წარმატებული სამედიცინო პრაქტიკის საფუძველია, ხოლო მოტივაცია ფუნდამენტურია პაციენტთან ურთიერთობაში.

პაციენტსა და ექიმს შორის ცუდი კომუნიკაცია (43%-ში) შესაძლებელია გახდეს იატროგენიის პრედიქტორი.⁸¹ ექიმის სწორი ტაქტიკა დაარწმუნოს პაციენტი გართულებათა მაღალ ინდივიდუალურ რისკში, განმსაზღვრელია პაციენტთა ქცევისა ქრონიკული დაავადებების დროს. ჯანმრთელობის რისკის შემცველ ქცევათა შორის ქართულ პოპულაციაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული დაავადებების არაადექვატური მართვის ქცევითი მოდელი. ამ უკანასკნელის ფორმირებაში აუცილებლად გასათვალისწინებელია პაციენტთა დამოკიდებულება ხანგრძლივი მკურნალობის მიმართ, ზოგადად პაციენტთა ფსიქოლოგიური სტატუსი („მე მაქვს უფრო სერიოზული პრობლემა, ვიდრე მაღალი წნევა“ და ა.შ.). პოპულაციაში არსებული შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომატიკა ასოცირებულია ქრონიკული დაავადების მართვის პროცესში ხარვეზებთან და განიხილება, როგორც ბარიერი სომატური დაავადების მკურნალობისას. თერაპიული მკურნალობის არაეფექტურობა ერთის მხრივ, და არამედიაკამენტურ რეკომენდაციათა დაბალი ეფექტურობა მეორეს მხრივ, მკურნალობის პროცესში პაციენტის ინერტულობის მიზეზია (67%).

დამყოლობა ქცევით ცვლილებებზე (რომელიც ბევრად უფრო რთული მისაღწევია, ვიდრე პაციენტის ჩართვა მედიკამენტური მკურნალობის პროცესში) განპირობებულია რეკომენდაციათა დამოკიდებულებით ცხოვრების ხარისხის ცვლილებასთან, ექიმის მიმართ დამოკიდებულებასთან და **პრევენციის მიზნით შერჩეულ რჩევათა ეფექტურობის მეცნიერულ მტკიცებულებებით დასაბუთებასთან.**

მედიცინის ეს ნაწილი ხელოვნებას ესაზღვრება. პაციენტთა გაცნობიერებული გადაწყვეტილებებისათვის ექიმის პროფესიონალიზმი განმსაზღვრელია; მით უმეტეს, რომ პრევენციულ ზომათა უმრავლესობა დაკავშირებულია გარკვეულ შეზღუდვებთან.

რჩევების ეფექტურობის ხარისხი დამოკიდებულია შემდეგ პარამეტრებზე: საკმარისი დრო და წყნარი გარემო; პაციენტის ნდობა ექიმისა და ექთანისადმი; პაციენტთან პარტნიორული ურთიერთობა.

ჯანდაცვის პირველადი რგოლი იდეალური ადგილია რეკომენდაციათა მისაღებად.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დარღვევების საფუძველი სხვადასხვაა: ინფორმაციის სიმცირე, საკანონმდებლო ხარვეზები, სამედიცინო სერვისების დეფიციტი, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების არასაკმარისი დაფინანსება, არსათანადო ადმინისტრირება, სტიგმა და სხვა.

სამწუხაროდ, ბოლო წლების განმავლობაში, ქვეყნის სამედიცინო აქტივობები სამედიცინო მეცნიერებების მხრივ მნიშვნელოვნად შემცირდა. რაც შეეხება მაღალი სარწმუნოების მტკიცებულებების შემცველ კვლევებს, პირველ რიგში აღვნიშნვთ ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის კვლევას (1999, 2005 წ.წ.)⁸², ინსულტის ინციდენტობის შემსწავლელ კვლევას (2000 წ.)⁸³, ამჟამად მიმდინარე რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილობის შემსწავლელ კვლევას, რომლებიც განხორციელდა ქვეყანაში დონორი ორგანიზაციების ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით.

⁸¹ R. Wefl et all

⁸² www.ncdc.ge

⁸³ Tsiskaridze et al

მნიშვნელოვან აქტივობად, მათ შორის სამეცნიერო-პრაქტიკული თვალსაზრისით, შეიძლება ჩაითვალოს კარდიო-ვასკულურ და რესპირაციულ დაავადებათა სფეროში პროფესიული ასოციაციების მიერ დაავადებათა მართვის სახელმძღვანელოთა შექმნა.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი აქტივობა გახლავთ პროფესიული სწავლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამების შექმნა და იმპლიმენტაცია, ასევე საქართველოს ჰიპერტენზიის, კარდიოლოგთა, ენდოკრინოლოგთა, რესპირაციული და სხვა ასოციაციებთან ერთად პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური რეკომენდაციებისა და პროტოკოლების შემუშავება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის კლინიკურ პრაქტიკაში ტრანსლაციის მიზნით, რაც თავისთავად მყარ საფუძველს შექმნის პირველადი ჯანდაცვის საუკეთესო პრაქტიკის განვითარებისათვის.

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალების ინდივიდუალური საქმიანობის შეფასების სქემების განვითარება (Workplace appraisal schemes), კლინიკური შეფასების ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა სამუშაო ადგილებზე საქმიანობის შესაფასებლად უმნიშვნელოვანესი აქტივობებია, რომლებიც ეხმარებიან პჯდ რეფორმის მონიტორინგული პროექტების რეკომენდაციებს, ამავე კუთხით საინტერესოა თვითშეფასებისა და კოლეგიალური განხილვების დანერგვა კომუნიკაციების აღდგენისა და გაძლიერების რეკომენდაციათა საპასუხოდ.

შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის“ მიერ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ფინანსური მხარდაჭერით გადამზადებულია: 240 ექიმი (პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის სასწავლო პროგრამის დიზაინი და ტრენინგი) და 300-ზე მეტი ექთანი (ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექთნების გადამზადების სასწავლო პროგრამის დანერგვა) თბილისში; 400-ზე მეტი ჯანმრთელობის პროფესიონალი (აკრედიტირებული პროგრამა „საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ორგანიზაცია და მართვა“), 100 მასწავლებელი (აკრედიტირებული პროგრამით „პედაგოგიური ჩვევები – სწავლა და სწავლება ზოგად საექიმო პრაქტიკაში – სასწავლო მოდული ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისათვის და მასწავლებელთათვის“); 350-ზე მეტი ექიმი და ექთანი (აკრედიტირებული პროგრამით – „გიდ-ის პრევენცია პირველადი ჯანდაცვაში“).

უმნიშვნელოვანესი აქტივობაა ესენციურ მედიკამენტებზე მოთხოვნის განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვაში წამლის ანაზღაურების სქემების შემუშავების მიზნით ((Estimating drug requirements, WHO/DFID, EC/GVG). სამწუხაროდ, ქრონიკული დაავადებების მკურნალობის ალგორითმში არსებული პრეპარატები ძალიან მწირედ არის წარმოდგენილი ე.წ. ექიმის ჩანთაში, აქედან გამომდინარე აღნიშნული მეტად საჭირო და მნიშვნელოვანია.

ანგარიშში მოყვანილი მონიტორინგული პროექტების (პჯდ რეფორმის მიმდინარეობისას) რეკომენდაციათა განხილვა, სწორედ რომ უნდა მოხდეს სამედიცინო აუდიტორულ კვლევების პარალელურად და ასეთი ტიპის სამუშაო შეხვედრების მკვეთრი დეფიციტი ისევ და ისევ კომუნიკაციის ხარვეზების შედეგია.

2003 - 2004 წლებში განხორციელდა სასწავლო სემინარების (ტრენინგების) სერია „გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია პირველადი ჯანდაცვაში“ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის. თემატიკა სხვა საკითხებთან ერთად მოიცავდა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევითი რისკების შეფასების მეთოდოლოგიასაც. ამ აქტივობების ფარგლებში შემუშავდა სპეციალური სასწავლო სახელმძღვანელო პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებისათვის. ეს სასწავლო კურსები შემდგომში ჩართულ იქნა პოსტდიაპლომური და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში.

2006 წ. ჯანმრთელობის სერვისის კვლევების ცენტრის CHSR-ის მხრიდან „სინდი“ ჯგუფის წევრები ჩართული იყვნენ EU და HLSP Ltd (UK)-ის პირველადი ჯანდაცვის ხელშეწყობის პროექტში: „სამედიცინო კადრების და პრაქტიკის მენეჯერთა სწავლება უწყვეტი პროფესიული განვითარებისათვის“, ასომის მულტიდისციპლინურ მართვის სწავლება ექიმებისა და ექთნებისათვის. პროექტმა მოიცვა კახეთის რეგიონის საოჯახო მედიცინის პრაქტიკების ქსელის 76 ოჯახის ექიმი და პირველადი ჯანდაცვის 80 ექთანი. პროექტის განმავლობაში ჩამოყალიბდა აღნიშნულ თემაზე პროფესიული განვითარებათვის სწავლების „მოკლე კურსის“ და კომპეტენციათა შეფასების მეთოდოლოგია.

არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლის სფეროში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის 2007-08 წლებში დასწრებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების ფარგლებში მომზადდა 300-ზე მეტი ოჯახის ექიმი. სასწავლო კურსის თემატიკა მოიცავდა გსს დაავადებათა მართვას (საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯთან ერთად), სასუნთქი გზების გავრცელებულ დაავადებათა მართვას (საქართველოს რესპირაციულ ასოციაციასთან ერთად) და ა.შ.

2008 წლის ბოლოს დაავადებათა მართვის ეროვნული გაიდლაინების იმპლიმენტაციის პროცესის ფარგლებში ჩატარდა სამეგრელოს რეგიონის ექიმთათვის სასწავლო კურსი (საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯთან ერთად).

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში სასწავლო პროცესში ჩართულია პრევენციული მედიცინის სწავლება მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტზე.

2008 წლიდან დაიწყო დაავადებათა მართვის სახელმძღვანელოთა იმპლიმენტაციის პროცესი პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.

და კიდევ ერთი, აუცილებელია პრიორიტეტულად ჩაითვალოს შეფასების კრიტერიუმებში გაიდლაინების ავტორთა ჯგუფების მონაწილეობა და ასევე, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის სფეროში აქტივობათა განსახორციელებლად აუცილებელია გათვალისწინებულ იქნას საექსპერტო აზრი.

არაგადამდებ დაავადებათა სახელმწიფო დაფინანსების წყაროდ გვევლინება ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო. სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რომელიც გაწერილია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის 2009 წლის 16 იანვრის №34/ნ ბრძანების „შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის იმ სახელმწიფო პროგრამების (კომპონენტები, ღონისძიებები) დაფინანსების წყაროების განსაზღვრის შესახებ“, რომელთა უწყვეტი განხორციელებაც აუცილებელია სახელმწიფოს მიერ 2008 წლის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამებით ნაკისრი ვალდებულებების შესასრულებლად 2009 წლის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცებამდე ან/და „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესრულებამდე“ საფუძველზე:

- პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო კომპონენტის – ამბულატორიული მომსახურების სოფლად საბიუჯეტო ასიგნებები ითვალისწინებს სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფის მიზნით ექიმებისა და ექთნებისთვის შრომითი ხელშეკრულებების გაფორმებას. აღნიშნული პაკეტით ასევე გათვალისწინებულია ქრონიკული დაავადებების გამოვლენა, მართვა და რეფერალის საჭიროების შემთხვევაში სპეციალისტის კონსულტაცია. განსაკუთრებით აქცენტირებულია ენდოკრინული პაციენტების გამოვლენა და რეფერალი სპეციალისტთან. გათვალისწინებულია აგრეთვე 3 წლამდე ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურება (ექიმთან ვიზიტი ვიზიტი ბინაზე, ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობა, ქრონიკული დაავადებების გამოვლენა და მართვა). აღნიშნული

ითვალისწინებს კაპიტალური მეთოდით დაფინანსებას (დარეგისტრირებული თითოეულ ბავშვზე 2.72 ლარი ყოველთვიურად).

