

საქართველოს პარტი



საქართველოს პარტი

GEORGIAN POLITICS



3 2015



www.georgianpolitics.com



**გამომცემელი: შიული შარტავას სახელობის სახელმწიფო პოლიტიკის
და მართვის სადოქტორო სკოლა**

E ISSN 1987-8605

ქართული ჰომინიტი

სამეცნიერო ჟურნალი

საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის პოლიტიკა

თბილისი
2015 წელი

მთავარი სარედაქციო საბჭო

- როინ ვიზრევილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი, აკადემიკოსი, თავმჯდომარე
- ლევან ალაფიძე** – საქართველოს პოლიტიკის მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი, აკადემიკოსი
- დავით გაჩაჩაძე** – საქართველოს პარლამენტის საპარლამენტო უმცირესობის ლიდერი
- ნინო გურჯაანი** – პოლიტიკური პარტიის „დემოკრატიული მოძრაობა – ერთიანი საქართველო“ თავმჯდომარე
- გუგაზ სანიკიძე** – საქართველოს პარლამენტის დიასპორისა და კავკასიის საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარე
- არჩილ ფრანგიფილი** – საქართველოს პოლიტიკის მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი, აკადემიკოსი
- თეოდო ვაფანიძე** – საქართველოს პარლამენტის საგარეო ურთიერთობათა კომიტეტის თავმჯდომარე
- ვლადიმერ აბაბაძე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის რექტორი
- ზურაბ ჯიბლაძე** – ჟურნალის მთავარი რედაქტორი, მთავარი სარედაქციო საბჭოს აღმასრულებელი მდივანი

პრეზენტა გეგმი სხელმწიფოს გარეშის საკითხაზე

გოგი თოფაძე (თავმჯდომარე), ნოდარ ჭითანავა, შინდია უგრახელიძე, ვაჟა ლორთქიფანიძე, ირაკლი მინაღარიფილი, დავით იაკობიძე

სარედაქციო კოლეგია

- როინ ვიზრევილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი, აკადემიკოსი, თავმჯდომარე
- ისა აბდულაფი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის უცხოელი წევრი (რუსეთის ფედერაცია, დაღესტანი)
- ზაზა ალაფიძე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი
- რევაზ არაფაძე** – საქართველოს ენერგეტიკის მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი
- ფრიდრიხ გლაზლი** – ზალცბურგის უნივერსიტეტის პროფესორი, დოქტორი, თსუ-ს საპატიო დოქტორი (ავსტრიის რესპუბლიკა)
- იხსაჰ დავიდი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის უცხოელი წევრი, საქართველოს საპატიო მოქალაქე (ამერიკის შეერთებული შტატები)
- საფაჟე ვირევილი** – ჰავაის უნივერსიტეტის პროფესორი (ამერიკის შეერთებული შტატები)
- გურამ თიფაძე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი
- ჟინინ თოთი** – მონრეალის და ჯენას უნივერსიტეტის პროფესორი (კანადა, გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკა)
- კანტა ივრაგიფილი** – ჩეჩნეთის რესპუბლიკის მწერალთა კავშირის თავმჯდომარე, აკადემიკოსი (რუსეთის ფედერაცია, ჩეჩნეთი)
- ვლადარ ისაიფილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის უცხოელი წევრი (აზერბაიჯანის რესპუბლიკა)
- აბთაღლილ კორახაფილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი
- ნილ მაჟარაღილი** – ოქსფორდის უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საპატიო დოქტორი (დიდი ბრიტანეთი)
- ჰიროტაკა მადე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის უცხოელი წევრი (იაპონია)
- ლიანა მელიფიფილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი
- ელგაჯა მამარიაფილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი
- საიდ მღიანი** – ფერეიდუნშაჰრის უნივერსიტეტის პროფესორი (ირანის სილამური რესპუბლიკა)
- ჯონან რაგულსა** – რათგერსის უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საპატიო დოქტორი (პოლონეთის რესპუბლიკა)
- ჯარი სივასონი** – მელბურნის უნივერსიტეტის პროფესორი (ავსტრალიის თანამეგობრობა)
- აბთაღლილ სილაგაძე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი
- გარნარ უბი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის უცხოელი წევრი, აკადემიკოსი (საფრანგეთის რესპუბლიკა)
- დავიდ ყოღაღია** – ვარშავის უნივერსიტეტის დოქტორი, პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საპატიო დოქტორი (პოლონეთის რესპუბლიკა)
- ვაჟა უზღაძე** – მეცნიერებათა დოქტორი
- ლაო ჩიჟაძე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი
- ჯონი ხაჟარაღილი** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი
- რევაზ სურიაძე** – საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი
- მეფე ანანი (ჯაფარიძე)** – მანგლისისა და წალკის მიტროპოლიტი, ისტორიის მეცნიერებათა დოქტორი
- სტეფან ჟონი** – მაუნტ ჰოლიოკის კოლეჯის პროფესორი, საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის უცხოელი წევრი (ამერიკის შეერთებული შტატები)

დავით სარგაენკო საყოველთაო ჯანდაცვა – მნიშვნელოვანი ნაბიჯი უნივერსალური ხელმისაწვდომობისაკენ	8	ბელა ლეჟავა სათუნა თოდუაძე თამარ სირგილაძე საქართველოში ნარკომანიის პრობლემის საკითხისათვის	96
დიმიტრი ხუნდაძე საქართველოს მოსახლეობის დემოგრაფიული მდგომარეობა	15	პაატა იმნაძე ანა კასრაძე გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოება (Global Health Security - GHS)	102
ვალერი კვარაცხელია ნიკოლოზ გონვაძე ზაზა ჩაფიჩაძე ნამალთა პოლიტიკის თანამედროვე ასპექტები	21	ლელა სტურუა ნანა მიჰონია დალი ტრაპანიძე არაგადამდები დაავადებები	109
ზაზა სოფრომაძე ლელა შენგელია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	29	ლელა სტურუა ნინო მაღლაკელიძე თამბაქო – ჯანმრთელობის მთავარი რისკ-ფაქტორი	117
მარიამ ჯაჭვი სოლიდარობა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში	36	ამირან გამყრელიძე ბიო-სამედიცინო მეცნიერებისა და ჯანმრთელობის კვლევების როლი ჯანდაცვის სისტემების განვითარებაში	123
ფრიდონ თოდუა რეზო ბაგუა მარინა მაღლაკელიძე კიბო – გლობალური პრობლემა: არსებული სიტუაცია და განვითარების პერსპექტივები	46	მერაბ კეკელიძე ეკატერინე ხმალაძე დავით ძნელაძე რეზა სოლომონია მეცნიერების თანამედროვე ტექნოლოგიები და მედიცინა	131
მარინა დარახველიძე ნათია ნოღაიძელი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსი საქართველოში – რეალობა, პრობლემები, პერსპექტივები	57	ლევან ლაზარაშვილი თანამედროვე ტექნოლოგიები მედიცინაში	138
პაატა იმნაძე ბურამ კაციტაძე ინფექციურ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლა საქართველოში	66	მანია კერესელიძე ქეთევან ლამაზიძე ნინო ცაცხლაძე მანანა ცინცაძე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზედამხედველობის შესაძლებლობები	143
სათუნა ზახაშვილი ლია ჯაბიძე თამარ ღოლაძიძე ეკატერინე ქავთარაძე იმუნიზაცია – საუკეთესო ინტერვენცია მომავლის ჯანმრთელობაში	72	რამაზ ურუშაძე თამარ ლოგუანიძე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ვექტორები საქართველოში	152
თენგიზ ცერცვაძე ნიკოლოზ ჩხარტიშვილი ლალი შარვაძე აივ/შიდსი მსოფლიოში და საქართველოში: მიღწევები, გამოწვევები და პერსპექტივები	81	ნანა ბაბრიანი გარემო და ჯანმრთელობა	160
ნელი სოლომონია თამარ ბაბუნიანი გიორგი კუჭუხიძე ირმა სონელიძე ტუბერკულოზი – საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გლობალური საფრთხე და საქართველოში მისი დაძლევის გზები	89	ნია გიუაშვილი კლიმატის გლობალური ცვლილება და ჯანმრთელობა	168



მვირფასო მეგობრებო!

ჯანმრთელობა არის ადამიანის უპირველესი უფლება და ქვეყნების განვითარების ერთ-ერთი მთავარი მამოძრავებელი ძალა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანმრთელობა განისაზღვრება, როგორც სრული ფიზიკური, გონებრივი თუ სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის თანახმად, სახელმწიფო არის პასუხისმგებელი საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, ამგვარად ადეკვატურ სამედიცინო დახმარებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს პოლიტიკის უპირველესი მოვალეობა უნდა იყოს. სწორედ ამიტომ უკანასკნელი 10-15 წლის განმავლობაში ჯანმრთელობა სულ უფრო

მეტ მნიშვნელობას იძენს საერთაშორისო პოლიტიკისა და ურთიერთობების დღის წესრიგში და სამედიცინო დახმარებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა ქვეყნების ერთ-ერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენს. უაღრესად მნიშვნელოვანია, რომ 2012 წლიდან საქართველოს ახალმა მთავრობამ მოსახლეობის ჯანმრთელობა თანამედროვე ქართული სახელმწიფოს ერთ-ერთ მთავარ პოლიტიკურ პრიორიტეტად აღიარა.

კაცობრიობის ისტორიის განმავლობაში საზოგადოების განვითარების ძირითად წარმმართველ ძალას სხვადასხვა ტექნიკური თუ სამეცნიერო მიღწევა წარმოადგენდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პუბლიკაციების თანახმად, 21-ე საუკუნეში ჯანმრთელობის სისტემისა და ზოგადად ადამიანის ჯანმრთელობის გარდამქმნელად ოთხი რევოლუციური მოვლენა არის მიჩნეული: ბიო-სამედიცინო მეცნიერების და საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების განვითარება, სოციალური სამართლიანობა და თანასწორობა, სირთულეების დაძლევისთვის სისტემური მიდგომა. ექსპერტების მოსაზრებით, 21-ე საუკუნის 20-იანი წლებიდან 50-იან წლებამდე მსოფლიოში მეცნიერების და საზოგადოების განვითარების წარმმართველი სწორედ ბიო-სამედიცინო მეცნიერება და ბიოტექნოლოგიების განვითარება იქნება.

მივესალმებით საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მიერ ჟურნალის „ქართული პოლიტიკა“ გამოცემას, რომლის უკვე დასტამბული ნომრები დემოგრაფიული, ეკონომიკური, სოციალური, საგარეო და საშინაო პოლიტიკის და სხვ. აქტუალური პრობლემების განხილვას, მათი გადაწყვეტის კონკრეტულ გზებს და ანალიტიკური ხასიათის მასალებს მოიცავს. ჟურნალის წინამდებარე ნომერი ჯანმრთელობის როგორც გლობალურ, ისე საქართველოსთვის აქტუალურ საკითხებს ეძღვნება. სტატიების უმრავლესობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემებს და ჯანდაცვის პოლიტიკის უმთავრეს მიმართულებებს ასახავს და ოთხ ძირითად საკითხს მიმოიხილავს, ესენია: პრობლემის მნიშვნელობა გლობალური ჯანმრთელობისთვის და ჩვენი ქვეყნისთვის, პრობლემის სტატუსი და მომავლის ხედვა საქართველოსთვის.

მადლობას ვუხდით ყველა ავტორს, ვინც მონაწილეობა მიიღო სტატიების მომზადებაში, და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლებს, რომლებმაც ორგანიზება გაუწიეს კრებულის შედგენა/ჩამოყალიბებას.

პატივისცემით,

ამირან გამყრელიძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორი



მკირფასო მკითხველებო!

დიდი სიამოვნებით მივესალმები სამეცნიერო ჟურნალის „ქართული პოლიტიკა“ გამოცემას. ძალზე ნიშანდობლივია, რომ ჟურნალის წლევანდელი გამოცემა მედიცინის აქტუალურ საკითხებს მიეძღვნა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობა უმნიშვნელოვანესი ეროვნული დირებულებაა. იგი საზოგადოების განვითარების ძირითადი პირობაა და ამავე დროს – საზოგადოებრივი პროგრესის ერთ-ერთი ყველაზე თვალსაჩინო ინდიკატორი.

უკანასკნელ ათწლეულში ჩვენს ქვეყანაში მომხდარმა სოციალურ-პოლიტიკურმა ცვლილებებმა მნიშვნელოვანი კორექტივები შეიტანა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში. შემოღებულია დარგის

პროგრამული მართვა, არსებითად შეიცვალა დაფინანსების პრინციპები, ახლებურადაა გააზრებული ჯანდაცვის სტრუქტურების თითოეული რგოლის ფუნქცია.

პროგრამული მართვა და დაფინანსება ხელს უწყობს სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრას, შესაძლებელს ხდის რაციონალური ღონისძიებების განხორციელებას შეზღუდული მატერიალური რესურსების პირობებში. პარალელურად, პრაქტიკული ჯანდაცვის მოთხოვნათა შესაბამისად, მიმდინარეობს დარგთა ინტეგრაციის პროცესი, რომელიც მჭიდროდ უკავშირდება თანამედროვე სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო ტექნოლოგიების ფართოდ დანერგვას. მკვიდრდება პირველადი ჯანდაცვის განვითარებული სტრუქტურები, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი, რომელმაც, როგორც პაციენტთან შეხების პირველმა საფეხურმა, მნიშვნელოვანი წვლილი უნდა შეიტანოს დაავადებების პრევენციაში, დროულ გამოვლენაში, დიაგნოსტიკასა და ავადმყოფთა სამედიცინო-სოციალურ რეაბილიტაციაში. ამასთანავე მსხვილ, სპეციალიზებულ, ტექნიკურად კარგად აღჭურვილ სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო ცენტრებს ხელეწიფებათ მედიცინისა და ჯანდაცვის სფეროს ურთულესი ამოცანების „ერთ ჭერ ქვეშ“ გადაჭრა. მაღალკვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი, უახლესი თანამედროვე აპარატურა და საერთაშორისო სტანდარტებით აღიარებული მკურნალობა არის წინაპირობა იმისა, რომ დღეს პაციენტებს უკვე აღარ უწევთ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის საქართველოს საზღვრებს გარეთ გამგზავრება.

ყოველივე ეს ახალი გამოწვევის წინაშე აყენებს სისტემას და მოითხოვს ისეთი რაციონალური სტრუქტურების ჩამოყალიბებას, რომლებიც მისაღები იქნება ჩვენი ქვეყნისთვის, მისი გეოგრაფიული პირობებისა და ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული დაყოფის პრინციპების გათვალისწინებით.

მას შემდეგ, რაც ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, სახელმწიფო მზრუნველობის ქვეშ აღმოჩნდნენ ადამიანები, რომლებიც აქამდე არავითარი ფინანსური მხარდაჭერით არ სარგებლობდნენ. თუ აქამდე პაციენტების ძალიან დიდი ნაწილი უზრალოდ ვერ იტარებდა მკურნალობას, ამჯერად ჯანდაცვამ ნამდვილად მიიღო საყოველთაო ხასიათი – სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომია პაციენტებისთვის მიუხედავად სქესისა, ასაკისა და სოციალური კუთვნილებისა. ეს ნამდვილად დიდი, წინგადადგმული ნაბიჯია.

წინამდებარე ჟურნალი დასტურია იმისა, რომ ქართული მედიცინა იმყოფება დინამიური განვითარების პროცესში, მხარს უბამს დროის მოთხოვნებს და იზიარებს საერთაშორისო გამოცდილებას. იმედი მაქვს, ეს გამოცემა საინტერესო აღმოჩნდება როგორც დარგის პროფესიონალებისთვის, ასევე ფართო საზოგადოებისათვის.

**საუკეთესო სურვილებით,
აკადემიკოსი ფრიდონ თოდუა
საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული
აკადემიის აკადემიკოსი**



საყოველთაო ჯანდაცვა – მნიშვნელოვანი ნაბიჯი უნივერსალური ხელმძღვანელობისათვის

დავით სარბიანკო

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური
დაცვის მინისტრი

საკითხის მნიშვნელობა გლობალური ჯანმრთელობისათვის

სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს. საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპები განისაზღვრება, როგორც ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის და პალიატიური სერვისების გამოყენების შესაძლებლობა საჭიროების შემთხვევაში, ისე რომ მომსახურების მიღებამ არ გამოიწვიოს პაციენტის ფინანსური ტვირთის გაზრდა. იგი წარმოადგენს უკეთესი ჯანმრთელობის იმედს და სიღარიბისაგან დაცვის შესაძლებლობას ასობით მილიონი ადამიანისათვის, განსაკუთრებით კი – მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

უნივერსალური მოცვა გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გარანტიას და ჯანმრთელობის უფლების სამართლიან და თანაბარ უზრუნველყოფას ყველა ადამიანისათვის.

უნივერსალური მოცვის იდეა გაცხადებულ იყო ჯერ კიდევ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) 1948 წლის კონსტიტუციით, როდესაც ჯანმრთელობა გამოცხადდა ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად. 1978 წელს ალმა-ატაში კიდევ ერთხელ გაესვა ხაზი მის მნიშვნელობას

სტრატეგიით „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, როგორც ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების, მშვიდობისა და სტაბილურობის განმტკიცების ხელშეწყობის აღიარებას მთელ მსოფლიოში.

1993 წელს მსოფლიო ბანკის მიერ მომზადებული მსოფლიოს განვითარების ანგარიშით წარმოჩინდა ჯანდაცვაში ინვესტირების მნიშვნელობა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2010 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენებაში ასახა ქვეყნების მიერ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების რეფორმირების ის გზები, რომელმაც უნდა უზრუნველყოფს უფრო უნივერსალური მოცვის სწრაფი წინსვლა და მიღწეული შედეგების შენარჩუნება.

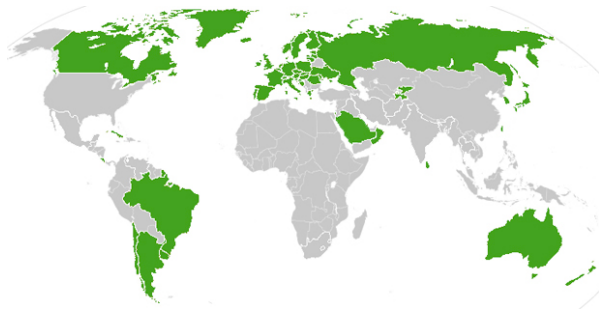
უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში უნივერსალური ჯანდაცვის გლობალური მოძრაობა მნიშვნელოვნად გააქტიურდა 2012 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციებით ჯანმრთელობის უნივერსალურ მოცვასთან დაკავშირებით, რომელიც მოუწოდებს წევრ ქვეყნებს, სამოქალაქო სექტორს და საერთაშორისო ორგანიზაციებს სწრაფად და მნიშვნელოვნად გააქტიურონ ძალისხმევა მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის.

2014 წლის მაისში გაეროს, მსოფლიო ბანკის ჯგუფისა და ჯანმოს მიერ შემუშავდა ერთობლივი ჩარჩო ჯანმრთელობის უნივერსალ-

ლური მოცვის მიღწევების მონიტორინგისათვის ორი მიმართულებით: 1) ფინანსური დაცვა: 2030 წლისთვის არავინ უნდა გაღარიბდეს ან ცხოვრობდეს სიღარიბეში სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების გამო და 2) სერვისების მიწოდება: 2030 წლისთვის ყველა ადამიანს უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე.

დღეისათვის ყველა მაღალგანვითარებული ქვეყანა, გარდა ამერიკის შეერთებული შტატებისა (რომელიც პრეზიდენტ ობამას რეფორმის კონცეფციის თანახმად, აქეთკენ მიდის), უზრუნველყოფილია უნივერსალური ჯანდაცვით, 30-ზე მეტი საშუალო განვითარების მქონე ქვეყანამ წარმატებით განახორციელა უნივერსალური ხელმისაწვდომობის სხვადასხვა სქემა, ხოლო ბევრი დაბალი განვითარების ქვეყანა უკვე იწყებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამების დანერგვას (ნახ. 1).

ნახატი 1: ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის მქონე ქვეყნები

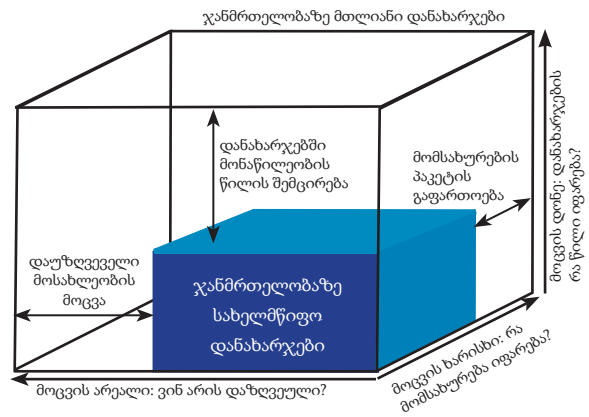


<http://www.theatlantic.com/international/archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-americas-still-not-on-it/259153/>

ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესრულება და 2015 წლის შემდეგი მდგრადი განვითარების მიზნების (Sustainable Development Goals (SDG) ტალღა მნიშვნელოვან წილად იქნება დამოკიდებული ქვეყნების მიღწევებზე უნივერსალური მოცვის მიმართულებით. 2015 წლის შემდგომ მიზნებში ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის საკითხების პრიორიტეტულობა ასახულია არა მარტო ჯანმრთელობის საკითხებისადმი მიძღვნილ მე-3 ამოცანაში „ყველა ადამიანისთვის ჯანმრთელი სიცოცხლისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა ნებისმიერ ასაკში“, არამედ, პოპულაციის ჯანმრთელობა წარმოადგენს მდგრადი განვითარების მიზნების მიღწევის მთავარ მამოძრავებელს და ასახულია 17-ივე მიზანში.

ტექნიკური თვალთახედვით, უნივერსალური მოცვის მიღწევა შესაძლებელია 3 გზით (ნახ. 2): მოცვის არეალი: მოსახლეობის წილი, რომელიც სარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებით უნდა გაიზარდოს თანდათანობით, რათა მოცული იქნას მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელთაც არ აქვთ ხელმისაწვდომობა მომსახურებაზე და/ან სოციალური დაცვა მომსახურების მიღების გამო მოსალოდნელი ფინანსური შედეგების წინააღმდეგ. ამასთან ერთად, უნდა გაიზარდოს მოცვის ხარისხი იმ ძირითადი მომსახურების გაფართოებით, რომელიც აუცილებელია მოსახლეობის მოთხოვნების ეფექტურად დასაკმაყოფილებლად. უნდა გაფართოვდეს რესურსების მოცულობა – აქ შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს ე.წ. „ბაზისურმა პაკეტმა“. მოცვის დონე, ანუ ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რომელიც იფარება წინასწარ გადახდილი სახსრების გაერთიანების შედეგად, უნდა გაიზარდოს, ჯიბიდან გადახდების წილის შემცირების ხარჯზე.

ნახატი 2: უნივერსალური მოცვის მიღწევის სამი გზა



WHO. World Health Report. 2010

ჯანმო ისწრაფვის, მხარი დაუჭიროს ქვეყნებს ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებისაკენ მიმართული რეფორმების განხორციელებაში, რაც მოიცავს: პაციენტების უსაფრთხოების, სერვისების ეფექტურობის და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას, ეფექტურობის გაზრდას და ფინანსური, ადამიანური და ინსტიტუციური შესაძლებლობების განვითარებას; კოორდინირებული, გაერთიანებული, გასაგები პოლიტიკის ფორმულირებას და დანერგვას.

უნივერსალიზმის განვითარების ისტორია საქართველოში

2013 წლის თებერვალში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით ქვეყანაში გაჩნდა უნივერსალური უფლებების ფუნდამენტი ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში. თუმცა აქამდე მოსასვლელად საქართველომ მეტად მრავალფეროვანი გზა გაიარა ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიმართულებით. თუ საბჭოთა საქართველოს 70-80 წლიან პერიოდს არ ჩავთვლით, ქვეყანაში ორი ათეული წლის განმავლობაში სხვადასხვა პერიოდში ფუნქციონირებდა ჯანდაცვის სისტემის კლასიკური მოდელების ყველა ტიპი და, ამჟამად, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა უნივერსალიზმის განვითარების ეტაპზეა.

1995-1997 წლებში სახელმწიფომ შემოიღო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3%+1% დამქირავებლებისა და დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი ის გაერთიანდა საერთო სოციალური დაზღვევის სისტემაში. 2004-2005 წლების შემდეგ დაიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების ახალი ეტაპი: მთავრობამ აირჩია ლიბერალური ეკონომიკური პოლიტიკა და სოციალური დაზღვევის სისტემა შეცვალა გადასახადზე დაფუძნებული სისტემით. გაუქმდა სოციალური დაზღვევის გადასახადი და მის ნაცვლად გაზრდილ იქნა საშემოსავლო გადასახადი, რომელიც თავს იყრიდა სახელმწიფო ბიუჯეტში.

2006 წლიდან მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაცია, რომელიც ორიენტირებული იყო ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მიწოდების სისტემის პრივატიზაციასა და სახელმწიფო სახსრების მიმართვაზე განსაკუთრებით მოწყვლად მიზნობრივ ჯგუფებზე, საჭიროებათა მიხედვით. 2007 წლიდან მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები და სამხედრო მოსამსახურეები) ჯანმრთელობის დაზღვევისათვის საჭირო სახელმწიფო ასიგნებები მართვისთვის გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც გახდნენ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები მოსახლეობის აღნიშნული ჯგუფისთვის (საქართველოს მთავრობის 2009 წ. N218 დადგენილება).

2012 წლის სექტემბრიდან ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამა გარდაიქმნა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებად და ამოქმედდა 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა, საპენსიო ასაკის მოქალაქეთა, სტუდენტთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შშმ პირთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა (საქართველოს მთავრობის 2012 წ. N165 დადგენილება).

2012 წლის ბოლოსთვის 1,6 მლნ ადამიანი იყო ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის სქემების მოსარგებლე. თუმცა სისტემას ჰქონდა შესამჩნევი ხარვეზები: ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა ჯიბიდან გადახდების წილი (70% და მეტი); ფინანსური ტვირთის დიდი წილი მოდიოდა სამკურნალო საშუალებებზე და გადაუჭრელი რჩებოდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის, უტილიზაციისა და ხარისხის პრობლემები.

სახელმწიფოს მიერ განხორციელებულმა რეფორმებმა ჯანდაცვაზე გაღებული კატასტროფული დანახარჯებისაგან სრულად დაიცვა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, სტუდენტები და სხვა მოწყვლადი ჯგუფები. თუმცა საქართველოში, საშუალო შემოსავლის დონიდან გამომდინარე, საშუალო და მაღალშემოსავლიანი მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი (დაახლოებით 2.5 მლნ ადამიანი) კვლავ რჩებოდა ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯების რისკის წინაშე.

ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის უზრუნველყოფა

2013 წლიდან საქართველოს ახალი მთავრობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება, რაც აისახა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო გაზრდით. ქვეყნისთვის ჯანდაცვა პირველად გახდა ერთ-ერთი მთავარი პოლიტიკური პრიორიტეტი.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის უმნიშვნელოვანესი მიღწევა

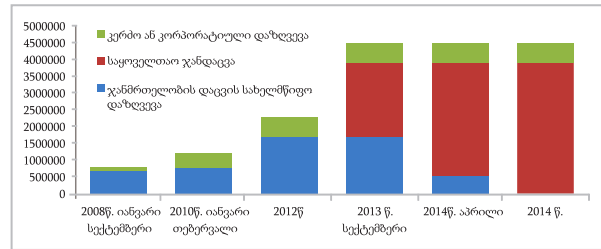
იყო 2013 წლის თებერვალში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება, რომელმაც ქვეყანაში სათავე დაუდო ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ისეთ ძირითად ღირებულებებს, როგორცაა უნივერსალიზმი, მდგრადობა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით უთანასწორობის აღმოფხვრა, ფინანსური ტვირთის დაბალანსებული გადანაწილება და ფინანსური დაცულობის გაზრდა, არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენების და მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებებზე რეაგირება.

2013 წლიდან სახელმწიფომ შექმნა სამედიცინო მომსახურების კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის მექანიზმი თითოეული მოქალაქისათვის, როდესაც სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევის არმქონე ყველა მოქალაქე გახდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე. პროგრამა დღეისათვის ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ, გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობასა და მშობიარობას. პროგრამის ფარგლებში ასევე ხდება საბაზისო მედიკამენტების დაფინანსება მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განმახორციელებელია სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“. შინაარსითა და მართვის მექანიზმებით იგი მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებისა“ და გაწეულ მომსახურებას აფინანსებს შემთხვევის ღირებულების მიხედვით.

2014 წლის აპრილიდან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისა და პედაგოგების სადაზღვევო პროგრამა შეერწყა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ხოლო სექტემბრიდან მოხდა 0-5 წ. ბავშვთა, პენსიონერთა და სტუდენტთა სადაზღვევო პროგრამის გარდაქმნა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამად. 2014 წლის სექტემბრის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით (ნახ. 3).

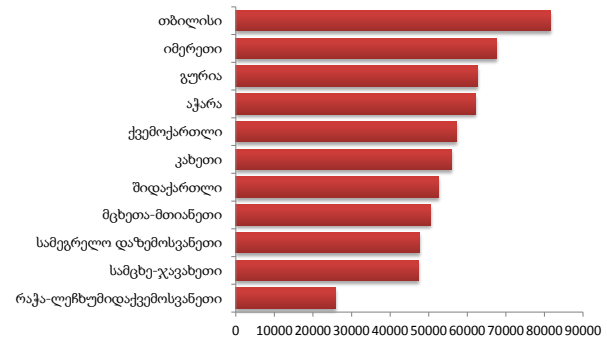
ნახატი 3. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით მოცვის მაჩვენებელი წლების მიხედვით



www.ssa.gov.ge

გეგმიურ-ამბულატორიული და პოლიკლინიკური სერვისებით 2014 წლის ნოემბრის მდგომარეობით სარგებლობს 2847069 პირი. რეგიონების მიხედვით მოსარგებლეთა გადანაწილება მოცემულია ნახ. 4-ზე.

ნახატი 4. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტში დარეგისტრირებულთა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით (2014 წლის ნოემბერი)



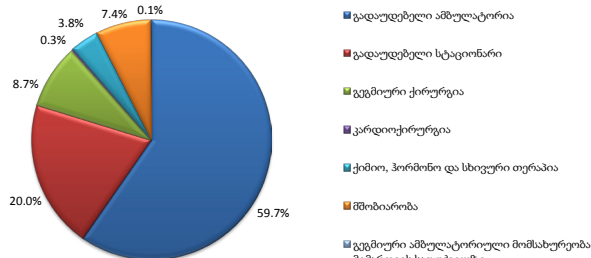
www.ssa.gov.ge

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან (2013 წლის თებერვალი) სულ დაფიქსირდა 850173 შემთხვევა, მ.შ. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება – 507357 შემთხვევა, გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება – 170458; გეგმიური ქირურგიული ჩარევა (გარდა კარდიოქირურგიისა) – 73557; კარდიოქირურგია – 2542; ქიმიო-, ჰორმონო- და სხივური თერაპია – 32565; მშობიარობა (საკეისრო კვეთის ჩათვლით) – 62582 შემთხვევა (ნახ. 5).

2014 წელს აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ბენეფიციართა 80.3% კმაყოფილი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული ამბულატორიული

სერვისით, ხოლო 96.4% კმაყოფილებას გამოთქვამდა ჰოსპიტალურ დონეზე მიღებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებით. ამასთანავე, კვლევის მონაცემებით, მოსახლეობის 77% და 88% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით გაიზარდა მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობა ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისებზე.

ნახატი 5. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა (28.02.13 – 1.12.14)



www.ssa.gov.ge

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2013 წელს გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ სერვისებზე, რაც უკავშირდება სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად. კერძოდ, დაფიქსირდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების უტილიზაციის ზრდა, ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე 2.7 შეადგინა და თითქმის მიუახლოვდა მსოფლიო ბანკის მიერ განვითარებადი ქვეყნებისთვის რეკომენდებულ მნიშვნელობას.

2013 წელს, წინა წელთან შედარებით, 14%-ით მოიმატა როგორც სტაციონარებში, ასევე ამბულატორიებში ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების რიცხვმა. გულზე ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობა 29.2%-ით, ხოლო თვალზე ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობა თითქმის 2,5ჯერ მეტი იყო წინა წელთან შედარებით.

მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებები, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გარდა, ხორციელდება

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და პრიორიტეტულ სფეროებში მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროგრამებით.

პრიორიტეტულ სფეროებში მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროგრამები უზრუნველყოფს დედათა და ბავშვთა, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას; მოსახლეობის სპეციფიკური სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესებას და ძვირადღირებული სამედიცინო დანახარჯების ფინანსური რისკებისგან მოსახლეობის დაცვას.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა მოიცავს ისეთი პროგრამების განხორციელებას, რომლებიც ხელს უწყობს გადამდებ და ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, მოსახლეობის იმუნოზაციას, დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის ხელშეწყობას, აგრეთვე ისეთი გადამდები დაავადებების, როგორებიცაა ტუბერკულოზი, მალარია, ვირუსული ჰეპატიტები, აივ ინფექცია/შიდსი, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების კონტროლს და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებების განხორციელებას საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის.

ძვირადღირებულ სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით ამოქმედდა C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ყოველწლიურად პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი 12000 ადამიანის სკრინინგს C ჰეპატიტზე, 5000 ადამიანის ვაქცინაციას B ჰეპატიტზე, 3000 ადამიანის სრულ დიაგნოსტიკურ გამოკვლევას C ჰეპატიტზე და 500 ადამიანის მკურნალობას პეგილირებული ინტერფერონით და რიბავირინით. ბოლო მონაცემებით, განიკურნა 173 პაციენტი.

C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე ფასდაკლება გავრცელდა საჯარო სექტორში 10 000 პაციენტზე, რომელთაც 2014 წლის 1 ივლისიდან საშუალება აქვთ, შეიძინონ C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მედიკამენტები ფიქსირებულ ფასად 60%-იანი ფასდაკლებით. აღნიშნული შეღავათით სარგებლობისათვის, სულ 1 თებერვლიდან 1 ნოემბრამდე სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოში

დარეგისტრირებულია 1734 ბენეფიციარი და მკურნალობას გადის 776. 2014 წლის განმავლობაში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო აწარმოებდა მოლაპარაკებებს აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრსა და ახალი გენერაციის ანტივირუსული პრეპარატის სოფოსბუვირის მწარმოებელ კომპანია „გილეადს“ შორის საქართველოში აღნიშნული პრეპარატის საგრძნობლად დაბალ ფასებში შემოტანასთან დაკავშირებით.

რკინადეფიციტურ ანემიასთან დაკავშირებული პერინატალური სიკვდილობის, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირების მიზნით, 2014 წლის ივნისიდან ყველა ორსული უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავით ორსულობის 13 კვირამდე და რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზის შემთხვევაში – რკინის პრეპარატით, ორსულობის 26-ე კვირიდან. მიმდინარე წლის ივნისიდან ოქტომბრამდე, პროგრამის ფარგლებში რკინის პრეპარატით ისარგებლა 687 ორსულმა, ხოლო ფოლიუმის მჟავა მიიღო 3408 ორსულმა.

მომავლის ხედვა

სახელმწიფო განაგრძობს ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე სტრატეგიულ რეფორმებს, რომელთა მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ყველა მოქალაქისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო ოჯახებზე ნეგატიური ეკონომიკური ზეგავლენის შემცირება. აღნიშნულის მისაღწევად, ყოველწლიურად განხორციელდება ჯანდაცვის სექტორის სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივი ზრდის ადვოკატირება ფინანსური სივრცის ანალიზსა და ჯანდაცვის სექტორის პროგრამულ საჭიროებებზე დაყრდნობით.

ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიკისა და პროგრამების, მათ შორის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემდგომი განვითარება უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯებისა და გაღარიბების რისკების შემცირებას. ამასთანავე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში შემდგომი აქცენტები კეთდება სამედიცინო მომსახურების პაკეტის ოპტიმიზაციასა და ეტაპობრივ გაზრდაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და სამკურნალწამლო საშუალებებების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე რაციონალური ფარმაკოთერაპიის პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობით.

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების გაუმჯობესების გზით გაიზრდება საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის ეფექტიანობა. განიხილება სამედიცინო მომსახურების მსოფლიოში აპრობირებული დაფინანსების ინტეგრირებული სისტემის დანერგვა, რომელიც უფრო ეფექტიანს გახდის სამედიცინო სერვისზე სახელმწიფო დანახარჯებს. ასევე განხორციელდება ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის განვითარება სახელმწიფო და კერძო სექტორის ხვედრითი წილის სწორი დაგეგმვითა და ვალდებულებების სახელმწიფო რეგულირების მეშვეობით.

2016 წლიდან განხორციელდება გლობალური ფონდის (The Global Fund), ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსისა (The GAVI Alliance) და აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ დაფინანსებული პრიორიტეტული პროგრამების (იმუნიზაცია, აივ/შიდსი, ტუბერკულოზი, ჩანაცვლებითი თერაპია) სახელმწიფო დაფინანსებაზე ეტაპობრივი გადასვლა შესაბამისი პროგრამების ფინანსური მდგრადობის გეგმის შემუშავებით, ფინანსური ვალდებულებების დეტალური გაწერითა და ფისკალურ სივრცეში ასახვით.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“
2. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ინფორმაცია.
www.geostat.ge
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიში 2013.
www.moh.gov.ge
4. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება. საბოლოო ანგარიში. ამერიკის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტი. 2014.
<http://www.moh.gov.ge/files/JAN-USID/1.pdf>
5. სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური სტატისტიკა. 2013.
http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/statistika/EX-CEL/12/2013/2013.pdf
6. ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო. სტატისტიკური ცნობარი 2013. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი.
<http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=1055>
7. 65th World Health Assembly closes with new global health measures.
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/en/
8. <http://live.worldbank.org/toward-universal-health-coverage-2030>
9. <http://www.theatlantic.com/international/archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-americas-still-not-on-it/259153/>
10. The Atlantic: Here's a Map of the Countries That Provide Universal Health Care (America's Still Not on It).
11. The Lancet. Universal health coverage post-2015: putting people first. Vol 384 December 13, 2014, P. 2083.
12. UN 67th General Assembly: Global health and foreign policy. December, 2012
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/377
13. UN. The Millennium Development Goals Report. 2014
<http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>
14. UN: Post-2015 Development Agenda: Sustainable Development Goals.
<http://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal>
15. WHO. World Health Report 2010 – HEALTH SYSTEMS FINANCING: The path to universal coverage. 2010.
http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf
16. World Bank: Toward Universal Health Coverage by 2030.
17. World Development Report 1993: Investing in Health, Volume 1. World Bank, 1994.
<http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/0-1952-0890-0>
18. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf



საქართველოს მოსახლეობის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა

დინამიკური სურათი

საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარე, პრემიერ-მინისტრის მრჩეველი დემოგრაფიულ საკითხებში

დემოგრაფიული პრობლემები აღიარებულია თანამედროვე მსოფლიოს წინაშე მდგარ ხუთ გლობალურ პრობლემათა შორის.

ასეთ პრობლემებად მსოფლიო საზოგადოებრივ აზრს მიაჩნია: მშვიდობის შენარჩუნება; ყოფილ კოლონიებსა და დამოკიდებულ ქვეყნებში ეკონომიკური ჩამორჩენილობის დაძლევა; კაცობრიობის უზრუნველყოფა ენერჯის წყაროებით; გარემოს დაცვა და დედამიწის მოსახლეობის სწრაფი ზრდა.

მსოფლიო მოსახლეობის მაღალი ზრდის ტემპების ფონზე, საწინააღმდეგო ვითარებაა განსაკუთრებით, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში: კლებულობს მოსახლეობის რაოდენობა, მეტად არასახარბიელოა დემოგრაფიული განვითარების მაჩვენებელი და სულ უფრო მწვავედება დემოგრაფიული პრობლემები.

მაშინ, როდესაც მსოფლიოს მოსახლეობის რაოდენობა ბოლო წლებში საოცარი სისწრაფით იზრდება, ტიტულოვანი ერების მოსახლეობის რაოდენობა პირიქით, საგრძნობლად იკლებს.

კავკასიის მოსახლეობის დემოგრაფიული ბალანსი

კავკასიაში ისტორიულად ჩამოყალიბებული დემოგრაფიული ბალანსი, განსაკუთრებით უკანასკნელ წლებში, საგრძნობლად დაირღვა. კავკასიის მოსახლეობის რაოდენობა XX საუ-

კუნეში, მიუხედავად ცალკეულ პერიოდებში უმძიმესი პირობებისა, საგრძნობლად გაიზარდა, კერძოდ, 1926-2010 წლებში 7 617 ათასიდან 23 437 ათასამდე და ზრდის ტემპმა 307,7% შეადგინა. მოსახლეობის ზრდა განსაკუთრებით დიდი იყო ჩრდილო კავკასიაში.

კავკასიის მოსახლეობის დემოგრაფიული ბალანსი ძირითადად დაირღვა საქართველოს ხარჯზე. თუ ისტორიულად სამხრეთ და საერთოდ, კავკასიაში ქართველები და საქართველოს მოსახლეობა რაოდენობრივად ყველაზე მრავალრიცხოვანი იყო, შემდეგში ვითარება არსებითად შეიცვალა.

1926 წელს კავკასიის მთელი მოსახლეობის 35,1%, ანუ ყოველი მესამე ადამიანი საქართველოში ცხოვრობდა. აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 1970 წელს 28,1%, ხოლო 2010 წელს მხოლოდ 18,95% შეადგინა, ანუ კავკასიაში მცხოვრები ყოველი მეექვსე ცხოვრობს საქართველოში. სამაგიეროდ, აზერბაიჯანის ანალოგიური მაჩვენებელი 30,4% – 38,0%-მდე გაიზარდა.

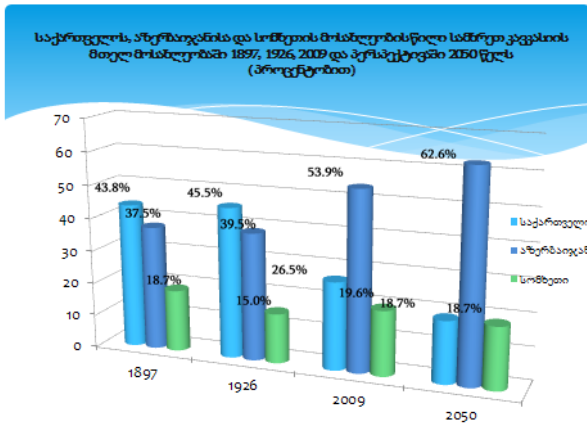
გაეროს მოსახლეობის ფონდის კვლევები

2010 წელს გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდმა საქართველოში ჩაატარა კვლევები, რის მიხედვითაც 2050 წლისთვის საქართველოს დემოგრაფიული კატასტროფა ემუქრება, ქვეყნის მოსახლეობა 28%-ით, ანუ

1 170 000 კაცით მცირდება. კავკასიაში საგრძნობლად ირღვევა დემოგრაფიული ბალანსი. ამ დროისთვის აზერბაიჯანის მოსახლეობა 33%-ით, ხოლო სომხეთის მოსახლეობა 7%-ით იზრდება.

USAID-ის მონაცემებით, 232 ქვეყანას შორის საქართველო მოსახლეობის რიცხოვნობის შემცირების ტემპით მე-16-ე ადგილზეა, შობადობით – 174-ზე.

საქართველოში 2014 წელს ჩატარდა მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა, რომლის შედეგებიც გამოქვეყნდება მომდევნო წლის დასაწყისში. მოსახლეობის აღწერა არ ჩატარებულა 2002 წლის შემდეგ, აქედან გამომდინარე, საერთო მონაცემებში მოსალოდნელია სერიოზული ცვლილებები.



საქართველოს დემოგრაფიული ისტორია

ადრეულ საუკუნეებში, კერძოდ, ჩვენს წელთაღრიცხვამდე, საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობის შესახებ ცნობები არ მოიპოვება, მაგრამ ჩვენამდე მოღწეული უძველესი წერილობითი წყაროებით ცნობილია, რომ მის ზოგიერთ ისტორიულ პროვინციაში მრავალრიცხოვანი ქართველური ტომები ცხოვრობდნენ.

საქართველოს მოსახლეობა ისტორიულად ყველაზე მრავალრიცხოვანი მე-XIII საუკუნის პირველ ნახევარში იყო. ამ დროს ჩატარებული აღწერის მიხედვით საქართველოს მოსახლეობა 8 მილიონ კაცს აღწევდა. ეს იყო შედეგი იმ უძლიერესი მე-12-ე საუკუნის, რომელსაც დავითისა და თამარის მეფობის ხანას უწოდებენ. გამუდმებული შემოსევების შედეგად მე-18 საუკუნეში საქართველოს მოსახლეობა 8 მილიონიდან 761 ათასამდე შემცირდა.

მე-19 საუკუნის დასაწყისში კი ქვეყანაში შავი ჭირის გავრცელების გამო მოსახლეობა თითქმის განახევრდა და 400 ათას კაცს შეადგენდა. ასეთი მცირე რაოდენობით მოსახლეობა საქართველოში მთელი მისი ისტორიის განმავლობაში არასოდეს ყოფილა, ხოლო მე-19 საუკუნის ბოლოს რუსეთის საყოველთაო აღწერის შედეგად საქართველოს მოსახლეობა იმდროინდელ საზღვრებში 2 მილიონზე მეტს შეადგენდა, ანუ ერთ საუკუნეში 5-ჯერ გაიზარდა.

უკანასკნელ წლებში, საქართველოს მოსახლეობა ყველაზე მრავალრიცხოვანი 1989-1992 წლებში იყო და 5 მილიონ 400 ათასს შეადგენდა.

ამ დროიდან მოყოლებული, საქართველოს მოსახლეობა განუზრელად მცირდება და ბოლო მონაცემებით, 4 მილიონ ნახევარს არ აღემატება.

მხოლოდ 2007 წლიდან 2010 წლამდე მოსახლეობის რაოდენობა 20 000-ით გაიზარდა და აქედან 15 000 პატრიარქის ნათლულია. პატრიარქის ინიციატივა გახდა ერთადერთი მიზეზი საქართველოში შობადობის გაზრდის. მიუხედავად ბოლო წლებში შობადობის მცირედი ზრდისა, საქართველოში ბუნებრივი მატება არ შეინიშნება. პირიქით, საქართველოში დემოგრაფიული პრობლემები დღითიდღე მწვავედება.

წლები	ათასი
1254	8 000
XVII საუკუნის დასაწყისი	2 500
1770	761
1800	675
1814	400
1897	2 109
1926	2 667
1959	4 044
1979	4 993
1989	5 400
2002	4 371
2012	4 497

საქართველოს მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობა

მოსახლეობის ბუნებრივ მოძრაობას მიეკუთვნება ისეთი ბუნებრივი პროცესები, როგორიც არის: შობადობა და მოკვდაობა.

არსებული მონაცემების მიხედვით საქართველოში ყველაზე მეტი ბავშვი 1961 წელს დაიბადა – 104 ათასი. 1960-1990 წლებში ყოველწლიურად საშუალოდ 93 ათასი ბავშვი იბადებოდა, ხოლო 1991-2010 წლებში კი – 55 ათასი. შობადობის მკვეთრი შემცირება 1992 წლიდან დაიწყო. მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში კი საქართველოს მოსახლეობის ბუნებრივი მატება 135 ათას კაცს შეადგენდა, ხოლო 2006-2010 წლებში ეს მაჩვენებელი 58 ათასამდე შემცირდა.

შობადობის აბსოლუტური მაჩვენებელი უკანასკნელ წლებში საგრძნობლად შემცირდა. კერძოდ, 2000-2009 წლებში საქართველოში 502 296 ბავშვი დაიბადა, მაშინ, როდესაც 1960-1969 წლებში ეს მაჩვენებელი 850 908 ბავშვს უდრიდა. ამ პერიოდში გარდაცვლილთა რაოდენობა 276 034 კაციდან 448 712 კაცამდე გაიზარდა. შესაბამისად, წინა წლებთან შედარებით, ბოლო წლებში საქართველოში ბუნებრივი მატება 10-ჯერ შემცირდა.

საქართველოს მოსახლეობის ბუნებრივი მატება მნიშვნელოვნად განსხვავდება რეგიონების მიხედვით. ყველაზე მძიმე მდგომარეობაა რაჭა-ლეჩხუმში, შემდეგ გურიაში, სამეგრელო-ზემო სვანეთში, მცხეთა-მთიანეთში, იმერეთსა და კახეთში. სპეციალისტების ცნობით, თუ საგანგებო ზომები არ იქნა მიღებული, უახლოეს 15 წელიწადში რაჭა მთლიანად გაუკაცრიელდება. სხვა რეგიონებთან შედარებით, უმძიმესი მდგომარეობაა ასევე გურიაშიც.

საქართველოს დემოგრაფიულ პრობლემებში მთავარი ადგილი უჭირავს შიდა და გარე მიგრაციას.

საქართველოს ტერიტორიის 2/3 მთიანი რეგიონია. მთის პრობლემა დღეს არ დაწყებულია. შიდა მიგრაცია ჯერ კიდევ გასული საუკუნის 80-იანი წლებიდან დაიწყო, ხოლო 90-იანი წლებიდან, ანუ ბოლო 20 წლის მანძილზე, მდგომარეობა დღითიდღე უარესდებოდა და დღეს საქართველოს მთას უმძიმესი დემოგრაფიული პრობლემები უდგას. მოსახლეობისგან იცლება მთიანი რეგიონები. 2002 წლის ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, 164 სოფელი მთლიანად დაცლილია, ანუ აღარ არსებობს, ხოლო 152 სოფელში 10 და ნაკლები კომლი ცხოვრობს. სავარაუდოდ, ამ 152 სოფლიდან 2002 წლის შემდეგ კიდევ რამდენიმე გაუკაცრიელდა. ამ სოფლების უმეტესობა მთიანი სოფლებია.

დემოგრაფიული პრობლემა დღესდღეობით ჩვენი ყველაზე დიდი ეროვნული პრობლემაა. გონიერი პოლიტიკის შედეგად შესაძლებელია დაკარგული ტერიტორიების დაბრუნება, ქვეყნის ეკონომიკური გაძლიერება, მაგრამ ბოლო 20 წლის მანძილზე, ჩვენი უმოქმედობის შედეგად უკვე შეუძლებელია იმ კატასტროფის თავიდან აცილება, რაზეც გაერო მიგვითითებს. ძლიერი დემოგრაფიული პოლიტიკით უნდა შევძლოთ მოსახლეობის 28%-იანი კლების საგრძნობი შემცირება.

რაჭაში დღეს ყველაზე რთული დემოგრაფიული ვითარებაა, მაგრამ ეს სანახავად კიდევ უფრო მძიმეა, ვიდრე სათქმელად. პირველი თოვლის მოსვლის შემდეგ მთელი ონის რაიონი ისე გავიარეთ, რომ ბავშვი ვერ ვიპოვეთ თოვლში მოთამაშე.

კონკრეტული მონაცემები ამ რეგიონის შესახებ: თუ 1966 წელს მოსწავლეთა რაოდენობა ამბროლაურსა და ონში 8 200 შეადგენდა, 2013 წელს მხოლოდ 1831-ია, ანუ სკოლების რაოდენობა 91-დან 31-მდე შემცირდა. 1989 წლის მონაცემებით, რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში ცხოვრობდა 66.740 კაცი, ხოლო 2013 წელს – 46 300. ანალოგიური მდგომარეობაა საქართველოს სხვა მთიან რეგიონებშიც.

რაც შეეხება ემიგრაციას, საქართველოდან 90-იანი წლების შემდეგ გასულია 1,5 მლნ ადამიანი. 2001 წლიდან დღემდე ქვეყნის შიგნით დაიბადა 630 000 ბავშვი, მაშინ, როდესაც უცხოეთში გაჩნდა 200 000 ქართველი. ყველაზე დიდი ნეგატიური გავლენა საქართველოს დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე ემიგრაციამ იქონია.

ექსპერტების დასკვნა მოსალოდნელ დემოგრაფიულ ვითარებაზე უახლოეს წლებში

ექსპერტების ცნობით, ქვეყნის დემოგრაფიული განვითარება ძირითადად დაბადებული ქალების რაოდენობაზეა დამოკიდებული. ოფიციალური მონაცემებით:

1980-1989 (ათი წლის მანძილზე) დაბადებულ ქალთა რაოდენობა შეადგენს – 454 000

2000-2009 (ათი წლის მანძილზე) დაბადებულ ქალთა რაოდენობა შეადგენს – 236 000

ამ მონაცემების მიხედვით, მიმდინარე წლებში დაბადებულ ქალთა რაოდენობა თითქმის განახევრდა. 80-იან წლებში დაბადებულ ქალებში შობადობა იწყება და მიმდინარეობს

2020 წლამდე, ხოლო 2020 წლიდან იწყება შობადობა 2000-2009 წლებში დაბადებულ ქალებში. აქედან გამომდინარე, ცხადია, რომ 2020 წლიდან შობადობა ამ მონაცემების მიხედვით განახევრდება. სწორედ აქედან იწყება ის ერთიანი დემოგრაფიული ვარდნა, რაც საბოლოო შედეგს 2050 წლისთვის გვაძლევს.

იმისათვის, რომ ეს დემოგრაფიული ვარდნა სახელმწიფომ თავიდან აიცილოს, აუცილებელია მიმდინარე 15 წლის მანძილზე დაიგეგმოს სერიოზული აქტივობები შობადობის გაზრდის

კუთხით. დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუარესება საქართველოში 90-იანი წლებიდან შეინიშნება. გამომდინარე იქედან, რომ დღემდე შესაბამისი ზომები სახელმწიფოსგან არ ყოფილა გატარებული (გარდა პატრიარქის ინიციატივისა), შობადობის კლება გარდაუვალია.

აქტიური დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარების შემთხვევაში, რომელიც ხანგრძლივ პერიოდზე უნდა იყოს გათვლილი, ჩვენ შეგვიძლია ეს პროცესი შევანელოთ და სასურველ შედეგს მხოლოდ საკმაო დროის გავლის შემდეგ მივაღწიოთ.

2012 წლის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები ქვეყნის რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	ცოცხლად დაბადება	გარდაცვალება	ბუნებრივი მატება	ქორწინება	განქორწინება
საქართველო	57 031	49 348	7 683	30 412	7 136
ქ. თბილისი	16 573	12 459	4 114	7 669	2 883
აფხაზეთის ა.რ.	...	...	...	...	...
აჭარის ა.რ.	5 733	3 274	2 459	3 476	574
გურია	1 538	1 926	-388	950	146
იმერეთი	8 619	8 868	-249	5 032	1 038
კახეთი	4 931	4 969	-38	2 251	477
მცხეთა-მთიანეთი	1 235	1 513	-278	581	170
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	384	891	-507	266	39
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	5 048	5 412	-364	2 973	507
სამცხე-ჯავახეთი	2 413	2 162	251	1 367	177
ქვემო ქართლი	6 628	4 438	2 190	3 702	706
შიდა ქართლი	3 929	3 436	493	2 145	419

ამრიგად, ქვეყანაში თანამედროვე დემოგრაფიულ სიტუაციას აქვს სისტემური კრიზისის ხასიათი. ამ სისტემის შემადგენელი ნაწილებია: შობადობის კრიზისულ ზღვრამდე შემცირება, მოკვდაობის ზრდა, დეფორმირებული სქესობრივ-საკობრივი სტრუქტურა, მოსახლეობის ბუნებრივი მატების შემცირება, აბორტების საგანგაშო მონაცემები, გარე და შიდა მიგრაციის ფართო მასშტაბები.

2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ, ხელისუფლებაში მოვიდა ახალი პოლიტიკური გუნდი და დაიწყო ქვეყნისათვის მნიშვნელოვან პრიორიტეტებზე მუშაობა. ერთ-ერთ

პრიორიტეტად გამოიკვეთა დემოგრაფიული მიმართულება და პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარის დიმიტრი ხუნდაძის ინიციატივით, დაიწყო მუშაობა კონკრეტულ ინიციატივებზე. პროგრამა მხარდაჭერილ იქნა საქართველოს პრემიერ-მინისტრის ირაკლი ღარიბაშვილის მიერ. სწორედ მისი ინიციატივით განხორციელდა 1 ივნისიდან 6 რეგიონში, იქ, სადაც სიკვდილიანობა აღემატება შობადობას, მესამე და შემდეგი ახალშობილისთვის ფულადი დახმარება ბარში 150, ხოლო მთაში 200 ლარის ოდენობით.

2013-2014 წლებში დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, ქვეყანაში შემუშავდა და უკვე განხორციელდა რამდენიმე მნიშვნელოვანი ინიციატივა:

- სოციალურად დაუცველი ფენისთვის გაორმაგდა სოციალური დახმარებები;
- განხორციელდას აყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის თანახმად, ჯანდაცვა ხელმისაწვდომი გახდა მოსახლეობის ყველა ფენისათვის;
- უზრუნველყოფილია ორსულების ექიმთან ვიზიტი;
- მშობიარობა ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ;
- ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის გამო შვებულება ნაცვლად 477 კალენდარული დღისა, განისაზღვრა 730 კალენდარული დღით. აქედან ანაზღაურებადია 183 კალენდარული დღე, ხოლო მშობიარობის გართულების ან ტყუპის შობის შემთხვევაში – 200 კალენდარული დღე (ნაცვლად 126 და 140 კალენდარული დღისა);
- გაიზარდა ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის გამო შვებულების გასაცემელი. 2014 წლის 1 იანვრიდან ბენეფიციარს მიეცემა 1000 ლარი, ნაცვლად 600 ლარისა;
- 2014 წლის მაისიდან ორსულ ქალებს უფასოდ ეძლევათ ფოლიუმის მჟავა, ხოლო რკინადეფიციტური ანემიის მქონე ორსულებს – რკინისშემცველი პრეპარატები;
- 2014 წლის 1 ივნისიდან საქართველოს 6 რეგიონში, სადაც სიკვდილიანობა აღემატება შობადობას, ყოველ მესამე და მომდევნო ბავშვის დაბადებისას გაიცემა ფულადი დახმარება ბარში 150 ლარის ოდენობით, ხოლო მთაში 200 ლარის ოდენობით;
- საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი აბორტამდე მოსაფიქრებელი დროის 3-დან 5-დღემდე გაზრდის შესახებ;
- გამკაცრდა სასჯელი უკანონო აბორტებთან დაკავშირებით;
- აიკრძალა სელექციური (შერჩევითი) აბორტები;
- მიმდინარეობს მუშაობა საკანონმდებლო ინიციატივაზე, რომელიც გულისხმობს მარტოხელა მშობლის სტატუსის განსაზღვრას და შემდგომში მათთვის სოციალური პაკეტის მომზადებას;
- მიმდინარეობს მუშაობა „შვილად აყვანისა და მინდობით აღზრდის“ შესახებ კანონპროექტზე.

რეგიონი	ცოცხლად დაბადება	გარდაცვალება	ბუნებრივი მატება	ქორწინება	განქორწინება
საქართველო	57 878	48 553	9 325	34 693	8 089
ქ. თბილისი	17 010	12 358	4 652	8 571	3 063
აფხაზეთის ა.რ.	...	...	...	...	...
აჭარის ა.რ.	5 909	3 289	2 620	3 564	546
გურია	1 575	1 910	-335	1 096	176
იმერეთი	8 496	8 691	-195	5 155	1 175
კახეთი	5 014	4 921	93	3 904	595
მცხეთა-მთიანეთი	1 279	1 418	-139	769	194
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	342	763	-421	277	51
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	5 066	5 343	-277	3 254	772
სამცხე-ჯავახეთი	2 394	2 068	326	1 468	169
ქვემო ქართლი	6 730	4 280	2 450	3 987	879
შიდა ქართლი	4 063	3 512	551	2 648	469

განხორციელებული ინიციატივების შედეგად, საქართველოში 2013 წლის სტატისტიკის მონაცემებით, უკვე შეინიშნება დადებითი დინამიკა, თუმცა ეს ჯერ კიდევ ძალიან ცოტაა იმისათვის, რომ მოსალოდნელი დემოგრაფიული კატასტროფა თავიდან ავიცილოთ.

სახელმწიფო აგრძელებს მუშაობას დემოგრაფიულ პროგრამაზე.

5. მომდევნო 20 წელიწადზე (ანუ ერთ დემოგრაფიულ თაობაზე) კონკრეტული დემოგრაფიული პროგრამის მომზადება „ერის დაბერების“ სწრაფი ტემპის გათვალისწინებით.
6. სახელმწიფო სტრუქტურებთან ერთად, სამოქალაქო საზოგადოების სრული ჩართულობა და ერთობლივი კონცეფციის შემუშავება.

ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
მოსახლეობის რიცხოვნობა 1 იანვრისთვის (ათასი კაცი)	4 401.3	4 394.7	4 382.1	4 385.4	4 436.4	4 469.2	4 497.6	4 483.8	4 490.5
მათ შორის:									
კლასიკური (ათასი კაცი)	2 310.4	2 308.9	2 303.8	2 309.1	2 350.5	2 371.3	2 391.7	2 410.8	2 411.7
სოფლად (ათასი კაცი)	2 090.9	2 085.8	2 078.3	2 076.3	2 085.9	2 097.9	2 105.9	2 073.0	2 078.8
ცოცხლად დამადებული რიცხოვნობა	47 795	49 287	56 565	63 377	62 585	58 014	57 031	57 878	
გარდაცვლილი რიცხოვნობა	42 255	41 178	43 011	46 625	47 864	49 818	49 348	48 553	
მათ შორის:									
1 წლამდე გარდაცვალება	753	656	959	943	701	703	715	640	
ბუნებრივი მატება	5 540	8 109	13 554	16 752	14 721	8 196	7 683	9 325	
მკვლად მოადობა	712	632	660	484	653	363	664	567	
ქორწინება რიცხვი	21 845	24 891	31 414	31 752	34 675	30 863	30 412	34 693	
გაქორწინება რიცხვი	2 060	2 325	3 189	4 030	4 726	5 850	7 136	8 089	
სიკვდილის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დასაწყისის	74.3	75.1	74.2	73.6	74.4	74.5	74.7	75.2	

საქართველოს დემოგრაფიული განვითარების კონცეფციის ძირითადი მიმართულებები:

1. ქვეყნის დემოგრაფიული პრობლემის გაიგივება სახელმწიფოს ეროვნულ უსაფრთხოებასთან.
2. ტერიტორიული მთლიანობის პრობლემის მქონე ქვეყნისთვის დემოგრაფიული ანექსიის საფრთხის შემცველი მაქსიმალური რისკების შეფასება და შესაბამისი პროგრამის შემუშავება.
3. კავკასიის გეოპოლიტიკური სიტუაციის ანალიზი მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის დინამიკის გათვალისწინებით.
4. 2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის შედეგების სწორი ანალიზი და პრიორიტეტების გამოკვეთა.

ბიბლიოგრაფია

1. ანზორ თოთაძე „მოსალოდნელი დემოგრაფიული კატასტროფა ერმა უნდა აიცილოს“, თბილისი, 2013
2. საქართველოს დემოგრაფიული წელიწადი, თბილისი, 2010
3. ვ.ჯაოშვილი, „საქართველოს მოსახლეობა“, თბილისი, 1996
4. Обзор достижений в области охраны материнства в странах Восточной Европы и Центральной Азии, ЮНФПА, 2009
5. The State of World Population, UNFPA, 2013



ნაანთა ჰოლიტიხის თანაბეხოვე ასპექტები

ვალერი კვარაცხელია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე



ნიკოლოზ გომბაძე

მედ. მეც. დოქტორი, სამედიცინო ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტის სრული პროფესორი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის მთავარი სპეციალისტი



ზაზა ჩაფჩავა

მედ. მეც. დოქტორი, პროფესორი, ევროპის საბჭოს ფარმაცევტული საშუალებების და ჯანდაცვის ხარისხის ევროპული დირექტორატის ფარმაცევტული საშუალებების და მათი გამოყენების ევროპული კომიტეტის ფარმაცევტული საშუალებების და მათი გამოყენების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების დამდგენი ექსპერტების კომიტეტის წევრი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის სპეციალისტი

ჯანმრთელობა ადამიანის ერთ-ერთ ძირითად უფლებას წარმოადგენს. პაციენტთათვის სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა სხვა ღონისძიებებთან ერთად გულისხმობს ხელმისაწვდომობას ძირითადი (საბაზისო) წამლების მიმართ, რაც ზემოაღნიშნული უფლების რეალიზაციის მთავარ წანამდგრად გვევლინება. თუ ქვეყანაში არსებობს ფინანსურად ხელმისაწვდომი, მაღალი ხარისხის ეფექტური მედიკამენტები და ისინი რაციონალურად გამოიყენება, მათ ძალუმთ უზრუნველყონ ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მრავალი პრობლემის ოპტიმალური, ხარჯთეფექტური გადაჭრა. უმრავლეს ქვეყნებში წამლებზე გაღებული თანხები ჯანდაცვის საერთო ბიუჯეტის სოლიდურ ნაწილს წარმოადგენს, თუმცა ამის მიუხედავად, დღემდე ფიგურირებს ისეთი ფართოდ გავრცელებული პრობლემები, რომლებიც უკავშირდება წამლების ხელმისაწვდომობას, მათ დაბალ ხარისხს, არარაციონალურ გამოყენებას და ა.შ.

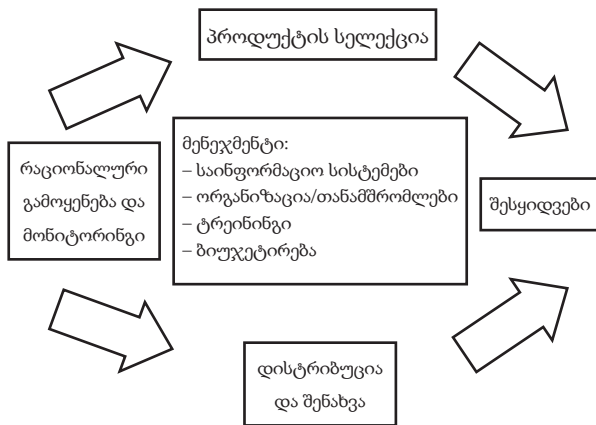
მაღალგანვითარებული სახელმწიფოების წამალთა პოლიტიკის ერთ-ერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობის რეალური უზრუნველყოფა ეფექტური, მაღალი ხარისხის და ხელმისაწვდომი მედიკამენტებით, რაც კონსტიტუციით არის გარანტირებული. ამ ქვეყნების სახელმწიფო პოლიტიკა წამლების დარგში ითვალისწინებს მთავრობის მიზანდასახულ ქმედებას ფარმაცევტული სექტორისათვის საშუალო და გრძელვადიანი მიზნის მისაღწევად და განსაზღვრავს ძირითად სტრატეგიას ამ მხრივ. იგი უზრუნველყოფს იმ ჩარჩო-სტრუქტურას, რომლის ფარგლებშიც შესაძლებელია ფარმაცევტული სექტორის მოღვაწეობის კოორდინირება, რაც მოიცავს როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სექტორს და ამავე დროს, ხელს უწყობს ამ სამუშაოში ფარმაცევტულ სექტორში არსებული ყველა ძირითადი მოქმედი პირის ჩართვას. ამ ქვეყნებში პოლიტიკური დოკუმენტი წამლებთან მიმართებაში ყოველთვის მუშავდება ყველა დაინტერესებულ პირებთან სისტემატური კონსულტაციების პროცესში. ამ პროცესის მიმდინარეობისას განისაზღვრება ძირითადი ამოცანები, დგინდება პრიორიტეტები და შემუშავდება სამოქმედო სტრატეგიები. წამლების დარგში განვითარებული ქვეყნების სრულყოფილი სახელმწიფო პოლიტიკა ითვალისწინებს შემდეგ პრინციპებს:

- ძირითადი წამლების მიმართ თანაბარ ფიზიკურ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას;
- მიმოქცევაში მყოფი ყველა წამლის გარანტირებულ მაღალ ხარისხს, ეფექტურობას და უსაფრთხოებას;
- წამალთა რაციონალურ გამოყენებას, რაც გულისხმობს მედიცინის მუშაკებისა და მომხმარებლების მიერ თერაპიულად მიზანშეწონილი და ხარჯთეფექტური მედიკამენტების გამოყენების სტიმულირებას.

ყველა ამ შემთხვევაში გადაწყვეტი ფაქტორია წამალთა პოლიტიკის ყველა ამოცანის სიცხადე, რაც იძლევა საშუალებას ნათლად განისაზღვროს სახელმწიფო და კერძო სექტორის, ასევე სხვადასხვა სამინისტროების (ჯანდაცვის, ფინანსთა, ვაჭრობის, მრეწველობის) და წამალთა მარეგულირებელი და მარეგლამენტირებელი სახელმწიფო ორგანოების როლი წამალთა პოლიტიკასთან მიმართებაში. ამასთან ერთად, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ძირითადი წამლების კონცეფციას, რაც წამალთა სახელმწიფო პოლიტიკის ქვაკუთხედს წარმოადგენს, ვინაიდან იგი ხელს უწყობს სამართლიან ხელმისაწვდომობას ისეთი მედიკამენტების მიმართ, რომლებიც გულდასმით არის შერჩეული კლინიკური სახელმძღვანელოების (გაიდლაინების) საფუძველზე და უზრუნველყოფს ნაკლები დანახარჯებით მათ რაციონალურ გამოყენებას. აქედან გამომდინარე, განვითარებული ქვეყნების წამალთა ბაზარზე მიმოქცევაში დომინირებს ის მედიკამენტები, რომელთა ეფექტურობა, უსაფრთხოება და ხარისხი დადასტურებულია მტკიცებითი მედიცინის მონაცემებით. ეს ყველაფერი ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ფინანსური დანახარჯის უკუგების გაუმჯობესებას შედარებით ნაკლები დასახელების წამლებით აპელირებით, ისევე როგორც მათი შესყიდვით, ვინაიდან ცნობილია, რომ ბევრი წამალი ბევრ პრობლემას წარმოშობს, ხოლო ნაკლები დასახელების მედიკამენტების დიდი პარტიების შესყიდვა ფასების კონკურენციის ზრდას განაპირობებს, რაც ეკონომიური თვალსაზრისით უფრო მომგებიანია. წამლების ხარისხის, შესყიდვის, შენახვის, რეალიზაციის და გაცემის უზრუნველყოფა უფრო ადვილია

ცირკულაციაში მყოფი ნაკლები დასახელების მედიკამენტების შემთხვევაში. ამასთან ერთად, მედიკო-სანიტარულ დარგში მოღვაწე მუშაკების სწავლება და წამლების ირგვლივ ინფორმაციის მიწოდება ამ შემთხვევაში უფრო მიზანმიმართულია და წამლების გამომწერი პირები უფრო მეტ გამოცდილებას იძენენ მედიკამენტების ლიმიტირებული რაოდენობის დროს, რაც აადვილებს მათ ორიენტაციას წამლების ურთიერთქმედების და მათზე არასასურველი რეაქციების თვალსაზრისით. არსებობს იმის თვალსაჩინო მტკიცებულება, რომ ძირითადი (საბაზისო) წამლების სახელმწიფო ნუსხის გამოყენებამ ხელი შეუწყო პაციენტებზე გაწეული დახმარების ხარისხის ამაღლებას და მედიკამენტებზე გაწეული ფინანსური დანახარჯების მნიშვნელოვან ეკონომიას. განვითარებულ ქვეყნებში წამალთა სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი კომპონენტებია:

- ძირითადი (საბაზისო) წამლების შერჩევა;
- წამლების ფინანსირება და ხელმისაწვდომობა;
- წამლებით მომარაგების სისტემა;
- წამლების ხარისხის რეგულირება და უზრუნველყოფა;
- წამლის რაციონალური გამოყენება;
- მეცნიერული კვლევები;
- ადამიანური რესურსი;
- მონიტორინგი და შეფასება.



ნახატზე 1 წარმოდგენილია ურთიერთკავშირი წამალთა სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად კომპონენტებს შორის.

ზემოთ აღნიშნული წამალთა სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი კომპონენტების მიმართ (8 კომპონენტი) განვითარებულ ქვეყნებში არსებული მეტ-ნაკლებად უნიფიცირებული მიდგომა (განსაკუთრებით ევროკავშირის ქვეყნებში) განაპირობებს ამ სახელმწიფოებში არსებული წამალთა პოლიტიკის ჰარმონიზაციას, ისევე როგორც წამალთა ლეგიტიმიზაციის და ლიცენზირების უნიფიკაციას, თუმცა სამართლიანობა მოითხოვს იმის აღნიშვნას, რომ წამალთა ნაწილის გაცემის რეჟიმში ჯერ კიდევ არსებობს გარკვეული განსხვავებები თვით ევროკავშირში შემავალ ქვეყნებს შორისაც. ევროკავშირის ქვეყნების ფარმაცევტულ სექტორში ურთიერთანამშრომლობის და უნიფიცირებული ლეგიტიმიზაციის ნათელი დადასტურებაა წამალთა რეგისტრაციის ცენტრალიზებული პროცედურა, რომელიც ხორციელდება ქ. ლონდონში EMEA-ს (წამლის შეფასების სააგენტო) მიერ, როდესაც ერთი ქვეყნის აპლიკანტი ფირმის მიერ ამ სააგენტოში დარეგისტრირებული წამლის ლეგიტიმიზაცია ვრცელდება ევროკავშირის ქვეყნების მთელ ტერიტორიაზე.

საქართველოს სახელმწიფო წამალთა პოლიტიკა

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, ფარმაცევტული პროდუქციის მიმოქცევა ხორციელდება კანონის საფუძველზე: „საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, რომელშიც დეკლარირებულია მოსახლეობის ეფექტური, უსაფრთხო და ხელმისაწვდომი მედიკამენტებით მომარაგება, თუმცა მრავალი სუბიექტური და ობიექტური ფაქტორის გათვალისწინებით წამალთა პოლიტიკა საქართველოში ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილი. სტატიის წინა ნაწილში რვა კომპონენტის ანალიზის საფუძველზე, რომელიც ნებისმიერი ქვეყნის წამლის პოლიტიკის ძირითად პრინციპებს შეადგენს საქართველოში ამ მხრივ არსებული რეალიები შემდეგნაირია:

- **ძირითადი (საბაზისო) წამლების შერჩევა:** საქართველოს წამალთა ბაზარზე ამჟამად ჯერ კიდევ საკმაო ოდენობით ცირკულირებს მედიკამენტები, რომელთა ეფექტურობა არ არის დამტკიცებული მკაცრი მტკიცებითი

მედიცინის მონაცემებით (Evidence base medicine), რაც ბუნებრივია, ამნელებს მკურნალობის ეფექტურობის პროგნოზირებას. წამალთა ესენციური (სასიცოცხლოდ აუცილებელი) პოლიტიკის არარსებობა, რომელიც ხელს შეუწყობდა პირველ რიგში ტრენირებული კადრების მეშვეობით ყველაზე გავრცელებული დაავადებების სამკურნალოდ ძირითადი საბაზისო წამლების შერჩევის ჩვევების ჩამოყალიბებას, ჩვენს ქვეყანაში განაპირობებს პოლიპრაგმაზიის განვითარებას და ხშირ შემთხვევაში ოპტიმალური და ხარჯთეფექტური მკურნალობის ნიველირებას. ძირითადი წამლების შერჩევის სიძნელის ერთ-ერთ მიზეზია ერთი და იგივე პრეპარატის მრავალი ათეული სახელწოდებით ცირკულირება, რომელთა სრული შესაბამისობა ორიგინალურ მედიკამენტთან ზოგჯერ ეჭვის საფუძველს იძლევა, რაც ასევე ამნელებს ექიმის მიერ სასურველი პრეპარატის შერჩევას და ასევე სააფთიაქო დაწესებულებებში მისი სხვა სახელწოდების იგივე მედიკამენტით ჩანაცვლებისას ზოგჯერ უთანხმოების მიზეზს წარმოადგენს.

– **წამლების ფინანსირება და ხელმისაწვდომობა:** ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა მოსახლეობის სადაზღვევო სისტემის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, რამაც აშკარად გააუმჯობესა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება და წამლებით უზრუნველყოფა, მაგალითად, გაუმჯობესდა ტუბერკულოზისა და ავთვისებიანი დაავადებების მკურნალობის დაფინანსება, თუმცა სხვადასხვა სახის სპეციალური მკურნალობისას საჭირო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილი. ამ მხრივ განსაკუთრებით პრობლემატურია, მაგალითად, ონკოლოგიური და ენდოკრინული დაავადებების ახალი გენერაციის პრეპარატებით, ასევე ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმების მკურნალობა, რაც სოლიდურ ფინანსურ დანახარჯებთან არის დაკავშირებული, თუმცა სხვა ქრონიკული დაავადებების მკურნალობის მედიკამენტური უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით ღარიბ ფენებში არ არის ბოლომდე რეალიზებული. ამას ემატება სახელმწიფოში წამლის ფასზე კონტროლის არარსებობა, რაც ეკონომიური რყევების დროს განსაკუთრებით აზიანებს მოსახლეობის უპოვარ და ღარიბ ფენებს.

ბოლო პერიოდში საქართველოში ადგილი აქვს სახელმწიფო ფინანსირების კვოტის ამალვებას პრიორიტეტული დაავადებებისა და მოსახლეობის დეკრეტირებული ფენების უზრუნველსაყოფად, რაც ხორციელდება სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამების მეშვეობით ტენდერების საფუძველზე. ამავე დროს, ჩვენს ქვეყანაში არ ფუნქციონირებს წამლების კონკრეტულ ჯგუფებზე მოსახლეობის ფინანსური დანახარჯების კომპენსაციის (reimbursement) სრული ან ნაწილობრივი სისტემა, რომელშიც სხვა მედიკამენტებთან ერთად შეიძლება შესულიყო იმ თანამედროვე ვიწრო ნუსხის პრეპარატების ნაწილობრივი კომპენსაცია, რომელიც აუცილებელია ონკოლოგიური დაავადებების მაღალეფექტური მკურნალობისთვის და რომელიც არ ანაზღაურდება სადაზღვევო სისტემის მიერ. ამჟამად შექმნილია სოლიდარობის ფონდი, რომელიც, იმედია, ჩაებმება ამ საკითხების გადაწყვეტაში.

– **წამლებით მომარაგების სისტემა:**

საქართველოში წამლებით მომარაგება ხორციელდება სახელმწიფო და კერძო სექტორის მიერ. ამასთანავე იგი არ გამორიცხავს კანონის საფუძველზე ექსტრემალურ სიტუაციებში წამლებით მომარაგების ჰუმანიტარულ გზას. თუმცა უნდა ითქვას, რომ მომარაგების სისტემა საქართველოში ვერ უზრუნველყოფს რიც შემთხვევებში საერთაშორისო „მომარაგების სწორი პრაქტიკის“ განუხრელ დაცვას. კერძოდ, იგი არ მოიცავს ინფორმაციას პუბლიკაციის სახით ნედლეულისა და მზა პროდუქციის ფასის შესახებ, რაც უფრო გართულებულია წამლის პარალელური იმპორტის წარმოებისას, ასევე წამალთა მარაგის მართვის მწყობრ სისტემას და მასზე ინფორმაციას, ისევე როგორც ინფორმაციას და წესს ვადაგასული წამლების განადგურების შესახებ. ამას ასევე ხელს უწყობს ამ მხრივ არასაკმარისი კომუნიკაცია სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის. სავარაუდოდ, გასაუმჯობესებელია ზოგიერთი წამლების შენახვის პირობებიც, რომლებიც სპეციალურ ტემპერატურულ რეჟიმს მოითხოვს.

– **წამლის ხარისხის რეგულირება და უზრუნველყოფა:** საქართველოში ადგილი აქვს წამლის ხარისხის შერჩევით კონტროლს წამლის პოსტრეგისტრაციულ, მარკეტინგულ პერიოდში ან კიდევ გარკვეულ წამალთან დაკავშირებული რეკლამაციის არსებობის შემთხვევაში. აღნიშ-

ნული კონტროლი ხორციელდება სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებულ ტენდერში გამარჯვებული დაწესებულების მიერ. ამჟამად ეს უფლება დელეგირებული აქვს სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს ლაბორატორიას. სხვა მრავალი ქვეყნისაგან განსხვავებით, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს (ან მის წამლის მარეგულირებელ ორგანოს) არ გააჩნია მასთან არსებული რეფერენს (საარბიტრაჟო) ლაბორატორია, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში განახორციელებდა ნებისმიერი პრეპარატის ხარისხის კონტროლს და რიგ შემთხვევაში გადაწყვეტდა იურიდიული დავის საკითხს წამლის ხარისხთან მიმართებაში. აგრეთვე გასათვალისწინებელია, რომ ჩვენს ქვეყანაში ვერ ხორციელდება ისეთი პრეპარატების ხარისხის კონტროლი, როგორცაა, მაგალითად, ვაქცინები, შრატები, ზოგიერთი ჰორმონული საშუალებები, სისხლისგან მიღებული პრეპარატები და ა.შ. ამასთან ერთად, საქართველოში არ ხორციელდება იმპორტირებული პრეპარატების სისტემური სერიული კონტროლი, რაც ბუნებრივია, საბოლოო ჯამში სრულად ვერ უზრუნველყოფს მიმოქცევაში მყოფი მედიკამენტების სათანადო ხარისხს. ამას ემატება ადგილობრივი წარმოების თვალსაზრისით GMP პრინციპების (გარკვეული გამონაკლისის გარდა) არარსებობა და დაუცველობა.

– წამლის რაციონალური გამოყენება: შეიძლება ითქვას, რომ ერთ-ერთი აქილევსის ქუსლია საქართველოს წამალთა პოლიტიკის რეალიზაციის თვალსაზრისით. ეს ყველაფერი ერთი მხრივ უკავშირდება ექიმთა ნაწილის არასათანადო კვალიფიკაციის დონეს და ტრენინგის დეფიციტს, რაც ხშირ შემთხვევაში წამლის არასწორ შერჩევას, პოლიპრაგმაზიას და არახარჯთეფექტურ მკურნალობას, ხოლო მეორე მხრივ, წამლის მომხმარებელთა განათლების დაბალ დონეს და ხშირად თვითმკურნალობის მომრავლებულ შემთხვევებს განაპირობებს, რაც საბოლოო ჯამში პაციენტს აზარალებს. ამას ბოლო პერიოდამდე ემატებოდა საქართველოში რეცეპტის ინსტიტუტის არარსებობა, რის გამოც პაციენტები ურეცეპტოდ გასაცემ წამლებთან ერთად არასათანადო ჩვენებით რეცეპტით გასაცემ წამლებსაც ღებულობდნენ, ზოგჯერ ყოველგვარი პროფესიონალური კონსულტაციის გარეშე, რაც არაეფექტური მკურნალობის გარდა, სხვადასხვა არასასურველ

რეაქციებსაც განაპირობებდა. ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა საქართველოში რეცეპტის ინსტიტუტის დანერგვის თვალსაზრისით, რაც ექვგარეშეა, რომ შეამცირებს თვითმკურნალობის ეპიზოდებს და აამაღლებს ექიმისა და ფარმაცევტის პასუხისმგებლობას წამლის გამოწერის და გაცემის მიმართ. წამალთა „აგრესიული“ რეკლამირება და სააფთიაქო და სამედიცინო დაწესებულებებში ტრენირებული კლინიკური ფარმაცევტის არარსებობაც ასევე წამალთა არარაციონალური გამოყენების ერთ-ერთი მიზეზთაგანია.

– მეცნიერული კვლევები: საქართველო 1998 წლიდან მონაწილეობას ღებულობს წამალთა მულტიცენტრულ, კლინიკურ საერთაშორისო კვლევებში და ამ მხრივ, გარკვეული წარმატება აღინიშნება ექიმთა GCP („სწორი კლინიკური პრაქტიკა“) პრინციპების ინფორმირებულობის თვალსაზრისით. სასიამოვნოა, რომ ამ პროცესში მრავალი ახალგაზრდა კადრია ჩართული, რაც უდავოდ აამაღლებს მიღებულ გამოცდილებასთან ერთად მათ განსწავლულობას და პროფესიონალიზმს წამლებით სწორი აპელირების თვალსაზრისით. წამალთა საერთაშორისო მულტიცენტრული კლინიკური აპრობაციები საქართველოში ჩატარდა ფსიქიატრიის, ნევროლოგიის, კარდიოლოგიის, ონკოლოგიის, ჰემატოლოგიის, ალერგოლოგიის, დერმატოლოგიის და ენდოკრინოლოგიის განხრით. ეს ყველაფერი ხელს უწყობს საქართველოში მოღვაწე ექიმების ინტეგრირებას საერთაშორისო პროგრამებში, რაც ამავე დროს ტრენინგის ერთ-ერთ საფეხურად შეიძლება ჩაითვალოს. ამავე დროს, უნდა აღინიშნოს, რომ საერთაშორისო მულტიცენტრული კვლევების საქართველოს ე.წ. კვოტა ყოველთვის მოიცავს წამალთა მოქმედების შესწავლის მხოლოდ ფარმაკოდინამიკურ ასპექტს ფარმაკოკინეტიკური მახასიათებლების გარეშე, რაც განპირობებულია ჩვენს კლინიკებში სათანადო აღჭურვილობის უქონლობით და ამ მიმართულებით ტრენირებული კადრების არარსებობით. ამასთან ერთად GLP („სწორი ლაბორატორიული პრაქტიკა“) დონის ლაბორატორიების უქონლობის გამო, ხშირად ბიოლოგიური მასალა კლინიკური კვლევისას ანალიზისათვის ექვემდებარება უცხოეთში ექსპორტს.

– **ადამიანთა რესურსები:** საქართველოში სამედიცინო და ფარმაცევტულ სექტორში არსებობს კარგად განსწავლული და საერთაშორისო დონეზე ტრენინგებული კადრების დეფიციტი, რომლებიც მოტივირებული იქნებიან გადაჭრან წამალთა სახელმწიფო პოლიტიკის წინაშე მდგარი ამოცანები. ეს ეხება როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ფარმაცევტულ სექტორს, რომლის ერთ-ერთ პრიორიტეტს კომერციულ საქმიანობასთან ერთად უნდა შეადგენდეს ჰარმონიული თანამშრომლობა და მუდმივი კომუნიკაცია წამლის მარეგულირებელ სტრუქტურებთან ქვეყანაში მაღალეფექტური, უსაფრთხო და ხელმისაწვდომი მედიკამენტების ინტროდუცირებისათვის. სამწუხაროდ, დღევანდელ ეტაპზე კერძო სექტორში ძირითადი აქცენტები კეთდება წამალთა დისტრიბუციაზე და მათ რეკლამირებაზე, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებებთან სათანადო თანამშრომლობის დეფიციტი აღინიშნება.

– **მონიტორინგი და შეფასება:** საქართველოში არ არსებობს დამოუკიდებელ, ნეიტრალურ ექსპერტთა საბჭო, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში შეაფასებდა წამლის პოსტრეგისტრაციული მონიტორინგის შედეგებს. ეს უპირველეს ყოვლისა, ასოცირდება რეგისტრირებული წამლის გვერდითი ეფექტების მონიტორინგის სისტემის არარსებობასთან, რაც განპირობებულია ამ თვალსაზრისით კომუნიკაციის მწყობრი სისტემის უქონლობით წამლის მარეგულირებელ ორგანოებს, სამედიცინო დაწესებულებებსა და კერძო ფარმაცევტულ სექტორს შორის, რის გამოც საქართველოში მიმოქცევაში მყოფი წამლის მიერ გამოვლენილი გვერდითი მოვლენების შესახებ მოწოდებული ინფორმაცია სპონტანურ ხასიათს ატარებს და ვერ თავსდება ვერცერთი საერთაშორისო მოთხოვნის ფარგლებში ვერც შინაარსობრივად და ვერც სტატისტიკური ანალიზის თვალსაზრისით. ამასთან ერთად, სამწუხაროა, რომ უცხოური ფირმების წარმომადგენლები ზოგჯერ წარმომადგენლობითი ფუნქციის ნაცვლად ძირითადად წამლის დისტრიბუტორებად გვევლინებიან.

