

**[ჯანმრთელობის ხელშეწყობის
ეროვნული სტრატეგია]**
„საზოგადოებრივი მოძრაობა ჯანმრთელი საქართველოსთვის“
2014-2019

Maia

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2014-2019 წლების ეროვნული სტრატეგია

სარჩევი

შესავალი2

1. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი ფაქტორების მიმოხილვა12

2. მიზანი20

3. სტრატეგიული ამოცანები20

4. ღონისძიებები და მოსალოდნელი შედეგები21

4.1. სტრატეგიული ამოცანა 1: თამბაქოს კონტროლი21

4.1.1. პრობლემის განმარტება21

4.1.2. ღონისძიებები22

4.2. სტრატეგიული ამოცანა 2: ჯანსაღი კვების ხელშეწყობა25

4.2.1. პრობლემის განმარტება25

4.2.2. ღონისძიებები26

4.3. სტრატეგიული ამოცანა 3: ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა30

4.3.1. პრობლემის განმარტება30

4.3.2. ღონისძიებები31

4.4. სტრატეგიული ამოცანა 4: ალკოჰოლის მოხმარების კონტროლი33

4.4.1. პრობლემის განმარტება33

4.4.2. ღონისძიებები34

4.5. სტრატეგიული ამოცანა 5: ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლი35

4.5.1. პრობლემის განმარტება35

4.5.2. ღონისძიებები36

4.6. სტრატეგიული ამოცანა 6: ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა37

4.6.1. პრობლემის განმარტება37

4.6.2. ღონისძიებები38

4.7. სტრატეგიული ამოცანა 7: ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა39

4.7.1. პრობლემის განმარტება39

4.7.2. ღონისძიებები	40
4.8. სტრატეგიული ამოცანა 8: ტრავმატიზმის შემცირება	42
4.8.1. პრობლემის განმარტება	42
4.8.2. ღონისძიებები	42
4.9. სტრატეგიული ამოცანა 9: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კომორბიდული რისკ-ფაქტორებისა და კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით სკრინინგულ პროგრამებში მონაწილეობის მონაწილეობის ხელშეწყობა/წახალისება	43
4.9.1. პრობლემის განმარტება	43
4.9.2. ღონისძიებები	45
5. სტრატეგიის განხორციელება	46
ტერმინების განმარტება	47

შემოკლებები???

აგდ	არაგადამდები დაავადებები
დკსჯეც	სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“
მგმ	მდგრადი განვითარების მიზნები
გაერო	გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია
გდბრს	საქართველოს გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო
გმს	საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო
ემგს	საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო
სას	საქართველოს სპორტისა და ახლგაზრდობის სამინისტრო
სმს	საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო
საქსტატი	საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
ფს	საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო
ფქოდ	ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები
შსს	საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო
შჯსდს	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ინგლისურენოვანი შემოკლებები

EUROPREV	პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ევროპის ქსელი
GERHS	საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა
GERAMOS	საქართველოს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა

EHESI	ევროპის ჯანმრთელობის კვლევის ინიციატივა
GAVI	ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსი
ICD-O	დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ონკოლოგიაში
IARC	კიბოს კვლევათა საერთაშორისო სააგენტო
PACT	კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამა
STEPS	არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების საფეხურებრივი (სამ-ეტაპიანი) კვლევა
UNFPA	გაეროს მოსახლეობის ფონდი
USAID	აშშ-ს საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
UNICEF	გაეროს ბავშვთა ფონდი
SC/FELTP	სამხრეთ კავკასიის სველე ეპიდემიოლოგიისა და ლაბორატორიის სასწავლო პროგრამა
MediPIET	ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნების ინტერვენციული ეპიდემიოლოგიის სწავლების პროგრამა

გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის 3.4 ამოცანა აგდ-თან მიმართებაში – ადრეული სიკვდილიანობის შემცირება.