- 2009 წლის მოსახლეობის ურგენტული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ასიგნებები ითვალისწინებს: 60 წელს ზემოთ გარკვეული ნოზოლოგიური ჯგუფების სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას 75% ოდენობით (ნოზოლოგიები უცნობია), რაც შეეხება კრიტიკულ მდგომარეობებს, ყველა ნოზოლოგიისთვის 6 დღე ანაზღაურდება სრულად.
- 2009 წლის გულის ქირურგიის სახელმწიფო პროგრამის საბიუჯეტო ასიგნებები შეეხება 60 წ. ზემოთ გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების შექნილი პათოლოგიების მკურნალობის ღირებულების 70% ოდენობით ანაზღაურებას, ანგიოპლასტიკის დროს მკურნალობის ღირებულების 50% ოდენობით ანაზღაურებას. 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა გულის თანდაყოლილი მანკების ქირურგიული მკურნალობის ღირებულების ანაზღაურებას სრულად, ხოლო 18 წელს ზემოთ – 70% ოდენობით. ასევე გაწერილია 18 წლამდე ონკოპათოლოგიური მომსახურების ანაზღაურება სრულად.

პჯდ სახელმწიფო პროგრამის საბიუჯეტო ასიგნებები მნიშვნელოვნადაა შემცირებული. ფაქტიურად დაფინანსების გარეშეა დარჩენილი 3 წ. ზევით ქალაქის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებების მართვა.

აღნიშნული საკითხის გამო, სერიოზული დისკუსიის შედეგად, გაგრძელდა 2008 წლის პროგრამები 3 თვით, მთავრობა იძლევა დაპირებებს, რომ გადაწყვეტილებები გადაიხედება. ძალიან საინტერესო იყო ამ მიმართულებით ინფორმაციის მოძიება საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტში. მიუხედავად მრავალი მცდელობისა, ინფორმაციის მიღება ვერ მოხერხდა (უმნიშვნელოვანესი ინდიკატორია აღნიშნული ე.წ. ნონ-რესპონსის შემთხვევა).

ადგილობრივი და საერთაშორისო ორგანიზაციების აქტივობები არაგადამდებ დაავადებათა მართვის სფეროში დაწვრილებითაა აღწერილი ანგარიშის წინა სექციებში. გარკვეულად გვინდა გამოვყოთ ევრაზიის თანამშრომლობის ფონდი, რომელმაც დააფინანსა ჯანდაცვის რეფორმის ორი მონიტორინგული პროექტი პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და პოსპიტალური სექტორის განვითარების სფეროში პროგრესის შეფასების მიზნით.

რაც შეეხება არაგადამდებ დაავადებათა მართვის სფეროში კვლევითი პროექტების განხორციელების ფინანსურ მხარდაჭერას, იგი იკულად დაბალია მიუხედავად ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის პრიორიტეტებისა.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, პჯდ სახელმწიფო პროგრამის ასიგნებები გადაიხედა შემცირების გზით და ასევე კერძო სადაზღვევო სექტორის გააქტივების გზით.

სადღეისოდ მიმდინარეობს კონსულტაციები, პროცესში ჩართულია 9 სადაზღვევო კომპანია. გადაწყვეტილებების მიღების თვალსაზრისით საინტერესო იყო საკანონმდებლო ორგანოდან შუალედური ინფორმაციის მიღება, მაგრამ ეს ვერ მოხერხდა. სადაზღვევო კომპანიების ოჯახის ექიმებთან გასაუბრების შედეგად მიღებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაცია გახლავთ ძირითად პაკეტებში ქრონიკული დაავადებების მართვის არგათვალისწინება.

დასკვნები

შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრიორიტეტული სტრატეგიული მიმართულებებში ერთერთი მნიშვნელოვანი მიმართულებაა ეროვნული უსაფრთხოების უზრუნველყოფა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების მინიმიზაციისა და მოსახლეობისათვის ჯანმრთელი გარემოს შექმნის გზით.

ამ მხრივ ერთერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა **ქრონიკული დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის ადექვატური ზედამხედველობის სისტემის დაგეგმვისა და დანერგვისათვის ხარისხიანი ინფორმაციის შეგროვება.**

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა მდგომარეობის აღწერა და შეფასება შესაძლებელია გახდეს საფუძველი ქვეყანაში ამ დაავადებათა ზედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბებისა, რაც თავისთავად გულისხმობს პრიორიტეტულ რისკ-ფაქტორთა მიმართ ადექვატური ინტერვენციული ღონისძიებების შემუშავება-განხორციელებას. აღნიშნული რეკომენდაციები აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს ქვეყნისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკობას.

საქართველოში მოსახლეობის, როგორც სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლისა და ჯანდაცვის სისტემის, როგორც მომწოდებლის ურთიერთკავშირი მნიშვნელოვნად გართულებულია. ეს განპირობებულია მოსახლეობის დიდი ნაწილის გადახდისუუნარობით. აგრეთვე თვით სახელმწიფო დაფინანსების წყვეტილობით და ა.შ. ამასთანავე, მარკეტინგული სიტუაციის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ პაციენტები ძირითადად არაადექვატურად აფასებენ თავის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და სამედიცინო დარგის შესაძლებლობებს. ეს განპირობებს მოსახლეობის არასაკმარის კონტაქტს ჯანდაცვის მუშაკებთან და აქედან გამომდინარე, დაავადებების მართვის პროცესში მუდმივ ხარვეზებს.

ჯანმო-ს ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნების მსგავსად ნაადრევი სიკვდილისა და ავადობის წამყვან მიზეზს საქართველოში ძირითადად არაგადამდებ დაავადებები (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებანი, კიბო, დიაბეტი და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებანი) წარმოადგენენ. ამასთან ერთად, საქართველო მიეკუთვნება აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის იმ ქვეყნების რიცხვს, რომლებშიც 1970 წლიდან დაიწყო და 1990 წლიდან განსაკუთრებით გამოიკვეთა არაგადამდებ დაავადებებით (პირველ რიგში, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით) გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებლების ზრდა, რასაც შედეგად მოჰყვა მკვეთრად გამოხატული სხვაობის ფორმირება საქართველოსა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებლებს შორის.

როგორც მოსალოდნელი იყო, ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა სხვადასხვა მიმართულების პრობლემები, ასოცირებული ჯანდაცვის სისტემას, სამედიცინო პერსონალსა და მოსახლეობასთან. პრობლემები გახლდათ სოციალური, ეკონომიკური და ორგანიზაციული ხასიათის.

ჯანდაცვის სისტემასთან ასოცირებული პრობლემებია:

- ქვეყანაში არსებულ სტატისტიკურ მონაცემთა დაბალი სარწმუნოება
 - ✓ სტანდარტული ეპიდემიოლოგიური კვლევების სიმცირე ქვეყნის დონეზე;
 - ✓ მხოლოდ მომართვიანობის პრინციპზე დაფუძნებული ინფორმაცია;
 - ✓ აუტოფსიური მასალის შესწავლის გარეშე დაგროვილი ინფორმაცია;
 - ✓ სიკვდილობის ამსახველი სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსების არასრულფასოვნება;
 - ✓ შემთხვევათა რეგისტრაციის პრინციპი აგებული ნოზოლოგიურ და პროგრამულ დაფინანსებაზე;

- ✓ სიკვდილის, როგორც ფაქტის იდენტიფიცირების გამკაცრებით, ერთის მხრივ ექიმის დაცვის მხრივ პოზიტივი (ნამალადევი სიკვდილის გამორიცხვით), მეორეს მხრივ კი მონაცემთა ბაზაში უცნობი მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევათა რაოდენობის ზრდა;
- ქვეყანაში არაგადამდებ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული პოლიტიკის დეფიციტი
 - ✓ არაგადამდებ დაავადებათა სფეროში ეპიდემიოლოგიური და პრევენციული პროგრამების სიმცირე;
 - ✓ პრიორიტეტულ პრევენციულ ინტერვენციათა დაგეგმვის და მათი ფინანსური უზრუნველყოფის მიზნით პროცესებში პოლიტიკის შემქმნელებთან ერთად პროფესიული ჯგუფების მონაწილეობის უგულველყოფა;
 - ✓ სახელმწიფო სტრუქტურების მიერ დონორი ორგანიზაციებისა და კერძო სექტორის ფინანსური რესურსების მობილიზაციის დეფიციტი.
- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ყოვლისმომცველი, უწყვეტი, კოორდინირებული, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის დეფიციტი
 - ✓ სამოქმედო უბნის მოსახლეობის რისკ-ფაქტორთა და დაავადებათა პრიორიტეტების შესახებ ინფორმაციის სიმცირე;
 - ✓ სკრინინგულ აქტივობათა არარსებობა;
 - ✓ პრევენციული სტრატეგიის არასრულფასოვნება;
 - ✓ უფასო სამედიცინო სერვისების მნიშვნელოვანი დეფიციტი;
 - ✓ კლინიკური გაიდლაინების იმპლემენტაციის პროცესის დეფექტები;
 - ✓ სამედიცინო აუდიტორული და რეფორმის მონიტორინგული პროექტების სიმცირე;
 - ✓ სამედიცინო დაზღვევისა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გარეთ მყოფ პირთა სიჭარბე;
 - ✓ სპეციფიური რისკის ჯგუფებში (იძულებით გადაადგილებული პირები, კონფლიქტური ზონის მაცხოვრებლები და სხვ.) კომპლექსური სამედიცინო ინტერვენციების დეფიციტი.

სამედიცინო პერსონალთან ასოცირებული პრობლემები:

- ქრონიკული დაავადებების მართვის ალგორითმების არასაკმარისი გამოყენება
 - ✓ ექიმის მიერ პაციენტის პერსონალური რისკის ჯგუფის განსაზღვრის უგულვებელყოფა;
 - ✓ დაავადებათა პირველადი და მეორადი პრევენციის, მათ შორის მედიკამენტური პრევენციული მიდგომის დეფიციტი;
 - ✓ მედიკამენტური მკურნალობის პროცესში პრეპარატების დოზის ტიტრაციის, გვერდითი მოვლენების მართვის და მკურნალობის ოპტიმიზაციის პრინციპების გაუთვალისწინებლობა;
 - ✓ ექთნის რგოლის სისუსტე;
 - ✓ ექიმსა და პაციენტს შორის დაბალი კომუნიკაცია;
 - ✓ ექიმის აქტივობის დეფიციტი ქრონიკული დაავადებების მკურნალობაზე პაციენტთა მოტივაციის ამაღლების მიზნით;
 - ✓ პაციენტთა გათვითცნობიერებისა და მათი სწავლების დეფიციტი.