საბოლოო ჯამში წამლების რეგულირებისა და ლეგიტიმიზაციის სფეროში არსებული

ცენტრალური ელემენტები, როგორცაა: წამალთა ხარისხი, მათი უსაფრთხოება, ეფექტურობა და ინფორმაცია მოითხოვს გარკვეული დონისძიებების ჩატარებას, ვინაიდან იგი განპირობებულია საქართველოში საერთაშორისო წამალთა პოლიტიკის ძირითადი პრინციპების: ა) „სწორი ლაბორატორიული პრაქტიკა“; ბ) „სწორი კლინიკური პრაქტიკა“; გ) „სწორი საწარმოო პრაქტიკა“; დ) „სწორი დისტრიბუციის პრაქტიკა“; ე) „სწორი მომარაგების პრაქტიკა“; ვ) „სწორი შენახვის პრაქტიკა“; ზ) „სწორი გაცემის პრაქტიკა“ არასრულყოფილებით.

გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების საბოლოო რატიფიცირების შემდეგ, რომელიც მოიცავს ფარმაციის ნაწილსაც, მომავალში საჭირო გახდება წამალთა დარგში საქართველოს საკანონმდებლო ბაზის ეტაპობრივი აპროქსიმაცია ევროკავშირში შემავალი ქვეყნების კანონებთან, რაც მოიცავს წამალთა პოლიტიკის ყველა სფეროს. ამ მხრივ პერსპექტივაში, სავარაუდოდ, საჭირო გახდება კორექტივები წამალთა ლეგიტიმიზაციის სფეროში, კერძოდ:

– **წამალთა რეგისტრაცია (მარკეტინგის უფლება, ბაზარზე დაშვების ნებართვა):** საჭირო გახდება წამალთა რეგისტრაციის მიმართ მოთხოვნების დახვეწა და ე.წ. სელექციური რეგისტრაციის კრიტერიუმების დანერგვა, რაც შეამცირებს სხვადასხვა ქვეყნების მიერ განსხვავებული სახელწოდებით მოწოდებული ერთი და იგივე გენერიკული პრეპარატის ცირკულაციას და გაადვილებს ექიმების და ფარმაცევტების მიერ ადეკვატური საბაზისო პრეპარატების შერჩევას. ამჟამად საქართველოში ეროვნული რეგისტრაციის რეჟიმთან ერთად მოქმედებს პრეპარატების აღიარებითი რეჟიმით რეგისტრაცია, რომელიც ეხება საქართველოს მთავრობის მიერ რატიფიცირებულ ქვეყნების ნუსხას (ევროკავშირის და სხვა განვითარებული ქვეყნები). იგი მოითხოვს მხოლოდ ადმინისტრაციულ დოკუმენტაციას. რაც შეეხება ეროვნული რეგისტრაციის რეჟიმით შემოსულ აპლიკაციას, იგი საქართველოს გარდა, გულისხმობს მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანას (განვითარებული ქვეყნების ჩათვლით) და დოკუმენტების სრულ პაკეტს საჭიროებს. სასურველი იქნება

რეგისტრაციის საერთაშორისოდ აღიარებული ელექტრონული სისტემის დანერგვა, რაც ხელს შეუწყობს ექსპერტების მიერ სტანდარტული პროცედურების ჩვევების გამომუშავებას.

– **ესენციური წამალთა პოლიტიკის გატარება:**

საქართველოს, როგორც განვითარების გარდამავალ ეტაპზე მყოფ ქვეყანას, ესაჭიროება ექიმების მხრიდან მკურნალობის დროს საბაზისო და მათთან აფილირებული პრეპარატების სწორი შერჩევის სტერეოტიპის ჩამოყალიბება, რაც წამლის რეგისტრაციის სელექციურ კრიტერიუმებთან ერთად პირველი ძირითადი ნაბიჯი იქნება პოლიპრაგმაზიის შესამცირებლად და არასაბაზისო წამლების გამოყენების მინიმიზაციის თვალსაზრისით. ეს ყველაფერი ფუნდამენტი გახდება მომავალი რაციონალური ფარმაცოთერაპიისათვის.

– **წამალთა გვერდითი ეფექტების**

მონიტორინგის სისტემის შექმნა: ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული სტანდარტული ფორმების დისტრიბუცია სამედიცინო დაწესებულებებში და სათანადო ტრენინგების ჩატარება წამალთა გვერდითი ეფექტების აღნუსხვის, კომპილაციის, შევსებისა და სათანადო კორექციონების გაგზავნის შესახებ წამალთა მარეგულირებელ ორგანოებში, რომელშიც სამედიცინო დაწესებულებების გარდა აქტიურად იქნება ჩართული ფარმაცევტულ სექტორში მოღვაწე პირები. საქართველო 10 წელზე მეტია, რაც იმყოფება უფსალას (გვერდითი ეფექტების მონიტორინგის საერთაშორისო ცენტრი, შვედეთი) ასოცირებული წევრის სტატუსით, თუმცა სრულუფლებიანი წევრობის მისაღებად საჭიროა საქართველოში ზემოთ აღნიშნული მონიტორინგის სისტემის შექმნა და აღნიშნული ცენტრისათვის პერიოდული ინფორმაციის მიწოდება. გასათვალისწინებელია, რომ წამლისმიერ ლეტალურ შემთხვევებს მე-4-5 ადგილი უკავია ძირითადი დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემდეგ.

– **რაციონალური ფარმაცოთერაპია:**

კადრების ტრენინგების სისტემის შექმნა, რომლებიც პერსპექტივაში იხელმძღვანელებენ არა ზოგადად დაავადებების, არამედ ინდივიდუალური ავადმყოფის მკურნალობის პრინციპებით საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით, რაც ხელს შეუწყობს გამოყენებული წამლების რაოდენობის შემცირებას, პოტენციური

გვერდითი ეფექტებისა და გართულებების მინიმიზაციას. აგრეთვე საჭიროა სამედიცინო დაწესებულებებში ფარმაცოთერაპიული საბჭოების (კომისიების) შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს რაციონალური ფარმაცოთერაპიის მონიტორინგს.

– **კლინიკური ფარმაცევტის ინსტიტუტის**

ჩამოყალიბება: ფარმაცევტული კადრების ტრენინგება მათი კომპეტენციის სფეროში წამალთა სწორი შერჩევის, მათი შეყვანის, მეტაბოლიზმის, ფარმაცევტული ურთიერთქმედების, გვერდითი ეფექტების და გაცემის სწორი რეჟიმის თაობაზე. აღნიშნული კადრები საჭიროებისას კონსულტაციას გაუწევენ აფთიაქში პაციენტებს პრეპარატების ინსტრუქციაში მითითებული პოზიციების თაობაზე, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებებში ექიმებთან სიმბიოზში ხელს შეუწყობენ წამლებით ოპტიმალური მკურნალობის რეჟიმის შერჩევას.

– **საინფორმაციო ბიულეტენი:**

მასში ასახული იქნება დამოუკიდებელ ექსპერტთა აზრი საქართველოში მიმოქცევაში მყოფი წამლების შესახებ და მონაცემები საქართველოში რეალიზებული პრეპარატების რაოდენობის და დაწუნებული მედიკამენტების შესახებ, აგრეთვე ინფორმაცია წამალთა მარაგის და ვადაგასული პრეპარატების განადგურების თაობაზე.

– **ხარისხის კონტროლი:**

საქართველოში მიმოქცევაში მყოფი წამლების იმპორტისას სერიული კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბება და ჯანდაცვის სამინისტროსთან (ან წამლის მარეგულირებელ ორგანოსთან) რეფერენს ლაბორატორიის შექმნა და კადრების ტრენინგება. ასევე ადგილობრივ საწარმოებში ხარისხის ლაბორატორიების ჩამოყალიბება.

– **ფარმაცევტული წარმოება:**

კანონმდებლობით ლოკალური GMP მოთხოვნების გამკაცრება, მათი ეტაპობრივი დანერგვა საქართველოს საწარმოებში და სათანადო ინსპექტირება.

– **რეცეპტის ინსტიტუტი:**

წამალთა გაცემის რეჟიმის სრულყოფა და რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი აპროქსიმაცია ევროგაერთიანების ქვეყნებთან.

– **წამალთა ფასი:**

წამალთა ფასზე სახელმწიფო ზედამხედველობის ეტაპობრივი დანერგვა და პრეპარატთა ჯგუფების მიხედვით სრული და ნაწილობრივი კომპენსაციის სისტემის შემოღება.

ბიბლიოგრაფია:

1. The use of essential drugs. Ninth report of the WHO Expert Committee (including the Revised Model List of Essential Drugs). Technical report series No.895. 2008.
2. WHO Indicators for monitoring national drug policies. A practical manual. Second edition 2000
3. WHO Guide to good prescribing. A practical manual 1995
4. WHO Guide to drug financing mechanisms 1998
5. WHO Quality assurance of pharmaceuticals. A compendium of guidelines and related materials. Volume 2. Good manufacturing practices and inspection 1999
6. WHO Guidelines for developing national drug policies. Geneva: World Health Organization; 1988.
7. WHO medicines strategy. Framework for action in essential drugs and medicines policy 2002-2003. Geneva: World Health Organization. WHO/EDM/2000
8. WHO. Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies. Report of the WHO Expert Committee on National Drug Policies. Geneva: World Health Organization; 1995. WHO/DAP/95.9.
9. Brudon-Jakobowicz P, Rainhorn J-D, Reich MR. Indicators for monitoring national drug policies. A practical manual. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1999. WHO/EDM/PAR/99.3.10.
10. MSH/RPM. Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. Washington D.C.: Management Sciences for Health, Rapid Pharmaceutical Management Project; 1995.11. WHO
11. Brudon-Jakobowicz P. Comparative analysis of national drug policies. EDM Research Series No.25. Geneva: World Health Organization; 1997. WHO/DAP/97.6.14.
12. How to develop and implement a national drug policy. WHO. The use of common stems in the selection of International Nonproprietary Names (INN) for pharmaceutical substances. Geneva: World Health Organization; 1997. WHO/EDM/QSM/99.6.19.
13. WHO. Marketing authorization of pharmaceutical products with special reference to multi-source (generic) products. A manual for a drug regulatory authority. Regulatory Support Series No.5. Geneva: World Health Organization; 1998. WHO/DMP/RGS/98.5.
14. WHO. Certification Scheme on the Quality of Pharmaceutical Products Moving in International Commerce. Geneva: World Health Organization; 1997. WHO/PHARM/82.4, Rev.5.48.
15. WHO. National laboratories for drug quality surveillance and control. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirt-eighth Report. WHO Technical Report Series No.917, Geneva: WHO; 2004.
16. WHO. Good laboratory practices in governmental drug control laboratories. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations, 2010



ელათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

ზაზა სოფრომაძე

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი

„წარმატება მოვა მაშინ, როცა ჩვენ მოვახდენთ რესურსებისა და ყურადღების კონცენტრირებას ხალხზე და არა მათ ავადობაზე“

ბან კი-მუნი, 2010 წლის სექტემბერი



ლელა შენგელია

მეან-გინეკოლოგი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამმართველოს უფროსი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

დედათა და პერინატალური ჯანმრთელობა წარმოადგენს პრიორიტეტს მთელი მსოფლიოსათვის. საერთაშორისო შეთანხმებისა და ადამიანის უფლებების დაცვის დეკლარაციის საფუძველზე, ქალთა და ბავშვთა უპირველესი უფლებათა, ჰქონდეთ უნივერსალური ხელმისაწვდომობა მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისებთან, მიუხედავად მათი რასის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა, კულტურული და რელიგიური კუთვნილებისა [1].

დედის ჯანმრთელობას განსაკუთრებული ადგილი ენიჭება საზოგადოების განვითარებაში, რადგან მას შეუცვლელი როლი აქვს, როგორც მოქალაქეს, ოჯახზე მზრუნველს და ხშირად როგორც ოჯახის ეკონომიკური უზრუნველყოფის გარანტს. ამიტომ თითოეული დედის სიკვდილი თუ ავადობა მძიმე ემოციურ და ფინანსურ ტვირთად აწვება ოჯახებსა და ქვეყანას [1].

დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ჩადებული ინვესტიცია არამარტო აუმჯობესებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრებ და მარგინალიზებულ ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, არამედ უზრუნველყოფს მათი ოჯახების სოციალურ სტაბილურობასა და

დაცულობას, გლობალურად კი ხელს უწყობს ქვეყნის პროდუქტიულობის გაზრდას და საზოგადოების ეკონომიკური კეთილდღეობის შენარჩუნებას [1, 2].

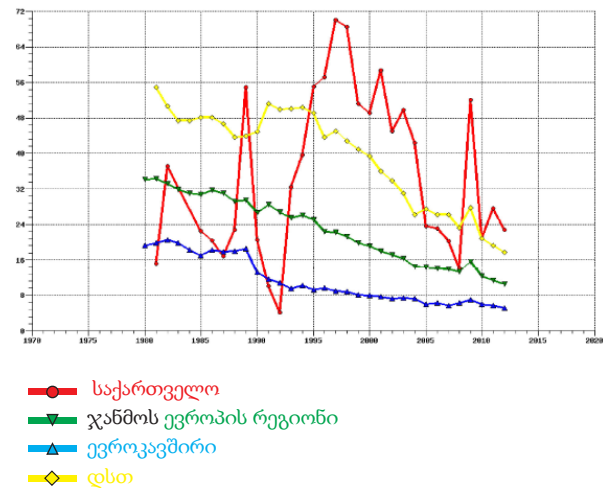
რამდენიმე ათწლეულია, რაც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა პრიორიტეტია მსოფლიოსათვის. 1978 წელს ალმა-ატის დეკლარაციის თანახმად, რომელიც ითვალისწინებდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას, მთავარი აქცენტი გაკეთდა სწორედ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეზე. „უსაფრთხო დედობა“ წარმოადგენდა 1994 წელს კაიროს კონფერენციის შეთანხმების ძირითადი განხილვის თემას, რაც საბოლოოდ აისახა კიდევ „კაიროს ჩარტერის“ საბოლოო მიზნებში. 1995 წელს კი პეკინში გამართულ ქალთა მსოფლიო კონფერენციაზე კიდევ ერთხელ გამახვილდა ყურადღება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მნიშვნელობაზე, რამაც საბოლოოდ ასახვა ჰპოვა 2000 წელს ათასწლეულის განვითარების დეკლარაციაში მე-4 და მე-5 მიზნების სახით [3].

საერთაშორისო ორგანიზაცია „The Partnership for Mother, Newborn and Child“ ჯანმოსთან ერთად ყოველწლიურად აფასებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში ქვეყნების მიერ აღებული პასუხისმგებლობების შესრულების პროგრესს 2010 წლის „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გლობალურ სტრატეგიასთან“ მიმართებაში. 2013 წლის შეფასების მიხედვით, გამოიკვეთა 4 ძირითადი მიმართულება: ოჯახის დაგეგმვა, ახალშობილთა ჯანმრთელობა, მოზარდთა ჯანმრთელობა და ადვოკატირება. ანალიზის შედეგად შემუშავებულ იქნა გლობალური რეკომენდაციები [3, 4].

მილენიუმის განვითარების მიზნების შეფასებითმა ანგარიშმა აჩვენა, რომ გლობალურად 2013 წელს, 1990 წელთან შედარებით, დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა 45%-ით და 100 000 ცოცხალშობილზე 210 გახდა. სამწუხაროდ, დედები და ბავშვები ჯანმოს ევროპის რეგიონში კვლავ ავადობენ და იღუპებიან იმ დაავადებებით, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელი იქნებოდა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომების დანერგვით სამედიცინო სერვისების მიწოდებისას. ჯანმოს ევროპის რეგიონში დედათა სიკვდილიანობის ოფიციალური მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე 1990 წლიდან 2008

წლამდე 35-დან 10.5-მდე შემცირდა. თუმცა გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის (MMEIG) შეფასებითი გათვლებით, 2013 წელს ჯანმოს ევროპის რეგიონში დედათა სიკვდილიანობის შეფარდებითმა მაჩვენებელმა 100000 ცოცხალშობილზე 17 შეადგინა / [5].

გრაფიკი 1: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე: საქართველო, ჯანმოს ევროპის რეგიონი, ევროკავშირი, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები



წყარო: ჯანმო, ევროპის რეგიონალური ოფისი, 2013 წელი

ჯანმო-მ შეისწავლა დედათა სიკვდილისა და ავადობის მიზეზები გლობალური მასშტაბით. მიზეზთა შორის სჭარბობს ისეთი დაავადებები, როგორცაა დიაბეტი, მალარია, აივ ინფექცია, სიმსუქნე, ისეთი პირდაპირი სამედიცინო მიზეზები, როგორცაა ძლიერი სისხლდენა (უმეტესად მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში), გესტაციური ჰიპერტენზია, ინფექციები, გართულებები მშობიარობისას, აბორტის შემდგომი გართულებები და თრომბოემბოლია [5, 6].

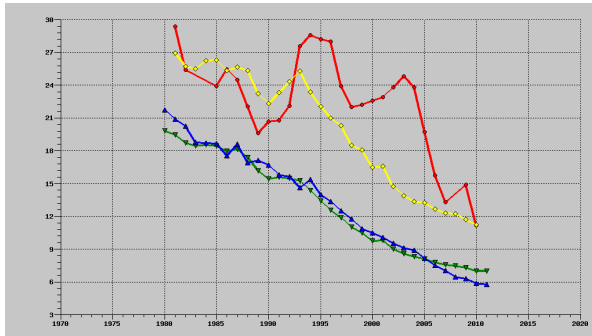
2012 წელს მსოფლიოში 6 მილიონი ბავშვი დაიღუპა ისეთი პრევენციას დაქვემდებარებული მდგომარეობებისაგან, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელი იყო მარტივი და ხელმისაწვდომი ინტერვენციებით [7].

როგორც გრაფიკი 2-დან ჩანს, შემცირდა ჩვილთა ანუ 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი როგორც ჯანმოს ევროპის რეგიონში, ისევე ყოფილი საბჭოთა სივრცის ქვეყნებში.

ჯანმო-მ შეისწავლა 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილისა და ავადობის მიზეზები გლობა-

ლური მასშტაბით. მიზეზთა შორის სჭარბობს ისეთი დაავადებები, როგორცაა ნაადრევ მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებები, პნევმონია, მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებები, დიარეა, მალარია. ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის მიზეზთა შორის ასევე დიდია მალნუტრიციის როლი [7].

გრაფიკი 2: ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე ევროპის რეგიონში, დსთ-სა და საქართველოში, 1980-2013 წლები



● საქართველო
▲ ჯანმოს ევროპის რეგიონი
■ ევროკავშირი
◆ დსთ

წყარო: ჯანმო, ევროპის რეგიონალური ოფისი, 2013 წელი

აღსანიშნავია, რომ ძლიერი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომელიც ოპერირებს სამედიცინო დაწესებულებებით, სადაც სამედიცინო სერვისების წარმოება ხდება კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ და რომელიც აღჭურვილია თანამედროვე სამედიცინო აპარატურითა და მედიკამენტებით, წარმოადგენს აუცილებელ პირობას იმისათვის, რომ გადაავარჩინოთ და შევიწარმნოთ დედებისა და ბავშვების სიცოცხლე და ჯანმრთელობა.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, როგორც ქვეყნის პრიორიტეტი

ათასწლეულის განვითარების მე-5 მიზანს წარმოადგენს 2015 წლისათვის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე. მიზნის ერთ-ერთი ამოცანაა დედათა სიკვდილიანობის შემცირება [9].

გაეროს სააგენტოების, დონორების, სხვადასხვა ქვეყნების წარმომადგენლებისა და სხვა დაინტერესებული პარტნიორების მიერ 2014

წლის გაზაფხულზე განხილული იქნა 2015 წლის შემდგომი განვითარების მიზნები. შემუშავებულ იქნა სტრატეგია და დასახულ იქნა მიზნები თითოეული ქვეყნისათვის იმისათვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული დედების გარდაცვალება პრევენციას დაქვემდებარებული დაავადებებითა თუ მდგომარეობებით. [8].

გაეროს სააგენტოთაშორისი ჯგუფის (MMEIG) შეფასებითი გათვლებით, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე 1990 წელს 63 შეადგენდა. შესაბამისად, ჩვენი ქვეყნისათვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის სამიზნე მნიშვნელობა 100000 ცოცხალშობილზე 2015 წლისათვის 16.0-ით განისაზღვრა [10].

იმავე ჯგუფის მონაცემებით, საქართველო მიეკუთვნება ე.წ. B ჯგუფს, ანუ ქვეყანას არ აქვს დედათა სიკვდილის შემთხვევების აღრიცხვის სრულყოფილი სისტემა. MMEIG-ის შეფასებით, 2013 წლისათვის დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითმა მაჩვენებელმა შეადგინა 41.0/100 000 ცოცხალშობილზე. ქვეყნის ოფიციალური სტატისტიკით კი, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა შეადგინა 27.7/100000 ცოცხალშობილზე. მონაცემთა შორის მოცემული სხვაობა დამაფიქრებელია და ქმედითი ნაბიჯების გადადგმას მოითხოვს.

დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევათა ანალიზის მიზნით დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის მიერ 2009 წლიდან წარმოებს დედათა სიკვდილის შემთხვევების აქტიური ზედამხედველობა. აქტიური ზედამხედველობის მონაცემთა ანალიზზე დაყრდნობით დედათა სიკვდილიანობის გამომწვევი მიზეზების დინამიკა შემდეგია: 2009 წელს მაღალი იყო (27%) დაუზუსტებელი მიზეზით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის წილი; მომდევნო წლებში დაუზუსტებელი მიზეზით დედათა გარდაცვალების შემთხვევების წილი მნიშვნელოვნად შემცირდა.

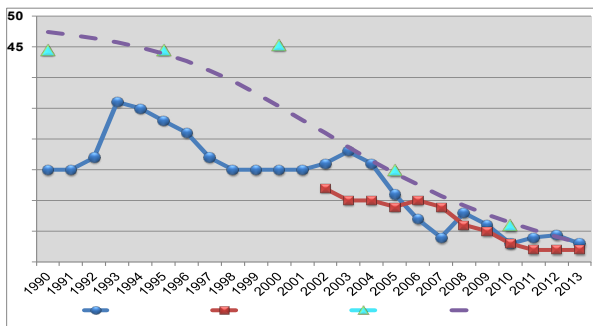
დედათა სიკვდილის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზს წარმოადგენს მელოგინეთა ინფექციები/სეფსისი. მისი წილი განსაკუთრებით გაიზარდა 2010 წელს, თუმცა 2011 წელს თითქმის 3-ჯერ შემცირდა. ასევე მაღალია სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გარდაცვლილ დედათა პროცენტული წილი. ბოლო წლებში გრიპის ეპიდემიებმა გამოიწვია ამ ავადმყოფობათა წილის გაზრდა, თუმცა აღსანიშნავია, რომ

2011 წელს სასუნთქი სისტემის დაავადებებით გარდაცვლილ დედათა პროცენტული წილი 4.5%-ით შემცირდა. 2011 წელს დედათა სიკვდილიანობის გამომწვევ მიზეზთა შორის გამოიკვეთა ისეთი დაავადებები, რომლებიც მანამდე არ გვხვდებოდა. მაგალითად, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი და რესპირატორული დისტრეს სინდრომი. 2012-2013 წლების ტენდენციებმა აჩვენა, რომ კვლავ მაღალია დედათა გარდაცვალება ორსულობის ისეთი გართულებებით, როგორცაა პრეეკლამფსია/ეკლამფსია, სეფსისი და ა.შ., მაშინ როცა დაავადებათა გამოვლენა ანტენატალურ პერიოდში მკვეთრად დაბალია [11].

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით (1985 წ.), საკეისრო კვეთების რაოდენობა ქვეყანაში ზოგადად და ასევე ცალკეულ სამშობიარო სახლში მშობიარობათა საერთო რიცხვის 10-15%-ს არ უნდა აღემატებოდეს, თუმცა საკეისრო კვეთების რაოდენობა ინარჩუნებს ზრდის ტენდენციას ევროპის რეგიონსა და დსთ-ს ქვეყნებში. 2011 წელს ევროპის რეგიონში საკეისრო კვეთების წილი საშუალოდ 22.3%-ს შეადგინდა. რეგიონში საკეისრო კვეთების წილი მაღალია მოსახლეობის იმ ნაწილში, რომელიც მიეკუთვნება საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ჯგუფებს.

ბოლო წლებში, საქართველოში საკეისრო კვეთების პროცენტული წილი მშობიარობების საერთო რაოდენობაში იზრდება. 2013 წელს საკეისრო კვეთების პროცენტულმა წილმა 37.3% შეადგინა. 5 წლის განმავლობაში საკეისრო კვეთების წილი გაიზარდა 12.2%-ით. პოსტსაბჭოთა ქვეყნების მონაცემებით, საკეისრო კვეთებთან მიმართებაში საქართველო პირველ ადგილზეა.

გრაფიკი 3: დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე საქართველო, 1999-2013 წ.წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2013

ჩვენი ქვეყნის რეალობიდან გამომდინარე, პირველი საკეისრო კვეთა არის გარანტირებული რისკი მომდევნო საკეისრო კვეთისათვის, ვინაიდან ქვეყანაში არ არის დანერგილი ე.წ. „TOLAC“-ის მეთოდი ანუ ვაგინალური მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ.

2013 წელს სახელმწიფოს მიერ გადადგმული იქნა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები საკეისრო კვეთების რაოდენობის შემცირების მიზნით, კერძოდ, შემუშავებული და დამტკიცებულ იქნა საკეისრო კვეთის მართვის პროტოკოლი, რომლის მიხედვითაც განსაზღვრულ იქნა საკეისრო კვეთის ჩვენებები და უკუჩვენებები.

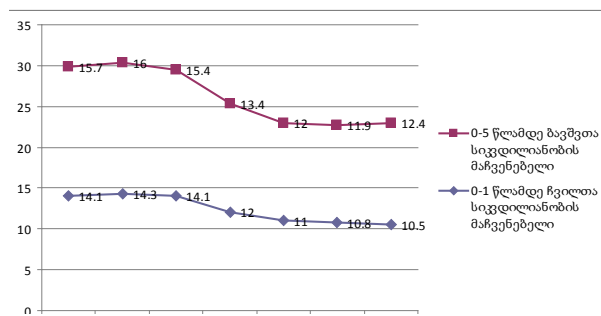
ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანს 5-წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის 2/3-ით შემცირება წარმოადგენს. 5-წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ერთ-ერთ უმთავრეს ინდიკატორს წარმოადგენს ბავშვთა ჯანმრთელობის, მოვლისა და მათი ნუტრიციული სტატუსის შესაფასებლად.

ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების გაეროს სააგენტოთაშორისი ჯგუფი (IGME) შეფასებითი გათვლებით, საქართველოში 1990 წელს 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 47 შეადგენდა. შესაბამისად, 2015 წლისათვის საქართველოსთვის 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის სამიზნე მნიშვნელობა 1000 ცოცხალშობილზე 16.0-ით განისაზღვრა. IGME-ს შეფასებით, 2013 წელს საქართველოში 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 1000 ცოცხალშობილზე 13 შეადგინა. / ამასთან ქვეყნის ოფიციალური სტატისტიკისა და IGME-ს შეფასებითი მაჩვენებელი მაქსიმალურად დაუახლოვდა ერთმანეთს. ოფიციალური სტატისტიკით, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 1000 ცოცხალშობილზე იმავე წელს 12.4 შეადგინა [12]. ამრიგად, საქართველოში 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის კუთხით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება აღინიშნება. ათასწლეულის განვითარების ერთ-ერთი მიზანი შესრულებულია. ქვეყანამ შეძლო ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება უფრო მეტად, ვიდრე ეს დასახული იყო.

მიუხედავად ამისა, ქვეყანაში ჯერ კიდევ ილუპებიან ბავშვები თავიდან აცილებადი დაავადებებით. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2013 წელს 5 წლამდე ბავშვთა ავადობის ინციდენტობამ 5 წლამდე ასაკის 100 ბავშვზე შეადგინა 683.9. დაავადებათა შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სუნთქვის ორგანოების, ინფექციურ და პარაზიტულ ავადმყოფობებს. ასევე მაღალი ინციდენტობით გამოირჩევა ყურის და დვრილისებრი მორჩის, კანის და კანქვეშა უჯრედების, სისხლის და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები [13].

გრაფიკი 4: 0-1 წლის ჩვილთა და 0-5 წლის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო, 2007-2013 წ.წ.



წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2013

თანდაყოლილი ანომალიების ინციდენტობა ბოლო წლების განმავლობაში იცვლება „ტალღისებურად“. 2010 წლიდან აღინიშნება თანდაყოლილ ანომალიათა მატება. 2013 წელს თანდაყოლილ ანომალიათა ინციდენტობამ 11,1 შეადგინა. 2011-2013 წლებში თანდაყოლილ ანომალიათა გამოვლენა ახალშობილთა სახელმწიფო სკრინინგ პროგრამის იმპლემენტაციის შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა. თანდაყოლილი ანომალიების ადრეული გამოვლენა აუცილებელია იმისათვის, რომ თავიდან აცილებულ იქნას ხანგრძლივი ავადობა და ინვალიდობა, რაც მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური და ეკონომიური ტვირთია არამარტო ცალკეული ინდივიდისა და ოჯახისთვის, არამედ მთლიანად საზოგადოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისათვის. ამავე დროს შესაძლებელია ზოგიერთი თანდაყოლილი ანომალიის პრევენცია განხორციელდეს პერინატალურ პერიოდში. მაგალითად, ფოლიუმის მჟავის მიღებით ორსულობამდე 2 თვით ადრე და ორსულობისას 12 კვირის

განმავლობაში, რაც ამცირებს ნერვული ღეროს დეფექტის განვითარების რისკს.

ძუძუთი კვება ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ გზას წარმოადგენს ბავშვთა სიცოცხლის შენარჩუნებისა და ჯანმრთელი მომავლის აღზრდისათვის. თუკი მსოფლიოში ყველა ახალშობილი ძუძუთი კვებას დაიწყებს სიცოცხლის პირველი საათის განმავლობაში და მომდევნო 6 თვის განმავლობაში გააგრძელებს ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებას, მაშინ დაახლოებით 220 000 ახალშობილის გადარჩენა გახდება შესაძლებელი მსოფლიო მასშტაბით [14].

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2013 წლის მონაცემებით, ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ახალშობილთა რაოდენობა დაბადებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში, წინა წლებთან შედარებით, შემცირებულია, პროცენტულმა მაჩვენებელმა შეადგინა 95.3%. საკმაოდ დაბალია ძუძუზე დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში მიყვანილ ახალშობილთა რაოდენობა – 69.4%. ბოლო წლების დინამიკა ცხადყოფს, რომ დაბადებიდან პირველ საათებში ახალშობილებში ძუძუთი კვების რაოდენობა წლების მანძილზე იზრდება, რაც დადებით ტენდენციას წარმოადგენს [13].

სახელმწიფო ახორციელებს სხვადასხვა სახის ვერტიკალურ პროგრამას, რომლის მიზანია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და საბოლოო ჯამში დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილის შემთხვევების შემცირება. საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი, რომლის ბენეფიციარიც არის საქართველოს თითქმის მთელი მოსახლეობა, სხვა სამედიცინო სერვისებთან ერთად ფარავს ასევე მშობიარობისა და საჭიროების შემთხვევაში საკეისრო კვეთის დანახარჯებს.

მომავლის ხედვა

ჯანმოს ხელშეწყობითა და უშუალო მონაწილეობით მსოფლიოში ინერგება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებისადმი ინტეგრირებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ხარჯთეფექტური მიდგომა. ასეთ მიდგომას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარ-

რობის შემდგომ პერიოდში. იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საქართველოში, საჭიროა სწორედ ზემოთ აღნიშნული მიდგომების დანერგვა, რაც პერინატალური სამსახურის გაძლიერების საწინდარი გახდება. ორსულობისა და მშობიარობის ინტეგრირებული მართვა ზრდის ხელმისაწვდომობას ხარისხიან ჯანმრთელობის სერვისებზე და ამცირებს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობას. იგი წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომას, რომლის განხორციელებაშიც საჭიროა ჩაერთოს სამედიცინო პერსონალი, სათემო საზოგადოება და ოჯახის წევრები [15].

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს ინიციატივით შეიქმნა „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო“. მასში გაერთიანებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე წამყვანი ექსპერტები და საერთაშორისო ორგანიზაციები. საბჭოს ძირითადი ამოცანებია: ქვეყანაში დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემებისა და არსებული ანტი-, პერი- და პოსტნატალური სამსახურის სიმძლავრეების შეფასება, ანალიზის საფუძველზე ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება და სახელმწიფო პრიორიტეტების განსაზღვრა. ასევე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უსაფრთხო დედობის, ჩვილ და მცირეწლოვან ბავშვთა ჯანმრთელობისა და განვითარების სერვისების უწყვეტობის, თანმიმდევრულობისა და ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით საკანონმდებლო, პროგრამული და ადმინისტრაციული ღონისძიებების განხორციელება.

დაავადებათა კონროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ინიციატივითა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით, საქართველოში იწყება „დაბადების რეგისტრის“ დანერგვა. დაბადების რეგისტრი საშუალებას მოგვცემს, რომ უზრუნველყოთ სამედიცინო სერვისების მიწოდების უწყვეტობა ანტენატალურ, მშობიარობისა და პოსტნატალურ პერიოდში. ასევე საშუალებას მოგვცემს, რომ შეფასდეს დედათა და ბავშვთა ავადობის ტვირთი, დროულად მოხდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღება და ხარჯთეფექტური ინტერვენციების დანერგვა. დედათა

სიკვდილის შემთხვევების შემცირების მიზნით, დაავადებათა კონროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა აქტიურ ეპიდზედამხედველობას, რომლის განუყოფელ ნაწილსაც წარმოადგენს დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ეპიდზედამხედველობა. მონაცემთა შეგროვება ხდება ადგილობრივ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებთან მჭიდრო თანამშრომლობით. ინფორმაციის გენერირება ხდება დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ-ინტეგრირებულ სისტემაში. 2015 წლიდან კი დაიწყება 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის აქტიური ზედამხედველობა.

მნიშვნელოვანია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება. ამ მხრივ სახელმწიფომ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა, კერძოდ, უკვე დაწყებულია რეგიონალიზაციის გეგმის საპილოტე პროგრამის განხორციელება და რეფერალის სისტემის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა. აღნიშნული პროცესები ასევე გაზრდის ხელმისაწვდომობას ხარისხიან სამედიცინო სერვისებზე, შეამცირებს დედათა და ბავშვთა ავადობას და სიკვდილიანობას.

ყოველწლიურად მიმდინარეობს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის რისკფაქტორებისა და დეტერმინანტების შეფასება და რეკომენდაციების შემუშავება დაავადებათა კონროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ. საჭიროა შემუშავებული რეკომენდაციების უფრო აქტიური ადვოკატირება, იმისათვის რომ გაუმჯობესდეს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საქართველოში.

საჭიროა აქტიურად მუშაობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით. კერძოდ, ოჯახის დაგეგმვის სერვისები უნდა ჩაერთოს ჯანმრთელობის უნივერსალურ პაკეტში და გახდეს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის ნაწილი, რაც ხელს შეუწყობს უსაფრთხო დედობის ინსტიტუტის გაძლიერებას ქვეყანაში. თავის მხრივ, ეს იქნება წინ გადადგმული ნაბიჯი იმისათვის, რომ შემცირდეს აბორტების რაოდენობა, გაიზარდოს თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოხმარება და თითოეული ბავშვი გახდეს სასურველი.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებისათვის და ხელმისაწვდომო-

ბის გაზრდის მიზნით მიზანშეწონილია აღნიშნულ საკითხებზე მომუშავე სამთავრობო, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და პროფესიული ორგანიზაციების კოორდინირებული მუშაობა.

სიტუაციის ანალიზიდან გამომდინარე, აუცილებლობას წარმოადგენს უწყვეტი სამედიცინო განათლების განახლება, რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას.

საჭიროა მოსახლეობის განათლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ. აქტიური საგანმანათლებლო/საინფორმაციო კამპანია უნდა ჩატარდეს სხვადასხვა მიზნობრივ ჯგუფებთან. კერძოდ, განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს მოზარდ-ახალგაზრდობის განათლებაზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ზოგადად ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ.

ბიბლიოგრაფია

1. European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf
2. United Nations. Global Strategy for Women's and Children's Health. Available from: <http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/>
3. World Health Organization. Millennium Development Goals Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/
4. World Health Organization. The PMNCH 2013 Report. Analysing Progress on Commitments to the Global Strategy for Women's and Children's Health Available from: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/2013_pmnch_report/en/
5. World Health Organization. Maternal mortality. New information on causes of death. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/en/>
6. World Health Organization. Maternal mortality. Fact sheets. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
7. World Health Organization. Children: reducing mortality. Fact sheets. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>
8. World Health Organization. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality. Consensus statement. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1
9. World Health Organization. Maternal and newborn health. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/maternal-and-newborn-health>
10. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>
11. World Health Organization. European Health for All database (HFA-DB) Available from: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
12. World Health Organization. Levels and Trends in Child Mortality Report 2014. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2014/en/
13. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი სტატისტიკური ცნობარი 2013.
14. World Health Organization. 10 facts on breastfeeding. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
15. World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/activities-and-tools>



სოლიდარობა ჯანმრთელობისა და სოსიანური დასვის სფეროში

მარიამ ჯავში

საქართველოს სოლიდარობის ფონდის აღმასრულებელი დირექტორი

ათწლეულების მანძილზე მსოფლიოში მრავალმხრივი გამოცდილება დაგროვდა სოლიდარობის პრინციპით განხორციელებული პოლიტიკისა და ცალკეული ინიციატივების კუთხით, რომ რთულია ყოვლისმომცველი ინფორმაციის შეჯერება სოლიდარობის პრინციპით განხორციელებული საერთაშორისო თუ ადგილობრივი პოლიტიკისა თუ პროგრამების შესახებ.

საქართველოც დგამს პირველ ნაბიჯებს სოლიდარული საზოგადოების ფორმირების გზაზე 2014 წელს სოლიდარული საზოგადოების ფორმირების გზაზე 2014 წელს საქართველოს პრემიერ-მინისტრის ინიციატივით შექმნილი „საქართველოს სოლიდარობის ფონდის“ პროგრამებით.¹

„სოლიდარობის“ ძირითადი დეფინიციები და პრინციპები საერთაშორისო განვითარების ინიციატივებში

ეტიმოლოგიის თვალსაზრისით „სოლიდარობის“ საფუძვლად ლათინური solidus („ერთი-მთლიანი“) და ფრანგული solidarité („ერთი-ერთდაკავშირებული“) სიტყვები მიიჩნევა. განმარტებებს შორის კი „სოლიდარობის“ ერთ-ერთ საუკეთესო დეფინიციას American Heritage-ის ინგლისური ენის განმარტებითი ლექსიკონი იძლევა: „სოლიდარობა – კონკრეტული ჯგუფის წარმომადგენლებს შორის არსებულ საერთო ინტერესებს, მიზნებსა და განწყობებს

აღნიშნავს“.² შესაბამისად სოლიდარობის პრინციპებზე დაფუძნებული ინიციატივები ყველაზე ხშირად კონკრეტული ჯგუფის (თემის) უფლებების დეკლარირებისა და ამ უფლებათა დაცვის მიზნით მიმართული ღონისძიებების სახით ვლინდებოდა როგორც ადგილობრივ, ასევე საერთაშორისო დონეზე.

ისტორიულად სოლიდარობის გამოხატულებას ყველაზე ხშირად დასაქმებულთა შრომის უფლებების კოლექტიური დაცვის მექანიზმებში ვხვდებით და დღეისათვის მოქმედი რიგი სოლიდარობის ინიციატივებისა სწორედ დასაქმებულთა უფლებების ერთსულოვანი დაცვისათვის არის მოწოდებული. შრომითი უფლებების დაცვის კუთხით ევროპის ქვეყნების უახლესი ისტორიის ყველაზე თვალსაჩინო მაგალითს 1980 წელს პოლონეთში ფართომასშტაბიანი გაფიცვებისა და მასთან ასოცირებული პოლიტიკური მოვლენების ფონზე ლეხ ვალესასა და მისი თანამოაზრეების მიერ შექმნილი პირველი დამოუკიდებელი პროფკავშირი „სოლიდარობა“ წარმოადგენს.

მე-20 საუკუნის მე-2 ნახევრიდან და განსაკუთრებით ბოლო ათწლეულში სოლიდარობის პრინციპი აქტუალური ხდება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პოლიტიკასა და პროგრამებში. ჯერ კიდევ 1945 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წესდება³ სწორედ ხალხთა შორის სოლიდარობის პრინციპებზე ფუძნდება. საერთაშორისო სამართლის სპეციალისტები მიიჩნევენ, რომ

გაეროს წესდებაში გაჟღერებული კოლექტიური უსაფრთხოების პრინციპი მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდში სოლიდარობის ერთ-ერთი ყველაზე ნათელი გამოხატულებაა.⁴

მე-20 საუკუნის მიწურულს „სოლიდარობის პრინციპი“ არამცთუ კარგავს აქტუალობას, არამედ უფრო მკაფიო პრიორიტეტად წარმოჩინდება საერთაშორისო განვითარების პლატფორმებში. 2000 წელს მსოფლიო თანამეგობრობის ლიდერები ათასწლეულის განვითარების დეკლარაციაში ნათლად უსვამენ ხაზს „სოლიდარობას“ როგორც 21-ე საუკუნის საერთაშორისო ურთიერთობებში უმნიშვნელოვანეს ღირებულებას⁵ და რომ ათასწლეულის მიზნების მიღწევა მხოლოდ ძლიერი საერთაშორისო სოლიდარობისა და თანამშრომლობითი პროგრამებით იქნება შესაძლებელი.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია „სოლიდარობის“ პრინციპი ევროკავშირის ქვეყნებისათვის. ევროკავშირის ფუნდამენტალური უფლებების წესდების 6 ძირითად პრინციპს შორის „სოლიდარობა“ ერთ-ერთ უმთავრეს ღირებულებად სახელდება და წესდების მე-4 თავი „სოლიდარობა“ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა დაცვის გარანტიებს ეხება. „ევროკავშირი ეფუძნება ადამიანის ღირსების, თავისუფლების, თანასწორობისა და სოლიდარობის განუყოფელ და უნივერსალურ ღირებულებებს“ – ნათქვამია ევროკავშირის ფუნდამენტალური უფლებების წესდების პრეამბულაში.⁶

გლობალურად სიღარიბის დაძლევისა და ჰუმანური განვითარების მიზნების მისაღწევად სოლიდარობის პრინციპის მნიშვნელობის გათვალისწინებით გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ 20 დეკემბერი „ადამიანთა შორის სოლიდარობის საერთაშორისო დღედ“ გამოაცხადა.⁷

სოლიდარობის გლობალური ინიციატივები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში

გაეროს ათასწლეულის განვითარების მიზნების (Millennium Development Goals) მისაღწევად და სიღარიბის დასაძლევად ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციალური პროგრამების ფინანსური მდგრადობის უზრუნველსაყოფად, მსოფლიო თანამეგობრობამ 2000 წლიდან დაიწყო საზოგადოებრივი და კერძო

სექტორების თანამშრომლობითი (Public-Private Partnerships) ინიციატივები. აღნიშნულმა წამოწყებებმა სამართლიანობისა და სოლიდარობის პრინციპებზე დაყრდნობი თ საფუძველი ჩაუყარა სოციალური პროექტების დაფინანსების ახალ, ე.წ. ინოვაციურ მექანიზმებს (innovative financing mechanisms). მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, სოციალური პროგრამებისათვის ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმებით, მათ შორის სოლიდარობის გადასახადების გზით, მობილიზებულმა რესურსებმა 2000-2008 წლებში 57.1 მილიარდი აშშ დოლარი შეადგინა.⁸

კონცეპტუალურად დაფინანსების ინოვაციური მექანიზმი ეხმიანება გლობალური საზოგადო სიკეთის ცნებას და მიმართულია მოსახლეობის განვითარებაზე გლობალიზაციის უარყოფითი ზეგავლენის შესამცირებლად. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისათვის დაფინანსების ინოვაციური მექანიზმები დღეისათვის უკვე წარმოადგენს ოფიციალური განვითარებადი დახმარების (official development assistance) პარალელურად დაფინანსების დამატებით წყაროს.⁹ ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმის განმარტება მრავლობითია, თუმცა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამებისათვის ყველაზე აქტუალური შემდეგი ინსტრუმენტებია:

- ა. ინოვაციური მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოს საჯარო და კერძო სექტორიდან შემოსავლებისა და შემოწირულობების აკუმულირებას და საზოგადოებრივ პროგრამებზე მიმართვას;
- ბ. შემოსავლების ახალი წყაროები (მაგ.: ახალი გადასახადები ან ნებაყოფლობითი კონტრიბუციები), რომლებიც მრავალწლიანი შეთანხმების საფუძველზე უზრუნველყოფს სოციალური პროგრამების დაფინანსებას;
- გ. ახალი წამახალისებელი მექანიზმები (ფინანსური გარანტიები, კერძო სექტორის კორპორატიული პასუხისმგებლობები, სხვა.) რომელიც ხელს უწყობს კერძო სექტორის ჩართულობასა და უშუალო მონაწილეობას სოციალური განვითარების პროგრამებში.

როგორც განვითარებულმა, ასევე განვითარებადმა ქვეყნებმა აღიარეს ჰუმანური განვითარებისა და სოციალური პროექტების დაფინანსებისათვის ალტერნატიული გზების ძიების აუცილებლობა.

დაფინანსების ინოვაციური მექანიზმები იხილება ისეთი მაღალი დონის საერთაშორისო შეხვედრებზე, როგორც არის გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის სპეციალური სესიები, G-8, G-20 სამიტები და ევროკავშირის ფორუმები. განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია 2002 წელს მონტერეის საერთაშორისო კონფერენცია ჰუმანური განვითარებისათვის საერთაშორისო დაფინანსების საკითხებზე.¹⁰ 2004 წელს გაეროს გენერალური ასამბლეის პარალელურმა სესიამ იმსჯელა ჯანდაცვისა და აივ/შიდსის დაფინანსების სფეროში ე.წ. „სოლიდარობის გადასახადების“ დაწესების შესაძლებლობაზე.¹¹ 2005 წელს მსოფლიო სამიტზე¹² დამატებით იხილება საჯარო, კერძო, ადგილობრივი

და საგარეო დაფინანსების ინოვაციური წყაროები და ამავე წელს მსოფლიოს 79 ქვეყანა მხარს უჭერს ჰუმანური განვითარებისათვის ინოვაციური დაფინანსების დეკლარაციას.¹³

ამავე პერიოდში იწყება საუბარი „სოლიდარობის გადასახადების წამყვან ჯგუფზე“, რომელიც მოგვიანებით 2006 წელს საფრანგეთის მთავრობის ხელმძღვანელობით „ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმების წამყვანი ჯგუფის სახელით“ ფუნქციონირებდა.¹⁴ საფრანგეთის საერთაშორისო და ეკონომიკური ურთიერთობების სამინისტრო სათავეში უდგება სამდივნოს, რომელშიც დღეისათვის 63 ქვეყანა, გაეროს სააგენტოები, საერთაშორისო ორგანიზაციები და ფონდები ერთიანდება (იხ. 1-ლი გრაფა).

გრაფა 1. საერთაშორისო განვითარებისათვის ინოვაციური დაფინანსების წამყვანი ჯგუფი (Leading Group on Innovative Financing for Development)

წევრი და დამკვირვებლის სტატუსის მქონე ქვეყნები: ალჟირი, ავსტრია, ბანგლადეში, ბელგია, ბენინი, ბრუნაი, ბრაზილია, ბურკინა ფასო, ბურუნდი, კამბოჯა, კამერუნი, კვიპ-ვერდე, ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკა, ჩილე, ჩინეთი, კონგო, კვიპროსი, ჯიბუტი, ეკვატორი, ეგვიპტე, ეთიოპია, ფინეთი, საფრანგეთი, გაბონი, გერმანია, გვატემალა, გვინეა, გვინეა-ბისაუ, ჰაიტი, ინდონეზია, იტალია, სპილოს ძვლის სანაპირო, იაპონია, იორდანია, ლიბანი, ლიბერია, ლუქსემბურგი, მადაგასკარი, მალი, მავრიტანია, მექსიკა, მაროკო, მოზამბიკი, ნამიბია, ნიდერლანდები, ნიკარაგუა, ნიგერი, ნიგერია, ნორვეგია, პოლონეთი, რუმინეთი, საო ტომე და პრინციპე, საუდის არაბეთი, სენეგალი, სიერა ლეონე, სამხრეთ კორეა, ესპანეთი, შრი ლანკა, ტოგო, გაერთიანებული სამეფო, ურუგვაი და ევროკომისია.

საერთაშორისო ორგანიზაციები: Asian Development Bank, African Development Bank, Commonwealth Secretariat, FAO, GAVI Alliance, the Global Fund, IFAD, IMF, Inter-American Development Bank, ILO, OIF, OECD, UN, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WFP, WHO, World Bank

ფონდები: Bill and Melinda Gates Foundation

არასამთავრობო ორგანიზაციები: ABONG, Acción, ACF – Action contre la faim, Act Up Paris, AIDES, Altermonde, Attac, Care, Citizens’ Coalition for Economic Justice (CCEJ), CCFD, CONCORD, CONGAD, Coordination Sud, Development Initiatives, Forum de la Jeunesse Issue des Migrations (FOJIM), Halifax-initiative, Kulima, Mani Tese, the North-South Institute, Results Japan, Stamp out Poverty, Synergies Africaines, Tax Justice Network, Ubuntu, World Economy, Ecology & Development

შუშალოდ ჯანდაცვის სისტემებში საერთაშორისო ინოვაციური დაფინანსების მაღალი დონის სამუშაო ჯგუფი (The High-Level Task-force on Innovative International Financing for Health Systems)¹⁵ 2008 წლის სექტემბერში იქმნება მსოფლიო ბანკის პრეზიდენტისა და გაერთიანებული სამეფოს პრემიერ-მინისტრის თანა-თავმჯდომარეობით. აღნიშნულმა გუნდმა 2009 წელს საერთაშორისო

თანამეგობრობას წაურდგინა კონკრეტული რეკომენდაციები¹⁶, თუ რა შესაძლებლობები არსებობს ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმებით ჯანდაცვის პროგრამებისათვის მეტი ფინანსური რესურსების მოსაძიებლად. რეკომენდაციები მოიცავდა როგორც ეროვნულ, ასევე საერთაშორისო დონეზე სოლიდარობის გადასახადების დანერგვასა და გაფართოვებას (მაგ.: თვითმფრინავის ბილეთებზე, თამბაქოს

პროდუქციასა და საერთაშორისო საბანკო გადარიცხვებზე). ასევე განიხილებოდა ეროვნულ დონეზე როგორც სავალდებულო, ასევე ნებაყოფლობითი მცირე დონაციების პროექტების შემუშავება და გაფართოვება.

ყველაზე ფართომასშტაბიანი პროექტები, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროში ხორციელდება:

- (1) UNITAID – ორგანიზაცია, რომელიც 2006 წელს შეიქმნა საფრანგეთის, ბრაზილიის, ჩილეს, ნორვეგიისა და გაერთიანებული სამეფოს თანა-სპონსორობით¹⁷ და რომელიც აღნიშნულ 5 ქვეყანაში თვითმფრინავის ბილეთებზე დაწესებული გადასახადიდან თანხის ნაწილს რიცხავს შიდსის, მალარიისა და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკური და სამკურნალო საშუალებების გლობალურ ფონდში. დღეისათვის ფონდში 9 ქვეყანა მონაწილეობს ავია-ბილეთებზე გადასახადის სახით, ხოლო ათეულობით ქვეყანა და საერთაშორისო ფონდები – კონკრეტული დონაციებით. 2012 წლისათვის UNITAID-მა 2 მილიარდ აშშ დოლარზე მეტი რესურსის მობილიზება და შიდსის, მალარიისა და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის 200 მილიონზე მეტი ინტერვენციის მხარდაჭერა შესძლო. გარდა ამისა, გლობალური მასშტაბის პროექტებით ფონდმა უზრუნველყო სამივე დაავადების დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიებისა და სამკურნალო მედიკამენტების ფასების მნიშვნელოვანი შემცირება.
- (2) Product (Red)-ის¹⁸ კოალიციაში გაერთიანებულია მსოფლიოში ცნობილი საწარმოები (Nike, American Express (UK), Apple Inc., Starbucks, Converse, Gap, Emporio Armani, სხვა), რომლებიც Product (Red) მარკით აღნიშნული პროდუქტების გაყიდვებიდან შემოსულ თანხას შიდსის პროგრამების გლობალურ ფონდში რიცხავს. 2013 წლისათვის პროექტის ფარგლებში 170 მილიონი აშშ დოლარი იქნა მობილიზებული და 7.5 მილიონი პაციენტის მკურნალობა დაფინანსებული.
- (3) Check Out for Children – გაეროს ბავშვთა ფონდის ინიციატივა, რომელიც 1995 წლიდან Starwood-ის სასტუმროთა ქსელში სტუმრების ნებაყოფლობით დონაციებით

აფინანსებს ბავშვთა ჯანმრთელობის, განათლებისა და განვითარების პროგრამებს.¹⁹ პროექტი თავდაპირველად ევროპის რეგიონში დაიწყო და ეტაპობრივად გავრცელდა აფრიკის, ახლო აღმოსავლეთისა და აზიის ქვეყნებში. პროექტის ფარგლებში 30 მილიონზე მეტი აშშ დოლარის მობილიზება და ბავშვთა ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების დაფინანსება გახდა შესაძლებელი.

- (4) International Financing Facility for Immunization (IFFI) – იმუნიზაციის დაფინანსების საერთაშორისო მექანიზმი²⁰, რომელიც 2006 წელს შეიქმნა და რომელიც საერთაშორისო საფინანსო ბირჟებიდან ბონდების სახით უზრუნველყოფს იმუნიზაციის პროგრამების დაფინანსებას მსოფლიოს 70 დაბალ- და საშუალო-შემოსავლის ქვეყნებში. საერთო ჯამში აღნიშნულმა ინიციატივამ 1.2 მილიარდი აშშ დოლარის მობილიზაცია მოახდინა.
- (5) ჯანდაცვის სფეროში სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული ერთ-ერთი უახლესი ინიციატივა 2014 წელს ებოლას აფეთქების დროს იწყება. სახელმწიფოთაშორისი ორგანიზაცია დასავლეთ აფრიკის სახელმწიფოთა ეკონომიკური თემის ბაზაზე (Economic Community of West African States – ECOWAS), რომელიც 1975 წელს შეიქმნა²¹ 2014 წლის ივლისში ებოლას კრიზისის საპასუხოდ ქმნის რეგიონალურ სოლიდარობის ფონდს.²² ფონდის მიზანია ხელი შეუწყოს ECOWAS-ის 15 წევრ-სახელმწიფოში ებოლას ვირუსის გავრცელების პროფილაქტიკასა და ეპიდ-აფეთქების ეფექტურ მართვას საინფორმაციო და ტექნიკური ექსპერტიზის საშუალებებით.
- (6) 2009 წელს Innovative Financing for Development პარიზის კონფერენციამ მიიღო დეკლარაცია საერთაშორისო საფინანსო (საბანკო) გადარიცხვებიდან მიღებული შემოსავლებით სიღარიბის დაძლევის პროექტების დასაფინანსებლად.

ინდივიდუალური ქვეყნებისა და რეგიონების დონეზე გამოცდილებითა და პროექტების მასშტაბურობით აღსანიშნავია შემდეგი მაგალითები:

(1) ევროკავშირის სოლიდარობის ფონდი – 2002 წელს შექმნილი პლატფორმა ევროპის რეგიონში სტიქიური უბედურებების ან სხვა საგანგებო სიტუაციების შედეგად დაზარალებული ქვეყნების მხარდასაჭერად.²³ დღემდე ფონდის მხარდაჭერით 49 საგანგებო სიტუაცია დაფინანსდა 2.3 მილიარდი ევროს მოცულობით წყალდიდობების, მიწისძვრებისა და გვალვების შედეგად მიყენებული ზარალის ასანაზღაურებლად.²⁴ ფონდი, ისევე როგორც ევროკავშირის ძირითადი საქმიანობები და საგრანტო პროგრამები ფინანსდება ევროკავშირის წევრი-ქვეყნების შენატანებით (ქვეყნების მთლიანი შიდა შემოსავლების GNI 1.23% ოდენობით). დაფინანსების დამატებით წყაროებს ასევე განეკუთვნება საბაჟო მოსაკრებელი და ე.წ. „შაქრის გადასახადი“ (შაქრის, იზოგლუკოზისა და ინულინის სიროპის იმპორტისა და რეალიზაციის დროს).

(2) შვეიცარიის სოლიდარობის ფონდი – არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელიც სატელევიზიო და რადიო გადაცემების საშუალებით ინდივიდუალური დონორებისაგან მობილიზებული თანხით აფინანსებს საერთაშორისო ჰუმანიტარულ პროექტებს, ხოლო ფონდის საბანკო ანგარიშებიდან შემოსული დივიდენდებით უზრუნველყოფს შვეიცარიის მოქალაქეების (მაგ. სოციალურად დაუცველი დედებისა და ბავშვების) სოციალურ საჭიროებებს. 2011 წელს ფონდში 62 მილიონი შვეიცარული ფრანკის მობილიზება მოხდა.²⁵

(3) გერმანიის სოლიდარობის გადასახადი – საშემოსავლო და კორპორატიული გადასახადებიდან 5.5%, რომელიც ბერლინის კედლის დანგრევის შემდეგ აღმოსავლეთ გერმანიის რეაბილიტაციისათვის იქნა შემოღებული. აღნიშნული გადასახადის მიმართ შეხედულებები არაერთგვაროვანია, თუმცა სოლიდარობის გადასახადი 2019 წლის ბოლომდე იქნება ძალაში და მიზნობრივი პროექტებისათვის წელიწადში საშუალოდ 11 მილიარდი ევროს მობილიზებას საშუალებას იძლევა.

(4) საფრანგეთის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა (შშმპ) სოლიდარობის ფონდი (CNSA) – შეიქმნა 2004 წელს შშმპ ახალი კანონმდებლობის მიღებასთან ერთად. ფონდი უზრუნველყოფს საპენსიო ასაკისა და შშმპ პირებისათვის ფინანსურ დახმარებას და დამატებით სოციალურ მომსახურებებს. დაფინანსების წყაროა დასაქმებულთა სოციალური შენატანები, „ერთიანი სოლიდარობის კონტრიბუცია“ და „სოლიდარობისა და ავტონომიის კონტრიბუცია“, რომელიც მიზნობრივად ხმარდება მოხუცებულთა და შშმპ სერვისების მოდერნიზაციას. 2008 წელს CNSA ბიუჯეტმა 16 მილიარდი ევრო შეადგინა.²⁶

(5) ტუნისის სოციალური სოლიდარობის ფონდი – შეიქმნა 1992 წელს პრეზიდენტის ინიციატივით. ფონდი საზოგადოებრივი ორგანიზაციის სახით ფუნქციონირებს, რომელსაც მნიშვნელოვანი ფინანსური ავტონომია აქვს. ფონდის მიზანია ეროვნული სოლიდარული ღონისძიებების ხელშეწყობა. ორგანიზაცია ეფუძნება მოქალაქეთა მხრიდან ნებაყოფლობით შენატანებს განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის დასახმარებლად. ფონდი აფინანსებს მიკრო-საკრედიტო პროექტებს, მცირე ბიზნესს, სოციალური ინფრასტრუქტურის მშენებლობას, პროფესიული განვითარებისა და სხვა პროექტებს.²⁷

საქართველოს სოლიდარობის ფონდი – პირველი სისტემური ნაბიჯი ჯანდაცვის სფეროში სოლიდარობის პრინციპის დასაწერად

2012 წელს სხვადასხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მხრიდან გამოიკვეთა ინტერესი საქართველოში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ფონდების დაფუძნებასთან დაკავშირებით. აღნიშნული ინიციატივები ინდივიდუალური პაციენტების (მაგ.: ახალგაზრდა მსახიობის გიორგი ყორღანაშვილის დასახმარებლად გამართული საქველმოქმედო აქცია), ზოგიც კი – მიზნობრივი ჯგუფებისათვის სამედიცინო პროგრამების მხარდასაჭერად იქნა

მოწოდებული (მაგ.: დიმიტრი ცინცამის ფონდი ლეიკემიით დაავადებული ბავშვებისათვის).

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს მთავრობამ პრაქტიკულად გააორმაგა ჯანდაცვის სექტორის ბიუჯეტი (2012 წელს 365 მილიონი ლარიდან 2013 წელს 635 მილიონ ლარამდე)²⁸ და თითოეული მოქალაქისათვის ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტი²⁹, ინდივიდუალური პაციენტებისათვის ძვირადღირებული მკურნალობის სრული დაფინანსება (მაგ. ონკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში) 2013 წლის ბოლოსათვის კვლავ პრობლემური რჩებოდა.

შესაბამისად, დღის წესრიგში დადგა ალტერნატიული, საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული ფონდის ჩამოყალიბება. დაიწყო მსჯელობა სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორის სოციალური სოლიდარობის ერთიანი ფონდის შექმნის თაობაზე, რომელიც, ერთი მხრივ, გააერთიანებდა საზოგადოებისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვან სოციალურ საკითხებს და მეორე მხრივ, შექმნიდა სოციალური სოლიდარობის, კერძო სექტორის სოციალური პასუხისმგებლობის (Corporate Social Responsibility), კერძო და საზოგადოებრივი სექტორის თანამშრომლობის (Public Private Partnership) და ანგარიშგების კონსოლიდირებულ, მოქნილ და გამჭირვალე მექანიზმს.

საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით „საქართველოს სოლიდარობის ფონდი“ 2014 წლის 9 ივნისს შეიქმნა საქართველოს პრემიერ-მინისტრის ინიციატივითა და საქართველოს მთავრობის #1022 განკარგულებით.

განისაზღვრა ფონდის ძირითადი მიზანი – სახელმწიფოს, საზოგადოებისა და კერძო სექტორის მონაწილეობით საქართველოში მცხოვრები სოციალურად განსაკუთრებულად დაუცველი ან კატასტროფული სოციალური დანახარჯების რისკის წინაშე მდგარი მოქალაქეებისათვის სოციალური დაცვის ალტერნატიული (არასახელმწიფო საბიუჯეტო) რესურსების ნებაყოფლობითი მობილიზაცია და პრიორიტეტულ საჭიროებებზე მიმართვა. ფონდის ამოცანები და კონკრეტული სამიზნეები კი ორგანიზაციის ეტაპობრივი განვითარების კუთხით შემუშავდა 2014-2017 წლების პერიოდისათვის.

პირველ ეტაპზე ფონდის საქმიანობა ფოკუსირებულია 22 წლამდე ონკოლოგიური დაავადებების მქონე ბავშვებისა და მოზარდების მხარდაჭერაზე. აღნიშნული მოიცავს როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანადაფინანსებას საზღვარგარეთ იმ ინტერვენციებისათვის, რომელთა განხორციელება ჯერ არ არის შესაძლებელი საქართველოში (მაგ. ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია), ასევე საქართველოში სახელმწიფო ან/და კერძო დაზღვევის პირობებში თანადაფინანსებას. გარდა ამისა, ფონდი მუშაობს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან განსაკუთრებით ძვირადღირებული ანტიბიოპლაზიური მედიკამენტების (მაბტერა, ჰერცეპტინი, სხვ.) ფასების შესამცირებლად. პირველივე ეტაპზე განისაზღვრება თანადაფინანსების შესაძლებლობები ონკოლოგიური დაავადებების მქონე მოზარდილი მოსახლეობისათვის. პარალელურად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს ონკოლოგიური სერვისების განვითარების გეგმას, რომლის ფარგლებშიც საზღვარგარეთ ჩასატარებელი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესაძლებლობები შეიქმნება ადგილობრივ დონეზე.

ფონდის განვითარების მე-2 ეტაპზე (2015 წლის მე-2 ნახევრიდან) ყურადღება გამახვილდება დამატებითი ფინანსური გარანტიების შექმნაზე შეზღუდული შესაძლებლობებისა (შშმ) და იშვიათი დაავადებების მქონე ბავშვებისათვის. მე-2 ეტაპზე ფონდის კონკრეტული ამოცანებია 18-წლამდე ასაკის შშმ და იშვიათი დაავადებების მქონე ბავშვებისათვის სახელმწიფო დაფინანსების პარალელურად დარჩენილი ფინანსური ტვირთის შემსუბუქება სრულფასოვანი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო სერვისების მისაღებად. განიხილება ანტი-ეპილეფსიური მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებისათვის აბილიტაციის პროგრამები და სხვა.

- დაბოლოს, ფონდის განვითარების მე-3 ეტაპზე (2016 წლიდან) ორგანიზაცია ყურადღებას გაამახვილებს საქართველოში მცხოვრები სოციალურად დაუცველი ოჯახების მხარდაჭერაზე ინდივიდუალური ფილანტროპიის პრინციპით. შესაძლო პროგრამები მოიცავს სიღარიბეში მცხოვრები 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და მარტოხელა პენსიონერებისათვის ინდივიდუალური და კორპორატიული ნებაყოფლობითი სპონსორობის პროგრამების ამოქმედებას (მათ შორის სისტემურად ორგანიზებული არაფულადი დახმარებები).

ფონდის შესაძლო შემოსავლები მოიცავს როგორც ინდივიდუალური მოქალაქეებისა და კორპორაციებისაგან ნებაყოფლობით გაცემულ დონაციებს (მიკრო-ფილანტროფიას), ასევე დაფინანსების სხვა ინოვაციურ მექანიზმებს, კერძოდ:

1. ფორმალურ სექტორში (როგორც საჯარო, ასევე კერძო) დასაქმებული მოსამსახურეების ყოველთვიური სარგოდან ნებაყოფლობით მიკრო-დონაციებს;
2. თითოეულ საბანკო ოპერაციაზე (ანგარიშიდან გატანა, გადარიცხვა, ბანკომატით ჩატარებული ოპერაციები) საბანკო სექტორთან ან ინდივიდუალურ ბანკთან და მათ მომხმარებლებთან შეთანხმებულ სოლიდარობის შენატანებს;
3. ავიაბილეთების შეძენისას ნებაყოფლობითი სოლიდარობის შენატანს ან/და კორპორატიულ სისტემურად დანერგილ სოლიდარობის კონტრიბუციას;
4. სასტუმროების ქსელში საქართველოსა და უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისათვის სოციალური სოლიდარობის დანამატს ან/და კორპორატიულ სისტემურად დანერგილ სოლიდარობის კონტრიბუციას;
5. თეატრისა და კინოს ბილეთების შეძენისას ნებაყოფლობითი სოლიდარობის შენატანებს ან/და კორპორატიულ სისტემურად დანერგილ სოლიდარობის კონტრიბუციას;
6. რეკლამის განთავსებისას ნებაყოფლობით სოციალური შენატანებს ან/და კორპორატიულ სისტემურად დანერგილ სოლიდარობის კონტრიბუციას;

7. სხვა ინდივიდუალური საწარმოების სოციალური პასუხისმგებლობის პროექტებს.

მმართველობის ასპექტიებიდან აღსანიშნავია, რომ სოლიდარობის ფონდის უმაღლესი მმართველობის ორგანოა სამეთვალყურეო საბჭო, რომელსაც ხელმძღვანელობს საქართველოს პრემიერ-მინისტრი და რომელიც ერთიანებს სახელმწიფო უწყებების, კერძო კომპანიების, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების ხელმძღვანელ პირებს. ფონდის ყოველდღიურ მმართველობაში აღმასრულებელ გუნდთან ერთად უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება მუდმივმოქმედ კომისიას, რომელიც იხილავს და იღებს გადაწყვეტილებებს ფონდის ბენეფიციართა ჩართვის კრიტერიუმებსა და დახმარების მოცულობაზე. მუდმივმოქმედი კომისია ასევე წარმოდგენილია სახელმწიფო, არასამთავრობო, კერძო და საერთაშორისო ორგანიზაციებით.

ფონდის საქმიანობის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპი მინიმალური ადმინისტრაციული ხარჯებით ოპერირებაა. ფონდის აღმასრულებელი გუნდისა და კომისიის ექსპერტთა ანაზღაურება და ადმინისტრაციული ხარჯი ფინანსდება სახელმწიფო ან/და დონორი ორგანიზაციების რესურსებით, ხოლო ფონდში მიკროდონაციებით მობილიზებული თანხა მთლიანად მიემართება ბენეფიციართა პროგრამულ დახმარებაზე.

საქართველოს სოლიდარობის ფონდის მიღწევები

2014 წლის 15 დეკემბრის მონაცემებით, საჯარო და კერძო სექტორში დასაქმებული 40,000-მდე თანამშრომლის, ასეულობით მოქალაქისა და ათეულობით კერძო კომპანიის სისტემური დონაციებით საქართველოს სოლიდარობის ფონდმა პრაქტიკულად გადაჭრა 22 წლამდე ასაკის ონკოლოგიური დაავადებების მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდების სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პრობლემა.

ფონდმა დაფუძნებიდან პირველი 5 თვის მანძილზე საერთო ჯამში 1 331 172 ლარის მობილიზება უზრუნველყო, მათ შორის 240 000 ლარის ყოველთვიური სისტემური დონაციების სახით.³⁰ აღნიშნული თანხიდან 1 019 000 ლარი უკვე დამტკიცებულია ონკოლოგიური

დაავადებების მქონე 22 წლამდე ასაკის 48 ბავშვისა და ახალგაზრდის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის.

აღნიშნული შედეგების მიღწევა შესაძლებელი გახდა საზოგადოების, საჯარო და კერძო სექტორის მხარედი ჩართულობით, კერძოდ:

1. საჯარო მოხელეების ჩართულობა. 167 საჯარო უწყების 35,000-ზე მეტი თანამშრომელი უკვე უზრუნველყოფს ყოველთვიურ სისტემურ დონაციას სოლიდარობის ფონდში. ფონდს შეურთდა უკლებლივ ყველა რეგიონის მასშტაბით სახელმწიფო რწმუნებულების აპარატები, თვითმმართველი ქალაქები და მუნიციპალიტეტები. 2014 წლის 30 სექტემბრის მონაცემებით 5 სახელმწიფო უწყება თანამშრომელთა სრული (100%) შემადგენლობით მონაწილეობს სოლიდარობის ფონდის საქმიანობაში, მათ შორის იუსტიციის სასწავლო ცენტრი, სამოქალაქო ავიაციის სააგენტო, აკრედიტაციის ერთიანი ეროვნული ორგანო, საქართველოს სახელმწიფო ჰიდროგრაფიული სამსახური და საქართველოს მთავრობის ადმინისტრაციის აპარატი. გარდა ამისა, დამატებით 12 უწყებიდან თანამშრომელთა აბსოლუტური უმრავლესობა (2/3-ზე მეტი) მხარს უჭერს სოლიდარობის ფონდს, მათ შორის სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრი, სოხუმის ილია ვეკუას ფიზიკა-ტექნიკის ინსტიტუტი, ტურიზმის ეროვნული ადმინისტრაცია, გრიგოლ წულუკიძის სამთო ინსტიტუტი, ინოვაციების და ტექნოლოგიების სააგენტო, დანაშაულის პრევენციის ცენტრი, ნოტარიუსთა პალატა, ინსტიტუტი „ოპტიკა“, დიასპორის საკითხებში საქართველოს სახელმწიფო მინისტრის აპარატი, საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო, ტექნიკური და სამშენებლო ზედამხედველობის სამსახური, და საქართველოს ენერგეტიკის სამინისტროს ცენტრალური აპარატი.³¹
2. საჯარო მოხელეების ჩართულობამ უმნიშვნელოვანესი პლატფორმა შექმნა კერძო სექტორის მობილიზაციისათვის. შპს „ყაზტრანსგაზის“, სამედიცინო ცენტრი „ლანცეტისა“ და კომპანია „Gulf“-

ის თანამშრომლები უკვე შეურთდნენ სოლიდარობის ფონდს ყოველთვიური სისტემური დონაციებით. სისტემური, ყოველთვიური კორპორატიული კონტრიბუციებიდან აღსანიშნავია რაკია ჯგუფისა და მასში შემავალი 3 კომპანიის მხარდაჭერა – შპს „რას ალ ხაიმა ინვესტმენტ აუტორიტი“, შპს რაკიონ დეველოპმენტ“ და „რაკიონ აფთაუნ დეველოპმენტი“.

3. საბანკო სექტორთან თანამშრომლობა ხორციელდება ლიბერთი ბანკთან, საქართველოს ბანკთან და პრივატ ბანკთან გაფორმებული მემორანდუმების ფარგლებში. სამივე ბანკში დღეისათვის გააქტიურებულია სოლიდარობის ფონდში ინდივიდუალური დონაციებისა და ავტომატური გადარიცხვებისათვის პლატფორმები. გარდა ამისა, ლიბერთი ბანკის 4 პროდუქტიდან (ექსპრეს ფულადი გზავნილი, Magic Card, Smart PAY და Pay საგადამხდელო სისტემა) კორპორატიული შემოსავლების ნაწილი სოლიდარობის ფონდში ირიცხება.
4. კინო-თეატრების მასშტაბით პირველი თანამშრომლობითი მემორანდუმი კოტე მარჯანიშვილის სახელობის სახელმწიფო აკადემიური თეატრთან გაფორმდა. თეატრი ყოველი გაყიდული ბილეთიდან 10 თეთრს სოლიდარობის ფონდში რიცხავს. ასევე კომპანია „ისტერნ პრომოუშენი“ ჯაზ-ფესტივალებიდან გაყიდული თითოეული ბილეთიდან მცირე დონაციას სისტემურად რიცხავს საქართველოს სოლიდარობის ფონდის მხარდასაჭერად.
5. საზოგადოებრივი მაუწყებელი თანამშრომლების მიერ განხორციელებული ყოველთვიური დონაციების პარალელურად საინფორმაციო მხარდაჭერას სთავაზობს სოლიდარობის ფონდს მიმდინარე საქმიანობის პოპულარიზაციისათვის.

პარალელურად აქტიური მუშაობა მიმდინარეობს თანამშრომლობით პროგრამებზე სასტუმროების, ავიაბილეთების, სამთოსათხილამურო კურორტების, ადგილობრივი წარმოების პროდუქტების რეალიზაციისა და სხვადასხვა სერვისებში მიკრო-დონაციების

სისტემურ ინტეგრაციაზე, საქართველოს სოლიდარობის ფონდის პროგნოზული შემოსავლებისა და შესაბამისად პროგრამული სპექტრის ეტაპობრივი გაფართოების საშუალებას იძლევა.

საქართველოს სოლიდარობის ფონდის შემდგომი პერსპექტივები

სოლიდარობის ფონდის მიზანი სახელმწიფოს, კერძო სექტორისა და საზოგადოების ჩართულობით, საზოგადოების წინაშე მდგარი ყველაზე მწვავე სოციალური პრობლემების ეტაპობრივი გადაჭრაა.

დღეს ჩვენ ონკოლოგიის პრობლემის გარშემო გავერთიანდით და პრაქტიკულად გადავჭერით 22 წლამდე ასაკის ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დაფინანსების პრობლემა. მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანი გამოწვევებია შშმ და იშვიათი დაავადებების მქონე ბავშვების სათანადო დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო სერვისებით უზრუნველყოფა, რაც დღეისათვის სრულყოფილად ვერ ხორციელდება.

ერთიანი ძალისხმევით 2015 წლის გაზაფხულიდან სოლიდარობის ფონდი ეტაპობრივად შესძლებს პროგრამების გაფართოებას შეზღუდული შესაძლებლობებისა და იშვიათი დაავადებების მქონე ბავშვებისათვის. თუმცა პროგრამების გასაფართოებლად დღეისათვის ფიქსირებული ყოველთვიური დონაციები 240,000 ლარიდან სულ მცირე 450,000 ლარამდე უნდა გაიზარდოს. ამდენად უმნიშვნელოვანესია კიდევ უფრო მეტი ჩართულობა როგორც საჯარო, ასევე კერძო სექტორის მხრიდან.

საქართველოს სოლიდარობის ფონდი ადგილობრივ საჯარო და კერძო სექტორთან თანამშრომლობითი პროექტების პარალელურად განავითარებს პარტნიორულ ინიციატივებს საერთაშორისო ორგანიზაციებთან (გაეროს, ევროკავშირისა და დონორი ქვეყნების განვითარებით სააგენტოებთან) და სხვა ქვეყნებში მოქმედ სოლიდარობის ფონდებთან. აღნიშნული ხელს შეწყობს ორმხრივი და მრავალმხრივი თანამშრომლობითი პროექტების შემუშავებას როგორც ონკოლოგიური დაავადებების, ასევე შშმ და იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახების მხარდასაჭერად.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ფონდის გაწევრიანებას საფრანგეთის საერთაშორისო და ეკონომიკური ურთიერთობების სამინისტროს მიერ კოორდინირებულ „ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმების“ წამყვან ჯგუფში. აღნიშნულ პლატფორმაში გაწევრიანება საქართველოს სოლიდარობის ფონდს მისცემს საშუალებას, ერთი მხრივ, გაეცნოს გლობალურ დონეზე მოქმედი ინოვაციური დაფინანსების პროექტების გამოცდილებას და მეორე მხრივ, საქართველოს ინიციატივები და ფონდის მიერ მიღწეული შედეგები გაააცნოს ევროპასა და სხვა რეგიონებში მოქმედ პარტნიორულ ორგანიზაციებს.

საქართველოს სოლიდარობის ფონდის აღმასრულებელი გუნდის სახელით მადლობას ვუხდით თითოეულ მხარდამჭერს, რომელთაც ყოველთვიური დონაციებით, კერძო სექტორის სოციალური პასუხისმგებლობის პროექტებითა თუ სხვა ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმებით უმნიშვნელოვანესი წვლილი შეაქვთ ქვეყანაში სოლიდარული საზოგადოების მშენებლობის პროცესში. საქართველო სოლიდარობის პრინციპის სისტემური დანერგვის კუთხით პირველ ნაბიჯებს დგამს და სწორედ საწყის ეტაპზე ენიჭება საზოგადოების ჩართულობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 9 ივნისის N1022 განკარგულება „არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირის – საქართველოს სოლიდარობის ფონდის დაფუძნების შესახებ“
2. American Heritage® Dictionary of the English Language, 4th Edition
3. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წესდება, 1945 წლის 25 ივნისი, გაერთიანებული ერების საერთაშორისო ორგანიზაციის დამფუძნებელი კონფერენცია <http://www.un.org/en/documents/charter/index.shtml>
4. „თანაარსებობა, თანამშრომლობა და სოლიდარობა“, Coexistence, Cooperation and Solidarity: Liber Amicorum, Rüdiger Wolfrum, 2011

5. გაეროს ათასწლეულის დეკლარაცია, გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ მიღებული რეზოლუცია 55/2, 2000 წლის 8 სექტემბერი <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>, retrieved November 1, 2014.
6. ევროკავშირის ფუნდამენტური უფლებების წესდება, ევროკავშირის ოფიციალური ჟურნალი #83/389, 2010 წლის 30 მარტი [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:en:PDF\(Charter of Fundamental Rights of the European Union, 2010/C 83/02\)](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:en:PDF(Charter of Fundamental Rights of the European Union, 2010/C 83/02)), retrieved November 1, 2014.
7. გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ 2005 წლის 22 დეკემბერს მიღებული 60/209 რეზოლუციის 43-ე მუხლი, გამოქვეყნებულია 2006 წლის 17 მარტს http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/60/209
8. Navin Girishankar, Innovating Development Finance: From Financing Sources to Financial Solutions. June 2009. CFP Working Paper Series No. 1 http://siteresources.worldbank.org/CFPEXT/Resources/CFP_Working_Paper_No1.pdf
9. Elisabeth Sandor, Simon Scott and Julia Benn, Innovative financing to fund development: progress and prospects, 2009 <http://www.oecd.org/development/effectiveness/44087344.pdf>
10. „განვითარებისათვის საერთაშორისო დაფინანსების საკითხებზე“ მონტერეის საერთაშორისო კონფერენციის ანგარიში, 18-22 მარტი, 2002. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/392/67/PDF/N0239267.pdf?OpenElement>
11. საფრანგეთის პრეზიდენტის ჟაკ შირაკის 2004 წლის დეკემბრის ანგარიში <http://www.diplomatie.gouv.fr/en/IMG/pdf/LandauENG1.pdf>
12. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის რეზოლუცია 60/1, 2005 წლის მსოფლიო სამიტის საბოლოო დოკუმენტი. გამოქვეყნებულია 2005 წ. 24 ოქტომბერს <http://www.un.org/womenwatch/ods/A-RES-60-1-E.pdf>
13. ჰუმანური განვითარებისათვის ინოვაციური დაფინანსების დეკლარაცია www.leadinggroup.org/article72.html
14. <http://www.leadinggroup.org/rubrique20.html>
15. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about-ihp/past-ihp-meetings/high-level-taskforce-for-innovative-international-financing-of-health-systems/>
16. საერთაშორისო ინოვაციური დაფინანსების მაღალი დონის სამუშაო ჯგუფის ანგარიში „მეტი რესურსები ჯანდაცვისათვის და მეტი ჯანმრთელობის დაცვა არსებული რესურსებით“ More money for health and more health for the money. http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE_results___lessons/Taskforce_report_EN.2009.pdf
17. http://www.unitaid.eu/images/Factsheets/EN_Factsheet_May_2012.pdf
18. <http://www.red.org>
19. <http://www.checkoutforchildren.org/checkout-for-children>
20. <http://www.iffim.org>
21. დასავლეთ აფრიკის სახელმწიფოთა ეკონომიკური თემის ვებ-გვერდი <http://www.ecowas.int> retrieved November 10, 2014
22. ECOWAS-გეოლას წინააღმდეგ ბრძოლისათვის სოლიდარობის ფონდს ქმნის, მსოფლიო ბიულეტენი, 2014 წლის 11 ივლისი. <http://www.worldbulletin.net/haber/140474/ecowas-sets-up-solidarity-fund-to-fight-ebola> retrieved November 10, 2014
23. http://ec.europa.eu/regional_policy/thefunds/solidarity/index_en.cfm
24. <http://www.swiss-solidarity.org/en.html>
25. http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=664
26. http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=664
27. <http://carnegieendowment.org/2008/12/02/tunisian-national-solidarity-fund-as-alternative-model/fdd8>
28. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 17 ივნისის დადგენილება N400 საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიის „საქართველო 2020“ დამტკიცებისა და მასთან დაკავშირებული ზოგიერთი დონის მიზნებისათვის. http://www.economy.ge/uploads/kanonmdebloba/strategia_2020/saqartvelo_2020.pdf
29. 2013 წლის ანგარიში, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. <http://www.moh.gov.ge/files/angarishi-2013.pdf>
30. სოლიდარობის ფონდის საქმიანობის მე-3 პერიოდული ანგარიში, 2014 წლის 30 ნოემბერი. საქართველოს სოლიდარობის ფონდი
31. სოლიდარობის რეიტინგის 1-ლი პილოტური ანგარიში. 2014 წლის ივლისი-სექტემბერი. საქართველოს სოლიდარობის ფონდი



ჯიზო – ბლოზაუხი ჯიზობა: ჯისაბუდი სისუასია და ბანვიოთახების ჯეისჯეახივები

ფრიდონ თოდუა

აკადემიკოსი, კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დამფუძნებელი და სამეცნიერო ხელმძღვანელი, საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი, საქართველოს რადიოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი



რეზო ბაბუა

პროფესორი, საქართველოს ონკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, საქართველოს თორაკალურ ქირურგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის ონკოლოგიის დეპარტამენტის სრული პროფესორი



მარინა მაღლაკელიძე

კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილე კიბოს კონტროლის დარგში, საქართველოს ონკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი

ავთვისებიანი სიმსივნეები მსოფლიოში

ონკოლოგიური დაავადებები გამოსავალის მიხედვით მძიმე პათოლოგიათა რიცხვს განეკუთვნება და ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უჭირავს მსოფლიოს მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყოველწლიურად მსოფლიოში კიბოს 14 მლნ-ზე მეტი ახალი შემთხვევა რეგისტრირდება.

ექსპერტთა შეფასებით, მომდევნო ათწლეულებში ონკოლოგიური დაავადებების ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად გაიზრდება მსოფლიოს ყველა რეგიონში. უახლოეს ოც წელიწადში მოსალოდნელი დემოგრაფიული ცვლილებების ფონზე კიბოს გლობალური მაჩვენებლები უცვლელი რომც დარჩეს, მოსალოდნელია, რომ უკვე 2034 წლისათვის ახალი შემთხვევების რაოდენობა 22 მლნ-ს გადააჭარბებს. ამასთან, თუ განვითარებულ ქვეყნებში, პროფილაქტიკის მაღალი დონის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესების ფონზე გამოისახა სიკვდილიანობის ტემპის შენელების ტენდენცია, უახლოეს მომავალში ონკოლოგიური ავადობისა და სიკვდილიანობის მატების მთელი ტვირთი გადავა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებზე. 2012 წელს ახალი შემთხვევების 57% (8 მლნ), სიკვდილიანობის 65% (5,3 მლნ) და საერთო პრევალენტობის 48% (15,6 მლნ)

გამოვლენილ იქნა ეკონომიკურად ნაკლებად განვითარებულ რეგიონებში. 2034 წლისათვის კი მოსალოდნელია, რომ კიბოს ახალი შემთხვევების თითქმის ორი მესამედი სწორედ ასეთ რეგიონებში გამოვლინდება.

მსოფლიოში იზრდება ავთვისებიანი სიმსივნეებით სიკვდილიანობის მაჩვენებლებიც. ონკოლოგიური დაავადებები სიკვდილიანობის გამომწვევ ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. 2012 წელს ავთვისებიანი სიმსივნის გამო გარდაიცვალა 8,2 მლნ. ადამიანი, რაც საერთო სიკვდილიანობის 13%-ია. ეს მეტია, ვიდრე შიდსით, მალარიითა და ტუბერკულოზით გარდაცვლილთა ერთად აღებული რიცხვი. ექსპერტთა შეფასებით, მოსალოდნელია, რომ კიბოთი განპირობებული სიკვდილიანობა 2034 წლისათვის თითქმის 59%-ით – 13 მილიონამდე გაიზრდება.

მსოფლიოში ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციის ავთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება: ფილტვის (1,82 მლნ ახალი შემთხვევა წლიურად), ძუძუს (1,67 მლნ), კოლორექტული (1,36 მლნ), პროსტატის (1,11 მლნ) და კუჭის (0,95 მლნ) კიბო.

სიკვდილის მიზეზთა მიხედვით წამყვანი ადგილი უჭირავს ფილტვის (1,58 მლნ გარდაცვალების შემთხვევა წელიწადში), ღვიძლის (745 ათასი), კუჭის (723 ათასი), კოლორექტულ (694 ათასი) და ძუძუს (522 ათასი) ავთვისებიან სიმსივნეებს.

ცხრილი N1

ავადობის, სიკვდილიანობისა და 5-წლიანი პრევალენტობის გაანგარიშებული მაჩვენებლები მსოფლიოში 2012 წელს. ორივე სქესი.