ეროვნული სტრატეგია ეფუძნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეზოლუციებსა და დოკუმენტებს, რომლებიც მოიცავს: არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გლობალურ სამოქმედო გეგმას 2013–2020 წლებისთვის (9), ჯანმოს ჩარჩო-კონვენციას თამბაქოს კონტროლის შესახებ (26), ჯანსაღი კვების, ფიზიკური აქტივობისა და ჯანმრთელობის შესახებ გლობალურ სტრატეგიას (10), ალკოჰოლის მავნე მოხმარების შემცირების გლობალურ სტრატეგიას (11), ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და აგდ-ს შესახებ პირველი გლობალური მინისტერიალის მოსკოვის დეკლარაციას, აგდ პრევენციისა და კონტროლის შესახებ გაეროს მაღალი დონის ნიუ-იორკის შეხვედრის პოლიტიკურ დეკლარაციას (21).

შესავალი

1. არსებული სიტუაციის ანალიზი

1.1. საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის განხორციელებისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებული საკანონმდებლო ბაზის სრულმასშტაბიანი გამოყენება და მისი შემდგომი სრულყოფა.

დღეისათვის არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისათვის ხელშეწყობი გარემო ეფუძნება შემდეგ კანონებს:

1. საქართველოს კონსტიტუცია;
2. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
3. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ;
4. საქართველოს კანონი 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ.

საქართველოს კონსტიტუციაში არსებული დებულებები, რომლებიც ითვალისწინებს: თანაბარ სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისათვის ზრუნვას (მუხლი 26, პუნქტი 6), მოზარდთა და ახალგაზრდობის ფიზიკურ აღზრდას და სპორტში ჩართვას (მუხლი 34) და ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში ცხოვრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის უფლებას (მუხლი 37, პუნქტი 3, 4), მნიშვნელოვან წინაპირობებს ქმნის არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისათვის ხელშეწყობი გარემოს შესაქმნელად.

საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვას განიხილავს, როგორც სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემას, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, დაავადებათა პრევენცია, მათი გავრცელების შესწავლა, კონტროლი, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობა (მუხლი 3, პუნქტი „ფ“). კანონი სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებად აღიარებს: თითოეული მოქალაქის მონაწილეობას ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში (მუხლი 4, პუნქტი „მ“) და ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობას (მუხლი 4, პუნქტი „თ“). იგი სახელმწიფო ხელისუფლების ცენტრალური და ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოების პრეროგატივად აღიარებს განსაკუთრებით გავრცელებულ არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლს (მუხლი 73, პუნქტი 1) და ხაზს უსვამს არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური შესწავლის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებების მნიშვნელობას (მუხლი 74).

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა; ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა და არაგადამდებ დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება (მუხლი 1). კანონი განსაზღვრავს მოსახლეობისა და იურიდიულ პირთა უფლებამოვალეობებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში და ავალდებულებს მათ არ განახორციელონ ისეთი საქმიანობა, რომელიც ქმნის არაგადამდებ დაავადებების გავრცელების საფრთხეს და იწვევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების წარმოქმნას (მუხლი 5 პუნქტი 1). კანონის თანახმად, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს არაგადამდებ დაავადებათა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის

უსაფრთხოების უზრუნველყოფის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოლიტიკას (მუხლი 31, პუნქტები „დ“, „ვ“, „ზ“).

2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონში ხაზგასმულია, რომ დაავადებათა პრევენციის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის საფრთხეებისათვის მზადყოფნის მიზნით, გაგრძელდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მუდმივი ზედამხედველობა. განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფში არაგადამდები დაავადებების პრევენციას და ყურადღება გამახვილდება ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაციაზე (მუხლი 14, პუნქტი1).

არსებული საკანონმდებლო ჩარჩო უზრუნველყოფს როგორც ფიზიკურ პირთა ჯანმრთელობის, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვას და საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულებას არაგადამდები დაავადებების კონტროლის სფეროში.

ეროვნული სტრატეგიის საფუძველს წარმოადგენს 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, რომლის ერთ-ერთ პრიორიტეტს არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესება წარმოადგენს.