მოსახლეობასთან ასოცირებული პრობლემები:

- პაციენტთა კრიტიკულად დაბალი ინფორმატიულობა ქრონიკული დაავადებების მართვის პროცესში ექიმის მუდმივი მონაწილეობის აუცილებლობის შესახებ
 - ✓ ქრონიკული დაავადებების ხანგრძლივი მკურნალობის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება და დაბალი დამყოლობა მკურნალობაზე;
 - ✓ პაციენტთა თვითშემოქმედება მკურნალობის პროცესში.
- დაბალი გამოხმაურება პრევენციულ ინტერვენციებში მონაწილეობის მხრივ

პოზიტივები დაავადებათა მართვის სფეროში:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამსახურის შექმნა, რომელიც ახორციელებს არაგადამდებ დაავადებათა და მათი რისკ-ფაქტორების გავრცელების ეპიდემიოლოგიურ ანალიზს, აქტიურად მონაწილეობს კვლევების დაგეგმვასა და განხორციელებაში.

ონკოპრევენციის ცენტრი, რომელიც ჩამოყალიბდა ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის ბაზაზე, გამიზნულია საქართველოს მოსახლეობაში კიბოსწინარე დაავადებების და ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული დიაგნოსტიკისა და პროფილაქტიკის გაუმჯობესებისათვის.

2006 წელს, ევროპის ონკოლოგთა სკოლის (ESO) დაფინანსებით „ჩელენჯ ფანდ“-ის პროექტის ფარგლებში, ქ. თბილისის ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებში, პედაგოგებში ჩატარდა სარძვევე ჯირკვლების პროფილაქტიკური გასინჯვები, შეხვედრა-ლექციები პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელობის საკითხებზე.

2006-07 წწ. „ონკო დაავადებათა პრევენცია და ადრეული დიაგნოსტიკა ბაქო-ჯეიჰანის მარშრუტზე მარშრუტზე მცხოვრებ მოსახლეობაში BP Exploration (Caspian Sea) Limited-ის დაფინანსებით.

2007-08 წწ. „ონკო დაავადებათა პრევენცია და ადრეული დიაგნოსტიკა ბაქო-სუფსა გაზსადენის მარშრუტზე მცხოვრებ მოსახლეობაში“. BP Exploration (Caspian Sea) Limited-ის დაფინანსებით, ასევე UNFPA-ის მხარდაჭერით.

პირველად საქართველოში თბილისის მუნიციპალიტეტის და გაეროს მოსახლეობის ფონდის თანადაფინანსებით ქალბატონ სანდრა ელისაბედ რულოვსის პატრონაჟით 2008 წლის მაისში ამოქმედდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის პროგრამა, რომლის ფარგლებში 40-დან 70-წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის ქალბატონებს უტარდებათ ძუძუს, ხოლო 25-დან 60 წლამდე ასაკის ქალბატონებს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი. კვლევები უფასოა.

ეროვნულ სკრინინგ ცენტრში პროგრამის ფარგლებში ტარდება შემდეგი სახის გამოკვლევები: სარძვევე ჯირკვლის (ს/ჯ) ფიზიკალური გამოკვლევა მამოლოგის მიერ, სარძვევე ჯირკვლის რადიოგრაფიული გამოკვლევა BIRAD სისტემით, ს/ჯ-ს ექოსკოპიური გამოკვლევა და სარძვევე ჯირკვლის ციტოპათოლოგიური გამოკვლევა. ყველა ჩართულ ქალბატონს უტარდება გამოკვლევა PAP ნაცხის საშუალებით, ატიპიური ნაცხის შედეგის შემთხვევაში ქალბატონებს უტარდებათ კოლპოსკოპირი კვლევა შემდგომი ბიოფსიით.

პროგრამის მიერ 2008 წელს გამოკვლეულ ქალთა რაოდენობამ სარძვევე ჯირკვლის სკრინინგის მიმართულებით შეადგინა 9990 ქალი, ხოლო საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის მიმართულებით 9448 ქალი. აღნიშნული კვლევების შედეგად სარძვევე ჯირკვლის შემთხვევაში აღმოჩენილია ავთვისებიანი პათოლოგიის 85 შემთხვევა. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის შემთხვევაში ატიპიური ტესტის შედეგი ჰქონდა 1030 ქალს, მათგან კოლპოსკოპიური გამოკვლევა ჩაუტარდა 611 ქალბატონს, 108 ქალბატონს ჩაუტარდა ბიოფსია.

დამყარდა ურთიერთობა ბიზნეს სექტორთან, კერძოდ დამსაქმებელთა ასოციაციასთან, რათა ბიზნეს სექტორი აქტიურად ჩაერთოს სკრინინგის კომპანიის ორგანიზებაში (ჩართოს ორგანიზაციის წევრი კომპანიათა თანამშრომლები სკრინინგის უფასო პროგრამაში, მეორეს მხრივ კი თავისი წვლილი შეიტანოს ბიზნესის სოციალური ვალდებულების კუთხით).

2008 წლისთვის მთლიანი ბიუჯეტი განისაზღვრა 725 000.00 ლარით, ხოლო 2009 წლისთვის გაიზარდა 900 000 ლარამდე. თანადაფინანსებელია გაეროს განვითარების ფონდი.

პროგრამის ფარგლებში მიმდინარე წლის აპრილიდან ფუნქციონირებს პირველი მობილური მამოგრაფიული „მამომობილი“. მისი სახით საქართველოში პირველი არატიპიური, მამოგრაფიული მოძრავი კლინიკა – უახლესი ციფრული „მამომობილი“ ამუშავდა. ეს არის „სიმენსი“-ს მოძრავი, მთლიანად კომპიუტერიზებული, ციფრული ტექნოლოგიებით აღჭურვილი მოძრავი მამოგრაფიული სისტემა, რომელიც თბილისის მასშტაბით ქალებს სარძევე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგს უტარებს. მასში ჩამონტაჟებულია უახლესი აპარატურა. მოძრავი მამომობილის მეშვეობით შესაძლებელია ნებისმიერ დასახლებულ პუნქტში დღეში 100-მდე 40-დან 60-მდე ასაკის ქალბატონს ჩაუტარდეს გამოკვლევა.

მოძრავი პრევენციული ონკო-გინეკოლოგიური მობილის და სპეციალისტთა ჯგუფების გამოყენებით ტარდება ასევე საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-დან 60 წლამდე ქალთა ასაკობრივ ჯგუფში, რისთვისაც ასევე გერმანიაში სპეციალური ონკო-გინეკოლოგიური პრევენციისთვის განკუთვნილი მობილი დამზადდა.

პროგრამა მიმდინარეობს წარმატებით, რაც განპირობებულია ქალთა მაღალი მომართვიანობით. საშუალოდ, ყოველთვიურად გამოკვლევებს იტარებს 1500 ქალი.

2008 წლის **ქ. თბილისის მთავრობის** ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სოციალურ პროგრამას წარმოადგენს 70 000-დან 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე ოჯახების სამედიცინო დაზღვევა, ხოლო 70 000-მდე ქულის მქონე ოჯახების დაზღვევა ფინანსდება ფედერალური ბიუჯეტით. პროგრამა გრძელდება 2009 წელსაც. უნდა აღინიშნოს, რომ სადაზღვევო კომპანიებს მოუწიათ ე.წ. „დაავადებული“ კონტინენტის სამედიცინო სერვისების ანაზღაურება, ვინაიდან პრევენციული სახის ღონისძიებები სხვადასხვა მიმართულებით დედაქალაქში არ გატარებულა.

აქედან გამომდინარე, სამომავლოდ პრევენციული პროგრამების გაფართოვება საჭიროდ მიგვაჩნია შემდგომი მიმართულებებით:

1. პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50 წელს გადაცილებული მამაკაცებისათვის (პროსტატ სპეციფიკური ანტიგენის გამოყენებით).
2. ფარისებრი ჯირკვალის კიბოს სკრინინგი. აღნიშნული ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობამ იმატა, რაც კავშირშია ჩერნობილის კატასტროფის შემდგომ სინდრომთან და ასევე უშუალო კავშირშია ძუძუს კიბოსთან.
3. კოლორექტული კიბოს სკრინინგი ფარულ სისხლდენაზე არსებული ტესტის და კოლონოსკოპიის გამოყენებით 50 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში. აღნიშნული სკრინინგ პროგრამების ამუშავება მნიშვნელოვნად შეამცირებს საქართველოში კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილობას.
4. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ადრეული გამოვლინების სკრინინგი (გულის დაავადებების ადრეული ნიშნების სკრინინგი) 50 წლის ასაკის შემდგომ; უფასო გამოკვლევების ციკლი: ქოლესტეროლისა და გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში, ეკგ (საჭიროების შემთხვევაში ექოკარდიოსკოპია); (ეროვნული უსახრთხოების სკრინინგი – დიდი ბრიტანეთი, გორდონ ბრაუნი) კარდიოვასკულარული გულ-სისხლძარღვთა და არტერიული ჰიპერტენზიის სკრინინგის პროგრამა.

დღეისათვის საქართველოში გაგვაჩნია ეკონომიკური განვითარების სამინისტროსა და სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ 2006 წ. ჩატარებული შინამეურნეობათა გამოკვლევა, რომლის მიხედვითაც ერთ სულ მოსახლეზე მედიანური „კალორიების მოხმარება“ (კკალ/დღეში) 2005 წლისთვის შეადგენდა 2670 კკალორიას, რაც თითქმის 300 კკალ-ითაა მომატებული 2002 წელთან შედარებით (2360 კკალ.). ამავე გამოკვლევებით ნუტრიენტების წვლილი კვებითი ენერჯის მოხმარებაში შემდეგია: ცხიმები - 21%, ცილები - 12%,

ნახშირწყლები - 68%. ყველა ეს მაჩვენებელი შეესაბამება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდირებულ ნორმებს, მაგრამ არ არის საკმარისი არაგადამდებ დაავადებათა მართვის მიზნით ეროვნული სახელმძღვანელო პრინციპების შესამუშავებლად.

პოზიტიურ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს 2005 წლის საკვებზე დაფუძნებული გზამკვლევის სადისემინაციო პაკეტის დამუშავება (2006-07 წწ.) და პუბლიკაციები „კვება და ქრონიკული დაავადებების პრევენცია“, „რეკომენდაციები ჯანსაღი კვებისათვის“, „ჯანსაღი კვების ხელშეწყობა პირველად ჯანდაცვაში კონსულტირების გზით“ და სხვა. საქართველოს მთავრობასა და ჯანმოს ევროპის რეგიონალ ოფისს შორის დადებულ თანამშრომლობის ხელშეკრულების (APW) ფარგლებში.

რეკომენდაციები

- ქვეყანაში არაგადამდებ დაავადებათა ავადობის და სიკვდილობის სტატისტიკურ მონაცემთა აღრიცხვის სისტემის სრულყოფა
- არაგადამდებ დაავადებათა პრიორიტეტულ რისკ-ფაქტორთა სკრინინგული და მონიტორინგული პროგრამების ადაპტაცია ქვეყნის დონეზე
- არაგადამდებ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული პოლიტიკის აგება სახელმწიფო ჯანდაცვითი სტრუქტურებისა და პროფესიული ასოციაციების რეალური თანამშრომლობის გზით
- სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორის, არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის ხარჯთ-ეფექტური სახელმწიფო პროგრამის ამუშავება სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა სიკვდილობის და სისხლძარღვოვანი გართულებების შემცირების მიზნით
- შაქრიანი დიაბეტის მართვის პროგრამული უზრუნველყოფა სახელმწიფო და მუნიციპალურ დონეზე
- ონკოლოგიურ დაავადებათა სკრინინგული აქტივობების გაფართოება არსებული სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების ჩარჩოებში
- რესპირაციულ დაავადებათა სასკრინინგო აქტივობათა გაძლიერება პოპულაციაში
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება ქრონიკული დაავადებების გამოვლენის, შეფასების, პრევენციის და მკურნალობის თანამედროვე სტანდარტების გამოყენების გზით
- არაგადამდებ დაავადებათა მართვის უნიფიცირებული გაიდლაინების იმპლიმენტაცია ჯანდაცვის ქსელში და მათი პერიოდული განახლება მტკიცებულებების მონაცემთა შესაბამისად
- მოსახლეობის კვების რაციონში ინგრედიენტების ხვედრითი წილის დადგენის გზით ქართული პოპულაციის კვების ხასიათსა და კულტურასთან მისადაგებულ რეკომენდაციათა შემუშავება და პოპულაციაში ადაპტაცია
- ექიმთა პროფესიული ცოდნისა და ჩვევების ამაღლება დაავადებათა ხანგრძლივ პროცესში მკურნალობაზე პაციენტთა დამყოლობის ასამაღლებლად
- ექთნების სწავლების მოდელის სრულყოფა
- ქრონიკული დაავადებების მართვაში ინტეგრირებული მიდგომა ეფექტური კოლაბორაციის გზით – ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი, ჯანდაცვის საზოგადოებრივი განმანათლებელი.