ავთვისებიანი სიმსივნეები	ინციდენტობა			სიკვდილიანობა			5-წლიანი პრევალენტობა		
	Number	(%)	ASR (W)	Number	(%)	ASR (W)	Number	(%)	ASR (W)
ტუჩი, პირის ღრუ	300373	2.1	4	145353	1.8	1.9	702149	2.2	13.5
ცხვირხახა	86691	0.6	1.2	50831	0.6	0.7	228698	0.7	4.4
ხახა	142387	1	1.9	96105	1.2	1.3	309991	1	6
საყლაპავი	455784	3.2	5.9	400169	4.9	5	464063	1.4	8.9
კუჭი	951594	6.8	12.1	723073	8.8	8.9	1538127	4.7	29.6
კოლორექტული	1360602	9.7	17.2	693933	8.5	8.4	3543582	10.9	68.2
ღვიძლი	782451	5.6	10.1	745533	9.1	9.5	633170	1.9	12.2
ნაღვლის ბუშტი	178101	1.3	2.2	142823	1.7	1.7	205646	0.6	4
პანკრეასი	337872	2.4	4.2	330391	4	4.1	211544	0.7	4.1
ხორხი	156877	1.1	2.1	83376	1	1.1	441675	1.4	8.5
ფილტვი	1824701	13	23.1	1589925	19.4	19.7	1893078	5.8	36.5
კანის მელანომა	232130	1.6	3	55488	0.7	0.7	869754	2.7	16.8
კაპოშის სარკომა	44247	0.3	0.6	26974	0.3	0.3	80395	0.2	1.5

ძუძუ	1676633	11.9	43.3	521907	6.4	12.9	6255391	19.2	240.8
საშვილოსნოს ყელი	527624	3.7	14	265672	3.2	6.8	1547161	4.8	59.6
საშვილოსნოს ტანი	319605	2.3	8.3	76160	0.9	1.8	1216504	3.7	46.8
საკვერცხები	238719	1.7	6.1	151917	1.9	3.8	586624	1.8	22.6
პროსტატა	1111689	7.9	31.1	307481	3.7	7.8	3923668	12.1	151.2
სათესლეები	55266	0.4	1.5	10351	0.1	0.3	214666	0.7	8.3
თირკმელები	337860	2.4	4.4	143406	1.7	1.8	906746	2.8	17.5
შარდის ბუშტი	429793	3.1	5.3	165084	2	1.9	1319749	4.1	25.4
ც.ნ.ს.	256213	1.8	3.4	189382	2.3	2.5	342914	1.1	6.6
ფარისებრი ჯ-ლი	298102	2.1	4	39771	0.5	0.5	1206075	3.7	23.2
ჰოჯკინის ლიმფომა	65950	0.5	0.9	25469	0.3	0.3	188538	0.6	3.6
არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	385741	2.7	5.1	199670	2.4	2.5	832843	2.6	16
მრავლობითი მიელომა	114251	0.8	1.5	80019	1	1	229468	0.7	4.4
ლეიკემია	351965	2.5	4.7	265471	3.2	3.4	500934	1.5	9.6
სულ	14090149	100	182.3	8201575	100	102.4	32544633	100	626.7

Source: GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and 5-year Prevalence Worldwide in 2012

ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები განსხვავებულია მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციაში.

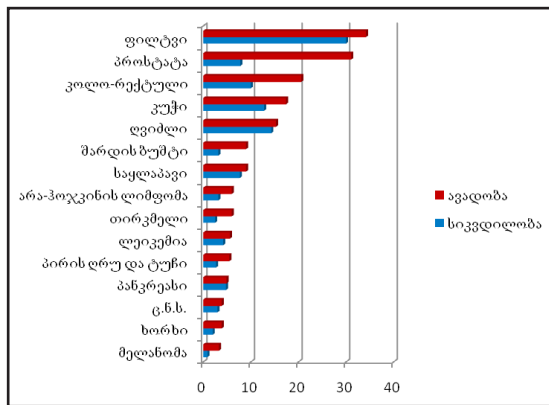
ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი თითქმის 25%-ით მაღალია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში (205 და 165 ყოველ 100,000 მოსახლეზე, შესაბამისად) და საკმაოდ ვარიაციულია მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში.

მამაკაცებში ყველაზე ხშირია ფილტვის (1241601 შემთხვევა წელიწადში), პროსტატის (1111689), კოლორექტული (746298), კუჭის (631293) და ღვიძლის (554369) ათვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა, ხოლო ქალებში – ძუძუს (1676633 შემთხვევა წელიწადში), კოლორექტული (614304), ფილტვის (583100), საშვილოსნოს ყელის (527624) და კუჭის (320301) კიბოთი ავადობა.

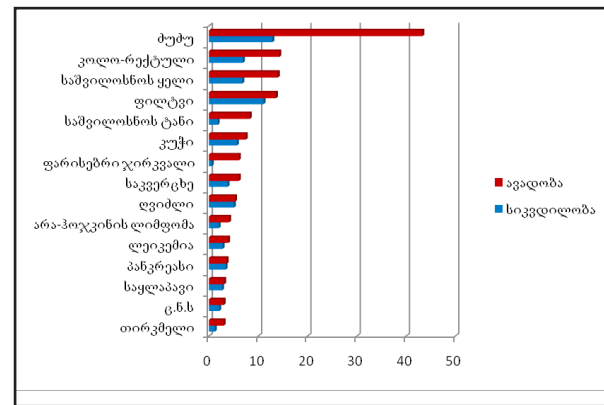
სურათი N1,2

15 ყველაზე გავრცელებული ათვისებიანი სიმსივნე (ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები)

მამაკაცებში



ქალებში



*Source: GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and 5-year Prevalence Worldwide in 2012

სარძევე ჯირკვლის (ძუძუს) კიბოს გავრცელება მაღალია თითქმის მთელ განვითარებულ და განვითარებად სამყაროში, იაპონიის გარდა, მათ შორის შეერთებულ შტატებსა და კანადაში, ავსტრალიაში და ჩრდილოეთ და დასავლეთ

ევროპაში. ის მერყეობს წელიწადში 67.3-დან 86.3-შემთხვევამდე 100,000 ქალზე. ამასთან შედარებით, მისი სიხშირე დაბალია (>30 100,000 ქალზე) სუბ-საჰარულ აფრიკაში (სამხრეთ აფრიკის გარდა) და აზიაში. მიუხედავად იმისა,

რომ სარძევე ჯირკვლის კიბო ასოცირებულია გენეტიკურ აბერაციებთან, ამ გენების მუტაციები აღინიშნება სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეთა მხოლოდ 5-15%-ში, რაც მიაჩნება იმაზე, რომ მისი გავრცელების ფართო გეოგრაფიული ვარიაცია არ არის გამოწვეული ამ გენების გავრცელების გეოგრაფიულ ვარიაციასთან.

საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მიხედვით პირველ ადგილზეა აფრიკის რეგიონი (ინციდენტობა 100,000 ქალზე >145). ყველაზე დაბალი ავადობის მაჩვენებლები ვლინდება აღმოსავლეთ ხმელთაშუა ზღვის რეგიონში (ინციდენტობა <8). ინციდენტობის მაჩვენებელი 100000 ქალზე 140-150-ის ფარგლებში ვარირებს დიდ ბრიტანეთისა და ირლანდიაში. მაღალი ავადობით გამოირჩევა ევროპის, რომელსაც მოსდევს ამერიკის რეგიონი (ინციდენტობა 100000 ქალზე >90). ამ ქვეყნებში ძუძუს კიბოს ავადობა თითქმის ორჯერ აღემატება სხვა ქვეყნების ავადობის მაჩვენებლებს.

პროსტატის კიბოს ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები ვლინდება ამერიკის რეგიონში, ავსტრალიაში (ინციდენტობა 100000 მამაკაცზე – 83-173), რომელსაც მოსდევს ევროპის ქვეყნები (ინციდენტობა 45-83). აღნიშნული ლოკალიზაციის კიბოს ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი გამოვლინდა სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში – ინდოეთსა და ჩინეთში (ინციდენტობა 1.7-5.3). პროსტატის კიბოს გავრცელების საერთაშორისო განსხვავებების მნიშვნელოვანი წილი სავარაუდოდ ასახავს განსხვავებას დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებში. მაგალითად, PSA-სკრინინგის შემოღებამ ამერიკის შეერთებულ შტატებში 10 წლის განმავლობაში 2,5-ჯერ გაზარდა პროსტატის კიბოს გამოვლენილ შემთხვევათა რიცხვი.

კუჭის კიბოს გავრცელება ფართოდ ცვალებადობს გეოგრაფიული რეგიონის მიხედვით. ასაკის მიხედვით გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება იაპონიაში (77.9 შემთხვევა 100,000 მამაკაცზე და 33.3 შემთხვევა 100,000 ქალზე). შედარებით დაბალია მისი გავრცელების სიხშირე ჩრდილოეთ ამერიკაში, აღმოსავლეთ და ჩრდილოეთ აფრიკაში და სამხრეთ და აღმოსავლეთ აზიაში (5.9-9.0 შემთხვევა 100,000 მამაკაცზე, 2.6-5.3 შემთხვევა 100,000 ქალზე). ეტიოლოგიური როლი ენიჭება კვებით ფაქტორებს და Helicobacter Pylori-ს გავრცელებას შორის არსებულ განსხვავებებს,

რაც, როგორც ცნობილია, გარკვეულ როლს თამაშობს კუჭის კიბოს განვითარებაში. საბედნიეროდ, შეინიშნება კუჭის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის სტაბილური კლების ტენდენცია.

კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის კიბო გავრცელებულია უფრო განვითარებულ ქვეყნებში, ვიდრე განვითარებადში. გავრცელების სიხშირე ყველაზე მაღალია ავსტრალია/ახალ ზელანდიაში, ჩრდილოეთ ამერიკაში და ჩრდილოეთ და დასავლეთ ევროპაში (26.11-45.81 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე). ამის საპირისპიროდ, გავრცელების სიხშირე შედარებით დაბალია ჩრდილოეთ აფრიკაში, სამხრეთ ამერიკაში და აღმოსავლეთ, სამხრეთ-აღმოსავლეთ და დასავლეთ აზიაში (2.26-8.75 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე). ეს გეოგრაფიული განსხვავებები, სავარაუდოდ, ასახავს გარემო პირობების გავლენას, ძირითადად საკვების თავისებურებებს.

ღვიძლის კიბო. კოლინჯის კიბოსგან განსხვავებით, ღვიძლის კიბოს 80% გვხვდება განვითარებად ქვეყნებში. მისი გავრცელება განსაკუთრებით მაღალია ეგვიპტეში, ჩინეთსა და აღმოსავლეთ აზიის სხვა ქვეყნებში (32.19-35.84 შემთხვევა 100,000 კაცზე), მაშინ, როცა შედარებით დაბალია ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკაში და ევროპაში (2.74-5.23 შემთხვევა 100,000 კაცზე). მთელს მსოფლიოში ღვიძლის კიბოს განვითარების მთავარი რისკ-ფაქტორებია ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირება და აფლატოქსინით დაბინძურებული საკვების გამოყენება. ბავშვებში B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრებმა შეამცირა ჰეპატიტის ინფექციის გავრცელება ჩინეთში, კორეაში და დასავლეთ აფრიკაში. მალე გახდება ცნობილი გამოიწვევს თუ არა ეს ღვიძლის კიბოს შემთხვევათა შემცირებას ამ რეგიონებში.

მრავალი სიმსივნის გავრცელება ფართოდ ცვალებადობს გეოგრაფიული რეგიონების მიხედვით. ეს ნაწილობრივ გამოწვეულია გენეტიკური განსხვავებებით, მათ შორის რასობრივი და ეთნიკური განსხვავებებით, ნაწილობრივ – გარემოსა და კვების თავისებურებებით, ანუ ფაქტორებით, რომლებიც შეიძლება პოტენციურად შეიცვალოს. აქედან გამომდინარე, რეგიონული და საერთაშორისო მონაცემების შედგენა გადამწყვეტია სიმსივნის ეტიოლოგიის დასადგენად და სიმსივნეთა გლობალური მიზანმიმართული პრევენციის სტრატეგიების დასაგეგმად.

ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელების თავისებურებები საქართველოში

მიუხედავად იმისა, რომ არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების შესახებ მიუთითებს, ავთვისებიანი სიმსივნეების რაოდენობა საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, განუხრელად იზრდება. ინციდენტობისა და პრევალენტობის კლება კი, საქართველოში კიბოს რეგისტრის არარსებობის და მონაცემთა შეგროვების პრობლემებს უკავშირდება. კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო (WHO, IARC, GLOBOCAN) აქვეყნებს ავთვი-

სებიანი სიმსინეთა გაანგარიშებულ (estimated) მაჩვენებლებს მსოფლიოს ყველა რეგიონის მიხედვით.

GLOBOCAN-ის შეფასებით, ჩვენი პოპულაციის ასაკობრივი სტრუქტურისა და ეთნიკური თავისებურებების გათვალისწინებით, 2012 წელს საქართველოში ონკოლოგიური დაავადებების 12 400-მდე ახალი შემთხვევა უნდა ყოფილიყო აღრიცხული, აბსოლუტურ რიცხვებში თითქმის თანაბარზომიერად ქალთა და მამაკაცთა შორის (ქალთა შორის 6100 და მამაკაცთა შორის 6.200 შემთხვევა). ინციდენტობის მაჩვენებელმა 100000 მოსახლეზე 181,0 შეადგინა, მამაკაცთა შორის – 207,8, ხოლო ქალთა შორის – 163,7.

ცხრილი N2

ავადობის, სიკვდილიანობისა და 5-წლიანი პრევალენტობის გაანგარიშებული მაჩვენებლები საქართველოში 2012 წელს. ორივე სქესი.

ავთვისებიანი სიმსივნეები	ინციდენტობა			სიკვდილიანობა			5-წლიანი პრევალენტობა		
	Number	(%)	ASR (W)	Number	(%)	ASR (W)	Number	(%)	ASR (W)
ტუში, პირის ღრუ	205	1.7	2.6	63	0.9	0.8	443	1.8	12.3
ცხვირხაბა	57	0.5	0.9	27	0.4	0.4	102	0.4	2.8
ხახა	103	0.8	1.4	70	1	0.9	209	0.8	5.8
საყლაპავი	48	0.4	0.6	45	0.6	0.6	41	0.2	1.1
კუჭი	711	5.8	9.6	597	8.2	7.6	864	3.5	24
კოლორექტული	605	4.9	8.5	350	4.8	4.6	1239	5	34.5
ღვიძლი	439	3.6	6	421	5.8	5.4	248	1	6.9
ნაღვლის ბუშტი	35	0.3	0.5	33	0.5	0.4	45	0.2	1.3
პანკრეასი	182	1.5	2.3	177	2.4	2.2	121	0.5	3.4
ხორბი	416	3.4	5.7	158	2.2	2.1	1059	4.3	29.5
ფილტვი	1129	9.1	15.9	1011	13.8	13.9	934	3.8	26
კანის მელანომა	105	0.8	1.7	38	0.5	0.5	240	1	6.7
კაპოშის სარკომა	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ძუძუ	1541	12.5	44	530	7.2	13.2	5060	20.5	260.3
საშვილოსნოს ყელი	425	3.4	14.2	200	2.7	5.7	1122	4.5	57.7
საშვილოსნოს ტანი	432	3.5	14.2	147	2	3.9	1584	6.4	81.5
საკვერცხეები	128	1	3.7	82	1.1	2.1	304	1.2	15.6
პროსტატა	570	4.6	18.6	278	3.8	7.6	1407	5.7	85.3
სათესლეები	82	0.7	3.3	28	0.4	1	278	1.1	16.9
თირკმელები	167	1.4	2.7	104	1.4	1.6	351	1.4	9.8
მარდის ბუშტი	331	2.7	4.1	133	1.8	1.5	813	3.3	22.6
ც.ნ.ს.	610	4.9	8.5	352	4.8	4.6	880	3.6	24.5
ფარისებრი ჯ-ლი	88	0.7	1.7	26	0.4	0.4	209	0.8	5.8
ჰოჯკინის ლიმფომა	69	0.6	1.1	29	0.4	0.4	174	0.7	4.8
არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	148	1.2	2.6	91	1.2	1.4	239	1	6.7
მრავლობითი მიელომა	35	0.3	0.6	26	0.4	0.4	42	0.2	1.2
ლეიკემია	214	1.7	3.3	161	2.2	2.3	194	0.8	5.4
სულ	12361	100	181	7319	100	97.9	24708	100	687.7

Source: GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and 5-year Prevalence Worldwide in 2012

სიმსივნეები ვითარდება არა მარტო უფროსი ასაკის მამაკაცებსა და ქალბატონებში, არამედ ბავშვებსა და რეპროდუქციული ასაკის ახალგაზრდებშიც. ამასთან, წლიდან წლამდე აღინიშნება დაავადების „გაახალგაზრდავების“ ტენდენცია. თუმცა, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, კიბო მეტწილად მაინც ხანდაზმული (60-70 წწ) მოსახლეობის ხვედრია.

მონაცემთა იმავე წყაროზე დაყრდნობით (GLOBOCAN, 2012), ჩვენს პოპულაციაში კიბოს განვითარების რისკი 75 წლის ასაკამდე შეადგენს საშუალოდ 18,7%, რამდენადმე მაღალია მამაკაცებში – 22,0%, შედარებით ნაკლები ქალებში – 16,2%.

კიბოთი 75 წლის ასაკამდე გარდაცვალების რისკი – საშუალოდ პოპულაციაში 10,9%-ს შეადგენს, მამაკაცებში – 14,2%, ქალებში – 8,3%.

ეს ძალზე აღმშფოთებელი სტატისტიკაა, თუმცა აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს, კიბოთი ავადობის მაჩვენებლების მიხედვით, შუალედური ადგილი უჭირავს მსოფლიოს განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის, ხოლო ონკოლოგიური ავადობის დინამიკა იგივე კანონზომიერებებს ექვემდებარება, როგორც დანარჩენ მსოფლიოში და მისი მატება რაიმე განსაკუთრებით მაღალი ტემპით არ გამოირჩევა. თუმცა ეს დამშვიდების საბაზს ნამდვილად არ იძლევა, მით უფრო, რომ ჩვენთან ავადმყოფთა 70-75% ექიმს დაავადების იმ სტადიაში მიმართავს, როდესაც რადიკალური მკურნალობის მეთოდი უკვე აღარ გამოიყენება, ასეთი პაციენტები საჭიროებენ ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას, ხოლო პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა. ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში მკურნალობის ეფექტურობა პირდაპირ დამოკიდებულია ადრეულ დიაგნოსტიკაზე. I-II სტადიაში დადგენილი სიმსივნის მკურნალობის ეფექტურობა ძალიან მაღალია და ხშირად სრული გამოჯანმრთელებით სრულდება. ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითად მიზეზებად მოსახლეობის მიერ პროფილაქტიკური გასინჯვების უგულვებელყოფა, ქრონიკული და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მეთვალყურეობის ფიქტიურობა, ძირითადი კლინიკური სპეციალობების ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლე

შიდლება დასახელდეს. ამასთანავე, მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ იცნობს ონკოლოგიური დაავადების ნიშნებს და არ აქვს გაცნობიერებული ექიმისათვის დროულად მიმართვის აუცილებლობა, რაც კიბოს საწინააღმდეგო პროპაგანდის დეფიციტსა და საგანმანათლებლო მუშაობის სისუსტეზე მიუთითებს. გარდა ამისა, სადღეისოდ პირველი რიგის ამოცანად რჩება ონკოლოგიურ დაავადებათა მიმართ არსებული სუბიექტური ფაქტორებისა და სტერეოტიპების შეცვლა, როგორც მოსახლეობის, ასევე სამედიცინო პერსონალის აზროვნებაში: მოსახლეობამ კარგად უნდა გააცნობიეროს, რომ კიბო არ არის სასიკვდილო განაჩენი, ეს არის დაავადება, რომელიც, როგორც ბევრი სხვა პათოლოგია, ექვემდებარება მკურნალობას.

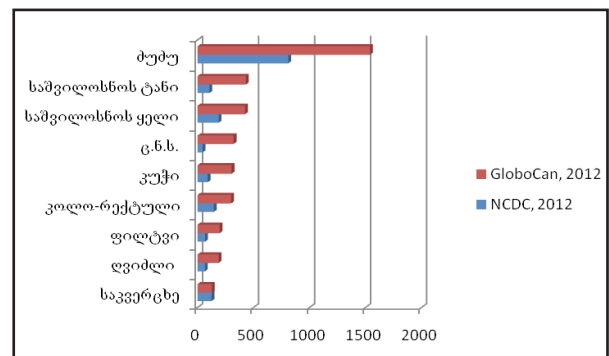
საქართველოში ქალთა შორის ხუთ ყველაზე გავრცელებულ ლოკალიზაციად მიჩნეულია ძუძუს, საშვილოსნოს ტანის, საშვილოსნოს ყელის, ცენტრალური ნერვული სისტემის და კუჭის კიბო, ხოლო მამაკაცთა შორის – ფილტვის, პროსტატის, კუჭის, ხორხის და კოლორექტული სიმსივნეები.

ცხრილებში N3 და N4 შედარებულია ავთვისებიანი სიმსივნეთა ავადობის მაჩვენებლები დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC, 2012) და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN, 2012) მონაცემების მიხედვით.

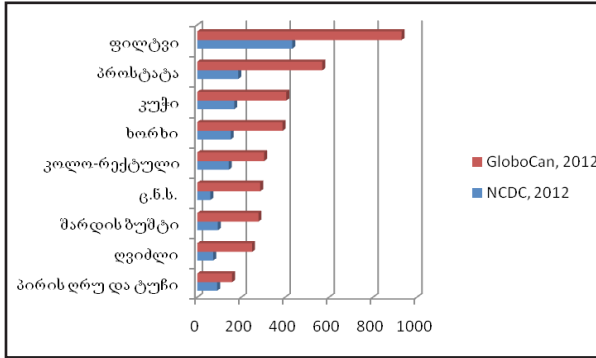
სურათი N3,4

ათი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადებების ინციდენტობა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC, 2012) და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN, 2012) მიხედვით

მამაკაცებში



ქალებში



სამწუხაროდ, ხშირია ფილტვისა და ღვიძლის ე.წ. „მეორადი დაზიანებები“, როდესაც პირველადი კერა ჯერ არ არის დადგენილი და დაავადება თავს იჩენს მეტასტაზებით შორეულ ორგანოებში. ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი პირველადი კერის დაუდგენლად (C80) 15-20% ფარგლებში ვარირებს, ხოლო არავერიფიცირებული შემთხვევების რაოდენობა სხვადასხვა წყაროზე დაყრდნობით 30-დან 40%-მდე მერყეობს.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს სახელმწიფო პროგრამას, რომლის მიზანს ქვეყანაში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის შემუშავება და დანერგვა შეადგენს. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში შემუშავდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მოდელი, რომელიც შესაბამისობაშია საერთაშორისო (WHO/IARC) მოთხოვნებთან და ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების ეროვნულ გეგმასთან.

მიუხედავად იმისა, რომ ტერმინი „კიბო“ ეპითელური ქსოვილიდან წარმოშობილ სიმსივნეს ნიშნავს, დღეს, საზოგადოდ მიღებული პრაქტიკით, ეს ტერმინი აერთიანებს 100-ზე მეტ ონკოლოგიურ დაავადებას, რომელთა შორის, როგორც წესი, გულისხმობენ არა მხოლოდ ისეთ სიმსივნეებს, როგორცაა, მაგალითად, სარძევე ჯირკვლის, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, პროსტატის, კუჭის, სწორი ნაწლავის, ფილტვის, ხორხის კარცინომები, არამედ – სარკომებს, მეზოთელიომებს, ლეიკოზებს, ჰოჯკინის და არაჰოჯკინის ლიმფომებს და სხვა ავთვისებიან სიმსივნეებს. ყველა ამ დაავადების გამწვავი მექანიზმი უჯრედის გამრავლების ნორმალური ციკლის დარღვევაა, რომლის შედეგადაც იწყება

ანომალური (ტრანსფორმირებული) უჯრედების უკონტროლო ზრდა.

კიბოს პრევენცია

პირველადი პრევენცია აერთიანებს სხვადასხვა ღონისძიებებს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და პრევენციულ პროგრამებს, რომლებიც ფოკუსირებულია მართვად რისკის ფაქტორებზე და დაკავშირებულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასთან, თამბაქოს კონტროლთან, ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოს ფორმირებასთან.

გარემოსა და სამუშაო ადგილებზე არსებული ზოგიერთი ნივთიერება და მაიონიზებული გამოსხივება ასოცირებულია ონკოლოგიურ დაავადებათა ეტიოლოგიასთან. ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედებით განპირობებული რისკის ხარისხი დამოკიდებულია ექსპოზიციის დონესა და ხანგრძლივობაზე. რისკს ასევე განსაზღვრავს ასაკი, სქესი და ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა. ჰაერში, წყალსა და ნიადაგში არსებულ ქიმიურ კანცეროგენებს ონკოლოგიურ დაავადებათა 1-4% უკავშირდება. ცნობილია 40-ზე მეტი აგენტი, ნივთიერება და ექსპოზიციური ფაქტორი, რომლებსაც პროფესიულ კანცეროგენებად მიიჩნევენ. პროფესიული კანცეროგენები მიზეზობრივად დაკავშირებულია ფილტვის, ხორხის, ცხვირ-ხახის, კანის, შარდის ბუშტის ონკოლოგიურ დაავადებებთან და ლეიკემიასთან. ფილტვის კიბოს შემთხვევათა 10% და ლეიკემიის შემთხვევათა 2% სავარაუდოდ დაკავშირებულია პროფესიულ ფაქტორებთან.

ზოგიერთი ინფექციური აგენტი ონკოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში მნიშვნელოვან ეტიოლოგიურ როლს ასრულებს. გლობალურად, ღვიძლის კარცინომის შემთხვევათა 52% ჰეპატიტი B-ს ქრონიკულ ინფექციას უკავშირდება; დამატებით, შემთხვევათა 20% დაკავშირებულია ასევე C ჰეპატიტის ვირუსთან. ღვიძლის პირველადი კიბოს პრევენციის რენტაბელურ საშუალებას ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაცია წარმოადგენს. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაცია უკვე შეტანილია გეგმიური აცრების კალენდარში. ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV) მსოფლიოში

ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ვირუსული ინფექციაა, რომლითაც ყოველწლიურად დაახლოებით 660 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება. ვირუსი საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ძირითადი ეთიოლოგიური აგენტია; HPV-ს მხოლოდ ორ გენოტიპთან (მე-16 და 18) დაკავშირებულია გლობალურად გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70%. ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ვირუსის ორივე გენოტიპით (16, 18) გამოწვეული ინფიცირების 95%-ის პრევენცია. საქართველოში ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ტარდება 2012 წლიდან.

დადასტურებულია, რომ ონკოლოგიურ სნეულებათა სულ ცოტა ერთი მესამედის თავიდან აცილება შესაძლებელია მავნე ჩვევების შეცვლის გზით. ქვევის შეცვლა ადამიანთა ნებაზეა დამოკიდებული, ის არც რთულ და არც ძვირადღირებულ ინტერვენციას წარმოადგენს, საჭიროებს საზოგადოების ინფორმირებულობის ზრდას და საზოგადოებრივ ჩართულობას. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება მნიშვნელოვანი ფაქტორია კიბოს ინციდენტობის შემცირების თვალსაზრისით, რაც გულისხმობს თამბაქოს მოხმარების ელიმინაციას, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვას, ჯანსაღ კვებას, ფიზიკური აქტივობის გაზრდას, წონის კონტროლს და ა.შ.

ადრეული გამოვლენა

დაავადების ადრეულ გამოვლენას ემსახურება ასიმპტომური და ჯანმრთელი მოსახლეობის მასობრივი სკრინინგი. სკრინინგული პროგრამებით კიბოთი ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც, ერთი მხრივ, მათი ეფექტურობა დადასტურებულია და რესურსები საკმარისია მიზნობრივი პოპულაციის არანაკლებ 70% მოცვისათვის, ხოლო მეორე მხრივ, დაავადების გავრცელება იმდენად მაღალია, რომ ამართლებს სკრინინგის ხარჯთეფექტურობას.

ძუძუს სკრინინგი. კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსა და ევროპული გაიდლაინების მიხედვით, სკრინინგული მამოგრაფიული კვლევის ეფექტურობა დამტკიცებულია 50-69 წლის ასაკობრივ

ჯგუფებში. ძუძუს კიბოს სკრინინგის პერიოდულობასთან დაკავშირებით ევროპაში ერთიანი მიდგომა არსებობს. 2002 წელს IARC-მა რეკომენდაცია გაუწია მამოგრაფიის სკრინინგულ ჩატარებას ორწლიანი ინტერვალით და ევროგაერთიანების 27 ქვეყნიდან 24-მა მიიღო აღნიშნული რეკომენდაცია. ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული მამოგრაფიული სკრინინგის საკმარისი ეფექტურობა დასტურდება დიდი ობსერვაციული კვლევის შედეგებით, რომლის მიხედვითაც 50-69 წლის ასაკის ქალებში დაავადების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის თვალსაზრისით არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება ყოველწლიურად და ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებულ სკრინინგულ პროგრამებს შორის; ასევე აშშ-ის პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი (United States Preventive Services Task Force – USPSTF) ადასტურებს, რომ ორწლიანი პერიოდულობით ჩატარებულ სკრინინგს თითქმის ისეთივე სარგებელი მოაქვს, როგორც ყოველწლიურს, ამასთან, განახევრებული ზიანით.

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი. ევროპული გაიდლაინების მიხედვით, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი რეკომენდებულია 30-60 წლის ასაკობრივ დიაპაზონში, თუმცა უფრო ახალგაზრდა ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვა შესაძლებელია ქვეყნის შიდა ექსპერტთა გადაწყვეტილებით. USPSTF საშვილოსნოს ყელის სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 21-65 წლის ასაკის ქალებში. ევროპული გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ Pap-ტესტირებას ≥ 2 ან ≤ 5 -წლიანი ინტერვალით, მაშინ როცა USPSTF მხარს უჭერს 3 წლიან ინტერვალს. კარგად ორგანიზებული Pap-ტესტირებაზე დაფუძნებული 3-5 წლიანი ინტერვალის სკრინინგული პროგრამებით და პათოლოგიური Pap-ტესტის მქონეთა მეთვალყურეობისა და მკურნალობის შესაბამისი მექანიზმებით, შესაძლებელია მიღწეულ იქნას საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის შემცირება 80%-ით.

კოლორექტალური სკრინინგი. ევროპული გაიდლაინების მიხედვით, gFOBT-ტესტით სკრინინგი უნდა მოიცავდეს სულ ცოტა 60-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფს, თუმცა ასაკობრივი დიაპაზონი შესაძლოა გაფართოვდეს 45-80 წლებზეც. ევროპის მეტ წილ ქვეყნებში კოლო-

რექტალური სკრინინგი იწყება 50 წლის ასაკიდან და ასაკობრივი დიაპაზონი მერყეობს ქვეყნების მიხედვით. აშშ-ში USPSTF კოლორექტალურ სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 50-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, რომელიც ჩატარდება FOBT-ით, სიგმოიდოსკოპიით და კოლონოსკოპიით. დანიაში, შვედეთში, გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში ჩატარებული სკრინინგული პროგრამები ადასტურებენ, რომ 2-წლიანი ინტერვალით ჩატარებული gFOBT სკრინინგი კოლორექტალური კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილიანობას თითქმის 15%-ით ამცირებს, ხოლო ყოველწლიურად ჩატარებული – დაახლოებით 33%-ით.

პროსტატის სკრინინგი. პროსტატის კიბოს სკრინინგის სარგებლის შეფასება დღეს ინტენსიური დებატების მიზეზს წარმოადგენს. ეჭვს არ იწვევს, რომ PSA-სკრინინგი ზრდის პროსტატის კიბოს გამოვლენას ადრეულ ეტაპზე, თუმცა არ არსებობს მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ამ ეტაპზე ჩატარებული მკურნალობით შემცირდება პროსტატის კიბოთი გამოწვეული ადრეული სიკვდილიანობა.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა

ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობა ბევრად წარმატებულია, თუ მათი გამოვლენა მოხდება ადრეულ სტადიაზე. რაც უფრო ადრეა აღმოჩენილი სიმსივნე, მით უფრო მაღალია მისი სრული განკურნების შანსი (მაგ., კანის, პირის ღრუს, საშვილოსნოს ყელის, ძუძუს და კოლორექტალური კიბოს დროს). ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია კიბოს ძირითადი ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება და საზოგადოებაში ექიმთან დროულად მიმართვის კულტურის დანერგვა.

თანამედროვე მედიცინა ფლობს დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების სრულ არსენალს, რათა მოხდეს არა მარტო ავთვისებიანი პროცესის არსებობის დადგენა, არამედ მისი ადგილობრივი და შორეული გავრცელების შეფასება. ონკოლოგიური პაციენტის მართვის პროცესში სრულყოფილ დიაგნოსტიკას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, რადგან სწორად დასმულ დიაგნოზზე დამოკიდებულია პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკა და

ეფექტურობა. ზუსტი დიაგნოზის დადგენა სწორი მკურნალობის რეჟიმის შერჩევასათვის ძალზე მნიშვნელოვანია თითოეული პაციენტისთვის. მაგალითად, სარძევე ჯირკვლის კიბოზე ეჭვის დროს სტანდარტული მამოგრაფიის და ულტრაბგერითი გამოკვლევის გარდა, აუცილებელია სიმსივნის ბიოფსია (მისი შემდგომი მორფოლოგიური შესწავლით), გულმკერდის და მუცლის ღრუს რადიოლოგიური გამოსახულებითი დიაგნოსტიკა (CT/MRI) და ძვლების სკანირება, რათა შეფასდეს პროცესის ადგილობრივი გავრცელება და დადგინდეს არის თუ არა მეტასტაზები ღვიძლში, ფილტვებში ან ძვლებში. პათოლოგიური პროცესის გავრცელების სრულ სურათს (დაავადების კლინიკურ სტადირებას) გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის არჩევასათვის. სწორედ ამას გულისხმობს თანამედროვე სამედიცინო დიაგნოსტიკური სტანდარტების დანერგვა მკურნალობის საუკეთესო ხარისხის უზრუნველსაყოფად. სამწუხაროდ, არც თუ იშვიათად სიმსივნური წარმონაქმნი შემთხვევითი აღმოჩენა ხოლმე გეგმიური ულტრაბგერითი თუ კომპიუტერული კვლევების დროს, ხანდახან პროცესი იმდენად გავრცელებულია, რომ საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების წარმოება პირველადი კერის დასადგენად. ასეთ შემთხვევებში ძალზე ინფორმატიულია PET-დიაგნოსტიკა – პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია და Whole Body MRI – მთელი სხეულის სრული მიმოხილვითი მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, რაც საშუალებას იძლევა, დადგინდეს სიმსივნური პროცესის ლოკალიზაცია ადრეულ ეტაპებზე, როდესაც კლინიკური სიმპტომები ჯერ კიდევ არ არის გამოხატული. აღსანიშნავია, რომ ეს კვლევები საჭიროა არა მარტო დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, არამედ მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლადაც.

კიბოს მკურნალობა

მედიცინა არ დგას ადგილზე, დღითი დღე ინერგება დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი მეთოდები – იხვეწება ქირურგიული ტექნიკა, შემოდის ახალი პრეპარატები, რომლებიც დამიზნებით მოქმედებს სიმსივნურ უჯრედებზე, საოცარ შედეგებს აღწევს თანემედ-

როვე რადიაციული ონკოლოგია. სულ უფრო მეტი წარმატებით გამოიყენება ახალი მიმართულებები, რომლებიც გაცილებით სპეციფიკურია და ეყრდნობა კიბოს უჯრედების განადგურების ზუსტ მექანიზმებს, სადაც ჯანმრთელი უჯრედების დაზიანება სულ არ ხდება ან მინიმუმამდეა დაყვანილი.

ქირურგიული მკურნალობა. მკურნალობის კომბინირებულმა და კომპლექსურმა მეთოდებმა გააფართოვა ორგანოშემანარჩუნებელი და დამზოგველი ქირურგიული ჩარევების წარმოების ჩვენებები. ონკოლოგიური ოპერაციები პრინციპულად განსხვავდება არაონკოლოგიური ოპერაციებისაგან, რადგან ერთი მხრივ, წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ოპერაციის რადიკალიზმს, ხოლო მეორე მხრივ, გათვალისწინებული უნდა იყოს ორგანოს ფუნქციური მნიშვნელობა და რეკონსტრუქციულ-ადდენითი და კოსმეტიკური ოპერაციების ჩატარების შესაძლებლობა. რადიკალური ოპერაცია ონკოლოგიაში ყველა შემთხვევაში გულისხმობს არა მხოლოდ სიმსივნით დაზიანებული ორგანოს ან მისი ნაწილის საღი ქსოვილების ფარგლებში ამოკვეთას, არამედ მასთან ერთად ერთ ბლოკში რეგიონულ ლიმფოდისექციასაც. სიმსივნის გავრცელებიდან გამომდინარე, ჩარევა ხშირად ძალზე რთულია და ქირურგისგან ვირტუოზულ ტექნიკას მოითხოვს.

სხივური თერაპია. ონკოლოგიური პრინციპებდან გამომდინარე, მონოკომპონენტური მკურნალობა იშვიათად გამოიყენება (მხოლოდ დაავადების ძალიან ადრეულ სტადიაში), უფრო და უფრო მეტი ჩვენებები ჩნდება ქიმიო-სხივური მკურნალობის სასარგებლოდ.

სხივური თერაპიის აპარატებმა ნამდვილი რევოლუციური ნახტომი გააკეთეს და მნიშვნელოვნად შეცვალეს ამ დარგში თანამედროვე მედიცინის შესაძლებლობები. ხაზოვანი ამაჩქარებლები, მათში ინტეგრირებული სპეციალური კომპიუტერული ტომოგრაფით 3D გამოსახულების მიღებისა და მკურნალობის ტექნოლოგიების სინქრონიზაციით, იძლევა საშუალებას პაციენტებს ჩაუტარდეთ ზუსტ გამოსახულებაზე დაფუძნებული სხივური თერაპია. უახლესი ტექნოლოგიები უზრუნველყოფს სამიზნე ქსოვილების დასხივებას გაცილებით დიდი სიზუსტით, ჯანმრთელი ორგანოებისა და

ქსოვილების პრაქტიკულად სრული დაცვით. შესაძლებელი გახდა ირგვლივ მდებარე ჯანმრთელი ქსოვილების მაქსიმალური დაცვით რამდენიმე პათოლოგიური კერის ერთდროული და სხვადასხვა დოზით დასხივება, დასხივების პროცესის სუნთქვით პროცესთან სინქრონიზაცია. ახალი თაობის აპარატებმა მთლიანად შეცვალა მკურნალობის პროცესი – დასხივების პროცედურა გახდა გაცილებით უფრო სწრაფი, უსაფრთხო და ეფექტური.

მედიკამენტური თერაპია. მედიკამენტური თერაპია ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი რგოლია. ის გამოიყენება როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, ასევე კომბინაციაში ქირურგიულ და სხივურ თერაპიასთან ერთად ადიუვანტურ და ნეოადიუვანტურ რეჟიმებში. ქირურგიული ჩარევა და სხივური თერაპია სიმსივნის მკურნალობის ლოკო-რეგიონული მეთოდებია, ხოლო ქიმიოთერაპიული მკურნალობა ატარებს სისტემურ ხასიათს და მისი მოქმედება ვრცელდება მთელს ორგანიზმზე. მედიკამენტურ თერაპიაში მოიაზრება ქიმიოთერაპია (ციტოსტატური და ციტოტოქსიური პრეპარატებით), ჰორმონო-თერაპია, იმუნოთერაპია და ტარგეტული თერაპია. მკურნალობის მეთოდის შერჩევა ხდება სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური შენების, მისი გავრცელების და პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით. თანამედროვე ტარგეტული პრეპარატების გამოყენებამ მინიმუმამდე დაიყვანა და შესაძლებელი გახადა ქიმიოთერაპიის გვერდითი მოვლენების მართვა. სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება ანტისხეულებით დამიზნებითი თერაპია, რომელიც ძირითადად, სპეციფიკურ უჯრედებზე ახდენს ზემოქმედებას, ვინაიდან ისინი უკავშირდებიან გარკვეულ ანტიგენს ავთვისებიანი უჯრედების ზედაპირზე, მაშინ, როდესაც ქიმიოთერაპია არა მარტო კიბოს უჯრედების დაზიანებას ან სიკვდილს იწვევს, არამედ, ზემოქმედებს აგრეთვე ორგანიზმში არსებულ სხვა სახის უჯრედებზე.

მკურნალობის შედეგი დამოკიდებულია მრავალ კლინიკურ (სიმსივნის ლოკალიზაცია, სტადია დაავადების გამოვლენისას, მორფოლოგიური მახასიათებლები და ა.შ.) და არაკლინიკურ ფაქტორებზე (პაციენტის ასაკი, ზოგადი მდგომარეობა, სოციალური მახასია-

თებლები, ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი, ტრადიციები). საერთა-შორისო გამოცდილებით, კიბოს მკურნალობა მულტიდისციპლინურ მიდგომას საჭიროებს, რაც თავის მხრივ, გარანტიაა იმისა, რომ მკურნალობის ტაქტიკა სწორად იქნება შერჩეული. დროული და ადეკვატური სპეციალიზებული მკურნალობის ჩატარება ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობას, იძლევა მისი ხარისხის გაუმჯობესებას და სრული განკურნების შესაძლებლობას.

დღეს ონკოლოგია კომპლექსური, მულტიპროფილური დარგია, რომელიც აერთიანებს კლინიცისტებსა და ფუნდამენტურ მეცნიერებათა წარმომადგენლებს – ქირურგ-ონკოლოგებს, ქიმიოთერაპევტებს, რადიაციულ ონკოლოგებს, რადიოლოგებს, ჰემატოლოგებს, იმუნოლოგებს, პათომორფოლოგებს, ბიოქიმიკოსებსა თუ ბირთვული მედიცინის სპეციალისტებს. ეს არის გუნდი, რომლის ძირითადი მიზანია ონკოლოგიური კონტინგენტის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. ასეთი მეტად მძიმე კონტინგენტის მკურნალობა აუცილებლად უნდა ხდებოდეს ისეთი შესაძლებლობების სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც გააჩნია სპეციფიური სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ყველა რესურსი და შესაბამისად მომზადებული კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი.

ბიბლიოგრაფია

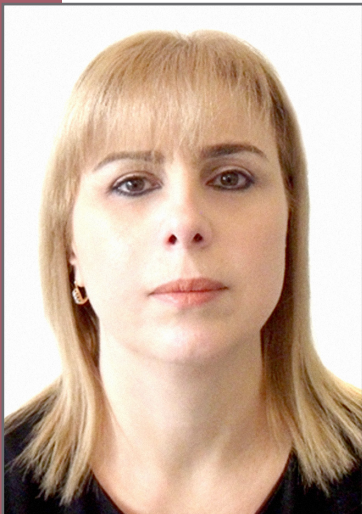
1. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and 5-year Prevalence Worldwide in 2012
2. World Health Report 2013: Research for universal health coverage
3. World Cancer Report 2014, Edited by BERNARD W. STEWART and CHRISTOPHER P. WILD International Agency for Research of Cancer/WHO
4. Cancer Incidence in Five Continents Volume X, 2014
5. Cancer control: Diagnosis and Treatment WHO guide for effective programmes , 2008
6. Cancer Control, Knowledge into Action, Prevention, WHO, 2007
7. Ezzati M. et al., Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004;
8. Danaei G. et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet, 366:1784-1793, 2005;
9. Driscoll T. et al. The global burden of diseases due to occupational carcinogens. American Journal of Industrial Medicine, 48:419-431, 2005).
10. ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2012
11. კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2013-2018, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2013



ჯანდაცვის ანაბიანუი ჩახუხი საქართველოში – ჩანობა, ჰობლეები, ჰახჰეხიჰეხი

მარინა დარასველიძე

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის
დეპარტამენტის უფროსი



ნათია ნოლიძე

საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის
დაცვის დეპარტამენტის
რეგულირების სამმართველოს
მთავარი სპეციალისტი

შესავალი

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემები

მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე დგანან. მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია, მკურნალობის უახლესი შესაძლებლობები და მოსახლეობის სულ უფრო მზარდი მოლოდინი ახალ მოთხოვნებს უყენებს მათ, ხოლო ჯანდაცვითი სერვისების მიწოდებას ხდის უფრო კომპლექსურს, ვიდრე წარსულში. ამავე დროს, ჯანდაცვაში ინვესტიციების მუდმივი ზრდა და ბიოსამედიცინო მეცნიერების მიღწევები ხელს უწყობს სამედიცინო ცოდნის, უნარ-ჩვევების, ტექნოლოგიების სწრაფ განვითარებას და შესაძლებელს ხდის ბევრი ჯანდაცვითი პრობლემის უფრო ეფექტურ გადაწყვეტას. თუმცა, ჯანდაცვის სექტორში განხორციელებულ რეფორმებს, რომლებიც მიზნად ისახავდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას უფრო ეფექტური, ეფექტიანი, უსაფრთხო და სამართლიანი ჯანდაცვის სისტემების ამოქმედების საშუალებით, ხშირ შემთხვევაში წარმატება არ მოჰყოლია. გატარებული რეფორმების ანალიზიდან გამომდინარე, ნათელი გახდა, რომ ჯანდაცვის სექტორში ჩადებული ინვესტიციებიდან მაქსიმალური სარგებლის მიღება შესაძლებელია მხოლოდ ეფექტური, ეფექტიანი და მოტივირებული ჯანდაცვის პროფესიონალების არსებობა/

შექმნის და შენარჩუნების შემთხვევაში. შესაბამისად, ნებისმიერი რეფორმის წარმატება თუ წარუმატებლობა მნიშვნელოვანწილადაა დამოკიდებული ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ადამიანურ რესურსზე. ხსენებულის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის სისტემა, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის კუთხით არსებული პრობლემების (სამუშაო ძალის გადანაწილება (გეოგრაფიული, გენდერული, ოკუპაციური, ინსტიტუციური), მათი კვალიფიკაცია და მიგრაცია) არსებობის შემთხვევაში, უძლურია, ეფექტურად უპასუხოს იმ გამოწვევებს, რაც მის წინაშე დგას.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ ჯანდაცვის ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სისტემის ფუნდამენტია – მათ გარეშე ჯანმრთელობა ვერ მიიღწევა.

საყურადღებოა, რომ ჯანდაცვის სფეროში არსებული მიღწევების მიუხედავად, მილიარდზე მეტ ადამიანს მსოფლიოში არა აქვს ხელმსაწვდომობა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე, რაც ხშირ შემთხვევაში განპირობებულია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის დეფიციტით, არაბალანსირებული პროფესიული სტრუქტურითა და არათანაბარ გეოგრაფიული გადანაწილებით. შესაბამისად, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ 2000 წელს აღიარებული ათასწლეულის განვითარების მიზნები ბევრ ქვეყანაში ვერ მიიღწევა სწორედ ადამიანური რესურსის ნაკლებობის, არათანაბარი გადანაწილებისა და იმ ხარვეზების გამო, რაც არსებობს მათი მწარმოებლობის, სიმძლავრეებისა და მოტივაციის კუთხით.

შესაბამისად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, დაინტერესებული მხარეების ფართო წრესთან ერთად, მუშაობს ჯანდაცვის პროფესიონალების რაოდენობრივი ზრდისა და მათი ხარისხის ამაღლების მიმართულებით, რათა დაკმაყოფილდეს 21-ე საუკუნის მოთხოვნები და ხელი შეეწყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების გენერირება/წარმოება ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა, კვალიფიციურ და მოტივირებულ პერსონალზე ხელმისაწვდომობა კი მიიღწევა მხოლოდ კომპლექსური მიდგომით, რომელიც სამთავრობო სტრუქტურების მხარდაჭერით ხორციელდება. თუმცა, პერსონალის მხოლოდ

რაოდენობრივი ზრდა საკმარისი არ არის, მნიშვნელოვანია მათი უნარების, კომპეტენციის, კლინიკური გამოცდილების განვითარება, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილება. უკანასკნელ წლებში სულ უფრო დიდი ყურადღება ექცევა ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი მულტიდისციპლინარული გუნდების მომზადებას, რომელიც სხვადასხვა სპეციალობის ექიმების, ექთნების, სოციალური მუშაკების, ჯანდაცვის მენეჯერების და სხვა პროფესიონალებისაგან შედგება.

21-ე საუკუნეში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, ასევე, მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე დგას. მართალია, ჩვენთვის ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის ნაკლებობის საკითხი ნაკლებად აქტუალურია, მაგრამ ადამიანური რესურსის გადანაწილება და კვალიფიკაცია კვლავ პრობლემად რჩება. შესაბამისად, საქართველოს მთავრობის უმთავრეს პრიორიტეტს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება წარმოადგენს, რაც საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიის – „საქართველო 2020“ ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა. ხსენებულის უზრუნველსაყოფად საქართველოს მთავრობა 2014-2020 წლებში მიზნად ისახავს მთელი რიგი ღონისძიებების განხორციელებას, მათ შორის, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის მიმართულებით, რაც გულისხმობს ჯანდაცვის პერსონალის მოტივაციის მექანიზმების განვითარებას და კვალიფიკაციის ამაღლებას სამედიცინო განათლების სისტემისა და შეფასების ინსტრუმენტების გაძლიერების საშუალებით, რათა შესაძლებელი იყოს საქართველოს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.

არსებული სისტემის დახასიათება

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის სტრუქტურა, განათლების ფორმები

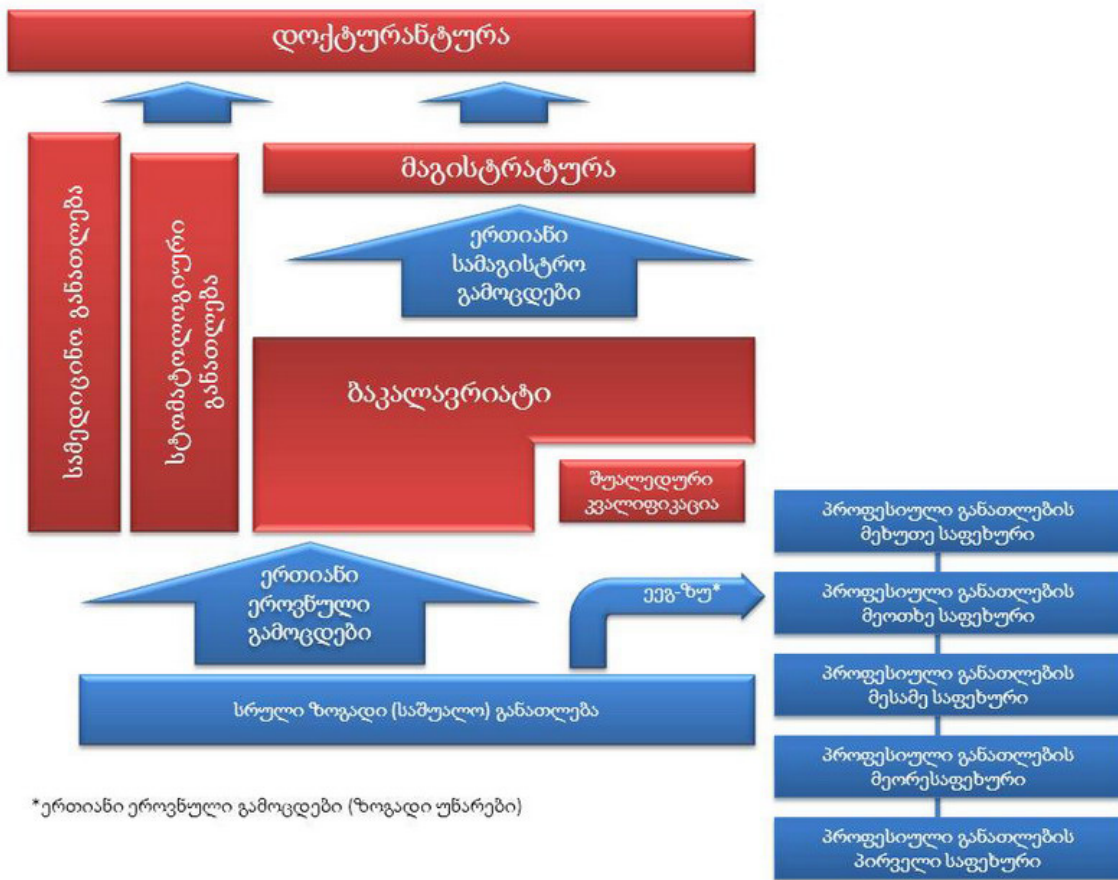
„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულია დეფინიცია „ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი“. იგი აერთიანებს ყველა იმ პირს (ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი და სხვა), რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან,

დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან, მას, ასევე, მიეკუთვნება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები და სამედიცინო და ჯანმრთელობის სერვისების მენეჯერები.

ამ ეტაპზე „ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი“ მოიცავს შემდეგ პროფესიებს: ექიმი, სტომატოლოგი, ფარმაცევტი, ფარმაცევტის

თანამემწე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი/ეპიდემიოლოგი, ექთანი, ბეზიქალი, ექთნის თანამემწე, ფიზიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციის სპეციალისტი („ფიზიოთერაპევტი“), ოკუპაციური თერაპევტი, ლაბორატორიის არასამედიცინო განათლების (ბიოლოგია/ქიმია) პერსონალი, კბილის ტექნიკოსი, სამედიცინო და ფარმაცევტულ მოწყობილობათა ოპერატორი, ოპტიკოსი, სამედიცინო კოსმეტოლოგი, მასაჟისტი.

განათლების ფორმები



*ერთიანი ეროვნული გამოცდები (ზოგადი უნარები)

ამ პროფესიების ფარგლებში განათლება ხორციელდება უმაღლესი (აკადემიური) და პროფესიული განათლების ფორმით, ხოლო თითოეულ მათგანს შეესაბამება გარკვეული უმაღლესი ან პროფესიული კვალიფიკაცია. საყურადღებოა, რომ უმაღლესი ფარმაცევტული, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, საექთნო საქმის (ექთანი/ბეზიქალი), ფიზიკური მედიცინისა

და რეაბილიტაციის და ოკუპაციური თერაპიის საგანმანათლებლო პროგრამების ფარგლებში სწავლება მიმდინარეობს ბოლონის დეკლარაციის მოთხოვნების გათვალისწინებით, ანუ გვაქვს ორსაფეხურიანი სწავლება (ბაკალავრიატი (240 კრედიტი) და მაგისტრატურა (120 კრედიტი)), ხოლო სამედიცინო/სტომატოლოგიური

განათლება არ ჯდება ბოლონის ჩარჩოში და წარმოდგენილია დიპლომირებული მედიკოსის/დიპლომირებული სტომატოლოგის (შესაბამისად 360 და 300 კრედიტი) საგანმანათლებლო პროგრამით, რომლის დასრულების შემდგომ სტუდენტს ენიჭება მაგისტრის აკადემიურ ხარისხთან გათანაბრებული დიპლომირებული მედიკოსის/დიპლომირებული სტომატოლოგის აკადემიური ხარისხი. უმაღლესი (აკადემიური) განათლების მე-3 საფეხურია დოქტორანტურა, რომლის ფარგლებშიც ხორციელდება სამეცნიერო და აკადემიური პედაგოგიური კადრების მომზადება, მათ შორის, ჯანდაცვის მიმართულებით.

საქართველოში ექიმთა განათლება მსოფლიო სამედიცინო განათლების ფედერაციის (WFME) გლობალური სტანდარტების შესაბამისად ხორციელდება და მოიცავს სამ საფეხურს: დიპლომამდელ განათლებას, დიპლომის შემდგომ განათლებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას. დიპლომის შემდგომი განათლება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოპოვების აუცილებელი პირობაა, რომელიც 1999 წლიდან სარეზიდენტო მზადების ფორმატში ხორციელდება. აღსანიშნავია, რომ სარეზიდენტო პროგრამების ხანგრძლივობა ევროკავშირის ქვეყნებში მოქმედი ანალოგიური პროგრამების მსგავსია, რაც, ვფიქრობთ, მომავალში მნიშვნელოვნად გაამარტივებს საქართველოში მიღებული კვალიფიკაციების ამ ქვეყნებში აღიარებას.

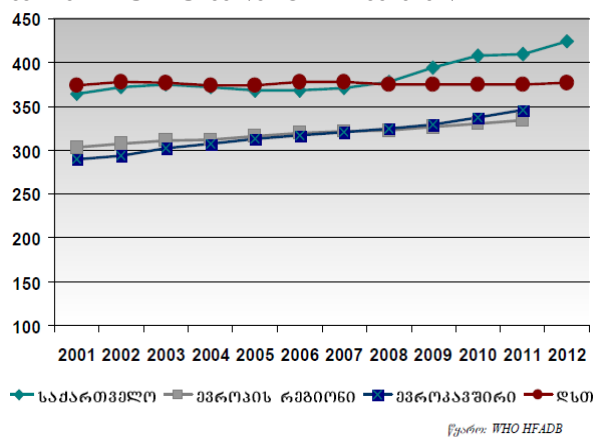
სარეზიდენტო პროგრამის დასრულების შემდგომ მაძიებელს ეძლევა შესაძლებლობა, მოიპოვოს სახელმწიფო სერტიფიკატი და განახორციელოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა სახელმწიფო სერტიფიკატით ნებადართული საექიმო სპეციალობის ფარგლებში. რაც შეეხება უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას, ის მოიცავს უწყვეტ სამედიცინო განათლებას, უწყვეტ პრაქტიკულ საექიმო საქმიანობას, პროფესიულ რეაბილიტაციასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტ გაუმჯობესებას. უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობა, მოქმედი კანონმდებლობით, ნებაყოფლობითია.

ძირითადი მაჩვენებლები

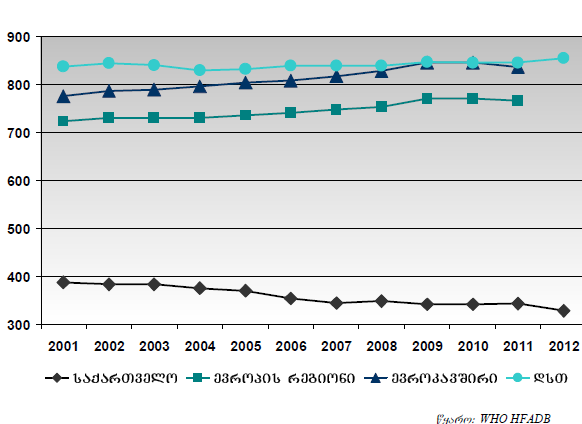
საქართველოში ექიმის პროფესია საკმაოდ პოპულარულია, რასაც ვერ ვიტყვით საექიმო

პროფესიაზე. ამიტომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა გამოირჩევა ექიმთა სიჭარბით და ექთნების დეფიციტით, ასევე, ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის (განსაკუთრებით ექიმების) არათანაბარი გადანაწილებით. საქართველოში მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია და 2013 წელს ყოველ 100 000 მოსახლეზე 478.8-ს შეადგენდა, მაშინ როცა იგივე მაჩვენებელი ევროპულ ქვეყნებში არის 327. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია თბილისში (881.6), ხოლო დაბალია ქვემო ქართლისა (197.9) და სამცხე-ჯავახეთის (227.5) რეგიონებში. 2004 წლიდან საქართველოში აღინიშნება ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის კლების ტენდენცია, რამაც 2013 წელს ყოველ 100 000 მოსახლეზე შეადგინა 300.3. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ექთნების უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში, ევროკავშირისა და დსთ-ს ქვეყნებში მნიშვნელოვნად აღემატება საქართველოს მაჩვენებელს:

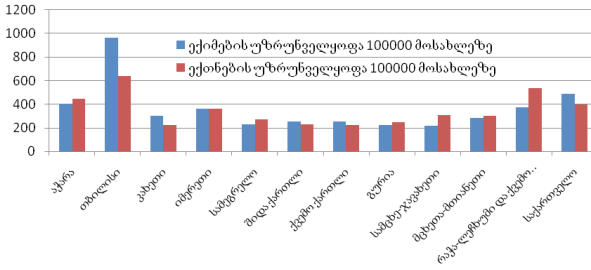
ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი



ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი



როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ადამიანური რესურსის გეოგრაფიული გადანაწილება მნიშვნელოვანი დისბალანსით ხასიათდება, სამედიცინო პერსონალის ძირითადი მასა დედაქალაქშია თავმოყრილი (რაც, ასევე, განპირობებულია თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების უპირატესად დედაქალაქში განვითარებით), ხოლო რეგიონებში რესურსი შედარებით შეზღუდულია:



ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის შეფასების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება წარმოადგენს. ეს მაჩვენებელიც უკანასკნელ წლებში ხასიათდებოდა კლების ტენდენციით და 2013 წელს შეადგინა 1:1.5, მაშინ როცა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული შეფარდება არის 4:1.

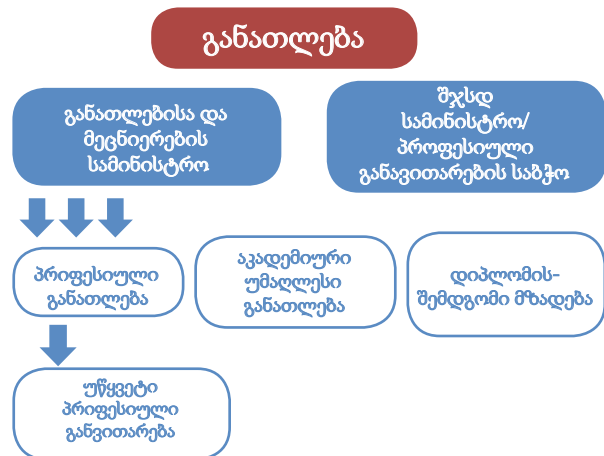
ზემოხსენებულიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ ქვეყნის საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ექიმების ჭარბწარმოება, ამას ადასტურებს კონკრეტული ციფრებიც: ყოველწლიურად 1200-მდე ექიმი შემოდის შრომის ბაზარზე, ამას ემატება სტომატოლოგების, ფარმაცევტების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების გაზრდილი რაოდენობაც, მაშინ როცა მხოლოდ 100-მდე ექთანი ამთავრებს საგანმანათლებლო დაწესებულებას. შედეგად, საქართველოში ექიმების წარმოების მაჩვენებელი 1 000 მოსახლეზე თითქმის სამჯერ აღემატება საშუალო ევროპულ მაჩვენებელს, ხოლო ექთნების წარმოება 10-ჯერ და მეტად ნაკლებია. ექიმების სიჭარბე გარკვეულწილად განაპირობებს მათ დაბალ პროდუქტიულობას: ჰოსპიტალურ დაწესებულებებში ერთი ექიმი საშუალოდ წელიწადში 45 პაციენტს, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი კი საშუალოდ დღეში 3 პაციენტს ემსახურება (ნაცვლად ჯანმოს მიერ რეკომენდებული 15 პაციენტისა).

რაც შეეხება ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის მიგრაციას, ამ ეტაპზე საქართველოში არ დგას პერსონალის საზღვარგარეთ ემიგრაციის პრობლემა, თუმცა, უახლოეს მომავალში ეს პრობლემა ალბათ ჩვენც შეგვეხება, რადგან ქართველი ახალგაზრდების (და არა მარტო ახალგაზრდების) ნაწილი პროფესიულ საქმიანობას საზღვარგარეთ აგრძელებს. საქართველოში ამჟამად უფრო მწვავედ დგას შიგა მიგრაცია, რის გამოც ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ძირითადი ნაწილი დედაქალაქსა და დიდ ქალაქებშია თავმოყრილი.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის რეგულირება

სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის რეგულირების მთავარი მიზანი ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფაა. შესაბამისად, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის ხარისხი, როგორც სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ქვეშ ფუნქციონირებადი სისტემის ერთ-ერთი განმსაზღვრელი კომპონენტი, ბუნებრივია, ადმინისტრაციული მართვის ამოცანების რიგში ხვდება.

სამედიცინო განათლების რეგულირების სფეროში პასუხისმგებლობები საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შორის ნაწილდება, რაც სქემატურად ასე გამოიყურება:



როგორც სქემიდან ჩანს უმაღლესი (ბაკალავრიატი, მაგისტრატურა, დიპლომირებული მედიკოსის/დიპლომირებული სტომატოლოგის საგანმანათლებლო პროგრამა, დოქტორანტურა)

და პროფესიული განათლების რეგულირება საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს კომპეტენციას განეკუთვნება, ხოლო დიპლომისშემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაზე პასუხისმგებლობა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ეკისრება. ორივე სახელმწიფო უწყება, დაწესებულებისთვის (სასწავლებლისათვის) საგანმანათლებლო სტატუსის მინიჭებისა და განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, მეტ-ნაკლებად მსგავს ინსტრუმენტებს იყენებს, რაც მოიცავს პროგრამების განმახორციელებელი დაწესებულებებისათვის (სასწავლებლებისათვის) შესაბამისი უფლების მინიჭებას (უმაღლესი აკადემიური/პროფესიული განათლების შემთხვევაში – ავტორიზაცია, დიპლომისშემდგომი მზადებისას – ინსტიტუციური აკრედიტაცია) და საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციას. ავტორიზაცია/აკრედიტაციის პროცესში, დაწესებულების სიმძლავრეებიდან გამომდინარე, განისაზღვრება, ასევე, იმ ადგილების რაოდენობა, რამდენი სტუდენტის/რეზიდენტის მიღების უფლებაც აქვს მას.

რაც შეეხება პროგრამულ აკრედიტაციას, აკადემიური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების ფარგლებში ის აუცილებელია რეგულირებადი საგანმანათლებლო პროგრამებისათვის („უმაღლესი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად მათ მიეკუთვნება სამედიცინო განათლება) და სახელმწიფო სასწავლო გრანტისა და სახელმწიფო სასწავლო სამაგისტრო გრანტის ფარგლებში დაფინანსებული საგანმანათლებლო პროგრამებისათვის. პროფესიულ საგანმანათლებლო პროგრამებზე სახელმწიფო დაფინანსების გაცემის აუცილებელი პირობა, ასევე, ამ საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციაა. დიპლომისშემდგომი მზადების/სარეზიდენტო პროგრამების აკრედიტაცია სავალდებულოა, ამავე დროს, აკრედიტაციის შემდგომ აუცილებელია მათი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ქვეყანაში დიპლომისშემდგომი მზადების ერთიანი სტანდარტის უზრუნველყოფად, რეზიდენტურის პროგრამები უნიფიცირებულია.

აკადემიური უმაღლესი განათლების სასწავლო პროგრამებში მონაწილეობა შესაძლებელია ერთიანი ეროვნული გამოცდების ჩაბარების შემთხვევაში, ხოლო სარეზიდენტო პროგრამაში მონაწილეობის მიზნით დიპლომირებულმა მედიკოსმა/დიპლომირებულმა სტომატოლოგმა უნდა ჩააბაროს ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდა.

რაც შეეხება პროფესიულ რეგულირებას, ის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენციას განეკუთვნება. ექიმთა პროფესიული რეგულირების მექანიზმი, ძირითადად, მოწინავე ქვეყნებში (აშშ, ევროკავშირი) მოქმედი ანალოგიური მექანიზმების იდენტურია და მნიშვნელოვნად განსხვავდება დსთ-ს ქვეყნებში მოქმედი სისტემებისაგან. ის მოიცავს ექიმთა სერტიფიცირებას, რაც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების აუცილებელი პირობაა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლს.

მნიშვნელოვანია, რომ ამჟამად ჯანდაცვის პროფესიებიდან საქართველოში მხოლოდ საექიმო/სტომატოლოგიური სპეციალობები მიეკუთვნება რეგულირებად პროფესიებს, ანუ ამ სპეციალობებში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, უკავშირდება სახელმწიფო სერტიფიკატის მოპოვებას. სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე დიპლომირებულ მედიკოსს/სტომატოლოგს, ასევე, რეზიდენტს, რომელიც გადის დიპლომისშემდგომი მზადების კურსს მუშაობა შეუძლია მხოლოდ უმცროს ექიმად. ექიმის მიერ სახელმწიფო სერტიფიკატის მოპოვების საფუძველი შესაბამის საექიმო სპეციალობაში სარეზიდენტო პროგრამის დასრულებაა. ამ ეტაპზე „საექიმო სპეციალობათა ნუსხით“ განსაზღვრულია 57 საექიმო (26 საბაზისო და 31 მომიჯნავე) სპეციალობა და 35 სუბსპეციალობა. სუბსპეციალობა წარმოადგენს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე სუბიექტის დამატებით კომპეტენციას, რომლის ფარგლებში საქმიანობისათვის, შესაბამის სახელმწიფო სერტიფიკატთან ერთად, დამატებით საჭიროა სათანადო მოწმობაც.

2008 წლიდან სახელმწიფო სერტიფიკატები უვადოა, რაც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ათავისუფლებს ვალდებულებისაგან, მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში. შესაბამისად, თვითგანვითარებაზე ზრუნვა ექიმის პირადი პასუხისმგებლობაა. 2008 წლამდე სახელმწიფო სერტიფიკატი გაიცემოდა 5 წლის ვადით და აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ ექიმს შეეძლო, ახალი ვადით (5 წელი) გაეგრძელებინა მისი მოქმედება სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების ან უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობის საშუალებით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების, ასევე, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული საქმიანობის რეგულირებას სამინისტრო ახორციელებს სათათბირო ორგანოს – „პროფესიული განვითარების საბჭოს“ მეშვეობით.

2007 წლამდე რეგულირებად პროფესიებს მიეკუთვნებოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა (ეპიდემიოლოგია, ჰიგიენა/გარემოსმედიცინა, რომლებიც 2007 წლამდე შედიოდა საექიმო სპეციალობათა ნუსხაში) და ფარმაცია. რაც შეეხება საექთნო საქმეს, ეს დარგი საქართველოში ამ ეტაპამდე რეგულირების მიღმა და საქმიანობაში შესვლის წინაპირობას წარმოადგენს საგანმანათლებლო პროგრამის დასრულების დამადასტურებელი დიპლომის ფლობა.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებულია პროფესიული პასუხისმგებლობის შემდეგი სახეები: წერილობითი გაფრთხილება, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება (მაქსიმუმ 6 თვის ვადით), სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება, ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვა და საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები.

ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პერსონალის პროფესიული რეგულირების კუთხით სამინისტრო განსაზღვრავს მხოლოდ მათი განათლების შესაბამისობას დასაქმების ადგილთან.

საგანმანათლებლო პროგრამების დაფინანსება

აკადემიური უმაღლესი განათლების დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო სასწავლო გრანტისა და სოციალური პროგრამების ფარგლებში, სარეზიდენტო პროგრამების ფარგლებში კი ამ ეტაპზე მზადდება ფასიანია (გარდა გამყოფი ხაზის მიმდებარე სოფლებში მცხოვრები საექიმო სპეციალობის მამიებლებისა). თუმცა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო იწყებს სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებას, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდება მიზნობრივი კონტინგენტის დიპლომისშემდგომი მზადების დაფინანსება (ხსენებულს უფრო დეტალურად ქვემოთ განვიხილავთ).

სისტემური პრობლემები და შესაბამისი აქტივობები

მიუხედავად ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის განათლებისა და პროფესიული რეგულირების კუთხით არსებული მიღწევებისა, როგორცაა აკადემიურ უმაღლეს განათლებაში ბოლონიის დეკლარაციით განსაზღვრული სისტემის დამკვიდრება, დიპლომისშემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ფორმალიზებული სისტემის ამოქმედება, დიპლომისშემდგომი განათლების სარეზიდენტო ფორმატზე გადასვლა (1999 წელი), საექთნო/საბებიო საბაკალავრო საგანმანათლებლო პროგრამების შემოღება (2011 წელი), ექიმთა სერტიფიცირება (დაიწყო 1998 წლიდან და სავალდებულოა 2001 წლის 1 სექტემბრიდან), საგანმანათლებლო პროგრამების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების (ავტორიზაცია, აკრედიტაცია, ხარისხის უზრუნველყოფის შიგა ინსტრუმენტები) განვითარება და სხვა, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის კუთხით, სისტემური პრობლემების წინაშე დგას, რაც განპირობებულია ჯანდაცვის პროფესიონალების არათანაბარი განაწილებით (ექიმების ჭარბი რაოდენობა, ექიმებისა და ექთნების არაბალანსირებული თანაფარდობა, არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება, ფართო პროფილის ექიმების სიჭარბე), დაბალი პროდუქტიულობით, ექთნების როლის, ფუნქციებისა და საჭიროებების

უგულეზელყოფით, დისბალანსით ადამიანური რესურსის წარმოებასა და მოთხოვნას შორის, შრომითი და სოციალური დაცვის მექანიზმების არასრულფასოვნებით, კადრების დაბერების ტენდენციით, სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული ხარვეზებითა და პროფესიული შეფასების ინსტრუმენტების არაეფექტურობა/არარსებობით (გადასახედა ექიმთა სერტიფიცირების მექანიზმი, ექთნების შემთხვევაში საერთოდ არ არსებობს შეფასების სისტემა). ყოველივე ზემოხსენებული ამცირებს ჯანდაცვის სერვისებზე საქართველოს მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას და აუარესებს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის კვალიფიკაციას, რაც საბოლოო ჯამში უარყოფითად აისახება მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მუშაობს არსებული პრობლემების მოგვარების კუთხით, რომლის ფარგლებშიც ხორციელდება ისეთი ღონისძიებები, როგორცაა ახალი დიპლომისშემდგომი განათლების/სარეზიდენტო და სუბსპეციალობების პროგრამების მომზადება, სასერტიფიკაციო გამოცდების ტესტ-კითხვარების განახლება, დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება/დამტკიცება, პროფესიული რეგულირების ინსტრუმენტების სრულყოფა. აღნიშნული აქტივობების ფარგლებში, პროფესიული რეგულირების მექანიზმების დახვეწა/გაუმჯობესებისა და ადმინისტრირების შესაბამისი მექანიზმების გამარტივების მიზნით, 2014 წელს ახალი რედაქციით ჩამოყალიბდა „საექიმო სპეციალობათა ნუსხა“, მომზადდა სარეზიდენტო პროგრამა 48 საექიმო სპეციალობაში, ასევე, სუბსპეციალობების პროგრამები, შემუშავდა სასერტიფიკაციო ტესტები საექიმო სპეციალობებში – „გადაუდებელი მედიცინა“ და „რადიაციული თერაპია“, ასევე, განახლდა ტესტები შემდეგ სპეციალობებში: „ფთიზიატრია-პულმონოლოგია“, „ფიზიკური მედიცინა, რეაბილიტაცია და კურორტოლოგია“, „სპორტის მედიცინა“ და სხვ., დამტკიცდა კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო გაიდლაინები და პროტოკოლები.

ამ ეტაპზე სრულდება მუშაობა ექიმთა პროფესიული კომპეტენციების განმსაზღვრელ დოკუმენტებზე, რომელთა ამოქმედების შემდგომ მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება პროფესიული რეგულირების სისტემა და დაიხვეწება შესაბამისი ადმინისტრაციული პროცედურები.

მნიშვნელოვანი ნაბიჯები იდგმევა რეგიონებში ექიმთა დეფიციტის შემცირებისა და დიპლომისშემდგომ მზადებაზე საექიმო სპეციალობის მაძიებელთა ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის კუთხით. კერძოდ, დამტკიცდა „დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამა“ (საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილება), რომლის ფარგლებშიც მომზადდება ექიმები მაღალმთიანი და საზღვრისპირა მინიციპალიტეტებისათვის. ისინი დიპლომისშემდგომი მზადების დასრულებისა და სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების შემდეგ დასაქმდებიან ზემოხსენებული მუნიციპალიტეტების სამედიცინო დაწესებულებებში, რაც შესაძლებელს გახდის ამ მუნიციპალიტეტებში ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების უწყვეტ მიწოდებას.

რეკომენდაციები

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის განათლებისა და პროფესიული რეგულირების გამართული სისტემის არსებობა ჯანდაცვის სისტემისათვის მნიშვნელოვანია. თუმცა, ვფიქრობთ, ამ მიმართულებით გასაკეთებელი კიდევ ბევრია. ეს განსაკუთრებით ეხება ისეთ სფეროებს, როგორცაა საექიმო საქმე, ექიმთა დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ქმედუნარიანობის გაზრდა, საუნივერსიტეტო კლინიკების განვითარება, სამედიცინო მეცნიერების ხელშეწობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტების სრულყოფა. უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია:

1. საექიმო საქმის პოპულარიზაცია, შესაბამის სასწავლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა, ექთნების განათლებისა და საქმიანობის თაობაზე ჩარჩო დოკუმენტის მომზადება და მისი შემდგომი იმპლემენტაცია.

2. ექიმთა განათლებისა და რეგულირების სისტემის სრულყოფა: სარეზიდენტო პროგრამებისა და შესაბამისი ლიტერატურის განახლება უნდა გახდეს მუდმივი პროცესი და მას ფრაგმენტული, ერთჯერადი ხასიათი არ უნდა ჰქონდეს; ყურადღება უნდა მიექცეს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობისათვის მოტივაციების მექანიზმების განვითარებას (აკრედიტაცია, დამფინანსებლის მიერ კონტრაქტებისას დამატებითი შეღავათების გათვალისწინება), დაიხვეწოს სერტიფიცირების პროცედურა და ინსტრუმენტი, რათა ის იძლეოდეს პროფესიული უნარ-ჩვევების შეფასების შესაძლებლობას.
3. ქვეყანაში შეიქმნას სისტემა, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება გაიდლაინების/ პროტოკოლების შემუშავება/განახლების პროცესზე.

4. გადაიდგას ქმედითი ნაბიჯები დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციების როლის გაძლიერებისაკენ, რაც აამაღლებს პროფესიული რეგულირების პროცესში მათ ჩართულობას და შესაძლებელს გახდის სამომავლოდ პროფესიული რეგულირების კუთხით ფუნქციების ეტაპობრივ დელეგირებას.

ამასთან, არანაკლებ აქტუალურია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მექანიზმების განვითარება (შიდა აუდიტი, აკრედიტაცია).

ვფიქრობთ, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის განათლებისა და პროფესიული რეგულირების ქმედუნარიანი სისტემის ამოქმედების მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები საშუალებას მოგვცემს, მიღწეული იქნეს ისეთი პრიორიტეტული ამოცანა, როგორც მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება.



ინფექციური დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლა საქართველოში

კაკაბა იმნაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში, მედიცინის დოქტორი



გურამ კავთაძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე, გელათის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი

ინფექციურ დაავადებათა ხვედრითი წილი მსოფლიოს მოსახლეობის ავადობასა და სიკვდილიანობაში კვლავ ძალზე მაღალია. მართალია, უძველესი დროიდან დღემდე არსებითად შეიცვალა უპირატესად გავრცელებულ გადამდებ სნეულებათა სპექტრი, პრაქტიკაში დაინერგა მაღალეფექტიანი პროფილაქტიკური და სამკურნალო პრეპარატები, მაგრამ სრულ და საბოლოო გამარჯვებაზე ლაპარაკი ჯერ-ჯერობით ნაადრევია (თუ საერთოდ შესაძლებელია ასეთი გამარჯვება). ამის მაგალითია ებოლას მიმდინარე ეპიდემია დასავლეთ აფრიკაში.

ძველი სამყაროს მოსახლეობის საგრძნობ ნაწილს რეგულარულად იწირავდა ინფექციური დაავადებების განმეორებადი ეპიდემიები. ძველ აღთქმაში საკმაოდ დაწვრილებითაა აღწერილი არაერთი გადამდებ სნეულება და მათი გავრცელების აღსაკვეთი ღონისძიებები. არსებობს მდიდარი ისტორიული მასალა ევროპისა და აზიის ქვეყნებში ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლის გზების შესახებ, მაგრამ გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ პასტერისა და კოხის ეპოქამდე (ხოლო მნიშვნელოვანწილად ამ ეპოქის შემდეგაც) კაცობრიობა ეპიდემიებისა და პანდემიებისაგან პრაქტიკულად დაუცავი იყო. შავმა ჭირმა, ყვავილმა, ქოლერამ, პარაზიტულმა ტიფებმა მილიონობით ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა; უკვე XX საუკუნეში გრიპის (ე.წ. „ისპანკას“)

პანდემიის მსხვერპლმა პირველი მსოფლიო ომის დანაკარგებს გადააჭარბა.

გადამდეგ სნეულებათა გავრცელების ჩვენს ქვეყანაში არსებული მდგომარეობა მეტ-ნაკლებად ემთხვეოდა მსოფლიოში (განსაკუთრებით კი მოსახლურ რეგიონებში) არსებულ სიტუაციას. საქართველოსთვის უცხო არ იყო ე.წ. ჟამიანობა (არსებობს მოსაზრება, რომ სიტყვა „ჟამის“ ქვეშ იგულისხმებოდა არა მხოლოდ შავი ჭირი). მოსახლეობის გადარჩენის უმთავრეს საშუალებად რჩებოდა აყრა-გადასახლება და ავადმყოფთა იზოლაცია, თვითიზოლაციის ჩათვლით, რასაც მოწმობს დღემდე შემორჩენილი მუცო-შატილის ანატორი. განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ე.წ. ვარიოლაცია, ჯანმრთელ ადამიანთა ხელოვნური დასნებოვნება ყვავილით, რაც არსებულ გადმოცემათა თანახმად, ამსუბუქებდა დაავადების მიმდინარეობას და ამცირებდა სიკვდილიანობას, თუმცა გავლენას ვერ ახდენდა დაავადების გავრცელებაზე.

რუსეთის იმპერიის შემადგენლობაში საქართველოს შესვლის შემდეგ ჩნდება პირველი სტატისტიკური ცნობები მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ეს ცნობები შორსაა სრულყოფილებისაგან, მაგრამ მომდევნო პერიოდში სულ უფრო სისტემატიზებულ ხასიათს იძენს. რაც შეეხება ინფექციურ დაავადებათა საწინააღმდეგო მასშტაბურ ღონისძიებებს, მათ შესახებ სარწმუნო მონაცემები მხოლოდ განვლილი საუკუნის 20-იანი წლებიდან მოიპოვება. უპირველეს ყოვლისა ეს ეხება ყვავილის საწინააღმდეგო „დეკრეტირებულ“ ვაქცინაციას.

საუკუნეების განმავლობაში საქართველოსათვის ეროვნულ უბედურებას წარმოადგენდა მალარია, რომელიც მოიცავდა ქვეყნის თითქმის მთელ ტერიტორიას და განსაკუთრებით მძინვარებდა კოლხეთის დაბლობზე და ალაზნის ველზე. ამავე პერიოდში მოსახლეობის დიდი ნაწილი ინფიცირებული იყო ტუბერკულოზით. ფართოდ იყო გავრცელებული წვეთოვანი ინფექციები – ბავშვთა მალარია სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზი. ინცინდენტობის მნიშვნელოვან დონეს ინარჩუნებდა მუცლის ტიფი, დიზენტერია, პარაზიტული ტიფები და სხვა.

საბჭოთა სახელმწიფოს ტოტალიტარული წყობა საკმაოდ მკაფიოდ აისახა ინფექციურ

დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის ხასიათზეც. არაერთ ნაკლთან ერთად უნდა აღინიშნოს ის წარმატებებიც, რომლებიც მიღწეულ იქნა ინფექციური პათოლოგიის წინააღმდეგ ბრძოლაში. ყვავილის ვაქცინაციის საყოველთაო და სავალდებულო აცრების განხორციელებამ საკმაოდ მოკლე დროში ამ დაავადების პრაქტიკული ერადიკაცია მოახდინა. რაციონალურად იქნა ორგანიზებული ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ. დაჭაობებული ადგილების ამოშრობამ, დასახლებულ ადგილებში ბონიფიკაციის სისტემატიურმა განხორციელებამ არსებითად შეამცირა მალარიის გადამტანის გავრცელების არეალი, ხოლო მალარიის საწინააღმდეგო სადგურების და მთლიანად ეპიდსამსახურის კოორდინირებულმა მუშაობამ უზრუნველყო ფაქტობრივად თითოეული ავადმყოფის გამოვლინება და ჯეროვანი მკურნალობა, რამაც განაპირობა ინფექციის წყაროს რიცხოვნობის მინიმალიზაცია. ეპიდზედამხედველობის მწყობრმა სისტემამ, კომპლექსური ანტიმალარიული ღონისძიების მასშტაბურმა ხასიათმა უზრუნველყო ქვეყანაში მალარიით ავადობის პრაქტიკული, ხოლო გასული საუკუნის 70-იანი წლებიდან სრული ლიკვიდაცია. მომდევნო პერიოდში გრძელდებოდა მეზო და ჰიპერმალარიოგენულ ტერიტორიებზე მუდმივი კონტროლი, დიდი და მცირე ბონიფიკაციის სამუშაოები, წყალსაცავების გამზუხირება, მალარიაზე არაკეთილსაიმედო საზღვარგარეთის ქვეყნებიდან ჩამოსული პირებზე შესაბამისი ხანგრძლივობის ეპიდმეთვალყურეობა და სხვ.

იმდროინდელი ჯანდაცვის სამსახურის ერთ-ერთ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს დიფთერიით ავადობის პრაქტიკული ლიკვიდაციაც. ამ ინფექციის მართვა მთლიანად უკავშირდება გასტონ რამონის დიფთერიული ანატოქსინის შექმნას (1928 წ.), რამაც შესაძლებელი გახადა აქტიური იმუნიზაციის გზით მოსახლეობის საიმედო დაცვა. საყურადღებოა, რომ საბჭოთა კავშირში პირველი ოფიციალური დადგენილება 1-8 წლის ბავშვის სავალდებულო აცრების თაობაზე მიღებული იქნა თბილისის საბჭოს მიერ უკვე 1930 წელს, რაც შესანიშნავი ქართველი მეცნიერის სიმონ ამირაჯიბის დაუღალავ, თავდადებულ მუშაობას უნდა მიეწეროს. ამასთან გასათვალისწინებელია ამ ჭეშმარიტი მეცნიერისა და ინტელიგენტის

სამაგალითო თავმდაბლობა, მოკრძალება და საკუთარი ღვაწლის წარმოჩინების ტაბუირება. სწორედ ს. ამირაჯიბის დამსახურებაა საქართველოში მიკრობიოლოგიის, ჰიგიენისა და ეპიდემიოლოგიის დარგების ჩამოყალიბება, სწავლებისა და კვლევითი სამუშაოების დაწყება. ცნობილია, რომ ს. ამირაჯიბმა საგვარეულო ძვირფასეულობის ფასად დააარსა თბილისში დიფთერიის ანტოტოქსიური შრატის წარმოება, ამასთან მისი უანგარო შენაწირის შესახებ მხოლოდ წლების შემდეგ გახდა ცნობილი.

თბილისის შემდეგ, 1931 წ., დიფთერიის საწინააღმდეგო აცრების შესახებ დადგენილება მიიღო ლენინგრადის საბჭომაც, საკავშირო სამინისტროს შესაბამისი ბრძანება კი დაშვებულ იქნა მხოლოდ 1936 წელს. საქართველოში თავდაპირველად აცრებს აწარმოებდნენ ეპიდემიოლოგები და ამცრელი პუნქტების თანამშრომლები, 1940 წლიდან კი ბავშვთა პოლიკლინიკები და ამცრელი პუნქტები ქალაქებში, ხოლო საექიმო უბნები – სოფლებში.

მომდევნო 15 წლის განმავლობაში არაერთხელ შეიცვალა აცრების წარმოების სქემა (საქმე ეხება ასაცრელი კონტინგენტების განსაზღვრას, საწყის ასაკს, რევაქცინაციების ვადებს, ასაცრელი მასალის ხასიათს). ამ გარემოების ერთ-ერთ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს მოსახლეობის საგრძნობი ნაწილის უარყოფითი დამოკიდებულება აცრებისადმი, რასაც, სამწუხაროდ, არაერთი უვიცი ან არაკეთილსინდისიერი ექიმიც უწყობდა ხელს. შექმნილი იყო რთული სიტუაცია: ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ბრძანების თანახმად აცრები სავალდებულო იყო, ამასთან ბრძანების შეუსრულებლობა მკაცრ ადმინისტრაციულ სასჯელს ითვალისწინებდა. ამავე დროს ამცრელ პერსონალს შეხვედრა უწევდა მძლავრ, არაიშვიათად გადაულახავ წინააღმდეგობასთან. შექმნილი ჩიხიდან გამოსავალი მოინახა აცრების მასობრივ გაყალბებაში, რის შედეგად დაგეგმილი კონტინგენტები ფიქტიურად აღირიცხებოდა, როგორც აცრილი, სტატისტიკა კი უჩვენებდა აცრილთა შორის ავადობის მაღალ სიხშირეს, რაც ეჭვქვეშ აყენებდა აცრების ეფექტიანობას. შეიკრა ტიპიური მანკიერი წრე. პარალელურად, ჯანდაცვის სისტემაში დამკვიდრდა დიფთერიის შემთხვევების მასობრივი დამალვა (როგორც წესი, შენიღბვა ანგინის დიაგნოზით).

გარდატეხა მოხდა მის შემდეგ, რაც ერთ-ერთი რაიონის სანეპიდსამსახურმა სამედიცინო ინსტიტუტის ეპიდემიოლოგიის კათედრასთან ერთად პირადად დაივალა აცრების ჩატარება და ლაბორატორიული კვლევის წარმოება. მოკლე დროში მიღებულმა შთამბეჭდავმა შედეგმა ცხადყო, რომ დიფთერიის მართვა აქტიური იმუნოზაციით სავსებით რეალური ამოცანა იყო. შემდგომ პერიოდში, გასული საუკუნის 60-იანი წლებისათვის, მოხერხდა დიფთერიის ინცინდენტობის მინიმალიზაცია და პრაქტიკული ლიკვიდაციაც.