საქართველო - ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების ფარგლებში თანამშრომლობა მოიცავს არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციასა და კონტროლს, ცხოვრების ჯანსაღი წესის, ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობისა და იმ ძირითადი დეტერმინანტების გათვალისწინებით, როგორცაა კვება, ალკოჰოლის, ნარკოტიკებისა და თამბაქოს მიმართ დამოკიდებულება (მუხლი 356, პუნქტი f).

1.2. მთავარი გამოწვევები და პრობლემები

უკანასკნელ წლებში საქართველოში მომხდარი შთამბეჭდავი ცვლილებების მიუხედავად, ჯერ კიდევ თვალსაჩინოა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის სისტემური რეფორმების აუცილებლობა, რაც ხელს შეუწყობს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენასა და, ზოგადად, პრევენციული პრაქტიკის გაძლიერებას. მნიშვნელოვანია მოხერხდეს იმ ძირითადი რისკ-ფაქტორების კონტროლი, რომლებიც სერიოზულ საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას და განაპირობებს გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებებით, შაქრიანი დიაბეტით, კიბოთი, ინფექციებითა და ტრავმატიზმით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის ტვირთს.

თამბაქოს როგორც აქტიური ასევე პასიური მოხმარება მსოფლიოში ნადრევი სიკვდილობის ერთერთ წამყვან მიზეზად განიხილება, მ.შ. ნადრევის სიკვდილის შემთხვევების 5 მილიონი მოდის თამბაქოს უშუალო და 600 000 პასიურ მოხმარებაზე. თამბაქოთი სიკვდილობის 80%

განვითარებად ქვეყნებზე მოდის. ¹თამბაქო დღემდე რჩება სიმსივნური დაავადებების წამყვანი გამომწვევი მიზეზი (მათ შორის: ფილტვის, პირი ღრუს, ხორხის, საყლაპავის, ღვიძლის, პანკრეასის, მუცლის რღუს, თირკმლის, ნაღვლის ბუშტის, საშვილოსნოს და ლეიკემიის ზოგიერთი ფორმა). ² ჯანმოს მონაცემებით მსოფლიოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დაახლოებით 10% თამბაქოს მოხმარებას უკავშირდებოდა.³ ფილტვის კიბოსა და თამბაქოს მოხმარებას შორის ასოციაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთერთი კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს. მსოფლიოში საშუალოდ თამბაქოს მოხმარება უკავშირდება ფილტვის კიბოს შემთხვევების 71% და პანკრეასის კიბოს 30%. დადგენილია, რომ თამბაქო საშუალოდ 5-10-ჯერ ზრდის ფილტვის კიბოს განვითარების რისკს. რიგი კვლევებით გამოვლინდა, რომ მწველებში დაახლოებით 2-3-ჯერ მაღალია ნაღვლის ბუშტის, 27-ჯერ პირის ღრუს, 12-ჯერ ხორხის კიბოს განვითარების რისკი. თამბაქო ასევე წარმოადგენს რესპირატორული დაავადების (მ.შ. 42% ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების) პროვოცირების მთავარ რისკ ფაქტორს. ⁴

არასწორი კვება, ჭარბი წონა და სიმსუქნე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ⁵ სიმსივნური დაავადებების (მათ შორის: საყლაპავის, სწორი ნაწლავის, მუძუს, ენდომეტრიუმის და თირკმლის კიბო)⁶ და დიაბეტის წამყვანი რისკ-ფაქტორებია. მაღალკალორიული საკვების ჭარბი რაოდენობით მიღება, რომელიც მდიდარია ნაჯერი ცხიმებით, ტრანს-ცხიმოვანი მჟავებით, თავისუფალი შაქრითა და/ან მარილით ცალკე ან დაბალ ფიზიკურ აქტივობასთან კომბინაციაში დასახელდა მსოფლიოში ჭარბი წონის, სიმსუქნისა და დიაბეტის გავრცელების მატების ტენდენციის ერთერთ უმთავრეს მიზეზად როგორც ზრდასრულებში ასევე ბავშვებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით 1980 წლიდან 2014 წლამდე ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელება თითქმის გაორმაგდა და მამაკაცებისათვის შეადგინა 11%, ხოლო ქალებისათვის 15%, რაც ნიშნავს რომ მოსახლეობის ნახევარ ბილიონს წონის პრობლემები აღენიშნება. 2013 წლის მონაცემებით მსოფლიოში 5 წლამდე ასაკის 42 მილიონ ბავშვში დაფიქსირდა ჭარბი წონისა და სიმსუქნის პრობლემა (6.3%), რომელთა უმეტესი წილი განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობდა, კერძოდ კი აფრიკასა და აზიაში. 2012 წლის მონაცემებით დიაბეტს უკავშირდება 1.5 მილიონი სიკვდილის შემთხვევა და 89 მილიონი DALYs. 2014 წლისათვის დიაბეტის გავრცელებამ შეადგინა 9%.⁷