დანართი 1

ცხრილი 1

რისკ-ფაქტორთა ხვედრითი წილი სხვადასხვა დაავადებათა განვითარებაში %

დაავადებები	არაჯანსაღი ცხოვრების წესი	გენეტიკური რისკი	გარემოს დაბინძურება	არაადეკვატური სამედიცინო დახმარება
გულის იშემიური დაავადება	60	18	12	10
თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა	65	17	13	5
ავთვისებიანი სიმსივნეები	45	26	19	10
ღიაბეტი	35	53	2	10
პნევმონია	19	18	43	20
ფილტვის ემფიზემა და ბრონქული ასთმა	35	15	40	10
ლვიძლის ციროზი	70	18	9	3
უბედური შემთხვევები	55	5	30	10

ცხრილი 2

ავადობის ტვირთი (DALYs) ძირითადი მიზეზების მიხედვით, 2002

	DALYs	%
ყველა შემთხვევა	891192	100
1. გულის იშემიური დაავადება	163411	18.3
2. ცერებროვასკულური დაავადება	122449	13.7
3. უნიპოლარული დეპრესია	61490	6.9
4. პერინატალური მდგომარეობები	37345	4.2
5. ოსტეოართრიტი	24362	2.7
6. წამლის მიღებით გამოწვეული დარღვევები	21844	2.4
7. ლვიძლის ციროზი	21203	2.4
8. სმენის დაკარგვა, შეძენილი	19467	2.2
9. ღიაბეტი	17864	2.0
10. ასაკზე დამოკიდებული მხედველობის დარღვევები	17793	2.0

მოსახლეობის ავადობა დაავადებათა ძირითადი ჯგუფების მიხედვით*

	2003	2004	2005	2006	2007
პირველად დადგენილი დიაგნოზით რეგისტრირებული დაავადებების რიცხოვნობა, ათასი შემთხვევა	574.8	621.0	695.2	761.0	767.8
მათ შორის					
ინფექციური და პარაზიტული	43.4	55.6	54.0	44.9	50.8
ახალწარმონაქმნები	7.1	8.4	8.4	9.2	7.5
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვების ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები	28.9	30.0	31.5	27.7	27.3
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები	7.4	8.6	8.5	9.4	10.3
ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები	6.1	7.6	7.0	6.8	5.6
ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	45.2	51.5	54.9	...	...
*ნერვული სისტემის დაავადებები	...	...	...	31.9	26.0
*თვალისა და მისი დანამატების დაავადებები	...	...	...	30.1	24.6
*ყურისა და ღვრილისებრი მორჩის დაავადებები	...	...	...	16.0	15.4
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	64.1	70.7	82.5	83.2	71.2
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	236.1	235.5	249.1	313.8	288.8
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	39.8	42.0	84.9	56.6	120.7
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	27.0	31.6	31.6	40.4	33.8
გართულებული ორსულობა, მშობიარობა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდი	4.0	6.0	8.2	9.5	7.2
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადება	21.1	23.8	23.3	27.0	27.0
ბგალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილების დაავადებები	10.2	10.7	13.2	17.8	17.1
თანდაყოლილი ანომალიები	1.0	1.2	1.1	1.3	1.3
პერინატალურ პერიოდში წარმოშობილი ცალკეული მდგომარეობა	2.3	2.5	2.5	2.0	1.9
სიმპტომები, ნიშნები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	2.4	3.2	2.5	4.0	2.9
ტრამეები და მოწამვლები	28.7	32.5	32.0	29.7	28.7

* საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ჯანდაცვა და სოც უზრუნველყოფა - მოსახლეობის ავადობა დაავადებათა ძირითადი ჯგუფების მიხედვით, www.statistics.ge

ავადობის მონაცემები 0-14 წლის ასაკის ბავშვებში*

0-14 წლის ასაკის ბავშვთა ავადობა დაავადებათა ძირითადი ჯგუფების მიხედვით					
	2003	2004	2005	2006	2007
პირველად დადგენილი დიაგნოზით რეგისტრირებული დაავადებების რიცხოვნობა, ათასი შემთხვევა	221.1	237.3	258.3	276.2	273.0
მათ შორის					
ინფექციური და პარაზიტული	24.1	32.6	31.3	22.2	25.1
ახალწარმონაქმნები	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვების ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები	8.0	6.6	7.9	6.4	5.6
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები	3.7	4.8	5.0	4.4	4.9
ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები	1.0	1.3	1.6	1.3	1.4
ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	13.6	15.7	18.6	...	
*ნერვული სისტემის დაავადებები	...	...	...	8.1	6.6
*თვალისა და მისი დანამატების დაავადებები	...	...	...	7.4	7.5
*ყურისა და ღვრილისებრი მორჩის დაავადებები	...	...	...	5.9	6.6
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	1.7	1.6	1.6	1.7	1.2
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	137.1	139.4	151.5	182.8	169.8
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	6.8	8.1	12.6	9.6	17.9
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	4.1	4.7	4.9	4.1	3.6
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადება	9.7	10.0	10.7	9.7	10.7
ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილების დაავადებები	0.7	0.8	1.1	0.7	1.7
თანდაყოლილი ანომალიები	0.9	1.0	0.9	1.1	1.1

* საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ჯანდაცვა და სოც უზრუნველყოფა 0-14 წლის ასაკის ბავშვთა ავადობა დაავადებათა ძირითადი ჯგუფების მიხედვით www.statistics.ge

დაავადებათა გავრცელება 100000 მოსახლეზე, საქართველო, 2007*

	რეგისტრარ. შემთხვევები	პრევალენტობა	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა
სულ	1733925	39511.6	767837	17497.0
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	72122	1643.5	50829	1158.5
სიმსივნეები	46455	1058.6	7445	169.6
ენდოკრინული სისტემის, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები	152366	3472.0	27307	622.2
სისხლის და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები	19030	433.6	10264	233.9
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	93296	2126.0	5553	126.5
ნერვული სისტემის დაავადებები	93749	2136.3	26013	592.8
თვალის და მისი დანამატების დაავადებები	86322	1967.0	24573	559.9
ყურის და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები	27799	633.5	15382	350.5
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	351468	8009.0	71198	1622.4
სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები	351087	8000.3	288793	6380.8
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	216640	4936.6	120659	2749.5
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	79233	1805.5	33772	769.6
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა*	9837	831.4	7201	608.6
კანის და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები	38699	881.8	27034	616.0
ძვალ-სახსართა სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	48982	1116.2	17108	389.8
თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	6185	140.9	1264	28.8
პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობა**	2769	5792.9	1847	3733.1
სიმპტომები, ნიშნები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	5568	126.9	2880	65.6
ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები	32318	736.4	28715	654.3

* სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

* მჩვენებლები გამოთვლილია ფერტილური ასაკის ქალებზე

** ინციდენტობა გამოთვლილია ცოცხალშობილთა რაოდენობაზე პრევალენტობა გამოთვლილია 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვებზე

დაავადებათა გავრცელება 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში 100000 ბავშვზე, საქართველო, 2007*

	რეგისტრარ. შემთხვევები	პრევალენტობა	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა
სულ	368804	48071.4	273032	35588.1
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	30614	3990.3	25121	3274.4
სიმსივნეები	513	66.9	111	14.5
ენდოკრინული სისტემის, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები	24090	3140.0	5602	730.2
სისხლის და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები	7975	1039.5	4854	632.7
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	5606	730.7	1395	181.8
ნერვული სისტემის დაავადებები	22003	2868.0	6555	854.4
თვალის და მისი დანამატების დაავადებები	14340	1869.1	7473	974.1
ყურის და დერილისებრი მორჩის დაავადებები	8570	1117.0	6568	856.1
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	6456	841.5	1201	156.5
სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები	184920	24103.2	169776	22129.3
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	23700	3089.2	17872	2329.5
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	5635	734.5	3599	469.1
ორსულობა, მშობიარობა და ლოკინობის ხანა***	8	5.7	7	4.9
კანის და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები	12948	1687.7	10654	1388.7
ძვალ-სახსართა სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	3374	439.8	1651	215.2
თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	5216	679.9	1142	148.8
პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობა**	2769	5792.9	1847	3733.1
სიმპტომები, ნიშნები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	3149	410.4	1325	172.7
ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები	6918	901.7	6279	818.4

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

დაავადებების ინციდენტობა ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში, საქართველო, 2007*

	ასალი შემთხვევების რაოდენობა	ინციდენტობა 1000 ბავშვზე
სულ	64255	1344,2
<i>მათ შორის:</i>		
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	3915	81,9
სიმსივნეები	26	0,5
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები	2884	60,3
ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებები	2611	54,6
ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები	99	2,1
ნერვული სისტემის დაავადებები	3996	83,6
თვალისა და მისი დანამატების დაავადებები	2150	45,0
ყურისა და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები	2322	48,6
სისხლის მიმოქცევის დაავადებები	189	4,0
სუნთქვის ორგანოების დაავადებები	37186	777,9
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	1988	41,6
კანისა და კანქვეშა უჯრედისის დაავადებები	1937	40,5
ბვალკუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	504	10,5
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	948	19,8
პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ცალკეული მდგომარეობები	1660	34,7
თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	705	14,7
სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები, გამოვლენილი კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებისას	854	17,9
ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები	281	5,9

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

გარდაცვლილთა რაოდენობა და სიკვდილობის მაჩვენებლები ასაკის და სქესის მიხედვით, საქართველო, 2007*

ასაკი	გარდაცვლილთა რაოდენობა			სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1000 მოსახლეზე)		
	ორივე სქესი	მამაკაცები	ქალები	ორივე სქესი	მამაკაცები	ქალები
-1	656	372	284	13.7	14.8	12.6
1-4	56	21	35	0.3	0.2	0.4
5-9	44	24	20	0.2	0.2	0.2
10-14	67	36	31	0.2	0.2	0.2
15-19	143	86	57	0.4	0.5	0.3
20-24	274	183	91	0.8	1.0	0.5
25-29	348	257	91	1.1	1.6	0.6
30-34	447	340	107	1.4	2.2	0.7
35-39	655	488	167	2.2	3.4	1.1
40-44	1040	775	265	3.3	5.3	1.6
45-49	1461	1087	374	4.4	7.0	2.1
50-54	1808	1338	470	6.5	10.4	3.1
55-59	1990	1384	606	8.2	12.6	4.6
60-64	1813	1197	616	12.6	18.8	7.7
65-69	5454	3367	2087	24.5	36.7	16.0
70-74	5919	3187	2732	33.6	44.2	26.2
75-79	7631	3774	3857	56.4	72.6	46.2
80-84	6272	2591	3681	86.0	109.3	74.8
85+	5100	1584	3516	141.3	205.7	123.8
ს უ ლ	41178	22091	19087	9.4	10.6	8.3