სამწუხაროდ, ჯანდაცვის მუშაკთა და ხელმძღვანელთა გარკვეულმა ნაწილმა დიფთერიით ავადობის ლიკვიდაცია მიიჩნია დიფთერიის ლიკვიდაციად, რასაც მოჰყვა ყურადღების შესუსტება პრევენციულ ღონისძიებათა ჯეროვანი განხორციელებისადმი, თავი იჩინა სხვა შეფერხებებმაც, კერძოდ კი, აცრებისადმი უკუჩვენებების რიცხვის გაუმართლებელმა, მეცნიერულად დაუსაბუთებელმა ზრდამ, ლეგალურმა და არალეგალურმა ანტიპროპაგანდამ. სათანადო ყურადღების გარეშე დარჩა სპეციალისტთა დაბეჯითებული განცხადებები, რომ შექმნილი სიტუაცია შეიცავდა დიფთერიის ინცინდენტობის ზრდის, ხოლო შემდგომში ეპიდემიის რისკსაც, რაც სავსებით დადასტურდა 90-იანი წლების დასაწყისში. 1993 წელს იფეთქა დიფთერიის ეპიდემიამ, რომლის შეჩერებაც მხოლოდ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაეროს ბავშვთა ფონდის და დასავლეთის ქვეყნების ქმედითი დახმარებით გახდა შესაძლებელი.

60-იანი წლებიდან საქართველოში წარმოებდა გემიური აცრები ტუბერკულოზზე, დიფთერიაზე, ტეტანუსზე, ყივანახველაზე, პოლიომიელიტზე, წითელაზე, ყბაყურაზე. 90-იანი წლების დასაწყისში განვითარებულ, რადიკალურ ხასიათის ძვრებს მოჰყვა ჯანდაცვის სამსახურის ფაქტობრივი რღვევა. ძველმა სისტემამ არსებობა შეწყვიტა, ახალი კი ჩანასახოვან მდგომარეობაში იყო. სწორედ ამ პერიოდში ყოფილი შავი ჭირის საწინააღმდეგო სადგურის ბაზაზე ჩამოყალიბდა განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებთან ბრძოლის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი (შემდგომში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი). ცენტრის მუშაობის დასაწყისი

დაემთხვა უმძიმეს პერიოდს – ქვეყანაში გაჩაღებულ სამოქალაქო ომს და საყოველთაო ქაოსს. ამ პირობებში პრაქტიკულად შეუძლებელი იყო დარგობრივი მუშაობის არამც-თუ განხორციელება, არამედ დაგეგმვაც. სრულიად მოშლილი იყო დაავადებათა აღრიცხვის სისტემა, რაც გამოიწვია ავადმჯობის სიტუაციის რეალური შეფასების შესაძლებლობას. გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ ცენტრმა თავი გაართვა მის წინაშე მდგომ უმძიმეს ამოცანებს. უპირველეს ყოვლისა, შენარჩუნებულ იქნა დარგობრივი გამოცდილების მქონე, კვალიფიციური პერსონალი. ცენტრმა შეძლო მჭიდრო და ქმედითი კავშირების დამყარება ამერიკის შეერთებული შტატების და ევროპის მოწინავე ქვეყნების პროფილურ დაწესებულებებთან და უწყებებთან. თანამშრომელთა დიდმა ჯგუფმა მიიღო მსოფლიოს ცნობილ ლაბორატორიებსა და კვლევით ცენტრებში კვალიფიკაციის ამაღლების საშუალება, რამაც შესაძლებელი გახდა ეროვნული ცენტრის მუშაობის გარდაქმნა თანამედროვე მოთხოვნათა შესაბამისად, ამ დროისათვის საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში ჩამოყალიბების პროცესში იყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური. შეიქმნა დაავადებათა რეალური აღრიცხვის და, შესაბამისად, პრევენციულ ღონისძიებათა რაციონალური დაგეგმვის შესაძლებლობა. ეფექტიანად ამოქმედდა აქტიური იმუნიზაციის სისტემა.

გაეროს ბავშვთა ფონდთან, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან და ევროკავშირთან მჭიდრო თანამშრომლობაში შემუშავდა და განხორციელდა 1993 წელს განვითარებული დიფთერიის ეპიდემიის ჯერ შეჩერება, შემდეგ კი ლიკვიდაცია, იგივე თანამშრომლობამ და პროფილურ სპეციალისტთა თანმიმდევრულმა, მონდომებულმა მუშაობამ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მნიშვნელოვანი დახმარებით, განაპირობა იგივე პერიოდში საქართველოში დაბრუნებული მაღარი ეპიდემიის დაძლევა საკმაოდ მოკლე დროში. წარმატებით განხორციელდა სხვადასხვა დაავადებათა ლოკალური აფეთქებების გამოკვლევა და ჩაქრობა.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს მიღწევები ევროპის რეგიონში პოლიომიელიტის ერადიკაციის პროგრამაში, რაც სათანადოდ იქნა შეფასებული ჯანმრთელობის

მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ. ქართველი სპეციალისტების წარმატებულობის აღიარებას საერთაშორისო დონეზე ადასტურებს მათი წარმომადგენლობა არაერთი საერთაშორისო პროგრამის ხელმძღვანელ ორგანოებში.

აქტიური იმუნიზაციით მოსახლეობის მასობრივ მოცვას ყოველთვის და ყველა ქვეყანაში ახლავს აცრის შემდგომი არასასურველი მოვლენების შემთხვევები, რომლებიც, საბედნიეროდ, უკიდურესად იშვიათად ვითარდება. ანალოგიური ფაქტები ფიქსირდებოდა საქართველოშიც და უნდა ითქვას, რომ ისინი დაუყოვნებელ და ფართო გაშუქებას პოულობდნენ მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებში, განსაკუთრებით კი ქართული ტელევიზიის ყველა არხით. დასაინანია, რომ ამავე არხებზე არ გაშუქებულა, თუ რამდენი ინფექციისაგან დაიცვა აქტიურმა იმუნიზაციამ ქვეყნის მოსახლეობა.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ცენტრის ძალისხმევა ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური კვლევის მოლეკულურ-ბიოლოგიური მეთოდების დანერგვის მიმართულებით. ამერიკის შეერთებული შტატების მოწინავე ლაბორატორიებთან მჭიდრო თანამშრომლობაში საკმაოდ მოკლე დროში ჩამოყალიბდა მოლეკულური კვლევის ლაბორატორია, რომელსაც ანალოგი არ გააჩნია მეზობელ ქვეყნებში, ხოლო კვლევის ამ მეთოდის დანერგვა ეპიდემიოლოგიაში შეიძლება შეედაროს დაქტილოსკოპიის დანერგვას კრიმინალისტიკაში.

დაბოლოს, ცენტრის შემადგენლობაშია ამერიკის შეერთებული შტატების მხარდაჭერით და უშუალო მონაწილეობით შექმნილი ლუგარის სახელობის ლაბორატორია, რომლის აღჭურვილობისა და კვლევის საშუალებებით უზრუნველყოფის დონე ჯერ-ჯერობით მრავალი ქვეყნისათვის მიუწვდომელია.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები (2005), რომელიც ძალაში შევიდა 2007 წელს, ყველა ქვეყნისგან მოითხოვს ლაბორატორიული ეპიდზედამხედველობის გაძლიერებას. ცენტრში ფუნქციონირებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აკრედიტებული 3 ვირუსოლოგიური (პოლიომიელიტის, გრიპის, წითელა-წითურას) და საერთაშორისო ქსელებში ჩართული და შესაბამისად

ხარისხის გარე კონტროლის მქონე (როტა ვირუსების, ინვაზიური მენინგიტების, დიფთერიის, სალმონელოზების და მალარიის) ლაბორატორიები, რომელთა ლუგარის ცენტრში გადატანამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მუშაობის პირობები, რაც საშუალებას იძლევა განაცხადის წარდგენისა ჯანმოს მოთანამშრომლე ცენტრის სტატუსზე.

გარდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართულებისა, ლუგარის სახელობის ლაბორატორია მნიშვნელოვან პერსპექტივებს ქმნის სამეცნიერო პოტენციალის განსავითარებლად, განსაკუთრებით გენომის კვლევების, მოლეკულური ეპიდემიოლოგიის, „მასპინძელსა“ და პათოგენს, გადამტანებსა და პათოგენს შორის ურთიერთქმედების და კლინიკური კვლევების ჩასატარებლად, დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს ამ მხრივაც წამყვანი ადგილი უკავია ქვეყანაში. 1990-იანი წლების ბოლოდან ცენტრს მოპოვებული აქვს 100-მდე სამეცნიერო გრანტი და პროექტი, გამოქვეყნებული აქვს 100-ზე მეტი საერთაშორისო პუბლიკაცია. ამ სამეცნიერო კვლევებში ცენტრი თანამშრომლობდა წამყვან ქართულ სამეცნიერ-კვლევით და პრაქტიკულ დაწესებულებასთან. ცენტრის ბაზაზე და ამ პროექტების საფუძველზე მზადდებოდა და მზადდება ივანე ჯავახიშვილის სახელობის, სახელმწიფო სამედიცინო, ილიას, აგრარული, ბათუმის და სხვა უნივერსიტეტების დოქტორანტები და მაგისტრანტები.

ქვეყანაში ინფექციურ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლა დღეისათვის ძირითადად ეყრდნობა აცრების ეროვნულ კალენდარს, რომელიც საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის 2010 წლის 25 ივნისის #183/ნ ბრძანების თანახმად, ითვალისწინებს აქტიური იმუნიზაციის წარმოებას ტუბერკულოზის, B ჰეპატიტის, დიფთერიის, ტეტანუსის, ყივანახველას, ჰემოფილუს ინფლუენცას, პოლიომიელიტის, წითელას, წითურას, ყბაყურას, აგრეთვე როტავირუსული და პნევმოკოკური ინფექციების წინააღმდეგ. გათვალისწინებულია აგრეთვე რიგი ინფექციების ვაქცინოპროფილაქტიკა ეპიდჩვენებების მიხედვით. აქვე უნდა ითქვას, რომ იმუნიზაციის სამსახურს თანამედროვე ეტაპზე უხდება გარკვეული დაბრკოლებების გადალახვა, რაშიც მას მნიშვნელოვანი

დახმარება შეიძლება აღმოუჩინოს მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებმა.

აქტიური იმუნიზაციის საქმის ჯეროვანი წარმართვის პირობებში ქვეყნის მოსახლეობა საიმედოდაა დაცული იმ ინფექციებისაგან, რომელთა წინააღმდეგ არსებობენ სათანადო ეფექტიანობის ვაქცინები. მაგრამ რჩება დაავადებათა საკმაოდ დიდი ჯგუფი (უპირატესად ნაწლავთა ინფექციები), რომელ მართვა სავსებით შესაძლებელია არასპეციფიკური პროფილაქტიკის მეოხებით. ასეთ დაავადებათა გავრცელების შეზღუდვა დამოკიდებულია მოსახლეობის სანიტარულ განათლებაზე და უზრუნველყოფაზე ხარისხიანი სასმელი წყლით და უსაფრთხო საკვებით, რაც შეუძლებელია ჯეროვანი კონტროლის გარეშე.

ინფექციურ დაავადებათა დიდი ჯგუფი თითქმის მთლიანად უკავშირდება მოსახლეობის ცხოვრების წესს, სანიტარულ კულტურას. დამატებით მტკიცებულებებს არ მოითხოვს ის გარემოება, რომ C და B ჰეპატიტებით, შიდსით და ბევრი სხვა (უწინარეს ყოვლისა ე.წ. სქესობრივი გზით გადამდები) ინფექციებით დაავადება ფაქტიურად „ნებაყოფლობითია“, ე.ი. პიროვნების ქცევაზე დამოკიდებული (რა თქმა უნდა, არსებობს გამონაკლისებიც, მაგრამ ისინი ავადობის საერთო მაჩვენებელზე არსებით გავლენას ვერ ახდენენ). არასპეციფიკური პროფილაქტიკის წარმატებულ პროპაგანდას შეუძლია საგრძნობლად შეამციროს რიგი დაავადებების ინციდენტობა და შეუმსუბუქოს სახელმწიფო ბიუჯეტს სამედიცინო დახმარების მძიმე ტვირთი, რამდენადაც ჯანმრთელობის დაცვა შეუდარებლად უფრო იაფი ჯდება, ვიდრე ჯენმრთელობის აღდგენა. ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ საინფორმაციო საშუალებები საკმაოდ დროს უთმობენ მკურნალობის მეთოდების გაშუქებას (რაც, თავისთავად, მისასალმებელია), მაგრამ ბოლო ათწლეულებში არ ყოფილა არცერთი სპეციალური გადაცემა სანიტარული კულტურის, ცხოვრების წესის და ქცევის მნიშვნელობაზე ინფექციურ დაავადებათაგან თავის დაცვაში. შევნიშნავთ, რომ საქართველოში გადამდებ დაავადებათა რანჟირში, როგორც მიმდინარეობის და გამოსავლის სიმძიმის, ისე გავრცელების მიხედვით წამყვანი ადგილი ქცევაზე

დამოკიდებულ ინფექციებს უკავიათ (საკმარისია C ჰეპატიტის მაგალითი).

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ გადამდებ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლაში ქვეყნის ძალისხმევის მკაფიო აღიარება იყო ჯანმრთელობის გლობალური უსაფრთხოების ინიციატივაში საქართველოს აქტიური ჩართულობა. გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების პროგრამის 11 სამოქმედო პაკეტიდან, საქართველო ლიდერია რეალურ დროში ბიოზედამხედველობის პაკეტის, ხოლო მხარდამჭერი – ლაბორატორიული ზედამხედველობისა და ზოონოზური

ინფექციების პაკეტებისა. 2014 წლის 26 სექტემბერს ვაშინგტონში, თეთრ სახლში გამართულ გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების სამიტზე, საქართველო მოხსენებულ იქნა, როგორც სამაგალითო საერთაშორისო პარტნიორი.

ამის წინაპირობა იყო საქართველოში ეპიდზედამხედველობის ელექტრონული სისტემის დანერგვა, რომელიც დაფუძნებულია „ერთიანი ჯანმრთელობის“ პრინციპზე და საშუალებას იძლევა განხორციელდეს ადამიანის და ცხოველების დაავადებების ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რეალურ დროში.



იმუნიზაცია – საჯანთესო ინსტიტუტისა და ეროვნული ჯანმრთელობის ცენტრის ჯანმრთელობის

ნათუნა ზახაშვილი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გამამდებ
დაავადებათა დეპარტამენტის უფროსი

გადარჩენილ სიცოცხლეთა რაოდენობის
თვალსაზრისით კაცობრიობა მედიცინის
სხვა არცერთ მეცნიერებასთან არ არის
ისეთ ვალში, როგორც იმუნიზაციასთან. ეს
წარმატებები მიღწეული იქნა უკანასკნელი
100 წლის განმავლობაში. იმუნიზაციის
ისტორია დაიწყო 1796 წლის 14 მაისს,
როდესაც ინგლისელმა ექიმმა, ედუარდ
ჯენერმა, ყვავილის საწინააღმდეგოდ
გააკეთა პირველი აცრა.

იმუნიზაცია ყველა დროის უდიდეს
სამედიცინო მიღწევათა ათეულშია
შესული, ხოლო XIX-XX საუკუნეების
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის იმ მიღწევათა
ათეულში, რომელთაც შეცვალეს
კაცობრიობა, პირველ ადგილს იკავებს. 10
უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო აღმოჩენათა
ათეულის მე-2 ადგილი ყვავილის
საწინააღმდეგო ვაქცინაციას, ხოლო მე-8
ადგილი მორის ჰილემანის მიერ შექმნილ
წითელა-წითურა-ყბაყურას საწინააღმდეგო
კომბინირებულ ვაქცინას უკავია



ლია ზახაშვილი

დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრის
იმუნოპროფილაქტიკის დაგეგმვის
და მონიტორინგის სამმართველოს
უფროსი

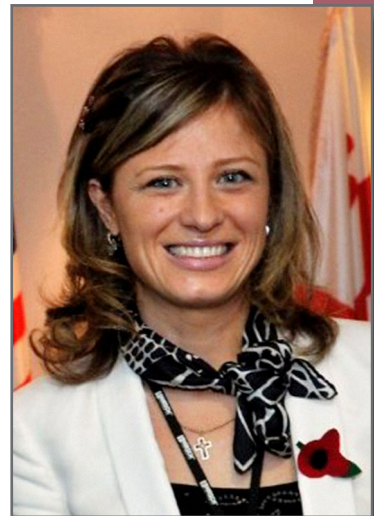
- ყვავილი მრავალი საუკუნის განმავლობაში აწამებდა კაცობრიობას. მის შესახებ პირველად ინდურ და ჩინურ ხელნაწერებშია ნახსენები. მან თავისი ავტოგრაფი კანზე დაუტოვა ფარაონებს, რომელთა მუმები დაკრძალულია 3 000 წლის წინ.
- შუა საუკუნეებში ყვავილთან ბრძოლის მიზნით გამოჯანრთელებულის პუსტულის შიგთავსს იზელდნენ კანის ჭრილობაში ან ცხვირში უბერავდნენ ჯანმრთელს;
- ყვავილის გამომშრალი ქერქები მომგებიანი ვაჭრობის საგანიც კი გახდა;
- რუსეთში პუსტულების შიგთავსში ასველებდნენ ხურდა ფულს და გარკვეული დროით ატარებდნენ უბით;
- ჩერქეზეთში ქალიშვილების სილამაზის შესანარჩუნებლად ხშირად სხეულის დახურულ ნაწილებში აკეთებდნენ სპეციალურ ნაჩხვლეტებს ყვავილის ჩირქში დასველებული ხანჯლის წვერით;
- 1805 წელს პირველი მასობრივი აცრები ჩატარდა ნაპოლეონის ბრძანებით მისი არმიის სრულ შემადგენლობაში;
- სავალდებულო აცრების შესახებ პირველი კანონი გამოიცა 1807 წელს გერმანიაში ჰესენის ლანდსაგრაფოში, ხოლო ანალოგიური კანონები 1820 წელს მიიღო ევროპის სხვა სახელმწიფოებმაც;
- რუსეთში ყვავილის საწინააღმდეგო პირველი აცრები ჩაიტარა იმპერატრიცა ეკატერინე II-მ და მისმა ვაჟმა (მომავალში იმპერატორმა პავლე I-მა), შემდეგ კი (1801 წ.) დედოფალ მარია ფიოდოროვნას (იმპერატორ პავლე I-ის მეუღლე) სურვილით აიცრა პატარა ანტონ პეტროვი, რომლსაც მიენიჭა გვარი ვაქცინოვი, მის ოჯახს კი – სამუდამო პენსია.

ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა – სახელმწიფო, სოციალური, ჰიგიენური და სამედიცინო ღონისძიებების სისტემა, რომელიც გამიზნულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაღალი დონის უზრუნველყოფისა და დაავადებათა თავიდან ასაშორებლად. ამ სისტემის ერთერთ უმთავრეს სფეროს დაავადებების სპეციფიკური პრევენცია –



თამარ დოლაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის იმუნოპროფილაქტიკის დაგეგმვის და მონიტორინგის სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი



ეკატერინე ქაჭიკაშვილი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის მოადგილე

იმუნიზაცია წარმოადგენს. იგი ყველაზე მასობრივი სამედიცინო ინტერვენციის სისტემაა და მოიცავს მეცნიერების სხვადასხვა დარგის მთელ ერთობლიობას, დაწყებული სახელმწიფო პროგრამის საჭიროებიდან გამომდინარე იმუნიზაციის სამსახურის მოწყობიდან და დამთავრებული უშუალოდ პაციენტის ვაქცინაციით.

იმუნიზაცია ესაა ხელოვნური იმუნიტეტის (რომელიმე დაავადებისადმი შეუვალობა) შექმნა, რომელიც მიიღწევა აქტიურად (ვაქცინებით) ან პასიურად (შრატებითა და იმუნოგლობულინებით).

ინფექციებთან ბრძოლაში პირველ წარმატებებს მიაღწიეს უფრო ადრე, ვიდრე თვით გამომწვევები იქნებოდა აღმოჩენილი. მხედველობაშია ცნობილი ინგლისელი ექიმის, ედუარდ ჯენერის, 1796 წელს შექმნილი ყვავილის საწინააღმდეგო ვაქცინა და დიდი ფრანგი მეცნიერის, ლუი პასტერის მიერ 1885 წელს შექმნილი ცოფის საწინააღმდეგო ვაქცინა.

ჯენერის აღმოჩენა მოხდა მისი დაკვირვების საოცარი უნარის წყალობით. მან შეამჩნია, რომ დაავადებული ძროხისაგან დასნებოვანებულ მწველავეს გადაჰქონდათ ძალზე მსუბუქი დაავადება და შემდგომ არასოდეს ავადდებოდნენ ნატურალური ყვავილით.

გავიდა კიდევ 100 წელი და უკვე ლუი პასტერმა შეიმუშავა ცოფის საწინააღმდეგო ვაქცინა. ეს მოხდა 7 წლით უფრო ადრე, ვიდრე თვით ვირუსები იქნებოდა აღმოჩენილი. მართალია, ცოფი არ განეკუთვნება მასობრივ დაავადებებს, მაგრამ სიმძიმის და ფატალობის მხრივ მას სწორი არ ჰყავს.

მეოცე საუკუნის 20-იანი წლებისათვის დაგროვდა საკმაო ეპიდემიოლოგიური მონაცემები, რომლებიც თვალნათლად ადასტურებდნენ აცრების ეფექტურობის სარწმუნოებას. ამ პერიოდში შემუშავდა სხვადასხვა ბაქტერიული ინფექციის (ტუბერკულოზი, ქოლერა, დიზენტერია, შავი ჭირი, მუცლის ტიფი) საწინააღმდეგო დახოცილ ან დასუსტებულ გამომწვევებზე დამზადებული აქტიურ ვაქცინათა მნიშვნელოვანი რაოდენობა. ვაქცინოლოგიის განვითარების შემდეგი ეტაპი დაკავშირებულია დიფთერიის ანატოქსინის აღმოჩენასთან, რომლის მნიშვნელობა ყვავილის საწინააღმდეგო ვაქცინის მიღებას უთანაბრდება.

ყვავილის გლობალურ ლიკვიდაციას ვაქცინის აღმოჩენიდან თითქმის 200 წელი დასჭირდა. დიფთერიის ანატოქსინის აღმოჩენიდან 90 წელზე ცოტა მეტი გავიდა. მისი გამოყენების წარმატება უდავოა, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ამ ინფექციის ლიკვიდაცია უფრო რთული პრობლემაა, ვიდრე ყვავილის ლიკვიდაცია.

ყვავილის გლობალური ლიკვიდაცია ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის მიერ 1958 წელს იქნა შემოთავაზებული და იმუნიზაციის მასობრივი კამპანიების წყალობით კაცობრიობის ეს უდიდესი გამარჯვება მიღწეული იქნა 1977 წლისთვის, რის შესახებაც საბოლოო ოფიციალური გადაწყვეტილება 1980 წელს მიიღეს.

1974 წელს დასამაბი მიეცა იმუნიზაციის გაფართოებულ პროგრამას, 1978 წელს კი იმუნიზაცია დეკლარირებული იქნა როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების ესენციალური კომპონენტი.

ამჟამად დასრულების ფაზაშია 1988 წელს დაწყებული პოლიომიელიტის ერადიკაციის ინიციატივა, რომლის ფარგლებში 2002 წელს საქართველო სერთიფიცირებულია როგორც პოლიომიელიტისგან თავისუფალ ტერიტორია. მიზნის განხორციელებას 1990-ის წლების ბოლოს მრავლობითი მასობრივი აცრების კამპანიები დასჭირდა. 1995-2000 წლების განმავლობაში საერთაშორისო მასობრივი კამპანიის „MECACAR“ ეგიდით საქართველოში 1,100 მლნ-ზე მეტი 3-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვი აიცრა ორ რაუნდად (პირველ რაუნდში – 1126059, ხოლო მეორე რაუნდში – 1068005). შემდგომი წლების განმავლობაში იმუნიზაციის დამატებითი აქტივობების ფარგლებში კიდევ აიცრა 380 000-ზე მეტი 0-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვი.

მოლეკულურ ბიოლოგიაში (კერძოდ, რეკომბინანტულ დნმ-ის ტექნოლოგიაში) წარმატებებმა ახალი იმპულსი მისცა იმუნიზაციის განვითარებას. განსაკუთრებით ეს ეხება ვირუსული ვაქცინების კვლევებს. მიღებულია 50-ზე მეტი სხვადასხვა ვირუსის რეკომბინანტული ვაქცინა და მათი რაოდენობა განაგრძობს ზრდას.

იმუნიზაციის წყალობით დამარცხებულია ყვავილი, თითქმის განადგურებულია პოლიომიელიტი, მკვეთრად შემცირებული

წითელათი, ცოფით და წითურათი ავადობა. ამ ვირუსულ დაავადებებთან ერთად აღნიშვნის ღირსია სხვა მიკროორგანიზმებით გამოწვეული დაავადებები – შავი ჭირი, ქოლერა, ტუბერკულოზი, დიფთერია, ტეტანუსი, ყივანახველა, დიზენტერია, ტულარემია, ჯილეხი – აი არასრული სია ინფექციებისა, რომელთან ბრძოლაშიც ვაქცინებმა გაიმარჯვეს.

გამოყენების დაწყებამდე ყველა ვაქცინა გადის ხარისხზე შემოწმებებისა და ტესტირებების გრძელ რიგს სასურველი ეფექტის გამოწვევასა და ადამიანის საიმედოდ დაცვაში დასარწმუნებლად. ყველა წამალს შესაძლოა ახასიათებდეს გვერდითი გამოვლინებები, მაგრამ ვაქცინები წარმოადგენს ყველაზე უსაფრთხო საშუალებების ჯგუფს.

ვაქცინა ეს არის პრეპარატი, რომელიც გამიზნულია ინფექციური დაავადებებისადმი აქტიური ხელოვნური იმუნიტეტის ფორმირებისათვის.

ვაქცინების შესაქმნელად იყენებენ ინფექციის გამომწვევების (პათოგენების) შტამებს – დახოცილს ან დასუსტებულს, მათ სუბუჯრედულ ფრაგმენტებს ან ანატოქსინებს/ტოქსოიდებს (გამომწვევის ტოქსინისგან დამზადებული პრეპარატი, რომელსაც შესუსტებული აქვს გამოხატული ტოქსიური თვისებები, მაგრამ ამასთან შესწევს უნარი წარმოქმნას ანტისხეულები საწყისი ტოქსინისადმი) ან გენურ-ინჟინერული გზით მიღებულ ანტიგენებს.

არსებობს მონოვალენტური ვაქცინები (ერთ პათოგენზე დამზადებული) და პოლივალენტური ვაქცინები (რამდენიმე პათოგენზე დამზადებული, რომელსაც აქვს უნარი განავითაროს შეუვალობა რამდენიმე დაავადებისადმი).

განასხვავებენ ცოცხალ, კორპუსკულურ (დახოცილ), ქიმიურ და რეკომბინანტურ ვაქცინებს.

ცოცხალი ვაქცინები – მზადდება დასუსტებული მიკროორგანიზმების ისეთი შტამების ბაზაზე, რომელთაც მდგრადად აქვთ გამყარებული ავირულენტობა (უვნებლობა). შეყვანის შემდეგ ვაქცინური შტამი აცრილის ორგანიზმში მრავლდება და იწვევს ვაქცინურ ინფექციურ პროცესს. აცრილთა უმრავლესობაში ვაქცინური

ინფექცია გამოხატული კლინიკური ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს და აპირობებს მყარ იმუნიტეტს. ცოცხალი ვაქცინების მაგალითებია: წითელას, წითურას, ყბაყურას, პოლიომიელიტის, ტუბერკულოზის, როტავირუსული ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინები.

კორპუსკულური ვაქცინა – შეიცავს ვირიონის დასუსტებულ ან დახოცილ კომპონენტებს.

ქიმიური ვაქცინები – იქმნება ანტიგენური კომპონენტებისაგან, რომლებიც ამოწვლილია მიკრობის უჯრედიდან. ამოკრეფა ხდება იმ ანტიგენებისა, რომლებიც განაპირობებენ მიკროორგანიზმის იმუნოგენურ მახასიათებლებს.

რეკომბინანტული ვაქცინები – ახალი თაობის ვაქცინებია და მიიღება გენური ინჟინერიის მეთოდებით, რომლის დროსაც მიკროორგანიზმის გენეტიკური მასალის ჩანერგვა ხდება საფუარის უჯრედებში, რომლებიც აპროდუცირებენ ანტიგენს. ასეთი ვაქცინების მაგალითებია გრიპის, ჰეპატიტი B-ს, ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინები.

მრავალი არსებული ვაქცინა ათწლეულების განმავლობაში გადიოდა სრულყოფას და ამჟამად ფართოდ ხმარებული ვაქცინები მაღალი უსაფრთხოებისაა. ვაქცინების ეფექტურობისა და უსაფრთხოების გარანტი ხარისხის კონტროლის საერთაშორისო და ეროვნული ორგანოებია. ვაქცინები შექმნისას ტექნოლოგიურად 14 მთავარ ეტაპს გადიან, რომლებიც თავის მხრივ შედგება მრავალფეროვანი უფრო მცირე, მაგრამ აუცილებელი სტადიისაგან. მთლიანობაში კი გამოდის გრძელი გზა, რომლის გავლაშიც მონაწილეობს სპეციალისტების ფართო სპექტრი: მიკრობიოლოგები, ბიოქიმიკოსები, ციტოლოგები, ტექნოლოგები, ინჟინრები, ექიმები, სახელმწიფო კონტროლიორები, მედიცინის ეკონომისტები და ეპიდემიოლოგები. ვაქცინოპროფილაქტიკა სამედიცინო ჩარევის ყველაზე მასობრივი ფორმაა და, პრაქტიკულად, თითოეულ ადამიანს ეხება. აქედან გამომდინარე ვაქცინების გამოყენება, განსაკუთრებით პრინციპიალურად ახალი ვაქცინების კლინიკური გამოცდების სტადიაში, მოითხოვს ეთიკური ნორმებისა და წესების მკაცრ დაცვას.

ახალი ვაქცინის შექმნისას პრეპარატის ბედს წყვეტს სამი ძირითადი ფაქტორი: 1. ავადობის შემცირების უნარი და ვაქცინის გამოყენების სარგებელი; 2. პოსტვაქცინური გართულების

განვითარების რისკი და შესაძლო ზარალი ვაქცინისგან; 3. ვაქცინის ღირებულება და ეკონომიკური სარგებელი. რა თქმა უნდა, ვაქცინები, ისევე, როგორც სხვა ნებისმიერი მედიკამენტი, აბსოლუტურად უსაფრთხო არაა, თუმცა ვაქცინაციისას განვითარებული გართულების რაოდენობა ასჯერ და ათასჯერ მცირეა ინფექციური დაავადებების გადატანისას განვითარებულ ანალოგიური პათოლოგიის შემთხვევათა რაოდენობაზე. დანახარჯებიც ნებისმიერ ვაქცინაზე, რომლის ეფექტურობაც დადასტურებულია, დაახლოებით 10-ჯერ მცირეა ინფექციური დაავადების სამკურნალო დანახარჯებზე. ჯანმო-ს ეგიდით ჩატარებული ყვავილის ლიკვიდაციაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯი ანაზღაურებული იქნა ლიკვიდაციის შესახებ განცხადებიდან პირველივე თვეში. ამ ეტაპზე ჯანდაცვის მსოფლიო ბიუჯეტის 90% იხარჯება სამკურნალო პროცედურებზე და მხოლოდ ბიუჯეტის 10% – პროფილაქტიკაზე, მაშინ, როდესაც ქვეყნებისთვის იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამები სიღარიბესთან ბრძოლის ყველაზე ქმედითი იარაღია.

ვაქცინოლოგიის ისტორიის მომდევნო 15 წლის განმავლობაში გაჩნდება ვაქცინათა ახალი თაობა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს ყოველწლიურად გადავარჩინოთ 8 მილიონი ბავშვის სიცოცხლე. მოლეკულური ბიოლოგიისა და გენური ინჟინერიის მნიშვნელოვანი წარმატებების მეშვეობით იქმნება პერსპექტიული ვაქცინების მრავალსახეობა, რომლებიც გაამარტივებენ იმუნიზაციას, აამაღლებენ არსებული ვაქცინების ეფექტურობას და დაიცავენ ბავშვებს იმ ინფექციებისგან, რომელთა საწინააღმდეგო ვაქცინები ჯერ არ არსებობს. ამას გარდა, ზოგიერთი ამ ვაქცინათაგანი გახდება დაცვის პირველი საშუალება იმ დაავადებებისგან, რომელთა სწრაფი მკურნალობა შეუძლებელი ხდება ანტიბიოტიკების მიმართ მდგრადობის სულ უფრო სწრაფი მატების გამო.

ამჟამად შესწავლაშია 60-მდე დაავადების საწინააღმდეგო ვაქცინათა პოტენციურად ახალი რიგი. მათ რიცხვშია ბავშვთა ასაკისთვის სასიკვდილო ძირითადი დაავადებების – დიარეული დაავადებების, მწვავე რესპირატორული ინფექციების, მალარიის საწინააღმდეგო ვაქცინები.

ვაქცინები ბიოლოგიური პრეპარატებია და

მათი წარმოება, შენახვა, ტრანსპორტირება – ვიდრე მომხმარებელამდე – საჭიროებს სპეციალურ ტემპერატურულ რეჟიმს. ამ რეჟიმის შესანარჩუნებლად შექმნილია „ცივი ჯაჭვის“ სისტემა, რომელიც გულისხმობს სპეციალურ ლოჯისტიკურ ქსელს.

ყოველწლიურად 12 მილიონი ბავშვი კვდება 5 წლამდე ასაკში, მათ შორის 3 მილიონი – 1 კვირამდე ასაკში. სულ ცოტა 2 მილიონი ამ სიკვდილთაგან გამოწვეულია დაავადებებით, რომელთა თავიდან აცილება შესაძლებელია უკვე ამჟამად ხმარებული ვაქცინებით. ეს ხდება ძირითადად ორი მიზეზის გამო: 1. ყველა ვაქცინას არა აქვს 100%-იანი ეფექტი და 2. სიცოცხლის პირველ წელს ბავშვთა 20% არ იღებს სრულ ვაქცინაციას 6 ძირითადი ვაქცინით – დიფთერიის, ტეტანუსის, ყივანახველას, პოლიომიელიტის, ტუბერკულოზის და წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინებით.

ვაქცინაციით მართვად დაავადებათა შემთხვევების რაოდენობის მნიშვნელოვანმა კლებამ მოსახლეობას შეუქმნა აზრი, რომ მრავალი ინფექციური დაავადება წარსულს ჩაბარდა. თუმცა ეს ინფექციები ძველებურად რჩება ავადობის, ინვალიდობის და სიკვდილობის მიზეზად.

დაავადებები, რომლებიც უკვე უცნობი გახდა მოსახლეობისთვის, კვლავ იჩენენ თავს თუკი იკლებს იმუნიზაციის განხორციელებისადმი ძალისხმევა და აცრებით მოცვის დონე დაიკლებს. ამათუიმ ინფექციური დაავადების საწინააღმდეგო ვაქცინის დანერგვა და იმუნიზაციით მოცვის დონეების ზრდა და შენარჩუნება უზრუნველყოფს დაავადებულთა რაოდენობის არსებით კლებას.

და პირიქით, იმუნიზაციისადმი ყურადღების შესუსტებით გამოწვეული აცრებით მოცვის დონეების კლებისას დაავადებათა შემთხვევები ხელახლა ჩნდება. ისეთ უკიდურესად გადამდებ დაავადებებს, როგორცაა პოლიომიელიტი, წითელა ან დიფთერია, ძალუძთ დაბრუნება და მთელ რეგიონში გავრცელება. ჩვენ არაერთხელ ვიხილეთ ეპიდემიები იმ დაავადებებისა, რომლებზე კონტროლიც შესუსტდა. აღნიშნულის ერთერთი მკაფიო მაგალითია 2013-2014 წლებში წითელას ეპიდემიები საქართველოში. ავადობის ტვირთი, ძირითადად, 1 წლამდე და 15-30 წლის ასაკის მოსახ-

ლეობაზე მოვიდა, რაც ადასტურებს ამ ასაკობრივი კატეგორიის არაიმუნურობას. წითელას დაავადების შემთხვევების პროგნოზირებული მატების თავიდან აცილების მიზნით 2008 წელს დაგეგმილი იყო იმუნიზაციის მასობრივი აცრების კამპანია 30 წლამდე ასაკის მოსახლეობის დასაცავად. იმ პერიოდში, სამწუხაროდ, ნაცვლად 980 136 ადამიანისა, აიცრა მხოლოდ 492 642 (50,3%), რაც ერთერთი მნიშვნელოვანი წინაპირობა გახდა 2013-14 წლების ეპიდემიისა, რომელმაც 11000 ადამიანი ჩაითრია და 3 ემსხვერპლა კიდევ. ეპიდემიის გავრცელების შეკავების მიზნით 2013 წლიდან საჭირო გახდა იმუნიზაციის დამატებითი კამპანიური ღონისძიებების განხორციელება, რაც გულსხმობს 14 წლამდე ასაკის ბავშვთათვის წითელას საწინააღმდეგო აცრების კურსის დასრულებას, ხოლო 15-30 წლის ასაკის მოსახლეობისთვის დამატებითი აცრის ჩატარებას. კამპანიის ფარგლებში აგრეთვე ჩართულია სამედიცინო მუშაკები და სხვა სპეციფიკური კონტინგენტები. აღნიშნული კამპანიის ფარგლებში 2013-2014 წლებში საქართველოს მასშტაბით აიცრა 120 000-ზე მეტი ადამიანი, თუმცა სრული მოცვის განხორციელებისათვის ეს რაოდენობა არასაკმარისია.

იმუნიზაციის პროგრამების საშუალებით 20 წლის განმავლობაში მსოფლიოში ყოველწლიურად თავიდან აცილებულია ბავშვთა სიკვდილის სულ ცოტა 3 მილიონი შემთხვევა. ამას გარდა, 750000 ბავშვი გადარჩენილია სიბრძავეს, ინვალიდობას, გონებრივ ჩამორჩენილობასა და ჯანმრთელობის მყარი სახის დარღვევებს. ასევე დანერგილია ლაბორატორიული და ეპიდზედამხედველობის ქსელი.

საქართველოს ჯანმრთელობის შესახებ კანონის შესაბამისად, 1996 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია შერჩეულ ასაკებში იმუნოპროფილაქტიკის წარმოება. იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლენი არიან საქართველოს მოქალაქეები და საქართველოს ტერიტორიაზე მუდმივად მყოფი უცხო ქვეყნის მოქალაქეები. იმუნიზაციის პროგრამის მოსარგებლეებისათვის პროგრამით გათვალისწინებული ვაქცინებით და შრატებით უზრუნველყოფა და აცრა-ვიზიტების მომსახურება არ ითვალისწინებს მოსარგებლეთა მხრიდან თანაგადახდას.

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის იმუნიზაციის კომპონენტი სრულად აფინანსებს ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული სავალდებულო აცრების ჩატარებას 12 დაავადების საწინააღმდეგოდ: ტუბერკულოზი, ჰეპატიტი B, დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი b, წითელა, წითურა, ყბაყურა, როტავირუსული და პნევმოკოკური ინფექციები.

ჩამოთვლილი დაავადებების პროფილაქტიკა ტარდება 9 ვაქცინის საშუალებით: BCG, Hep B (მონო), DPT-Hib-HepB, DT, Td, OPV, MMR, Rota, PCV.

სახელმწიფო ბიუჯეტით შეძენილი და მომხმარებლამდე „უფასოდ“ მიწოდებული ვაქცინები ყოველთვის ითვალისწინებს ქვეყანაში არსებულ ეპიდსიტუაციას და თანმიმდევრულია იმ სტრატეგიისა, რომელიც განსაზღვრულია ამა თუ იმ დაავადების შემცირების ან აღმოფხვრისკენ. საქართველოში მოქმედი პროფილაქტიკური აცრების სახელმწიფო კალენდრის ფარგლებში მოწოდებული ვაქცინები ძალზე მაღალი ხარისხის და უსაფრთხოებისაა და გამოიყენება დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში. ვაქცინის მაღალი ხარისხის გარანტირებისათვის სახელმწიფო შეისყიდის მხოლოდ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ ხარისხზე და უსაფრთხოებაზე სერთიფიცირებულ ვაქცინებს ან/და ვაქცინებს, რომლებიც რეგისტრირებულია დასავლეთის ქვეყნებში.

1996 წლიდან მოყოლებული ქვეყნის მთელი მასშტაბით აეწყო იმუნიზაციის სამსახური, „ცივი ჯაჭვის“ სისტემის გამართვის ჩათვლით. იმუნიზაციის სისტემა აერთიანებს სპეციალურად ტრენირებულ სამედიცინო კადრებს, ასაწრელი მასალების და „ცივი ჯაჭვის“ აღჭურვილობის ლოჯისტიკურ ნაწილს.

საქართველოში ბავშვთა გეგმიური იმუნიზაცია ხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კანონისა და პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად (სმუხსდ მინისტრის ბრძანება #183/ნ 25.06. 2010 წ.).

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის/კომპონენტის მართვა დელეგირებულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრზე. ჯანმრთელობის დაცვის პერველადი რგოლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

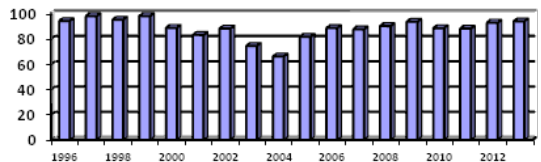
სამსახურებიდან ყოველწლიურად, საშუალოდ, 1000 სამედიცინო მუშაკი ტრენინდება ცენტრის სპეციალისტების მიერ აცრების წარმოების ტექნიკის, აცრის შემდგომ შესაძლო გართულებათა, უსაფრთხო ვაქცინაციის, ვაქცინათა მარაგების მართვის, ვაქცინათა შენახვისა და ტრანსპორტირების, უსაფრთხო გადანაყრებისა და იმუნიზაციასთან დაკავშირებულ სხვა პრაქტიკულ თუ თეორიულ საკითხებში. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრალური და მუნიციპალური დონეებიდან ტარდება უწყვეტი რუტინული და აქტიური მონიტორინგი იმუნიზაციის პროგრამის განხორციელების ინდიკატორებზე და ასევე, მისი კომპონენტების პერიოდული შეფასებები.

ბოლო ოცი წლის განმავლობაში მიღწეული იქნა გარკვეული წარმატებები იმუნიზაციით მოცვის, ვაქცინებით მართვად დაავადებათა

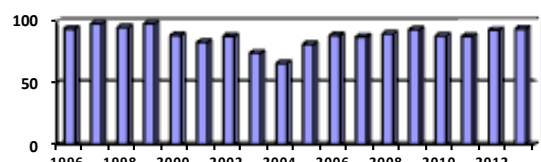
კონტროლისა და ახალი ვაქცინების ეროვნულ კალენდარში დანერგვის (ჰეპატიტ B-ს, წითელა-წითურა-ყბაყურას, ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი b-ს, როტავირუსული და პნევმოკოკური ინფექციების საწინააღმდეგო აცრები) კუთხით; ქვეყანაში მოქმედებს იმუნიზაციის ერთერთი ყველაზე პროგრესული ეროვნული კალენდარი ხმარებული ვაქცინების ხარისხისა და აცრების ვადების თვალსაზრისით; დანერგილია იმუნიზაციის საინფორმაციო კომპიუტერული და ონ-ლაინ პროგრამები, ვაქცინების შენახვის ტემპერატურული რეჟიმის უზრუნველსაყოფად დანერგილია მონიტორინგის ახალი ციფრული მეთოდები, მიდის „ცივი ჯაჭვის“ აპარატურის გადახალისება, შემცირდა უარები აცრებზე, აღმოფხვრილია პოლიომიელიტი და ვიმყოფებით წითელასა და თანდაყოლილი წითურას სინდრომის ელიმინაციის ფაზაში.

ნახ. 1. იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული აცრებით მოცვის ძირითადი მაჩვენებლები

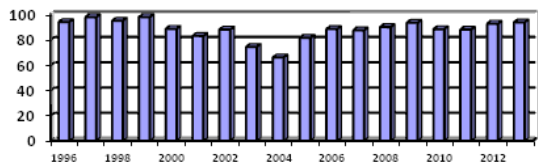
ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო აცრებით მოცვა



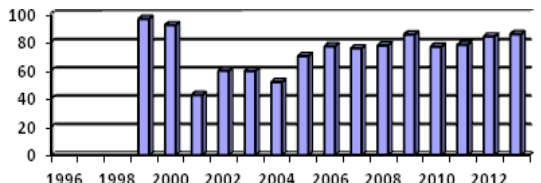
დიფთერია-ყივანახველა-ტეტანუსი/ჰემოფილუს ინფლუენცა ტიპი b-ის საწინააღმდეგო აცრების სრული კურსით მოცვის მაჩვენებელი



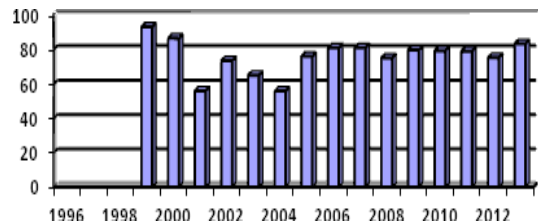
პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო აცრების სრული კურსით მოცვის მაჩვენებელი



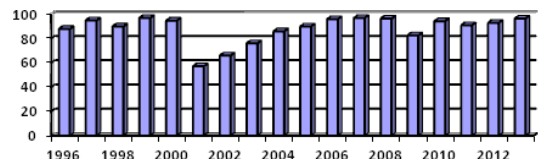
პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო რევაქცინაციით (1) მოცვის მაჩვენებელი



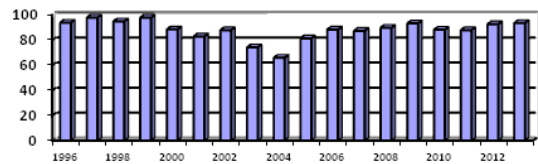
პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო
რევაკინაციით (2) მოცვის მაჩვენებელი



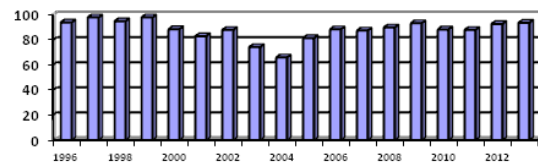
წითელას კომპონენტის შემცველი
ვაქცინით აცრით (1) მოცვის მაჩვენებელი



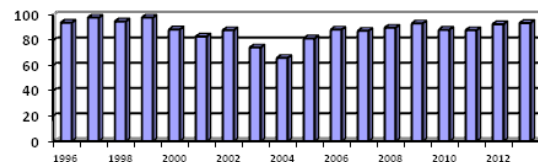
წითელას კომპონენტის შემცველი
ვაქცინით აცრით (2) მოცვის მაჩვენებელი



დიფთერია-ტეტანუსის რევაკინაციით
მოცვის მაჩვენებელი



ტეტანუსი-დიფთერიის რევაკინაციით
მოცვის მაჩვენებელი



დღეისათვის, იმუნიზაციის აქტუალობა კიდევ უფრო არსებითი ხდება გამომდინარე ათასწლეულის განვითარების მიზნებიდან, რომლის მიხედვითაც 2015 წლისთვის 1990 წელთან შედარებით 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობა 2/3-ით უნდა შემცირდეს, ხოლო წითელათი გარდაცვალება – 50%-ით. დასახულის მიღწევაში უმნიშვნელოვანესი მისია ეკისრება იმუნიზაციას, როგორც ბავშვთა ავადობასა და სიკვდილობათან ბრძოლის ყველაზე ქმედით და ეფექტურ საშუალებას.

ვაქცინების გლობალური სამოქმედო გეგმის საფუძველზე (GVAP, SIXTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA65.17) შემუშავებულია ევროპის რეგიონული სამოქმედო გეგმა 2014-2020 წლებისთვის (RVAP) და მისი მიზანია

მართვადი ინფექციების აღმოფხვრა/ელიმინაცია ვაქცინაციის საშუალებით. გეგმის შედეგად ევროპის რეგიონი უნდა გახდეს თავისუფალი მართვადი ინფექციებისაგან, ყველა ქვეყანას უნდა ჰქონდეს წვდომა მაღალი ხარისხის, უსაფრთხო, ხელმისაწვდომი ფასის ვაქცინებთან და ადგილობრივი პირობების გათვალისწინებით თანასწორი და უნივერსალური იმუნიზაციის მომსახურებასთან მთელი სიცოცხლის მანძილზე. გლობალური სამოქმედო გეგმა ვაქცინებთან მიმართებაში თანხვედრაშია პროგრამა „Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being“-ის ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებთან და კონცეფციებთან.

2014-2020 წწ რეგიონალური გეგმის მიზნებია:

- პოლიომიელიტის მიმართ თავისუფალი რეგიონის სტატუსის უზრუნველყოფა;
- წითელას და წითურასგან თავისუფალი სტატუსის უზრუნველყოფა;
- ჰეპატიტ B-ს კონტროლის უზრუნველყოფა;
- აცრებით მოცვის დაგეგმილი მაჩვენებლის მიღწევა ადმინისტრაციული ერთეულების დონეზე;
- გადაწყვეტილების მიღების უზრუნველყოფა ახალ ვაქცინებთან მიმართებაში
- იმუნიზაციის ფინანსური მდგრადობის უზრუნველყოფა.

გლობალური და რეგიონული მიზნების კონტექსტში საქართველოს იმუნიზაციის

სახელმწიფო პროგრამით უახლოესი წლების განმავლობაში უნდა განხორციელდეს:

პარენტერული ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელების შემცირება; იმუნიზაციით მართვადი დაავადებების ელიმინაცია და კონტროლი;

ეპიდემიოლოგიურ და ხარჯი-სარგებლის ანალიზის საფუძველზე იგეგმება ახალი ვაქცინების დანერგვა:

- a. პოლიომიელიტის ინაქტივირებული ვაქცინის – 2015 წლის ბოლოდან
- b. ადამიანის პაპილომა ვირუსული ინფექციის – 2015 წლის შემდგომ
- c. ჩუტყვავილასი – 2015 წლის შემდგომ

იმუნიზაცია გადაარჩენს სიცოცხლეს. იმუნიზაციის გარეშე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყველა დანარჩენი პროგრამა აზრს დაკარგავდა.

ჩვენ ვიცრებით, რათა გადავარჩინოთ ჩვენი მომავალი. ჩვენ არამხოლოდ ჩვენი შვილების დასაცავად ვიცრებით. ჩვენ, აგრეთვე, ვიცრებით ჩვენი შვილიშვილების და მათი შვილთაშვილების დასაცავად.

ბიბლიოგრაფია

1. Plotkin SA, Mortimer E. Vaccines. New York: Harper Perennial; 1988.
2. Медуницин Р.В., Вакцинология, Москва, „Триада,-X, 2004г
3. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. Vaccines. Philadelphia: Saunders; 2008
4. Centers for Disease Control and Prevention. Elimination of rubella and congenital rubella syndrome-United States, 1969-2004. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2005. 54 (11): 279-82. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5411a5.htm>.
5. National Network for Immunization Information. Human Fetal Links with Some Vaccines. 2010. Available at <http://www.immunizationinfo.org/issues/vaccine-components/human-fetal-links-some-vaccines>
6. CDC. The history of malaria, and ancient disease. <http://www.cdc.gov/malaria/about/history/>
7. Harvard University Library Open Collections Program. Contagion: Historical Views of Diseases and Epidemics
8. History of vaccines, a project of the college of physicians of Philadelphia http://www.historyofvaccines.org/content/timelines/pioneers#EVT_000048
9. The Carter Center. Disease considered as candidates for global eradication by the International Task Force for Disease Eradication. (20 KB).
10. WHO, European Vaccine Action Plan 2015-2020, REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 64th SESSION, Copenhagen, Denmark, 15-18 September 2014
11. საქართველოს მთავრობა, საქართველოს იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამის მრავალწლიანი კომპლექსური გეგმა 2012-2016, 2011



აივ/შიდსი მსოფლიოში და საქართველოში: მიღწევები, ბამონწევები და პეისპეაქტივები

თენგიზ ცერცვაძე

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური
იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი,
ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი



ნიკოლოზ ჩხარტიშვილი

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური
იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი



ლალი შარვაძე

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური
იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, ივანე
ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი

რეზიუმე

შიდსი (შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი) ნელა პროგრესირებადი ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). აივ/შიდსი კლინიკურად პირველად აღწერეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს, ხოლო მისი გამომწვევი ერთდროულად იქნა აღმოჩენილი საფრანგეთსა და აშშ-ში 1983 წელს. გაერთიანებული ერების შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მონაცემებით 2013 წელს მსოფლიოში 35 მილიონი აივ/შიდსით ავადმყოფი იყო.

აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში 2013 წელს 1.1 მილიონი აივ/შიდსით ავადმყოფი იყო და მათი 85% რეგიონის ორ ქვეყანაზე – რუსეთსა და უკრაინაზე მოდიოდა. 2014 წლის 1 დეკემბრის მდგომარეობით საქართველოში სულ რეგისტრირებულია აივ/შიდსის 4 646 შემთხვევა. უკანასკნელი წლების დინამიკა მიუთითებს, რომ ქვეყანაში აღინიშნება აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების ნელი, მაგრამ სტაბილური ზრდა. ინფექციის გადაცემის წამყვანი გზებია ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება (შემთხვევათა 49.5%), ჰეტეროსექსუალური კავშირები (41.5%) და ჰომოსექსუალური კავშირები (5.9%). ეპიდზედამხედველობის მონაცემები და ეპიდემიოლოგიური კვლევები მიუთითებენ, რომ აივ/შიდსის ეპიდემია საქართველოში ჯერ კიდევ კონცენტრირებულია მაღალი რისკის ჯგუფებში. სადღეისოდ ქვეყანას გააჩნია თანამედროვე ტიპის შიდსის საწინააღმდეგო სამსახური, კარგად განვითარებული ინფრასტრუქტურით და მძლავრი სამეცნიერო და პრაქტიკული პოტენციალით. 2004 წლიდან საქართველომ პირველმა და ჯერ-ჯერობით ერთადერთმა აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში უზრუნველყო და შეინარჩუნა არც მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, შედეგად 3-ჯერ და მეტჯერ შემცირდა შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილობა. 2005 წლიდან ქვეყანაში უზრუნველყოფილია დედიდან ბავშვზე აივ-ის გადაცემის პროფილაქტიკის ღონისძიებებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. საქართველომ შეძლო თავიდან აეცილებინა აივ/შიდსის ფართომასშტაბიანი ეპიდემია, მისგან

გამომდინარე დიდი ადამიანური მსხვერპლით და ძალიან სერიოზული ეკონომიკური ზარალით. სადღეისოდ ეროვნული საპასუხო ღონისძიებების მთავარ გამოწვევად რჩება მაღალი რისკის პოპულაციების აივ/შიდსზე გამოკვლევით დაბალი მოცვა, რის გამოც იზრდება აივ/შიდსის გამოუვლენელი შემთხვევების რაოდენობა. ეს კი ხელს უწყობს ინფექციის შემდგომ გავრცელებას და დაავადების გვიან დიაგნოსტიკას. სადღეისოდ აივ/შიდსის დაძლევის ყველა პერსპექტიულ მიმართულებად ითვლება სტრატეგია „მკურნალობა პრევენციისათვის“. ეს სტრატეგია ითვალისწინებს ყველა აივ/შიდსით ავადმყოფის გამოვლენას და მათ დაუყოვნებლივ ჩართვას სამკურნალო და პრევენციულ სერვისებში, რითაც პრაქტიკულად განეიტრალება აივ/შიდსის გავრცელების წყარო, რაც თავის მხრივ სულ მცირე დროში აისახება ახალი ინფექციების მკვეთრ შემცირებაში.

საკვანძო სიტყვები: აივ/შიდსი, ანტირეტრო-ვირუსული მკურნალობა, საქართველო

შესავალი

შიდსი (შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი) ნელა პროგრესირებადი ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს ორგანიზმის იმუნურ სისტემას და მწყობრიდან გამოჰყავს იგი, რის შედეგადაც ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადასხვა ინფექციური და/ან სიმსივნური დაავადება.[1]

თანამედროვე კლასიფიკაციით აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ხოლო ტერმინით შიდსი აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია, როდესაც ავადმყოფს უვითარდება დაავადების კლინიკური ნიშნები და/ან იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანება.

აივ/შიდსი კლინიკურად პირველად აღწერეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს, როდესაც ზედიზედ იქნა დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადებების – პნევმოცისტური

პნევმონიისა და კაპომის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა.[2, 3] 1982 წელს შიდსი აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის (CDC) მიერ ოფიციალურად იქნა რეგისტრირებული როგორც ახალი დაავადება.

1983 წელს შიდსის გამომწვევი ვირუსი ერთდროულად იქნა აღმოჩენილი საფრანგეთში, პასტერის ინსტიტუტში ლუკ მონტანიესა და ფრანსუაზა ბარე სინუსის მიერ და აშშ-ში, ბეთესდაში კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში რობერტ გალოს მიერ.[4, 5]

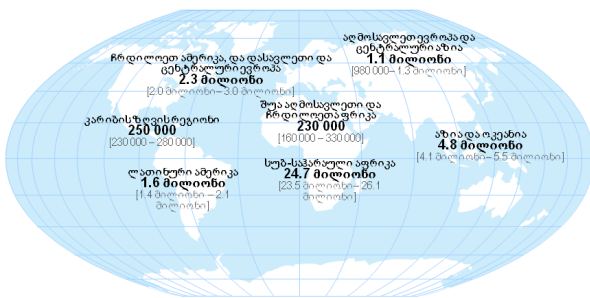
სადღეისოდ აივ/შიდსის მკურნალობაში უდიდესი პროგრესის მიუხედავად, შიდსი კვლავ რჩება განუკურნებელ დაავადებად, მაგრამ ადრეული დიაგნოსტიკის და მკურნალობის შემთხვევაში მნიშვნელოვნად იზრდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა და უმჯობესდება ცხოვრების ხარისხი.

აივ/შიდსი მსოფლიოში

გაერთიანებული ერების შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მონაცემებით აივ/შიდსის ეპიდემიის დაწყებიდან მსოფლიოში სულ დაინფიცირდა 78 მილიონი ადამიანი, მათგან 35 მილიონი აივ/შიდსით ავადმყოფი იყო ცოცხალი 2013 წლის ბოლოსთვის.[6]

ეპიდემიამ ყველაზე მეტად სუბ-საჰარული აფრიკის რეგიონი დააზარალა. 2013 წლის ბოლოსთვის ამ რეგიონში 24.7 მილიონი აივ/შიდსით ავადმყოფი იყო. (სურათი 1).[6]

სურათი 1. აივ/შიდსის გავრცელება მსოფლიოში



სულ: 35.0 მილიონი [33.2 მილიონი – 37.2 მილიონი]

წყარო: UNAIDS Gap Report 2014

UNAIDS-ის მონაცემებით აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონში, რომელიც

მოიცავს ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს, ინფიცირებულია 1.1 მილიონი ადამიანი, მათგან 85% ორ ქვეყანაზე – რუსეთსა და უკრაინაზე მოდის.

2013 წელს მსოფლიოში სულ დაინფიცირდა 2.1 მილიონი ადამიანი რაც 38% პროცენტით ნაკლებია 2001 წლის ანალოგიურ მონაცემთან შედარებით, როდესაც 3.4 მილიონი ადამიანი დაავადდა აივ/შიდსით. 58%-ით შემცირდა აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების რაოდენობა ბავშვებში. ახალი შემთხვევების დაახლოებით 95% დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებზე მოდის.[6]

მცირდება შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილობა. შიდსით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების პიკური მაჩვენებელი დაფიქსირდა 2005 წელს – 2.4 მილიონი შემთხვევა და 2013 წლისათვის შემცირდა 35%-ით – სიკვდილის 1.5 მილიონი შემთხვევა.[6]

აღნიშნული პროგრესი მნიშვნელოვანწილად განპირობებულია შიდსის საწინააღმდეგო ანტირეტროვირუსული (არვ) მკურნალობის ეფექტურობით. აივ/შიდსში მკურნალობის თანამედროვე პრინციპების დანერგვა დაიწყო 1996 წლიდან, როდესაც მეცნიერებმა პირველად დაასაბუთეს 3-კომპონენტური მკურნალობის ეფექტურობა.[7, 8]

2013 წლის ბოლოსთვის სულ მსოფლიოში არვ მკურნალობაზე იმყოფებოდა 12.9 მილიონი ადამიანი, მათ შორის 11.7 მილიონი ადამიანი დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. 1996 წლიდან არვ მკურნალობის წყალობით მსოფლიომ თავიდან აიცილა 7.6 მილიონი ადამიანის სიკვდილი.[6]

უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული კვლევები მიუთითებენ, რომ დროული გამოვლენისა და სათანადო მკურნალობის შემთხვევაში აივ/შიდსით ავადმყოფის სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა ზოგადი მოსახლეობის მაჩვენებლებს უახლოვდება.[9]

პროგრესის მიუხედავად აივ/შიდსთან დაკავშირებული დაავადების ტვირთი ისევ მაღალი რჩება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით სიკვდილობის წამყვან მიზეზებს შორის აივ/შიდსი მე-6 ადგილზე იმყოფება მსოფლიოში,

ხოლო დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში ის სიკვდილის მეორე წამყვანი მიზეზია.[10]

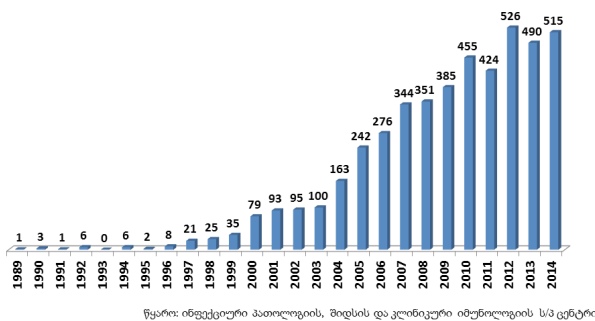
აივ/შიდსი საქართველოში

საქართველოში აივ/შიდსის პრობლემაზე მუშაობა ჯერ კიდევ 1984 წელს დაიწყო პირველად აღმოსავლეთ ევროპაში და ერთ-ერთი პირველად ევროპაში. აივ/შიდსის პირველი შემთხვევა გამოვლინდა 1989 წ. ქ. სოხუმში.

2014 წლის 1 დეკემბრის მდგომარეობით საქართველოში რეგისტრირებულია აივ/შიდსის 4 646 შემთხვევა, მათგან 3 413 მამაკაცი და 1 233 ქალია. აივ/შიდსის შემთხვევების სავარაუდო რიცხვია 6 400. ეპიდემიის დაწყებიდან შიდსი განუვითარდა სულ 2 814 ავადმყოფს და 966 გარდაიცვალა.

უკანასკნელი წლების დინამიკა მიუთითებს, რომ ქვეყანაში აღინიშნება აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების ნელი, მაგრამ სტაბილური ზრდა (სურათი 2). 2014 წლის 1 დეკემბრისათვის გამოვლინდა აივ/შიდსის 515 ახალი შემთხვევა. ეპიდემიის ზრდის ტენდენციის მიუხედავად, საქართველოში აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ნაკლებია ყოფილი საბჭოთა ქვეყნების ანალოგიურ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით (სურათი 3).

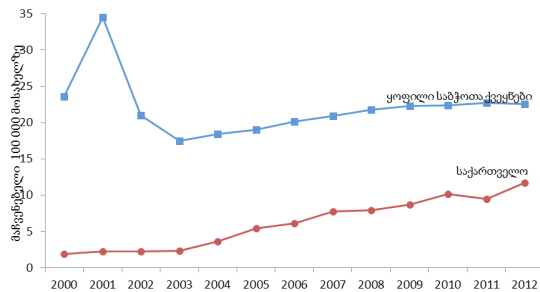
სურათი 2. აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების დინამიკა წლების მიხედვით საქართველოში



საქართველოში აივ ინფექციის გადაცემის გზების მიხედვით პირველ ადგილზეა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება – 49.5%, შემდეგ მოდის ჰეტეროსექსუალური კონტაქტი – 41.5%, ჰომოსექსუალური კონტაქტი – 5.9%, ვერტიკალური გზით (დედიდან ბავშვზე)

ინფიცირება – 1.8%, აივ ინფიცირებული სისხლის გადასხმა 0.5%, ხოლო 0.8%-ში დაინფიცირების გზა დაუდგენელია. აღსანიშნავია რომ წლების მანძილზე საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდემიის ზრდა ძირითადად დაკავშირებული იყო ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებასთან. თუმცა აივ/შიდსის ახლად გამოვლენილ შემთხვევებში ინფექციის გადაცემის გზების განაწილების ყოველწლიური დინამიკა მიუთითებს ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებლების ხვედრითი წილის შემცირებას, სქესობრივი გზით ინფიცირების შემთხვევების მატების ხარჯზე.

სურათი 3. აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებსა და საქართველოში



მაღალი რისკის ჯგუფებში ჩატარებული კვლევები მიუთითებენ, რომ აივ პრევალენტობა ქალ სექს მუშაკებში შეადგენს 1.1%.[6] ქვეყანაში ეპიდემიის განვითარებაში ინექციური ნარკომანიის წამყვანი როლის მიუხედავად აივ პრევალენტობა აღნიშნულ პოპულაციაში შედარებით დაბალია და 2012 წლის კვლევის მიხედვით მხოლოდ 3%-ს შეადგენს,[6] რაც სავარაუდოდ ნარკოტიკების მოხმარებლებზე ორიენტებული პრევენციული ღონისძიებების (მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპია, შპრიცების გაცვლა და სხვ.) ეფექტურობაზე მიუთითებს. ყველაზე მაღალი პრევალენტობა ფიქსირდება ჰომოსექსუალ მამაკაცებში, რომელიც 2007 წელს არსებული 3.7%-დან 13%-მდე გაიზარდა 2012 წელს.[6]

მთლიანობაში, აივ/შიდსის ეპიდემიადამხედველობის მონაცემები და კვლევები მიუთითებენ, რომ აივ/შიდსის ეპიდემია საქართველოში ჯერ კიდევ კონცენტრირებულია მაღალი რისკის ჯგუფებში. ამის ნათელ მაგალითს წარმოადგენს დედიდან ბავშვზე აივ გადაცემის პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამის მონაცემები, რომელიც 2005 წლიდან უზრუნველყოფს ყველა ორსული ქალის გამოკვლევას აივ-ზე. აღნიშნული პროგრამის მონაცემებით 2006-2013 წწ. ორსულ ქალებში შენარჩუნებულ იქნა აივ პრევალენტობის დაბალი მაჩვენებლები, რომელიც მერყეობდა 0.02%-0.04% შორის. პრევალენტობის ეს მაჩვენებლები მაღიან დაბალია და მიუთითებს რომ აივ/შიდსი არ არის ფართოდ გავრცელებული ზოგად მოსახლეობაში.

სადღეისოდ ქვეყანას გააჩნია თანამედროვე ტიპის შიდსის საწინააღმდეგო სამსახური, კარგად განვითარებული ინფრასტრუქტურით და მძლავრი სამეცნიერო და პრაქტიკული პოტენციალით. სამსახურის სათავეშია ქვეყნის სააკოორდინაციო საბჭო (CCM), ხოლო წამყვანი დაწესებულებებია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი.

საქართველომ ჯერ კიდევ 1994 -1995 წწ. პირველმა აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში დანერგა აივ/შიდსის და სხვა ინფექციური დაავადებების დიაგნოსტიკა თვისობრივი და რაოდენობრივი პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდით. საქართველო იყო პირველი ქვეყანა რეგიონში, რომელმაც დაიწყო აივ გენოტიპური რეზისტენტობის და აივ ტროპიზმის განსაზღვრა რუტინულ კლინიკურ პრაქტიკაში.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია აივ/შიდსის მკურნალობისა და მოვლის სფეროში მიღწეული წარმატებები. საქართველომ ჯერ კიდევ 1995 წლიდან დაიწყო შიდსის მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება, რომლის ფარგლებში 1997 წლიდან დაიწყო იმ დროისთვის უახლესი სამკომპონენტო არე მკურნალობა.

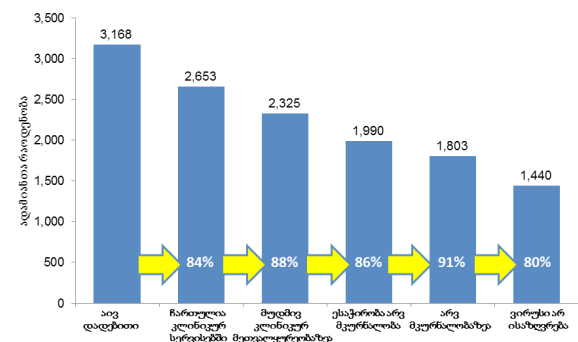
2004 წლიდან შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის ხელშეწყობით საქართველომ პირველმა და ჯერ-ჯერობით ერთადერთმა

აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში უზრუნველყო და შეინარჩუნა არე მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. ეს უაღრესად მნიშვნელოვანი მიღწევა დადებითად აისახა საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდემიის დინამიკაზე: მკვეთრად გაიზარდა აივ/შიდსით ავადმყოფების გადარჩენის მაჩვენებელი, სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ცხოვრების ხარისხი. არე მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შემდეგ 3-ჯერ და მეტჯერ შემცირდა შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილობა.[11, 12]

ქვეყანაში აივ/შიდსის მკურნალობისა და მოვლის სერვისების მიწოდების ეფექტური მოდელი უზრუნველყოფს აღნიშნული მიღწევების მდგრადობას. მოდელი მოიცავს კლინიკური მონიტორინგის სპეციალურ ალგორითმს, რომელიც ითვალისწინებს თითოეული პაციენტის რეგულარულ (წელიწადში სამჯერ) გამოკვლევას ძირითად კლინიკურ და ლაბორატორიულ პარამეტრებზე. გარდა ამისა წარმატებით ფუნქციონირებს პაციენტთა მხარდაჭერის სერვისები.

კვლევების თანახმად კლინიკურ სერვისებში ჩართულობის კუთხით საქართველოში მიღწეულია მსოფლიოში ერთ-ერთი საუკეთესო მაჩვენებლები. ასე მაგალითად, საქართველოში რეგისტრირებულ აივ/შიდსით დაავადებულთა 84% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში, ხოლო მათგან 88% იმყოფება მუდმივ კლინიკურ მეთვლყურეობაზე (სურათი 4). ანალოგიური მაჩვენებელი მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნების უმეტესობაში ნაკლებია, ხოლო შეზღუდული რესურსების მქონე ქვეყნებში კი – არ აღემატება 50%-ს.[13]

სურათი 4. აივ/შიდსის კლინიკურ სერვისებში ჩართულობის კასკადი საქართველოში



წყარო: ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ექსპერტების შეფასებით აივ/შიდსის მკურნალობისა და მოვლის საქართველოს მოდელი საუკეთესოა აღმოსავლეთ ევროპაში და ერთ-ერთი საუკეთესო, თუ არა საუკეთესო, დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებს შორის მსოფლიოს მასშტაბით.

2005 წლიდან გლობალური ფონდის ხელშეწყობით შიდსის სამსახურმა უზრუნველყო დედიდან ბავშვზე აივ/შიდსის გადაცემის პროფილაქტიკის ღონისძიებებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. შედეგად მინიმუმადე იქნა დაყვანილი დედიდან ბავშვზე აივ/შიდსის გადაცემის მაჩვენებლები.

საქართველოს შიდსის სამსახურის და ამ სფეროში მომუშავე სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების ეფექტიანი მუშაობისა და ერთობლივი ძალისხმევის შედეგად, ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით, საქართველომ შემლო თავიდან აეცილებინა აივ/შიდსის ფართომასშტაბიანი ეპიდემია, მისგან გამომდინარე დიდი ადამიანური მსხვერპლით და ძალიან სერიოზული ეკონომიკური ზარალით.

გამოწვევები

ქვეყანაში აივ/შიდსთან ბრძოლის დარგში თვალსაჩინო მიღწევების მიუხედავად არის სერიოზული პრობლემები და გამოწვევები.

საკოველთაოდ აღიარებულია, რომ აივ/შიდსის ეპიდემიასთან ბრძოლის ყველაზე ეფექტური გზა არის აივ/შიდსის შემთხვევების ადრეული გამოვლენა და მკურნალობა, ვინაიდან გამოვლენილი და მითუმეტეს მკურნალობაზე მყოფი აივ/შიდსით ავადმყოფი აღარ წარმოადგენს ინფექციის გავრცელების წყაროს.

სამწუხაროდ საქართველოში მაღალი რისკის პოპულაციების აივ/შიდსზე გამოკვლევით და სხვა პრევენციული ინტერვენციებით (ჩანაცვლებითი თერაპია, შპრიცების გაცვლა და სხვ.) მოცვა არასაკმარისია და ეროვნულ საპასუხო ღონისძიებებში ყველაზე სუსტი რგოლია.

კვლევების მიხედვით უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე აივ/შიდსზე გამოკვლევით მოცული

იქნა ნარკოტიკების მომხარებლების 15%, ჰომოსექსუალი მამაკაცების – 34% და სექს მუშაკების 42%, რაც ძალიან დაბალია, თუკი გავითვალისწინებთ, რომ WHO-ს ევროპის რეგიონული ოფისის 2012-2015 წწ. აივ/შიდსზე ევროპის სამოქმედო გეგმა ითვალისწინებს, რომ ყველა ქვეყანაში აივ/შიდსზე გამოკვლეულ უნდა იყოს მაღალი რისკი პირების სულ ცოტა 90%.

ეს სერიოზულ უარყოფით გავლენას ახდენს ქვეყანაში აივ/შიდსის ეპიდემიის დინამიკაზე. აივ/შიდსით ავადმყოფები, რომლებმაც არ იციან თავიანთი სტატუსის შესახებ განაგრძობენ სარიკსო ქცევებს და ავრცელებენ ინფექციას. კვლევები მიუთითებს, რომ საქართველოში ყოველწლიურად საშუალოდ 800-900 ადამიანი ინფიცირდება აივ-ით, მაშინ როდესაც გამოვლენილ შემთხვევათა რიცხვი საშუალოდ 450-500 შეადგენს.[14] შედეგად გამოვლენილია აივ/შიდსით ინფიცირების შემთხვევების მხოლოდ ნახევარი,[13] და სწორედ ეს სხვაობა განაპირობებს ქვეყანაში ეპიდემიის შემდგომ ზრდას.

გარდა ამისა, აივ-ზე ტესტირებით დაბალი მოცვის გამო ახლად გამოვლენილი შემთხვევების დაახლოებით 65% მოდის დაგვიანებულ სტადიაზე, როცა პაციენტს უკვე აქვს აივ/შიდსის კლინიკური გამოვლინება და/ან CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა <350. [15] საქართველოში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გვიანი გამოვლენა ორჯერ და მეტჯერ ზრდის სამედიცინო დანახარჯებს და რაც მთავარია თითქმის შვიდჯერ ზრდის სიკვდილის რისკს.[15]

პერსპექტივები

მიუხედავად იმისა, რომ აივ/შიდსი რჩება გლობალურ და გადაუჭრელ პრობლემად, უდიდესი მატერიალური და ინტელექტუალური რესურსის მობილიზების შედეგად გამოიკვეთა აივ/შიდსის დაძლევის ძირითადი პერსპექტიული მიმართულებები:

– აივ/შიდსის განკურნებაზე ორიენტირებული მიდგომები

– აივ/შიდსის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ვაქცინა

– კომბინირებული აივ პრევენცია, მათ შორის სტრატეგია „მკურნალობა პრევენციისათვის“

აივ/შიდსის განკურნებაზე ორიენტირებული მიდგომებიდან აღსანიშნავია ვირუსის ერიდიკაციისკენ მიმართული კვლევები გენური ინჟინერიის გამოყენებით.[16] ასევე მდგრადი ვირუსული რემისიის მიღწევისკენ მიმართული კვლევები, მათ შორის თერაპევტული ვაქცინის გამოყენებით.[17, 18] აღსანიშნავია, რომ ეს მიმართულებები კვლევის საწყის ფაზებზე და შედეგების მიღებას კიდევ არაერთი წელიწადი დასჭირდება.

აივ/შიდსის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ვაქცინის პირველი კანდიდატი ჯერ კიდევ 1987 გამოსცადეს. მას შემდეგ მთელი რიგი კანდიდატი ვაქცინები იქნა შესწავლილი, მაგრამ მცდელობები უშედეგო აღმოჩნდა.[19] მხოლოდ ერთ კვლევაში დაფიქსირდა მცირე, სტატისტიკური სარწმუნოების ზღვარზე მყოფი 31%-იანი ეფექტურობა, რაც თავისთავად არ არის საკმარისი.[20] ამასთან, უკანასკნელი წლებში გაღრმავდა ცოდნა აივ/შიდსის საწინააღმდეგო მანეიტრალიზებელი იმუნური პასუხის მექანიზმების შესახებ, რაც ამ სფეროში წარმატების იმედს ტოვებს.[21]

ზემოთ ჩამოთვლილი პერსპექტიული მიმართულებებიდან ამჟამად ყველაზე რეალური და იმედისმომცემია სტრატეგია „მკურნალობა პრევენციისათვის“. ეს სტრატეგია ითვალისწინებს ყველა აივ/შიდსით ავამდყოფის გამოვლენას და მათ დაუყოვნებლივ ჩართვას სამკურნალო და პრევენციულ სერვისებში, რითაც პრაქტიკულად განეიტრალდება აივ/შიდსის გავრცელების წყარო, რაც თავის მხრივ სულ მცირე დროში აისახება ახალი ინფექციების მკვეთრ შემცირებაში.

აღნიშნული სტრატეგიის თეორიული კონცეფცია პირველად 2006 წელს გაჟღერდა, [22] რომელიც მოგვიანებით გამყარდა მათემატიკური მოდელირებით და ობსერვაციული კვლევებით,[23-25] ხოლო 2011 წელს ძალიან სერიოზული მულტიცენტრული რანდომიზებული კვლევით დადასტურებულ იქნა, რომ არც მკურნალობა თითქმის 100%-ით ამცირებს აივ ინფექციის სქესობრივ გადაცემას. [26]

ამ სტრატეგიის გამოძახილია UNAIDS-ის მიერ შემოთავაზებული ახალი მიზანი „90-90-90“, რომელიც გულისხმობს 2020 წლისთვის აივ ინფიცირებულების 90%-ის გამოვლენას,

გამოვლენილების 90%-ის ჩართვას არც მკურნალობაში, და არც მკურნალობაზე მყოფების 90%-ში ვირუსული სუპრესიის მიღწევას.[27] ექსპერტთა შეფასებით ამ მიზნის მიღწევა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი იქნება აივ/შიდსის ეპიდემიის საბოლოო დამარცხებისათვის.

ბიბლიოგრაფია

1. თ. ცერცვაძე, კ. ნელსონი, მ. ბუწაშვილი, ნ. გოჩიტაშვილი. შიდსი. თბილისი; 1999.
2. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981,30:250-252.
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men--New York City and California. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981,30:305-308.
4. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983,220:868-871.
5. Gallo RC, Sarin PS, Gelmann EP, Robert-Guroff M, Richardson E, Kalyanaraman VS, et al. Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983,220:865-867.
6. UNAIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2014.
7. Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, Grimes JM, Demeter LM, Currier JS, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team. N Engl J Med 1997,337:725-733.
8. Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Gonzalez C, McMahon D, et al. Treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. N Engl J Med 1997,337:734-739.

9. van Sighem AI, Gras LA, Reiss P, Brinkman K, de Wolf F. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS* 2010,24:1527-1535.
10. World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death. In. Geneva: WHO; 2014. .
11. Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, Bolokadze N, Rukhadze N, Kempker RR, et al. Mortality and causes of death among HIV-infected individuals in the country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2014,30:560-566.
12. Tsertsvadze T, Chkhartishvili N, Sharvadze L, Dvali N, Chokoshvili O, Gabunia P, et al. Outcomes of Universal Access to Antiretroviral Therapy (ART) in Georgia. *AIDS Res Treat* 2011,2011:621078.
13. Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, DeHovitz J, Del Rio C, Tsertsvadze T. The cascade of care in the Eastern European country of Georgia. *HIV Med* 2014.
14. Tsertsvadze T, Chkhartishvili N, Dvali N, Karchava M, Chokoshvili O, Tavadze L, et al. Estimating HIV incidence in eastern European country of Georgia: 2010-2012. *Int J STD AIDS* 2014,25:913-920.
15. Chkhartishvili N SL, Chokoshvili O, Mshvidobadze K, Svanidze M, Gamkrelidze A, Tsertsvadze T. Late HIV diagnosis in Georgia: 2009-2011. In. Tbilisi: Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center, WHO/Europe Country Office in Georgia; 2012.
16. Tebas P, Stein D, Tang WW, Frank I, Wang SQ, Lee G, et al. Gene editing of CCR5 in autologous CD4 T cells of persons infected with HIV. *N Engl J Med* 2014,370:901-910.
17. West AP, Jr., Scharf L, Scheid JF, Klein F, Bjorkman PJ, Nussenzweig MC. Structural insights on the role of antibodies in HIV-1 vaccine and therapy. *Cell* 2014,156:633-648.
18. Balazs AB, Ouyang Y, Hong CM, Chen J, Nguyen SM, Rao DS, et al. Vectored immunoprophylaxis protects humanized mice from mucosal HIV transmission. *Nat Med* 2014,20:296-300.
19. Esparza J. A brief history of the global effort to develop a preventive HIV vaccine. *Vaccine* 2013,31:3502-3518.
20. Rerks-Ngarm S, Pitisuttithum P, Nitayaphan S, Kaewkungwal J, Chiu J, Paris R, et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *N Engl J Med* 2009,361:2209-2220.
21. Fauci AS, Folkers GK, Marston HD. Ending the global HIV/AIDS pandemic: the critical role of an HIV vaccine. *Clin Infect Dis* 2014,59 Suppl 2:S80-84.
22. Montaner JS, Hogg R, Wood E, Kerr T, Tyndall M, Levy AR, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet* 2006,368:531-536.
23. Montaner JS, Lima VD, Barrios R, Yip B, Wood E, Kerr T, et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet* 2010,376:532-539.
24. Das M, Chu PL, Santos GM, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, et al. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PLoS One* 2010,5:e11068.
25. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009,373:48-57.
26. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011,365:493-505.
27. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014.



ტუბერკულოზი – საზოგადო- ებში ჩანათელობის ბო- ბანი საფხთხე და საჩხთ- ვილოში მისი დაძლევის ბეები

ნელი სოლომონია

აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს
ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მრჩეველი,
University Research Co. LLC ფილიალი საქართველოში

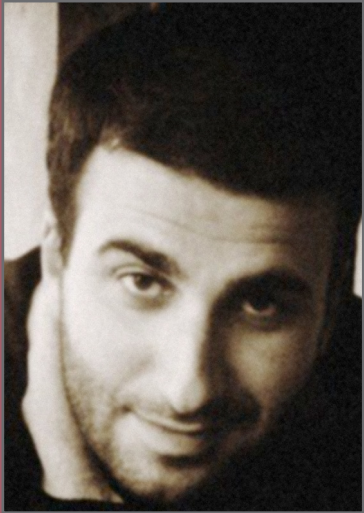


თამარ ბაგუნი

აშშ საერთაშორისო განვითარების
სააგენტოს ტუბერკულოზის
პრევენციის პროექტის დირექ-
ტორი, University Research Co. LLC
ფილიალი საქართველოში

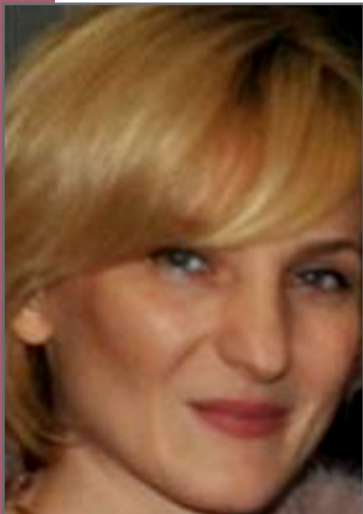
ტუბერკულოზი ძველი და კარგად შესწავლილი დაავადებაა, თუმცა მისი დაძლევა მსოფლიო სამედიცინო და სამეცნიერო საზოგადოების დიდი ძალისხმევის მიუხედავად დღემდე ვერ მოხერხდა. 1882 წლის 24 მარტს რობერტ კოხის მიერ ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკობაქტერიის აღმოჩენამ დასაბამი მისცა ამ დაავადებასთან ბრძოლის ახალ ეტაპს და მნიშვნელოვნად გაზარდა მისი განკურნების შანსი. წლების მანძილზე ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თვალსაზრისით ახალმა გამოწვევებმა იჩინა თავი, რის გამოც იგი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის უმნიშვნელოვანეს პრობლემებს შორის რჩება და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისთვის განსაკუთრებული ყურადღების სფეროა.

რა არის ტუბერკულოზი: ტუბერკულოზი გადამდები დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ტუბერკულოზის მიკობაქტერია. ტუბერკულოზი ერთი ადამიანიდან მეორეს ჰაერით გადაეცემა. ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით შეიძლება დაინფიცირდეს ნებისმიერი, თუ ის ჩაისუნთქავს იმ ჰაერს, რომელიც ამ მიკობაქტერიებს შეიცავს. მიკობაქტერია კი ჰაერში ხვდება ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტის ხველის, ცემინების ან ლაპარაკის დროს. ტუბერკულოზით დაავადების რისკი იზრდება გაუნიაველ ოთახში, სადაც



გიორგი კუჭუხიძე

გლობალური ფონდის ტუბერკულოზის პროგრამის მონიტორინგის და შეფასების ოფიცერი, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



ირმა სონელიძე

გენერალური დირექტორის მოადგილე, გლობალური ფონდის პროგრამების დირექტორი, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ტუბერკულოზის ფილტვის გადამდები ფორმით დაავადებული ადამიანი იმყოფება. მისი ხველების, დაცემინებისა და საუბრის დროს ჰაერში ხვდება დაავადების გამომწვევი მიკრობები და მათი მცირე რაოდენობით შესუნთქვის დროსაც კი შესაძლოა ადამიანის ინფიცირება. ინფიცირებულ ადამიანს ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები არ აღენიშნება, თავს ჯანმრთელად გრძნობს და არ არის გადამდები. თუ ადამიანის იმუნური სისტემა დასუსტებულია, ტუბერკულოზის განვითარების რისკი იზრდება. რეგულარული ტუბერკულოზის მედიკამენტური მკურნალობა 6 თვე გრძელდება, ხოლო რეზისტენტულის, სულ მცირე, 18 თვის განმავლობაში. ტუბერკულოზით დაავადებული ადამიანი ხშირად განიცდის დისკრიმინაციას, გარიყვასა და საზოგადოებისაგან იზოლაციას. ამიტომ ტუბერკულოზი საყურადღებოა არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ სოციალური თვალსაზრისითაც. მისი ეფექტური მართვისთვის სამედიცინო და სოციალური სამსახურების ერთობლივი ძალისხმევაა საჭირო.

ტუბერკულოზის ტვირთი მსოფლიოში: ყოველწლიურად ტუბერკულოზი 9 მილიონამდე ადამიანის დაავადებისა და 1,5 მილიონის გარდაცვალების მიზეზი ხდება. ტუბერკულოზი რეპროდუქციულ ასაკში ქალების სიკვდილობის სამ უხშირეს მიზეზს შორისაა. ყოველწლიურად ნახევარ მილიონზე მეტი ქალი იღუპება ტუბერკულოზის გამო.

ადამიანის იმუნო-დეფიციტის ვირუსით ინფიცირებულ ადამიანებში 37-ჯერ მაღალია ტუბერკულოზით დაავადების რისკი. ტუბერკულოზი აივ ინფიცირებულთა გარდაცვალების ერთერთი მთავარი მიზეზია (მსოფლიოში ტუბერკულოზით გარდაცვლილი ყოველი მეოთხე აივ კო-ინფიცირებულია); მკურნალობის გარეშე ტუბერკულოზით და აივ კო-ინფიცირებული პაციენტების დიდი უმრავლესობა რამდენიმე თვეში კვდება.

მძიმე ბავშვებზე ტუბერკულოზის ზეგავლენა. მსოფლიოში ყოველწლიურად ნახევარი მილიონი ბავშვი ავადდება ტუბერკულოზით. 10 მილიონი კი ობლდება ტუბერკულოზით მშობლის გარდაცვალების გამო.