ევროპის რეგიონში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, კიბოთი, დიაბეტითა და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევის სიკვდილობის შემცირების მხრივ მიღწეული შედეგების (ყოველწლიური 2%-იანი კლება 2010-2012 წლებისათვის) მიუხედავად, რეგიონში კვლავაც შემამფოთებლად მაღალი რჩება ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარების, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მაჩვენებლები, რომლებიც ნაადრევი სიკვდილობის წამყვან რისკ

¹WHO , Tobacco. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> 29 Dec. 16

²WHO Cardiovascular disease: prevention and control. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/> Dec.2013

³World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, WHO, 2009 Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf 29 Dec. 2016

⁴WHO Chronic respiratory diseases. <http://www.who.int/respiratory/en/> 29 Dec. 2016

⁵WHO Cardiovascular diseases. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ 29 Dec. 2016

⁶WHO Cancer prevention. <http://www.who.int/cancer/prevention/en/> 29 Dec. 2016

⁷ . Global status report on noncommunicable diseases 2014, Geneva: World Health Organization; 2014 Retrieved http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf, accessed 26 December 2016 2016

ფაქტორებს წარმოადგენენ.⁸ 2015 წლის ევროპის ჯანმრთელობის ანგარიშის მონაცემებით ევროპის რეგიონი პირველ ადგილზეა თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელებით და ოდნავ ჩამორჩება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ამერიკის რეგიონს ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელების მაჩვენებლებით. ევროპის რეგიონის თითქმის ყველა წევრ ქვეყანაში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2010-დან 2014 წლისათვის აღინიშნება ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მაჩვენებლები მნიშვნელოვანი მატება და ბოლო მონაცემებით საშუალოდ მერყეობს 45% - 67%-მდე. მართალია მთლიანობაში ევროპის რეგიონში აღინიშნება ალკოჰოლის მოხმარების თითქმის 10%-იანი და თამბაქოს მოხმარების მნიშვნელოვანი კლება რეგიონის მხოლოდ 11 ქვეყანაშია მოსალოდნელი მიღწეული იქნას მონიტორინგის ჩარჩო-კონვენციით დასახული თამბაქოს მოხმარების სამიზნე 30%-მდე შემცირება. 2012 წლის მონაცემებით მამაკაცებში თამბაქოს მოხმარების გავრცელების ყველაზე მაღალი ეროვნული მაჩვენებლებმა შეადგინა 59% და ყველაზე დაბალმა 19%, ხოლო ქალებისათვის 36% და 1% შესაბამისად.

ჯანმოს მონაცემებით, ავადობის გლობალური ტვირთის 14% მოდიოდა ფსიქიკური, მენტალური, ნევროლოგიური დაღვევებსა და წამალდამოკიდებულებაზე.⁹ აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ დეპრესიაზე მოდის ავადობის გლობალური ტვირთის 4.3% და ის წარმოადგენს ქმედუნარობის გამომწვევ ერთადერთ ყველაზე ფართოდ გავრცელებულ მიზეზს (მასზე მოდის არაქმედითუნარიანი სიცოცხლის წლების 11% მსოფლიოში) მსოფლიოში, განსაკუთრებით ქალებში. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მიმართ სტიგმა და ძალადობა ზრდის აღნიშნული პოპულაციის მოწყვლადობას აფერხებს რა მათ წვდომას დროულ მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე და აღრმავებს სიღარიბის პრობლემებს. ვინაიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობა აუცილებელია არამარტო ადამიანთა კეთილდღეობისათვის არამედ მთლიანად საზოგადოებრივი ზრდისა და ქვეყნის ეკონომიური განვითარებისათვის ის ერთობლივ ძალისხმევას და შიდა და გარე რესურსებიდან ადეკვატური დაფინანსების უზრუნველყოფას საჭიროებს.¹⁰