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

სიკვდილობა ძირითადი მიზეზების მიხედვით, საქართველო, 2005–2007*

	2005		2006		2007	
	რაოდენობა	მაჩვენებელი	რაოდენობა	მაჩვენებელი	რაოდენობა	მაჩვენებელი
სულ	40721	933.7	42255	960.8	41178	938.5
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	314	7.2	241	5.5	285	6.5
სიმსივნეები	4433	101.6	4830	109.8	4511	102.8
სისხლისა და სისხლძარღვოვანი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ცალკეული დარღვევები	66	1.5	0	0.0	8	0.2
ენდოკრინული სისტემის, კვების და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები	500	11.5	465	10.6	487	11.1
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	29	0.7	16	0.4	39	0.9
ნერვული სისტემის დაავადებები	278	6.4	289	6.6	265	6.0
თვლისა და მისი დანამატების დაავადებები	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ყურისა და დგრილისებრი მორჩის დაავადებები	0	0.0	0	0.0	0	0.0
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	27492	630.3	28373	645.1	27560	628.0
სუნთქვის ორგანოების დაავადებები	1020	23.4	1198	27.2	1204	27.4
საჭმლის მომწელებელი ორგანოების დაავადებები	1204	27.6	1147	26.1	1071	24.4
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	1	0.0	0	0.0	0	0.0
ძვალკუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებული ქსოვილის დაავადებები	3	0.1	2	0.02	2	0.0
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	330	7.6	309	7.0	307	7.0
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	10	0.4	11	0.5	2	0.1
პერინატალურ პერიოდში წარმოშობილი ცალკეული მდგომარეობები	886	20.3	661	15.0	574	13.1
თანდაყოლილი ანომალიები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	29	0.7	59	1.3	65	1.5
სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები, გამოვლენილი კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებისას, რომლებიც არ არიან კლასიფიცირებული სხვა რუბრიკებში	2888	66.2	3397	77.2	3473	79.1
ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები	1238	28.4	1257	28.6	1325	30.2

*სტატისტიკის დეპარტამენტი www.statistics.ge

გარდაცვლილთა რაოდენობა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ასაკის და სქესის მიხედვით, საქართველო, 2006*

ასაკი	გარდაცვლილთა რაოდენობა			სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (1000 მოსახლეზე)		
	ორივე სქესი	მამაკაცები	ქალები	ორივე სქესი	მამაკაცები	ქალები
-1	753	395	358	16.2	16.1	16.3
1-4	57	31	26	0.3	0.3	0.3
5-9	57	36	21	0.2	0.3	0.2
10-14	67	38	29	0.2	0.2	0.2
15-19	129	93	36	0.3	0.5	0.2
20-24	279	207	72	0.8	1.2	0.4
25-29	378	293	85	1.2	1.8	0.5
30-34	523	405	118	1.7	2.7	0.7
35-39	668	513	155	2.2	3.6	1.0
40-44	1061	803	258	3.2	5.3	1.5
45-49	1448	1102	346	4.4	7.3	2.0
50-54	1864	1365	499	6.8	10.8	3.4
55-59	1996	1419	577	8.6	13.5	4.6
60-64	1886	1179	707	13.0	18.6	8.6
65-69	5581	3329	2252	23.7	34.0	16.4
70-74	6091	3414	2677	36.3	49.3	27.2
75-79	7805	3858	3947	57.7	74.6	47.2
80-84	6426	2468	3958	98.7	121.6	88.3
85+	5186	1510	3676	153.0	206.8	138.2
ს უ ლ	42255	22458	19797	9.6	10.8	8.5

*სტატისტიკის დეპარტამენტი www.statistics.ge

გარდაცვლილების მაჩვენებლების დინამიკა 2003-2007 წლებში ასაკისა და სქესის მიხედვით*

ასაკი (წლები)	2003			2004			2005			2006			2007		
	ორივე სქესი	კაცი	ქალი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
-1	1,144	657	487	1,178	636	542	916	482	434	753	395	358	656	372	284
1-4	131	79	52	132	76	56	64	31	33	57	31	26	56	21	35
5-9	35	20	15	88	60	28	64	34	30	57	36	21	44	24	20
10-14	66	28	38	83	52	31	48	25	23	67	38	29	67	36	31
15-19	107	70	37	154	107	47	121	80	41	129	93	36	143	86	57
20-24	212	141	71	241	172	69	256	178	78	279	207	72	274	183	91
25-29	319	195	124	317	234	83	328	239	89	378	293	85	348	257	91
30-34	415	326	89	504	370	134	501	363	138	523	405	118	447	340	107
35-39	550	358	192	679	508	171	665	490	175	668	513	155	655	488	167
40-44	885	558	327	1,090	795	295	1,129	818	311	1,061	803	258	1,040	775	265
45-49	1,246	886	360	1,477	1,067	410	1,419	1,004	415	1,448	1,102	346	1,461	1,087	374
50-54	1,971	1,337	634	1,746	1,217	529	1,746	1,238	508	1,864	1,365	499	1,808	1,338	470
55-59	1,899	1,188	711	1,982	1,335	647	1,962	1,301	661	1,996	1,419	577	1,990	1,384	606
60-64	3,188	1,891	1,297	2,685	1,654	1,031	2,313	1,375	938	1,886	1,179	707	1,813	1,197	616
65-69	5,393	3,204	2,189	5,886	3,336	2,550	4,974	2,860	2,114	5,581	3,329	2,252	5,454	3,367	2,087
70-74	7,115	3,720	3,395	7,136	3,771	3,365	5,651	3,082	2,569	6,091	3,414	2,677	5,919	3,187	2,732
75-79	8,841	3,988	4,853	9,746	4,757	4,989	7,716	3,689	4,027	7,805	3,858	3,947	7,631	3,774	3,857
80-84	5,716	2,146	3,570	6,737	2,480	4,257	5,585	2,168	3,417	6,426	2,468	3,958	6,272	2,591	3,681
85+	6,822	2,037	4,785	6,932	2,015	4,917	5,263	1,634	3,629	5,186	1,510	3,676	5,100	1,584	3,516
ს უ ლ	46,055	22,829	23,226	48,793	24,642	24,151	40,721	21,091	19,630	42,255	22,458	19,797	41,178	22,091	19,087

*სტატისტიკის დეპარტამენტი www.statistics.ge

სიკვდილობის სტრუქტურა ძირითადი მიზეზების მიხედვით (%)*

	2002	2003	2004	2005
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	71,6	65,6	62,4	67,5
სიმსივნეები	10,7	12,3	11,3	10,9
სუნთქვის სისტემის დაავადებები	2,6	3,7	8,2	2,5
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	2,8	4,8	3,5	2,96
სხვა დაავადებები	9,1	10,9	14,6	16,14

*ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2005, www.ncdc.ge

საქართველოს მოსახლეობის მოკვდაობის სტრუქტურა დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით (100 000 სულ მოსახლეზე) *

	გარდაიცვალა სულ		მოკვდაობის მარცენი	
	2004	2005	2004	2005
დაავადებათა ძირითადი კლასები	48793	40721	1134,1	933,7
სულ	48793	40721	1134,1	933,7
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	399	314	9,3	7,2
სიმსივნეები	5520	4433	128,3	101,6
სისხლის და სისხლძარღვოვანი სისტემის დაავადებები, იმუნური მექანიზმის ჩათრევით მიმდინარე ცალკეული დარღვევები	45	66	0,7	1,5
ენდოკრინული სისტემის, კვების მოშლილობის და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის დაავადებები	850	500	19,8	11,5
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	49	29	1,1	0,7
ნერვული სისტემის დაავადებები	171	278	4,0	6,4
სისხლის მიმოქცევის დაავადებები	30455	27492	707,9	630,3
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	3991	1020	92,8	23,4
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	1708	1204	39,7	27,6
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	407	330	9,5	7,6
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანის გამო	21	10	0,5	0,4
კანის და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	6	1	0,1	0,0
ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვ. დაავ.	18	3	1,5	0,7
თანდაყოლილი ანომალიები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	63	29	1,5	0,7
პერინატალურ პერიოდში წარმოშობილი ცალკეული მდგომარეობები	859	886	20,0	20,3
სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები	2317	2888	53,9	66,2
ტრავმები, მოწამვლები	1914	1238	44,5	28,4

*ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2005, www.ncdc.ge

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2001 – 2007*

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
პრევალენტობა	4870.6	5322.4	5776.8	6494,8	7228.3	7720.8	8009.0
ინციდენტობა	1306.1	1299.6	1481.7	1616,1	1888.0	1891.0	1622.4
<i>მათ შორის:</i>							
გულის რევმატიული დაავადებები <i>პრევალენტობა</i>	343.5	356.3	358.8	350,6	378.8	471.2	455.8
<i>ინციდენტობა</i>	73.8	73.6	68.9	76,0	82.7	100.0	87.4
ჰიპერტენზიული დაავადება <i>პრევალენტობა</i>	2173.4	2410.4	2730.6	3108,2	3620.5	3861.5	4142.9
<i>ინციდენტობა</i>	539.2	569.9	686.4	801,9	950.7	917.4	803.5
გულის იშემიური დაავადება <i>პრევალენტობა</i>	1613.3	1760.8	1875.7	1955,1	2213.2	2373.2	2239.8
<i>ინციდენტობა</i>	435.9	400.1	441.0	449,8	545.7	569.9	427.5
ცერებროვასკულური დაავადებები <i>პრევალენტობა</i>	217.6	235.6	244.2	289,9	344.7	345.5	344.1
<i>ინციდენტობა</i>	88.0	82.8	91.3	107.8	111.3	116.9	88.2

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

არტერიული ჰიპერტენზია და გულის იშემიური დაავადება გამოკვლეულ პოპულაციაში

რეგიონი	არტერიული ჰიპერტენზია		გულის იშემიური დაავადება	
	ორგანიზებული პოპულაცია	არაორგანიზ. პოპულაცია	ორგანიზებული პოპულაცია	არაორგანიზ. პოპულაცია
თბილისი	45%	30%	16%	13%
ვანი		46%		17%
სენაკი		29%		12%
კასპი	38%		14%	
ცაგერი		43%		23%
ონი		37%		12%
ახმეტა		42%		25%
გორი	39%	35%		
ჩოხატაური	37%		12%	
ფოთი	32%		13%	
ბოლნისი	39%		12%	

ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებები, საქართველო, 2007

	სულ		მათ შ ბავშვები		სულ		მ.შ. ბავშვები	
	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს	პრევალენტობა*	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს	პრევალენტობა	აბალი შემთხვევები	ინციდენტობა	აბალი შემთხვევები	ინციდენტობა
ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებები	118812	2707.4	10392	1354.5	27307	622.3	5602	730.2
<i>მათ შორის:</i>								
სუბკლინიკური იოდ-დეფიციტური ჰიპერთირეოზი და მისი სხვა ფორმები	27530	627.3	7369	960.5	8239	187.7	2814	366.8
არატოქსიური ჩიყვის სხვა ფორმები	11824	269.4	845	110.1	5887	134.1	1329	173.2
თირეოტოქსიკოზი	5871	133.8	280	36.5	1761	40.1	107	13.9
ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (ტიპი I)	16686	380.2	208	27.1	2415	55.0	59	7.7
ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (ტიპი II)	43189	984.2	55	7.2	5046	115.0	10	1.3