განიხილავს რა ტუბერკულოზს, როგორც გლობალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უდიდეს საფრთხეს, ჯანმრთელობის მსოფლიო

ორგანიზაცია (ჯანმო) აქტიურად იბრძვის ამ დაავადების დასაძლევად.

1990 წლიდან დღემდე ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა 45%-ით შემცირდა, რაც უახლოვდება 2015 წლის სამიზნეს და 50%-იან კლებას ითვალისწინებს.

მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ტუბერკულოზის სადიაგნოზო და სამკურნალო სამსახურებთან ხელმისაწვდომობა. ჯანმოს „შევაჩეროთ ტუბერკულოზი“ სტრატეგიის ეფექტური განხორციელების შედეგად წარმატებით დასრულდა 56 მილიონი ადამიანის მკურნალობა და 22 მილიონ ადამიანს შეუნარჩუნდა სიცოცხლე. მიუხედავად ამგვარი წარმატებისა, საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ჯანმოს პროგნოზით გამოუვლენელი რჩება ტუბერკულოზის შემთხვევების მესამედი. 2012 წელს გლობალურად ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამების ფარგლებში დარეგისტრირდა მხოლოდ 5.7 მილიონი ახალი შემთხვევა, რაც იმას ნიშნავს, რომ 3 მილიონი ადამიანი სისტემის მიღმა დარჩა და შესაბამისად, ვერც საჭირო დახმარებას მიიღებდა.

ტუბერკულოზთან ბრძოლის გამოწვევები: ჯანმოს „შევაჩეროთ ტუბერკულოზი“ სტრატეგიის წარმატებული განხორციელების მიუხედავად, თავი იჩინა ტუბერკულოზის მკურნალობასთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა, რამაც არსებითად გაართულა ზოგადი სურათი. ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების არასრული და არასწორი მიღების გამო თავი იჩინა ტუბერკულოზის წამლისადმი მდგრადმა ე.წ. რეზისტენტულმა ფორმებმა. 2012 წლის მონაცემებით ბევრ ქვეყანაში ოთხიდან თითქმის ერთ ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტს რეზისტენტული ფორმა აღენიშნება. რეზისტენტული და ზემდგრადი ფორმების მკურნალობა ძვირადღირებულია და მძიმე გვერდით მოვლენებთანაა დაკავშირებული. ამის გამო წარმატებული გამოსავალი ხშირად რთული მისაღწევია, რაც მნიშვნელოვნად ამძიმებს ეპიდემიოლოგიურ მდგომარეობას. 2012 წელს რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა დაიწყო 77000-მა პაციენტმა, თუმცა მკურნალობაზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობის გამო მკურნალობა არ დაუწყია 16000 პაციენტს. მეორე რიგის ანტიტუბერკულოზურ მკურნალობაზე

ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის პრობლემა მეტად თვალსაჩინოა აფრიკის რეგიონში (მოცულია დიაგნოსტირებული პაციენტების მხოლოდ 51%), ჩინეთში, პაკისტანსა და სამხრეთ აფრიკაში. 2012 წელს მსოფლიოს 92 ქვეყანაში დაფიქსირდა ზემდგრადი ტუბერკულოზის ერთი შემთხვევა მაინც. ჯანმოს შეფასებით რეზისტენტული ფორმების 9.6%-ში საქმე გვაქვს ზემდგრად ტუბერკულოზთან, რომლის მკურნალობა განსაკუთრებით რთულია.

დღეისათვის მსოფლიოს 50-ზე მეტი კომპანია აქტიურად მუშაობს ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი, ინოვაციური მეთოდების შემუშავებაზე. ათამდე ახალი მედიკამენტი კლინიკური გამოცდის ფაზაშია. 2012 წელს, პირველად უკანასკნელი 40 წლის განმავლობაში, გამოჩნდა ტუბერკულოზის სამკურნალო ახალი მედიკამენტი ბედაქილინი. 2013 წელს ჯანმომ გამოსცა გარდამავალი პერიოდის სახელმძღვანელო რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევაში ამ მედიკამენტის გამოყენების თაობაზე. ჯერ-ჯერობით გამოცდის ფაზაშია ანტიტუბერკულოზური ვაქცინებიც. რაც შეეხება დიაგნოსტიკურ საშუალებებს, ტრადიციულ ბაქტერიოსკოპულ მეთოდებთან ერთად სწრაფად იკიდებს ფეხს, სწრაფი მოლეკულური დიაგნოსტიკის მეთოდი, როგორცაა Xpert® MTB/RIF. ეს ტესტი წამლისადმი მდგრადი ფორმების ადრეული გამოვლენისა და შესაბამისად სწორი მკურნალობის დროულად დანიშვნის საშუალებას იძლევა.

ტუბერკულოზის ტვირთი საქართველოში: საქართველოში უკვე ორი ათეული წლის მანძილზე მოქმედებს ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა. პროგრამის ფარგლებში პაციენტისთვის უფასოდ ხელმისაწვდომია ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა და როგორც ამბულატორიული, ასევე ჰოსპიტალური მკურნალობა. ტუბერკულოზის ნებისმიერი ფორმით დაავადებულ პაციენტს მიეწოდება ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტები, რასაც ქვეყანა გლობალური ფონდის დახმარებით იღებს.

დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, საქართველოში, ევროპის რეგიონთან შედარებით სამჯერ მაღალია ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევებისა და გავრცელების მაჩვენებლები.

დამაიმედებელია ტუბერკულოზის შემთხვევების კლების ტენდენცია. 2009-2013 წლებში ტუბერკულოზის გავრცელება 100000 მოსახლეზე 136-დან 96-მდე, ინციდენტობა კი 101-დან 70-მდე შემცირდა. მაგრამ საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 11.2% და წარსულში ნამკურნალბ შემთხვევათა 38.1%-ში საქმე გვაქვს რეზისტენტულ ტუბერკულოზთან. რეზისტენტული ტუბერკულოზის ამგვარი გავრცელების გამო ჯანმო საქართველოს იმ 27 ქვეყანას შორის განიხილავს, სადაც განსაკუთრებით მაღალია რეზისტენტული ტუბერკულოზის ტვირთი.

მულტირეზისტენტული ფორმების მკურნალობა მრავალთვიანი კომპლექსური პროცესია. მკურნალობისათვის გამოიყენება მეორე რიგის ანტიტუბერკულოზური პრეპარატები, რომლებსაც ხშირად გვერდითი მოვლენები ახლავს; მდგომარეობას კიდევ უფრო ართულებს, ხშირ შემთხვევაში, პაციენტთა მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და სხვა ფაქტორები, აგრეთვე ჯანდაცვის სერვისების სისტემური პრობლემები, რაც იწვევს მკურნალობის რეჟიმის დარღვევას და მკურნალობის შეწყვეტის მაღალ მაჩვენებელს. შესაბამისად, მრავალმხრივი და ქმედითი ღონისძიებების გატარების გარეშე, რთულია ტუბერკულოზის კონტროლის ამოცანების შესრულება და მულტირეზისტენტული ფორმების გავრცელების ზრდის შეჩერება. მულტირეზისტენტული ფორმების მკურნალობის სირთულეებით შეიძლება აისხნას ის არასასურველი გამოსავლები, რაც ამ ჯგუფის პაციენტებში აღინიშნება. ახალი, ნაცხით-დადებითი სენსიტიური პაციენტების ჯგუფში 3-დან 1, ხოლო რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულებში 2-დან 1 პაციენტი ვერ აღწევს მკურნალობის სასურველ გამოსავალს. ეს პაციენტები, ბუნებრივია, საზოგადოებაში აგრძელებენ ცხოვრებას და ინფექციის სერიოზულ რეზერვუარს ქმნიან, რაც განსაკუთრებული საფრთხის მატარებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით.

2013 წელს მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მიერ მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზების შესწავლამ გამოავლინა, რომ მკურნალობის

შეწყვეტის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი მედიკამენტების გვერდითი მოვლენებია. ასევე მკურნალობის შეწყვეტის ორი ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი აღმოჩნდა პაციენტის განწყობა (დეპრესია), რაც შეწყვეტის შანსს 12.00-ჯერ ზრდის (95% ნდობის ინტერვალა). და პაციენტის ფინანსური/დროითი შეზღუდვა – მკურნალობის შეწყვეტის შანსს 7.94-ჯერ ზრდის (95% ნ.ი.). მნიშვნელოვანი ფაქტორია სოციალური მხარდაჭერის (ოჯახი, ახლობლები) არსებობა. კარგი სოციალური მხარდაჭერის პირობებში მკურნალობის დასრულების შანსი 4.24-ჯერ იზრდება (95% ნ.ი.¹).

გასულ წლებში ტუბერკულოზის განსაკუთრებით მაღალი გავრცელება აღინიშნებოდა პენიტენციურ სისტემაში. თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერებისა და ტუბსაწინააღმდეგო სამსახურებისთვის ინფრასტრუქტურის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების, აგრეთვე ციხის პოპულაციის 4-ჯერ შემცირების (2012 წლის ამნისტია) ფონზე ციხეებში ტუბერკულოზის გავრცელება 2013 წლისთვის 2011 წელთან შედარებით 5-ჯერ 1172-დან 228 შემთხვევამდე შემცირდა. ამ ეტაპზე მთავარი გამოწვევა პენიტენციური სისტემიდან გათავისუფლებული, ჯერ კიდევ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების სამოქალაქო სექტორში ტუბერკულოზის სახელმწიფო პროგრამაში დროული ჩართვაა. თუმცა ასევე მნიშვნელოვანია მკურნალობა დასრულებული ყოფილი პატიმრების მიდევნება და ამ ჯგუფში ტუბერკულოზის განმეორებით განვითარების პრევენცია.

მაღალია ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმა როგორც საზოგადოებაში, ასევე სამედიცინო პერსონალში. 2012 წელს ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შეფასების კვლევამ გამოვლინა, რომ რესპოდენტთა 50% ან სრულიად დამალავს, რომ დაავადებულია (11%), ან ამ ამბავს მხოლოდ ოჯახის წევრებს გაუმხელს (38%). ამავე კვლევაში ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მესამედმა აღნიშნა, რომ დაავადების სტატუსის

¹ ნ.ი.-ნდობის ინტერვალი

გაცხადებისთანავე იგრძნეს უარყოფითი დამოკიდებულება მეგობრებისა და ზოგადად საზოგადოებისგან. სტიგმის მაღალი დონე აფერხებს დახმარებისთვის სამედიცინო დაწესებულებაში დროულად მისვლას და კიდევ უფრო ზრდის ინფექციის გავრცელების რისკს.

ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის გამოწვევები:

დღეისათვის ტუბერკულოზის პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, მკურნალობის პერიოდში მეთვალყურეობა და კონტაქტების ეპიდზედამხედველობა ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა რეგისტრირებული პაციენტისათვის გეოგრაფიულად და ფინანსურად ხელმისაწვდომია. ტუბერკულოზის კლინიკური და ორგანიზაციული მართვის ამ კომპლექსურ პროცესში ჩართულია 75 სტაციონარული და ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი, ასევე ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ცენტრალური და რეგიონალური დონის დაწესებულებები.

ამბულატორიული მომსახურების მიღება ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობისთვის შესაძლებელია ყველა რაიონის დონეზე ფთიზიატრიულ კაბინეტში. ასევე მოქმედებს სპეციალიზებული საავადმყოფოები თბილისში, ქუთაისში, ზუგდიდში, ფოთში, ბათუმსა და ახასთუმანში. მაღალი ხარისხის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა შესაძლებელია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრის ლაბორატორიების ქსელსა და ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის რეფერენს ლაბორატორიაში.

ადეკვატური ეპიდემიოლოგიური კონტროლის უზრუნველსაყოფად, ტუბერკულოზის ყველა ახალი შემთხვევა დაუყოვნებელ შეტყობინებას ექვემდებარება. ახალი შემთხვევის გამოვლენისთანავე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახური მუშაობას იწყებს დაავადებული პირის ოჯახურ და ახლო კონტაქტებთან, რათა დროულად მოხდეს შესაძლო ინფიცირების ან დაავადების დადგენა და სათანადო რეაგირება. დაავადების

გამოვლენისა და მართვის პროცესში ჩართულია პირველადი ჯანდაცვის ქსელი. პაციენტების თითქმის მესამედი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობას სოფლის ექიმისა და ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშ იტარებს. საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მკურნალობის პირობებში პაციენტისთვის შედარებით იოლია მედიკამენტური რეჟიმის დაცვა, რაც ამცირებს მკურნალობის შეწყვეტის ალბათობას.

საქართველოში ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სტანდარტები სრულ შესაბამისობაშია ჯანმოს რეკომენდაციებთან. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა, ოქროს სტანდარტის შესაბამისად, ბაქტერიოსკოპული და კულტურალური კვლევით ტარდება, რასაც დაემატა ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებული სწრაფი მოლეკულური, სრულად ავტომატიზებული Xpert MTB/RIF ტესტი, რომელიც 2 საათში იძლევა ტუბერკულოზის გამომწვევის იდენტიფიცირების და რიფამპინის მიმართ რეზისტენტობის განსაზღვრის საშუალებას, რაც თავის მხრივ ადეკვატური მკურნალობის დროულად შერჩევის გადაწყვეტი წინაპირობაა. 2014 წლის ბოლომდე Xpert MTB/RIF ტესტი დაინერგება ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაზე პასუხისმგებელ ყველა ლაბორატორიაში, რაც საშუალებას მოგვცემს ტუბერკულოზზე სავარაუდო ყველა შემთხვევაში საწყისი დიაგნოსტიკა Xpert MTB/RIF ტესტით მოხდეს.

ამჟამად, გლობალურ ფონდთან, ამერიკის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტთან და ფრანგულ ორგანიზაცია „ექიმების საზღვრებს გარეშე“-სთან თანამშრომლობით აქტიურად მიმდინარეობს მუშაობა ტუბერკულოზის რეზისტენტული, მძიმე ფორმების სამკურნალოდ ახალი მედიკამენტების დანერგვისთვის, რამაც არსებითად უნდა გააუმჯობესოს მკურნალობის გამოსავლები.

გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში, 2014 წლის ივნისიდან მოქმედებს ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისთვის ფინანსური წახალისების სქემა აგრეთვე გრძელდება მათი სატრანსპორტო ხარჯების ანაზღაურება, რაც მკურნალობაზე კარგი დამყოლობის ხელშეწყობისკენ არის მიმართული.

ტუბერკულოზის კონტროლის გაძლიერებისთვის აქტიური მუშაობა მიმდინარეობს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის საკითხთა კომიტეტში. ტუბერკულოზის კონტროლის საკანონმდებლო ინიციატივა მიმართულია საზოგადოებაში ტუბერკულოზის გავრცელების მაქსიმალური პრევენციისკენ, თუმცა ამავე დროს სრულად იცავს ინდივიდის უფლებებს მკურნალობაში ჩართვის ავტონომიური გადაწყვეტილების მიღების თაობაზე. ამას გარდა, აქცენტი კეთდება ტუბერკულოზის ეროვნული პასუხის მართვის გაძლიერების აუცილებლობაზე, პაციენტებისთვის მკურნალობის პროცესში ფინანსური დახმარების უზრუნველყოფასა და ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების რეალიზაციის პირობების გამკაცრებაზე. ამგვარი მიდგომები ბევრ ქვეყანაში წარმატებით იძლევა ტუბერკულოზის კონტროლის საშუალებას და საქართველოშიც მათ ამოქმედების შემთხვევაში უდავოდ დადებითი დინამიკა მოსალოდნელი.

ტუბერკულოზის ეფექტური მართვის და ხარისხიანი მომსახურებისათვის აუცილებელია სხვადასხვა მიმართულებით განხორციელდეს კომპლექსური ღონისძიებები, რომლებიც თანმიმდევრულად უზრუნველყოფენ ტუბერკულოზის დროულ გამოვლენას, სტანდარტული მკურნალობის წარმატებით დასრულებას და ამ გზით დაავადების ტრანსმისიის რისკის შემცირებას. ეროვნული პროგრამის პრიორიტეტი უნდა იყოს ერთის მხრივ რისკ ჯგუფებში ტუბერკულოზის აქტიური სკრინინგი, მეორეს მხრივ კი მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებისათვის უწყვეტი და სრული სტანდარტული მკურნალობის უზრუნველყოფა. ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების, სოციალურ-პოლიტიკური მდგომარეობის და რესურსებზე ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით უნდა განისაზღვროს ის სამიზნე ჯგუფები, რომლებთანაც უპირველესად არის საჭირო მუშაობა როგორც ინდივიდუალური პაციენტის განკურნების, ისე საზოგადოებაში ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენციის მიზნით. საქართველოს ტუბერკულოზის სახელმწიფო პროგრამის მიხედვით ასეთ პრიორიტეტულ ჯგუფებად მიჩნეულია ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი

პირები, ტუბერკულოზით დაავადებული ყოფილი პატიმრები და მეთვალყურეობიდან დაკარგული პაციენტები, რომლებზეც ეპიდზედამხედველობა ფთიზიატრიული ქსელის მედპერსონალის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის ეპიდემიოლოგების ურთიერთთანამშრომლობით ხორციელდება.

სამომავლო გეგმები ტუბერკულოზის

დასაძლევად: 2014 წლის მასში ჯანმომ მიიღო ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალი სტრატეგია, რომელიც 2015 წლის შემდგომ 20 წლიან პერსპექტივაში ახალ სამიზნეებს აყალიბებს, რაც 2035 წლისთვის ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სიკვდილობის 95%-ით, ხოლო ახალი შემთხვევების 90%-ით შემცირებას ითვალისწინებს. ამ ამბიციური ამოცანების შესასრულებლად საჭირო ინტენსიური მუშაობა შემდეგი მიმართულებებით: 1. ინტეგრირებული, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობისა და პრევენციის მოდელის ამოქმედება, რაც მოიცავს – ტუბერკულოზის ადრეული დიაგნოსტიკის უზრუნველყოფას (მ.შ. უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას მედიკამენტებზე მგრძობელობის ტესტებზე, ასევე კონტაქტებისა და მაღალი რისკის პირების სისტემურ სკრინინგს), ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა (მ.შ. რეზისტენტული) პაციენტის მკურნალობას და მათ მხარდაჭერას, აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის სამსახურებს შორის თანამშრომლობას და თანმხლები დაავადებების მართვას, მაღალი რისკის პირთა პრევენციულ მკურნალობას და ვაქცინაციას. 2. ეფექტური პოლიტიკისა და მხარდაჭერი სისტემების განვითარება, რაც მოიცავს – პოლიტიკურ პასუხისმგებლობას და ტუბერკულოზის მკურნალობისა და პრევენციის პროგრამების ადეკვატური დაფინანსებას, სამოქალაქო საზოგადოების, კერძო და საჯარო სექტორის აქტიურ ჩართულობას, სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის პოლიტიკას და მარეგულირებელ ჩარჩოს, რაც უზრუნველყოფს ტუბერკულოზის შემთხვევების შეტყობინებას, რეგისტრაციას, მედიკამენტების ხარისხსა და რაციონალურ გამოყენებას, ინფექციის კონტროლს, სოციალურ დაცვას, სიღარიბის შემცირებას და სხვა ქმედებებს, რაც შეამცირებს ტუბერკულოზის ხელშემწყობი ფაქტორების ზემოქმედებას.

3. კვლევებისა და ინოვაციური

მიმართულებების ხელშეწყობა, რაც მოიცავს – ახალი ინსტრუმენტების, ინტერვენციებისა და სტრატეგიების აღმოჩენას, განვითარებას და სწრაფ დანერგვას, ინოვაციების დანერგვისა და მათი შედეგების შეფასების მიზნით კვლევების ხელშეწყობას.

საქართველო უერთდება ტუბერკულოზის ახალ სტრატეგიას და ქვეყანაში არსებული რესურსის მაქსიმალური მობილიზაციის პირობებში უზრუნველყოფს 2025 და 2035 წლებისთვის დასმული სამიზნეების მიღწევას. შუალედურ პერიოდში განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდება პრევენციული ღონისძიებების გააქტიურებაზე, რაც მოსახლეობის განათლების, მაღალი რისკის პირების სკრინინგის, ინფექციის კონტროლის და სხვა შესაფერისი ჩარევების საშუალებით ტუბერკულოზის გავრცელების შეჩერების საშუალებას მოგვცემს. ამის პარალელურად, გაგრძელდება მუშაობა მეცნიერულად დასაბუთებული და ეფექტური სამკურნალო სქემების დანერგვაზე, რათა თავიდან ავიცილოთ დაავადების საბედისწერო შედეგები.

ბიბლიოგრაფია:

1. WHO Global Tuberculosis Report 2013
2. აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტი, „მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მიერ მკურნალობის შეწყვეტის რისკ ფაქტორების და გრძელვადიანი შედეგის კვლევა, 2013“, www.tpp.ge
3. აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტი, საქართველოში ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის კვლევა მაღალი რისკის ჯგუფებსა და ზოგად მოსახლეობაში, 2012
4. World Health Organization, 67th World Health Assembly 2014, Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015



საქართველოში ნარკომანიის ჰობლემის სახითვისათვის

გელა ლეჟავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, სსიპ „ნარკომანიისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და პროგრამების მართვის ცენტრის“ დირექტორი



სათუნა თოღაძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სრული პროფესორი, ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის დეპარტამენტის ნარკოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის გლობალური ფონდის დაფინანსებით მიმდინარე ოპიოიდური ჩანაცვლებითი პროგრამების დირექტორი



თამარ სირბილაძე

ნარკოლოგი, არასამთავრობო ორგანიზაცია საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ ხელმძღვანელი

საქართველო ყოველთვის ევროპის სივრცის ნაწილი იყო, ამიტომ ევროპის ნარკოსიტუაციის გაცნობის გარეშე შეუძლებელია საქართველოს ნარკოვითარების ანალიზი.

საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარებამ გასული საუკუნის სამოციანი წლებიდან დაიწყო გავრცელება ამერიკის შეერთებული შტატების და ევროპის ქვეყნების პარალელურად, თუმცა იმ ხანად „კაპიტალისტური“ და „სოციალისტური“ ბანაკების ქვეყნებს შორის იყო აღმართული „რკინის ფარდა“, რომელიც მაქსიმალურად ზღუდავდა ყველა სახის ურთიერთობებს მათ შორის. მიუხედავად ამისა, „ფარდის“ ორივე მხარეს პროცესები თითქმის პარალელურად ვითარდებოდა. განსკუთრებულ შემთხვევებს იწვევდა დაავადების გავრცელების ტემპი და მასშტაბი, აღმოჩნდა, რომ რელიგია, ასაკი, სქესი, სოციალური სტატუსი, ქვეყნის პოლიტიკური სისტემა თუ სამართლებრივი დევნა მნიშვნელოვან შემაკავებელ გავლენას მის გავრცელებაზე ვერ ახდენდა.

საბჭოთა კავშირის სოციალისტური დოქტრინის მიხედვით, სოციალისტურ სისტემას ბედნიერება მოჰქონდა ხალხისთვის, მანვე სოციალური პროცესები, მაგალითად, ალკოჰოლიზმი და პროსტიტუცია, კაპიტალისტური სისტემის მემკვიდრეობად იყო მიჩნეული. ამიტომ ახლად განვითარებად სოციალურ პრობლემას – ნარკომანიას – ხელისუფლება „ვერ ამჩნევდა“ და არავითარ ზომებს არ იღებდა მისი გავრცელების შეზღუდვისკენ.

საქართველოს კომუნისტური პარტიის ცენტრალური კომიტეტის პირველი მდივნის ე. შევარდნაძის დამსახურებაა, რომ მან შესაძლებლობა მისცა ქართველ ახალგაზრდა მეცნიერ-მუშაკებს, მოემზადებინათ მონაცემები ნარკომანიის სოციალური რისკების თაობაზე. რის შედეგადაც სულ მალე პირველად „სოციალისტურ ბანაკში“, საქართველოში გამოიცა ნარკოტიკების გავრცელების შეზღუდვისკენ მიმართული ბრძანებულება. შემუშავებული იქნა შესაბამისი სისხლის და ადმინისტრაციული სამართლის ნორმები.

მოგვიანებით – 2002 წელს – საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“. კანონის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი დამსახურება

არის ის, რომ ნარკომანია კვალიფიცირებულია როგორც დაავადება. ეს იმას ნიშნავდა, რომ თუ ნარკომანიით დაავადებული პირი არ იქნებოდა მხილებული ნარკოტიკების უკანონო ყიდვა-გაყიდვაში ან მფლობელობაში, მას შეეძლო მიემართა სამედიცინო დაწესებულებისათვის სამკურნალოდ, სადაც მისი ანონიმურობა დაცული იქნებოდა, ხოლო შინაგან საქმეთა სამინისტროს თანამშრომლების მიერ გამოვლენილი ნარკომანიით დაავადებული პირი, თუ მას არ ჰქონდა ჩადენილი სხვა დანაშაული, სასამართლოს გადაწყვეტილებით იგზავნებოდა იძულებითი მკურნალობისთვის სამკურნალო დაწესებულებაში, რომელიც შინაგან საქმეთა სამინისტროს სისტემაში ფუნქციონირებდა.

საქართველო მიუერთდა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სამივე კონვენციას ნარკოტიკული და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების შეზღუდვის ზომების თაობაზე. ნარკომანიის გავრცელებასთან ბრძოლის მიზნით შეიქმნა სამთავრობო კომისია, შემუშავებულ იქნა კომპლექსური გეგმა, რომელიც საქართველოს შინაგან საქმეთა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროებთან ერთად ითვალისწინებდა სხვა სამინისტროებისა და ადგილობრივი ხელისუფლების მონაწილეობას ამ სოციალური სენის გავრცელების შეზღუდვაში. შეტანილ იქნა ცვლილებები ადმინისტრაციულ და სისხლის სამართლის კოდექსებში, შეიქმნა შსს სპეციალური განყოფილება, დაარსდა ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, დაიწერა პირველი ქართული სახელმძღვანელო ნარკოლოგიაში, ნარკოლოგია გამოეყო ფსიქიატრიას, როგორც მეცნიერების დარგი.

სამწუხაროდ, დასახული ღონისძიებების დაფინანსება ვერ მოხერხდა. ნარკომანია დარჩა პოლიციის და მედიკოსთა ანაბარა. ამასთან მკურნალობის საფასური თავად ნარკომანს უნდა გაეღო, ხოლო საზღვრების დაუცველობის გამო პოლიციას არ ჰქონდა საშუალება მნიშვნელოვნად შეეზღუდა ნარკოტიკების გავრცელება საქართველოში. მეტნაკლებად ეფექტურ საშუალებად მიჩნეულ იყო მასმედიის მეშვეობით საზოგადოებაში უარყოფითი დამოკიდებულების ჩამოყალიბება ამ პრობლემის მიმართ. დღეს შეიძლება კამათი იმის თაობაზე, თუ რამდენად მისაღებია ნარკომანიის მიმართ სტიგმის დამკვიდრება,

მაგრამ იმ დროს, სამართლებლივი დევნის გარდა, ეს იყო ბრძოლის თითქმის ერთადერთი ფორმა.

2002 წელს შეიქმნა ნარკომომხმარებლების უფლებების დაცვაზე ორიენტირებული ერთ-ერთი პირველი არასამთავრობო ორგანიზაცია. დღეს ზიანის შემცირების ქსელი ოცამდე ანალოგიურ ორგანიზაციას აერთიანებს.

2005 წელს ნარკოლოგიის ინსტიტუტის ბაზაზე პირველად ამოქმედდა მეტადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები, ეს პროგრამები დაფინანსდა „აივ-შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის“ პროექტის ფარგლებში.

პროგრამის მიმდინარეობა დადებითად იქნა შეფასებული, როგორც ქართველი, ისე საერთაშორისო ექსპერტების მიერ, ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების დანერგვა საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტად იქცა. 2008 წლიდან ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების დანერგვა დაიწყო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, სახელმწიფო ბიუჯეტისა და პაციენტების თანადაფინანსების პრინციპით. დღეს ქვეყნის 9 ქალაქში მეტადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის 17 ცენტრი ფუნქციონირებს. თბილისში ასევე მოქმედებს ერთი ბუპრენორფინით (სუბოქსონით) ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრი. ეს ცენტრები ერთდროულად 2300 ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირს ემსახურება.

მრავალწლიანი სისტემატიური კვლევების გარეშე შეუძლებელია იმის დადგენა, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა ამა თუ იმ ღონისძიებამ ნარკომანიის გავრცელების მასშტაბის შემცირებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ამერიკის შეერთებული შტატების და ევროპის კავშირის ყველა ქვეყანაში შემუშავებულ იქნა ნარკომანიასთან ბრძოლის სტრატეგიული გეგმები და რაც მთავარია, გამოყოფილ იქნა მნიშვნელოვანი დაფინანსება, სისტემატიური სოციოლოგიური გამოკვლევების მიხედვით, ნარკომანიის ზრდის მასშტაბი და სოციალური ზიანი ან არ იკლებდა ან იკლებდა არასაკმარისი ტემპით. ამერიკის შეერთებული შტატების მიერ ამ პრობლემის დაფინანსების დინამიკა ამ მოვლენის კარგ ილუსტრაციას წარმოადგენს -ნარკოპრობლემების მართვისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტი 1998

წელს იყო 9 000 მილიონი; 2002 წელს – 10 700 მილიონი; 2013 წელს – 25 000 მილიონი, ამერიკის ერთ მოქალაქეზე გადაანგარიშებით წელიწადში იხარჯება 80 დოლარი, ევროპაში ეს მაჩვენებელი დაახლოებით 60 ევროა. ამ თანხებიდან საშუალოდ 60% მოდის ძალოვან სტრუქტურებზე. ევროპის მეტნაკლებად ტიპიურ მაგალითად შეიძლება გამოდგეს ავსტრია, სადაც ნარკომანიის პრევენციაზე იხარჯება 14%; მკურნალობაზე – 10%, ნარკომანიასთან დაკავშირებული დაავადებების მკურნალობაზე – 15%; ძალოვან სტრუქტურებზე – 61%. საქართველოში, ძალოვანი სტრუქტურების შესაბამისი დანახარჯების გამოკლებით, ნარკოპრობლემის დაფინანსება პრაქტიკულად 1-2 დოლარის ფარგლებში მერყეობს. საბედნიეროდ, საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გაწეული გარკვეული დახმარება ზოგიერთი ეპიდემიოლოგიური კვლევის წარმოების და პილოტური პროგრამების დაფინანსების საშუალებას იძლევა.

მწირი დაფინანსების ფონზე კანონზომიერია საქართველოში ნარკოვითარების გაუარესება.

დღეს საქართველოში ნარკოვითარების ერთად-ერთი სარწმუნო მაჩვენებელი – ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების რიცხვი – მიღებულია მეცნიერულად დასაბუთებული კვლევების საფუძველზე, რომლებიც ჩატარებული იყო 2009 და 2012 წლებში.

საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა (ინმ) საგარაუდო პრევალენტობა და რაოდენობა

კვლევის მეთოდი	2009		2012	
	პრევალენტობა (%)	ინმ საგარაუდო რაოდენობა	პრევალენტობა (%)	ინმ საგარაუდო რაოდენობა
ინმ პრევალენტობის გაანგარიშება კოფინცენტების ტექნოლოგიის (Multiplier-Benchmark Method) გამოყენებით	1,5	40000	1,65	45000

ეს კვლევა ნათლად მიუთითებს ქვეყანაში მძინე ნარკოსიტუაციის არსებობაზე, რომელიც უარესდება. 2009 წელს გამოქვეყნებული მონაცემების მიხედვით, საქართველოში 40 000

ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი იყო აღრიცხული. 2013 წელს კი ეს რიცხვი 45 000-მდე გაიზარდა. ოთხ წელიწადში ნახტომისებურმა მატებამ 15% შეადგინა, გამოთვლის სხვა მეთოდის გამოყენებით კი – 20%.

საერთაშორისო პრაქტიკიდან გამომდინარე, პრობლემური – ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების რაოდენობა 3-4 ჯერ ნაკლებია ნარკოტიკების მომხმარებელთა საერთო რიცხვზე.

წლიური პრევალენტობა და არალეგალური ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობა გლობალურ დონეზე, 2010 (World Drug Report, 2012)

კვლევის მეთოდი	წლიური პრევალენტობა (%)		ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობა	
	ქვედა ზღვარი	ზედა ზღვარი	ქვედა ზღვარი	ზედა ზღვარი
სულ არალეგალური ნარკოტიკების მომხმარებელი	4,0	8,0	183 820 000	360 780 000
მათ შორის, პრობლემური მომხმარებელი (ოპიოიდები, კოკაინი, ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტები)	1,2	2,4	53 920 000	108 170 000
დანარჩენი ნარკოტიკების მომხმარებელი (მარიუანა, ექსტაზი)	2,8	5,6	129 900 000	252 610 000

ისმის კითხვა: რამდენად რთულია საქართველოს ნარკოვითარება, ანუ 45000 პრობლემური მომხმარებელი ბევრია თუ ცოტა საქართველოში მცხოვრებ 4 490,5 ათას მოქალაქეზე გადაანგარიშებით?

ევროპის ნარკოტიკების და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) მონაცემებით, ოპიატების პრობლემურ ნარკომომხმარებელთა რიცხვი ბელგიაში – 5125, ჩეხეთის რესპუბლიკაში – 37200, დანიაში – 12754, საბერძნეთში – 9439, კვიპროსში – 275, ლუქსემბურგში – 1483, უნგრეთში – 5699,

ნიდერლანდებში – 2390, სლოვაკიაში – 18841, დიდ ბრიტანეთში – 133112, ხორვატიაში – 2490, ნორვეგიაში – 10320 შეადგენს. სულ – 1.3 მილიონი ანუ ევროპის მოსახლეობის 0,3%. ცხადია, ეს არ გამორიცხავს სხვა ნარკოტიკების მომხმარებელთა პრობლემურ ნარკომანებს.

საქართველოში ნარკოვითარების ნახტომისებურ გაუარესებას განსაკუთრებით ხელი შეუწყო ე.წ. „საფთიაქო ნარკომანიის“ შეუზღუდავმა გავრცელებამ.

ნაციონალური მოძრაობის მმართველობის დროს, პოლიციის მიზანმიმართულმა მუშაობამ მინიმუმამდე დაიყვანა ჰეროინისა და ბუპრენორფინის ხელმისაწვდომობა არალეგალურ ბაზარზე, რამაც საქართველოს წამალდამოკიდებულთა ნაკადი მიმართა აფთიაქებისკენ, სადაც ისინი ურეცეპტოდ ყიდულობდნენ კოდეინს, ეფედრინისა და ფსევდოეფედრინის შემცველ კომბინირებულ მედიკანენტებს, სხვა ფსიქოაქტიურ პრეპარატებს და ნარკოტიკების პრეკურსორებს. გავრცელდა კუსტარულად დამზადებული დეზომორფინის (ე.წ. „კრაკადილი“) და ამფეტამინების (ე.წ. „ჯეფი“ და „ვინტი“) ინექციური მოხმარება, რომელიც უაღრესად მძიმე გავლენას ახდენს მომხმარებელზე. დაიწყო გავრცელება პოლი-ნარკომანიამ, რაც განსაკუთრებულად საშიშ ფორმებს იღებდა ახალგაზრდებში. ძნელია იმის გარკვევა, თუ რატომ ვერ შეძლო ბატონ ვ.მერაბიშვილის „ყოვლისშემძლე“ პოლი-ციამ აღეკვეთა ათეულმილიონობით ფსიქო-ტროპული მედიკამენტის და კოდეინის შემცველი ტაბლეტის გადინება აფთიაქებიდან ან სად და ვის ჯიბეებში მიდიოდა ის თანხები, რომლებიც ადრე „შავი ბაზრის“ ნარკომავიას კვებავდა?

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ის ბრძოლა, რომელსაც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო აწარმოებს ე.წ. „საფთიაქო ნარკომანიასთან“. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბატონ დავით სერგეენკოს შესაბამისი ბრძანების საფუძველზე აიკრძალა იმ ძირითადი ნარკოტიკების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, პრეკურსორების ურეცეპტოდ გაყიდვა, რომლებსაც ნარკომანები კუსტარული ნარკოტიკების დასამზადებლად იყენებდნენ

ან/და დიდი რაოდენობით იღებდნენ ნარკოტიკული თრობის გამოსაწვევად. მოგვიანებით ამ სიას რამდენიმე ათეული ფსიქოაქტიური და ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატიც დაემატა.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ამ ღონისძიებამ მყისიერი ეფექტი გამოიღო. მნიშვნელოვნად იკლო უმძიმესი შედეგის მქონე კუსტარულად დამზადებული ნარკოტიკების მოხმარებამ. შემცირდა ფსიქოტროპული და ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების ურეცეპტოდ შექმნა ახალგაზრდების მიერ. სავარაუდოდ, უახლოეს პერიოდში ეს არის ნარკომანიის შეზღუდვისკენ მიმართული ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური ღონისძიება.

2000 წლიდან ევროპის, ამერიკის და სხვა განვითარებული ქვეყნების ნარკოტიკების „შავ ბაზარზე“ განსაკუთრებით ინტენსიურად, მზარდი რაოდენობით დაიწყო შემოდინება ნარკოტიკებისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ახალმა ნაირსახეობამ, რომელსაც „ახალი ფსიქოაქტიური სუბსტანციები“ სახელით მოიხსენიებენ ევროპაში. ახალი ფსიქოაქტიური სუბსტანციები, როგორც წესი, ცნობილი ნარკოტიკული ნივთიერებების ისეთ ნაირსახეობას წარმოადგენს, რომელიც გაეროს მიერ კონტროლირებად ნივთიერებათა სიებში შეტანილი ნარკოტიკებისაგან ქიმიური ფორმულებით განსხვავდება და ამდენად სამართლებრივ დევნას არ ექვემდებარება, თუმცა მომხმარებელზე ნარკოტიკებისათვის დამახასიათებელ ეფექტს ახდენს. როგორც კი მოცემული „ახალი ფსიქოაქტიური სუბსტანცია“ კანონმდებელთა ყურადღების საგანი ხდება, მაშინვე ბაზარზე გამოდის ახალი, მისგან განსხვავებული ფორმულის მქონე ნარკოტიკი. ცხადია, რომ ეს ნარკოტიკები სინთეზდება არალეგალურად, ნარკომაფიის დაკვეთით. დღეისათვის უკვე ცნობილია 300-ზე მეტი ნაირსახეობის ახალი ფსიქოაქტიური სუბსტანცია. ევროპის ქვეყნებში ახალი ნარკოტიკების მასშტაბურმა შემოდინებამ, ქიმიური, ფიზიკური, ფარმაკოლოგიური თვისებების ცვალებადობის გამო, ძნელად გადასალახავი სირთულეები წარმოშვა მათი გავრცელების შეზღუდვის თვალსაზრისით.

ახალი ფსიქოაქტიური სუბსტანციის ერთ-ერთი ნაირსახეობის – ე.წ. „ბიო“-ს – მოხმარებამ საქართველოშიც ფართო მასშტაბი მიიღო და რამდენიმე ახალგაზრდის სიცოცხლეც იმსხვერპლა.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს და საქართველოს პარლამენტის ოპერატიული მუშაობის შედეგად 2014 წელს 16 ივნისს მიღებული იქნა საქართველოს კანონი „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის შესახებ“. ამ კანონის მიღებას ძალიან მნიშვნელოვანი მოსამზადებელი სამუშაო უძღოდა წინ, რომელსაც მაშინდელი შინაგან საქმეთა მინისტრი ბატონი ირაკლი ღარიბაშვილი ხელმძღვანელობდა.

საქართველოში დღეს არსებობს 5 სამკურნალო სტაციონარული დაწესებულება, 4 თბილისში და 1 ბათუმში, რომლებიც დეტოქსიკაციურ მკურნალობას ახორციელებენ. 2013 წელს სამკურნალები 574 პაციენტიდან 304 შემთხვევაში მკურნალობა დაფინანსებული იყო სახელმწიფო პროგრამიდან.

ქვეყანაში ფუნქციონირებს ოპიატების აგონისტებით ჩანაცვლების პროგრამები, რომლებიც ერთდროულად დაახლოებით 2300 ბენეფიციარის მკურნალობას აფინანსებს. პაციენტების დიდი ნაწილი მთლიანად ფინანსდება სახელმწიფოსა და შიდასთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მიერ, მათ შორის 150-მდე პაციენტი – სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. ჩანაცვლებითი მკურნალობა 500-600 პაციენტისთვის სრულად უფასოა, ხოლო დანარჩენი პაციენტები თანადაფინანსების პრინციპით მომუშავე სახელმწიფო პროგრამებში თვეში 110 ლარს იხდიან, გარდა სოციალურად დაუცველი სტატუსის მქონე და აივ/შიდსით დაავადებული პირებისა, რომელთა დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან სრულად იფარება (2013 წელს ასეთ პაციენტთა რაოდენობამ დაახლოებით 500 პირი შეადგინა).

დღეს სახელმწიფოს მიერ ნარკომანთა მკურნალობა 4 025 000 ლარით ფინანსდება, რაც ბევრად მეტია წინა წლებთან შედარებით (იყო წლები როდესაც ნარკოპრობლემის

სამედიცინო კომპონენტის ბიუჯეტი რამდენიმე ათეული ათასი ლარით იზომებოდა), მაგრამ ეს თანხა არ არის საკმარისი ნარკოპრობლემის პრევენციისა და სამედიცინო პრობლემების გადაწყვეტისათვის. განსაკუთრებით დახვეწას მოითხოვს პრევენციის პროგრამები, რადგან წლების განმავლობაში მოზარდთა ნარკოპრობლემებს ჯეროვანი ყურადღება არ ექცეოდა.

ნარკომანიასთან ბრძოლის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებად კვლავ რჩება ადმინისტრაციული და სისხლის სამართლის ზომების გამოყენება – ბოლო ერთი წლის განმავლობაში ნარკოტიკის მოხმარებისათვის სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლით გასამართლებული იქნა 1085 პირი.

არჩევნებში ქართული ოცნების გამარჯვებამ ნარკოპოლიტიკისადმი დამოკიდებულება შეცვალა. ახალი მთავრობის აქტივობა, განსხვავებით წინამორბედი მთავრობისაგან, კომპლექსური ხარჯეფექტური ღონისძიებების დანერგვისკენ არის მიმართული.

ნარკომანიასთან ბრძოლის ახლად დაკომპლექტებულმა უწყებათაშორისო საკოორდინაციო საბჭომ დაიწყო ნარკომანიის გავრცელების შეზღუდვისკენ მიმართული ღონისძიებების რეალური კომპლექსური გეგმის შედგენა, ქვეყნის ფინანსური და ადამიანური რესურსების გათვალისწინებით. საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობას იღებენ სამინისტროების და უწყებების ხელმძღვანელები.

საქართველოს ნარკოვითარების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება საქართველოს ყველა რესურსის კომპლექსურ ამოქმედებას მოითხოვს. უპირველეს ყოვლისა საჭიროა პოლიტიკური ნების არსებობა, რომელიც მატერიალური და ადამიანური რესურსების ეფექტურ გამოყენებაში გარდაისახება. პოლიტიკური ნება არსებობს, ადამიანური და მატერიალური რესურსების გამოყენება დაწყებულია, მოსალოდნელია დადებითი შედეგის მიღება. მასშტაბური ნარკომანია ყოველივე ბოროტების წყაროა, ნარკომანიის გავრცელების შეზღუდვის გარეშე შეუძლებელია წარმატებული ბრძოლა კორუფციასთან, კრიმინალთან, სიღარიბესა და სხვა მრავალ პრობლემასთან – ე.ი. შეუძლებელია წარმატება.

ბიბლიოგრაფია

1. გ. ლეჟავა „ოპიოიდური დამოკიდებულების ფსიქოსოციალურ დახმარებასთან კომბინირებული ფარმაცოლოგიური მკურნალობის სახელმძღვანელოს“ ქართულ ენაზე გამოცემის საკითხისათვის, 2009.
2. საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ .
3. ა.ზურაბაშვილი, ა.გაბიანი, გ.ლეჟავა, ბ. ნანაიშვილი „მავნე ჩვევიდან მიძიმე დაავადებამდე“, 1982.
4. The National Drug Control Budget FY 2002-2014 Funding Highlights. Office of National Drug Control Policy.
5. EUROPEAN DRUG REPORT , 2002-2014. EM-CDDA.
6. International Narcotics Control Strategy Report 2002-2014 U.S.DEPARTMENT of STATE.
7. Drugnet Europe , 2010-2014. EMCDDA.
8. Estimating The Prevalence of Injection Drug Use In Georgia, 2012. Prepared by Bemoni Pudlic Union (BPV).
9. SELECTED ISSUE Cost and Financing of Drug Triatment Services in Europe: AN Exploratoru Study, 2011.



გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოება (Global Health Security – GHS)

ჰაატა იმნაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში, მედიცინის დოქტორი



ანა კასრაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მართვადი, რესპირატორული და ზოონოზური დაავადებების სამმართველოს სპეციალისტი

გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების ინიციატივა (Global Health Security Initiative – GHSI) წარმოადგენს სახელმწიფოთა არაფორმალურ, საერთაშორისო პარტნიორობას, რათა გლობალურადგამლიერდეს ჯანდაცვის მზადყოფნა და თავიდან იქნას აცილებული ქიმიური, ბიოლოგიური, ბირთვული და რადიაციული ტერორიზმი (Chemical, Biological, Radio-Nuclear terrorism – CBRN). დღევანდელ მსოფლიოში, აქტიური მოგზაურობისა და ვაჭრობის ფონზე, შესაძლებელია, რომ დაავადებები გავრცელდეს უფრო სწრაფად ვიდრე ოდესმე, რაც გამოიწვევს არა მარტო სიკვდილიანობის ზრდას, არამედ ეკონომიკის კლებას და თავდაცვის არასტაბილურობას. ქვეყნების თანამშრომლობით, საერთაშორისო ორგანიზაციების და სახელმწიფო თუ კერძო დანტერესებული მხარეების გაერთიანებით შესაძლებელია სწრაფი ტემპით გაძლიერდეს პროგრესი, მსოფლიო გახდეს უფრო დაცული ინფექციური დაავადებებისგან და გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოება გახდეს საერთაშორისო უსაფრთხოების პრიორიტეტი.

გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოებას საფუძველი ჩაეყარა 2001 წელს ცნობილი 11 სექტემბრის ტერაქტის შემდეგ. აშშ-ს ჯანმრთელობისა და სოციალური მომსახურების ყოფილი მინისტრი ტომ ტომპსონი გამოვიდა ინიციატივით, რომ ქვეყნებმა, რომლებიც იბრძვიან ბიოტერორიზმის წინააღმდეგ,

ერთმანეთს გაუზიარონ ინფორმაცია და თავიანთი ძალისხმევა კოორდინირებულად მიმართონ გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების მხარდასაჭერად. 2001 წლის 7 ნოემბერს, კანადის პრემიერ მინისტრმა უმასპინძლა პირველ მინისტრიალს ოტავაში, რათა ქვეყნებს ემსჯელათ გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების საკითხებზე. აღნიშნულ შეხვედრას ესწრებოდნენ კანადის, საფრანგეთის, გერმანიის, იტალიის, იაპონიის, მექსიკის, დიდი ბრიტანეთის და აშშ-ს ჯანდაცვის მინისტრები, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები.

მინისტრები გამოვიდნენ გლობალური მოწოდებებით, თუ რა უნდა გაკეთდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მზადყოფნის გაძლიერებისთვის და ბიოლოგიური, ქიმიური, ბირთვული და რადიაციული ტერორიზმის საფრთხის საწინააღმდეგოდ. ისინი შეთანხმდნენ პარტნიორობაზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაძლიერებისა და გლობალური უსაფრთხოების საკითხებში და სამომავლოდ გამოჰყვეს სამუშაო სფეროები:

1. ითანამშრომლონ ვაქცინების და ანტიბიოტიკების ხელმისაწვდომობის საკითხებში.
2. კონსტრუქციული დიალოგი დაამყარონ სწრაფი ტესტების და ვაქცინების, განსაკუთრებით ყვავილის ვაქცინის განვითარებისთვის.
3. მხარი დაუჭირონ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა ზედამხედველობის ქსელს და მის მცდელობებს, განავითაროს დაავადებების ეპიდეფთქების შეკავების კოორდინირებული სტრატეგია.
4. ერთმანეთს გაუზიარონ გადაუდებელი მზადყოფნის და რეაგირების გეგმები.
5. მხარი დაუჭირონ რისკების შეფასების და მენეჯმენტის საერთაშორისო თანამშრომლობის პროცესს.
6. განავითარონ ლაბორატორიებს (მათ შორის ბიოუსაფრთხოების მეოთხე დონის ლაბორატორიებს) შორის კავშირები.

7. წამოიწყონ ახლო თანამშრომლობა ბირთვულ და ქიმიურ მოვლენებზე მზადყოფნისთვის და სწრაფი რეაგირებისთვის.
8. ერთმანეთს გაუზიარონ ზედამხედველობის მონაცემები ეროვნული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიებიდან და ინფორმაცია წყლის და საკვების არსებულ ან საშიშ დაბინძურებაზე.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები (International Health Regulations)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითად და ისტორიულ მოვალეობას წარმოადგენს დაავადების საერთაშორისო გავრცელების კონტროლის გლობალური მართვა. ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები (International Health Regulations – IHR – 2005) წარმოადგენს პრევენციისა და კონტროლის ჩარჩოს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პოტენციური გაუთვალისწინებელი შემთხვევებისათვის. GHS-ის პრიორიტეტები და სამუშაო დაფუძნებულია ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების რეკომენდაციებზე. GHS-ის წევრი ქვეყნები ეხმარებიან განვითარებად ქვეყნებს მოახდინონ IHR იმპლემენტაცია ეროვნულ დონეზე. GHS აკვირდება ამ მიმართულებით მომუშავე ჯგუფების აქტივობების შესაბამისობას IHR-ის მიზნებთან. 2012 წლის მონაცემებით, ქვეყნების მხოლოდ 16%-მა შეძლო IHR-ის მოთხოვნების სრულად განხორციელება და დანერგვა, მათ შორის არის საქართველოც.

დაავადებების საერთაშორისო გავრცელებასთან ბრძოლას დიდი ხნის ისტორია აქვს. ასეთ საერთაშორისო ხელშეკრულებაზე მუშაობა ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნის 50-იან წლებში დაიწყო, თუმცა ქვეყნების შეუთანხმებლობის გამო, პირველი დოკუმენტები: „საერთაშორისო სანიტარული კონვენცია“ და „საერთაშორისო საკარანტინო წესდება“ მხოლოდ მესამე საერთაშორისო სანიტარულმა კონფერენციამ მიიღო 1866 წელს სტამბულში. 1951 წელს ჯანმრთელობის მეოთხე მსოფლიო ასამბლეამ მიიღო „საერთაშორისო სანიტარული წესები“ 1969 წელს ჯანმოს 22-ე სესიაზე მიღებულ იქნა განახლებული დოკუმენტი ახალი სახელით „ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები“,

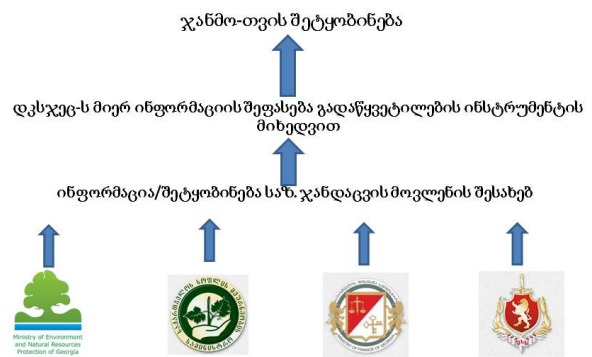
რომელიც მოიცავდა ექვს „საკარანტინო დაავადებას“. საერთაშორისო მგზავრობის და ვაჭრობის მოცულობის გაზრდის გათვალისწინებით, ასევე საერთაშორისო დონეზე დაავადების გავრცელების საფრთხეების და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სხვა რისკების გამოვლენისა და ხელახლა გამოჩენის გამო გადაწყდა მიღებული წესების არსებითი გადახედვა. 2005 წლის 23 მაისს ჯანმრთელობის ორმოცდამეხუთრამეტე მსოფლიო ასამბლეამ მიიღო ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების განახლებული ვერსია, რომელიც ძალაში 2007 წლის 15 ივნისიდან შევიდა. ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების მიზანს წარმოადგენს დაავადების საერთაშორისო გავრცელების კონტროლი და თავიდან აცილება, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეაგირების უზრუნველყოფა და შესაბამისი ღონისძიებების გატარება, საერთაშორისო მგზავრობისა და ვაჭრობისათვის დაბრკოლებების შექმნის გარეშე.

ძირითადი განსხვავება, წინა წესებთან, არის ის, რომ საერთაშორისო შეტყობინების ვალდებულება ადრე არსებული სამი დაავადების მაგივრად, ვრცელდება ყველა საფრთხეზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის, მათ შორის არაინფექციური წარმოშობის (მაგ., რადიაციული ან ქიმიური). წინასწარ მიღებული ზომების გარდა, მეტი ყურადღება ექცევა ადაპტირებულ რეაგირებას და, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია, აქცენტების გადატანა მოხდა საზღვრების კონტროლიდან კერებში შეკავების ღონისძიებებზე.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები მთელ რიგ ინოვაციებს შეიცავს. იგი ავალდებულებს წევრ სახელმწიფოებს, განავითარონ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძირითად შესაძლებლობათა მინიმუმი. ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები განსაზღვრავს წევრი სახელმწიფოების ვალდებულებას, შეატყობინონ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას იმ გადაუდებელი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რომელიც განსაზღვრული კრიტერიუმების შესაბამისად, შესაძლოა იქნეს მიჩნეული საერთაშორისო მნიშვნელობის მქონედ, ადგენს დებულებებს, რომლებიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას ანიჭებს

უფლებამოვალეობას განიხილოს არაოფიციალური ანგარიშები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელობის მქონე მოვალეობების შესახებ და მიიღოს წევრი სახელმწიფოებისაგან დასტური მათ შესახებ. ასევე ახორციელებს გენერალური დირექტორის მიერ „საერთაშორისო მნიშვნელობის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განსაკუთრებული მდგომარეობის“ გამოცხადებისა და შესაბამისი დროებითი რეკომენდაციების გაცემის პროცედურებს, საგანგებო მდგომარეობების კომიტეტის შეხედულებების გათვალისწინებით, და უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებათა დაცვას ყველა პირისა და მგზავრისათვის. ითვალისწინებს ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების ეროვნული კოორდინატორისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საკონტაქტო უწყების განსაზღვრას სასწრაფო ურთიერთკავშირის დასამყარებლად წევრ სახელმწიფოებსა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას შორის.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების მიხედვით შეტყობინების სქემა



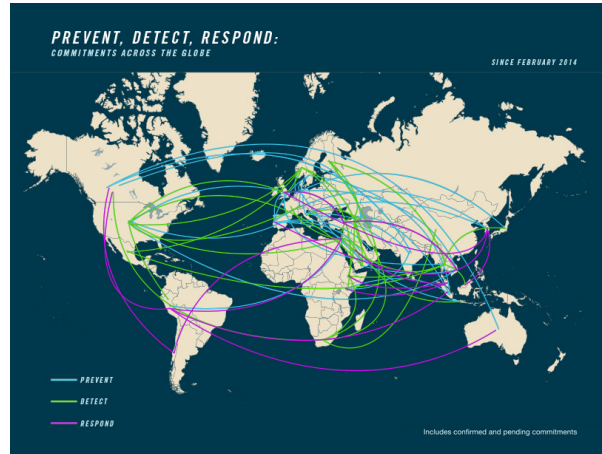
რადგან ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები არ შემოიფარგლება მხოლოდ კონკრეტული დაავადებებით, სავარაუდოა, რომ იგი მრავალი წლის განმავლობაში შეინარჩუნებს თავის მნიშვნელოვნებასა და გამოყენებადობას დაავადებებისა და მათი წარმოშობის და გადაცემის განმაპირობებელი ფაქტორების უწყვეტი ევოლუციის პირობებშიც კი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი (NCDC) განსაზღვრულია, როგორც ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების ეროვნული კოორდინატორი საქართველოში.

მისი მოვალეობაა დაუყოვნებლივ შეატყობინოს ჯანმო-ს საკონტაქტო პუნქტს უჩვეულო/მოულოდნელი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის და საერთაშორისო გავრცელების რისკის შემცველი, ასევე საერთაშორისო მგაზვრობისა და ვაჭრობის შეზღუდვის რისკის შემცველი მოვლენის შესახებ.

IHR-თან შესაბამისობაში მყოფი რეგულაციების მიღებამ, როგორც არის: კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ, საქართველოს მთავრობის 428 რეზოლუცია საქართველოს სასაზღვრო ზოლსა და კონტროლის ზონებში სანიტარიულ-საკარანტინო კონტროლის განხორციელების ტექნოლოგიური სქემისა და სანიტარიულ-საკარანტინო კონტროლის განხორციელების წესის დამტკიცების შესახებ, მთავრობის დადგენილება ინფექციურ დაავადებებზე, მათ შორის განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებზე, ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ეროვნული სისტემის ფუნქციონირების წესის შესახებ, უზრუნველყო IHR-ის სრული იმპლემენტაცია.

გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოება ახალ ეტაპზე გადავიდა 2014 წელს, მას შემდეგ რაც 13 თებერვალს, ვაშინგტონში გაიმართა სამუშაო შეხვედრა. შეხვედრას ესწრებოდა იმ 26 ქვეყნის წარმომადგენელი, ვინც საფუძველი ჩაუყარეს საერთაშორისო ძალისხმევას, რომლის ძირითადი ამოცანაა ეპიდაფეთქებების პრევენცია, გამოვლენა და რეაგირება. სწორედ ეს სამი ასპექტი: **პრევენცია, გამოვლენა და რეაგირება** ხდება ქვაკუთხედი გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოებაში.

აღნიშნულ შეხვედრას, გარდა შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის მინისტრისა, ესწრებოდნენ ფინეთის, გერმანიის, კანადის, ბრიტანეთის, ნიდერლანდების, ნორვეგიის, იაპონიის, კორეის, ჩინეთის, ინდოეთის და სხვა ქვეყნების ოფიციალური წარმომადგენლები. ასევე სამი საერთაშორისო ორგანიზაციის წარმომადგენლები, მათ შორის: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, სოფლის მეურნეობის და თავდაცვის სამინისტროს და დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრების წარმომადგენლები. ისინი მსჯელობდნენ სამოქმედო გეგმის ჩამოყალიბებაზე გლობალურად საშიშ დაავადებებზე უფრო სწრაფი რეაგირებისათვის.



„გლობალური ჯანმრთელობის დაცვის მეთანხმებით ჩვენ ვსაუბრობთ იმაზე, თუ როგორ გავხადოთ მსოფლიო უფრო უსაფრთხო და დაცული საერთაშორისო საზოგადოების გაძლიერებით ინფექციური დაავადებების ეპიდაფეთქების პრევენციით, გამოვლენითა და რეაგირებით.“ – ამბობს ლაურა ჰოლგეტი, აშშ-ის ნაციონალური უსაფრთხოების წარმომადგენელი.

აღნიშნულ შეხვედრაზე სიტყვით გამოვიდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი. მინისტრმა ხაზი გაუსვა იმას, რომ დღესდღეობით ჯანდაცვის სამინისტრის დაქვემდებარებაში მყოფი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი საქართველოში არის უმთავრესი სააგენტო, რომელიც პასუხისმგებელია საქართველოს მოქალაქეების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვაზე. NCDC-ის აქვს მრავალწლიანი თანამშრომლობის ისტორია აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებთან (CDC), ვისი დახმარებითაც საქართველოში მრავალი მნიშვნელოვანი პროექტი წარმატებით დაინერგა. ამჟამად ისინი აფართოვებენ თანამშრომლობას საქართველოში ჯანმრთელობის უსაფრთხოების პაკეტების დანერგვის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გადაუდებელი მდგომარეობების ოპერატიული მართვის ცენტრის დაარსების მიმართულებით.

მინისტრმა ხაზი გაუსვა საფრთხეების შემცირების აშშ-ს თავდაცვის ოფისის

(DTRA) დახმარებას, რომლის წყალობითაც საქართველოს აქვს დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემა (დზეის). ასევე მადლობა გადაუხადა ამერიკის შეერთებული შტატების მთავრობას ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევითი ცენტრის ჩამოყალიბებაში დახმარებისთვის.

აღნიშნული სამი პრიორიტეტის (პრევენცია, გამოვლენა, რეაგირება) ფარგლებში 2014 წლის მათში ჰელსინკში ჩამოყალიბდა სამოქმედო პაკეტი რეგიონალური და გლობალური თანამშრომლობის განსავითარებლად. ყველა ქვეყანამ, რომელიც იზიარებს გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების პროგრამის მიზნებს, მხარი დაუჭირა აღნიშნულ სამოქმედო პაკეტს. შემდგომში ეს პაკეტი განხილულ იქნა 2014 წლის აგვისტოს ჯაკარტას შეხვედრაზე.

ჰელსინკის სამიტზე სხვა ქვეყნებთან ერთად მონაწილეობას იღებდა საქართველოს დელეგაცია. კერძოდ, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის და სოფლის მეურნეობის სამინისტროების დელეგაციები.

გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების სამოქმედო პაკეტი წარმოადგენს 11 პუნქტიან დოკუმენტს და ქვეყნები თანხმდებიან, რომ დროთა განმავლობაში შესაძლებელია ეს პუნქტები შეიცვალოს. მიღებული სამოქმედო პაკეტის ქვეყნებს შორის გადანაწილების და იმპლემენტაციის საკითხი განიხილეს 2014 წლის 26 სექტემბერს ვაშინგტონში, თეთრ სახლში გამართულ სამიტზე.

გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების სამიტი

2014 წლის 26 სექტემბერს ვაშინგტონში, თეთრ სახლში შედგა გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების სამიტი, რომელსაც უძღვებოდა აშშ პოლიტიკური ხელმძღვანელობა.

აღსანიშნავია, რომ საქართველო მოხსენიებულ იქნა, როგორც სამაგალითო საერთაშორისო პარტნიორი. საქართველოს მხრიდან სხდომას ესწრებოდა დელეგაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და სოფლის მეურნეობის მინისტრის ხელმძღვანელობით. პლენარულ

სხდომაზე დისკუსიაში სიტყვით გამოვიდა ბატონი დავით სერგეენკო:

„როგორც ყველამ ვიცით, გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოება წარმოადგენს საერთაშორისო ჯანმრთელობის პრიორიტეტს ინფექციური დაავადებების საფრთხეებისგან თავისუფალი მსოფლიოსკენ პროგრესის დასაჩქარებლად. გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების ინიციატივა, ისევე როგორც ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები, წარმოადგენს ძირითად ინსტრუმენტს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის იმ საფრთხეებზე რეაგირებისთვის, რომელთაც აქვთ საერთაშორისო გავრცელების პოტენციალი.

საქართველოს მთავრობის სახელით, მე მზად ვარ წარმოგიდგინოთ ის სპეციფიური ვალდებულებები, რომლებიც ჩემმა ქვეყანამ აიღო თავის თავზე გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების ინიციატივის მხარდასაჭერად. საქართველო, სხვა ქვეყნებთან ერთად, აქტიურად უჭერს მხარს გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების სამოქმედო პაკეტის ამოცანებს და თანალიდერობს „რეალურ დროში ეპიდზედამხედველობის“ სამოქმედო პაკეტს, ასევე მონაწილეობს „ეროვნული ლაბორატორიული სისტემის“ და „ზოონოზური დაავადებების“ სამოქმედო პაკეტებში. საქართველომ აჩვენა ძლიერი მულტი-სექტორული კოორდინაცია, თითოეული სამთავრობო დაწესებულებისთვის სათანადოდ განსაზღვრული ფუნქციებით და „ერთიანი ჯანმრთელობის“ პრინციპით.

საქართველო წინ მიიწევს ეროვნული და რეგიონალური შესაძლებლობების განვითარებისკენ, რათა შესაძლებელი გახდეს არსებული ეპიდზედამხედველობის სისტემით მონაცემთა სრულყოფილი ანალიზი და ურთიერთდაკავშირება. საქართველოსა და აშშ-ს შორის ხანგრძლივი თანამშრომლობის შედეგად ჩვენ უკვე გვაქვს სრულყოფილად მოფუნქციონირე დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემა (დზეის), რომელიც დაფუძნებულია „ერთიანი ჯანმრთელობის“ პრინციპზე. დზეის-ის მეშვეობით შესაძლებელია რეალურ დროში

ადამინური და ცხოველური შემთხვევების დაკავშირება. დამატებით, ჩვენ ვგეგმავთ ჯანმრთელობის ერთიანი ელექტრონული სისტემის შექმნას, რაც მოიცავს დზეის-ის, ლაბორატორიული ინფორმაციის მართვის სისტემის და ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის ურთიერთკავშირს. ჩვენ გათავისებული გვაქვს რეალურ დროში ზედამხედველობის მნიშვნელობა რეაგირების დროის შესამცირებლად, ადამინური და ცხოველური შემთხვევების მონაცემების გადაწყვეტილების მიმდებებთან დროული მიტანით, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს სწრაფ რეაგირებას. ინფექციურ დაავადებებზე ზედამხედველობის შესაძლებლობების გაძლიერება წარმოადგენს CDC-სა და DTRA-თან თანამშრომლობის საკვანძო ელემენტს.

აშშ-ს მთავრობის მიერ გაკეთებულ ყველაზე მნიშვნელოვან კონტრიბუციას წარმოადგენს ქვეყნის მასშტაბით ლაბორატორიული სისტემა, მ.შ. ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევითი ცენტრი, როგორც რეფერალური ლაბორატორია. ამჟამად ლუგარის ცენტრის ბიოუსაფრთხოების მესამე დონის ლაბორატორია არის საქართველოში განსაკუთრებით საშიში ინფექციების კვლევის ცენტრი, რომელიც უზრუნველყოფს როგორც ადგილობრივი, ასევე მეზობელი ქვეყნებიდან ჩამოსული მეცნიერების მუშაობის მხადრაჟერას, როგორც ცხოველთა, ისე ადამიანთა ჯანმრთელობის განხრით.

მსურს მადლობა გადავუხადო ჩვენს ყველა პარტნიორს მათი წარმატებული კონტრიბუციისთვის საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში, რაც უზრუნველყოფს საქართველოს მოქალაქეების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას და გვაახლოვებს უსაფრთხო და დაცულ მსოფლიოსთან. დარწმუნებული ვარ, რომ ერთობლივი ძალისხმევით გავაძლიერებთ ჩვენს შესაძლებლობებს გლობალური ჯანმრთელობის ახალი გამოწვევების ადრეული გამოვლენის, რეაგირების და პრევენციისათვის“.

პლენარული სხდომის გარდა საქართველოს დელეგაციამ აქტიური მონაწილეობა მიიღო ტექნიკურ სხდომებშიც: „გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების მომავალი

თაობის ლიდერები“; „შემდგომი საფეხურები“; „შეხვედრა არასამთავრობო სექტორთან გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების შესახებ“.

ახლად ჩამოყალიბებული ახალგაზრდა ლიდერების ჯგუფი პარტნიორი ქვეყნებიდან (“Next Generation Global Health Security (GHS) Leaders“) თავის წვლილს შეიტანს ჯანმრთელობის საერთაშორისო უსაფრთხოების გაძლიერების ხელშეწყობის სფეროში ინფექციური დაავადებების გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით. 2014 წლის 26 სექტემბერის შეხვედრაზე თეთრ სახლში მოხდა სამომავლო გეგმების განსაზღვრა, რაშიც მონაწილეობას იღებდნენ პარტნიორი ქვეყნების დელეგაციები.

სამიტზე წარდგენილი იყო ვიდუო რგოლი საქართველოში ბიოუსაფრთხოების წესების დაცვით და ერთიანი ჯანმრთელობის პრინციპით (ადამიანის და ცხოველთა ჯანმრთელობა), ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირების შესახებ და ჯანდაცვისა და სოფლის მეურნეობის მინისტრების ვიდუო გზავნილები.

გლობალური უსაფრთხოების სამიტის დასკვნით ნაწილში მონაწილეობა მიიღო პრეზიდენტმა ობამამ, რომელმაც სიტყვით მიმართა მონაწილეებს და ყურადღება გამახვილა იმაზე, რომ ებოლას ეპიდაფეთქება დასავლეთ აფრიკაში შეერთებული შტატების ეროვნული უსაფრთხოების პრიორიტეტს წარმოადგენს. პრეზიდენტმა ისაუბრა საერთაშორისო საზოგადოების ერთიანობის აუცილებლობაზე ებოლას და მსგავსი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ საბრძოლველად. ობამამ კიდევ ერთხელ გაუსვა ხაზი გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების სამ ძირითადი საკითხის: პრევენციის, გამოვლენის და რეაგირების მნიშვნელობას. „ჩვენ რისკის შემცირებით უნდა მოვახდინოთ ეპიდაფეთქებების პრევენცია. ჩვენ გვჭირდება სწრაფად გამოვავლინოთ საფრთხეები, სადაც არ უნდა წარმოიშვას ის. ჩვენ გვჭირდება სწრაფი და ეფექტური რეაგირება იმისთვის, რომ გადავარჩინოთ სიცოცხლე და თავიდან ავირიდოთ ფართომასშტაბიანი ეპიდაფეთქება.“

გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების ბოლო შეხვედრის მიხედვით, რომელიც გაიმართა ვაშინგტონში 2014 წლის სექტემბერში, აღნიშნულ სამოქმედო პაკეტში შედიოდა შემდეგი პუნქტები:

1. პრევენცია 1: ანტიმიკრობული რეზისტენტობა
2. პრევენცია 2: ზოონოზური დაავადებები
3. პრევენცია 3: ბიოუსაფრთხოება და ბიოდაცვა
4. პრევენცია 4: იმუნიზაცია
5. გამოვლენა 1: ეროვნული ლაბორატორიის სისტემა
6. გამოვლენა 2&3: რეალურ დროში ეპიდემიადამხედველობა
7. გამოვლენა 4: ანგარიშგება
8. გამოვლენა 5: სამუშაო ძალის განვითარება
9. რეაგირება 1: გადაუდებელ სიტუაციებზე რეაგირების ცენტრი
10. რეაგირება 2: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაკავშირება კანონმდებლობასთან და მულტისექტორალური სწრაფი რეაგირება
11. რეაგირება 3: სამედიცინო ღონისძიებები და პერსონალი

შეხვედრაზე მიღებულ 11 სამოქმედო პაკეტს განხორციელების კუთხით ჰყავს არჩეული ლიდერი და მხარდამჭერი ქვეყნები.

საქართველო, სხვა ქვეყნებთან ერთად, აქტიურად უჭერს მხარს გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების განხორციელებას. იგი არის ლიდერი „რეალურ დროში ბიოხედამხედველობის“ სამოქმედო პაკეტის და მხარდამჭერი „ზოონოზური დაავადებების“ და „ეროვნული ლაბორატორიული სისტემის“ სამოქმედო პაკეტებისა. მიმდინარეობს აქტიური მუშაობა, რათა ქვეყანაში შეიქმნას ზედამხედველობის ერთიანი ელექტრონული სისტემა, დაფუძნებული „ერთიანი ჯანმრთელობის“ (One Health) პრინციპზე, რომელიც გააერთიანებს დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ

ინტერგრირებულ სისტემას (EIDSS-დზეის), ლაბორატორიული ინფორმაციის მართვის სისტემას და ქვეყანაში უკვე დანერგილ ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემას (e-Health) და მოიცავს როგორც ადამიანების ჯანმრთელობის, ისე ვეტერინარულ ნაწილს. ამ მიმართულებით მიმდინარეობს აქტიური თანამშრომლობა რეგიონალურ დონეზე დზეის-ის ინტეგრაციის საკითხებში. ურთიერთმანამშრომლობის ფარგლებში იმართება რეგულარული შეხვედრები აზერბაიჯანელ, ყაზახ, სომეხ და უკრაინელ კოლეგებთან. აღნიშნული ურთიერთდაკავშირებული სისტემები საშუალებას მოგვცემს უფრო სრულყოფილად გამოვიყენოთ რეალურ დროში ბიოხედამხედველობის სისტემა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად.

ბიბლიოგრაფია

1. ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები (2005) – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
2. Global Health Security Agenda: DRAFT Action Packages
3. Remarks by the President at Global Health Security Agenda Summit at: <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2014/09/26/remarks-president-global-health-security-agenda-summit>
4. Global Health Security Agenda at: <http://www.cdc.gov/globalhealth/security/>



ახაზაძე ლელა

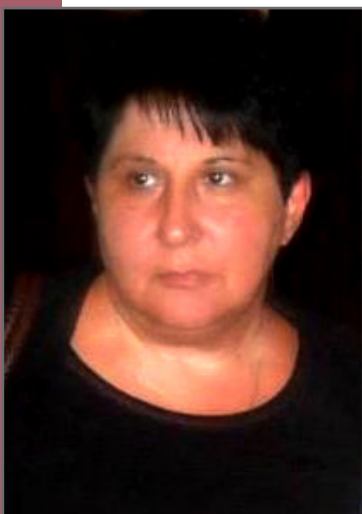
ლელა სტურუა

მედიცინის დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის უფროსი



ნანა მამონია

მედიცინის დოქტორი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ქრონიკულ დაავადებათა სამმართველოს უფროსი



დალი ტრაპაიძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ქრონიკულ დაავადებათა სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი

მსოფლიო ტენდენციები

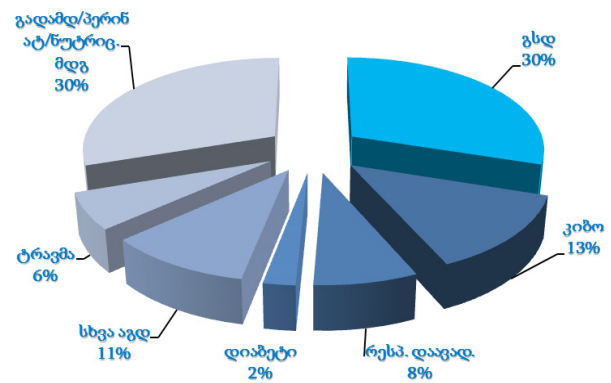
არაგადამდები დაავადებები (აგდ) მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს გლობალური ჯანმრთელობისათვის. ამ სახის დაავადებებით ავადობის მზარდი ტენდენცია მძიმე ტვირთად აწევს მოსახლეობასა და ჯანდაცვის სისტემას და შესაბამისად, იგი ხელშემშლელი ფაქტორია გლობალური სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისათვის, მათ შორის და განსაკუთრებით საქართველოსთვის.

ძირითადი არაგადამდები დაავადებები – გულ-სისხლძარღვთა, კიბო, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირატორული – იზიარებს საერთო რისკის ფაქტორებს: თამბაქოს მოხმარება, თამბაქოს პასიური მოხმარების ჩათვლით¹, არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ეს ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორი, ისეთი შუალედური ფაქტორების თანდართვით, როგორცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, გლუკოზისა და ქოლესტეროლის მაღალი კონცენტრაცია სისხლში, წარსულში მიჩნეული იყო განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს და უმწვავეს პრობლემად, თუმცა ამჟამად სრულიად ბუნებრივ და სწრაფად მზარდ პრობლემად გადაიქცა უღარიბესი ქვეყნებისთვისაც.^{2,3,4}

2011 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სამდივნოს მიერ მომზადებული დოკუმენტის – „გლობალური მოხსენება არაგადამდები დაავადებების შესახებ 2010“ – მიხედვით, რომელიც ასახავს მდგომარეობას არაგადამდები დაავადებების ეპიდემიის დასაძლევად ღონისძიებების, ძირითადი რისკ-ფაქტორების შემცირებისა და დაავადებული ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ მსოფლიოს მასშტაბით, წლის განმავლობაში დაფიქსირებული 57 მილიონი ადამიანის სიკვდილიდან 36 მილიონი (63%) სწორედ არაგადამდები დაავადებებით არის გამოწვეული. აგდ-ით გამოწვეული სიკვდილის მიზეზთა შორის პირველ ადგილზეა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები – 17 მილიონი შემთხვევა (48%), შემდეგ მოდის: ონკოლოგიური დაავადებები – 7.6 მილიონი შემთხვევა (21%), ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები (მათ შორის

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და ასთმა) – 4.2 მილიონი შემთხვევა (16%) და დიაბეტი – 1.3 მილიონი შემთხვევა (3.6%). 2008 წელს არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევათა 80% (29 მილიონი) დაფიქსირდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში; ნაადრევი სიკვდილიანობის შემთხვევები ამ ქვეყნებში გაცილებით მაღალია (48%) ვიდრე მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში (26%).^{5,6}

სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები მსოფლიოში, ყველა ასაკი, 2008



სიღარიბე ქრონიკული დაავადებების განვითარების რისკს ზრდის გლობალური მასშტაბით და ამდღეს დაავადებათა გართულებებისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკსაც. არაგადამდები დაავადებები შესაძლოა ცალკეული ინდივიდებისა და მათი ოჯახების სიღარიბის მიზეზად იქცეს და ამავდროულად განაპირობოს სოციალური პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობების მხრივ უარესობისაკენ დაღმასვლა. მაგრამ ამგვარი გავლენა არა მხოლოდ ინდივიდებსა და მათ ოჯახებს ეხება, არამედ მსოფლიო მასშტაბით მრავალი ქვეყნის მაკროეკონომიკური განვითარების შესაძლებლობებსაც აფერხებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გათვლებით, არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები 2030 წლისათვის 50 მილიონამდე გაიზრდება თუ ქვეყნებმა არ მიიღეს გადამჭრელი ზომები. სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ არაგადამდები დაავადებებისა და მათი

დეტერმინანტების შეფასებისა და მონიტორინგის წარმოება, განსაკუთრებული ყურადღების მიპყრობით ღარიბი და მარგინალიზებული პოპულაციისადმი, როგორცაა, მაგალითად, მიგრანტი მოსახლეობა. შესაბამისად, არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის საკითხები მკაფიოდ უნდა იქნეს ინკორპორირებული სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიებში და რელევანტური ასახვა ჰქონდეს სოციალურ და ეკონომიკურ პოლიტიკაში, მრავალსექტორული და მრავალგანზომილებიანი მიდგომების გამოყენებით, ყველა სახელმწიფო უწყებისა და მონაწილე მხარის ჩართულობის უზრუნველყოფით. ზემოაღნიშნულმა ძალისხმევებმა უნდა უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებისადმი კომპლექსური მიდგომა და არაგადამდები დაავადებების სოციალური დეტერმინანტების საწინააღმდეგო ყოვლისმომცველი და მიზნობრივი ინტერვენციები.

2009 წლის მაისში გაეროს სამიტზე შენევაში საფუძველი ჩაეყარა არაგადამდებ დაავადებათა ალიანსს, რომელიც მოიცავს ოთხ ძირითად არაგადამდებ დაავადებას (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, კიბო, ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები და დიაბეტი) და წარმოადგენს ოთხ საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციას: გულის მსოფლიო ფედერაცია, დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაცია, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირი, კიბოს კონტროლის საერთაშორისო კავშირი.

არაგადამდები დაავადებებით, განსაკუთრებით კი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, ინსულტით, კიბოთი, დიაბეტითა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით განპირობებული გლობალური ზიანის აღიარების ნიშნად, 2011 წლის სექტემბერში გაიმართა გაეროს უმაღლესი დონის შეხვედრა⁷. შეხვედრის მონაწილე ქვეყნებისა და მთავრობათა მეთაურებმა სათავე დაუდეს უნიკალურ შესაძლებლობას მიღწეულ იქნეს არაგადამდები დაავადებების, რომლებიც მთელ მსოფლიოში აღიარებულია „ჩუმ მკვლელებად“, პრევენცია და კონტროლი გლობალურ დონეზე. აუცილებელია გადაუდებელი და

ურთიერთშეთახმებული რეაგირება, რადგან არცერთ ცალკეულ ქვეყანას არ ძალუძს გაუმკლავდეს ასეთი მასშტაბის მქონე საფრთხეს.

მეცნიერული ცოდნა ამტკიცებს, რომ არაგადამდებ დაავადებებთან ასოცირებული ტვირთი მნიშვნელოვნად შეიძლება შემცირდეს, თუ არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის არსებული ხარჯთეფექტური პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციები დანერგილ იქნება ეფექტურად და ბალანსირებულად.

2013 წლის ივლისში სოციალური საბჭოს რეზოლუციით (ECOSOC) ოფიციალურად ჩამოყალიბდა არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და ბრძოლის გაეროს უწყებათაშორისი სამიზნე ჯგუფი, რომელიც კოორდინაციას უწევს გაეროს შესაბამისი ფონდების განკარგვას, პროგრამებს და სპეციალიზებულ დაწესებულებებს და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებს, რათა ხელი შეუწყოს ვალდებულებათა რეალიზაციას, რომელიც გაეროს პოლიტიკურ დეკლარაციაში იქნა მიღებული არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ, კერძოდ კი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალურ სამოქმედო გეგმას არაგადამდებ დაავადებათა შესახებ 2013-2020.

“ჯანმრთელობა 2020“ წარმოადგენს ჩარჩო ხელშეკრულებას, რომელიც ადაპტირებულია ჯანმოს ევროპული რეგიონის ქვეყნების განსხვავებული რეალობებისათვის და რეკომენდებულია ჯანმრთელობის სამინისტროებისათვის. იგი მიზნად ისახავს სხვადასხვა სამინისტროებისა და გადაწყვეტილების მიმღები პირების და სხვა დაინტერესებულ პირთა ჩართულობას, რომელთაც შეუძლიათ წვლილი შეიტანონ საზოგადოების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საკითხებში. „ჯანმრთელობა 2020“-ის მიხედვით, დაავადების პრევენციის მიდგომა უნდა ეფუძნებოდეს თანასწორობასა და მართვას.

2013 წლის ნოემბერში წევრი ქვეყნები შეთანხმდნენ არაგადამდებ დაავადებათა სამოქმედო გეგმის 9 სამიზნესა და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გლობალური მონიტორინგის ჩარჩოზე, რომელიც მოიცავს 25 ინდიკატორს, რომლებიც აფასებენ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური სამოქმედო

გეგმის 2013-2020 დანერგვის პროცესს. ჯანმოს აგდ გლობალური სამოქმედო გეგმა 2013-2020 ერთი საკითხის ირგვლივ აერთიანებს მთავრობებს, საერთაშორისო პარტნიორებსა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას.

აგდ გლობალური სამოქმედო გეგმის ხედვაა თავიდან აცილებადი არაგადამდები დაავადებების ტვირთისაგან თავისუფალი მსოფლიო; მიზანია აგ დაავადებებთან დაკავშირებული ავადობით, სიკვდილიანობითა და ინვალიდობით გამოწვეული პრევენტირებადი და თავიდან აცილებადი ტვირთის შემცირება მულტისექტორული თანამშრომლობისა და კოოპერაციის საშუალებით ეროვნულ, რეგიონალურ და გლობალურ დონეზე.

2025 წლისათვის არაგადამდები დაავადებების გლობალური სამიზნეებია: (1) აგდ-ით გამოწვეული სიკვდილობის 25%-იანი შემცირება; (2) აგდ ესენციური მედიკამენტებითა და ტექნოლოგიებით 80%-იანი მოცვა; (3) მედიკამენტოზური თერაპიითა და კონსულტირებით 50%-იანი მოცვა; (4) დიაბეტის/სისმსუქნის ნულოვანი ზრდა; (5) ჰიპერტენზიის გავრცელების 25%-იანი შემცირება; (6) თამბაქოს მოხმარების 30%-იანი შემცირება; (7) მარილის/ნატრიუმის მოხმარების 30%-იანი შემცირება; (8) დაბალი ფიზიკური აქტივობის 10%-იანი შემცირება; (9) ალკოჰოლის მავნე გამოყენების 10%-იანი შემცირება.

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გლობალური მონიტორინგის ჩარჩო მოიცავს შემდეგ 25 ინდიკატორს: სიკვდილიანობა და ავადობა (გსდ, კიბოთი, დიაბეტითა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით 30-70 წლის ასაკში გარდაცვალების რისკი; კიბოს ინსიდენსი ტიპების მიხედვით); რისკ-ფაქტორები (ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, ხილის/ბოსტნეულის მცირე მიღება, ფიზიკური არააქტიურობა, მარილის მოხმარება, სატურირებულ ცხიმების მოხმარება, თამბაქო, გლუკოზის მაღალი დონე/დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ჭარბი წონა/სიმსუქნე, მაღალი ქოლესტეროლი), ეროვნული სამედიცინო სისტემების რეაგირება (საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, მედიკამენტოზური თერაპია და კონსულტირება, ესენციური მედიკამენტები და ტექნოლოგიები, B ჰეპატიტის ვაქცინაცია, HPV ვაქცინაცია, მარკეტინგის საკითხები ბავშვებისთვის, ხელმისაწვდომობა პალიატიურ

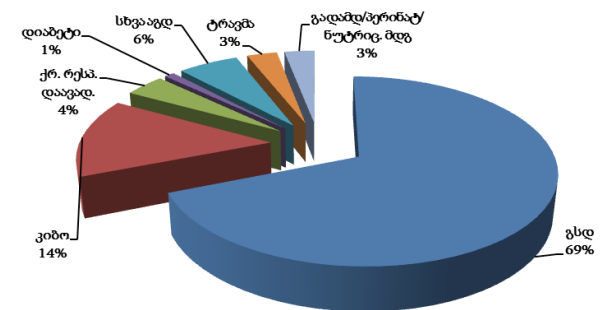
ზრუნვაზე, სატურირებულ ცხიმებისა და ტრანსცხიმების მიღების შემზღულდავი კანონმდებლობა).

ჯანმოს წევრმა ქვეყნებმა ორწლიანი კონსულტაციის შემდეგ 2014 წლის მაისში ჯანმრთელობის 67-ე მსოფლიო ასამბლეაზე დაამტკიცეს რეზოლუცია „ჯანმრთელობა 2015 წლის შემდგომ“ და ხაზი გაუსვეს დღის წესრიგის ჩამოყალიბების პროცესებში ჩართულობის აუცილებლობას; მიიღეს აგდ-თა გლობალური კოორდინაციის მექანიზმის სტრუქტურა და მიზნები.

არაგადამდები დაავადებების ტენდენციები საქართველოში

მიუხედავად ცალსახა პროგრესისა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებსა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით, არაგადამდები დაავადებები კვლავაც რჩება მნიშვნელოვან გამოწვევად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილიანობის 94 პროცენტი გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით, აქედან 69 პროცენტი მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14 პროცენტი – კიბოზე, 1 პროცენტი – დიაბეტზე, 4 პროცენტი – ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებზე, ხოლო სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის საერთო სიკვდილიანობის 5 პროცენტი.⁸

პროპორციული სიკვდილიანობა, საქართველო, 2014

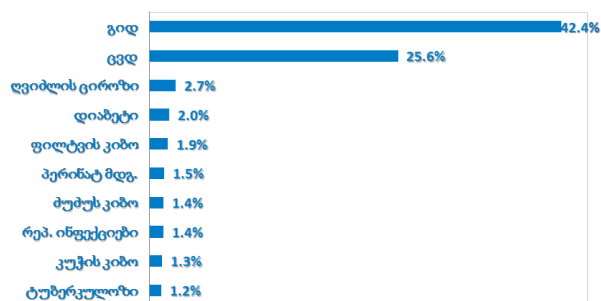


2000-2013 წლებში საქართველოში აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ზრდის ტენდენცია, რაც შეიძლება აიხსნას არა მხოლოდ ინციდენტობის რეალური მატებით, არამედ მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფებისათვის

მთელი რიგი სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდითა და წინა წლებთან შედარებით დაავადებათა აღრიცხვიანობის გაუმჯობესებით. თავის მხრივ დაავადებულთა საერთო რაოდენობის ზრდა დაკავშირებულია ძირითადი რისკ-ფაქტორების მართვის დეფექტებით, პოპულაციის გათვინობიერებისა და ასიმპტომურ პირებში ინტერვენციების დეფიციტით. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებში წამყვანი ადგილი უჭირავს ჰიპერტონულ, იშემიურ და ცერებროვასკულურ დაავადებებს.

ოფიციალური სტატისტიკის⁹ მიხედვით, საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ავადობისა და სიკვდილიანობის კუთხით ყველაზე დიდი წილი მოდის ჰიპერტენზიაზე (45%-50% – 2000-2013წწ.). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით (2002), საქართველო იმყოფება მსოფლიოს იმ 5 ქვეყანას შორის, რომელთა მოსახლეობაშიც აღინიშნება არტერიული წნევის ყველაზე მაღალი ციფრები; არტერიულ ჰიპერტენზიას წამყვანი ადგილი უჭირავს სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის და შეადგენს 48.8 პროცენტს საერთო სიკვდილიანობაში, 10 ძირითად რისკ-ფაქტორს შორის (2002)¹⁰. 2009-2011 წლების პირველად ჯანდაცვაში პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ევროპის ქსელის (EUROPREV – European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice) კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში უდიდესი წილი პაციენტთა მიმართვიანობის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მოდის იმ პაციენტებზე, რომლებიც დაავადებულნი არიან ჰიპერტენზიით.

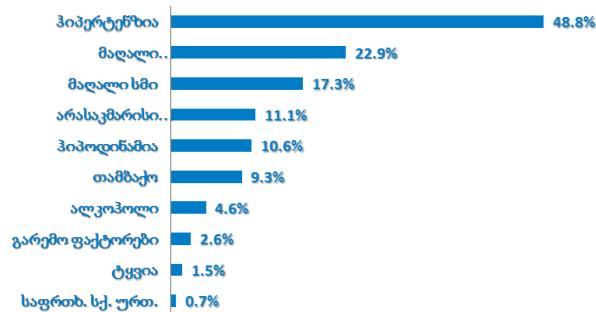
10 ძირითადი დაავადების წილი საერთო სიკვდილობაში, 2002



ქვეყნის პოპულაციაში ჰიპერტენზიული დაავადების ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის

სიმძიმე მნიშვნელოვნად არის განპირობებული ამ ნოზოლოგიის მართვის სერიოზული დეფექტებით, მათ შორის პაციენტთა დაბალი დამყოლობით ხანგრძლივ მკურნალობაზე, ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების ხშირი ცვლითა და წყვეტილობით მკურნალობაში და დოზის ტიტრაციის ხარვეზებით.

10 ძირითადი რისკ-ფაქტორის წილი საერთო სიკვდილიანობაში, 2002



2010 წელს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, საქართველოში ევროკავშირის მისიისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით, ქვეყნის მასშტაბით ჩატარდა არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების პირველი კვლევა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტეპს (STEPS) მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით. კვლევის¹¹ მიხედვით, რესპოდენტთა 33.4 პროცენტი (მამაკაცების 37% და ქალები 30%) რეალური ან პოტენციური ჰიპერტონიკია; ჰიპერტონიკების 61.1 პროცენტი არ გადის ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას. საშუალო სისტოლური არტერიული წნევა შეადგენდა 129.3 მმ.ვწყ.სვ., ხოლო საშუალო დიასტოლური – 81.3 მმ.ვწყ.სვ.

ცერებროვასკულურ და იშემიურ დაავადებათა როგორც ინციდენტობა, ისე პრევალენტობა მზარდი ტენდენციით ხასიათდება, რაც სავარაუდოდ ასოცირებულია ცუდად ნამკურნალებ ჰიპერტენზიასთან. მნიშვნელოვანია პრაქტიკოსი ექიმების მიერ ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირების ადრეული გამოვლენა და ამ რისკის სწორი მენეჯმენტი. პერსონალური კარდიო-ვასკულური რისკის

განსაზღვრა განსაკუთრებით ღირებულია პროგნოზის გაუმჯობესების თვალსაზრისით ე.წ. ასიმპტომურ პირებში არადიაგნოსტირებული დაავადებისა და რისკ-ფაქტორების გამოვლენისას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, უკანასკნელ წლებში საქართველოში კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად დაბალი იყო, ვიდრე ევროპის და დსთ-ს ქვეყნებში. ჰოსპიტალიზაციის დონე 2.8-ჯერ ნაკლებია დსთ-ს ქვეყნების და 3.8-ჯერ ნაკლები ევროკავშირის ქვეყნების მონაცემებთან შედარებით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალია ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებთან შედარებით (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევები).¹²

GLOBOCAN-ის შეფასებით, 2012 წელს ასაკ-სტანდარტიზებულმა ინციდენტობის მაჩვენებელმა 100 000 მოსახლეზე 181 შეადგინა, ქალთა შორის 164 და მამაკაცთა შორის – 208. კიბოს განვითარების რისკი 75 წლის ასაკამდე რამდენადმე მაღალი იყო მამაკაცებში და შეადგენდა 22%-ს, ქალებში – 16,2% და ორივე სქესის წარმომადგენლებში საშუალოდ 18,7%. მონაცემთა ამავე წყაროზე დაყრდნობით (GLOBOCAN) 2012 წელს საქართველოში ონკოლოგიური დაავადებებით გარდაიცვალა 7319 პაციენტი (3996 მამაკაცი და 3323 ქალი), ასაკ-სტანდარტიზირებულმა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 100 000 მოსახლეზე ორივე სქესისთვის შეადგინა 97.9, ქალთა შორის ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 77.2 და მამაკაცთა შორის – 127.4. კიბოთი გარდაცვალების ალბათობა 75 წლის ასაკამდე ორივე სქესისთვის იყო 10.9%, რისკი მამაკაცთა შორის (14.2%) თითქმის 1.7-ჯერ აღემატებოდა ქალთა შორის არსებულ რისკს (8.3%).

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, საქართველოში ძუძუს კიბო ქალებში და ფილტვის კიბო მამაკაცებში წარმოადგენს წამყვან ავთვისებიან სიმსივნეებს. საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით

სიკვდილობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალი რჩება. ამის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 70%-ის დიაგნოსტიკა ხდება მესამე და მეოთხე სტადიაზე, რისი მიზეზიც კომპლექსურია და ძირითადად მოსახლეობის დაბალი სოციო-ეკონომიკური პირობებით, დაბალი ინფორმირებულობის დონით, მიზნობრივი პოპულაციის სკრინინგ პროგრამებში ნაკლები ჩართულობითა და არსებული ჯანდაცვის სისტემაში დიაგნოსტიკის გარდა სხვა სერვისების დაფინანსების მექანიზმების არარსებობით არის გამოწვეული. ამჟამად ხორციელდება შემდეგი სკრინინგ პროგრამები: ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატის (პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის ტესტი – PSA) და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი (ფარული სისხლდენის ტესტი განავალში – FOBT). 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურებაზე, მათ შორის ონკოლოგიურ სერვისებზე (მკურნალობა და გამოკვლევები 18 წლამდე და შშმ ბავშვებისათვის – 100%; მკურნალობა და გამოკვლევები 18 წლისა და მეტი ასაკის მოზრდილთათვის – 70%), ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით მოსალოდნელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სკრინინგული პროგრამებით მოცვის გაუმჯობესება.

დიაბეტი ავადობა საქართველოს ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, საქართველოში დიაბეტის გავრცელება მზარდია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ არსებული მონაცემები არ ასახავს რეალობას. ჯანმო-ს მონაცემებით, საქართველოში 2000 წელს 200000 დიაბეტით დაავადებული პაციენტი იყო; ნავარაუდევია, რომ 2030 წლისთვის ეს რიცხვი გაიზრდება და მიაღწევს 223000.¹³ დიაბეტის მაჩვენებელთა ზრდა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ისეთი ფაქტორების მოქმედებასთან, როგორცაა: არაჯანსაღი კვება, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების ზრდა, სიმსუქნე, ჰიპოდინამია.

საქართველოში მოსახლეობის მიმართვიანობის სამ ძირითად მიზეზს შორის ერთ-ერთი არის ხველა მაღალ არტერიულ წნევასთან და

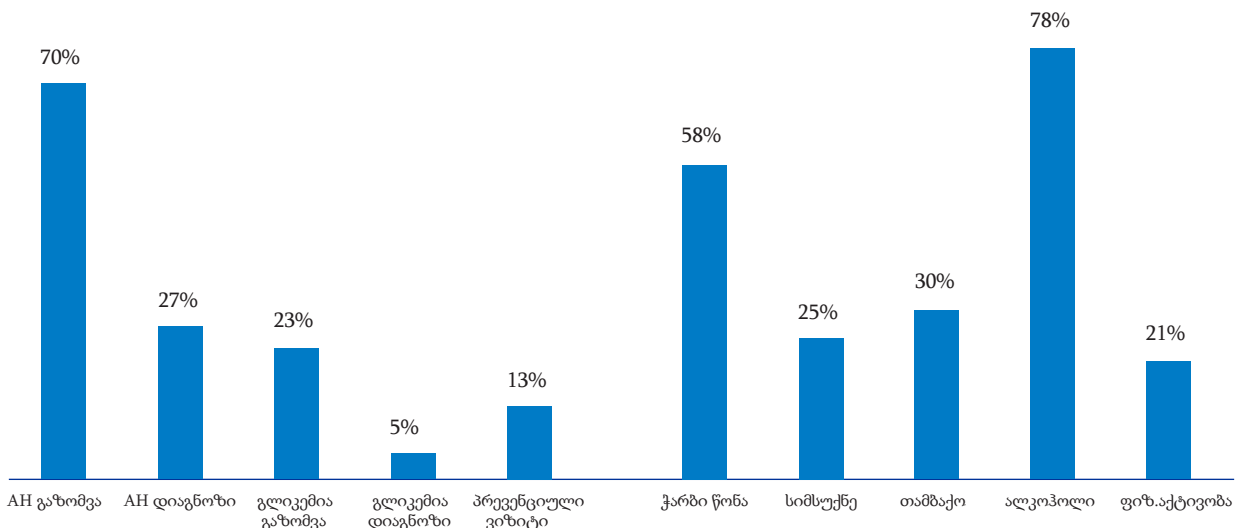
სტენოკარდიასთან ერთად; და პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებაში ყველაზე ხშირად დასმულ დიაგნოზებს შორის ფიგურირებს ბრონქიტის დიაგნოზი, არტერიული ჰიპერტენზიასა და გულის იშემიურ დაავადებასთან ერთად.¹⁴ მონაცემები ფქოდ-ის პრევალენტობის შესახებ, რომელიც ეფუძნება რუტინულ სტატისტიკას, საკმაოდ დაბალია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი 100 ათას მოსახლეზე საქართველოში თითქმის სამჯერ დაბალია ევროპის რეგიონის, ევროკავშირისა და დსთ-ს ქვეყნებთან შედარებით. ასეთი დიდი სხვაობა, სავარაუდოდ, განპირობებულია საქართველოში ფქოდ-ის რეგისტრაციის დეფექტით, რაც გამოწვეულია ფქოდ-ის დიაგნოზის არასწორი დასმით. 2008-2009 წლებში საქართველოს რესპირატორული ასოციაციის მიერ ჩატარებულმა GARD პილოტურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ოფიციალური მონაცემები ალერგიული რინიტისა და ასთმის შესახებ მაღიან ახლოს იყო კვლევის ანგარიშის მონაცემებთან, მაშინ როდესაც ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების პრევალენტობა ხუთჯერ აღემატებოდა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს.¹⁵ 2012 წელს ქვედა სასუნთქი გზების ქრონიკული ავადმყოფობების ჯგუფში ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ ავადმყოფობებზე (COPD) 59.1%, ხოლო ასთმაზე – 33.0% მოდიოდა.

არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ს ფაქტორების კვლევის (STEPS, 2010) მიხედვით, რესპოდენტთა მხოლოდ 4.5 პროცენტს არ გააჩნია არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორი, ხოლო დაახლოებით 40 პროცენტი სამი და მეტი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის.

ქვეყანაში შემუშავებული და დამტკიცებულია თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგია და ხუთწლიანი სამოქმედო გეგმა, ჰიპერტენზიის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიები და სამუშაო გეგმები: არაგადამდები დაავადებები, კიბო, დიაბეტი, ფილტვის ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, სიმსუქნე, სურსათი და ჯანსაღი კვება, მარილი, ალკოჰოლი, ტრავმატიზმი და ძალადობა.

სახეზეა არაგადამდები დაავადებების კონტროლის სერიოზული გამოწვევები: არაგადამდები დაავადებების ეპიდემიამხედველობის არასრულყოფილი სისტემა; ქვევით რისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედებისათვის ხელშეწყობი გარემოს არარსებობა; ჯანმრთელობის საკითხებში მოსახლეობის განათლების დაბალი დონე; პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სისუსტე; კვალიფიციური ადამიანური რესურსების სიმცირე; თანამედროვე კლინიკური გაიდლაინების დანერგვის პრობლემები; სამეცნიერო კვლევების დაბალი პრიორიტეტი და მწირი დაფინანსება.

ქვევითი ჩვევები, STEPS 2010



ეპიდემიის მოცულობიდან და მისი უნივერსალური შედეგებიდან გამომდინარე, ავღთითოეული ადამიანის პრობლემაა. ეპიდემია იმდენად დიდია, რომ მხოლოდ მთავრობას არ შესწევს უნარი, გადაწყვიტოს ეს პრობლემა. ავღ-თა გლობალური კრიზისის მართვა კონცენტრირებულ და კოორდინირებულ მულტისექტორულ მიდგომებს საჭიროებს, რომელშიც ჩართულნი უნდა იყვნენ გადაწყვეტილების მიმღებნი, ბიზნესმენები, საზოგადოებრივი გაერთიანებები და ის პირები, რომლებიც დაზარალებულნი არიან ან უხდებათ ცხოვრება ამ პრობლემებთან ერთად.

5. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.
6. Global Status Report on non-communicable diseases 2010, Geneva, World Health Organization, 2010.
7. United Nations, Prevention and Control of Non-communicable Disease (New York, 2011). Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F64%2FL.52&Submit=Search&Lang=E
8. www.euro.who.int
9. www.ncdc.ge
10. European Health Report, Public Health Action for Healthier Children and Populations (WHO, 2005).
11. www.ncdc.ge
12. www.ncdc.ge
13. www.who.int
14. Primary Healthcare Reform Monitoring Project; Georgian Society of Hypertension, 2008
15. Monaldi Archives for Chest Diseases – Pulmonary Series, 2009 – Volume 71, Issue 4, 141-146

ბიბლიოგრაფია

1. M. Oberg, MS. Jaakkola, A. Woodward, A. Peruga, A.Prüss-Ustün, Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-hand Smoke: a Retrospective Analysis of Data from 192 Countries (Lancet, 2011, 377: 139-46).
2. MM. Finucane, GA. Stevens, MJ. Cowan et al, National, Regional, and Global trends in Body Mass Index since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-years and 9·1 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). (Lancet 2011, 377: 557-67).
3. G. Danael, MM. Finucane, JK. Lin et al, National, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-years and 5·4 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). (Lancet 2011, 377: 568-77).
4. F. Farzadfar, MM. Finucane, G. Danael et al, National, Regional, and Global Trends in Serum Total Cholesterol Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 321 Country-years and 3·0 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). (Lancet 2011, 367: 578-86).



თამბაქო – ჯანმრთელობის მთავარი ხისხ-ფაქტორი

ლელა სტურუა

მედიცინის დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის უფროსი



ნინო მალაკელიძე

საერთაშორისო ჯანმრთელობის მეცნიერებათა მაგისტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი

თამბაქოს გლობალური ტვირთი

თამბაქოს მომხარება მსოფლიოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა. თამბაქოს გლობალური ეპიდემია დაახლოებით 6 მილიონ ადამიანს კლავს ყოველწლიურად (მათ შორის 1.5 მილიონი ქალი), აქედან 600 000-ზე მეტი მეორადი კვამლით იღუპება. ყოველ 6 წამში დაახლოებით ერთი ადამიანი იღუპება თამბაქოს მიზეზით. 1.2 მილიარდი ადამიანი 15 წლის ზევით დამოკიდებულია თამბაქოზე, მათი დაახლოებით 80% დაბალ- და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში ცხოვრობს. მე-20 საუკუნეში თამბაქომ 100 მილიონი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა; თუ არსებული ტენდენცია გაგრძელდება, 21-ე საუკუნეში ის ერთ მილიარდ ადამიანს შეიწირავს. გადაუდებელი ღონისძიებების გაუტარებლობის შემთხვევაში, 2030 წლისთვის თამბაქოთი გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევათა ყოველწლიური რიცხვი მიაღწევს 8 მილიონს.

თამბაქოს ეპიდემიის გლობალიზაციის პასუხად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენცია. ხელშეკრულება მხარეთა ხელმოწერისათვის 2003 წლის 16 ივნისს გაიხსნა; იგი ძალაში 2005 წლის 27 თებერვალს შევიდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციის

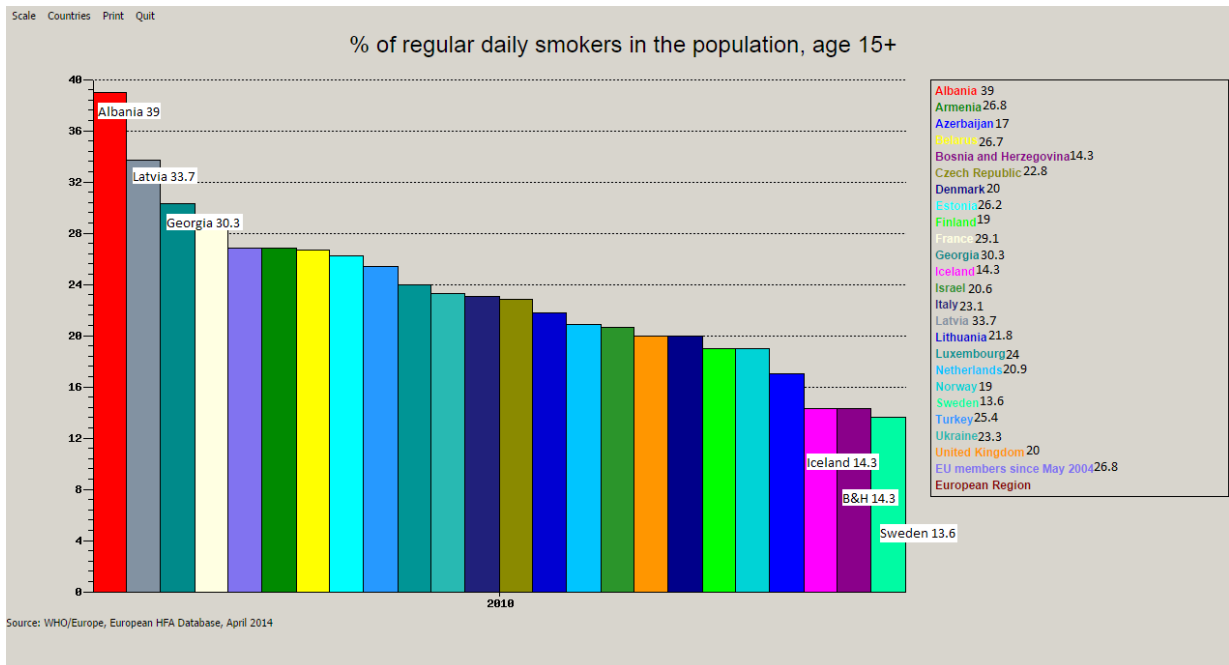
რატიფიცირებით საქართველომ, მსოფლიოს სხვა 178 ქვეყანასთან ერთად, აიღო ვალდებულება ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის კუთხით სრულფასოვანი ღონისძიებების გატარებაზე.

სიტუაცია საქართველოში

თამბაქოს მოხმარების კუთხით საქართველოს, სამწუხაროდ, ერთ-ერთი მოწინავე ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის.

თუმცა, ქალთა შორის მწვევლობის გავრცელება მნიშვნელოვნად ჩამოუვარდება ევროპის სხვა ქვეყნების მაჩვენებლებს.

გრაფიკი 1. ყოველდღიური რეგულარული მწვევლების % ევროპის რეგიონის ქვეყნებში, 2010

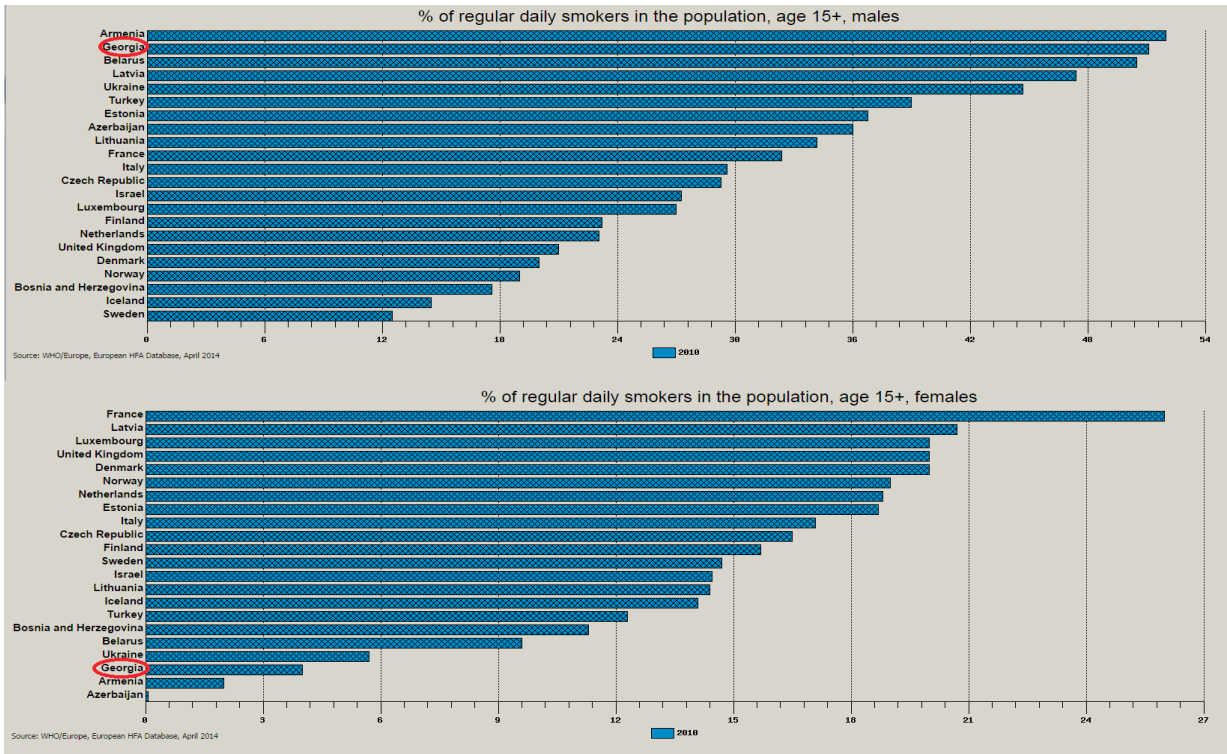


ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS¹ მეთოდოლოგიის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევის² შედეგების მიხედვით, ამჟამად თამბაქოს რომელიმე პროდუქტს (მოსაწევს და უკვამლოს) მოიხმარს რესპონდენტთა 30.3% (მამაკაცების 55.5% და ქალების 4.8%). მწვევლობის გავრცელების მხრივ მკვეთრი განსხვავებაა მამაკაცებსა და ქალებში. ქალებში მიღებული მაჩვენებელი, სავარაუდოდ, ზუსტად არ ასახავს რეალურ სიტუაციას. თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის იმპლემენტაციისა და მონიტორინგის ცენტრის 2008 წლის მონაცემების მიხედვით, მწვევლობის გავრცელება ქალებში 18-21% შეადგენს. ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

მოწვევა ყველაზე მეტად 25-44 წლის ასაკის მოსახლეობაშია გავრცელებული (36.1%), ყველაზე ნაკლებად კი 55-64 წლის პირებს შორის. უკანსკნელი 12 თვის მანძილზე თამბაქოსთვის თავის დანებების წარუმეტებელი მცდელობა აღინიშნა რესპონდენტთა 39.1%-ის მიერ (კაცი – 40.3%; ქალი – 25.8%).

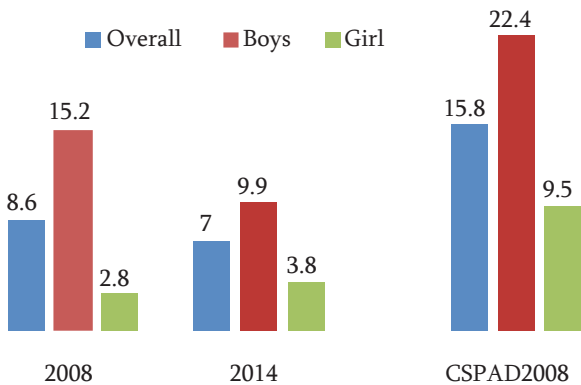
2014 წელს 13-15 წლის ასაკის ბავშვებში ჩატარებული კვლევის (Global Youth Tobacco Survey 2014) შედეგების მიხედვით, მოსწავლეთა 7.0% (9.9% ბიჭი და 3.8% გოგო) სიგარეტის ამჟამინდელი მწველია. იგივე მაჩვენებელი 2008 წელს³ (Global Youth Tobacco Survey 2008) 8.7% (15.2% ბიჭი და 2.8% გოგო) იყო; იმავე წელს განხორციელებული თამბაქოს, ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარება 16 წლის

გრაფიკი 2. ყოველდღიური რეგულარული მწევლების % ევროპის რეგიონის ქვეყნებში სქესის მიხედვით (2010)



ქართველ მოსწავლეებში ევროპის ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების სასკოლო პროექტის⁴ (European School Project on Alcohol and Other Drug – ESPAD 2008) პილოტური კვლევის შედეგების მიხედვით, 16 წლის თბილისელ მოსწავლეთა შორის მწევლობა 16% (22.4% ბიჭი და 9.5% გოგო) იყო.

გრაფიკი 3. თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარება, საქართველო; GYTS 2008, 2014; ESPAD 2008



Global Youth Tobacco Survey 2014 შედეგების მიხედვით, მოსწავლეთა 41.8% თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედებას სახლში, ხოლო 54.6% საზოგადოებრივ სივრცეში განიცდის. 77.1% მწვეელი მოსწავლე სიგარეტს მალაზიაში, გარე მოვაჭრისგან ან კიოსკში იძენს; 6-დან 10 მოსწავლეს შემჩნეული აქვს თამბაქოს საწინააღმდეგო გზავნილები მედიაში; 5-დან 10 მოსწავლეს შემჩნეული აქვს თამბაქოს რეკლამა ან პოპულარიზაცია გაყიდვის ადგილებში; 69.5% ფიქრობს, რომ სხვების მიერ მოწეული კვამლის შესუნთქვა მათი ჯანმრთელობისთვის მავნებელია; 79.4% მხარს უჭერს მოწევის აკრძალვას საზოგადოებრივი თავშეყრის დახურულ სივრცეებში. მოსწავლეთა შორის ჩატარებული სხვა კვლევებიც იგივეს ცხადყოფს.

რეპროდუქციული კვლევების⁵ შედეგების მიხედვით, თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედებას განიცდიან ქალებიც: 52% სახლში და 44% კი სამუშაო ადგილზე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებზე დაყრდნობით, საქართველოში თამბაქოსაგან გამოწვეული დაავადებებით ყოველწლიურად 9 000-დან 11 000-მდე ადამიანი

ილუპება, მათ შორის 3 000-მდე პასიური მოწვევის მსხვერპლია. ყოველწლიურად იყიდება 10 მილიარდი ღერი (0.5 მილიარდი კოლოფი), რაც დაახლოებით 0.58 მილიარდ ლარს შეადგენს.

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, კანადის საერთაშორისო განვითარების კვლევების ცენტრის (IDRC) მხარდაჭერით განხორციელებული *საზოგადოებრივ ადგილებში თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის დანერგვის დონის კვლევის (შერეული მეთოდი)* შედეგების თანახმად, სავაჭრო ობიექტების 92% ვაჭრობს თამბაქოს ნაწარმით, სკოლებიდან 50 მეტრზე ახლოს განლაგებული ობიექტების 85% ყიდის თამბაქოს. თამბაქოს ნაწარმით მოვაჭრე ობიექტების 2%-ში თამბაქოს ნაწარმი განლაგებულია იმ სექციებში, სადაც ბავშვებისთვის განკუთვნილი პროდუქცია იყიდება, 27.7%-ში თამბაქო იყიდება ღერებით, 34%-ში თამბაქოს ნაწარმის დანახვა შესაძლებელია გარედან. თამბაქოს ნაწარმით მოვაჭრეთაგან 96%-მა არ იცის თამბაქოს ვაჭრობის კანონმდებლობა. კვლევით გამოვლენილ სხვა პრობლემებს შორის ძირითადს წარმოადგენს თამბაქოს ნაწარმით მოვაჭრე ობიექტების მონიტორინგის და შემოწმების სისტემის არარსებობა.

ემორის უნივერსიტეტთან თანამშრომლობით 2014 წელს განხორციელებული კვლევების პირველადი შედეგების მიხედვით, ამჟამინდელი მწვევლია საქართველოს მოსახლეობის 28.1%; თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედებას ყოველდღიურად სახლში განიცდის 38.8%; 81.1% ფიქრობს, რომ თამბაქოს მეორადი კვამლის მავნებელია; დაახლოებით 90-100% იმყოფება თამბაქოს რაიმე სახის რეკლამისა და პოპულარიზაციის ზემოქმედების ქვეშ. მოსახლეობის 36% მხარს უჭერს (28% წინააღმდეგია და 35% არ იცის) გადასახადების ზრდას; 90% მხარს უჭერს თამბაქოსგან თავისუფალ სამუშაო ადგილებს, 70% კი თამბაქოსგან თავისუფალ სამასპინძლო ბიზნესს (რესტორნები, ბარები, კაფეები და ა.შ.). 80% მხარს უჭერს კოლოფზე სამედიცინო გაფრთხილებების ზომის გაზრდას და პიქტოგრამების შემოღებას; 80% მხარს უჭერს თამბაქოს რეკლამისა და პოპულარიზაციის სრულ აკრძალვას; 60-70% უჭერს მხარს თამბაქოს გაყიდვაზე, წარმოებასა და იმპორტზე ლიცენზირების სისტემის შემოღებას.

თამბაქოს კონტროლის არსებული სტატუსი

საქართველოს პარლამენტმა 2005 წლის დეკემბერში მოახდინა თამბაქოს კონტროლის შესახებ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჩარჩო კონვენციის რატიფიცირება, რომელიც ძალაშია 2006 წლის 16 მაისიდან ე.ი. ქვეყანამ აიღო საერთაშორისო ვალდებულება, განეხორციელებინა კონვენციით ნაკისრი მოთხოვნები ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის კუთხით სრულფასოვანი ღონისძიებების გასატარებლად. ამით საქართველომ წათლად მიანიშნა, რომ თამბაქოს კონტროლი ქვეყნის ერთ-ერთი პრიორიტეტია, თუმცა დღემდე ამ ვალდებულებებიდან მხოლოდ ძალიან მცირე ნაწილი იქნა დანერგილი.

საქართველოში თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების საერთაშორისო და ეროვნულ კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში მოსაყვანად და თამბაქოსთან ბრძოლის ფართომასშტაბიანი მოძრაობის (კამპანიის) დასაწყებად, 2013 წლის 15 მარტს საქართველოს მთავრობამ მიიღო თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება, რომელიც გულისხმობს თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო კომისიის შექმნას სხვადასხვა სახელმწიფო უწყებების, არასამთავრობო ორგანიზაციების და სხვა დაინტერესებული მხარეების მონაწილეობით. აღნიშნული კომისიის მიერ შემუშავებული იქნა თამბაქოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია (რომელიც მთავრობის მიერ დამტკიცებული იქნა საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 30 ივლისის N196 დადგენილებით) და მრავალწლიანი სამოქმედო გეგმა, რომელიც საქართველოს მთავრობის მიერ 2013 წლის 25 ნოემბრის სხდომაზე დამტკიცდა.

თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგიის⁶ და სამოქმედო გეგმის⁷ ძირითადი მიზანია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და მისთვის მეტი ჯანმრთელი წლების უზრუნველყოფა თამბაქოს მოხმარების შემცირების და მეორადი კვამლისგან დაცვის გზით. სამოქმედო გეგმა ითვალისწინებს განსახორციელებელ ღონისძიებებს, ამოცანებს, გეგმის განხორციელების ვადებს, შესრულებაზე პასუხისმგებელ სახელმწიფო უწყებებსა და დაფინანსების საკითხებს.

თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგიის პირდაპირი ამოცანებია: აქტიური მოხმარების შეწყვეტის ხელშეწყობა მოსახლეობის

ყველა ჯგუფში მოწვევის შეწყვეტის სერვისების განვითარების გზით; მოწვევის დაწყების პრევენცია, განსაკუთრებით, ახალგაზრდებში; მეორადი კვამლის ზემოქმედების (პასიური მოწვევა) შემცირება, მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება მოწვევის და სიგარეტის კვამლის მავნე ზემოქმედების შესახებ; თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის გაძლიერება და აღსრულება, განსაკუთრებით, საჯარიმო პოლიტიკასთან მიმართებაში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის შესაბამისად; თამბაქოსთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის ჯგუფებს შორის უსამართლობის და უთანასწორობის შემცირება; ეფექტური მოქმედების მიზნით, საერთაშორისო თანამშრომლობის დამყარება ევროპის და სხვა რეგიონების ქვეყნებთან, მეზობელ სახელმწიფოებთან; თამბაქოს მოხმარების მავნელობის, ეკონომიკური ზიანისა და პრევენციული ღონისძიებების ხარჯთ-ეფექტურობის შესახებ მეცნიერული მტკიცებულებების მოპოვება და გენერირება.

თამბაქოს კონტროლის სამოქმედო გეგმის ძირითადი მიმართულებებია: თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების კოორდინაცია და მართვა; თამბაქოს ნაწარმზე გადასახადების დაწესება მასზე მოთხოვნის შესამცირებლად; თამბაქოს კვამლის მავნე ზემოქმედებისაგან დაცვა; თამბაქოს ნაწარმის შემცველობის რეგულირება და ნაწარმის შესახებ ინფორმაციის გამჟღავნება; თამბაქოს ნაწარმის შეფუთვა და მარკირება; თამბაქოს რეკლამირება, პოპულარიზაცია; თამბაქოზე დამოკიდებულების და მოხმარების შეწყვეტასთან დაკავშირებული ღონისძიებები; თამბაქოს წარმოებისა და ვაჭრობის რეგულირება; თამბაქოს კანონმდებლობის დარღვევებზე საჯარიმო სანქციების სისტემის გაუმჯობესება; თამბაქოს ინდუსტრიის პასუხისმგებლობა; კვლევები და შეფასება.

მომზადებულია შემდეგი კანონპროექტები: საქართველოს კანონი თამბაქოს კონტროლის შესახებ, საქართველოს კანონი რეკლამის შესახებ, საქართველოს კანონი მაუწყებლობის შესახებ, საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი, საქართველოს საგადასახადო კოდექსი. აღნიშნული კანონპროექტები განხილულ იქნა სახელმწიფო კომისიის წევრი სამინისტროების მიერ

და გაგზავნილია მთავრობის სხდომაზე განსახილველად.

საერთაშორისო მხარდაჭერა

თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის სრულყოფილი აღსრულების მიზნით და თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერების ინიციატივის მხარდასაჭერად 2013 წლის მარტი-ივნისის თვეებში, საქართველოს მთავრობისა და თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის სამდივნოს მიერ ერთობლივად განხორციელდა თამბაქოს კონტროლის სტატუსის, ძირითადი გამოწვევებისა და სავარაუდო საჭიროებების პირველადი ანალიზი, რომელიც ეფუძნებოდა საქართველოს მიერ სამდივნოსათვის წარგენილ უკანასკნელ ანგარიშსა და სხვადასხვა წყაროებს. ექსპერტთა საერთაშორისო ჯგუფმა, რომელსაც ხელმძღვანელობდა კონვენციის სამდივნო, რომლის შემადგენლობაში იყვნენ წარმომადგენლები გაეროს განვითარების პროგრამიდან და მსოფლიო ბანკიდან, საქართველოს მთავრობის წარმომადგენლებთან ერთად 2013 წლის 3-7 ივნისს განახორციელეს საჭიროებების შეფასების ერთობლივი მისია. მისიის შედეგად გამოვლინდა განხორციელების ხარვეზები კონვენციის თითოეული მუხლის შესაბამისად და შემუშავდა რეკომენდაციები⁸.

ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის 2013 წლის ერთობლივი შეფასების მისიის ძირითადი რეკომენდაციებია თამბაქოს ნაწარმზე რეგულარული პერიოდული ფასის ზრდა; ყველა დახურული თავშეყრის ადგილი, დახურული სამუშაო ადგილები, საზოგადოებრივი ტრანსპორტი და საჭიროებისამებრ სხვა ადგილები გახდეს თამბაქოსგან 100%-ით თავისუფალი; თამბაქოს რეკლამის, პოპულარიზაციის და სპონსორობის აკრძალვა; ეფექტური სამედიცინო გაფრთხილებებისა და პიქტოგრამების დატანა შეფუთვაზე; ლიცენზირების შემოღება; თამბაქოს ნაწარმის შემცველობის რეგულირება; აღსრულების ოპტიმალური მექანიზმის განსაზღვრა; თამბაქოს ნაწარმზე რეგულარული პერიოდული ფასის ზრდა; ყველა დახურული თავშეყრის ადგილი, დახურული სამუშაო ადგილები, საზოგადოებრივი ტრანსპორტი და საჭიროებისამებრ სხვა ადგილები გახდეს თამბაქოსგან 100%-ით თავისუფალი.

ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის სამდივნოს მიერ ასევე მოხდა თამბაქოსა და არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებულ იურიდიულ საკითხებზე ტრენინგში ქართველი სპეციალისტის მონაწილეობის მხარდაჭერა (მელბურნი, ავსტრალია, 2014).

ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი ასევე მხარს უჭერს ქვეყნის აქტივობებს არაგადამდებ დაავადებათა და თამბაქოს საკითხებზე: არაგადამდებ დაავადებათა და ჯანმრთელობა 2020-ის მისია (2014), არაგადამდებ დაავადებების სტრატეგიებისა და სამოქმედო გეგმების განხილვა (2014), ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის განხორციელების შესახებ მრგვალი მაგიდა საქართველოს პარლამენტში და სამუშაო შეხვედრა კონვენციის 5.3 მუხლის ირგვლივ (2014), სხვადასხვა კვლევის განხორციელებაში ხელშეწყობა (NCD risk factors STEPs Survey, GYTS).

ასევე სახეზეა საერთაშორისო დახმარების სხვა მექანიზმებიც: ბლუმბერგ ფილანტროპის გრანტი (პროექტი „თამბაქოსაგან 100%-ით თავისუფალი ჯანდაცვის და საგანმანათლებლო დაწესებულებები“); ემორის უნივერსიტეტი (ეროვნული კვლევა თამბაქოს შესახებ მოზრდილ მოსახლეობაში; კვლევა ქალებში მოწევასა და მოწვეისადმი შეხედულებების შესახებ; კვლევა სამედიცინო მუშაკებში მოწევასა და მოწვეისადმი შეხედულებების შესახებ); მსოფლიო ბანკი (თამბაქოზე ოპტიმალური გადასახადისა და ფასის შემუშავების საქმეში ტექნიკური დახმარება).

სამომავლო გეგმები

დღეს არსებული თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის ანალიზი ცხადყოფს, რომ ერთი მხრივ, იგი შეიცავს მნიშვნელოვან დებულებებს, მაგრამ ამავედროულად საჭიროებს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მოთხოვნების მიხედვით მთელ რიგ დამატებებს და ცვლილებებს (მ.შ. რეკლამის და პოპულარიზაციის, საზოგადოებრივ ადგილებში თამბაქოს კვამლისაგან დაცვის, თამბაქოს პროდუქციის წარმოებასა და მიმოქცევაზე ზედამხედველობის სისტემის გაძლიერების, კოლოფზე გამაფრთხილებელი წარწერების და ნახატების გაუმჯობესების, ადმინისტრირებისა და გადასახადების სისტემის გადახედვის და ა.შ. მიმართულებებით), მეორე მხრივ

კი, პოლიტიკური ნების გაძლიერებას უკვე არსებული დებულებების ამოქმედებისთვის.

ამ ეტაპზე ქვეყანაში არ ხორციელდება თანმიმდევრული სახელმწიფო ღონისძიებები ამ რისკ-ფაქტორის საწინააღმდეგოდ. სუსტია მოწვევისთვის თავის დანებების მსურველთა დახმარების სისტემა და რესურსები. არსებობს გარკვეული საგადასახადო პოლიტიკა, თუმცა თამბაქოს პროდუქტებზე დღეს არსებული საყოველთაო ფინანსური ხელმისაწვდომობა არ შეესაბამება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერესებს. არადამაკმაყოფილებელია კოორდინაცია, არაადეკვატური დაფინანსება და მონიტორინგი აქვეითებს ეროვნული მოქმედების ეფექტურობას.

ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის განხორციელების დაჩქარებისთვის საჭირო სამომავლო ნაბიჯებს განეკუთვნება საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტის და სახელმწიფო პროგრამის დროული დამტკიცება, კანონის აღსრულებისთვის ეფექტური მექანიზმების შექმნა, მრავალსექტორული თანამშრომლობის გაძლიერება, საერთაშორისო ცოდნის გაზიარებისა და მხარდაჭერის გაძლიერება, სამოქალაქო საზოგადოებასთან თანამშრომლობის გაძლიერება, თამბაქო UNDAF-ის დღის წესრიგში, თამბაქოს უკანონო ვაჭრობის აღმოფხვრის ოქმზე მიერთება, პოლიტიკის შემუშავებლების და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, ფინანსური და ადამიანური რესურსების მობილიზება და სხვ.

ბიბლიოგრაფია

1. WHO STEPwise approach to NCD Surveillance
2. www.ncdc.ge
3. http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/Appendix_IX-table_1.pdf
4. http://www.ncdc.ge/uploads/publications/The_Alcohol_and_Other_Drug_Use_in_Georgian_Students_2009.pdf
5. www.ncdc.ge
6. www.ncdc.ge
7. www.ncdc.ge
8. www.ncdc.ge



ბიო-სამედიცინო მენეჯმენტისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ხოცი ჯანდაცვის სისტემების ბანკითაქებაში

ამირან გამყრელიძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორი

კაცობრიობის ისტორიის განმავლობაში საზოგადოების განვითარების ძირითად წარმართველ ძალას სხვადასხვა ტექნიკური თუ სამეცნიერო მიღწევა წარმოადგენდა, როგორცაა ორთქლის ძრავის შექმნა მე-19 საუკუნის დასაწყისში, შემდგომ ფოლადი, მატარებლის მასობრივი შემოსვლა, ქიმია, ელექტრონიკა, პოლიმერები, ავტომობილები და მეოცე საუკუნის ბოლოს – საინფორმაციო ტექნოლოგიები. ექსპერტების მოსაზრებით, 21-ე საუკუნის 20-იანი წლებიდან 50-იან წლებამდე მსოფლიოში მეცნიერების და საზოგადოების განვითარების წარმართველი იქნება ბიო-სამედიცინო მეცნიერება და ბიოტექნოლოგიების განვითარება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) პუბლიკაციის „Systems Thinking for Health Systems Strengthening“ (2009) მიხედვით, 21-ე საუკუნეში ჯანმრთელობის სისტემისა და ზოგადად ადამიანის ჯანმრთელობის გარდამქმნელად მიჩნეულია 4 რევოლუციური მოვლენა:

1. ბიო-სამედიცინო მეცნიერების განვითარება;
2. საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების განვითარება;
3. სოციალური სამართლიანობა და თანასწორობა;

4. სირთულეების დაძლევისთვის სისტემური მიდგომა.

ჯანმოს კლასიკური განმარტების თანახმად, ჯანმრთელობის კვლევები არის ახალი სისტემატიზებული ცოდნისა და ტექნოლოგიების მიღების პროცესი, რომელიც გამოიყენება ადამიანთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირებისთვის.

არსებობს მეორე უფრო ვრცელი განმარტებაც, რომლის მიხედვითაც ჯანმრთელობის კვლევები ანუ მეცნიერება განისაზღვრება, როგორც ახალი ცოდნისა და ტექნოლოგიების შექმნის პროცესი, რომელიც მოიცავს არა მარტო ბაზისურ კვლევას (ახალი სამკურნალო საშუალებების, ვაქცინების, დიაგნოსტიკური საშუალებების შექმნასა და განვითარებას), არამედ გამოყენებით კვლევებსაც, რომლებიც აუმჯობესებს ჯანმრთელობის სისტემებს, სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციას და ხელს უწყობს ე.წ. სოციალური თუ ქცევითი მეცნიერებების განვითარებას, რაც ერთობლიობაში ადამიანთა სამედიცინო დახმარებისთვის უკეთესი პირობების შექმნის საშუალებას იძლევა.

ამ განმარტებებზე დაყრდნობით შესაძლებელია ჯანმრთელობის კვლევების ორ ძირითად მიმართულებად დაყოფა:

1. ბაზისური, ანუ სტრატეგიული კვლევები, რომელთა მეშვეობითაც ხდება ახალი და ინოვაციური მიდგომების აღმოჩენა და შესწავლა;
2. გამოყენებითი კვლევები, რომლებიც საშუალებას იძლევა, რომ ადამიანთა სამედიცინო დახმარება და მომსახურება უფრო ხელმისაწვდომი და ხარჯეფექტური გახდეს.

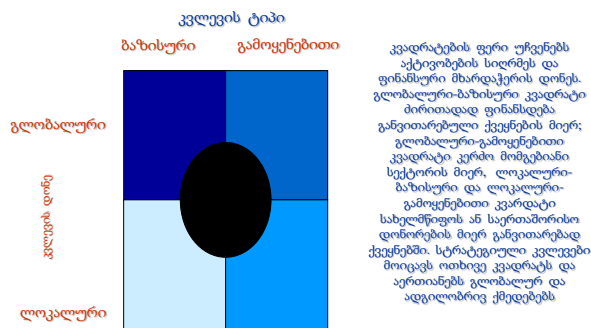
მსგავსად მეცნიერების სხვა ნებისმიერი დარგისა, ჯანდაცვაში არსებობს ინოვაციების ციკლი, რომელიც ე.წ. 3D პრინციპზე არის დამყარებული:

1. აღმოჩენა (Discovery);
2. განვითარება (Development);
3. დანერგვა ანუ მიწოდება (Delivery).

იმისათვის, რომ ჯანმრთელობის კვლევები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალური შედეგის მომტანი იყოს, აუცილებელია მოხდეს ამ სამივე პრინციპის გათვალისწინება მომავალი სამეცნიერო მუშაობის დაგეგმვისას, რათა მოხდეს მეცნიერების მიერ შექმნილი ცოდნის ეფექტური მიტანა მოსახლეობამდე.

დღეისათვის სხვადასხვა ქვეყნებში ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე სამეცნიერო კვლევების ტიპები კვადრატის მოდელზე არის ასახული.

სურათი 1. სტრატეგიული კვლევების მიმოხილვა



WHO. Public health Innovation and Intellectual Property Rights, 2006

ზემო ორი კვადრატი წარმოადგენს როგორც საბაზისო, ასევე გამოყენებით კვლევებს, რომლებიც მიმდინარეობს განვითარებულ სამყაროში. დღეს ახალი აღმოჩენები და ინოვაციების 80-85% ხდება განვითარებულ სამყაროში, სადაც უზარმაზარი თანხებია მიმართული კვლევებზე. კვადრატი, რომელიც

ეხება საბაზისო კვლევებს, ძირითადად სახელმწიფო სახსრებით ფინანსდება, ხოლო გამოყენებითი კვლევების კვადრატი ასახავს კვლევებს, რომელთაც ძირითადად კერძო სექტორი აფინანსებს. აღნიშნული გადანაწილება ეკონომიკური განვითარების მიხედვით ქვეყნების სურათს ასახავს.

ქვემო კვადრატები განვითარებადი სამყაროს სურათს წარმოადგენს, რომელიც ხელს უწყობს როგორც ბაზისურ, ისე გამოყენებით კვლევებს, მაგრამ მათი ხვედრითი წილი საერთო მეცნიერებაში შედარებით მოკრძალებულია. აუცილებელია, რომ სახელმწიფომ ხელი შეუწყოს ბაზისური, ანუ სტრატეგიული, კვლევების განხორციელებას, მათ შორის – ბიო-სამედიცინო კვლევებსაც.

ჯანმრთელობის კვლევებთან დაკავშირებით მექსიკაში გამართულ მინისტერიალზე 2004 წელს მოწოდებული იქნა ჯანმრთელობის კვლევების სისტემის ფუნქციებსა და ძირითად მიზნებს შორის კავშირის სქემა. წარდგენილი ანგარიში, „უკეთესი ჯანმრთელობისთვის მეცნიერების განვითარება“ გულისხმობს სამ სტრატეგიულ მიმართულებას: მეცნიერების სტრატეგიული მართვა; ადამიანური და ფინანსური რესურსების მობილიზაცია და დაფინანსება. კვლევების მიღწევები ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სამართლიანი სამედიცინო მომსახურების განვითარების საწინდარს უნდა წარმოადგენდეს.

მსოფლიოში ბიო-სამედიცინო მეცნიერებათა განვითარების წარმმართველ ინსტიტუციებს შორის აშშ-ის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტების (National Institutes of Health – NIH) სისტემა შესაძლოა მიჩნეულ იქნეს სამედიცინო მეცნიერებების მექადა, სადაც ხდება უმნიშვნელოვანესი აღმოჩენები და იდგმება ყველაზე დიდი ინოვაციური ნაბიჯები. მსგავს მოდელზეა დამყარებული გაერთიანებული სამეფოს ეროვნულ ინსტიტუტთა სისტემა, თუმცა მისი წვლილი გლობალურ სამეცნიერო ასპარეზზე NIH-თან შედარებით მოკრძალებულია. დიდი სამეცნიერო ქსელებიდან ასევე აღსანიშნავია საფრანგეთის და იტალიის მსგავსი სამეცნიერო ინსტიტუტების გაერთიანებები, რომელთაც ასევე შეაქვთ წვლილი თანამედროვე ბიო-სამედიცინო მეცნიერების განვითარებაში. გერმანიაში ფუნქციონირებს რამდენიმე წამყვანი

ინსტიტუტი: მაქს პლანკის გაერთიანება, ფრაუნჰოფერის გაერთიანება, ჰელმჰოლცის გაერთიანება და ა.შ., ასეთივე სისტემა აქვს რუსეთს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის სახით და სხვა ქვეყნებს.

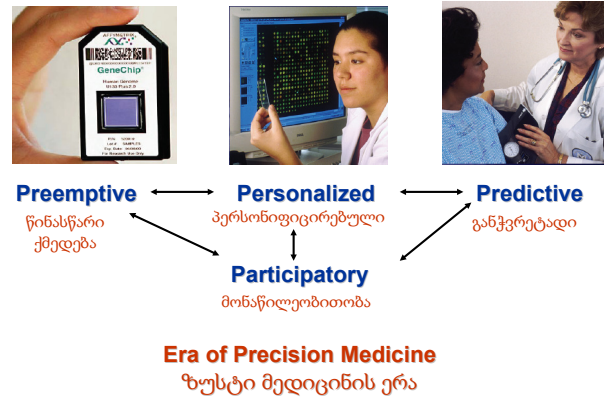
21-ე საუკუნის ყოველი ახალი მიდგომა, რომელიც მედიცინაში იქმნება, ძირითადად მოდის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტებიდან, სამედიცინო მეცნიერების ყველა სიახლე ძირითადად NIH-ში ხდება. 2002 წლის შემდეგ ამერიკაში დაიწყო სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის კლება, 60%-ით შემცირდა ბოლო 35 წლის განმავლობაში გულის იშემიური დაავადებითა და ინსულტით გამოწვეული სიკვდილიანობა. ქრონიკული უუნარობა ანუ უნარშეზღუდულობა ამერიკელებში დაახლოებით 30-40%-ით შემცირდა. 1974 წლიდან დაახლოებით 6 წლით გაიზარდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა. ეს მიღწევები განპირობებულია ორი ფაქტორით: აშშ ხარჯავს ყველაზე მეტ თანხას მსოფლიოში ბიო-სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისთვის – ერთ სულზე 95-100 აშშ დოლარს და ჯანმრთელობის დასაფინანსებლად – ერთ სულზე 7-8 ათას აშშ დოლარს. სწორედ ბიო-სამედიცინო მეცნიერებისა და გამოყენებითი კვლევების განვითარება განაპირობებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

დღეისათვის ნაციონალური ინსტიტუტების ახალი ხედვა მოიცავს მედიცინის გარდაქმნას მკურნალობიდან პრევენციულ პრინციპებზე, აღმოჩენების საშუალებით მედიცინისა და ჯანმრთელობის ტრანსფორმაციას და ახალი ცოდნის გენერაციას. ახალი ინოვაციები დამყარებულია ბიოინფორმატიკაზე, ბიოტექნოლოგიებზე, პროტეომიკასა და გენომიკაზე, გენეტიკურ ინჟინერიასა და კლონირებაზე. აღსანიშნავია ე.წ. NBIC (Nanotechnology, Biotechnology, Information technology and Cognitive science) ტექნოლოგიები, რომელიც წარმოადგენს ნანო, ბიო, საინფორმაციო ტექნოლოგიებისა და ქცევითი მეცნიერებების ერთობლიობას.

21-ე საუკუნის მიდგომა ემყარება 4P-ს პრინციპს: წინასწარ ქმედებებს, რაც მოიცავს წინასწარ/ადრეულ აღმოჩენებს/დიაგნოსტიკას მოლეკულურ დონეზე და შესაძლო სამომავლო განვითარების პროგნოზირებას; პერსონიფიცირებულ მიდგომას – თითოეული ადამიანის გენომის გაშიფვრას და განჭვრეტას,

ანუ სამომავლო განვითარების პროგნოზირებას. მიუხედავად მედიცინის სწრაფი განვითარებისა და ტექნოლოგიური წინსვლისა, ექიმისა და პაციენტის თანამონაწილეობა 21-ე საუკუნის მედიცინის შეუცვლელ ფაქტორად დარჩება.

სურათი 2. მომავლის პარადიგმა: ე.წ. ოთხი P მედიცინის გარდაქმნა მკურნალობიდან პრევენციულ პრინციპებზე



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ამ მიმართულებით მეოცე საუკუნის 50-იანი წლებიდან წარმართა ინტენსიური მუშაობა და მისი რეკომენდაციები განკუთვნილია საქართველოს ტიპის გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებისთვის. აღნიშნული მიმართულებით მუშაობა დაიწყო 1959 წლიდან, ჯანმოს რეკომენდაციის წარდგენის შემდეგ, რომლის თანახმადაც, ყველა ქვეყანაში უნდა ყოფილიყო ჯანდაცვის კვლევების ე.წ. მრჩეველთა კომიტეტების ინტეგრირება სხვადასხვა ინსტიტუციებთან, სამინისტროსთან ან მეცნიერებათა აკადემიასთან. აღნიშნული მრჩეველთა კომიტეტების მიერ შეთანხმდებოდა ან შემუშავებულ იქნებოდა სტრატეგიები და ქვეყნისთვის პრიორიტეტული კვლევები.

შემდეგი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადაიდგა ლიონში 1964 წელს, სადაც საფუძველი ჩაეყარა კიბოს კვლევის საერთაშორისო ცენტრის ჩამოყალიბებას. 1975 წლისთვის აზიური და აფრიკული ქვეყნებისთვის გაკეთდა უზარმაზარი პროგრამები ე.წ. ტროპიკული დაავადებების კვლევისა და ამ დარგის განვითარებისათვის. 1990 წელს წარდგენილ იქნა მნიშვნელოვანი მოხსენება/ანგარიში, რომლის თანახმადაც მსოფლიოში ჯანმრთელობის კვლევებზე დანახარჯების 90% მოდის დაავადებებზე, რომლებიც არ

არის მოსახლეობისთვის მთავარი ტვირთის მატარებელი, ანუ მხოლოდ 10% იხარჯება იმ დაავადებებზე, რომლებიც მოსახლეობის დიდ ავადობას განაპირობებს. განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთებული იყო აზიისა და სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებზე, სადაც ინფექციური და ტროპიკული დაავადებები (სიღარიბესთან ასოცირებული დაავადებები) დღესაც ფართოდ არის გავრცელებული.

2010 წლიდან შეინიშნება გაზრდილი აქტივობა ჯანმოს მხრიდან. შემუშავებულ იქნა ახალი სტრატეგია ჯანმრთელობის სამეცნიერო კვლევებთან დაკავშირებით, სადაც მოყვანილია ძირითადი რეკომენდაციები. აღსანიშნავია, რომ ჯანმოს სამიზნეს ძირითადად განვითარებადი ქვეყნები წარმოადგენს და ძალისხმევა მიმართულია ამ ქვეყნებში არსებულ შესაძლო პრიორიტეტებსა და კვლევების სტანდარტების შექმნაზე. ანუ ჯანმოს მიზანს წარმოადგენს, რაც შეიძლება სწრაფად იქნეს დანერგილი სიახლეები და გამოყენებულ იქნეს სამეცნიერო პოტენციალი, რაც თავის მხრივ, ხარისხს, შედეგს და ჩართულობას განაპირობებს.

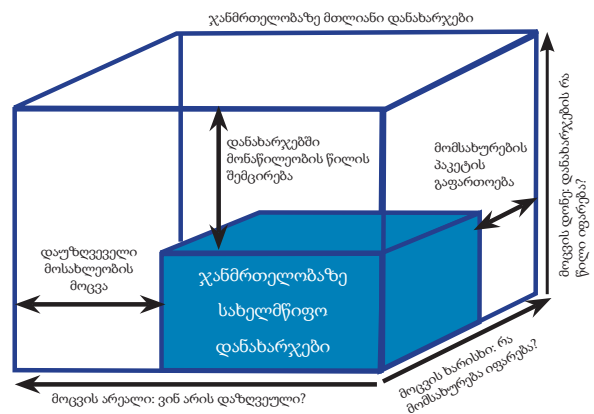
2010 წლისთვის შეიქმნა ახალი სტრატეგია და 2013 წელს გამოქვეყნდა ჯანმოს მოხსენება „კვლევები ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვისთვის“. ეს არის ძირითადი სახელმძღვანელო განვითარებადი სამყაროსთვის, რომელიც მოიცავს რეკომენდაციებს, თუ როგორ უნდა განისაზღვროს პრიორიტეტები, საით უნდა მიიმართოს მატერიალური სახსრები და რა გეზი უნდა აიღოს სამეცნიერო კვლევებმა, რის შედეგადაც მიიღება უკეთესი ჯანდაცვა, უკეთესი მომსახურება და მოსახლეობის თანაბარი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.

ამ თვალსაზრისით ყველაზე დიდი გარღვევაა ე.წ. უნივერსალური მოცვის, ე.ი. საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც საქართველომ 2012 წლიდან აირჩია, რაც მეტად მნიშვნელოვანია, რადგან სწორედ მსგავსი მოდელი უნდა ყოფილიყო საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების პრინციპი და არა მიზნობრივი დაფინანსება საბაზისო პაკეტით მხოლოდ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისა და სხვა მიზნობრივი ჯგუფების. 2012 წლიდან ამ გეზის არჩევის შემდეგ ქვეყანა თანდათანობით

მიდის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიზნისაკენ. ეს რთული გზა განვითარებულმა დასავლეთმა უკვე გაიარა, იქ ყველგან არის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო დახმარებაზე, ხოლო განვითარებადი ქვეყნებიდან ამ პრინციპზე 32 ქვეყანა გადავიდა და თანდათანობით საქართველოც შეუერთდა ამ ქვეყნების სიას. ეს ნაბიჯი მნიშვნელოვანია, რადგანაც საერთაშორისო საზოგადოების ყველაზე დიდ მიზანს 2035 წლისთვის ყველა ქვეყნის აღნიშნული პრინციპებით მოცვა წარმოადგენს.

საყოველთაო ჯანდაცვა შესაძლოა განიმარტოს შემდეგნაირად: ნებისმიერ ადამიანს, მიუხედავად შემოსავლის წყაროსა და ოდენობისა, უნდა ჰქონდეს უნივერსალური ხელმისაწვდომობა იმ საბაზისო პაკეტზე, რომელიც ამ ქვეყანაში არის დადგენილი. ამისთვის არსებობს სამი გზა: დაუზღვეველი მოსახლეობა უნდა იქნეს დაზღვეული სახელმწიფოს მიერ, სამედიცინო დაწესებულებაში მისულ პაციენტზე უნდა მოდიოდეს თანაგადახდის მინიმალური ოდენობა და მომსახურების პაკეტიც თანდათან უნდა იზრდებოდეს, ანუ ქვეყნის ეკონომიკურ წინსვლასთან ერთად, უნდა გაფართოვდეს მომსახურების საბაზისო პაკეტი.

სურათი 3. უნივერსალური მოცვის სამი გზა



ჯანმოს 2013 წლის მოხსენებაში არის 12 მაგალითი, თუ რა მიღწევებია უნივერსალური მოცვისთვის ელემენტარული მეცნიერული მიდგომებით აფრიკის რეგიონში, სადაც მაღალი სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია. იქ, სადაც მაღარის მაღალი მაჩვენებელია, ხალხს სძინავს ინსექტიციდებით დამუშავებული ბადეების ქვეშ. ეს არის ელემენტარული

მეცნიერული მიდგომა, რომელსაც აქვს უზარმაზარი ეფექტი, რადგანაც მალარიით სიკვდილიანობა ამ რეგიონში მცირდება და ეს მიდგომა სამეცნიერო მტკიცებულებებს ეფუძნება.

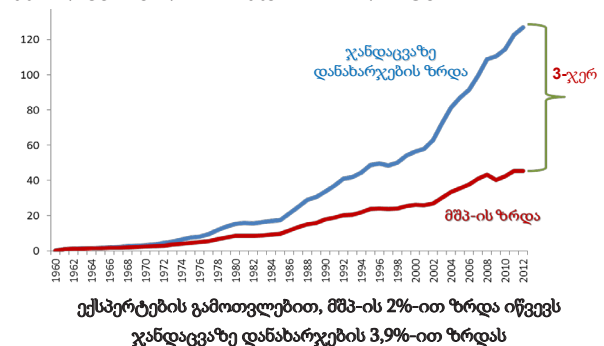
ელემენტარული, მაგრამ ამავდროულად ეფექტიანი მიდგომის მაგალითად შეიძლება მოყვანილ იქნეს ინდოეთში ჩატარებული დიდი რანდომიზებული კვლევა. კვლევის ფარგლებში დანერგულ იქნა ე.წ. პოლიტაბლეტები, ანუ პოლიფილები, რაც თავის მხრივ წარმოადგენდა გულსისხლძარღვთა დაავადებათა სამკურნალო ოთხი ძირითადი პრეპარატის ნაზავს. შედეგებმა აჩვენა, რომ აღნიშნული კაფსულის დღეში ერთჯერადი მიღებით ძალიან კარგი შედეგები მიიღება გულსისხლძარღვთა დაავადებების მკურნალობის და მათი ისეთი გართულებების წინააღმდეგ, როგორცაა მიოკარდიუმის ინფარქტი და ინსულტი. აღწერილი მაგალითი ადასტურებს მოსაზრებას, რომ განვითარებად ქვეყნებში კვლევები მარტივი დიზაინით, მაგრამ ფართო მიგნებადი შედეგებით მეტად მისაღებია, გამომდინარე მათი გამოყენებითი მნიშვნელობიდან.

კლივლენდის კლინიკის ერთ-ერთი ყოველწლიური რეიტინგის თანახმად, რომლის მსგავსიც ბევრ კლინიკას და სამეცნიერო საზოგადოებას აქვს, ჩამოთვლილია ყველაზე მაღალი მიღწევები 2014 წლისთვის და მსოფლიო მეცნიერებისთვის: ბიონიკური თვალის ჭრა; გენომური ტესტირება სიმსივნური დაავადებების მართვისათვის; ერთ-ერთ დიდ მიღწევად ჩაითვალა ეპილეფსიური გულყრის პრევენციისათვის ბიოიმპლანტების გამოყენება. განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია C ჰეპატიტის მკურნალობის ახალი მეთოდები, კერძოდ კი, სამი ინოვაციური მედიკამენტი, რომლებიც 95%-იან განკურნების მაჩვენებელს იძლევა და რომელთა ხილვაც მალე შესაძლებელი იქნება საქართველოშიც. დღეისათვის საქართველო აწარმოებს ამ პრეპარატების შემქმნელებთან მოლაპარაკებას, რათა ისინი ხელმისაწვდომ ფასად იქნეს შემოტანილი. სხვა სიახლეებია: კომპიუტერული მეთვალყურეობის სისტემა საოპერაციოებისათვის, პოსტოპერაციული ბაქტერიული ბალანსის აღმდგენი ტრანსპლანტები; ინოვაციური მკურნალობა გულის მწვავე უკმარისობისათვის; თანამედროვე პორტატული საანესთეზიო მოწყობილობები; გულის

დაავადებების სკრინინგი ბიომარკერების გამოყენებით; სიმსივნური დაავადებების მკურნალობის ინოვაციური მეთოდები, რომლებიც ზოგავენ პაციენტის იმუნურ სისტემას და სხვ.

ერთ-ერთი დიდი დილემა, რომელიც ჯანდაცვის მეცნიერებაში და ზოგადად ჯანმრთელობის საკითხებშია წამოჭრილი და რომლის გადაჭრასაც ვერ ახერხებს დღევანდელი მსოფლიო, არის ის, რომ ჯანმრთელობა ძვირი ფუფუნებაა. ხშირად პოლიტიკის შემქმნელთა ყურადღების მიღმა რჩება ის, რომ ჯანმრთელობის დაფინანსების ზრდა მნიშვნელოვნად აღემატება და წინ უსწრებს ქვეყნების ეკონომიკის განვითარებას. ევროპული ქვეყნების ბოლო 40 წლის ანალიზი ცხადყოფს, რომ ეკონომიკა ვერ ეწევა ჯანმრთელობის დანახარჯების ზრდას და ჯერ-ჯერობით ვერ გადაწყდა, როგორ გახდეს ჯანდაცვა უფრო ხარჯეფექტური.

სურათი 4. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ქვეყნებში მშპ-ისა და ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის ტემპი



ჯანდაცვის მეცნიერება დღესდღეობით მეორე ადგილზეა კომპიუტერული მეცნიერებების შემდგომ თავისი ფინანსებით. ოც ცნობილ კომპანიათა შორის 7 არის ჯანდაცვითი კომპანია, რომელიც ყველაზე მეტად აფინანსებს მეცნიერებას და მის განვითარებას. მათგან უმრავლესობა არის ფარმაცევტული კომპანიები, რომლებიც შემოსავლების 7-15%-ს ხარჯავენ სამედიცინო მეცნიერების განვითარებაზე. ეს ინვესტიცია, ძირითადად, გამოყენებითი მეცნიერების მიმართულებებში ხორციელდება.

იუნესკოს უკანასკნელი მონაცემების თანახმად, კვლევების დაფინანსების 2%-იანი სამიზნე

მაჩვენებელს ძალიან ცოტა ქვეყანა აჭარბებს. საქართველო 0-0.25%-იან შუალედში შედის, მკვლევარების რაოდენობით საქართველოს უკეთესი მდგომარეობა აქვს – 1000-დან 2000-მდე ყოველ მილიონ მოსახლეზე. გამოქვეყნებული პუბლიკაციების 80% ევროპულ და ჩრდილოეთ ამერიკულ ქვეყნებზე მოდის.

მნიშვნელოვანია მეცნიერული კვლევების დიდი როლი საზოგადოების განვითარებაში. ის, თუ რამდენად განვითარებულია ქვეყანა და რამდენად არის მეცნიერება პრიორიტეტული, ორი პარამეტრით განისაზღვრება: ერთი – რამდენს ხარჯავს ქვეყანა კვლევებსა და განვითარებაზე თავისი მშპ-დან და მეორე – რამდენს ხარჯავს ქვეყანა ჯანდაცვის კვლევებზე ჯანდაცვის ხარჯებიდან. ამ მხრივ საუკეთესო მაგალითია შვედეთი და ფინეთი. შვედეთი თითქმის 4,5%-ს თავისი მშპ-ისა ხარჯავს სამეცნიერო კვლევებზე და აქედან 1%-ს ანუ ერთ მეხუთედს – ჯანმრთელობის კვლევებზე. ფინეთი უზარმაზარ თანხას ხარჯავს კვლევებზე – მშპ-ის 3,8%-ს და 0,3%-ს ჯანდაცვის კვლევებზე. რუსეთი კვლევებზე ხარჯავს 0,9%-ს და ეს თანხა ძირითადად სამხედრო კვლევებზე იხარჯება, სამედიცინო მეცნიერებაზე იხარჯება მხოლოდ 0,01%.

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებიდან სამედიცინო კვლევებზე ყველაზე მეტს გამოყოფს შვედეთი – თითქმის 8%-ს, ხოლო შესაძარად რუსეთი – 0,3%-ს. სამეცნიერო კვლევებზე მთლიანი დანახარჯებიდან ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი ჯანმრთელობის კვლევებზე გააჩნია გაერთიანებული სამეფოს – 27%, შემდეგ მოდის შვეიცარია და დანია.

საქართველოში ბიო-სამედიცინო მეცნიერების დღევანდელი მდგომარეობა და სამომავლო განვითარების ხედვა

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ საქართველოში არსებობდა მემკვიდრეობით დარჩენილი სამედიცინო კვლევების სისტემა, რომლის შემადგენლობაშიც შედიოდა ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული 26 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი და დღეს მის ფარგლებში მოქმედი დიპლომის-შემდგომი აკადემია. ჯანდაცვითი და ბიოლოგიური კვლევები ხორციელდებოდა

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში და მეცნიერებათა აკადემიის დაქვემდებარებაში არსებულ 5 ინსტიტუტში, რომელთაც ჰქონდათ მჭიდრო კავშირი ჯანდაცვის და ბიო-სამედიცინო მეცნიერებებთან. ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ მეცნიერ მუშაკთა რაოდენობა შეადგენდა 5400-ს.

1994 წელს აშშ-ის NIH-ის მოდელის მიხედვით შეიქმნა ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტი (თავდაპირველი სახელი – ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი), რომელიც 2006 წელს გაუქმდა. 1996 წელს დაარსდა ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი. სწორედ ამ ცენტრის მიერ მოხდა პირველად საქართველოში მედიცინის დარგში მედლაინის და პაბმედის შემოტანა და ტელემედიცინის პირველი სეანსების ჩატარება. მოცემული მომენტისათვის ცენტრს შეწყვეტილი აქვს ფუნქციონირება. ბიო-სამედიცინო მეცნიერების მიმართულებით სახელმწიფო დაწესებულებებიდან დღეისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედებს მხოლოდ 1995 წელს დაარსებული დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

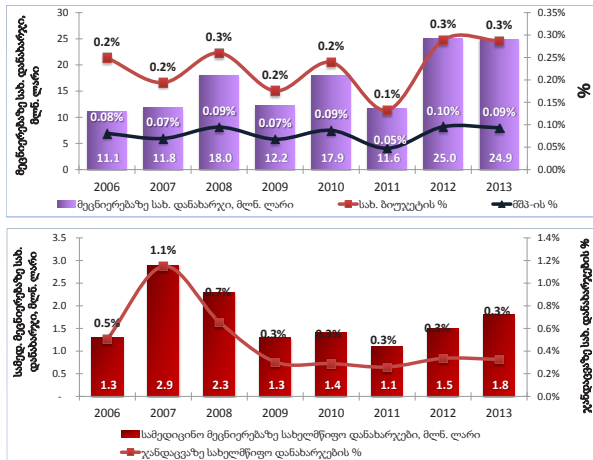
საქართველოში სამჯერ, 1995-1996 წლებში, 1999-2000 წლებსა და 2004 წელს, მოხდა სამედიცინო სამეცნიერო პოტენციალის შეფასება, თუმცა დღეისათვის ეს მონაცემები არარელევანტურია და არ არსებობს თანამედროვე მონაცემები, თუ რა რესურსები გააჩნია ქვეყანას ჯანდაცვის და ბიო-სამედიცინო მეცნიერების სფეროში. ამიტომ გადაუდებელ ამოცანას წარმოადგენს ამჟამინდელი პოტენციალის შეფასება, რათა მართებულად დაიგეგმოს სამომავლო სტრატეგია.

სამართლებრივი ბაზის თვალსაზრისით, ბიო-სამედიცინო მეცნიერების განვითარებას მხოლოდ ერთხელ – 1996 წელს – მიემდგვნა პრეზიდენტის ბრძანებულება. საქართველოს კანონმდებლობაში შესულია ჩანაწერები სამედიცინო მეცნიერების შესახებ – კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. 2002 წელს შეიქმნა კანონპროექტი „დამიანის მონაწილეობით ჩატარებული ბიო-სამედიცინო კვლევების შესახებ“. სამწუხაროდ, პარლამენტმა ეს კანონი არ განიხილა, მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ქვეყანა არის შეერთებული ჰელსინკის

დეკლარაციას. კანონპროექტში შესანიშნავად იყო გაწერილი, თუ როგორი უნდა ყოფილიყო კვლევების პრინციპები. დღეისათვის ბიო-სამედიცინო კვლევათა პრინციპები ქართული მეცნიერების აქილევსის ქუსლად გვევლინება. ამ მიმართულებით ბევრი ხარვეზი არსებობს შედეგად იმისა, რომ გასული 25 წლის განმავლობაში მეცნიერება ზოგადად და ბიო-სამედიცინო მეცნიერება კერძოდ არასდროს ყოფილა ქვეყნისთვის პრიორიტეტული.

საქართველოს ბიუჯეტის დანახარჯები სამედიცინო მეცნიერებაზე და განვითარებაზე ყოველწლიურად დაახლოებით 1,3 მლნ შეადგენს. ჯანმრთელობის რეკომენდაციით, საქართველოს ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ქვეყნისათვის ყოველწლიურად სამედიცინო

სურათი 5. მეცნიერებაზე სახელმწიფო დანახარჯები



მეცნიერებაზე მშპ-დან 0,05-0,1% უნდა იხარჯებოდეს. ამ პრინციპით დღეს საქართველოში ჯანდაცვის მეცნიერებაზე უნდა იხარჯებოდეს 13-26 მლნ ლარამდე.

90-იანი წლებიდან საქართველოს ახალგაზრდა მეცნიერებისათვის დაფინანსების უმთავრეს წყაროს საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციები წარმოადგენენ. ამ ორგანიზაციების მიერ გამოყოფილი ფონდები შეადგენს ~50-60% იმ თანხებისა, რომელიც დაიხარჯა ჯანდაცვის მეცნიერების განვითარებაზე. ამ ციფრების გათვალისწინებით სავარაუდოა, რომ სახელმწიფოს მიერ ყოველწლიურად დახარჯულ 1.5 მილიონ ლარს ემატება უცხოური დონორების მიერ დახარჯული დაახლოებით 2 მილიონი ლარი.

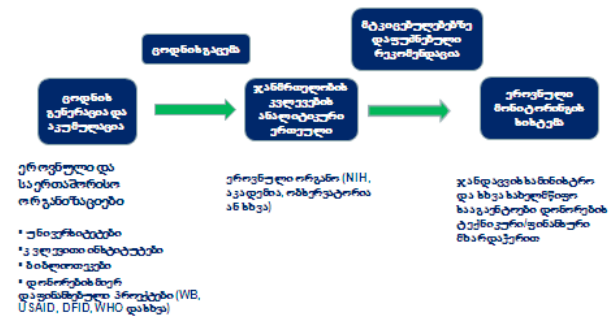
2004 წელს ჩატარებული კვლევის თანახმად, საქართველოში სამეცნიერო კვლევების სუსტ მხარეებად მიჩნეულ იქნა ისეთი ფაქტორები, როგორცაა:

1. ჯანდაცვის მეცნიერების მმართველობა;
2. რესურსების (ძირითადად ადამიანური) გადატვირთულობა;
3. დაბალი ხარისხის და მოძველებული მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა.

2004 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად შემუშავებული სამომავლო განვითარების ხედვა მოიცავდა შემდეგ საფეხურებს:

1. ცოდნის გენერაციისა და აკუმულაციის ეროვნული ინსტიტუციების შექმნა;
2. პირველ ეტაპზე გენერირებული ცოდნის გადაცემა ეროვნულ ანალიტიკურ ორგანოს, რომელიც განახორციელებს ანალიზს, განვითარების არსებულ ეტაპზე რა არის ქვეყნისათვის პრიორიტეტი;
3. დაწვრილებითი ანალიზი და მიზანშეწონილობის საფუძველზე შერჩეული ინტერვენციების პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებად გარდაქმნა.

სურათი 6. ჯანმრთელობის კვლევების ანალიტიკური სამსახური/ოზსერვატორია: ცოდნასა და ქმედებებს შორის არსებული შუალედის გათლიანების კონცეფცია საქართველოში



საქართველოში ჯანმრთელობის კვლევების განვითარების რეკომენდაციები

ჯანდაცვის კვლევებში ინვესტირების გაზრდა:

- ჯანდაცვის სამეცნიერო კვლევების აღიარება პრიორიტეტად;
- მომდევნო 4-5 წელიწადში ჯანდაცვის კვლევებზე სახელმწიფო დანახარჯების

წილის თანდათანობით ზრდა სამიზნე დონემდე (0,05-0,1% მშპ-დან);

- ჯანმრთელობის კვლევების დაფინანსებისთვის ფარმაცევტული და სამედიცინო ბიზნესის სტიმულირება.

ჯანმრთელობის კვლევების სისტემის მართვის გაძლიერება:

- საქართველოს მეცნიერების ეროვნულ ფონდში (რუსთაველის ფონდი) ჯანმრთელობის კვლევებისთვის საჭირო ალოკაციების უზრუნველყოფა;
- საუნივერსიტეტო სამეცნიერო კვლევების გაძლიერება და სტიმულირება;
- კავშირის დამყარება/განმტკიცება დასავლეთის მოწინავე დაწესებულებებთან;
- ჯანმრთელობის კვლევების დეცენტრალიზაციის მხარდაჭერა.

ცოდნასა და ქმედებებს შორის არსებული შუალედის გამთლიანება:

- ცოდნის გენერაციისა და გავრცელების ხელშეწყობა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის უზრუნველყოფა;
- ჯანმრთელობის კვლევების ანალიტიკური სამსახურის შექმნა და ინსტიტუციონალიზაცია და მისი დაფინანსების უზრუნველყოფა;
- სამეცნიერო კვლევების თანამედროვე მეთოდოლოგიური საფუძვლების, მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის და ჯანდაცვის პოლიტიკის სწავლება და პრაქტიკაში დანერგვა.

ბიბლიოგრაფია

1. Gallin J. I., Ognibene F.P. – Principles and Practice of Clinical Research, 2nd Edition, 2007
2. The Handbook of Health Behavior Change, Third Edition – Sally A. Shumaker PhD (Editor), Judith K. Ockene PhD MEd MA (Editor), Kristin A. Riekert PhD (Editor), 2008
3. <http://www.nih.gov>
4. UNESCO – Institute for Statistics – Data Center – <http://www.uis.unesco.org/datacentre/pages/default.aspx>
5. WHO – Knowledge for Better Health, Strengthening Health Systems, 2004
6. WHO – Public health, innovation and intellectual property rights, 2006 -<http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf?ua=1>
7. WHO – Research and Development – Coordination and Financing Report of the World Health Organization Expert Working Group on Research and Development Financing, 2010 – <http://www.who.int/phil/documents/RDFinancingEN.pdf?ua=1>
8. WHO – Strategy on Research for Health – 2012 – http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf
9. WHO – Systems Thinking for Health Systems Strengthening, 2009 – http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf?ua=1
10. WHO – World Health Report 2010: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage – http://www.who.int/whr/2010/whr10_en.pdf?ua=1
11. WHO – World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage – http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1



მასნიხაზის თანამედროვე ტექნოლოგიები და მედიცინა

მირაზ კაკელიძე

ბიოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



ეკატერინე სამალაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

შესავალი

მოლეკულური კლინიკური დიაგნოსტიკის სწრაფი განვითარება დაიწყო გასული საუკუნის 70-იან წლებში, რასაც ხელი შეუწყო რიგმა უმნიშვნელოვანესმა აღმოჩენებმა: მონოკლონური ანტისხეულების, ფილტრზე ჰიბრიდიზაციის და დნმ-ში ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობის განსაზღვრის მეთოდების შექმნამ. ამავე პერიოდს მიეკუთვნება გენომური და კომპლემენტარული დნმ-ის (კ-დნმ) ბიბლიოთეკების კონსტრუირება, რომლებმაც განმსაზღვრელი როლი ითამაშეს გენების კლონირების და გენური ინჟინერიის განვითარებაში.

1985 წელს შემუშავებული იქნა პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის მეთოდი, რომელმაც რევოლუციური ძვრები გამოიწვია მოლეკულურ კლინიკურ დიაგნოსტიკაში. ყველა ზემოხსენებული მეთოდოლოგია საფუძვლად დაედო ულტრა თანამედროვე ტექნოლოგიების განვითარებას, რომლებმაც ფართო გამოყენება ჰპოვეს თანამედროვე მედიცინაში.

თანამედროვე მედიცინის ამოცანა არის არა მხოლოდ დაავადების დროული გამოვლენა და მკურნალობა, არამედ XXI საუკუნის ისეთი დაავადებების პანდემიური გავრცელების პრევენცია, როგორებიცაა ათეროსკლეროზი, გულის იშემიური დაავადება, დიაბეტი, ონკოლოგიური დაავადებები და სხვა.



დავით ქნელაძე

**ბიოლოგიის მეცნიერებათა
დოქტორი, გენმოდულიციურებული
პროდუქტების შემსწავლელი
ლაბორატორია**



რევაზ სოლომონია

**ბიოლოგიის მეცნიერებათა
დოქტორი, პროფესორი,
ილიას სახელობის უნივერსიტეტი**

ამ მიზნების მისაღწევად საჭიროა დროულად დადგინდეს დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება, ასევე მაღალი სიზუსტით გამოვლინდეს დაავადების გამომწვევი რისკ ფაქტორები, მის კლინიკურ მანიფესტაციამდე, და სპეციფიური ბიომარკერებით ჩატარდეს ფართომასშტაბიანი მონიტორინგი.

დასახული ამოცანების წარმატებით განხორციელება შესაძლებელი გახდა 21-ე საუკუნის უახლესი ბიო-სამედიცინო მიმართულების განვითარებით, რომელიც High Dimensional Biology (HDB) სახელით არის ცნობილი და ქართულად შეიძლება მრავალმხრივი (მრავალმიმართულულებრივი) ბიოლოგია ეწოდოს. ამ სახელწოდებით ერთიანდება ყველა ის უდიდესი აღმოჩენა და მიღწევა, რომელთაც მე-20 საუკუნის ბოლოს ჰქონდა ადგილი ბიოლოგიურ მეცნიერებაში. ბიოლოგიური მეცნიერება არაერთგვაროვანი მეცნიერებაა და მასში ერთიანდება ისეთი მიმართულებები, როგორცაა ბიოქიმია, მოლეკულური ბიოლოგია, გენეტიკა და სხვ. ამ მიმართულებების კვლევის ობიექტებს წარმოადგენენ ცილები, ნუკლეინის მჟავები, ლიპიდები და სხვადასხვა მეტაბოლიტები, რომლებმაც მისცეს დასახელება HDB-ს ისეთ მიმართულებებს, როგორცაა გენომიკა, ტრანსკრიპტომიკა, პროტეომიკა, გლიკომიკა, მეტაბოლომიკა და სხვ. სწორედ ეს მიმართულებები, რომელთა გამაერთიანებელი სახელია ომიკი, წარმოადგენს 21-ე საუკუნის მედიცინის საფუძველს და ორგანულადაა დაკავშირებული ბიოინფორმატიკასთან, ბიოლოგიური სისტემების ანალიზსა და მოდელირებასთან.

1. გენომიკა

გენომიკა არის მეცნიერება ორგანიზმის მთლიანი გენომისა და მასში მომხდარი ცვლილებების შესახებ, რომლებმაც შესაძლებელია გამოიწვიონ რაიმე პათოლოგია. გენომიკის შესწავლის მთავარი იარაღია გენომების სრული სექვენირება (ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობის განსაზღვრა) და რეზულტატების ბიოინფორმატიკული დამუშავება (1).

პათოლოგიების გენომიკის თანამედროვე მეთოდები სრულფასოვანი მოლეკულური-დიაგნოსტიკური კვლევების ჩატარების საშუალებას იძლევა. ამავე დროს შესაძლებელია განისაზღვროს რნმ-ის და ცილების სინთეზის

ინტენსივობა, რომლებიც დაკავშირებულნი არიან ამ პათოლოგიების წარმოქმნასა და განვითარებასთან.



ახალი თაობის სექვენირების მანქანა Illumina MySeq

ამგვარი კვლევები ხორციელდება განსაზღვრული ტრანსკრიპციული პროფილებით, რომლებიც საკვლევ ნიმუშში ადგენენ გენის ექსპრესიას. ამ ყველაფერს საფუძველი დაუდო საუზერნ-ბლოტინგის დანერგვამ, სადაც ხდებოდა ფრაგმენტირებული დნმ-ის გადატანა შესაბამის მატრიცაზე და მას უკავშირდებოდა ცნობილი ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობის ზონდი. მოგვიანებით შესაძლებელი გახდა მატრიცაზე დნმ-ების გარკვეული ჯგუფის მიერთება და შესაბამისი გენების ექსპრესიის შესაძლებლობის დადგენა. განსხვავებულად ექსპრესირებული გენების იდენტიფიკაციის ყველაზე უფრო სრულყოფილ მეთოდს წარმოადგენს დნმ-ის მიკრომწკრივების მეთოდი (DNA Microarrays), რომელიც დამყარებულია კომპლემენტარული, ერთ-ჯაჭვიანი ნუკლეინის მჟავას მოლეკულების უპირატეს დაკავშირებაზე სამიზნე თანამიმდევრობებთან. მიკრომწკრივები წარმოადგენენ შუშის სლაიდებს (დაახლოებით 10 სმ²), რომელთა ზედაპირზეც ერთ-ჯაჭვიანი დნმ-ის მოლეკულები ფიქსირებულ პოზიციაში არიან მიმაგრებული. ასეთ მიკრომწკრივებზე ათეულ ათასობით ასეთი წერტილია, რომელთაგან თითოეული ცალკეულ გენს შეესაბამება. ადამიანის გენომის სრული სექვენირების შემდეგ, დღის წესრიგში დადგა დიდი რაოდენობის ინდივიდუალური გენომების სექვენირების საჭიროება სწრაფი, იაფი და ზუსტი მეთოდების გამოყენებით. ტრადიციული ე.წ. სანგერის სექვენირების მეთოდი შეიცვალა მაღალი წარმადობის გენომური მეთოდებით.

2005 წლიდან დაიწყო დნმ-ის უდიდესი მოლეკულების პარალელური სექვენირების მეთოდის დანერგვა, დაიწყო ახალი თაობის სექვენირების ერა (Next Generation Sequence, NGS). ამ ტექნოლოგიების განვითარებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა მონაცემთა მიღების სიჩქარე და ხარისხი. შესაძლებელი გახდა ერთდროულად მილიარდობით ფუძე ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობის განსაზღვრა, რაც სექვენირების დანახარჯებს დაახლოებით ხუთჯერ ამცირებს (2). ამ უპირატესობების გამო ახალი თაობის ტექნოლოგიები ფართოდ გამოიყენება მრავალი მიმართულებით – სრული გენომის სექვენირება და რესექვენირება, მიზნობრივი სექვენირება, უჯრედების, ქსოვილების და ორგანიზმების ტრანსკრიპტომების დადგენა და სხვადასხვა დაავადებების ეპიგენეტიკური მარკერების იდენტიფიკაცია (3).

ადამიანთა პოპულაციებს და დაავადებების უმეტესობას აქვთ რთული გენეტიკური საფუძვლები. ახალი თაობის ტექნოლოგიების განვითარებამ შესაძლებელი გახდა სხვადასხვა პოპულაციების გენომების სრული სექვენირება, რამაც შესაძლებელია გახდა იდენტიფიცირებული ყოფილიყო იშვიათი გენეტიკური ვარიაციები, რომლებიც სხვადასხვა დაავადებების გენეტიკურ საფუძველს წარმოადგენს. მაგალითად – 1000 გენომის პროექტი (4,5), ან უფრო ამბიციური UK10K პროექტი, რომელიც ითვალისწინებდა 10000 ინდივიდის გენომის სრულ სექვენირებას დიდი ბრიტანეთის ორ ფენოტიპურად განსხვავებულ პოპულაციაში, რათა მომხდარიყო დაავადებების გენეტიკური მარკერების იდენტიფიკაცია (6). ამ ტექნოლოგიების განვითარებამ ხელი შეუწყო რიგი ახალი ანომალიების აღმოჩენას სიმსივნურ გენომებში (7,8). ამგვარად, ინდივიდუალური სიმსივნური გენომების უნიკალური მუტაციური პროფილების შესწავლა პერსონალიზებული სიმსივნური თერაპიის ახალ ეტაპზე აყვანის შესაძლებლობას იძლევა (9,10).