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

ფარისებრი ჯირკვლის კვლევის შედეგები, საქართველო, 2005 - 2007*

	2005		2006		2007	
	სულ	%	სულ	%	სულ	%
სამკურნალო დაწესებულებებში გამოკვლეულთა რაოდენობა	59442	100	54393	100	43413	100
ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია	27570	46.4	28859	53.0	25690	59.2
მკურნალობა დაენიშნა	21496	78.0	23497	81.4	21242	82.7
მათ შორის ბავშვები	28070	100	19491	100	14535	100
ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია	12059	43.0	8630	44.3	7333	50.4
მკურნალობა დაენიშნა	8129	67.4	6488	75.2	4820	65.7

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია რეგიონების მიხედვით (კვლევის შედეგები), საქართველო, 2006-2007

	2006			2007		
	გამოკვლეულთა რაოდენობა	მათ შორის ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია აღმოაჩნდა	% გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობიდან	გამოკვლეულთა რაოდენობა	მათ შორის ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია აღმოაჩნდა	% გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობიდან
თბილისი	7615	5130	67.4	3812	2756	72.3
აჭარა	4238	1057	50.0	2305	1905	82.6
გურია	897	598	66.7	791	640	80.9
რაჭა – ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	414	241	58.2	374	129	34.5
სამეგრელო	7101	4027	56.7	6567	3435	52.3
იმერეთი	16132	8845	54.8	15268	8597	56.3
კახეთი	4727	2475	52.3	3787	2160	57.0
მცხეთა - მთიანეთი	2523	776	30.7	1964	661	33.6
სამცხე - ჯავახეთი	1397	700	50.1	1175	989	84.2
ქვემო ქართლი	356	294	82.6	301	195	64.8
შიდა ქართლი	2670	1797	67.3	4546	3519	77.4
აფხაზეთი	6185	1763	28.5	2391	572	23.9
სხვა უწყებები	138	94	68.1	132	132	100.0
საქართველო	54393	28859	53.0	43413	25690	59.2

ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია 15 წლამდე ასაკის ბავშვებში რეგიონების მიხედვით (კვლევის შედეგები), საქართველო, 2006-2007

	2006			2007		
	გამოკვლეულთა რაოდენობა	მათ შორის ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია აღმოაჩნდა	% გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობიდან	გამოკვლეულთა რაოდენობა	მათ შორის ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერპლაზია აღმოაჩნდა	% გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობიდან
თბილისი	903	407	45.1	319	225	70.5
აჭარა	2115	1057	50.0	744	315	42.3
გურია	682	442	64.8	464	353	76.1
რაჭა – ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	129	90	69.8	110	23	20.9
სამეგრელო	1771	850	48.0	1570	769	49.0
იმერეთი	5404	2865	51.2	3546	2199	62.0
კახეთი	2622	1449	55.3	2089	1163	55.7
მცხეთა - მთიანეთი	1399	388	29.6	1485	408	27.5
სამცხე - ჯავახეთი	432	207	47.9	704	602	85.5
ქვემო ქართლი	82	78	95.1	85	43	50.6
შიდა ქართლი	972	596	64.8	1519	1141	75.1
აფხაზეთი	2980	301	10.1	1900	92	4.8
საქართველო	19491	8630	44.3	14535	7333	50.4

სასუნთქი სისტემის დაავადებების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2007*

	სულ				ბავშვებში			
	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა
სასუნთქი სისტემის დაავადებები	351087	8000,3	288793	6580,8	184920	24103,2	169776	22129,3
<i>მათ შორის:</i>								
ზელა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციები	192622	4389,3	188564	4296,9	124068	16171,5	122565	15975,6
პნევმონია	20807	474,1	19660	448,0	7681	1001,2	7118	927,8
ქველა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე რესპირაციული ინფექციები	34138	777,9	32922	750,2	17449	2274,4	17021	2218,6
ზელა სასუნთქი გზების სხვა დაავადებები	43027	980,5	23725	540,6	21588	2813,9	13635	1777,2
მათ შორის: ალერგიული რინიტი	7784	177,4	3653	83,2	2429	316,6	1372	178,8
ქველა სასუნთქი გზების ქრონიკული დაავადებები	41568	947,2	11646	265,4	6072	791,4	2517	328,1
მათ შორის: ქრონიკული და დაუზუსტებელი ბრონქიტი	18530	422,2	6085	138,7	2720	354,5	1428	186,1
ემფიზემა	942	21,5	309	7,0	36	4,7	9	1,2
ასთმა და ასთმური სტატუსი	16448	374,8	3114	71,0	2417	315,0	618	80,5
ფილტვის სხვა ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები	3671	83,6	1312	29,9	369	48,1	153	19,9
ბრონქოექტაზია	277	6,3	114	2,6	15	2,0	7	0,9
ფილტვის ავადმყოფობები გამოწვეული გარეგანი ფაქტორებით	397	9,0	98	2,2	33	4,3	6	0,8
სასუნთქი სისტემის სხვა ავადმყოფობები, რომლებიც უპირატესად აზიანებენ ინტერსტიციუმს	674	15,4	204	4,6	73	9,5	37	4,8
ქველა სასუნთქი გზების ჩირქოვანი და ნეკროზული მდგომარეობები	75	1,7	31	0,7	9	1,2	2	0,3
პლევრის და სასუნთქი სისტემის სხვა ავადმყოფობები	4288	97,7	2604	59,3	1118	145,7	726	94,6

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი, ინციდენტობა და სტრუქტურა, საქართველო, 2007*

	სულ			მათ შორის ბავშვებში		
	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა	%	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა	%
ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები	28715	654,3	100	6279	818,4	100
<i>მათ შორის:</i>						
თავის ქალასა და სახის ძვლების, კისრის მალის, ნეკნების, მკერდის ძვლის და ხერხეშლის მოტეხილობა	971	22,1	3,4	224	29,2	3,6
ინტრაკრანიალური დაზიანება	489	11,1	1,7	97	12,6	1,5
ზედა და ქვედა კბილების ძვლების მოტეხილობა	3602	82,1	12,5	681	88,8	10,8
ამოვარდნილობა (ძვლების მოტეხილობის გარეშე), დაძაბულობა, დაჭიმულობა, სახსრების და მიმდებარე კუნთების დეფორმაცია	3649	83,2	12,7	796	103,8	12,7
გულმკერდის, მუცლისა და მენჯის ღრუს შინაგანი ორგანოების ტრავმები	1041	23,7	3,6	589	76,8	9,4
ჭრილობები, სისხლძარღვების დაზიანებები, ზედაპირული ტრავმები, დაჟეჟილობები და დაჩქედილობები	15961	363,7	55,6	3146	410,1	50,1
ნერვებისა და ზურგის ტვინის ტრავმები	168	3,8	0,6	40	5,2	0,6
თერმული და ქიმიური დაზიანებები	917	20,9	3,2	243	31,7	3,9
სამკურნალო ნივთიერებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით მოწამვლები, უპირატესად არასამედიცინო დანიშნულების ნივთიერებათა ტოქსიკური მოქმედება და აგრეთვე სხვა გარეშე დაუზუსტებელი მიზეზების მოქმედება	728	16,6	2,5	130	16,9	2,1
მათ შორის: სამკურნალო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით მოწამვლა	226	5,1	0,8	52	6,8	0,8
უპირატესად არასამედიცინო დანიშნულების სუბსტანციების ტოქსიკური ეფექტები	177	4,0	0,6	20	2,6	0,3

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი, გავრცელება რეგიონების მიხედვით, 2006 – 2007*

	2006				2007			
	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	აზალი შემთხვევები	ინციდენტობა	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	აზალი შემთხვევები	ინციდენტობა
აჭარა	2066	546,6	1656	438,1	3303	870,4	2754	725,7
თბილისი	4922	446,6	4318	391,8	4042	364,6	2920	263,4
კახეთი	3355	830,0	3064	758,0	2935	728,8	2527	627,5
იმერეთი	5250	751,2	5113	731,6	5454	783,7	5251	754,6
სამეგრელო	2189	463,5	2080	440,4	2958	631,0	2797	596,6
შიდა ქართლი	4526	1442,3	3883	1237,4	3468	1107,3	3132	1000,0
ქვემო ქართლი	1540	303,1	1408	277,2	2402	476,5	2299	456,1
გურია	1961	1409,8	1902	1367,4	1716	1235,4	1683	1211,7
სამცხე-ჯავახეთი	1555	746,2	1376	660,3	1839	884,1	1612	775,0
მცხეთა-მთიანეთი	1284	1033,0	1173	943,7	1295	1093,8	1097	926,5
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	628	1286,9	606	1241,8	850	1756,2	836	1727,3
საქართველო	32892	747,9	29697	675,2	32318	736,4	28715	654,3

ტრავმები, მოწამვლები და გარე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი, გავრცელება ბავშვებში რეგიონების მიხედვით, 2006-2007*

	2006				2007			
	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	აზალი შემთხვევები	ინციდენტობა	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	აზალი შემთხვევები	ინციდენტობა
აჭარა	489	716,3	424	621,1	1607	2422,0	1323	1994,0
თბილისი	1236	620,9	1205	605,3	805	415,4	731	377,2
კახეთი	850	1164,4	804	1101,4	595	845,2	577	819,6
იმერეთი	1229	973,7	1186	939,6	1217	1000,3	1192	979,8
სამეგრელო	365	427,9	352	412,7	485	591,8	451	550,3
შიდა ქართლი	959	1692,3	912	1609,3	448	818,1	420	767,0
ქვემო ქართლი	320	348,8	315	343,4	357	405,1	325	368,8
გურია	681	2711,0	665	2647,3	481	1981,1	474	1952,2
სამცხე-ჯავახეთი	353	937,8	316	839,5	359	987,3	323	888,3
მცხეთა-მთიანეთი	344	1532,3	324	1443,2	282	1362,3	229	1106,3
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	63	715,1	63	715,1	81	957,4	78	922,0
საქართველო	7174	903,0	6808	856,9	6918	901,7	6279	818,4

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

ტრავმების, მოწამვლების და გარე მიზეზების ზემოქმედების შედეგების დიაგნოზით სტაციონარიდან გასული ავადმყოფების რაოდენობა და ლეტალობა ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2006 - 2007*

	2006				2007			
	სულ		მათ შორის ბავშვები		სულ		მათ შორის ბავშვები	
	სტაციონარიდან გავიდა	ლეტალობა (%)	სტაციონარიდან გავიდა	ლეტალობა (%)	სტაციონარიდან გავიდა	ლეტალობა (%)	სტაციონარიდან გავიდა	ლეტალობა (%)
ტრავმები, დამწვრობები და მოწამვლები	21041	2,8	2894	0,9	22669	2,5	3061	0,4
<i>მათ შორის:</i>								
მოტეხილობები	6426	1,9	745	0,8	6295	2,2	819	0,5
თერმული და ქიმიური დამწვრობები	651	8,1	255	1,6	502	10,0	234	0
სამკურნალო ნივთიერებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით მოწამვლები	2380	1,0	333	0,3	1708	0,7	258	0
უპირატესად არასამედიცინო დანიშნულების სუბსტანციების ტოქსიური ეფექტები	1793	1,1	190	0,5	1891	1,0	157	0

*სტატისტიკური ცნობარი 2007, www.ncdc.ge

სისხლის ქოლესტეროლი, რისკ-ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2006-2007