გენომიკის ერთ-ერთი უახლესი მიღწევაა ახალშობილების გენომის ულტრა სწრაფი სექვენირება; ეს არის ჯერ კიდევ განვითარების სტადიაზე მყოფი ახალი, უადრესად მნიშვნელოვანი მიმართულება, რომლის პირველადი შედეგები იმედის და ოპტიმიზმის საფუძველს იძლევა. პრობლემა შეეხება ახალშობილების ისეთ პათოლოგიურ მდგომარეობას, რომელიც თავისი სიმპტომატიკით არანაირი დიაგნოსტიკის საშუალებას არ იძლევა. ერთ-

ერთ ასეთ ცნობილ მაგალითს წარმოადგენს ახალშობილი კანზას სიტის ბავშვთა საავადმყოფოში, რომელიც დაბადებიდანვე ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოხვდა და ორი თვის უშედეგო კვლევისა თუ მკურნალობის შემდეგ 2013 წლის აპრილში განუვითარდა ღვიძლის მწვავე უკმარისობა. ექიმების აზრით მას სულ რამდენიმე კვირის სიცოცხლე ჰქონდა დარჩენილი. გენეტიკოს სტეფენ კინგსმორმა და მისმა კოლეგებმა სამი დღის განმავლობაში მოახდინეს ბავშვის და მისი მშობლების გენომის სრული სექვენირება და აღმოაჩინეს იშვიათი მუტაცია, რომელიც განაპირობებს იმუნური სისტემის ზეექტივაციას, ღვიძლისა და ელენთის შემდგომი დაზიანებით. ახალშობილის სწორი მკურნალობის სტრატეგიამ (იმუნური რეაქციის ხელოვნური დაქვეითება), გადაარჩინა ჩვილი და ის დღესაც სრულიად ჯამრთელია (11). ჩვეულებრივი გენომური ტესტების გამოყენებას დაახლოებით თვე დასჭირდებოდა და მისი გადარჩენა უკვე ვეღარ მოხერხდებოდა.

2. ტრანსკრიპტომიკა

ტერმინი ტრანსკრიპტომი არის გენომში ტრანსკრიბირებული ყველა სახის რნმ-ის ერთობლიობა, ხოლო ტრანსკრიპტომიკა არის მიმართულება, რომელიც ამ რნმ-ების სტრუქტურას (ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობა) და ფუნქციებს შეისწავლის. ნორმალური და პათოლოგიური ნიმუშების ტრანსკრიპტომების შედარება საშუალებას იძლევა აღმოვაჩინოთ ახალი მარკერები, განვსაზღვროთ მათი დონის ცვლილებები დროში, ვიმსჯელოთ განვითარების დინამიკაზე და ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობაზე (12, 13, 14). მე-20 საუკუნის მიწურულს პრაქტიკულად ყველა ორგანიზმში აღმოჩენილ იქნა დიდი რაოდენობის არამაკოდირებელი რნმ-ები, რომლებიც არ მიეკუთვნებოდნენ მანამდე ცნობილ არცერთ რნმ-ის ტიპს. მოგვიანებით დადგინდა, რომ ისინი თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს გენების ექსპრესიაში, განსაკუთრებით ტრანსლაციის დონეზე.

არამაკოდირებელი რნმ-ები იყოფა დიდ (>200 ფნ) და მცირე (<200 ფნ) ზომის ჯგუფებად. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ე.წ. მიკრო-რნმ-ებს, რომელთა ზომა 19-22 ნუკლეოტიდია. მათ რიცხვშია ინტერფერენციული რნმ-ები, რომლებიც გამოთიშავენ გარკვეული ცილების სინთეზს, მათი მ-რნმ-ის დაშლის გზით. მიკრო-რნმ-ები არეგულირებენ

გენების ექსპრესიას მათი ტრანსკრიპციის შემდეგ. ეს პროცესი შეიძლება განხორციელდეს მ-რნმ-ის ტრანსლაციის რეპრესიით ან მ-რნმ-ის დაშლით. ყოველ მიკრო-რნმ-ს გააჩნია შესაბამისი მ-რნმ-ის კომპლემენტარული უბანი, რომელიც გარკვეული პირობების არსებობისას განიცდის ინაქტივაციას. ამგვარად მ-რნმ-ების უმეტესობას გააჩნიათ ე.წ. „შავ ნიშნულები“, რომლებიც მინიშნებენ ამ მ-რნმ-ის თვით დეგრადაციის შესაძლებლობაზე, ხოლო მიკრო-რნმ-ები, საჭირო მომენტში, კომპლემენტარობის პრინციპით ამოიცნობენ „შავ ნიშნულს“, უკავშირდებიან მათ და განაპირობებენ მ-რნმ-ის დეგრადაციას. დადგენილია, რომ სხვადასხვა პათოლოგიების არსებობისას იცვლება განსაზღვრული მიკრო-რნმ-ების კონცენტრაცია. ამ ფაქტმა მძლავრი ბიძგი მისცა კვლევებს სხვადასხვა დაავადებების ახალი მარკერების აღმოჩენის მიმართულებით (15, 16, 17).

ტრანსკრიპტომიკის ერთ-ერთი სრულყოფილი და დახვეწილი სახეა ე.წ. რნმ-სექი ანუ რნმ-ის სექვენირება (RNA-SEQ). ამ შემთხვევაში მიღებული მონაცემები უფრო მრავალფეროვანია, მაგალითად, შესაძლებელია პოსტ-ტრანსკრიფციული მუტაციების აღმოჩენა, ეგზონების შეერთების, ალტერნატიული სპლაისინგის შედეგად მიღებული ტრანსკრიპტების იდენტიფიცირება და სხვ.

გარკვეული სტრუქტურული მოდიფიკაციების, ქრომოსომული დარღვევების შედეგად, შესაძლებელია მოხდეს გენების შერწყმა. ეს მოვლენა უკავშირდება სიმსივნური დაავადებების წარმოქმნას და განვითარებას (18). საკვლევი ნიმუშის მთელი ტრანსკრიპტომის სექვენირება შესაძლებლობას იძლევა ვიპოვოთ ამგვარი წარმონაქმნები უჯრედების სიმსივნური ტრანსფორმაციის დროს (19).

3. პროტეომიკა

პროტეომიკა არის მეცნიერება, რომლის შესწავლის ობიექტს წარმოადგენს ცილები, მათი ფუნქციები და ცოცხალ ორგანიზმებში მათი მოქმედების მექანიზმები. პროტეომიკა შეისწავლის უჯრედებში ცილების ექსპრესიას, იმის გათვალისწინებით, თუ რა სახის უჯრედებთან გვაქვს საქმე, რა გარემო პირობები მოქმედებს მათ ფუნქციონირებაზე და განვითარებაზე (20). კლინიკური პროტეომიკა, ეს არის ყველა იმ ინდივიდუალური ცილის იდენტიფიკაცია და რაოდენობრივი განსაზღვრა, რომელთაც შეიცავს ესა თუ ის ბიოლო-

გიური მასალა (სპინალური სითხე, სის-
ხლის პლანმა, შარდი თუ ბიოპტატი) და
მათი კონცენტრაციის ცვლილებების მონი-
ტორინგი. პროტეომი კი წარმოადგენს მოცე-
მულ ნიმუშში არსებულ ყველა ცილის
ერთობლიობას. ამ ცილების სრული ანალიზი
ხორციელდება ორგანიზმიდან ელექ-
ტროფორეზით პოლიაკრილამიდის გელზე
და მიღებული ცილოვანი ფრაქციების მას-
სპექტრომეტრებით. ეს მეთოდები საშუ-
ალებას იძლევა მოვახდინოთ 10 000-მდე
ინდივიდუალური ცილის იდენტიფიცირება
და დავადგინოთ მათი კონცენტრაციის
ცვლილებები (21).

4. გლიკომიკა

გლიკომა შეიძლება განიმარტოს, როგორც
ორგანიზმის თავისუფალი და დაკავშირებულ
შაქრების ერთობლიობა, ხოლო გლიკომიკა
გლიკომის სრულფასოვანი და სისტემური
შესწავლაა. განსაკუთრებით საინტერესოა
დაკავშირებული შაქრების შესწავლა, რომლის
მაგალითს წარმოადგენს ცილების პოსტ-
ტრანსლაციური მოდიფიკაციის პროდუქტი
გლიკოპროტეინები. გლიკოზილირების დროს
ადგილი აქვს ცილებთან ნახშირწყლოვანი
ჯაჭვების კოვალენტურად დაკავშირებას.
ნახშირწყლოვანი ჯაჭვებით განპირობებულია
ცილების სტრუქტურული მრავალგვარობა.
ამგვარი მოდიფიკაციები მნიშვნელოვან
როლს თამაშობენ ცილების სტრუქტურულ
ორგანიზებაში, უჯრედულ-უჯრედულ
ურთიერთქმედებებში და სხვა პროცესებში.

5. მეტაბოლომიკა

მეტაბოლომიკა არის მიმართულება, რომელიც
აერთიანებს ორგანიზმში არსებულ ყველა მეტა-
ბოლიტს. კლინიკური მეტაბოლომიკის მიზანია
შესწავლილი იქნას მეტამოლიტების წარმოქმნის
ცვლილებები, რომელიც დამახასიათებელია ამა
თუ იმ პათოლოგიის ინიცირებისთვის, დადგინ-
დეს ცვლილებების დინამიკა და მეტაბოლიზმის
პასუხი დანიშნულ თერაპიულ მკურნალობაზე.

მეტაბოლომის შესწავლა დაფუძნებულია
პროტონულ ბირთვულ მაგნიტურ რეზო-
ნანსულ სპექტროსკოპიაზე და მას-სპექტრო-
მეტრიაზე და შეუძლებელია მიღებული
მონაცემების კომპიურეტულ ანალიზთან.
მეტაბოლომიკის საშუალებით შეიძლება დად-
გინდეს თანდაყოლილი და მემკვიდრული

მეტაბოლური დარღვევები, ენდოგენური და
ეგზოგენური ფაქტორებით გამოწვეული მეტა-
ბოლური პათოლოგიები, ორგანიზმის საკა-
სუხო მეტაბოლური რეაქციები ფარმაცოლო-
გიურ პრეპარატებზე თუ სხვადასხვა საკვებ
პროდუქტებზე.

მეტაბოლომიკის კლინიკური გამოყენების ერთ-
ერთ საინტერესო მიმართულებას წარმოადგენს
ამონასუნთქის მეტაბოლომის შესწავლა. ამ
შემთხვევაში ადგილი აქვს აორთქლებადი ორ-
განული ნივთიერების იდენტიფიკაციას და
რაოდენობრივ შეფასებას (22).

6. ეპიგენეტიკა

ეპიგენეტიკა წარმოადგენს ბიოლოგიის მიმარ-
თულებას, რომელიც შეისწავლის რაიმე გარე
ფაქტორების გავლენით გენების ექსპრესიისა
და ფენოტიპის ცვლილებებს, გენომში დნმ-ის
ნუკლეოტიდური თანამიმდევრობის შეუცვლე-
ლად.

ეპიგენეტიკას ხშირად „ახალ გენეტიკას“
უწოდებენ, რადგან მრავალი ბიოლოგიური
პროცესი კონტროლდება არა მხოლოდ გე-
ნებში მუტაციების საშუალებით, არამედ
შექცევადი და მემკვიდრული ეპიგენეტიკუ-
რი მოვლენებით, რომლებიც დნმ-ის მე-
თილირების და ჰისტონების მოდიფიკა-
ციების შედეგია. ეპიგენეტიკურ პროცესებს
სხვადასხვა ორგანიზმში აქვთ ადგილი და
ისინი აკონტროლობენ უამრავ ბიოლოგი-
ური ფუნქციას, მათ შორის ქსოვილებისა
და ორგანოების რეგენერაციას, X-ქრომო-
სომის ინაქტივაციას, ლეროვანი უჯრედე-
ბის დიფერენციაციას და დაბერებას. ეპი-
გენეტიკური ცვლილებები შეიძლება იყოს
მრავალი დაავადების გამომწვევი, მათ
შორის სიმსივნეების, აგრეთვე იმუნური,
ენდოკრინული და ნერვული სისტემების
დაავადებების.

ადამიანების პათოლოგიებზე ეპიგენეტიკური
პროცესების გავლენა შეისწავლება ამ
დაავადებებთან ასოცირებული დნმ-ის
მეთილირების ცვლილების კვლევით.

განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს გარემოს
ზეგავლენის შესწავლა სიმსივნური დაავადე-
ბების განვითარებაზე. არსებობს მოსაზრება,
რომ სიმსივნეების ჩამოყალიბებაში განსაზ-
ღვრელ როლს თამაშობს როგორც გენეტიკური
დარღვევები, ასევე ეპიგენეტიკური ცვლილე-
ბები. მიზეზი შესაძლებელია იყოს ამ დის-

ფუნქციების ერთიანობაც (23). ამჟამად, თანამედროვე მეთოდების საშუალებით ისაზღვრება ლოკუს-სპეციფიკური დნმ-ის მეთილირების ცვლილებები, რომლებიც უკვე წარმოადგენენ აპრობირებულ მარკერებს მთელი რიგი პათოლოგიებისათვის (24).

7. ომიკტექნოლოგიები და ონკოლოგია

უკანასკნელ პერიოდში დიდი ძვრები შეიმჩნევა ონკოდაგნოსტიკაში, სიმსივნური დაავადებების პროგნოზირებასა და მკურნალობაში. აღმოჩენილია მრავალი მარკერული გენი და მათ მიერ კოდირებული ცილები, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია დადგინდეს ონკოლოგიური დაავადების ადრეული სტადია. აღმოჩენილია მეტასტაზირების და თერაპიაზე მორეაგირე პრედიქტორები.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ონკოლოგიური დაავადებების დროს ძალზედ აქტუალურია მიკრო-რნმ-ების კვლევა. ადამიანის ორგანიზმში აღმოჩენილია ასეულობით გენი, რომლებიც მონაწილეობენ მიკრო-რნმ-ების კოდირებაში. როგორც ირკვევა, ცვლილებები მიკრო-რნმ-ების სინთეზში დაკავშირებულია ავთვისებიანი სიმსივნეების წარმოქმნასთან, მათ პროგრესთან და მეტასტაზირების პროცესთან. ამ დროს მიმდინარეობს ზოგიერთი მიკრო-რნმ-ის სუპერ-სინთეზირება, ხოლო ზოგიერთი ფორმის წარმოქმნა კლებულობს. არსებობს მოსაზრება, რომ ამ მოლეკულების სინთეზის დარღვევები ონკოგენეზის პირველწყაროს ან ერთერთ უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს (25, 26, 27, 28, 29).

მიკრო-რნმ-ების მაკოდირებელი გენების 50% ონკოგენეზთან დაკავშირებულ ქრომოსომულ უბნებში არის მოთავსებული. ზოგ მიკრო-რნმ-ს შეუძლია ონკოგენეზის ინდუცირება, ამ მოვლენას იწვევს მათი სინთეზის მომატება, ხოლო სხვა მიკრო-რნმ-ები წარმოადგენენ სიმსივნეების სუპრესორებს და ხელს უშლიან არაკონტროლირებად პროლიფერაციას.

მიკრო-რნმ-ების გამოყენება პერსპექტიულია არა მხოლოდ დიაგნოსტიკაში, არამედ შესაძლებელია მათი გამოყენება ონკოპათოლოგიების მკურნალობისას. არსებობს მოსაზრება, რომ სიმსივნურ უჯრედებში სინთეზური ან ბუნებრივი რნმ-ს შეყვანა, მიკრო-რნმ-ემის პათოლოგიური მატების შერჩევითად დათრგუნვის მიზნით, ავთვისებიანი სიმსივნეების მოლეკულური თერაპიის პერსპექტიულ მეთოდს წარმოადგენს (30).



რიჩარდ ლუგარის სახ. ცენტრი
დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

დასკვნა

თანამედროვე მედიცინაში ბიოტექნოლოგიებს წამყვანი როლი აქვთ. მსგავსი ტექნოლოგიების ფართო გამოყენება საქართველოშიც არის შესაძლებელი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რ. ლუგარის სახელობის რეფერალურ ლაბორატორიას ბევრ სხვა თანამედროვე აპარატურასთან ერთად აქვს ახალი თაობის სექვენატორი Illumina Miseq-ი, რომლის საშუალებითაც უკვე მიმდინარეობს განსაკუთრებით საშიში ბაქტერიული, ვირუსული და პარაზიტული პათოგენების გენომების სრული სექვენირება.

სექვენირებულია *Bacillus anthracis*, *Brucella abortus*, *Brucella melitensis*, *Francisella tularensis* ათეულობით შტამის სრული გენომი, რაც გენომში ნებისმიერი ცვლილების და ფილოგენეტიკური ანალიზის გზით ნიმუშებს შორის ურთიერთკავშირების დადგენის საშუალებას იძლევა. ამავე დროს დახვეწისა და განვითარების პროცესშია სხვადასხვა ვირუსით დაავადებული ადამიანების სრული ტრანსკროპტომის შესწავლა რნმ-სექსის გამოყენებით. ლაბორატორიაში არსებული ტექნიკური ბაზა არა მხოლოდ პათოგენების გენომისა და ტრანსკრიპტომის, არამედ ადამიანის სხვადასხვა პათოლოგიების, მათ შორის გენეტიკური და სიმსივნური დაავადებების, გენეზისის გამოკვლევის, მართებული დიაგნოზის დასმისა და დიაგნოსტიკურ-მარკერული სისტემების შესწავლის საშუალებას იძლევა. აღნიშნული აპარატურის

გამოყენებით შესაძლებელია მიკრო-რნმ-ების შესწავლა და ამგვარად წვლილის შეტანა სხვადასხვა სიმსივნური პათოლოგიების თერაპიაში.

ბიბლიოგრაფია

1. National Human Genome Research Institute (2010-11-08). „A Brief Guide to Genomics“. Genome.gov. Retrieved 2011-12-03.
2. M. Margulies, M. Egholm et. Al. « Génome Sequencing in microfabricated high-density picoliter reactors. Nature, 437 (2005), 376-380.
3. O. Harismendy, P.C. Ng, R.L. Strausberg et.al. „Evaluation of next generation sequencing platforms for population targeted sequencing studies“ Genome Biol. 10, 2009, R32
4. J. Kaizer. „DNA sequencing. A plan to capture human diversity in 1000 genomes“ Science. 319. 2008. 395.
5. 1000 genomes project consortium. A map of Human genome variation from population – scale sequencing. Nature. 467. 2010. 1061-1073.
6. Genome 10K community of scientists. Genome 10K a proposals to obtain whole genome sequence for 10 000 vertebrate species. J. Hered 100. 2009. 659-674.
7. A. Fujimoto, Y. Totoki, et. al. „whole genome sequencing of liver cancers identifies etiological influences on mutation patterns and recurrent mutations in chromatin regulators“ Nat. Genet. 44, 2012, 760-764.
8. N. K. Cheung, J. Zhang, et. A al. « Association of age at diagnosis and genetic mutations in patients with neuroblastoma. JAMA. 307, 2012, 1062-171.
9. S. Roychowdhury, M.K. Lyer. et.al. „personalized oncology through integrative high-throughput sequencing: a pilot study“. Sci. Transl. Med. 3. 2011, 111-121.
10. Y. F. Guan, G. R. Li. Et.ai. „Application of next generation sequencing in clinical oncology to advance personalized treatment of cancer. Chin. J. Cancer. 31. 2012. 463-470.
11. S.Reardon (2014) Fast sequencing saves newborns. Nature, 514, 13-14
12. Patino WD, Mian OY, Kang JG, Matoba S, Bartlett LD, Holbrook B, Trout HH, Kozloff L, Hwang PM. Circulating transcriptome reveals markers of atherosclerosis. Proc Natl Acad Sci U S A. 2005;102(9):3423-3488.
13. Vitzthum F, Behrens F, Anderson N L, Shaw JH. Proteomics: From Basic Research to Diagnostic Application. A Review of Requirements Needs Journal of Proteome Research 2005, 4, 1086-1097.
14. Tsidis E, Giannoudis PV. Transcriptomics and proteomics: advancing the understanding of genetic basis of fracture healing. Injury. 2006; 37 Suppl 1:S13-9.
15. Filipowicz W. Imprinted expression of small nucleolar RNAs in brain: time for RNomics. Proc Natl Acad Sci USA. 2000; 97(26):14035-7.
16. Beggs JD, Tollervey D. Crosstalk between RNA metabolic pathways: an RNOMICS approach. Nat Rev Mol Cell Biol. 2005; 6(5):423-439
17. Huttenhofer A, Vogel J. Experimental approaches to identify non-coding RNAs. Nucleic Acids Res. 2006 ; 34(2):635-646.
18. Teixeira MR (2006). «Recurrent fusion oncogenes in carcinomas». Critical Reviews in Oncogenesis 12 (3-4): 257-271.
19. Maher CA, Kumar-Sinha C, Cao X, Kalyana-Sundaram S, Han B, Jing X, Sam L, Barrette T, Palanisamy N, Chinnaiyan AM (January 2009). «Transcriptome Sequencing to Detect Gene Fusions in Cancer». Nature 458 (7234): 97-101.
23. Choi, J.D.; Lee, J.S. Interplay between Epigenetics and Genetics in Cancer. Genomics Inform.2013, 11, 164-173
24. Mikeska Tand Craig J.M. DNA Methylation Biomarkers: Cancer and Beyond Genes 2014, 5, 821-864;
20. Anderson NL, Anderson NG (1998). «Proteome and proteomics: new technologies, new concepts, and new words». Electrophoresis 19 (11): 1853-61.)
21. Wittmann-Liebold B, Graack HR, Pohl T. Two-dimensional gel electrophoresis as tool for proteomics studies in combination with protein identification by mass spectrometry. Proteomics. 2006; 6(17): 4688-4703.
22. Nicholas J.W. Rattray1*, Zahra Hamrang2*, Drupad K. Trivedi1, Royston Goodacre1, and Stephen J. Fowler Taking your breath away: metabolomics breathes life in to personalized medicine, Trends in Biotechnology, October 2014, Vol. 32, No. 10 , 538-548
25. Garzon R, Fabbri M, Cimmino A, Calin GA, Croce CM. MicroRNA expression and function in cancer. Trends Mol Med. 2006; 12(12):580-587.
26. Croce C. MicroRNAs in leukemia. Clin Adv Hematol Oncol. 2006; 4(8):577-578.
27. Hammond SM. RNAi, microRNAs, and human disease. Cancer Chemother Pharmacol. 2006; 58 Suppl 7:63-68.
28. Osada H, Takahashi T. MicroRNAs in biological processes and carcinogenesis. Carcinogenesis. 2007;28(1):2-1.
29. Zhang B, Pan X, Cobb GP, Anderson TA. microRNAs as oncogenes and tumor suppressors. Dev Biol. 2006 Aug 16;
30. Wurdinger T, Costa FF. Molecular therapy in the microRNA era. Pharmacogenomics J. 2006 Dec 26.



თანამედროვე ტექნოლოგიები მედიცინაში

ლევან ლაზარაშვილი

ტექნიკურ მეცნიერებათა კანდიდატი, აკადემიური
დოქტორი, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის
სრული პროფესორი

სამედიცინო ტექნიკის განვითარება მიმდინარეობს იგივე ვექტორით, როგორც კაცობრიობის ევოლუცია: მიმდინარეობს ხილულის საზღვრების გაფართოება, მიკროსტრუქტურებში შეღწევა, რუტინული გამოკვლევების გამარტივება და ავტომატიზაცია, ადამიანის ინტელექტის ინტეგრაცია მძლავრ კომპიუტერულ სისტემებში.

დღეს, როდესაც საუბარია ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე, ყოველთვის იგულისხმება მკურნალობა და დიაგნოსტიკა თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით. ექიმის შრომა განუყოფელი ხდება აპარატურის შესაძლებლობებისაგან, რომლებითაც აღჭურვილია სამედიცინო დაწესებულებები.

ენდოსკოპია, მიკროქირურგია, ბირთვული და ლაზერული მედიცინა – ეს ის მიმართულებებია, რომლებმაც სულ რაღაც რამდენიმე წლის განმავლობაში შეძლეს მოეხდინათ გარღვევა უმძიმეს დაავადებებთან ბრძოლაში, რაც ადრე ითვლებოდა განუკურნებლად. ვითარდება ურთიერთობების ტელეკომუნიკაციური ხერხები, მაღლდება სპეციალისტთა კომპეტენცია, მაგრამ თავად სამედიცინო ტექნიკის განვითარების დონე არანაკლებ უწყობს ხელს მედიცინის განვითარებას.

დღეისათვის, დროითი სხვაობა მკურნალობის რევოლუციური მეთოდების აპრობაციასა

და მათ საერთო სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგვას შორის მინიმალურია. უწყვეტად მიმდინარეობს ორგანოთა (ღვიძლი, თირკმელი, გული) გადანერგვის ურთულესი ოპერაციები, მანიპულაციები ღია გულზე, ტვინის სიმსივნის ნეიროქირურგიული თერაპია, მძიმე თანდაყოლილი პათოლოგიების კორექცია.

ასევე სწრაფად ვითარდება სამედიცინო ტექნიკის ინდუსტრია, რომელიც წარმოადგენს მსოფლიო მრეწველობის ერთ-ერთ ინოვაციურ სფეროს, და რომლის მიღწევები ხელს უწყობს ყოველდღიურად მილიონობით ადამიანის გადარჩენას და ცხოვრების დონის გაუმჯობესებას. ამასთანავე, ის წარმოადგენს #2 სფეროს მსოფლიოში, რომელიც საინვესტიციოდ მიმზიდველია.

ახალი სამედიცინო ტექნიკის დამუშავება და წარმოება, დაკავშირებულია რა ბევრი მომიჯნავე მეცნიერების და ტექნოლოგიის განვითარებასთან, იყენებს თანამედროვე მიღწევებს საინფორმაციო ტექნოლოგიების, ქიმიის, პოლიმერების, ფიზიკის, დიზაინის, ნანო-ტექნოლოგიების და ა.შ. სფეროებიდან. ეს განაპირობებს მისი წარმოების განვითარების სპეციფიურ დინამიკას – ახალი სამედიცინო ტექნიკის შემუშავების და წარმოების სიჩქარე შეიძლება შედარდეს მხოლოდ მოზილური ტელეფონების ინდუსტრიას: სამედიცინო ტექნიკის არსებობის საშუალო ვადა (განახლების

ან/და მოდერნიზაციის/მოდიფიკაციის ეტაპამდე) შეადგენს სულ რაღაც 18-24 თვეს.

სამედიცინო ტექნიკის განვითარების ასეთი ტემპები უპირობოდ ზეგავლენას ახდენს დარგის სტრუქტურის სპეციფიურობაზე. შეიძლება ითქვას, რომ სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებელი კომპანიების 80% წარმოადგენს მცირე ან საშუალო სიდიდის კომპანიებს ვიწრო სპეციალიზაციით, რომლებიც საფუძვლიანად ამუშავებენ სულ რამდენიმე ტექნოლოგიას და მუდმივად ახდენენ მის გაუმჯობესებას. ასეთი სიტუაცია დაკავშირებულია როგორც სამედიცინო ტექნიკის ფართო ნომენკლატურასთან (20000 სახეობაზე მეტი), ასევე სამედიცინო ნაკეთობების დამუშავებისა და შექმნის თავისებურებებთან, რომელთა ცალკეული სახეობები ხშირად იქმნება კონკრეტული მომხმარებლის (ექიმი, ქირურგი, პაციენტი) მოთხოვნილებისამებრ.

შესაბამისად, მიმდინარეობს თანამედროვე ტექნოლოგიების აქტიური ყოვლისმომცველი დანერგვა, რაც ხელს უწყობს მედიცინის სწრაფ განვითარებას.

გარღვევამ კომპიუტერულ ტექნოლოგიებში და ვიდეოსისტემების კონსტრუქციებმა განაპირობეს შექმნილიყო მაღალფორმატიანი დიაგნოსტიკური მეთოდები და პრინციპულად დახვეწილიყო ბევრი ქირურგიული ოპერაციის შესრულების ტექნოლოგია.



დიაგნოსტიკის რუტინული მეთოდების კატეგორიაში გადავიდა რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური და ულტრაბგერითი გამოკვლევები. მაღალგარჩევადი კომპიუტერული ტომოგრაფია ჩაანაცვლა

სპირალურმა, ხოლო უკანასკნელ პერიოდში – მრავალსიბრტყიანმა კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ, რამაც ხელი შეუწყო მოცულობითი, სამგანზომილებიანი გამოსახულების მიღებას. კომპიუტერული ანგიოგრაფია გახდა ყველაზე ინფორმატიული საშუალება ფილტვის არტერიების თრომბოემბოლიის დიაგნოსტიკისათვის. პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფია 1 სმ დიამეტრზე ნაკლები სიმსივნური უჯრედებით დაზიანებული ლიმფური კვანძების გარჩევის საშუალებას იძლევა. ოპტიკურ-კოჰერენტული ტომოგრაფია, რომელსაც გააჩნია 1-2 რიგით მაღალი სივრცითი გადიდება ვიდრე ულტრაბგერას, რეალურს ქმნის მივიღოთ ცოცხალი ქსოვილის ოპტიკური ანათალის ორგანზომილებიანი გამოსახულება რეალური დროის რეჟიმში. ყოველივე ეს შესაძლებელს ხდის მოვახდინოთ ქსოვილის ინტრაოპერაციული ოპტიკური ბიოფსია იგივე გარჩევადობით, რომელიც უახლოვდება ჰისტოლოგიურს, რაც ხელს უწყობს, უფრო ზუსტად განისაზღვროს სიმსივნის გავრცელების საზღვრები და ლიმფური კვანძების მოცილების გარეშე მოხდეს მსჯელობა სიმსივნის მეტასტაზების არსებობაზე.

თანამედროვე ულტრაბგერით აპარატებში რეალიზებულია მულტი-სხივის, მულტი-შრეების და ელასტოგრაფიის ინოვაციური ტექნოლოგიები, რომლებიც უზრუნველყოფს მაღალი სიზუსტის სამგანზომილებიანი გამოსახულების გენერირებას. კლინიკურ პრაქტიკაში გულის კვლევის სამგანზომილებიანი გამოსახულების ექოკარდიოგრაფიული მეთოდების დანერგვამ შესაძლებელი გახადა სერიოზული პროგრესი გულის სარქველების პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში. კარდიოქირურგს შეუძლია შეისწავლოს მისთვის საინტერესო სარქველი სხვადასხვა მხრიდან დროის რეალურ მასშტაბში ფუნქციონირებად გულზე და მიიღოს ინფორმაცია, რომელიც მოცულობით აჭარბებს ინტრაოპერაციულს, რამდენადაც ოპერაციის დროს ქირურგი მუშაობს გაჩერებული გულის პირობებში და ხედავს მას მხოლოდ ერთი მხრიდან.

მიმდინარეობს მედიცინის უწყვეტი შეღწევა ნანო-სამყაროში: ათვისებულია უმცირესი ელემენტების ვიზუალიზაციის

და აღწარმოქმნის უნიკალური მეთოდები, რომლებიც გამოხატულებას პოულობენ ახალი თაობის ქირურგიულ ინსტრუმენტებსა და სამკურნალო საშუალებებში.

ასევე სწრაფად ვითარდება ქირურგიული სამედიცინო ტექნიკა. თანამედროვე ქირურგიამ მიაღწია უხილავ მწვერვალს, რასაც უპირობოდ ხელი შეუწყო მისმა სპეციალიზაციამ. აღსანიშნავია, რომ მიღებული საუკეთესო შედეგები გულის, სისხლძარღვების, ფილტვების, ღვიძლის ურთულესი ოპერაციების შედეგად მიღწეულია თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკის გამოყენების წყალობით. ვითარდება რადიოქირურგია, რომელიც ტრანსფორმირდება ზუსტ და უხიფათო ტექნოლოგიაში სიცოცხლისათვის საშიში ახალწარმონაქმნების იონიზებული გამოსხივების მაღალი დოზებით მკურნალობაში.

ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდების და მაღალხარისხიანი სამედიცინო ტექნიკის გამოჩენა პარალელურად არსებულში ინტეგრაციის საშუალებას იძლევა. მაგალითისათვის: ულტრაბგერითი ენდოსკოპიური გამოკვლევა მოიცავს კვლევის ორივე მეთოდს, რაც საშუალებას იძლევა მაღალი ხარისხის ალბათობით განისაზღვროს სიმსივნური პროცესის ინტრამურალური გავრცელება და ლიმფური კვანძების მეტასტაზური ცვლილებების არსებობა. ენდოსკოპიური მეთოდიკა დღეისათვის გამოიყენება კარდიოქირურგიაში, ტრავმატოლოგია-ორთოპედიაში, სისხლძარღვთა ქირურგიაში.

განსაკუთრებულად ფასეულია დიაგნოსტიკის არაინვაზიურ მეთოდებზე გადასვლის საერთო ტენდენცია. მაგალითად, თუ ადრე სისხლძარღვთა პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში ანგიოგრაფიული მეთოდი ითვლებოდა „ოქროს“ სტანდარტად, ამჟამად შესაძლებელია დუპლექს-ანგიოსკანირებით პრაქტიკულად იგივე შედეგის მიღწევა, რაც შესაძლებელია ჩატარდეს ამბულატორიულ პირობებში.

სერიოზული განვითარება ჰპოვა ახალი ტექნოლოგიების შემუშავებამ ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიმართულებით. დღეისათვის მხოლოდ სიმსივნის ზოგიერთი სახეობა ექვემდებარება მკურნალობას და მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც შესაძლებელია მათი ადრეული დიაგნოსტიკა. ახალი კვლევები

მიმართულია იმაზე, რომ შესაძლებელი გახდეს სიმსივნური დაავადებების სასიკვდილო ჯგუფიდან ქრონიკულში გადაყვანა, რომლის კონტროლიც შესაძლებელი იქნება. ნანოტექნოლოგიები, გაუმჯობესებული მედიკამენტები და მოლეკულური ბიოლოგია საშუალებას იძლევა შეიქმნას სელექტიურ მიდგომაზე, არაინვაზიურ და უსაფრთხო მკურნალობაზე დაფუძნებული მკურნალობის ასობით ახალი გაუმჯობესებული ტექნოლოგია.

განსაკუთრებით იმედის მომცემია ნანოტექნოლოგიები, რამდენადაც ტექნოლოგიები მათ საფუძველზე საშუალებას იძლევა, მოიძებნოს სიმსივნური უჯრედები, მოხდეს მათში შეღწევა და მათი დაშლა, შემდეგ კი – ნანოსხეულის ორგანიზმიდან უსაფრთხო გამოყვანა.

მეორე მნიშვნელოვანი მიმართულებაა – ონკოლოგიური დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკის ტექნოლოგიები. იხვეწება მეთოდიკები, დაფუძნებული ნანოკრისტალების გამოყენებაზე, რომლებიც სიმსივნური უჯრედების მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფებით დანახვის საშუალებას იძლევა. ასევე მოსალოდნელია ისეთი ტექნოლოგიების შემუშავება, რომლებიც უზრუნველყოფს ადამიანის ორგანოების გამოსახულების ფორმირებას მაქსიმალური გარჩევადობით და ორგანოების „ფიზიკური“ ინფორმაციის (ფენოტიპი) მიღებას დეტალურ გენეტიკურ ინფორმაციასთან შედარების მიზნით, რომელიც მიწვდომადია ამ ორგანოს ქსოვილისათვის. ასევე მოსალოდნელია სიმსივნის მოცილების უფრო ეფექტური მეთოდების და ტექნოლოგიების შემუშავება სამედიცინო გამოსახულების გამოყენებით, მიმართული ზუსტი პოზიციონირების უზრუნველყოფაზე და სიმსივნური წარმონაქმნების გამოვლინების და ლოკალური დაშლის მიზნით გამოყენებული სპეციალური ზონდების და ინსტრუმენტების ეფექტურობის გაზრდისაკენ. ეს ტექნოლოგიები დაეხმარება ექიმებს, გაზარდონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ოპერაციების სიზუსტე, შეამცირონ გვერდითი ეფექტები.

ბიომედიცინა, „გონიერი“ სენსორები, უკაბელო კავშირის ტექნოლოგიები სწრაფად ვითარდება, რაც უახლოეს მომავალში უზრუნველყოფს ადამიანის ჯანმრთელობაზე უწყვეტ კონტროლს. მონიტორინგის შემოტანამ ექიმებს მისცა საშუალება, შეამჩნიონ პრობლემების

ნიშნები, ვიდრე ისინი დადგება. ამ კატეგორიის გარკვეული მოწყობილობები უკვე არსებობს ბაზარზე და უახლოეს მომავალში მათ ძალუმს, დაეხმარონ პაციენტს უფრო თავდაჯერებულად და უსაფრთხოდ იგრძნონ თავი. ამიტომ ჯანმრთელობის ბიომონიტორინგი პრევენციული მედიცინის უძლიერეს ინსტრუმენტს წარმოადგენს.



ამ მიმართულების სწრაფ განვითარებაზე მეტყველებს შემდეგი ფაქტები. პირველი – შეინიშნება მოთხოვნილება ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის სისტემებზე. ნაკლებად აქტიური ცხოვრების წესის, მუდმივი სტრესების, ქრონიკული დაავადებების გავრცელების და სხვათა გამო იზრდება ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონტროლის აუცილებლობა. მეორე – სენსორების შემოღება მუდმივ საექიმო პრაქტიკაში საშუალებას იძლევა პრაქტიკულად დროის რეალურ რეჟიმში მოხდეს ორგანიზმის მდგომარეობის ანალიზი და გადაწყვეტილების მიღება.

აღნიშნული ტექნოლოგიების განვითარების ძირითად დაბრკოლებად შეიძლება ჩაითვალოს იმ მოწყობილობების დაზიანების მაღალი ალბათობა, რომლებიც გამოიყენება ადამიანის ორგანიზმში იმპლანტაციისათვის და მონაცემების რეგისტრაციისათვის, ინფორმაციის ჭარბი რაოდენობა, აგრეთვე პაციენტების სწავლების აუცილებლობა.

ინოვაციები სამედიცინო ტექნიკის სფეროში იზადება უშუალოდ სამედიცინო პერსონალის მონაწილეობით, რომლებიც მწარმოებელ კომპანიებთან ერთად ეძებენ უფრო მოხერხებულ, ეფექტურ და უსაფრთხო გადაწყვეტებს მათ ყოველდღიურ კლინიკურ თუ დიაგნოსტიკურ პრაქტიკაში.

შემდგომში ეს იდეები სწრაფად გარდაიქმნება პროტოტიპებში და რამდენიმე თვეში ჩნდება მწარმოებელი კომპანიების ასორტიმენტში. აღნიშნული ინოვაციები იშვიათად ატარებს შემთხვევითი „გარღვევის“ ხასიათს და მიიღწევა თანდათანობითი გაუმჯობესების გზით. ამგვარი პარტნიორული დამოკიდებულების მოდელი სამედიცინო ტექნიკის მრეწველობასა და მედიცინას შორის ჩამოყალიბდა გასული 30 წლის განმავლობაში და გამოირჩევა მაღალი ნაყოფიერებით.

დღეისათვის მედიცინა საქართველოში სწრაფად ვითარდება. გამოყენებული ტექნოლოგიები ჯერ-ჯერობით შორსაა გაჯერებისაგან და ხასიათდება ზრდის მაღალი ტემპებით. შედარებით ხშირად იმართება სამედიცინო გამოფენები და კონფერენციები, რომლებიც როგორც მედიცინის, ასევე სამედიცინო ტექნიკის განვითარებას ეძღვნება.

ამასთან, გასათვალისწინებელია ქვეყანაში სამედიცინო ტექნიკის განვითარების ზოგადი ტენდენციები უახლოეს წლებში, რაც გარკვეულწილად დაკავშირებულია ამ მიმართულებით მსოფლიოში არსებულ გამოცდილებასთან. ცნობილია, რომ სამედიცინო ტექნიკის მსოფლიო ბაზარი მნიშვნელოვნად ფორმირდება მსხვილი ტრანსნაციონალური კომპანიებით, როგორცაა General Electric, Siemens, Philips და ა.შ. ეს დაკავშირებულია მნიშვნელოვან ხარჯებთან კვლევებში და კონსტრუირებაში, აგრეთვე ახალი პროდუქციის პოპულარიზაციისაკენ მიმართულ ხარჯებთან. ცხადია, რომ საერთო ბაზრის განვითარება უმეტესწილად დამოკიდებული იქნება ტრანსნაციონალური კომპანიების პრიორიტეტებზე, როგორც ახალი ბაზრის ექსპანსიის, ასევე კვლევებისა და კონსტრუირების მიმართულებით. თუ ვიმსჯელებთ სამედიცინო ტექნიკის მსხვილი მწარმოებლების გაზრდილ ინტერესზე, მოსალოდნელია მათ მიერ ე.წ. ახალ ბაზარზე (emerged markets) პროდუქციის პოპულარიზაციის აქტივიზაცია, რასაც მოჰყვება მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო ტექნიკის იმპორტი. თუმცა უახლოესი 5-10 წლის განმავლობაში გარკვეული შეზღუდვები-შეფერხებები იქნება მოსალოდნელი, რაც განპირობებულია სამედიცინო პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაციით და პაციენტების

ცუდი ინფორმირებულობით მედიცინის თანამედროვე შესაძლებლობების შესახებ. იმისათვის, რომ მწარმოებელმა გაყიდოს მაღალტექნოლოგიური აპარატურა, გარდა მის პოპულარიზაციაზე გაწეული ხარჯებისა, უნდა შესძლოს სათანადო სამედიცინო პერსონალის მომზადება, რაც თავის მხრივ ზრდის საბოლოო პროდუქტის ღირებულებას.

ამასთანავე, ქვეყანაში თანამედროვე ტექნოლოგიების შემოღების მნიშვნელოვან დაბრკოლებას მათი შეფასების არაეფექტური სისტემის არსებობა და მათი რეგულარული მონიტორინგის არარსებობა წარმოადგენს. განვითარებულ ქვეყნებში მთავრობა და სამედიცინო დაწესებულებები იძულებულნი არიან მიიღონ ზომები მკურნალობაზე ხარჯების შემცირების მიზნით. ამასთან

დაკავშირებით შემუშავებულ იქნა სამედიცინო ტექნოლოგიების შეფასების კონცეფცია – Health Technology Assessment (HTA), დაფუძნებული ყველა დონეზე ეკონომიკური და კლინიკური ეფექტურობის შეფასების მექანიზმების დანერგვაზე. ეს მექანიზმები მოქმედებს როგორც ახალი ტექნოლოგიების ბაზარზე დაშვების მიმართულებით, ასევე მათი შესყიდვის დაფინანსების მხრივ. აღნიშნული კონცეფცია ამა თუ იმ ფორმით უკვე დანერგილია 20-მდე ქვეყანაში. მისი შემდგომი გავრცელება მეტად მნიშვნელოვანია სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებლებისათვის, რათა გაუწიოს სტიმულირება არა მარტო ახალი ტექნოლოგიების განვითარების მიმართულებით, არამედ ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნითაც.



მოსახლეობის ჯანმრთელობის მედიცინის ზედახედვის შესაძლებლობები

მანია კერესელიძე

მედიცინის დოქტორი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის უფროსი



ქეთევან ლაშვილიძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემთა ანალიზისა და წარდგენის სამმართველოს უფროსი

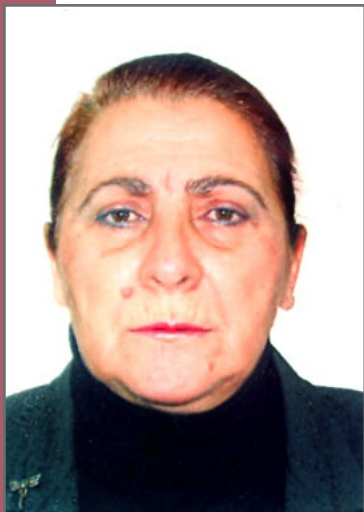
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა მოწოდებულია, მიმართოს თავისი ძალისხმევა ისეთი მნიშვნელოვანი ამოცანების გადასაწყვეტად, როგორცაა ქალთა, ახალშობილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ინფექციური დაავადებების კონტროლი, მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდა და სხვა. თითოეული მათგანი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია პროდუქტიულობის ამაღლების, სიღარიბის დონის შემცირებისა და ეკონომიკური ზრდის ხელშეწყობისთვის. ამ ამოცანების გადასაწყვეტად ჯანდაცვის ორგანიზაციებს ხელთ უნდა ჰქონდეთ საიმედო მონაცემები ჯანდაცვის სფეროში არსებული საჭიროებებისა და სხვადასხვა დაავადების შედეგად შესაძლო წარმოქმნილი პრობლემების მასშტაბების შესახებ, რათა არსებული რესურსები ოპტიმალურად იქნეს გამოყენებული, შემუშავდეს და განხორციელდეს შესაბამისი პროგრამები და მოხდეს ამ პროგრამების მონიტორინგი და შეფასება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზედამხედველობა არის „მონაცემთა სისტემური შეგროვების, ანალიზისა და ინტერპრეტაციის პროცესი, რომელიც საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქმედებების დაგეგმვის, დანერგვისა და შეფასების საფუძველს წარმოადგენს, რაც თავის მხრივ



ნინო ცეცხლაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემთა ანალიზისა და წარდგენის სამმართველოს უფროსი სპეციალისტი



მანანა ცინცაძე

ბიოლოგიის მეცნიერებათა კანდიდატი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რუტინული სტატისტიკისა და რეგისტრების სამმართველოს უფროსი

მჭიდრო კავშირშია დაავადებათა პრევენციასა და კონტროლზე პასუხისმგებელი სუბიექტებისათვის მონაცემთა დროულ მიწოდებასთან“.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზედამხედველობა თანამედროვე კონტექსტში გამოიყენება როგორც ტერმინი, რომელიც აღწერს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მოვლენებზე დაკვირვების პროცესს და პირდაპირ უკავშირდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებებს.

ამერიკის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების მიერ გამართულ მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზედამხედველობის საკითხებისადმი მიძღვნილ საერთაშორისო სიმპოზიუმზე მოხდა ზედამხედველობის, როგორც გლობალური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი ნაწილის, ადვოკატირება. სიმპოზიუმზე ხაზი გაესვა პრიორიტეტების დასახვისთვის, პოლიტიკის განვითარებისა და პროგრამების შეფასებისთვის ზედამხედველობის გამოყენებას. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოვლენების ზედამხედველობა და მონიტორინგი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირველი რიგის ფუნქციად განისაზღვრა.

უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზედამხედველობის პრაქტიკული გამოყენება მნიშვნელოვნად განვითარდა – ტრადიციულად არსებული ინფექციური დაავადებების კონტროლის გარდა, მან მოიცვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემების ფართო სპექტრის მონიტორინგი, ესენია: მწვავე და ქრონიკული ავადმყოფობები, დაზიანებები, გარემოთი და პროფსაქმიანობით გამოწვეული ზიანი, ქცევითი რისკ-ფაქტორები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და სხვა. ბოლო პერიოდში ეპიდემიოლოგები ასევე აფასებენ ჯანდაცვის სამსახურების მუშაობის ეფექტურობას და მიზანშეწონილობას. კერძოდ, განსაზღვრავენ ჰოსპიტალიზაციის ოპტიმალურ ხანგრძლივობას სხვადასხვა პათოლოგიის დროს, ჰიპერტენზიის მკურნალობის მნიშვნელობას და ა.შ., შეისწავლიან, თუ როგორ აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოსა და რისკ-ფაქტორების ზემოქმედება და სხვა.

მსოფლიოს მასშტაბით რუტინული ზედამხედველობის სისტემების მეშვეობით მიღებული მონაცემები და მათ საფუძველზე გამოთვლილი

ინდიკატორები საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს სხვა სააგენტოები) ზემოხსენებული საერთაშორისო მონაცემთა ბაზების შევსებისა და ქვეყნების ერთმანეთთან შედარების მიზნით გამოიყენება.

ყოველივე ზემოაღნიშნულისთვის მონაცემები სხვადასხვა წყაროებიდან მოიპოვება, როგორცაა სტატისტიკური ანგარიშგების ფორმები (ანგარიშები შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების შესახებ, სტაციონარული, პირველადი ჯანდაცვის და სპეციალიზებული კლინიკების ანგარიშები და ა.შ.) და რეგისტრები, ლაბორატორიების მონაცემები, კვლევების შედეგები.

ბუნებრივია, ასეთი ფართო სპექტრის ინფორმაციის მოსაპოვებლად კომპლექსურად გამოიყენება ანგარიშგების განსხვავებული მიდგომები და მეთოდები. კომპლექსური ზედამხედველობის ვექტორი რამდენიმე გრადიენტულ საფეხურს მოიცავს, რომლებიც მიმართულია მაქსიმალურად ფართო, მოცულობითი აღწერილობითი ინფორმაციიდან მაქსიმალურად ვიწრო, სპეციფიური და კლინიკური მახასიათებლების მომცველი ინფორმაციის არსებობისკენ.

ყველაზე ფართო და მთლიან მოსახლეობაზე ორიენტირებულ მიდგომას ყოვლისმომცველი ანგარიშგების სისტემები წარმოადგენს, რომელთა მეშვეობით გროვდება ინფორმაცია მეთვალყურეობის ქვეშ არსებული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა შემთხვევის შესახებ. ყოვლისმომცველი ანგარიშგების ასეთი სისტემების ფარგლებში ინფორმაცია, როგორც წესი, რუტინულად – რეგულარულ საფუძველზე გროვდება.

ანგარიშგების ყოვლისმომცველი სისტემები ფართოდ გამოიყენება განვითარებად ქვეყნებში, სადაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მონაცემთა მიზნობრივი შეგროვება შესაძლოა მკვეთრად იყოს შეზღუდული დანახარჯების თვალსაზრისით.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის რუტინული ანგარიშგების სისტემები, როგორცაა სამედიცინო სტატისტიკა, დემოგრაფიული სტატისტიკა და სხვა, რომლებიც მიეკუთვნება ფუნდამენტურ სოციალურ მეცნიერებებს, ეფუძნება რეგულარულ საფუძველზე, განსაზღვრული პერიოდულობით მოპოვებულ აღწერილობით მონაცემებს. ისინი მოიცავს

მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის, დაავადებების გავრცელების, სიცოცხლის ხანგრძლივობის, სამედიცინო სერვისების, ჯანდაცვის რესურსების და სხვა აგრეგირებულ ან შემთხვევაზე ორიენტირებულ მონაცემებს. აღწერილობითი მონაცემები განსაზღვრავს ადამიანის, ადგილისა და დროის მახასიათებლებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა შემთხვევების შესახებ, მათი მეშვეობით ხდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის და ასევე ჯანდაცვის ორგანიზაციების (მთლიანად დარგის) ფუნქციონირების მახასიათებლების რაოდენობრივი გაზომვა და შეფასება. რუტინული სამედიცინო და დემოგრაფიული სტატისტიკის, როგორც მეცნიერების, ობიექტს წარმოადგენს საზოგადოება, ქვეყნის (რეგიონის) მოსახლეობა. ერთჯერადი ეპიდემიოლოგიური კვლევებისგან განსხვავებით, ქვეყნის მოსახლეობაზე ზედამხედველობა არის დროში გავრცობილი პროცესი.

საქართველოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის რუტინული სამედიცინო ანგარიშგების სისტემა დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ერთ-ერთი ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებაა. სისტემის ფარგლებში მიმდინარეობს მონაცემთა შეგროვება, მონაცემთა ბაზების ფორმირება, მონაცემთა ანალიზი, წარდგენა და გავრცელება. რუტინული სამედიცინო სტატისტიკის მეშვეობით შეგროვებული მონაცემების საფუძველზე ხორციელდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციისა და ეფექტურობის ამსახველი ინდიკატორების გამოთვლა ასაკის, სქესის და გეოგრაფიული არეალის მიხედვით. საერთაშორისო მოთხოვნების გათვალისწინებით, რეგულარულ საფუძველზე წარმოებს ისეთი საერთაშორისოდ აღიარებული მაჩვენებლების გამოთვლა, როგორცაა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამების „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ (HFA) და „ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება“ (HSPA) ინდიკატორები, გაეროს „ათასწლეულის განვითარების მიზნების“ (MDG) ინდიკატორები და სხვა.

ზოგიერთი დაავადებებისთვის, რომლებიც განსაკუთრებულ აღნუსხვას ექვემდებარება, ფართოდ გამოიყენება მოსახლეობის ჯანმრთელობის პირველადი ზედამხედველობის ერთ-ერთი გავრცელებული მიდგომა – სასწრაფო შეტყობინების სისტემა. შეტყო-

ბინებას დაქვემდებარებულ დაავადებებს მიეკუთვნება ტუბერკულოზი, აივ-შიდსი და სხვა გადამდები ავადმყოფობები. შეტყობინების სისტემა გამოიყენება ასევე ეპიდემიებზე ადეკვატური რეაგირების მიზნით, მაგალითად, მალარიის აფეთქების შემთხვევაში. სასწრაფო შეტყობინების სისტემა აგრეთვე გამოიყენება ჯანმრთელობის სტატუსის სხვა საკითხების ან დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ან მკვრადშობადობის აღრიცხვისათვის.

შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების შესახებ ანგარიშგების სისტემა, როგორც წესი, არის პასიური და აქტიური. პასიური (პროვაიდერის მიერ ინიცირებული) ზედამხედველობა წარმოადგენს მონაცემთა შეგროვების ფორმას, როდესაც სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი პროვაიდერები ახდენენ ანგარიშგებას არსებული წესებისა და რეგულაციების მიხედვით. რუტინული ზედამხედველობის სისტემათა უმრავლესობა ეფუძნება პასიურ ანგარიშგებას – ანუ სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლები ახდენენ შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების შესახებ ინფორმირებას თითოეული შემთხვევის მიხედვით. პასიური სისტემები ხშირად არის შეზღუდული სრული ან რეპრეზენტატიული მონაცემების სიმცირის გამო და ყოველთვის არ არის საკმარისად მოქნილი აფეთქებების გამოვლენის თვალსაზრისით. პასიური სისტემების უპირატესობას წარმოადგენს აქტიურ სისტემებთან შედარებით ნაკლები პერსონალის აუცილებლობა და შესაბამისად, უფრო იაფია. პასიური სისტემების ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გამოწვევების შესახებ მონაცემთა შესაგროვებლად გამოიყენება ზედამხედველობის აქტიური სისტემები. აქტიური ზედამხედველობა (ჯანდაცვის უმაღლესი მმართველობითი რგოლის მიერ ინიცირებული) გულისხმობს რუტინული ანგარიშგებით რეგულარულ მოცვას კონკრეტული დაავადებებისა და მდგომარეობის შესახებ ანგარიშგების გაძლიერების მიზნით. როგორც წესი, გამოიყენება დროის მოკლე პერიოდებში კონკრეტული მიზნებით (მაგალითად, პოპულაციის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კონკრეტული მდგომარეობის ელიმინაციისათვის) და სკრინინგისთვის. აქტიური ზედამხედველობა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს პასიური ანგარიშგების რეპრეზენტატიულობის შესაფასებლად, კონკრეტული მდგომარეობების შესახებ ანგარიშგების სის-

რულის გაზრდისა ან დამატებითი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევის სახით.

საქართველოში შეტყობინებას დაქვემდებარებულ დაავადებების ზედამხედველობას დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს. დაავადებების წუსხა და ანგარიშგების წესები დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.

შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების შესახებ ანგარიშგებით მიღებული მონაცემები ხშირად გამოიყენება სოციალურ-ეკონომიკურ და დემოგრაფიული სტატისტიკის მონაცემებთან ერთად, რაც დაგეგმარების და შედარებების საშუალებას იძლევა.

დემოგრაფიული სტატისტიკა ახორციელებს მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის გრძელვადიანი ტენდენციების მონიტორინგს, განსაზღვრავს თავისებურებებს რასობრივ ან მოსახლეობის სხვა ქვე-ჯგუფებს შორის, აფასებს განსხვავებებს გეოგრაფიული არეალის ან დასაქმების მიხედვით და სხვა.

ყოვლისმომცველი ანგარიშგების სისტემების მეშვეობით მონაცემთა შეგროვების შესახებ არსებობს რამდენიმე ყურადსაღები გარემოება. უპირველეს ყოვლისა, მონაცემთა წყაროები და შეგროვების მეთოდები უნდა შემოწმდეს მათი მიზანშეწონილობის თვალსაზრისით. ზედამხედველობის მონაცემთა სიზუსტე ფასდება სანდოობითა და ვალიდურობით. მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კონკრეტული შემთხვევა არის თუ არა წარმოდგენილი ანგარიშგებაში თანმიმდევრულად სხვადასხვა დამკვირვებლების მიერ (სანდოობა) და ასევე ასახავს თუ არა ანგარიშები რეალურად არსებულ მდგომარეობას (ვალიდურობა). მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტები უნდა განსაზღვრავდეს იმ მინიმალურ ინფორმაციას, რომელიც საჭიროა ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული შემთხვევების ზედამხედველობისთვის, მონაცემთა ხარისხის უზრუნველსაყოფად და ჯანდაცვის სისტემისთვის დამატებითი ფინანსური ტვირთის თავიდან ასაცილებლად. ზედამხედველობის სისტემის მეშვეობით შეგროვებულ თითოეულ ელემენტს უნდა გააჩნდეს გამოყენების მკვეთრად განსაზღვრული არე.

მონაცემთა შეგროვების შეზღუდვები უნდა იყოს გამოვლენილი, ინტერპრეტირებული და რეპორტირებული. ანგარიშგებაში არსებული ნაკლოვანებები შეიძლება იყოს გარდაუვალი, რადგანაც ზედამხედველობის სისტემების უმრავლესობა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ანგარიშგებას ეფუძნება, თუმცა დაავადებათა გავრცელების ტენდენციების გამოსავლენად არასრული მონაცემებიც შეიძლება იყოს გამოყენებული. ანგარიშგებაში მომხდარ სისტემურ შეცდომებს შესაძლოა მოჰყვეს ავადობის ტვირთის შეფასებების დამახინჯება, მაგალითად, ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელსაც ჰოსპიტალიზაცია მოჰყვება, უფრო მეტი ალბათობით ხვდება ანგარიშგებაში, ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაფიქსირებული პრობლემა. ზემოაღნიშნული სისტემური შეცდომების შემცირების საუკეთესო შესაძლებლობას მონაცემების სხვადასხვა ალტერნატიული წყაროებიდან შეგროვება წარმოადგენს.

მიუხედავად იმისა, რომ ყოვლისმომცველი ანგარიშგება ინფორმაციის ფართო სპექტრს იძლევა, მნიშვნელოვანი ტენდენციების და ცვლილებების გამოვლენის მიზნით მიზანშეწონილია რუტინული მეთოდებით შეგროვებული მონაცემების სხვა მეთოდებით გადამოწმება, მაგალითად, შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების შესახებ ანგარიშებს შეიძლება დაემატოს კვლევებითა და სენტინელური ანგარიშებით მიღებული ინფორმაცია. რუტინული მონაცემების პერიოდულად გადამოწმება რამდენიმე მიზანს ემსახურება: მოწმდება რუტინული სტატისტიკის ხარისხი; იზრდება მონაცემთა სისრულე; გროვდება ინფორმაცია, რომელიც რუტინული ანგარიშების მიღმა რჩება, რაც დამატებითი ანალიზის და შესაბამისად, გადაწყვეტილებების შესაძლებლობას იძლევა საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარების შესახებ.

ჩაღრმავებული პოპულაციური კვლევები შეიძლება ჩატარდეს ერთჯერადად ან პერიოდულად, თუმცა ერთჯერადი კვლევები არ იძლევა ისეთ ინფორმაციას, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დაავადებათა გავრცელების ტენდენციების შესაფასებლად; უწყვეტი ან პერიოდული კვლევები უფრო სასარგებლოა ზედამხედველობის მიზნებისთვის, რადგანაც კონკრეტულ რეგიონში მაჩვენებლების მონიტორინგის შესაძლებლობას იძლევა.

ზოგადად კვლევა ითვალისწინებს მოსახლეობის გამოკითხვის მასალების ანალიზს, მიზნობრივი სამედიცინო შემოწმების ჩატარებას, სხვადასხვა წყაროდან მიღებული ინფორმაციის (გარდაცვალების შესახებ მოწმობები, ავადმყოფთა ისტორიები, ამბულატორიული ბარათები და სხვა) დამუშავებას. ინფორმაცია, რომელიც შეიძლება შეგროვდეს კვლევებით, მოიცავს მონაცემებს ავადობის სტატუსის, ავადმყოფობასთან ასოცირებული ქცევის, რისკ-ფაქტორებისა და სამედიცინო მომსახურების შესახებ. მონაცემები გროვდება მოკლე დროში და უფრო ფართო პროგრამით, რაც საშუალებას იძლევა ჩატარდეს უფრო ღრმა სამეცნიერო კვლევა, ვინაიდან პოპულაციაზე დაფუძნებული ინფორმაცია იმ დაავადებების შესახებ, რომლებიც არ ექვემდებარება სასწრაფო შეტყობინებას, ხშირად მოიპოვება მხოლოდ ინდივიდების კვლევების გამოყენებით და შესაძლოა მოიცავდეს ისეთ შემთხვევებს, რომლებიც არ არის აღრიცხული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ.

კვლევებით მიღებული შეჯამებული მასალა დაავადების სოციალური მნიშვნელობის განსაზღვრის საფუძველს იძლევა. სოციალურად მნიშვნელოვანს მიეკუთვნება დაავადება ან დაავადებათა ჯგუფი, რომელიც განაპირობებს საზოგადოებაში დიდ და ზოგჯერ შეუქცევად ეკონომიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და პოლიტიკურ ზარალს.

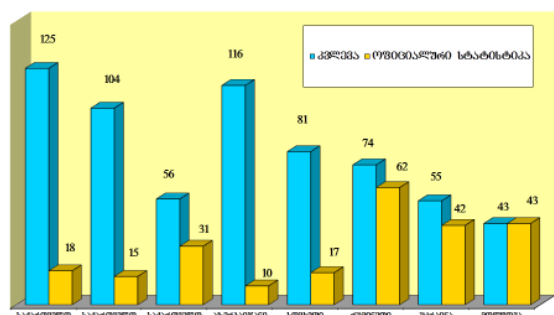
კვლევების მეშვეობით რუტინული აღრიცხვიანობის მიღმა დარჩენილი მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მიიღება. ამის ნათელი მაგალითია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ფართომასშტაბიანი კვლევა (RHS), რომლის მეშვეობით შესაძლებელია ისეთი მონაცემების მოპოვება, როგორცაა: თანამედროვე კონტრაცეპტული საშუალებების გამოყენება, არასასურველი ორსულობა, განათლების დონე, ქცევებისა და არსებული პრაქტიკის სხვადასხვა ასპექტები და სხვა. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა იძლევა მაღალხარისხიან მონაცემებს და რუტინულად ტარდება განვითარებად ქვეყნებში, მსგავსი კვლევების ჩატარება განვითარებადი ქვეყნებისთვის საკმაოდ დიდ შეზღუდვას წარმოადგენს დანახარჯების კუთხით.

საქართველოში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველი ეროვნული კვლევა 1999-2000 წლებში ჩატარდა, რითაც შეიქმნა საწყისი საბაზისო მონაცემები მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ამ სფეროში ჯანდაცვის მომსახურების გამოყენების

შესახებ. 2005 და 2010 წლებში ჩატარდა კვლევის შემდგომი რაუნდები.

2005 და 2010 წლებში საქართველოში ჩატარებული კვლევების მნიშვნელობა განსაკუთრებით იზრდება გაერთიანებული ერების მიერ 2000 წელს ათასწლეულის მიზნების დამტკიცების ფონზე, რომელიც მიზნად ისახავს 1990-დან 2015 წლამდე დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას და დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას.

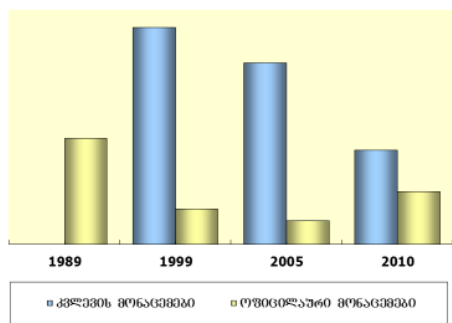
ხელშეწყობილი აბორტის წარმოების კონტრინდიკატორი (TIAR) კვლევისა და უზიციანესი მონაცემების მიხედვით; აბორტის უსაფრთხო მეთოდების გამოყენება



წყარო: CDC and ORC Macro, 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report; Serbanescu et al., 2007.

ხელშეწყობილი აბორტის წარმოების კონტრინდიკატორი (TIAR) კვლევისა და უზიციანესი მონაცემების მიხედვით, RHS

ხელშეწყობილი აბორტის მეთოდი



აღნიშნულმა კვლევებმა გამოავლინა სერიოზული ხარვეზები ოფიციალურ სტატისტიკაში, რაც სხვადასხვა მასშტაბით მრავალი ქვეყნისთვის არის დამახასიათებელი.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული კვლევისა და ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემთა სხვაობა საფუძვლად დაედო რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევას, რომელიც ჩატარდა 2008 წელს (GERAMOS). კვლევის ფარგლებში მიღებული მონაცემები რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის შესახებ სიკვდილის

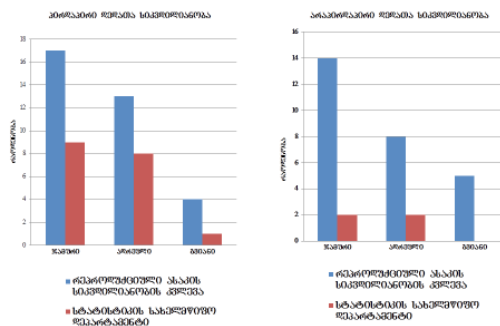
ძირითადი მიზეზების მიხედვით შედარებულ იქნა საქართველოს დემოგრაფიული სტატისტიკის მონაცემებთან. შედარების შედეგად გამოვლინდა მნიშვნელოვანი სხვაობა ზემოაღნიშნულ წყაროებს შორის. მაგალითად, საყურადღებოა დედათა სიკვდილიანობის და ნეოპლაზმური წარმონაქმნებით გამოწვეული სიკვდილიანობის არასრული აღრიცხვიანობა ოფიციალურ სტატისტიკაში.

5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცივბალაზობილზე კვლევისა და უზიციანესი მონაცემების მიხედვით, RHS

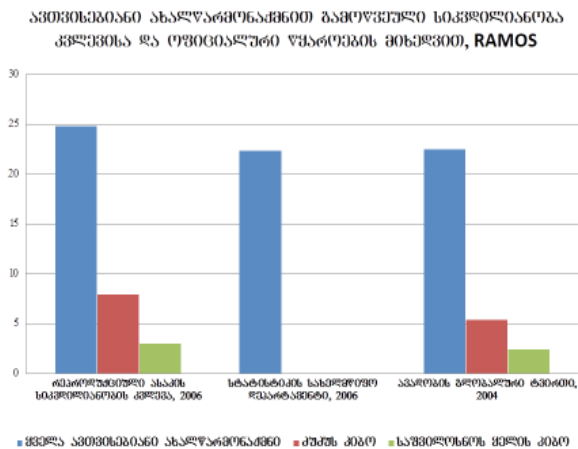


კვლევის შედეგად ასევე გამოვლინდა მნიშვნელოვანი სხვაობა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის აღრიცხვიანობაში დაავადებათა თითქმის ყველა კლასის მიხედვით, მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის 190%-იანი გადაჭარბებული აღრიცხვიანობა. აღნიშნული კვლევების შედეგებზე დაყრდნობით მოხდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სტრატეგიისა და პროგრამების შემუშავება და განხორციელება და ჯანდაცვის რეფორმის ხელშეწყობა, მეტად ინტენსიური გახდა ხელშეწყობა ოჯახის დაგეგმვის პროგრამებისადმი, გაძლიერდა საგანმანათლებლო და საზოგადოებრივი ჯგუფების საქმიანობა.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლევისა და უზიციანესი მონაცემების მიხედვით, RAMOS



საქართველოში, დღეისათვის არსებული საინფორმაციო სისტემების პირობებში, მხოლოდ კვლევებით შეიძლება იქნეს მოპოვებული უმნიშვნელოვანესი ინფორმაცია არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების და სხვა სპეციფიური მიმართულებების შესახებ, როგორცაა გარემო და პროფესიული დაავადებები, სადაც აქცენტი კეთდება გარემოს და ქცევითი ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პოპულაციის შესწავლაზე.

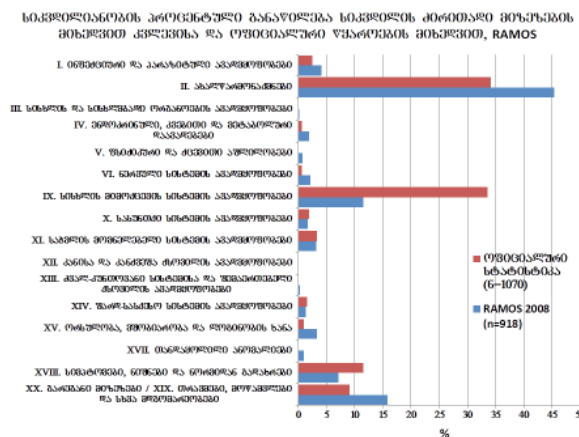


ცნობილია, რომ არაგადამდები დაავადებები, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, კიბო, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები, განაპირობებს სიკვდილის 63%-ს მთელ მსოფლიოში. ყოველწლიურად 36 მილიონი ადამიანი იღუპება არაგადამდები დაავადებებით, მათ შორის 9 მილიონი – 60 წლამდე ასაკში, რაც დიდ სოციალურ-ეკონომიკურ ზიანს აყენებს თითოეულ ქვეყანას, განსაკუთრებით კი – განვითარებად ქვეყნებს. საქართველოში სიკვდილობის 94% განპირობებულია არაგადამდები დაავადებებით და ტრავმებით, ხოლო სიკვდილის მიზეზთა 69% – გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებია.

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა, რომელიც საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში უაღრესად მნიშვნელოვან ეტაპს წარმოადგენს, 2010 წელს ჩატარდა. კვლევის შედეგად შესაძლებელი გახდა არაგადამდები დაავადებების მხრივ არსებული ტენდენციების შეფასება და საქართველოს მონაცემების სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარება. კვლევის ფარგლებში

შესრულებული სამუშაოები საფუძვლად დაედო საქართველოსთვის არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის და ეროვნული სამოქმედო გეგმის შემუშავებას და არაგადამდები დაავადებების მართვის დღის წესრიგის განსაზღვრას.

სხვადასხვა კვლევებით მიღებული მონაცემები ფართოდ გამოიყენება საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ საკუთარი გათვლების განხორციელებისას. ინდიკატორების გათვლისას ისინი გაცილებით მეტად ეყრდნობიან კვლევებით მიღებულ მონაცემებს, ვიდრე ზედამხედველობის ოფიციალური ანგარიშგების სისტემებს. კვლევებით მიღებული მონაცემები ასევე შეფასებითი მაჩვენებლების საფუძველს წარმოადგენს.



ცალკეული დაავადების ჩაღრმავებული შესწავლა, მათი მიმდინარეობის და მკურნალობის შედეგების პროგნოზირების კუთხით, როგორც ცალკეულ პირებში, ასევე მოსახლეობის ჯგუფებში, კლინიკური ეპიდემიოლოგიის საგანია. კლინიკური ეპიდემიოლოგია მიეკუთვნება ფუნდამენტურ სამედიცინო მეცნიერებებს, რომელიც ეფუძნება დაავადების მსგავსი შემთხვევების კლინიკური მიმდინარეობის შესწავლას მკაცრი მეცნიერული მეთოდების გამოყენებით.

ნებისმიერი გადაწყვეტილება სამედიცინო პრაქტიკაში უნდა ეყრდნობოდეს მეცნიერულად დადასტურებულ ფაქტებს – ეს კლინიკური ეპიდემიოლოგიის უმთავრესი პოსტულატია, რომელის საფუძვლად დაედო მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინას. მისი მიზანია კლინიკური დაკვირ-

ვების ისეთი მეთოდების შემუშავება და გამოყენება, რომლებიც სამართლიანი დასკვნების გამოტანისა და სისტემატური ან შემთხვევითი შეცდომების გავლენის აცილების შესაძლებლობას იძლევა. კლინიცისტებისთვის საჭირო ინფორმაციის მიღების კლინიკური ეპიდემიოლოგიის ძირითადი მიმართულებებია: ნორმის და პათოლოგიის განსაზღვრა; დიაგნოსტიკური კვლევების სიზუსტე და მართებულობა; დაავადებების პათოგენეზი და პროგნოზი; მკურნალობის ეფექტურობა; პროფილაქტიკა კლინიკურ პრაქტიკაში.

მსოფლიოში ეპიდემიოლოგიური კვლევები 500-ზე მეტი სამეცნიერო ცენტრის, ინსტიტუტის და უნივერსიტეტის ბაზაზე მიმდინარეობს.

ცალკეული დაავადების ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, მიმდინარეობის და გამოსავლის ჩადრმავებული შესწავლისთვის, როგორც ცალკეულ პირებში, ასევე მოსახლეობის ჯგუფებში, კლინიკური ეპიდემიოლოგიის მეთოდები გამოიყენება. კლინიკური ეპიდემიოლოგია ასევე მიეკუთვნება ფუნდამენტურ სამედიცინო მეცნიერებებს. ის მოიცავს მეთოდებს, რომლებიც გამოიყენება ექიმის კლინიკური საქმიანობის და მკურნალობის შედეგების შესაფასებლად, რაც ხელს უწყობს ზოგადი პროფილის ექიმების, ექთნების, ფიზიოთერაპევტების და სხვა სამედიცინო სპეციალობების ექიმების კლინიკური პრაქტიკული საქმიანობის გაუმჯობესებას.

მეტად მნიშვნელოვანია, რომ საექიმო პრაქტიკაში გადაწყვეტილებების მიღება ეყრდნობა მეცნიერულად დადასტურებულ პრინციპებს, რაც ეპიდემიოლოგიურად დასაბუთებული მეცნიერული კვლევების ჩატარებას მოითხოვს.

კლინიკური ეპიდემიოლოგიის ძირითადი მიმართულებებია: ნორმის და პათოლოგიის განსაზღვრა; დიაგნოსტიკური კვლევების სიზუსტე და მართებულობა; დაავადებების პათოგენეზი და პროგნოზი; მკურნალობის

ეფექტურობა; პროფილაქტიკა კლინიკურ პრაქტიკაში.

ვინაიდან დღეისათვის საქართველოში ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სფეროში არ არსებობს ინფორმაციის შეგროვების, შენახვის, დამუშავების, გადამცემის და გამოყენების (შეფასების, დანახარჯების ეფექტურობის ანალიზის, მომსახურების ხარისხის და მოცვის) ერთიანი ინფრასტრუქტურა, ხოლო არსებული ინფორმაციული სისტემები რეალიზებული ფუნქციების მიხედვით ნაწილობრივ ფარავს ერთმანეთს, არ არის სტრუქტურულად დაკავშირებული, მოიცავს მონაცემთა სხვადასხვა ფორმატს, მათი ინფორმაციის ერთ სისტემაში ინტეგრირება შეუძლებელია.

აუცილებლობამ მოითხოვა მოძველებული ფრაგმენტული ინფორმაციული სისტემების შეცვლა ინტეგრირებული სისტემით. საქართველოს მასშტაბის ქვეყანაში ასეთი სრულფასოვანი, ფუნქციურად ურთიერთდაკავშირებული საინფორმაციო სისტემის შექმნა, რომელიც დააკავშირებს ინფორმაციის (მონაცემების) წყაროებს: სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურს, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის და სოციალური პროგრამების და მომსახურების დეპარტამენტს, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის რეგიონალურ და მუნიციპალურ სამსახურებს, სამინისტროებს (ეკონომიკის, ფინანსთა, განათლების, გარემოს დაცვის, სოფლის მეურნეობის და სხვა) და სხვა კერძო ორგანიზაციებს (სადაზღვევო კომპანიები და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლები და სხვა) სავსებით შესაძლებელია. ამჟამად განხორციელების სტადიაშია USAID-ის და ჯანდაცვის სამინისტროს ერთობლივი პროექტი, რომლის მიზანია ინფორმაციის ეფექტური მიმოცვლის უზრუნველყოფა საინფორმაციო სისტემების/მონაცემთა ნაკადების უნიფიცირების და ოპტიმიზაციის გზით.

ბიბლიოგრაფია

1. Abhaya Indrayan, „Medical Biostatistics“, CRC Press, 2012
2. Doi Suhail, A. R., Williams, Gail M, „Methods of Clinical Epidemiology“, University of Queensland, 2013
3. Evaluating a national surveillance system, World Health Organization, 2013
4. Frank Emmert-Streib and Matthias Dehmer „Medical Biostatistics for Complex Diseases“, 2010
5. Kathryn M. Curtis, PhD Divya A. Patel, MPH Tolu Osisanya, MPH, „Public health surveillance applied to reproductive health“, CDC, Atlanta, USA, 2003
6. Non-communicable diseases risk factors Survey in Georgia, 2006-2007, final report
7. Reproductive Age Mortality Study, Georgia, 2008
8. Report of the 2009 Georgia National Nutrition Survey
9. Reproductive health survey, Georgia, 2005
10. Reproductive health survey, Georgia, 2010
11. Robert H. Fletcher MD, Suzanne W. Fletcher MD MSc, Clinical Epidemiology: The Essentials Paperback, 2005
12. Sharon E. Straus, MD, Paul Glasziou, MRCGP, FRACGP, PhD, W. Scott Richardson, MD and R. Brian Haynes, MD, „How to practice and teach it“, Evidence –Based Medicine, 4th Edition, 2011
13. Р. Биглхол, Р.Бонита, Т.Кьельстрем, Основы эпидемиологии, ВОЗ, Женева, 1994
14. Г.Ф. Лакин, „Биометрия“, 1990
15. Казанский государственный университет, „Медицинская статистика, ее значение в оценке здоровья населения и деятельности органов и учреждений здравоохранения“, 2011
16. Н.Н.Пилипцевич, Т.П. Павлович, А.Н.Пилипцевич, „Медицинская статистика, в деятельности врача“, 2011
17. П.Ф. Рокитский, „Биологическая статистика“, 1973



საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ბანკითაჩების ვეხსოხები საქართველოში

რამაზ ურუშაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რეგიონული მართვის დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს უნივერსიტეტის საზღვანდაცვის დეპარტამენტი



თამარ ლოპსანიძე

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის დირექტორი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა დღევანდელი მდგომარეობით წარმოადგენს პირველადი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სამედიცინო სპეციალიზებული (ამბულატორია, ჰოსპიტალი) მომსახურებისა და წამალთუზრუნველყოფის სისტემური კომპონენტების ერთიანობას. სისტემის ინფრასტრუქტურა, დაფინანსების, მართვის მექანიზმები და პასუხისმგებლობის დონეები გადანაწილებულია კერძო და სახელმწიფო სექტორებში. პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) სერვისების მიმწოდებელი სექტორი სრულად განკერძოებულია და მოქცეულია კერძო მენეჯმენტის ქვეშ. დაფინანსების წყაროები შერეულია, პირველადი ჯანდაცვის სერვისები მოცულია სახელმწიფო პროგრამებით (მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვა, იმუნიზაცია და სხვა.) ხოლო განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურება ექვემდებარება სერვისის მიმღების მიერ ანაზღაურებას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისები, ცენტრალური ვალდებულება-პასუხისმგებლობის დონისძიებათა ფარგლებშია, უზრუნველყოფილია სახელმწიფო ცენტრალური პროგრამული, ბიუჯეტური დაფინანსებითა და საერთაშორისო ფონდების მიერ კონკრეტულ ღონისძიებების/ პროგრამების (ტუბერკულოზი, იმუნიზაცია და სხვა) თანადაფინანსებით. კერძო სადაზღვევო კომპანიები მოსახლეობას საყოველთაო

ჯანდაცვის ზევით სთავაზობენ სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა გეგმებს. წარმოდგენილი ჯანდაცვის სისტემა მართვის თვალსაზრისით კომპლექსურია და რიგ შემთხვევებში კონკრეტული საკითხების გადაწყვეტა დაავადებათა ეფექტური, ინსტიტუციური მართვის თვალსაზრისით რთულდება. შესაბამისად, სისტემის ქმედუნარიანობისათვის მნიშვნელოვანი ხდება დაავადებათა მართვის პოპულაციური და შერეული სერვისების ეფექტური მიწოდება, გლობალურ და ადგილობრივ/რეგიონალურ ჯანმრთელობის საფრთხეებზე რეაგირება, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და სამართლიანობის უზრუნველყოფა და სხვა. აღნიშნული ამოცანა მრავალფაქტორულია, მოითხოვს სამართლებრივი/ნორმატიული ბაზის იმგვარად დახვეწას, რომ სისტემა მოტივირებული იყოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების გატარებასა და სერვისების წარმოებაზე, ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგიული გეგმები ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებს. აქტუალურია საკითხი თუ რამდენად ადეკვატურადაა ფორმირებული და რეაგირებადი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემა სწრაფად ცვლებად გარემოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა-გაუმჯობესების ამოცანათა გადასაწყვეტად და რა მოცულობით აკმაყოფილებს დარგობრივ საერთაშორისო მოთხოვნებს.

მე-20-ე საუკუნის 90-იანი წლების დასაწყისში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემამ რღვევა დაიწყო, რაც განპირობებული იყო ერთიანი ცენტრალური მმართველობის მოშლით. მოქმედი სისტემის საფუძველს ე.წ. „სემამკოს“ მოდელი წარმოადგენდა, აგებული იყო ჯანმრთელობის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის, ცენტრალიზებული მმართველობისა და საბიუჯეტო დაფინანსების ექსტენსიურ განვითარების პრინციპებზე. ის ასახავდა პოლიტიკური განაცხადის ჯანდაცვის სფეროში გადატანილ რეალობას, სადაც მოქალაქე თანაბრად უზუნველყოფილი უნდა ყოფილიყო ყველა დონის სამედიცინო მომსახურებით. გარდა ამისა, სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის მეშვეობით სახელმწიფოს, უწყებრივი და საკუთრების ფორმის მიუხედავად, ტოტალურად უნდა

ეკონტროლებინა ქვეყანაში არსებული სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა. დეკლარირებულ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებთან ერთად კონტროლის ძირითად მექანიზმს წარმოადგენდა, შესაბამისობის ინსპექტირება და სანქცირება წარმოდგენდა, რომელმაც დეფიციტური დაფინანსების პირობებში არაეფექტური და არასასურველი ფორმები შეიძინა, ფაქტობრივად სისტემა ქმედუნარო გახდა.

დამოუკიდებლობის პირველ წლებში დაფინანსების გარეშე დარჩენილ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას არ გააჩნდა ფინანსური (1 სულ მოსახლეზე 40 აშშ ცენტი) ინფრასტრუქტურული და მმართველობითი შესაძლებლობა, რომელიც უზრუნველყოფდა მოსახლეობის უსაფრთხოებისა და დაავადებათა მართვის საკითხს, როგორც ინდივიდის, ასევე პოპულაციის დონეზე. საჭირო იყო ქვეყნის მოთხოვნებთან მისადაგებული ახალი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფორმირება.

1994 წლის 23 დეკემბრის #400 დადგენილებით დამოუკიდებელი საქართველოს მთავრობამ თამამი განაცხადი გააკეთა სისტემის ერთიან რეორგანიზაციაზე, რომელიც დაფინანსების, მომსახურების მიწოდების, სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების, ასევე სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის არაფასადურ, კარდინალურ ცვლილებებს შეეხებოდა. ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსიდან გამოყვანა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება დაეფუძნა სამ დირექტიულ მოცემულობას: ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური პროფილის თავსებადობას რეფორმირებულ ჯანდაცვის სისტემასთან, სისტემის თვით და პროგრამული დაფინანსების პრინციპზე გადაყვანას, ძირითადი სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ჯანდაცვითი სერვისების მიწოდებას. რეფორმა მიზნად ისახავდა ადამიანური და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაციას, შენარჩუნება-განვითარებას და მოსახლეობისთვის ურგენტული სერვისების მიწოდებას, ეპიდემიოლოგიური კონტროლის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაციის მეშვეობით დაავადებათა პრევენციის, გავრცელებული საშიში ინფექციური დაავადებების მინიმუმამდე დაყვანას, დედათა

და ბავშვთა სიკვდილობის, დავადებათა გავრცელების შემცირებას.

ძირითადი სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ჯანდაცვითი სერვისების მიწოდების გააზრება დაეფუძნა მსოფლიოში ახლად წ არმოჩენილ ე.წ. „ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის“ კონცეფციას, რომელიც გაითავლისწინებდა საქართველოს რეალობას.

ტერმინი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა (Public health) განმარტებულია მრავალი მეცნიერის, ჯანმრთელობის დაცვის მკვლევარის მიერ და განიხილება, როგორც ინდივიდის, ასევე პოპულაციის, თემის, ჯგუფის ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა, რომელიც მიიღწევა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების მართვის კოპლექსურ ღონისძიებათა სისტემით. კლასიკურ განმარტებათ შეიძლება იქნას გამოყენებული C.E.A. Winslow-ს (1920 წ.) განმარტება – „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა არის მეცნიერება და ხელოვნება დაავადებათა პრევენციის, სიცოცხლის გახანგრძლივების, ასევე ფიზიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ, საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით, გარემოს სანიტარიის გაჯანსაღებით, ინფექციებთან ბრძოლით, პირადი ჰიგიენის საკითხებში მოსახლეობის განათლებით, დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და პრევენციული მკურნალობისათვის სამედიცინო საექთნო მომსახურების ორგანიზებით, იმ სოციალური მექანიზმების შემუშავებით, რომელიც უზრუნველყოფს თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობისათვის შესაბამის ცხოვრების ხარისხს, და ამ უპირატესობების (ბენეფიტების) ორგანიზებით, რომელიც თითოეულ მოქალაქეს საშუალებას მისცემს მოახდინოს სიცოცხლის გახანგრძლივების უფლების რეალიზება“ (Jeffrey P. Koplan, MD, MPH, Vice President for Global Health, Emory University). ეს განმარტება გადმოსცენს იგივე ფილოსოფიას, რომელიც წარმოჩენილია მოქალაქის უფლებრივი, მისთვის საშუალების შექმნისა და გამოყენების თვალსაზრისით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები ითვალისწინებენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფორმირების კოპლექსურ, ინტერსექტორულ მიდგომებს და საზოგადოებრივი სერვისები განვითარებულია არამხოლოდ პირველადი

ჯანდაცვის, სპეციალიზებული მომსახურების, არამედ სოციალურ, ცხოველთა, ფიზიკური და ბიოლოგიური აგენტების ზემოქმედებათა მართვის, როგორც წერტილოვანი/ლოკალური, ასევე მოქმედების ველების მიმართულებით (საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სოციალური სერვისები (შიდსი, ტუბერკულოზი, სგგდ, ფსიქიკური დაავადებები, დაავადებათა გავრცელების მართვა ცხოველებსა და ფრინველებში, რომლებიც ზემოქმედებენ ადამიანებზე და ა.შ.) და წარმოდგენილია კვლევებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების, ღონისძიებების ინერსექტორული განაცხადი.

საქართველოს კანონმდებლობა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას ორ კანონში განმარტავს:

1. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის (22.11.2002) მიხედვით-საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემაა, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლისა და, შესაბამისად, კონტროლის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბების ხელშეწყობის გზით“ და
2. „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი (27. 06. 2007)-განსაზღვრავს, რომ „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა არის მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ, დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისაკენ მიმართულ ღონისძიებათა ერთობლიობა“. პირველი განსაზღვრება აქცენტს აკეთებს სახელმწიფო ვალდებულებაზე, კვლევის წარმოებასა და ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ კონკრეტულ სფეროებზე შექმნას ჯანმრთელობისთვის ხელშემწყობი გარემო და მოახდინოს შესაბამისი ინტერვენციები, მაშინ როდესაც მეორე განმარტება ზოგადად აღნიშნავს, რომ ეს არის მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ყველა ღონისძიებათა ერთობლიობა. განსხვავებული განმარტებების მიუხედავად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შინაარსობრივი ელემენტები აქაც უცვლელი

რჩება: „ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ყველა არსებულ ღონისძიებათა ერთიანი, კომპლექსური გამოყენებით“. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ტერმინი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა“ ინდენტირებულია „საზოგადოებრივ ჯანმრთელობის დაცვა“-სთან, შესაბამისად ტექსტშიც გამოყენებული იქნება ორივე წარმოდგენილი მნიშვნელობით.

საქართველოს ნორმატიულ აქტებში მოწოდებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძირითადი ღონისძიებები/ ელემენტები ასახვენ ვიტალური სტატისტიკის წარმოებას, ეპიდემიების მიზეზთა გამოკვლევას, ლაბორატორიულ ეპიდემიოლოგიას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღებას, სისტემის ფოკუსირებას სრულიად მოსახლეობაზე, თემებსა და ცალკეულ ჯგუფებზე, სერვისების მიწოდების სოციალური სამართლიანობისა და პაუხისმგებლობათა სისტემის ფორმირებაზე, ქცევითი ეპიდემიოლოგიის განხორციელებით აქცენტს პრევენციაზე, გარემოს ჯანმრთელობის მონიტორინგსა და კვლევებზე.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისთვის ცივილიზებულ სამყაროში აღიარებული ჯანდაცვითი ძირითადი მომსახურების განხორციელება უპირველეს ყოვლისა საჭიროებდა შესაბამის ინფრასტრუქტურას სახელმწიფო პასუხისმგებლობით. ამ მიზნით ცენტრალურ დონეზე საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. 90-იანი წლების ბოლოსთვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მართვის ადგილობრივი, რეგიონული და ცენტრალური მმართველობითი სტრუქტურების სახით იყო წარმოდგენილი. ადგილებზე ადგილობრივი მმართველობებისა და თვითმმართველობების კომპეტენციას მიკუთვნებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ცენტრები ფორმირებულ იქნენ არსებული სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურების რეორგანიზების შედეგად. ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი წარმოადგენდა მუნიციპალურ ორგანიზაციას, რომელიც პასუხისმგებელი იყო ადმინისტრაციულ ფარგლებში

მცხოვრებ პოპულაციაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე. სამხარეო/ რეგიონული დონეზე სამართლებრივი სტატუსის მქონე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის ფორმირება არ მოხდა, თუმცა რეგიონის კულტურული, სოციალური და გარემო თავისებურებების გათვალისწინებით საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებათა კოორდინაცია, მონიტორინგი და ჯანმრთელობის შეფასების ფუნქცია განესაზღვრა რეგიონის ცენტრალურ ქალაქში არსებულ საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრს. ფაქტობრივად ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორდონიანი სამსახურების სისტემა: ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი და ადგილობრივ/მუნიციპალურ დონეზე- ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები (65, მათ შორის 10 რეგიონული კოორდინაციის ფუნქციით) ძირითადი მისიით – საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შეფასება, ღონისძიებათა კოორდინირება და მონიტორინგი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების განხორციელება. სახელმწიფო ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტების დადგენილი წილობრივი თანაფარდობების საფუძველზე დაფინანსების ფორმად განისაზღვრა მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსება. პარალელურად დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით მოქმედებდნენ გლობალური ჯანმრთელობის ხელშეწყობი საერთაშორისო პროგრამები.

ლაბორატორიული სისტემა (გარემო ფაქტორების მონიტორინგი, წყალი, ჰაერი, სამუშაო ადგილი, პათოგენის დადგენა და სხვა), სანიტარულ ნორმებთან შესაბამისობის კონტროლი – ინსპექტირება განსაზღვრულ იქნა სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების სამსახურის / ინსპექციის ადგილობრივი/რაიონული, ქალაქის/ ფუნქციაში, შესაბამისი ინფრასტრუქტურით. ცენტრალიზებულ უწყებას ასევე გააჩნდა ლაბორატორიული ქსელი და მათი კოორდინირების ფუნქცია (მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების ფარგლებში).

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სანიტარული ინსპექციის სამსახურები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გარემოს ფორმირებისა და შენარჩუნების ღონისძიებებში

ერთგვარად ავსებდნენ ერთმანეთს. ისინი წარმოადგენდნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებათა აღმასრულებელ ინსტიტუციებს. ერთი მხარის ხარვეზიანი ან არასრულყოფილი საქმიანობა შესაბამისად იწვევდა მეორე ინსტიტუციის მიერ მის ფიქსირებას და სათანადო ღონისძიებების დროულად გატარებას. შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეფორმამ პირველი შედეგები მალევე მიიღო: 1996 ლიკვიდირებულ იქნა დიფთერიის ეპიდემია, იდენტიფიცირებულ და ეფექტური ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები იქნა გატარებული წყლისმიერი ნაწლავური ინფექციების, ჰეპატიტების, მუცლის ტიფის სხვადასხვა ეპიდემიების დროს /ახალციხე, ფოთი, ბათუმი, ქობულეთი, ხონი, რუსთავი/ და ა.შ.

საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა ფუნქციონირების ლოგიკური ჩარჩოს მიხედვით ნაწილობრივ იმეორებდა განვითარებული ქვეყნების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემების მოდელებს. აღნიშნული ეხება პასუხისმგებლობისა და დაფინანსების დონეებს, ძირითადი სერვისების მიწოდებას (იმუნიზაცია, ეპიდზედამხედველობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, სხვა). 2007 წლამდე ცენტრალურ დონეზე მიზნობრივი პროგრამების ფარგლებში შენარჩუნებული იქნა კავშირები დარგობრივი (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, პარაზიტოლოგიის, პროფესიულ დაავადებათა, თერაპიის, კარდიოლოგიის, ონკოლოგიის, კანისა და ვენსნეულებათა, სამედიცინო სტატისტიკის და სხვა) სამეცნიერო-კვლევით და სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრებსა და ინსტიტუტებთან, რომლებიც ამავდროულად აწარმოებდნენ პროგრამული მართვის დონეზე დარგობრივ მონიტორინგს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არსებული სისტემის ფუნქციონირების პრინციპს ძირითად სერვისების მიწოდების მოცულობისა და პასუხისმგებლობების დონეებზე დაყოფა წარმოადგენდა. მიზნობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამებით ფიქსირდებოდა კონკრეტული პერიოდისათვის განსაზღვრული ტერიტორიის მოსახლეობის მიმართ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის მიერ აღებული ვალდებულება-პასუხისმგებლობანი.

1996-2005 წლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტებს განეკუთვნებოდა იმუნიზაციის, ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის,

ონკოლოგიურ დაავადებათა, უსაფრთხო სისხლის, ნარკომანიისა და ტრავმატიზმის პრევენციის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის, ავადობის აქტიური გამოვლენის და სხვა ღონისძიებების განხორციელება. ადგილობრივ დონეზე მუნიციპალური პროგრამების სახით ფინანსდებოდა ინფექციურ დაავადებათა პრევენციის, ქრონიკულ დაავადებათა მართვისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროგრამები, ის ღონისძიებანი, რომელიც კონკრეტულ არეალზე მცხოვრები მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის საჭიროებას წარმოადგენდა და ითვალისწინებდა სოციალურ-ეკონომიკურ, კულტურულ და ბუნებრივ თავისებურებებს, თუმცა რიგ შემთხვევებში ადგილობრივი დაფინანსება სიმბოლურ ხასიათს ატარებდა. ადგილობრივ დონეზე ერთიან მმართველობაში არსებობდა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე რეალური პასუხისმგებლობისა და ვალდებულებების გაუთვითცნობიერებულობის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ არასაკმარისი ცოდნის და, შესაბამისად, ადეკვატური ბიუჯეტების ფორმირების პრობლემა.

2007 წლიდან, „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის ამოქმედებისთანავე მოხდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების თვისობრივი ტრანსფორმაცია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი შეერწყა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს. სანიტარული ზედამხედველობის სამსახური გაუქმდა და მისი ცალკეული ფუნქციები სხვადასხვა სამინისტროებსა და უწყებებში გადააწილდა. შეიქმნა „დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, რომლის ფუნქციებსა და ვალდებულებაში შევიდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებამონიტორირება, პრევენციული პროგრამების ფორმირება და მართვის ორგანიზება, ეპიდზედამხედველობის, ეპიდკონტროლის განხორციელება, ლაბორატორიულ დონეზე ინფექციურ დაავადებათა იდენტიფიცირება – მონიტორინგი და ზოგადად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა ქვეყნის მასშტაბით კოორდინაცია, მეთოდური მართვა. 2012 წელს ლაბორატორიული სისტემების განვითარების კუთხით თვისობრივი გადასვლა განხორციელდა, როდესაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების სისტემაში გაერთი-

ანდა აშშ-ს პარტნიორული პროგრამით შექმნილი ცენტრალური და რეგიონული ლაბორატორიების ქსელი /2 ზონალური და 7 რეგიონული ლაბორატორიები/ სათაო, რეფერალური, ე.წ. რ.ლუგარის სახელობის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრალური ლაბორატორიით, რამაც ეფექტური გახადა განსაკუთრებით საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების (ინფექციების) კონტროლი.

დღესდღეობით, საერთაშორისო კონტექსტში, საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება და მიმართულებები განსაზღვრულია ათასწლეულის 8 მიზნიდან გამომდინარე. საქართველო იმ 189 ქვეყნებს შორისაა, რომლებიც შეუერთდნენ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საერთაშორისო დონეზე გაცხადებულ მიზნებს. 2005 წელს ჯანმომ მოახდინა გლობალური მიზნებისა და მისი მიღწევების გზების განახლება. 2007 წელს გამოქვეყნებულ მოხსენება-ანგარიშში „გლობალური უსაფრთხოების ძირითადი საფრთხეების შესახებ“. აღნიშნულ საფრთხეებს განეკუთვნა ეპიდემიები (ქოლერა, ყვითელი ცხელება, ებოლას ცხელება, კვებითი ფაქტორით გამოწვეული დაავადებები, შემთხვევითი და წინასწარგანზრახული (ტოქსიკური ქიმიკატები) ეპიდემიები, უბედური შემთხვევები მ.შ. რადიონუკლიდური წარმოშობის, ეკოლოგიური კატასტროფები. მოსალოდნელი საფრთხეების თავიდან აცილებისა და ეფექტურად მართვის მიზნით, გარდა ტექნოლოგიური და ინსტიტუციონალური მზაობისა, ჯანმომ მიერ განისაზღვრა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიონალთა მიერ შესასრულებელ ღონისძიებათა მიმართულებები, კერძოდ: 1) მიმდინარე ინფექციურ დაავადებებთან მუშაობა (ებოლას ვირუსი, ფრინველის, ღორის გრიპი), 2) ეკოლოგიურ პრობლემებთან განმკლავება (მ.შ. საკვების უსაფრთხოება და კლიმატის ცვლილება), 3) ქრონიკულ დაავადებათა და მათ მიერ გამოწვეული ზიანის შემცირება /მ.შ. თამბაქოს მწვევლობით გამოწვეული შედეგები/ და სიმსუქნე, 4) მოსახლეობის, მისი ცალკეული ჯგუფების მზაობა კატასტროფების მ.შ. ეკოლოგიური, ბიოლოგიური და ქიმიური დაზიანებების დროს მოქმედებებისთვის 5) წვლილის შეტანა ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის

ფორმირებაში (სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და უთანაბრობის შემცირება), 6) ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ჯანმრთელობაზე განათლების მიწოდებისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის გზით, 7) მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციების წარმოება.

მოთხოვნის მიხედვით ქვეყნებში უნდა მოხდეს სამუშაო ძალის ფართომასშტაბიანი მიზნობრივი კომპლექსური მომზადება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა დაეუფლონ პროფესიული ეთიკის, ეფექტური კომუნიკაციის, მულტიკულტურულ გარემოში მუშაობისა და კვლევების, პროგრამების დაგეგმვისა და შეფასების, სისტემური აზროვნების უნარებსა და კომპეტენციებს.

XXI საუკუნის ევროპული პოლიტიკისა და სტრატეგიის „ჯანმრთელობა – 2020“ თანახმად, ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას ადამიანზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემების, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პოტენციალის, საგანგებო სიტუაციებისათვის მზადყოფნის, ეპიდემიების დაცვის რეაგირების გაუმჯობესება წარმოადგენს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციებისა და პოტენციალის მნიშვნელოვანი გაძლიერება ჯანმრთელობის მაჩვენებელთა გაუმჯობესებას გამოიწვევს, თუმცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განახლება და მიწოდებული სერვისების გარდაქმნა, თავის მხრივ, მოითხოვს საბაზისო განათლების რეფორმირებას და ცვლილებებს პროფესიული მომზადების სფეროში. გარდა ამისა, საკვანძო მნიშვნელობა ენიჭება ადაპტაციის სტრატეგიების შემუშავებას, სტრუქტურების მდგრადობის გაზრდას, პროგნოზირების სანდოობას და საგანგებო სიტუაციებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფას.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძირითადი / კლასიკური/ სერვისები (ვაქცინაცია, უსაფრთხო სამუშაო ადგილების ფორმირება, უსაფრთხო და ჯანსაღი საკვების მიწოდება, ტრანსპორტის უსაფრთხოება, ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, იშემიური დაავადებებისა და ინსულტით გამოწვეული სიკვდიალის საფრთხის შემცირება, ოჯახის დაგეგმვა, თამბაქოს მწვევლობის პრევენცია, დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვა, სასმელი წყლის

ფტორირება), წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ განსახორციელებელ ფუნქციურ საბაზო ღონისძიებათა ნუსხას.

ამ მიზნების მიღწევა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოითხოვს: 1. გლობალური ჯანმრთელობის გამოწვევების თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილისა და როლის ახლებურ გააზრებას, 2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ადგილობრივი დონის სამსახურების ტრასფორმირებას და მართვის გაძლიერებას, 3. სისტემის ინფრასტრუქტურის მოდერნიზაციას 4. ღონისძიებათა განხორციელებას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზუნველყოფის ბაზისური მოდელების (ეკოლოგიური და ქვევითი) ეფექტური დანერგვის გზით, 5. ინფორმაციული, კვლევითი, შეფასებითი სისტემების განვითარებას პრობლემის/ების დროული იდენტიფიცირების, პროგნოზირებისა და რეაგირებისათვის, 6. საერთაშორისო დონეზე უსაფრთხოების, ეპიდემიოლოგიური კონტროლისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების განხორციელების მიზნით, გლობალურ ჯანდაცვის სივრცეში ჩართვას 7. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტთა მომზადებას განახლებული საბაკალავრო, სამაგისტრო, სადოქტორო და ინტერდისციპლინური პროგრამებით. შესაბამისად, პროფესიონალიზმის შენარჩუნება ადამიანური რესურსების უწყვეტი და მიზნობრივი განათლების უზრუნველყოფით, 8. ინტერსექტორული მრავალწლიანი, ადეკვატური ბიუჯეტის მქონე პროგრამების ფორმირებას; 9. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისების სოციალიზაციას, მეტი სოციალური სერვისების შეტანას ჯანდაცვის სისტემაში, რაც ძლიერ საფუძველს შექმნის სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების მართვისა და პრევენციისათვის.

შეჯამება და რეკომენდაციები/ხედვა: საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციონირების კონცეფტუალური მიდგომები შესაბამისობაშია „ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის“ კონცეფტუალურ ხედვებთან და გლობალური ჯანმრთელობის გამოწვევებთან.

საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური მოქმედებისთვის აუცილებელია:

1. ადგილობრივ დონეზე ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და მოდერნიზაციისთვის კანონმდებლობის დახვეწა, სისტემური გააზრება ინტერსექტორსა და ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში;
2. მულტისექტორული კოორდინაციის გაძლიერება;
3. საქართველოს ჯანმრთელობისა და განათლების სისტემების მიერ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართულებით ადამიანური რესურსის მომზადების კომპეტენციის სავალდებულო სტანდარტების შემუშავება და უწყვეტი განათლებაზე მოთხოვნის შექმნა;
4. მიზნობრივი სოციალური სერვისების შეტანა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში;
5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების გაფართოება ჯანმრთელობის განათლების მიმართულებით ინდივიდის, ოჯახის, სკოლის, უმაღლესი სასწავლებლების, უწყებებისა და სოციუმის დონეზე;
6. 2020 წლამდე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ ღონისძიებათა გათვალისწინებით საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტატეგიული და სამოქმედო გეგმის შემუშავება და დამტკიცება;
7. ეპიდემიოლოგიური და სოციალური კვლევების გამოყენებით მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და ჯანდაცვის სისტემის, სერვისების მენეჯმენტის შემუშავებაში აქტიური ჩართულობა;
8. მოქნილი, პასუხისმგებლობების დონეების მიხედვით რეაგირებადი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ფორმირება.

ბიბლიოგრაფია

1. Public health foundations concepts and practices, Elena Andresen, Erin DeFries Bouldin. 2010 by John Wiley & Sons;
2. Dictionary of Public health promotion and education, Terms and Concepts, Naomin. N. Modeste , Teri S. Tamayose 2004 by John Wiley & Sons,
3. Oxford Textbook of Public Health, Fifth Edition, Edited by Roger Detels, Robert Beaglehole, Mary Ann Lansang, and Martin Gulliford, Oxford University press, 2009
4. THE HEALTH SYSTEM ASSESSMENT APPROACH:A HOW-TO MANUALVersion 2.0, September 2012, USAID,
5. World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary 2011, WHO
6. HEALTH SYSTEMS ANALYSIS FOR BETTER HEALTHSYSTEM STRENGTHENING, Peter Ber- man, Ricardo Bitran 2011 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank , 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433
7. HEALTH POLICY FOR HEALTH CARE PROFES- SIONALS, PETER L. BRADSHAW AND GWENDO- LEN BRADSHAW, SAGE Publications Ltd 2004;
8. World Health Organization. Health and the Millen- nium Development Goals .2005 . Available at: www. who.int/hdp/publications/mdg_en.pdf . Accessed May 23, 2010
9. World Health Organization. A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century. Nonserial Publication World Health Organization ; 2007.
10. 10.Source: D. Lenaway. Centers for Disease Control and Prevention, Office of Chief of Public Health Prac- tice. 2009 (unpublished)
11. CDC, Office for State, Tribal, Local and Territorial Support; <http://www.cdc.gov/stltpublichealth/>
12. Source: Public Health Practice Program Office, Cen- ters for Disease Control and Prevention , National Public Health Performance Standards Program, User Guide (first edition), 2002. (Current version available at www.cdc.gov/nphpsp);
13. Pandemics and Global Health, Joseph R. oppong series editor: Charles F. gritzner-2010 Infobase Publishing
14. Global Health and Global Health Ethics, Solomon Be- natar, Gillian Brock, Cambridge University Press 2011
13. The new European policy for health – Health 2020 Policy framework and strategy
14. Health for All by the Year 2020™ A Sustainable World Must be a Healthy World The new European policy for health – Health 2020 Policy framework and strategy
16. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, საქართველოს კანონი 1997 წლის 10 დეკემბერი.
17. „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, 2006 „წ.
18. „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის დადგენილება #36, 2012 წლის 21.02.



ბახეო და ჯანმრთელობა

ნანა ბაბრიაძე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გარემოს ჯანმრთელობის სამმართველოს უფროსი, UNECE/WHO ოქმის „წყალი და ჯანმრთელობა“ ეროვნული საკონტაქტო პირი, ევროპის გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესის საკომუნიკაციო პირი

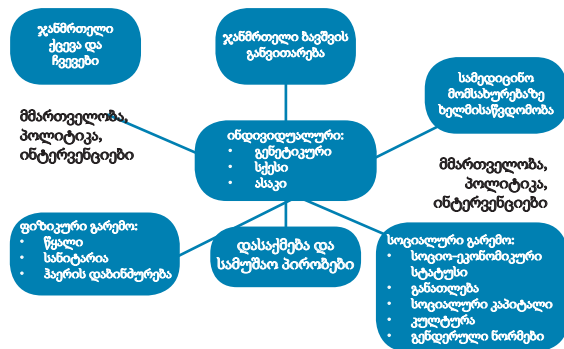
თანამედროვე ცივილიზაციის ეპოქაში გარემო ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ფაქტორს წარმოადგენს, რომელიც უშუალო ზეგავლენას ახდენს საზოგადოების ჯანმრთელობაზე. ქალაქების ურბანიზაცია, სამრეწველო პოტენციალის ზრდა, საქალაქო ტრანსპორტის მძლავრი ქსელი, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა, ცხოვრების სწრაფი ტემპი და სხვა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს გარემოს ობიექტების (ატმოსფერული ჰაერი, წყალი, ნიადაგი, საცხოვრებელი გარემო) ხარისხობრივ და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რომელიც წარმოიშობს მრავალფეროვან და რთულ ანთროპოგენულ პრობლემებს.

ცნება „გარემო“, უპირველეს ყოვლისა, ადამიანის საარსებო გარემოს გულისხმობს და მოიცავს გარემოს ფიზიკურ, ბიოლოგიურ, სოციალურ, კულტურულ და ყველა სხვა ფაქტორს, ასევე მათთან დაკავშირებულ ქცევით თავისებურებებს, რაც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

უკანასკნელი 15-20 წლის განმავლობაში გარემო და ჯანმრთელობა სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს საერთაშორისო პოლიტიკისა და ურთიერთობების დღის წესრიგში. კერძოდ, ინიცირებულია ინტერსექტორალური მმართველობა: ევროპის

გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესი ჯანმოს ევროპის რეგიონალური ოფისის მიერ, რომელიც მოიცავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პირველად პრევენციული ფართომასშტაბიანი მიდგომების შემუშავებას.

ჯანმრთელობის ძირითადი დეტერმინანტები¹



ევროპის გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესი იმართება გარემოს და ჯანმრთელობის მინისტრთა საბჭოთი და მინისტრთა კონფერენციებით.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი, ბატონი დავით სერგეენკო ორი წლით არჩეულია ევროპის გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესის მინისტრთა საბჭოს (EHMB) წევრად, ხოლო

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გენერალური დირექტორი ბატონი ამირან გამყრელიძე – ევროპის გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესის მინისტრთა საბჭოს ალტერნატიულ წევრად.

ბოლო 20 წლის განმავლობაში გაიმართა ევროპის გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესის მაღალი დონის კონფერენციები, კერძოდ:

- 1989 – პირველი მაღალი დონის კონფერენცია (ფრანკფურტი, გერმანია): გარემოსა და ჯანმრთელობის ევროპის ქარტია
- 1990 – დაფუძნდა ჯანმოს გარემოს და ჯანმრთელობის ევროპის ცენტრი
- 1994 – მეორე მაღალი დონის კონფერენცია (ჰელსინკი, ფინეთი): გარემოს ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა ევროპისთვის
- 1999 – მესამე მაღალი დონის კონფერენცია (ლონდონი, გაერთიანებული სამეფო): წყლის და ჯანმრთელობის პროტოკოლი 1992 წლის კონვენციისათვის ტრანსსასაზღვრო წყლების და ტბების გამოყენებასა და დაცვაზე; და ტრანსპორტის, გარემოს და ჯანმრთელობის ქარტიის.
- 2004 – მეოთხე მაღალი დონის კონფერენცია (ბუდაპეშტი, უნგრეთი)
- 2010 – მეხუთე მაღალი დონის კონფერენცია (პარმა, იტალია): ხუთი დროში გაწერილი ვალდებულება და გარემოს და ჯანმრთელობის ახალი ინსტიტუციონალური ჩარჩო.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი მჭიდროდ თანამშრომლობს ჯანმო-ს გარემოს და ჯანმრთელობის ევროპის ცენტრთან, რომელიც 1989-90 წელს დაფუძნდა პირველ მაღალი დონის კონფერენციაზე. 2012 წელს იგი გაფართოვდა და სრულად ინტეგრირდა ჯანმო-ს ევროპის რეგიონალურ ოფისთან (2012 ბონი), რომელსაც ხელმძღვანელობს ჯანმო-ს ევროპის რეგიონული ოფისის დირექტორი.

ევროპის გარემოს და ჯანმრთელობის ბონის ოფისი წარმოადგენს ძირითად ცენტრს გარემოს და ჯანმრთელობის შესახებ, რათა ევროკავშირის და წევრი ქვეყნების კანონმდებლობები და პოლიტიკა უზრუნველყოს ძირითადი

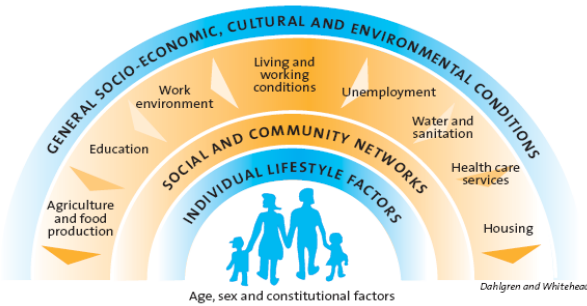
მტკიცებულებებით. ცენტრს აქვს სპეციალური ფოკუსი გარემოს და ჯანმრთელობის პროცესის მხარდაჭერისათვის და გააჩნია ძირითადი ინფორმაციის წყარო და ინსტიტუციონალური შესაძლებლობები მსოფლიო მასშტაბით.

განსაკუთრებული აღნიშვნის საგანია გარემოს და ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა (ENHIS), რომელიც ჩამოყალიბდა ევროპის მასშტაბით განხორციელებული რიგი პროექტებიდან, დაფინანსდა ევროკომისიის მიერ და უდიდესი წვლილი შეიტანა პროგრესის შეფასების ანგარიშის მომზადებაში გარემოსა და ჯანმრთელობის მეხუთე მაღალი დონის კონფერენციისათვის (პარმა, იტალია, 2010)².

გლობალურად, ეკოლოგიური ფაქტორების ღრმა შესწავლა-შეფასებამ საფუძველი დაუდო გარემო არეალის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების მექანიზმების გარკვევას მთელს მსოფლიოში. ამ შეფასების საფუძველზე გამოიკვეთა თანამედროვე გამოწვევები: თუ რა ხარისხით შეიძლება რეალურად თავიდან ავიცილოთ სიკვდილის, დაავადებისა და ინვალიდობის შემთხვევები ადამიანების ეკოლოგიური რისკებისადმი ექსპოზიციის შემცირების საფუძველზე. ყოველივე ამან განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა თანამედროვე ეტაპზე, როცა საყოველთაოდ ცნობილი გახდა, რომ მსოფლიოს მოსახლეობის მთლიანი დაავადებიათობის 24% და სიკვდილიანობის 23% გარემოს მავნე ფაქტორების ზემოქმედებითაა განპირობებული. ამ მხრივ, პირველ ადგილზე აღმოჩნდა სასუნთქი სისტემის ინფექციური და ქრონიკული დაავადებები, რომელთა წილმა 67% შეადგენა. გარემოს ზემოქმედებით გამოწვეული ავადობის ტვირთის 1/5 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებითაა წარმოდგენილი, მათ მოსდევს ტრავმები/მოწამვლები, ფსიქიკური დარღვევები და სიმსივნეები^{3,4,5}. საგულისხმოა, რომ ესეც მიახლოებითი მონაცემებია იმის გათვალისწინებით, რომ მიუხედავად ზოგიერთი გარემო ფაქტორის ჯანმრთელობაზე ამკარა ზემოქმედებისა, მავნე გავლენის რაოდენობრივი შეფასება გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული.

გარემოს უარყოფითი ზემოქმედება დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, კერძოდ: უსაფრთხო წყალზე და ადექვატურ სანიტარულ პირობებზე ხელმისაწვდომობა; განაშენიანება, მათ შორის საცხოვრებელი, მიწათსარგებლობა, გზები, ჰაერის დაბინძურება; ადამიანის ფაქტორით განპირობებული

კლიმატისა და ეკოსისტემის ცვლილებები;
 ხმაური, ელექტრომაგნიტური ველები;
 ულტრაიისფერი და მაიონებელი გამოსხივება;
 პროფესიული რისკები; სოფლის მეურნეობის
 წარმოების მეთოდები, საირიგაციო სქემები;
 ნარჩენების მართვა; ბავშვი და გარემო; ქიმიური
 უსაფრთხოება და სხვა.



ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორები

- სოციალურ-ეკონომიკური – 48-50%
- გარემო – 20-22%
- გენეტიკური – 18-20%
- ჯანდაცვის ორგანიზაცია – 12-14%

მეცნიერულმა მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ გარემოს რისკ ფაქტორები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისადმი რეგულარულად შეტყობინებადი 102-დან 85 დაავადების შემთხვევებში. გლობალური მასშტაბით, სიკვდილის შემთხვევების და ყველა დაავადების საერთო ტვირთის თითქმის 1/4 გარემოს უკავშირდება¹.

განვითარებული სამყაროს საპირისპიროდ, განვითარებადი რეგიონი არაპროპორციულად მძიმე ტვირთის მატარებელია გადამდები დაავადებების მხრივ. გარემო ფაქტორების მავნე ზემოქმედებით განპირობებული ჯანსაღი სიცოცხლის დაკარგული წლების საერთო რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 15-ჯერ მაღალია განვითარებად ქვეყნებში; დიარეული დაავადებებისა და ქვედა სასუნთქი გზების რესპირატორული დაავადებების გარემოს ტვირთი ჯანმო-ს განვითარებადი ქვეყნების ქვერეგიონებში მნიშვნელოვნად (120-დან 150-ჯერადობის ფარგლებში) აჭარბებს განვითარებული ქვეყნის ქვერეგიონებში დადგენილ ანალოგიურ მაჩვენებელს.

ქვეყნების განვითარებასთან ერთად მნიშვნელოვან გარდატეხას აქვს ადგილი

გარემოს რისკის ფაქტორებშიც და იზრდება არაინფექციური დაავადებების ხვედრითი წილი ავთვისებიანი სიმსივნეების ჩათვლით. აღსანიშნავია, რომ განვითარებადი ქვეყნები დაავადების შედარებით უფრო მძიმე ტვირთის მქონენი არიან გარემოსთან ასოცირებული შემთხვევითი დაზიანებებისა და საგზაო ტრავმატიზმის მხრივ, ჯანსაღი სიცოცხლის დაკარგული წლების საშუალო რაოდენობა 2-ჯერ ჭარბობს განვითარებული ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელს და მნიშვნელოვნად მერყეობს ქვეყნის განვითარების დონიდან გამომდინარე.

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტომ 2013 წლის ბოლოს საჯაროდ განაცხადა, რომ გარე ჰაერის დაბინძურება ადამიანის კანცეროგენად კლასიფიცირდება. საკმარისი მტკიცებულებები დაგროვდა იმის შესახებაც, რომ დაბინძურებული გარემო არისადმი ექსპოზიცია ფილტვის კიბოს გამომწვევია (მარტო 2010 წელს მსოფლიოში აღრიცხული ფილტვის კიბოს 223 000 შემთხვევა ჰაერის გაბინძურებას უკავშირდება)¹.

გარემოს მავნე ზემოქმედებით განსაკუთრებით მოწყვლადია ბავშვთა კონტინგენტი^{1,6}. გლობალური მასშტაბით, ბავშვებში აღრიცხული სიკვდილის შემთხვევების და ყველა დაავადების საერთო ტვირთის 1/3 გარემოს უკავშირდება⁶. საერთო ჯამში, განვითარებად ქვეყნებში, გარემოსთან ასოცირებული დაავადების გამო ბავშვები ჯანსაღი სიცოცხლის 8-ჯერ მეტ წლებს კარგავენ^{7,8} ვიდრე მათი თანატოლები განვითარებულ ქვეყნებში. განსხვავება გაცილებით დიდია საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმატიზმისა (250-ჯერ) და ქვედა სასუნთქი გზების დაავადებების (800-ჯერ) მხრივ. დღემდე უცნობია ადრეული ექსპოზიციის შორეული შედეგები.

გარემოს ობიექტების ხარისხობრივი მდგომარეობიდან და მისი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის დღევანდელ დღეს არსებული სიტუაციიდან გამომდინარე იკვეთება რამდენიმე მნიშვნელოვანი აქტუალური პრობლემა, კერძოდ:

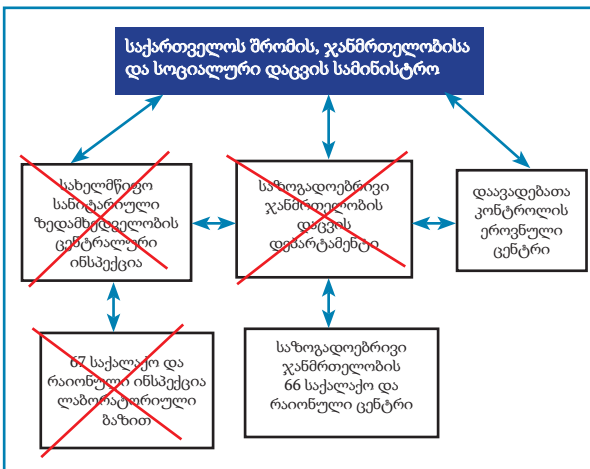
- გარემოს ობიექტების ხარისხობრივი მდგომარეობის დროსა და სივრცეში სწრაფი ცვლილებების, ცალკეული დამაბინძურებლის ადამიანის ჯანმრთელობაზე რაოდენობრივი

და ხარისხობრივი, კომპლექსური ზემოქმედების შეფასება.

- გარემოს ობიექტების დაბინძურებისა და ხარისხობრივი მდგომარეობის ცვლილებების შესაბამისად ყოველწლიური სოციალურ-ეკონომიკური დანაკარგების გაანგარიშება, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებების პროგნოზირება სოციალური პრობლემების თვალსაზრისით, მოსახლეობის ინფორმირება და სხვა.

თუ გავითვალისწინებთ საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მოთხოვნებს, რომ „ყველას აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში“, რომელსაც სახელმწიფო უზრუნველყოფს გარემოს დაცვითა და რაციონალური ბუნებათსარგებლობით, ასევე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიუროს ჯანმრთელობის მიღწევის პოლიტიკის საფუძვლების „ჯანმრთელობა 2020“-ის რეკომენდაციებს, სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობისათვის ჯანმრთელი და უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა პრიორიტეტად უნდა იქნეს მიჩნეული.

გარემოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შეფასების სისტემა 2007 წლამდე



ბოლო ათწლეულში, საქართველოში ეკონომიკური პოლიტიკის ლიბერალიზაციის მოტივით გატარებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეფორმების შედეგად, შემცირდა ჯანდაცვის სისტემის უფლებამოსილებები და მოვალეობები ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო

გარემოს შესაქმნელად და არაადეკვატურად გადანაწილდა სხვა სექტორებს შორის.

2007 წელს „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონით ძალადაკარგულად გამოცხადდა „საქართველოს სანიტარული კოდექსი“. სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურის კომპეტენციაში შემავალი საზედამხედველო, მაკონტროლებელი და სანებართვო უფლებამოსილებების უმრავლესობა საერთოდ იქნა გაუქმებული ალტერნატიული სტრუქტურების შექმნის გარეშე და, შესაბამისად, აღარ ჰპოვა ასახვა ახალ კანონმდებლობაში და ამჟამად არ მიმდინარეობს გარემოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შეფასება. პასუხისმგებლობებისა და მოვალეობების დანაწევრებამ, გააუარესა კოორდინაცია.

ერთი წლის წინ დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში შეიქმნა გარემოს ჯანმრთელობის სამმართველო, რომელიც აქტიურად მუშაობს გრძელვადიან პერსპექტივაში წარმართოს ისეთი პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარემოს მავნე ფაქტორების ზემოქმედების პრევენციას მულტისექტორული მიდგომით, საერთაშორისო თანამშრომლობის გაღრმავებით, მდგრადი განვითარების პრინციპების დანერგვით და სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარეებს შორის კოორდინირებული ქმედებებით. კერძოდ:

- 2013 წლის 30 სექტემბრიდან 3 ოქტომბრის ჩათვლით საქართველოში ჩატარდა ევროკავშირის ექსპერტთა მისიის ვიზიტი, ევროკავშირის ტექნიკური დახმარებისა და ინფორმაციის გაცვლის მექანიზმის (TAIEX) მხარდაჭერით, რომლის მიზანი იყო საქართველოსათვის დახმარების გაწევა ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მეთოდური ხელმძღვანელობით საქართველოში დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა კოორდინაცია გაუწია სასმელი წყლისა და სანიტარიისა გლობალური ანალიზისა და შეფასების პროცესს (GLAAS 2013/2014).
- მომზადდა და ევროკავშირის მხრიდან მხარდაჭერა მოიპოვა Twinning Project „გარემოს ჯანმრთელობის სისტემის გაძლიერება საქართველოში“.

- ტყვიის ელიმინაციის გლობალური ალიანსისა და ჯანმო-ს მხარდაჭერით 2013 წლის 20-26 ოქტომბერს და 2014 წლის 19-25 ოქტომბერს გაიმართა ტყვიით მოწამვლის პრევენციის საერთაშორისო კვირეული (ძირითადი აქცენტი ტყვიის შემცველ საღებავებზე).
- ჯანმო-ს კოორდინაციით უნგრეთი და საქართველო წარმოადგენს ლიდერ ქვეყანას ევროპის მასშტაბით „წყლის, სანიტარიისა და ჰიგიენის გაუმჯობესების ხელშეწყობა სკოლებში“ მიმართულებით დაგეგმილი ღონისძიებების შემუშავებაში.

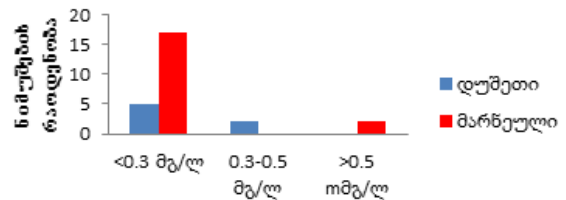
უკანასკნელ წლებში, ფინანსური რესურსების ნაკლებობის გამო, საქართველოში არავითარი ეკოლოგიური ეპიდემიოლოგიური კვლევები არ ჩატარებულა შესაბამისი მტკიცებულებების მოპოვებისა და გარემოსთან ასოცირებული დაავადებების დინამიკის დადგენის მიზნით. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოს მავნე მოქმედების გავლენის შეფასების მიზნით დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის რუტინული სტატისტიკით ვსარგებლობთ, რომელიც გარემოს დაბინძურებასთან ასოცირებული დაავადებების მატების დინამიკაზე მიუთითებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2013 წელს გამოქვეყნებული სიკვდილის ძირითადი მიზეზების შესახებ ინფორმაციის მიხედვით 2012 წელს სიკვდილის მე-5 მიზეზი იყო რომელთა შორის დიარეით მიმდინარე დაავადებები: ხოლო 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში მე-2 მიზეზი, კი და მათ შორის, შემთხვევათა 88%, ასოცირებულია არასაიმედო სასმელ წყალთან, სანიტარულ და ჰიგიენურ პირობებთან. თუ პარალელს გავავლებთ ჩვენს რეალობასთან, საქართველოს ეპიდემიოლოგიის სისტემის მიერ ყოველწლიურად რეგისტრირებულ დიარეით მიმდინარე შემთხვევათა 65-70% ბავშვთა ასაკზე მოდის, 0-3 წლის ასაკის ბავშვთა ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი კი ხშირად დიარეით მიმდინარე დაავადებებია (15-17%)⁹.

გაეროს ევროპის ეკონომიკური კომისიის, ჯანმო-ს და გერმანიის გარემოს დაცვის ფედერალური სააგენტოს მხარდაჭერით, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, ექსპერტთა ჯგუფისა და საქართველოს გარემოსა და ბიოლოგიური მონიტორინგის ასოციაციის

(GEMBA) მონაწილეობით¹⁰ განხორციელდა პროექტი „მცირემასშტაბიანი წყალმომარაგების სისტემების არსებული მდგომარეობის შეფასება საქართველოს დუშეთისა და მარნეულის რაიონებში“. პროექტის შედეგებით გამოვლინდა, რომ მცირემასშტაბიანი წყალმომარაგების სისტემებიდან აღებული სასმელი წყლის სინჯების 67% დუშეთის რაიონში და 72% მარნეულის რაიონში დაბინძურებულია, რაც მნიშვნელოვან რისკს წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის და მიუთითებს სასმელი წყლის შესაძლო ფეკალურ დაბინძურებაზე. არ ხდება სასმელი წყლის გაუსწებოვნება (დაქლორვა), ან ეს პროცესი არასწორად მიმდინარეობს.

თითოეულ ცალკეულ შემთხვევაში დარღვეულია წყლის დაქლორვის ტექნოლოგიური პირობები, არასწორადაა დადგენილი გაუსწებოვნებისათვის საჭირო რეაგენტის კონცენტრაცია და მისი წყალთან კონტაქტის ხანგრძლივობა არასაკმარისია. განსაზღვრული ნარჩენი ქლორის შემცველობა მიუთითებს წყლის გაუსწებოვნების პროცესის არაეფექტურობაზე, რის გამოც მოსახლეობას მიეწოდება ეპიდემიური თვალსაზრისით არაკეთილსაიმედო სასმელი წყალი. ასევე, არ ხორციელდება ან სრულყოფილად არ ხორციელდება მცირემასშტაბიანი წყალმომარაგების სისტემების სასმელი წყლის ხარისხის კონტროლი, ინსპექტირება და მონიტორინგი; არასათანადოა ლაბორატორიული შესაძლებლობები ორივე რაიონში; არასაკმარისია წყალმომზადების სფეროს სპეციალისტების რაოდენობა და სხვა. ასევე, თუ პროექტის შედეგები განზოგადდება სხვა რაიონების მასშტაბით ანალოგიური შედეგი გვექნება, რაც საფუძვლიან ვარაუდს ქმნის სასმელი წყლით გამოწვეული დაავადებების აღმოცენება/მატებისა და ქვეყნის მასშტაბით გავრცელების რისკების არსებობაზე. ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით ბოლო წლებში ქვეყანაში მკვეთრად გაზრდილია დიარეების ინციდენტობა, რაც უხშირესად



ნახაზი 1. დუშეთისა და მარნეულის რაიონის სასმელი წყლის ნიმუშებში ნარჩენი ქლორის განაწილება

დაკავშირებული უნდა იყოს არაკეთილსაიმედო სასმელი წყლის მოხმარებასთან.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში, სასკოლო დაწესებულებებში უკანასკნელ დრომდე არ ჩატარებული არცერთი კვლევა წყალმომარაგების, სანიტარიისა და ჰიგიენის მდგომარეობის საკითხების შესასწავლად და მხოლოდ 2013 წელს, საგანმანათლებლო და სამეცნიერო ინფრასტრუქტურის განვითარების ეროვნული სააგენტოს მიერ, გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით იქნა განხორციელებული წყლის, სანიტარიისა და ჰიგიენური პირობების კვლევა საქართველოში (Survey of Water, Sanitation and Hygiene conditions in Public schools, Georgia 2013), კვლევის შედეგების მიხედვით, წყალმომარაგების მილსადენი სისტემით საჯარო სკოლების დაახლოებით 70% სარგებლობს. სკოლების 4% ქალაქად და 12% სოფლად წყლის ძირითად წყაროდ არაგუმჯობესებულ წყაროებს იყენებს. სკოლების 60%-ში წყალმომარაგების მილსადენი სისტემა არ არის შეყვანის სკოლის შენობაში; არ არის ფუნქციონირებადი ხელსაბანი; უმეტეს შემთხვევაში ხელსაბანებთან არ არის საპონი, პირსახოცი ან ხელსახოცი, ტუალეტის ქაღალდი, საპირფარეოში შესვლის შემდეგ მოსწავლეების ნახევარი ხელს არ იბანს და სხვა.

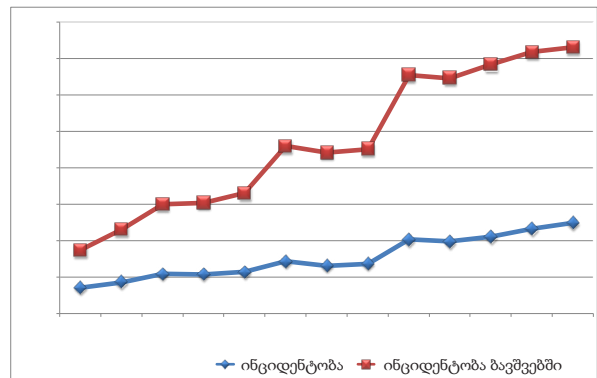
ზემოაღნიშნული ინფორმაცია გვაძლევს რეალურ სურათს, თუ რა გადაუდებელ აუცილებლობას წარმოადგენს ეპიდემიოლოგიური რეჟიმის უზრუნველყოფა და რუტინული მონიტორინგი, პრევენციული ღონისძიებების განხორციელების ხელშეწყობა საგანმანათლებლო და სააღმზრდელო დაწესებულებებში არსებული გარემოს გაუმჯობესებისათვის.

განსაკუთრებით მწვავე ეკოლოგიური პრობლემაა ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება. საქართველოში ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების ძირითადი წყარო სატრანსპორტო საშუალებების გამოწვევითაა. ატმოსფერული ჰაერი ძირითადად ბინძურდება ნახშირჟანგით, ნახშირწყალბადებით, აზოტის ჟანგულებით, გოგირდის ორჟანგით, ჭვარტლით, ბენზ(ა)პირენით, ჰაერში შეწონილი წვრილდისპერსიული მყარი ნაწილაკებით (PM10, PM2,5) და ა.შ. დამაბინძურებელი ნივთიერებები, რომლებიც გამოწვევითაა აირთან ერთად ხვდება ატმოსფეროში, რეალურ საფრთხეს უქმნის მოსახლეობის ჯანმრთელობას

და პირდაპირ კავშირშია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუარესების ზრდის ტენდენციასთან. ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება წარმოადგენს ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის პოტენციურ რისკ ფაქტორს. დაავადებების სპექტრი საკმაოდ ფართოა და ძირითადად დამოკიდებულია ჰაერში დამბინძურებლების სახეობაზე, კონცენტრაციაზე, ექსპოზიციის ხანგრძლივობასა და ორგანიზმის მდგომარეობაზე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი ზემოქმედება შედარებით მაღალი რისკის ჯგუფის მოსახლეობაზე – ბავშვებსა და ორსულ ქალებზე. ჯანმო-ს მონაცემების თანახმად ადამიანის ორგანიზმზე დაბინძურებული ატმოსფერული ჰაერის ზეგავლენა მრავალკომპონენტური პროცესია¹¹, რაც განაპირობებს ადამიანის ორგანიზმში ერთდროულად რამდენიმე ნივთიერების მოხვედრას. ატმოსფერულ ჰაერში გავრცელებული დამაბინძურებლების მოკლევადიანი და გრძელვადიანი ზემოქმედება განაპირობებს ჯანმრთელობის ეფექტებს.

აღსანიშნავია, რომ ბავშვები განსაკუთრებით მოწყვლადნი არიან გარემოს რისკების, განსაკუთრებით ჰაერის დაბინძურების მიმართ, ბავშვის ორგანიზმის განვითარების გარკვეულ ეტაპებზე გარემოს რისკ-ფაქტორებმა და დაბინძურებულმა ჰაერმა მოსალოდნელია შეუქცევადი დაზიანება გამოიწვიოს; შესაბამისად, ბავშვებში მოზრდილებთან შედარებით მაღალია გარემოს ზემოქმედებით განპირობებული, ჰაერის დაბინძურებასთან ასოცირებული დაავადებების ავადობის ტვირთი და სიკვდილიანობა.

დიაგრამა 1. სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობების ახალი შემთხვევები 100000 მოსახლეზე, საქართველო



ზრდის ტენდენციებით აღინიშნება ისეთი დაავადებების მაჩვენებლები, როგორცაა პნევმონიები, როგორც მთლიან მოსახლეობაში, ასევე ბავშვებში.

ჰაერის გაბინძურების დინამიკა და გარემოს მავნე ფაქტორებთან ასოცირებული ავადობის სტატისტიკა საქართველოში მოითხოვს აქტიურ ჩარევებს, რათა ეკოლოგიური რისკებისადმი ექსპოზიციის შემცირებით თავიდან ავიცილოთ გარემოსთან ასოცირებული ავადობისა და სიკვდილობის ტვირთი.

სასურველია ხელი შეეწყოს ელექტროტრანსპორტის განვითარებას. მსუბუქი ავტომობილების რაოდენობის ზრდის ტემპის შესამცირებლად უკეთ უნდა განვითარდეს საზოგადოებრივი ტრანსპორტი და აუცილებელია ამ კუთხით საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, ავტოსატრანსპორტო საშუალებების ტექნიკური მდგომარეობის, გამონახოლქვების შემცირების, საწვავის ხარისხის კონტროლისა და მონიტორინგის სფეროში საქმიანობის რადიკალურად გაუმჯობესება და მწვანე ნარგავების რაოდენობის მაქსიმალურად გაზრდა, რათა გაუმჯობესდეს ქალაქების დაგეგმარების ძირითადი პრინციპი, მიკროკლიმატი; გაუმჯობესდეს მხატვრულ-არქიტექტურული იერსახე, კერძოდ: ფერდობების გამწვანება, მსხვილი გამწვანებული მასივების გაშენება მაღლობებზე ჰაერის გაგრილების მიზნით და სხვ.

ამსტერდამში (ჰოლანდია) საფუძველი ჩაეყარა ესტაფეტის დაწყებას, როგორც ტრანსპორტის, ჯანმრთელობისა და გარემოს პან-ევროპული პროგრამის განხორციელების მექანიზმს 2009-2014 წლებში. ქალაქებში უსაფრთხო და ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო ფეხით სიარულისა და ველოსიპედით მგზავრობისათვის ხელი უნდა შეეწყოს მუნიციპალიტეტების მიერ საველოსიპედო და საფეხმავლო არსებული ინფრასტრუქტურის შესწავლა/შეფასებას, გაუმჯობესებას და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებას ქალაქში მოძრაობის ჯანსაღი წესის დანერგვასთან დაკავშირებით; მოსახლეობას არა აქვს სათანადო ინფორმაცია უსაფრთხო და ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო ფეხით სიარულისა და ველოსიპედით მგზავრობის უპირატესობის შესახებ, რომელიც ათავისუფლებს დამატებითი ხარჯებისაგან და ასევე არის რეგულარული ფიზიკური აქტივობა.

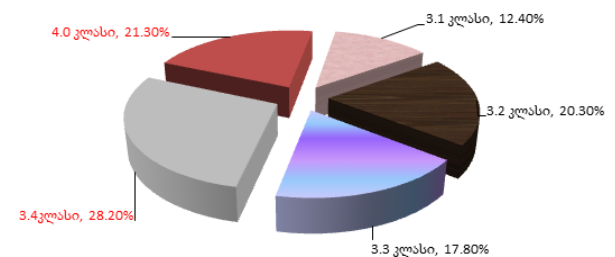
აღსანიშნავია სამუშაო გარემოს ხარისხობრივი მდგომარეობა, რომელშიც დასაქმებულ მოსახლეობას უხდება მუშაობა. როგორც ცნობილია, საქართველოს სანიტარიული კოდექსის გაუქმების შემდეგ, 29-ე მუხლის მოთხოვნებმა „სანიტარიულ-ჰიგიენური მოთხოვნები შრომის პირობების შესახებ“, აღარ ჰპოვა ასახვა ახალ კანონმდებლობაში და ამჟამად მთლიანად დამსაქმებელს დაეკისრა პასუხისმგებლობა დასაქმებულის შრომის უსაფრთხოებაზე.

პროფესიული დაავადებები საქართველოში 2007 წლიდან აღარ დაფიქსირებულა. გარდა ამისა, ქვეყანას არ აქვს მკაფიო პოლიტიკა და მექანიზმები, თუ როგორ უნდა მოხდეს დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაცვა.

რეალური მდგომარეობა უფრო დამაფიქრებელია, თუკი განვიხილავთ სახელმწიფო პროგრამის „პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია“ ფარგლებში შესრულებულ სამუშაოს და შედეგებს, რომელსაც ახორციელებს ს.ს. ნ. მახვილამის სახ. შრომის მედიცინისა და ეკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი.

სახელმწიფო პროგრამის მიხედვით დასაქმებული მოსახლეობა დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფება. უგულვებელყოფილია დამსაქმებლის მიერ შრომის უსაფრთხოების მოთხოვნები სამუშაო ადგილებისა და პროფესიების მიხედვით, კერძოდ: ხმაური, არახელსაყრელი მიკროკლიმატი, მავნე ქიმიური ნივთიერებები, საწარმოო მტკვერი და მძიმე ფიზიკური დატვირთვა და სხვა.

ნახაზი 2. სამუშაო ადგილების განაწილება მავნეობის კლასების მიხედვით ს.ს. „ჯორჯიანმანგანეზის“ ზესტაფონის ფეროშენადნობთა ქარხანაში 2010-2011წწ.



ს.ს. „ჯორჯიანმანგანეზის“ ზესტაფონის ფეროშენადნობთა ქარხანის (2010-2011 წწ) შესწავლილი 89 სამუშაო ადგილიდან შრომის

პირობები 11 შემთხვევაში მიეკუთვნება მავნე 3.1 კლასს, 18 სამუშაო ადგილი მავნე 3.2 კლასს, 16 სამუშაო ადგილი – 3.3 კლასს, 25 სამუშაო ადგილი – მავნე 3.4 კლასს, ხოლო 19 სამუშაო ადგილზე მუშათა შრომის პირობები მიეკუთვნება საშიშ 4.0 კლასს.

მიზანშეწონილია, შემუშავდეს საკანონმდებლო ცვლილებები შრომის მედიცინის სფეროს მართვისა და ორგანიზაციულ-ფუნქციური სტრუქტურის, ფორმის სრულყოფისა და საერთაშორისო ნორმებთან შესაბამისობაში მოყვანის მიზნით.

ცნობილია, რომ საქართველოში ბოლო 10 წლის განმავლობაში გატარებული რეფორმების შედეგად, ეპიდზედამხედველობა იმ საწარმოებზე, რომლებიც ახორციელებენ აზბესტის, ტყვიის, პესტიციდებისა და ვერცხლისწყლის ნაერთების წარმოებას და გამოყენებას არ მიმდინარეობს. ასევე, ქვეყანაში არ არსებობს ტოქსიკოლოგიურ-ქიმიური ლაბორატორია.

დღეისათვის საქართველო არაერთი მრავალმხრივი და ორმხრივი საერთაშორისო შეთანხმების, კონვენციების (ბაზელის, როტერდამის, სტოკჰოლმის, შორ მანძილზე ჰაერის ტრანსპორტის დაბინძურების შესახებ“, „ტრანსპორტის, ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის პან-ევროპული პროგრამა“, ოქმი „წყალი და ჯანმრთელობა“ და სხვა) მონაწილეა და თითოეული შეთანხმება ქვეყანას გარკვეულ ვალდებულებებს აკისრებს. განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საქართველოსა და ევროკავშირს შორის ასოცირების ხელშეკრულების გაფორმებას. საქართველოსა და ევროკავშირს შორის ასოცირების შეთანხმებისა და ასოცირების დღის წესრიგის განხორციელების ეროვნული სამოქმედო გეგმისა და ღრმა და ყოვლისმომცველი სავაჭრო სივრცის შესახებ შეთანხმების (DCFTA) 2014-2017 წლების სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულია „გარემოს და ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმის (NEHAP)“ შემუშავება, საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის ევროკავშირის კანონმდებლობასთან ჰარმონიზება, რომლის საბოლოო მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა.

იმედია, რომ მომავალში შემუშავდება კოორდინაციის მექანიზმები შესაბამის

დაინტერესებულ სამინისტროებსა და უწყებებს შორის, განსაკუთრებით, საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროსთან, რადგანაც, ათასწლეულის განვითარების მიზნებისა და გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ეგიდით მიღებული სხვა დოკუმენტების შესაბამისად, გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სექტორებს ეკისრებათ ძირითადი პასუხისმგებლობა ისეთი პოლიტიკის განსაზღვრასა და წარმართვაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარემოს მავნე ფაქტორების ზემოქმედების პრევენციას და კონტროლს.

ბიბლიოგრაფია

1. Skolnik R. Global Health 101, 2nd edition, 2012
2. გარემოს და ჯანმრთელობის მე-5 კონფერენცია.ქ.პარმა, იტალია,2010 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf
3. http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/pr221_E.pdf
4. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/index.html
5. http://www.who.int/hia/examples/trspt_comms/hge_transport_factsheet_low-resdurban_30_11_2011.pdf
6. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/
7. Preventing disease through healthy environment. Towards the Estimate of the Environmental Disease Burden. WHO, 2006
8. <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/ga11138.doc.htm>
9. სტატისტიკური ცნობარი, დკსჯეც. 2012 წელი.
10. http://www.ncdc.ge/uploads/publications/angarishebi/mciremasStabiani_wyalmomaragebis_sistemebi.pdf
11. Air Quality Guidelines, WHO, 2005. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications>



ახიზახის ბლოჯახი სვლიჯა და ჯანმრთელობა

ნია გიშახვილი

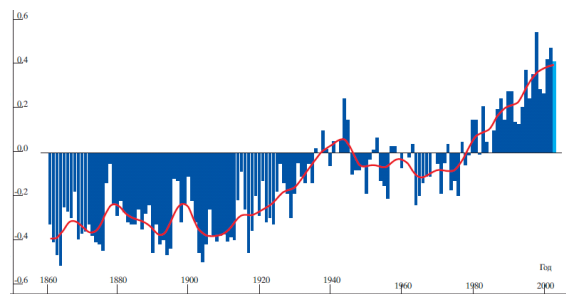
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებში

კლიმატის გლობალური ცვლილება – გარემოს ერთ-ერთ ყველაზე ფართომასშტაბიან და უპრეცედენტო ცვლილებას წარმოადგენს, რომელიც ამჟამად ვითარდება მთელ დედამიწაზე. ეს ცვლილებები, რომელიც განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა თავისი არსით, ასახავს დედამიწის ბიოფიზიკური და ეკოლოგიური სისტემის გადატვირთულობას, გამოწვეულს მოსახლეობის რაოდენობის ზრდითა და ადამიანის სამეურნეო საქმიანობით. გლობალური კლიმატის ცვლილების პარალელურად მიმდინარე ბიომრავალფეროვნების შემცირების, გაუდაბნოების, სტრატოსფეროს ოზონის ფენის განლევისა და წყლის რესურსების კლების პროცესები იწვევს გარემოს გლობალურ ცვლილებებს, რაც საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას.

უკანასკნელი წლების მანძილზე სრულიად ნათელი გახდა ის გარემოება, რომ კლიმატი განიცდის მნიშვნელოვან ცვლილებებს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. ამ პროცესზე დაკვირვებისათვის გაეროს ექსპერტთა ჯგუფის მიერ გატარებული ღონისძიებების შედეგად დაგროვდა მრავალი მტკიცებულება, რომელიც საერთო სურათის წარმოდგენის საშუალებას იძლევა და ცალსახად მიუთითებს დედამიწაზე განვითარებად თანდათანობით დათბობასა და სხვა ცვლილებებზე კლიმატის სისტემაში.

დედამიწის ზედაპირის გლობალური საშუალო ტემპერატურის მატება 1861 წლიდან დაიწყო, ხოლო უახლესი ანალიტიკური დაკვირვებების გასაშუალებული მონაცემების მიხედვით, ჩრდილოეთ ნახევარსფეროში ყველაზე სწრაფი მატება მე-20 საუკუნის განმავლობაში დაფიქსირდა.

დიაგრამა 1. საშუალო ტემპერატურის გლობალური ცვლილებები



სიმწირე არ იძლევა სათანადო დასკვნების გამოტანის შესაძლებლობას. დროის ინტერვალი, რომლის განმავლობაშიც მოხდა ეს უპრეცედენტო დათბობა, პალეოკლიმატური კვლევების მიხედვით მნიშვნელოვნად ნაკლებია, ვიდრე მსგავსი ცვლილებების განვითარების სხვა გეოლოგიური პერიოდის ხანგრძლივობა. გარდა ამისა, უკანასკნელი ორმოცდაათი წლის განმავლობაში მოიმატა ტემპერატურამ ატმოსფეროს

ქვედა რვაკილომეტრიან ფენაში, აიწია ზღვის საშუალო დონემ, გაიზარდა ოკეანის თბოქმეცვლობა, მაშინ როდესაც განუზრელად მცირდება თოვლისა და ყინულის საფარის მოცულობა. ცვლილებები მოხდა კლიმატის სხვა მნიშვნელოვანი ელემენტების მხრივაც.

გარემოზე ადამიანის ზემოქმედების მასშტაბი განისაზღვრება სამი ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელი ფაქტორით: მოხმარების დონე ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით; მოსახლეობის რაოდენობა; რესურსების წარმოებისა და მოხმარებისათვის გამოყენებული ტექნოლოგიები. ის გარემოება, რომ ადამიანის საქმიანობის შედეგად, გარდა ნიადაგის, ჰაერისა და წყლის დამაბინძურებელი სხვადასხვა ნივთიერებებისა, გამომუშავდება სათბურის ეფექტის გამამაღიერებელი აირები, აიძულა ქვეყნების მთავრობები, მიეღოთ გაერთიანებული ერების

ორგანიზაციის ჩარჩო კონვენცია კლიმატის ცვლილებებთან დაკავშირებით.

უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე სხვადასხვა ქვეყნების, ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და რეგიონალური პროგრამების მიერ ჩატარებული იქნა მრავალი კვლევა კლიმატის ცვლილებებისადმი ადამიანის ორგანიზმის მგრძობელობასა და ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შესასწავლად. კლიმატის ცვლილება არ იწვევს რაიმე ახალი სახის ზეგავლენას ადამიანის ჯანმრთელობაზე, მაგრამ შეიძლება მნიშვნელოვნად დაამძიმოს კლიმატის ცვლილებებისადმი სენსიტიური დაავადებების ტვირთი, ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია დროული და ქმედითი ინტერვენციების გატარება როგორც გლობალურ, ასევე რეგიონულ და ქვეყნის დონეზე.

ცხრილი 1.

ამინდისა და კლიმატის ზეგავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე	
ზეგავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე	ამინდისა და კლიმატის ცნობილი ზეგავლენა
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, რესპირატორული დაავადებებით და სხეულის გადახურებით განპირობებული სიკვდილიანობის მატება	<ul style="list-style-type: none"> ძლიერი სიცხეების პერიოდებში სიკვდილიანობის მატება ხანმოკლე ვადით ზომიერ კლიმატურ პირობებში მცხოვრებ მოსახლეობაში V და J-მაგარი ურთიერთდამოკიდებულება ტემპერატურასა და სიკვდილიანობას შორის სიკვდილის შემთხვევების მატება ძლიერი სიცხეების დადგომისას
ალერგიული რინიტი	<ul style="list-style-type: none"> ამინდი ზეგავლენას ახდენს ალერგენების გამომუშავებაზე, გავრცელებასა და სეზონურობაზე
რესპირატორული და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და სიკვდილიანობა	<ul style="list-style-type: none"> ამინდი ზეგავლენას ახდენს დამაბინძურებელი ნივთიერებების კონცენტრაციაზე ატმოსფერულ ჰაერში
სიკვდილიანობა და ტრავმატიზმი	<ul style="list-style-type: none"> წყალდიდობები, მეწყერები და ქარიშხლები იწვევს ადამიანების დაღუპვასა და ტრავმატიზმს
ინფექციური დაავადებები და ფსიქიკური დარღვევები	<ul style="list-style-type: none"> წყალდიდობების შედეგად ირღვევა წყალმომარაგებისა და საკანალიზაციო სისტემების მუშაობა, რამაც შეიძლება ზიანი მიაყენოს სატრანსპორტო ინფრასტრუქტურასა და ჯანდაცვის სისტემას წყალდიდობების შედეგად შეიძლება აღმოცენდეს დაავადებათა გადამტანი კოლოების კერები და გამოიწვიოს ეპიდემიოქმედები წყალდიდობებში შეიძლება განაპირობოს პოსტტრავმატული სტრესით გამოწვეული დარღვევების გავრცელება
შიშშილი, კვებითი დარღვევები, დიარეები და რესპირატორული დაავადებები	<ul style="list-style-type: none"> გვალვა განაპირობებს ჰიგიენური მიზნებისათვის მოხმარებული წყლის რაოდენობის შემცირებას გვალვის შედეგად იზრდება ტყის ხანძრების საფრთხე გვალვა განაპირობებს სურსათის ხელმისაწვდომობის შემცირებას, უპირველეს ყოვლისა იმ კატეგორიის მოსახლეობაში, რომელთა სასურსათო უზრუნველყოფა მნიშვნელოვანწილადაა დამოკიდებული კერძო მეურნეობაზე და/ან იმყოფებიან მძიმე ეკონომიკურ პირობებში

დაავადებები, რომელთა გადამტანები არიან კოლოები, ტკიპები, მღრღნელები

მიკრონუტრიენტებისა და კვების დეფიციტი

წყალთან დაკავშირებული დაავადებები და კვებითი ტოქსიკოინფექციები

- მომატებული ტემპერატურა განაპირობებს პათოგენური მიკროორგანიზმების განვითარების პერიოდის შემოკლებას გადამტანებში და ადამიანისათვის გადაცემის შესაძლებლობის გაზრდას
- გადამტანის თითოეული სახეობა საჭიროებს სპეციფიკურ კლიმატურ პირობებს (ტემპერატურა და ტენიანობა), აღწარმოების ისეთი დონის შესანარჩუნებლად, რაც უზრუნველყოფს პათოგენური მიკროორგანიზმების გადაცემას
- კლიმატის ცვლილებამ შეიძლება გამოიწვიოს სურსათის მარაგების შემცირება (მაგ.: მოსავლიანობის, საქონლის სულადობის შემცირება) ან გააუარესოს ხელმისაწვდომობა სურსათისადმი
- ტემპერატურასთანაა დაკავშირებული დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმების სიცოცხლისუნარიანობა
- კლიმატური პირობები ზეგავლენას ახდენს სასმელი წყლის საკმარისობასა და ხარისხზე
- ატმოსფერული ნალექების ექსტრემალურმა რაოდენობამ შესაძლებელია განაპირობოს პათოგენური მიკროორგანიზმების მოხვედრა წყალმომარაგების სისტემაში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია წამყვან როლს ასრულებს გლობალური კლიმატის ცვლილებებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკების თაობაზე ინფორმირებულობის ამაღლების საქმეში და 2008 წლიდან დაწყებული, მუდმივად აქვეყნებს ფაქტობრივ მონაცემებს, მეთოდურ რეკომენდაციებსა და პილოტური კვლევების შედეგებს ამ სფეროში.

2014 წლის 27-29 აგვისტოს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შტაბ-ბინაში გაიმართა კონფერენცია კლიმატისა და ჯანმრთელობის საკითხებზე, რომლის მუშაობაში მონაწილეობას ღებულობდნენ გაეროს წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის, გარემოს დაცვის, ენერგეტიკის, ეკონომიკური განვითარების მინისტრები, სხვა მაღალი რანგის საჯარო მოხელეები, ტექნიკური ექსპერტები, გაეროს სხვა ორგანიზაციებისა და პროგრამების ხელმძღვანელები, არასამთავრობო ორგანიზაციები. კონფერენცია მიზნად ისახავდა პოზიციების შეჯერებას არსებულ ვითარებასთან დაკავშირებით და მკაფიო გზავნილების მომზადებას კლიმატის ცვლილებებისადმი მიძღვნილი გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სამიტისათვის, ჯანდაცვის სექტორისა და მდგრადი განვითარების მხარდაჭერის დეტალური განხილვის უზრუნველსაყოფად.

2014 წლის 24 სექტემბერს, ნიუ იორკში, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შტაბ-ბინაში შედგა კლიმატის ცვლილებისადმი მიძღვნილი სამიტი, რომელზეც მიღებული

იქნა გადაწყვეტილება სათბური ეფექტის მქონე გაზების ემისიის შემამცირებელი კონკრეტული ღონისძიებების გატარებასთან დაკავშირებით, ინვესტიციების მოცულობის გაზრდის თაობაზე გლობალური დათბობის შედეგებთან ბრძოლისა და ადაპტაციის ღონისძიებების პროექტების დასაფინანსებლად, აგრეთვე მწვანე კლიმატური ფონდის შესავსებად ძალისხმევის გაძლიერებასა და მომავალ წელს კლიმატის ცვლილებებთან დაკავშირებით ახალი შეთანხმების გაფორმების შესახებ.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური მდივანმა გამოთქვა განსაკუთრებული კმაყოფილება იმ გარემოებასთან დაკავშირებით, რომ წევრი ქვეყნების მიერ მიღებულ იქნა ვალდებულება მწვანე კლიმატური ფონდის შევსებასა და კლიმატის ცვლილებით გამოწვეულ ნეგატიურ შედეგებთან საბრძოლველად 100 მილიარდი აშშ დოლარის მობილიზებასთან დაკავშირებით.

რისკების თავიდან აცილებისა და მინიმიზაციის მართებულად შერჩეული პრინციპებისა და ინსტრუმენტების გამოყენებით, შესაძლებელია კლიმატის ცვლილებისა და ცვალებადობისადმი მგრძობელობის შემცირება მოკლევადიანი და გრძელვადიანი პერიოდებისათვის. დღეისათვის შემუშავებულია რისკების მინიმიზაციისა და თავიდან აცილების მრავალი სქემა, რომელთა იმგვარი მოდიფიკაციაა შესაძლებელი, რომ გათვალისწინებული იქნეს ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი თავისებურებანი. ამ სქემებში, პირველი ნაბიჯი

მდგომარეობს რისკების გამოვლენასა და რისკებისადმი მოწყვლადობის შეფასებაში. რისკების გამოვლენა დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის კონკრეტული ზემოქმედების რისკის შეფასებასთან. აღნიშნულისათვის კი აუცილებელია, დახასიათდეს: რისკის წარმოშობის ხარისხი და სიხშირე; რისკის ქვეშ მოქცევის ალბათობა;

ვინ შედის, ან ვინ შეიძლება შევიდეს ჯანმრთელობისათვის მავნე ზემოქმედების რისკის ჯგუფში; და ასევე, კონკრეტულად რა სახის ზემოქმედების ქვეშ მოექცევა ჯანმრთელობისათვის მნიშვნელოვანი ასპექტები (მაგალითად, ინფრასტრუქტურის მოშლა, სამედიცინო სერვისების მიწოდების შეფერხება, სოციალური დაცვის სისტემის დასუსტება და ა.შ.).

ფაქტები, საქართველო

საქართველოში 1967-2009 წლების პერიოდში, დაახლოებით 3,000 დასახლება (მთლიანი რაოდენობის 63%) აღმოჩნდა გეოლოგიურად სახიფათო რისკის ზონაში:

- 60,000 ოჯახი იქნა გადასახლებული ეკომიგრანტების სტატუსით;
- გეოლოგიური კატასტროფების შედეგად დაზარალებულების რაოდენობამ 1,000-ს გადააჭარბა, საიდანაც 600 შემთხვევა 1987 წლის შემდეგ დაფიქსირდა;
- 400 000 საცხოვრებელ სახლზე და ნაგებობაზე მეტი დაზიანდა და აღმოჩნდა სახიფათო რისკის ზონაში;
- 1,5 მილიონი ჰა სახნავი მიწა და ზიანდა და გამოუსადეგარი გახდა;
- 560 კმ საავტომობილო გზა დაზიანდა და საჭიროებდა რეაბილიტაციას;
- 1973-1975 წლებში, გეოლოგიური კატასტროფების შედეგად ეკონომიკის ზარალმა 650 მილიონი აშშ დოლარი შეადგინა, ხოლო 1987-1988 წლებში ამ მაჩვენებელმა 1 მილიარდ აშშ დოლარს გადააჭარბა.
- 1991-1992 წლებში მიწისძვრების, მეწყერ-გრავეიტაციული და ღვარცოფის პროცესების შედეგად მიყენებულმა ზარალმა 10 მილიარდი დოლარი შეადგინა.
- ჯამში, 1995-2009 წლებში, საქართველოში, გეოლოგიური კატასტროფების შედეგად მიყენებულმა ზარალმა 1 308 მილიარდი აშშ დოლარი შეადგინა, ხოლო მსხვერპლის რაოდენობა 71-ს გაუტოლდა.

წყარო: კლიმატის ცვლილების კონვენცია (UNFCCC) 2012წ.

კლიმატის გლობალურ ცვლილებებთან დაკავშირებული რისკების შესახებ ინფორმაციისა და ცოდნის ფლობა, საქართველოსთვის ძირითად ინსტრუმენტს წარმოადგენს ადაპტაციის ღონისძიებების დასაგეგმად და განსახორციელებლად.

ჩვენს ქვეყანაში არსებული ვითარება, კლიმატის გლობალური ცვლილების კონტექსტში, სხვადასხვა კომპეტენტური ორგანიზაციების ინფორმაციის მიხედვით, ამგვარია:

- საქართველოს ტერიტორიის ლანდშაფტი, გეოლოგია, გეომორფოლოგია და კლიმატი სასურველ გარემოს უქმნის მეწყერებს,

ღვარცოფებსა და კლდეების შლას. საქართველოს ტერიტორიაზე ფართოდ გავრცელებული მეწყერები უარყოფით გავლენას ახდენს ქვეყნის სოციალურ და ეკონომიკურ განვითარებაზე. ასეთი პროცესების გავლენის ქვეშ პერიოდულად ექცევა დასახლებების დიდი რაოდენობა, სასოფლო-სამეურნეო სავარგულები, გზები, ნავთობისა და გაზის მილსადენები, მაღალი ძაბვის გადამცემი კოშკურები, ჰიდრო-ენერჯისა და წყლის გამწმენდი ნაგებობები, მომპოვებელი და ტურისტული კომპლექსები. 2011 წელს გაფრინდაშვილის მიერ ჩატარებული მეწყერის რისკის

შეფასებაში აღნიშნულია, რომ საქართველოს მიწის ზედაპირის 11,866.3 კმ² (17.03%) მაღალი სამიშროების ზონაში მდებარეობს, 38.72% – საშუალო სამიშროების ზონაში, ხოლო 44.25% – დაბალი სამიშროების ზონაში (Gaprindashvili, 2011).

უღელტეხილებთან სიახლოვის გამო, სამხრეთ კავკასიაში კლიმატის ცვლილება სავარაუდოდ გაზრდის ექსტრემალური ამინდით გამოწვეულ მოვლენებს და უცაბედ ღვარცოფებს.

- ბოლო 50 წლის განმავლობაში, საქართველოში ჰაერის საშუალო წლიური ტემპერატურა გაიზარდა 0.4°C-ით, ხოლო ნალექები – 8%-ით. ბოლო ორი ათწლეულის მანძილზე მეწყერების რაოდენობა გაორმაგდა, ხოლო ძლიერმა ნალექებმა კიდევ უფრო გაზარდა ღვარცოფების სიხშირე (საქართველო, 2009). ექსტრემალური მეტეოროლოგიური პირობები და მასთან დაკავშირებული კატასტროფები, როგორცაა ქარიშხლები, მეწყერი, ღვარცოფი, ზვავი, წყალდიდობა და ცხელი ტალღები, შეიძლება ჩაითვალოს ეროვნული უსაფრთხოების წინაშე არსებულ რისკებად.
- კავკასიაში მცინვარების მოცულობა ბოლო საუკუნის განმავლობაში უკვე შემცირდა 50%-ით და კიდევ უფრო მკვეთრად შემცირდება პროგნოზირებად მომავალში (UNEP, Zoi ეკოლოგიური ქსელი, 2011). მცინვარების დნობა არსებით როლს ასრულებს ადგილობრივი თემების წყლის ბალანსის შენარჩუნებაში და შესაბამისად, მნიშვნელოვანია უსაფრთხოების თვალსაზრისითაც. 1985-2000 წლების თანამგზავრული სურათების ანალიზის შედეგებზე დაყრდნობით ჩატარებული შეფასებით დგინდება, რომ გასული ნახევარი საუკუნის მანძილზე ქვემო სვანეთში მცინვარების ფართობი შემცირდა დაახლოებით 25%-ით, ხოლო მათი მოცულობა 1.2 კუბ.კმ-დან 0.8 კუბ.კმ-მდე, რაც 700 მილიონ კუბ.მ. წყალს შეესაბამება. SNC აცხადებს, რომ ქვემო სვანეთის მცინვარები შეიძლება მთლიანად გაქრეს 2050 წლისთვის.
- საქართველოში უკვე სახეზეა გვალვების სიხშირის ზრდა, რაც საშუალოდ

წელიწადში 0.7%-ით გამოიხატა 1952-1979 პერიოდში და წელიწადში 0.9% 1980-2007 პერიოდში (საქართველო, 2009). გარდა ამისა, გვალვების ხანგრძლივობა გაიზარდა საბაზისო საშუალო 45 დღიდან საშუალო 60 დღემდე 1980-2007 პერიოდში (საქართველო, 2009).

- 1995-2010 პერიოდში საქართველოში დაახლოებით 10.6 წყალდიდობა ხდებოდა წელიწადში, რასაც 16.6 მლნ აშშ დოლარის ზარალი მოჰქონდა ყოველწლიურად. 2005 წლის ოქტომბერში წყალდიდობებმა და მეწყერებმა სერიოზულად დააზარალა გურია, სამეგრელო და აჭარა. მთლიანად დაინგრა დაახლოებით 30 სახლი, ხოლო 1,000 – ძლიერად დაზიანდა და საცხოვრებლად უვარგისი გახდა (Corso, 2005). დასავლეთ და აღმოსავლეთ საქართველოს მნიშვნელოვანი აგრო-სავარგულები მეტად მოწყვლადია წყალდიდობების მიმართ.
- სოფლის მეურნეობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს საქართველოში. აღნიშნულ სფეროში 50%-ზე მეტი მუშახელია დასაქმებული. 2000 წლიდან 2010 წლამდე მშპ 35%-ით გაიზარდა, მაგრამ სოფლის მეურნეობის წილი საქართველოს მთლიან მშპ-ში 22%-დან (3.1 მილიარდი აშშ დოლარი, 2000 წელი) 8%-მდე (11.7 მილიარდი აშშ დოლარი, 2010 წელი) დაეცა. მოსავლის მიღებისა და პროდუქციის წარმოების ზოგადი ტენდენციები შემცირდა არა მხოლოდ გასული რამდენიმე წლის, არამედ ბოლო ათწლეულის განმავლობაში. 2050-იანი წლებისთვის ბუნებრივი ნალექის ჩამონადენი, სავარაუდოდ, 4-დან 7%-მდე მოიმატებს, რაც დასავლეთ საქართველოში დამატებით 340 მილიონი კვტ/სთ გამომუშავებას შეუწყობს ხელს, რაც თავისთავად, სარწყავი წყალსაცავების უზრუნველყოფის საშუალებას იძლევა. დასავლეთ საქართველოში უკეთესი კლიმატური პირობების შედეგად, შესაძლოა, მოიმატოს ჩაისა და სიმინდის წარმოებამ, სიმინდის წარმოების 30-40%-ით ზრდის პოტენციალით. აღმოსავლეთ საქართველოში კი, პირიქით, ნალექების შემცირებამ და ტემპერატურის ზრდამ, მოსალოდნელია, გამოიწვიოს ღვინის წარმოების 10-15%-

იანი, ხოლო მარცვლეულის წარმოების – 30-დან 60%-მდე შემცირება. კლიმატური ცვლილებების სხვადასხვაგვარი ზეგავლენა ამა თუ იმ კულტურებზე, აღმოსავლეთიდან დასავლეთ საქართველომდე, გვიჩვენებს, რომ საჭიროა მოვლენების უფრო დეტალური გაანალიზება სამეურნეო ზონების მიხედვით.

- შავი ზღვის სანაპირო ზონა, საქართველოს ერთ-ერთ ყველაზე მგრძობიარე და დაუცველ რეგიონად ითვლება კლიმატის ცვლილების თვალსაზრისით. საქართველოს სანაპირო ზონაზე მრავალი გეოგრაფიული პროცესი ახდენს გავლენას (ტექტონური ფილების მოძრაობა, ზღვის დონის ზრდა, მოქცევის ტალღები, წყალდიდობა, წყალქვეშა დინება, მდინარის სედიმენტაცია და ა.შ.), რომელთაგან ზოგი კლიმატური ცვლილების შედეგად უფრო ძლიერდება. გასულ საუკუნეში, შავი ზღვის აღმოსავლეთ სანაპიროზე, ზღვის დონის აწევის (ეგსტაზია) საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 2.6 მ/წ. 1926-1996 წლების პერიოდში ზღვის ზედაპირის ტემპერატურამ 1.0°C-ით დაიკლო. თუმცა, 1990-2006 წლებში, მან 1.3°C-ით მოიმატა, რამაც შედეგად ზღვის ზედაპირის ტემპერატურის 0.2°C-ით დათბობა გამოიწვია. ქარის სიჩქარის მაქსიმალური ზრდის გამო გასული ოთხი ათწლეულის განმავლობაში ძლიერი შტორმების (5-დან 7 ბალამდე) სიხშირე სამჯერ გაიზარდა ფოთსა და ბათუმში. (გაეროს განვითარების პროგრამა, გარემოს დაცვისა და უსაფრთხოების ინიციატივა (UNDP, EN-VSEC, 2011).
- ადამიანის ჯანმრთელობაზე კლიმატური ცვლილების ზეგავლენა, მოწყვლადობა და ადაპტაციის შესაძლებლობები გაანალიზებულ იქნა ეროვნულ კომუნიკაციებში (მეორე და მესამე) კლიმატის ცვლილების კონვენციისადმი (UNFCCC) საქართველოს მთელი ტერიტორიისთვის ზოგადად, ხოლო უფრო კონკრეტულად – შერჩეული პრიორიტეტული რეგიონებისთვის. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო იმ დაავადებებს, რომლებიც კლიმატზე დამოკიდებულად ითვლება ჯანმრთელობის მსოფლიო

ორგანიზაციის (WHO) მიერ, ესენია: დიარეული, ინფექციური, რესპირატორული და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ასევე, ექსტრემალურ მოვლენებთან დაკავშირებული გარკვეული პათოლოგიები, როგორებიცაა: ფსიქიკური დარღვევები და ტრავმები, მათ შორის რადიაციასთან და თერმულ ინსულტთან დაკავშირებული პათოლოგიური მდგომარეობანი. ინფექციური და დიარეული დაავადებების ზრდა პროგნოზირებულია საქართველოს ცალკეულ რაიონებში, ტემპერატურის მოსალოდნელი მატების და წყლის დეფიციტის გამო. სოფლის მეურნეობის პროდუქტების წარმოების დაკლებამ, დასაშვებია, მომავალში გამოიწვიოს საკვების უკმარისობა. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში დაფიქსირდა ახალი, რეგიონისთვის უჩვეულო ინფექციური, ვექტორული დაავადებები, როგორებიცაა: ლეპტოსპიროზი და ბორელიოზი, რაც კლიმატური ცვლილების შედეგად რეგიონში შექმნილი ხელსაყრელი პირობების შექმნას უკავშირდება.

ჯანდაცვისა და კლიმატის ცვლილების სფეროს სპეციალისტების წინაშე ერთი და იგივე ამოცანა დგას – ამალდეს ქვეყნების, ადგილობრივი თემებისა და ცალკეულ მოქალაქეთა შესაძლებლობა ეფექტურად და მართებულად გადალახონ კლიმატის ცვლილებასა და ცვალებადობასთან დაკავშირებული სირთულეები. მთლიანობაში, მოსახლეობის მგრძობელობა ჯანმრთელობის ნებისმიერი სახის საფრთხეებისადმი დამოკიდებულია ადგილობრივ გარემოზე, მატერიალური რესურსების დონეზე, ეფექტიან მართვაზე (ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე), საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხარისხსა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაზე.

რისკის გამოვლენის, მოწყვლადობისა და რეაქციის შეფასებას უნდა მოსდევდეს რისკების შემცირებისათვის აუცილებელი არსებული საკადრო და მატერიალური რესურსების განსაზღვრის შესაძლებლობის შეფასება. აქ შედის როგორც ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის, ასევე სახანძრო, სამაშველო, საგანგებო სიტუაციების მართვისა და ასევე სამხედრო შეიარაღებული ძალების განკარგულებაში

არსებული რესურსებისა და შესაძლებლობების შეფასება საგანგებო სიტუაციებისა და ვითარებაში განსახორციელებელი მოქმედებებისათვის. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით უნდა ითქვას, რომ საქართველოში ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურამ და სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობამ მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადა უკანასკნელ პერიოდში და ამჟამად უზრუნველყოფილია ჯანდაცვითი სერვისებისადმი უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, ასევე მნიშვნელოვნადაა გაუმჯობესებული გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობა საქართველოს ნებისმიერ რაიონში მცხოვრები მოსახლეობისათვის.

კლიმატური ცვლილებები არ ემორჩილება პოლიტიკურ საზღვრებს ან რეგიონების სექტორულ დაყოფას, რაც ნებისმიერი ქვეყნისთვის შეუძლებელს ხდის მარტო გაუმკლავდეს მის შედეგებს. ამის ნაცვლად, ერთობლივი რესურსების მართვისა და კლიმატის ცვლილებით გამოწვეული რისკების შესამცირებლად საჭირო ხდება მრავალმხრივი ღონისძიებების გატარება, მათ შორის, უპირველეს ყოვლისა, კლიმატის გლობალური ცვლილებაზე რეაგირებისა და ადაპტაციის ეროვნული გეგმის შემუშავება და იმპლემენტაცია.

ბიბლიოგრაფია

1. 2012. Adaptation fund. Developing Climate Resilient Flood and Flash Flood Management Practices to Protect Vulnerable Communities of Georgia. *ობ.*: <https://www.adaptation-fund.org/project/developing-climate-resilient-flood-and-flash-flood-management-practices-protect-vulnerable-c>.
2. CENN 2012, Vulnerability and Risk Analysis – Introduction, CENN, Georgia.
3. Corso, M. 2005, November 21, West Georgia Flood Victims Still Waiting for Promised Presidential Aid [Eurasianet]. *ობ.*: <http://www.eurasianet.org/departments/insight/articles/eavც112205.shtml>.
4. Gaprindashvili, G. 2011, Landslide hazard assessment in Georgia, Faculty of Geo-Information Science and Earth Observation (ITC) of the University of Twente, Netherlands.
5. Georgia 2009, Georgia’s Second National Communication to the UNFCCC, UNDP
6. GFDRR 2010, Central Asia and Caucasus Disaster Risk Management Initiative (CAC DRMI) – Risk Assessment for Central Asia and Caucasus: Desk Study Review, World Bank; ISDR; CAREC.
7. GLOWS 2013, , Integrated Natural Resources Management in Watersheds of Georgia Program (INRMW) [Global Water for Sustainability Program. *ობ.*: <http://www.globalwaters.net/projects/current-projects/inrmw/>.
8. გარემოს დაცვის სამინისტრო, 2012, საქართველოს ეროვნული გარემოსდაცვითი სამოქმედო პროგრამა, საქართველოს გარემოსდაცვის სამინისტრო, თბილისი.
9. UNDP 2013, Climate Change Strategy of Adjara, UNDP in Georgia, Georgia.
10. UNDP & ENVSEC 2011, Regional Climate Change Impacts Study for the South Caucasus Region, UNDP, Tbilisi, Georgia.
11. UNECE 2010, Environmental Performance Reviews, UNECE, New York and Geneva.
12. UNEP & Zoi environment network 2011, Climate Change in the South Caucasus, ENVSEC.
13. UNFCCC 2013, The State of Adaptation under the United Nations Framework Convention on Climate Change – 2013 Thematic Report, United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC).
14. USAID 2013, Integrated Natural Resources Management in Watersheds (INRMW) of Georgia Program, USAID.
15. USAID 2011, Rapid Assessment of the Rioni and Alazani-Iori River Basins of Georgia, USAID.
16. World Bank 2012b, Georgia – Climate Change and Agriculture Country Note, World Bank.
17. 2014. ENVSEC. Climate Change and Security in the Southern Caucasus. Background Paper – Southern Caucasus. Environment and Security (ENVSEC) Initiative.

სარედაქციო ჯგუფი

ზურაბ ჯიბლაძე

რუსუდან თურქაძე

ნათია ვადაჭკორია

გია არაბული

გიორგი ჯიბლაძე

ირაკლი ყიფიანი

ირინე ბარამიძე

პროექტის ავტორი და მთავარი რედაქტორი

პასუხისმგებელი რედაქტორი

მასმედიასთან ურთიერთობები

მხატვრული რედაქტორი

კონსულტანტი

მხატვარ-დიზაინერი

მხატვარ-დიზაინერი