ინდიკატორი	მამაკაცი			ქალი			სულ		
	%	საშ.	სტ. გად.	%	საშ.	სტ. გად.	%	საშ.	სტ. გად.
<i>პირველადი ინდიკატორები</i>									
საერთო ქოლესტეროლის საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა - მგ/დლ (მმოლი/ლ)		218.4 (5.7)	56.3 (1.5)		233.6 (6.1)	62.3 (1.6)		227.8 (5.9)	60.5 (1.6)
მომატებული საერთო ქოლესტეროლი 190 მგ/დლ (5.0 მმოლი/ლ)	66.8			75.5			72.1		
გათვითცნობიერება ჰიპერქოლესტერინემიის შესახებ 190 მგ/დლ (5.0 მმოლი/ლ)	7.7			5.9			6.5		
საერთო ქოლესტეროლის გაზომვა ბოლო 5 წელიწადში	13.3			11.3			12.2		
<i>მეორადი ინდიკატორები</i>									
მომატებული საერთო ქოლესტეროლი 175 მგ/დლ (4.5 მმოლი/ლ) მაღალი რისკის კატეგორიაში.	77.6			83.6			81.2		
საერთო ქოლესტეროლის გაზომვა ბოლო 12 თვეში	10.1			7.2			8.6		

სისხლის გლუკოზა, რისკ-ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2006-2007

ინდიკატორი	მამაკაცი			ქალი			სულ		
	%	საშ.	სტ. გად.	%	საშ.	სტ. გად.	%	საშ.	სტ. გად.
<i>პირველადი ინდიკატორები</i>									
პლაზმის გლუკოზის საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა - მგ/დლ (მმოლი/ლ)		109.8 (6.1)	28.3 (6.0)		108.1 (1.6)	39.6 (2.2)		108.8 (6.0)	35.7 (2.0)
უზმოზე დარღვეული გლიკემია 110 მგ/დლ (6.1 მმოლი/ლ) და < 126 მგ/დლ (7.0 მმოლი/ლ)	16.1			12.9			14.2		
დიაბეტის წინასწარი დიაგნოზი 126 მგ/დლ (7.0 მმოლი/ლ)	13.6			11.2			12.1		
გლუკოზის გაზომვა ბოლო 12 თვეში	16.3			17.3			17.8		
გათვითცნობიერება ჰიპერგლიკემიის შესახებ 110 მგ/დლ (6.1 მმოლი/ლ)	19.7			17.2			18.3		
<i>მეორადი ინდიკატორები</i>									
გლუკოზის გაზომვა ბოლო 3 წლის მანძილზე	22.2			27.6			25.0		

ანთროპომეტრიული გაზომვები, რისკ-ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2006-2007

ინდიკატორი	მამაკაცი			ქალი			სულ		
	%	საშ.	სტ. გად.	%	საშ.	სტ. გად.	%	საშ.	სტ. გად.
<i>პირველადი ინდიკატორები</i>									
სმი-ს საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა		27.6	4.75		27.6	6.13		27.6	5.50
სიმსუქნე (სმი \geq 30)	27.1			31.6			29.4		
წელის გარშემოწერილობის საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა		99.3	13.71		90.2	15.09		94.6	15.13
<i>მეორადი ინდიკატორები</i>									
WHR-ს საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა		0.94	0.09		0.83	0.09		0.89	0.11
WHR > 0.95 კაცებისათვის და > 0.80 ქალებისათვის	39.8			60.7			50.5		
სიმაღლის საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა		177.3	6.96		164.3	6.21		170.6	9.26
წონის საშუალო მაჩვენებელი და სტანდარტული გადახრა		86.9	16.00		74.3	16.13		80.4	17.26
<i>სმი-ს კატეგორიები</i>									
გამხდარი < 18.5	0.8			2.6			1.7		
ნორმალური წონა 18.5-24.9	31.9			36.0			34.0		
I ხარისხის ჭარბი წონა 25-29.9	40.2			29.8			34.9		
II ხარისხის ჭარბი წონა 30-39.9	25.7			27.9			26.8		
III ხარისხის ჭარბი წონა > 40	1.4			3.7			2.6		

საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა (ათასებში)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
მოსახლეობის რიცხოვნობა წლის დასაწყისისათვის, ათასი კაცი	4371.5	4342.6	4315.2	4321.5	4401.3	4394.7	4382.1
დაბადებულთა რიცხოვნობა	46605	46194	49572	46512	47795	49287	...
გარდაცვლილთა რიცხოვნობა	46446	46055	48793	42984	42255	41178	...

წყარო: სტატისტიკის დეპარტამენტი მოსახლეობა – www.statistics.ge

ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები, საქართველო, 2006 – 2007

	2006		2007	
	სულ	მაჩვენებელი	სულ	მაჩვენებელი
ცოცხალშობილთა რაოდენობა (1000 მოსახლეზე)	47795	10.9	49287	11,2
ბუნებრივი მატება (1000 მოსახლეზე)	5540	1.3	8109	1,8
გარდაცვლილთა რაოდენობა (1000 მოსახლეზე)	42255	9.6	41178	9,4
მათ შორის გარდაიცვალა 1 წლამდე (1000 ცოცხალშობილზე)	753	15.8	656	13,3
მკვლადშობადობა (1000 დაბადებულზე)	712	14.7	632	12,7

წყარო: სტატისტიკის დეპარტამენტი მოსახლეობა – www.statistics.ge

შობადობის ასაკობრივი მაჩვენებლები და მოსახლეობის აღწარმოების მაჩვენებლები, საქართველო, 1990-2007

წელი	სულ (15-49)	დედის ასაკი							შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი	აღწარმოების კოეფიციენტი	
		- 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 +		ბრუტო	ნეტო
1990	67.8	58.1	167.3	110.5	64.0	24.7	6.2	0.3	2.16	1.046	1.015
1995	46.0	64.2	113.3	66.4	41.9	16.6	4.2	0.7	1.54	0.725	0.700
2000	41.7	39.9	110.1	74.4	43.3	19.2	4.9	0.9	1.46	0.694	0.675
2001	40.9	32.5	112.3	71.1	45.2	21.0	5.4	1.4	1.44	0.684	0.665
2002	40.2	32.8	108.6	63.5	50.2	21.2	6.4	1.5	1.42	0.673	0.653
2003	40.0	33.2	99.4	78.8	46.8	19.0	5.2	0.5	1.41	0.665	0.645
2004	42.8	35.1	109.3	83.3	47.2	21.1	5.4	1.0	1.51	0.718	0.695
2005	39.6	38.5	97.2	75.2	44.0	18.6	4.2	0.5	1.39	0.654	0.634
2006	40.2	36.7	100.7	76.0	43.3	18.9	4.6	0.7	1.40	0.663	0.648
2007	41,7	36,3	103,1	79,2	46,5	19,7	4,4	0,5	1,45	0,688	0,674

წყარო: სტატისტიკის დეპარტამენტი მოსახლეობა – www.statistics.ge

გარდაცვლილთა რაოდენობა და სიკვდილობის მაჩვენებლები ასაკის და სქესის მიხედვით, საქართველო, 2007

ასაკი	გარდაცვლილთა რაოდენობა			სიკვდილობის მაჩვენებელი (1000 მოსახლეზე)		
	ორივე სქესი	მამაკაცები	ქალები	ორივე სქესი	მამაკაცები	ქალები
-1	656	372	284	13.7	14.8	12.6
1-4	56	21	35	0.3	0.2	0.4
5-9	44	24	20	0.2	0.2	0.2
10-14	67	36	31	0.2	0.2	0.2
15-19	143	86	57	0.4	0.5	0.3
20-24	274	183	91	0.8	1.0	0.5
25-29	348	257	91	1.1	1.6	0.6
30-34	447	340	107	1.4	2.2	0.7
35-39	655	488	167	2.2	3.4	1.1
40-44	1040	775	265	3.3	5.3	1.6
45-49	1461	1087	374	4.4	7.0	2.1
50-54	1808	1338	470	6.5	10.4	3.1
55-59	1990	1384	606	8.2	12.6	4.6
60-64	1813	1197	616	12.6	18.8	7.7
65-69	5454	3367	2087	24.5	36.7	16.0
70-74	5919	3187	2732	33.6	44.2	26.2
75-79	7631	3774	3857	56.4	72.6	46.2
80-84	6272	2591	3681	86.0	109.3	74.8
85+	5100	1584	3516	141.3	205.7	123.8
ს უ ლ	41178	22091	19087	9.4	10.6	8.3

წყარო: სტატისტიკის დეპარტამენტი მოსახლეობა – www.statistics.ge

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, საქართველო, 1990 – 2007

	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
სულ	71,4	70,3	71,4	71,3	71,6	71,5	72,1	71,6	74,0	74,3	75,1
მამაკაცი	67,5	66,3	67,5	67,5	68,1	68,0	68,7	67,9	70,0	69,8	70,5
ქალი	75,0	74,2	75,1	75,0	74,9	74,9	75,3	75,1	77,6	78,6	79,4

წყარო: სტატისტიკის დეპარტამენტი მოსახლეობა – www.statistics.ge

ამბულატორიულ სერვისებზე დანახარჯები ბიუჯეტიდან, 2007

ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა	2007 წ. ბიუჯეტი	ლარი (ათასი)
ზოგადი ამბულატორიული სერვისები	(2100 პჯდ გუნდი ქვეყანაში)	22.200
	საოჯახო მედიცინის მოდელის დანერგვა	4.500
	საბიუჯეტო დაფინანსება 21 ამბულატორიისათვის	1.500
	ამბულატორიული სამსახურების არსებული ქსელი	14.700
	პროგრამის მენეჯმენტი	300
	მედიკამენტები	1.200
სპეციალიზებული ამბულატორიული სერვისები		59 50
	ფსიქიატრიული სერვისები	2050
	ფიზიოლოგიური სერვისები	1200
	ორსულთა მოვლა	2240
	წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმება	300
	სულ	28.150

სოფლის ამბულატორიებში მიმართვათა რიცხვი 1 სულ სოფლის მოსახლეზე, საქართველო, 2005 - 2007

რეგიონები	2005		2006		2007	
	მიმართვები სულ	მაჩვენებელი 1 სულ მოსახლეზე	მიმართვები სულ	მაჩვენებელი 1 სულ მოსახლეზე	მიმართვები სულ	მაჩვენებელი 1 სულ მოსახლეზე
აჭარა	174943	0,8	153513	0,7	199520	0,9
გურია	153630	1,5	186489	1,8	135381	1,3
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	33211	0,8	29360	0,7	25879	0,7
სამეგრელო	272165	1,0	284413	1,0	220427	0,8
იმერეთი	408431	1,1	465485	1,3	424646	1,1
კახეთი	354342	1,1	401935	1,2	308865	1,0
მცხეთა-მთიანეთი	73376	0,8	92572	1,0	81709	0,9
სამცხე-ჯავახეთი	135616	1,0	105670	0,7	142357	1,0
ქვემო ქართლი	139576	0,4	139680	0,4	122636	0,4
შიდა ქართლი	153528	0,8	224956	1,1	178133	0,9

შინამეურნეობათა კომპლექსური გამოკითხვის მონაცემებთან შედარება; ქრონიკული პათოლოგიით ავადობა და მკურნალობა; 2001 - 2007

კვინტილი	2001		2007	
	პოპულაციის %, რომელიც მიუთითებს, რომ ავადაა	პოპულაციის % რომელიც ცდილობს მიიღოს სამედ. სერვისები	პოპულაციის %, რომელიც მიუთითებს, რომ ავადაა	პოპულაციის % რომელიც ცდილობს მიიღოს სამედ. სერვისები
ულარიბესი	12.2	42.9	34.1	52.3
2	11.8	49.5	37.0	55.4
3	11.8	51.1	37.3	56.5
4	12.5	61.1	38.0	59.7
უმდიდრესი	13.3	62.2	38.6	64.0
სულ	12.3	53.3	37.0	57.7

დანართი 2

ინფორმანტი ორგანიზაციები

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო
2. საქართველოს პარლამენტი
3. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
4. ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრი
5. ქ. თბილისის მერია
6. ჯავახიშვილის სახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტი
7. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
8. კარდიოლოგიის ინსტიტუტი
9. თერაპიის ეროვნული ცენტრი
10. ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი
11. ნევროლოგიის ინსტიტუტი
12. სანიტარიისა და ჰიგიენის ინსტიტუტი
13. ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო
14. კარდიოლოგთა ასოციაცია
15. ჰიპერტენზიის ასოციაცია
16. ენდოკრინოლოგთა ასოციაცია
17. ათეროსკლეროზის ასოციაცია
18. სიმსუქნის შემსწავლელი ასოციაცია
19. დიაბეტის ფედერაცია
20. დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა დაცვის ასოციაცია
21. ოჯახის ექიმთა ასოციაცია
22. საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი
23. შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი“
24. ინტერნისტთა ასოციაცია
25. რესპირატორულ დაავადებათა ასოციაცია
26. USAID
27. OPM
28. UNFPA
29. UNICEF
30. AIHA
31. Co-Reform
32. ACTS Georgia
33. WB
34. JSI – კვლევისა და სწავლების ინსტიტუტი
35. პაციენტთა უსაფრთხოების საქართველოს ალიანსი
36. ევრაზიის თანამშრომლობის ფონდი
37. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“
38. CINDI – საქართველო

დანართი 3

კითხვარი 1:

1. თქვენი აზრით, რომელია ქვეყანაში არაგადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ყველაზე სარწმუნო ინსტრუმენტი?
2. თქვენი აზრით, რომელი ფაქტორია, ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის პირობებში, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში პაციენტთა მომართვიანობის განმსაზღვრელი?
3. როგორ ფიქრობთ, რა არის ქართულ პოპულაციაში არაგადამდებ ქრონიკულ დაავადებათა მართვის ძირითადი ხარვეზი?
4. თქვენი აზრით, სადღეისოდ რეაბილიტირებულ პირველად ჯანდაცვის სისტემაში, არაგადამდებ დაავადებათა მართვის გასაუმჯობესებლად რაზე უნდა იყოს ორიენტირებული უფასო სამედიცინო სერვისები?
5. რა მიგაჩნიათ ექიმის რგოლის ძირითად ხარვეზებად?
6. რა მიგაჩნიათ სისტემის ხარვეზებად?
7. პაციენტის რგოლის ხარვეზები?
8. თქვენი აზრით, როგორი უნდა იყოს ინტერვენციის ძირითადი მიმართულებები?
9. რა კონცეფციას ეყრდნობა ჩვენს ქვეყანაში არსებული არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის პოლიტიკა?
10. როგორ ხდება ამ მიმართულებით საკანონმდებლი დოკუმენტების, ბრძანებების, რეგულაციების შემუშავება?
11. ვინ მონაწილეობს ამ პოლიტიკის განხორციელებაში?
12. რა ბედი ეწია საზოგადოებრივ ჯანდაცვის პროგრამებს, როგორია ახალი გეგმები?
13. რა სიმძლავრეები და რომელი სფეროს ექსპერტებია საჭირო არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის განხორციელებისათვის საქართველოში?
14. რომელი სტიქ-პოლდერები მიგაჩნიათ საჭიროდ არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სფეროში სამუშაოდ?
15. რა რესურსებია საჭირო, ან აუცილებელი ეფექტური პრევენციისა და კონტროლის განხორციელებისათვის?
16. რა მნიშვნელოვანი ბარიერებია სადღეისოდ ჩვენ ქვეყანაში ამ მიმართულებით?

კითხვარი 2:

1. თქვენი აზრით, რომელია ქვეყანაში არაგადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ყველაზე სარწმუნო ინსტრუმენტი?
2. ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვითი დანახარჯების რა წილი მოდის არაგადამდებ დაავადებებზე?
3. თქვენი აზრით, რომელი ფაქტორია, ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის პირობებში, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში პაციენტთა მომართვიანობის განმსაზღვრელი?
4. როგორ ფიქრობთ, რა არის ქართულ პოპულაციაში არაგადამდებ ქრონიკულ დაავადებათა მართვის ძირითადი ხარვეზი?
5. თქვენი აზრით, სადღეისოდ რეაბილიტირებულ პირველად ჯანდაცვის სისტემაში, არაგადამდებ დაავადებათა მართვის გასაუმჯობესებლად რაზე უნდა იყოს ორიენტირებული უფასო სამედიცინო სერვისები?
6. რა კონცეფციას ეყრდნობა ჩვენს ქვეყანაში არსებული არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის პოლიტიკა?
7. ვინ მონაწილეობს ამ პოლიტიკის განხორციელებაში?
8. როგორ ხდება ამ მიმართულებით საკანონმდებლი დოკუმენტების, ბრძანებების, რეგულაციების შემუშავება?

9. რომელია არაგადამდები დაავადებების, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პრობლემის, განმსაზღვრელი ძირითადი ფაქტორები?
10. ხდება, თუ არა საქართველოში ავადობის ტვირთის გამოთვლა? თუ კი, როგორია არაგადამდები დაავადებების წილი?

დანართი 4

ოჯახის ექიმის მომსახურების პაკეტის პროექტი

უფლებამოსილია: საქართველოში ოფიციალურად მცხოვრები ყველა ადამიანი

პჯდ გუნდი მოუწოდებს საოჯახო მედიცინის ცენტრის მოცვის არეალში მცხოვრებ მოსახლეობას დარეგისტრირდნენ და ჩაიტარონ პრევენციული გამოკვლევები

პჯდ გუნდი კონსულტაციებით უზრუნველყოფს:

- მთელს მოსახლეობას, მიუხედავად ასაკისა, ვიზიტის მიზნისა (პრევენციული/ქრონიკული), მ.შ. მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობა

პჯდ გუნდი უზრუნველყოფს შემდეგი სახის მომსახურებას არაგადამდებ დაავადებათა მართვის მიზნით:

- ჯანმრთელობის შემოწმებები (15-65+): ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის, გულის იშემური დაავადების, შაქრიანი დიაბეტის სკრინინგი
- ქრონიკული დაავადებების მართვა
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და მოსახლეობის განათლება.

და შემდეგი სახის ლაბორატორიულ მომსახურებას მომსახურებას:

- სისხლის საერთო ანალიზი
- ტესტი ფარულ სისხლდენაზე
- გლუკოზის დონე ვენურ სისხლში
- საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპია
- კრეატინინი
- პროთრომბინი, ქოლესტერინი
- სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-ფაქტორის ტესტები

პჯდ გუნდი მიმართვით აგზავნის პაციენტს სპეციალისტთან (მომსახურება უფასოა)

მოზრდილთა კონსულტირება:

- ენდოკრინოლოგი
- ონკოლოგი
- ნევროლოგი
- ქირურგი / ექთანი
- ოტოლარინგოლოგი
- ოფთალმოლოგი

ბავშვთა კონსულტირება:

- ბავშვთა ნევროლოგი
- ორთოპედი
- ქირურგი
- ოტოლარინგოლოგი
- ექთანი / ქირურგი
- რადიოლოგი

კონსულტირება სპეციფიკური ამბულატორიული პროგრამის ფარგლებში:

- ფთიზიატრი
- ფსიქოლოგი

წყაროები

1. www.who.int
2. www.moh.gov.ge
3. www.worldbank.org
4. www.statistics.ge
5. www.ncdc.ge
6. www.cancernet.ge
7. www.mof.gov.ge
8. World Health Statistics 2005, WHO
9. ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2007; www.ncdc.ge
10. კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“; www.moh.gov.ge
11. ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2006; www.ncdc.ge
12. ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 1996; www.ncdc.ge
13. ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2002; www.ncdc.ge
14. Cardiovascular Diseases in Georgia, Japan International Cooperation Agency (JICA), 2001
15. European health report 2005: Public health action for healthier children and populations
16. Tsiskaridze Alexander; Djibuti Mamuka; van Melle Guy; Lomidze Giorgi; Apridonidze Sophia; Gauarashvili Iana; Piechowski-Józwia Bartłomiej; Shakarishvili Roman; Bogousslavsky Julien; *Stroke incidence and 30-day case-fatality in a suburb of Tbilisi: results of the first prospective population-based study in Georgia*; Stroke; a journal of cerebral circulation 2004;35(11):2523-8.
17. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის მონიტორინგული პროექტი; საქართველოს ჰიპერტენზიის საზოგადოება, 2008
18. Household Survey on Health Service Utilization and Expenditure (HUES), 2007; Georgian Primary Health Care Development Project, MOLHSA; Department of Statistics, Ministry of Economic Development, Oxford Policy Management, UK; Curatio International <http://www.curatiofoundation.org/curatio/index.jsp?id=32&act=39>
19. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ; შვედს, 2003
20. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ; შვედს, 2004
21. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ; შვედს, 2005
22. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ; შვედს, 2006
23. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ; შვედს, 2007
24. American International Health Alliance Project
25. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა; საქართველო, 2006-2007; www.ncdc.ge
26. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7); www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf
27. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში; 2001
28. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების კვლევა საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში; 2004
29. CINDI Georgia, ჯანმრთელობის მონიტორინგული კვლევა თბილისში, 2001
30. ჯანმრთელობის მონიტორინგული კვლევა CINDI – Georgia-ს დემონსტრაციულ არეში (თბილისის ჩუღურეთის რაიონი); 2004
31. Anna Gilmore, Joceline Pomerleau, Martin McKee, Richard Rose, Christian W. Haerpfer, David Rotman, and Sergej Tumanov; *Prevalence of Smoking in 8 Countries of the Former Soviet Union: Results From the Living Conditions, Lifestyles and Health Study*; December 2004, Vol 94, No. 12 American Journal of Public Health 2177-2187
32. დალი ხორავა; აფხაზეთიდან ლტოლვილ მოსახლეობაში დეპრესიის გავრცელება, “Ludbeck” ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობა; 2007
33. Drug-Addiction Reasons survey among Adolescents; 2000-2001

34. ბეჟან წინამძღვრიშვილი; ფსიქო-სოციალური ფაქტორები და ანტიკორუპციული მკურნალობაზე დათანხმების პრობლემები; 2007
35. Western Georgia Community Mobilization Initiative; Care, 2003
36. Eastern Georgia Community Mobilization Initiative; Mercy Corp, 2004
37. არტერიული წნევის და ფსიქო-სოციალური ფაქტორების სკრინინგი დევნილ მოსახლეობაში; 2007
38. ამირან გამყრელიძე; ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში; სალექციო კურსი ჯანდაცვის მენეჯერებისათვის
39. ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზაციის მონიტორინგული პროექტი
40. Paolo Belli, George Gotsadze and Helen Shahriari; *Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia*; Health Policy, 2004, vol. 70, issue 1, pages 109-123
41. M. Pelni, Useful Information on Primary Healthcare Reform in Georgia, 2006
www.gvg.ge/attachments_p2/24.pdf
42. Precker, et al, Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness; WHO Bulletin; 2002, 80; 143-150
43. სამედიცინო სერვისებისა და ჯანმრთელობაზე დანახარჯების კვლევა; 2007
44. Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite; *Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective*; Health Economics, Policy and Law, 2006, pp127-147
45. ფარმაკო-ეპიდემიოლოგიური კვლევა; საქართველოს ჰიპერტენზიის საზოგადოება; 2000-2008
46. Peter Gordon, Thea Mirianashvili; Rapid Survey of Local Understanding – Knowledge, Attitudes and Behaviors of Selected Health Issues in Adjara and Imereti, Georgia; OPM, 2006