საქართველოში, დღეისათვის არსებული ინფორმაციით, საქართველოს მოსახლეობის დიდი ნაწილი მცირე ყურადღებას უთმობს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას. მაღალია თამბაქოს,

⁸ The European health report 2015: Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-full-book-en.pdf 26 December 2016

⁹ mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310845/> 29 December 2016

¹⁰WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43809/1/9789241596206_eng.pdf 29 December 2016

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები.^{11,12,13,14,15, 16, 17} 2016 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის STEPS მეთოდოლოგიით საქართველოს ზრდასრულ მოსახლეობაში (საკვლევი პოპულაცია 5554 18-69 წლის პირები) განხორციელებული კვლევის წინასწარი ანგარიშის მიხედვით გამოიკვეთა რიგი ქცევითი რისკ ფაქტორის ზრდის ტენდენცია 2010 წლისა და შემდგომ განხორციელებულ კვლევებთან შედარებით. STEPS2016 -ის წინასწარი მონაცემებით ამჟამად მწვევლების რაოდენობამ შეადგინა - 33.7% (მ.შ. კაცი - 57.1% და ქალი - 7.1%), ხოლო ამჟამად ყოველდღიური მწვევლები - 30.4% (მ.შ. კაცი - 51.6% და ქალი - 6.3%). ალკოჰოლის ამჟამინდელ მოხმარებელთა რაოდენობამ შეადგინა 4.5% (მ.შ. კაცი - 59.1% და ქალი - 21.5%). მოსახლეობის 17.1% არ იცავს ჯანმრთელობის რეკომენდირებულ ფიზიკური აქტივობის რეჟიმს (მ.შ. კაცი - 16.0% და ქალი - 18.4%). შესაბამისად, მაღალია ამ რისკ-ფაქტორებით განპირობებული დაავადებების გავრცელება, რაც მიიქმნება სოციალურ და ეკონომიკურ შედეგებთანაა დაკავშირებული.

2015 წელს განხორციელდა თამბაქოსა და სხვა ქცევით რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის (KAP) ეროვნული კვლევა რომლის ფარგლებშიც პირველად საქართველოში მოხდა არამართო თამბაქოს მოხმარების ან სხვა რის-ქცევის გავრცელების შეფასება საქართველოს მოსახლეობაში (საკვლევი პოპულაცია 2482 18-65 წლის პირები) , არამედ ცოდნასა და დამოკიდებულებასთან ასოცირებული ქცევის დეტერმინატების შესწავლაც თანამედროვე ქცევის ინტეგრირებული მოდელის I-Change

¹¹ Drug Situation in Georgia, Annual Report 2014, Retrieved from <http://altgeorgia.ge/2012/myfiles/Drug%20report%20ENG%202014.pdf> in 29 Dec. 2016

¹² Youth Behavioural Surveillance Survey: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Practices among School and University Students in Tbilisi, Georgia. USAID funded Georgia HIV Prevention Project (GHPP), 2012. Retrieved from http://www.geoyouth.ge/upload/files/March_22_GHPP_BSS_among_Youth_Report_FINAL.pdf in 29 Dec. 2016

¹³ Medea Gegia ^a, Matthew J Magee ^b, Russell R Kempker ^c, Iagor Kalandadze ^d, Tsira Chakhaia ^e, Jonathan E Golub ^e & Henry M Blumberg Tobacco smoking and tuberculosis treatment outcomes: a prospective cohort study in Georgia. Bulletin of the World Health Organization 2015;93:390-399. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/6/14-147439/en/> 29 Dec. 2016

¹⁴ Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013

¹⁵ WHO overview of policy and 2014 data. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/geo.pdf?ua=1 in 29 Dec. 2016

¹⁶ ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკის მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევის შედეგები 2016 Retrieved from http://ncdc.ge/AttachedFiles/ESPAD%202016%20Geo_da2889e6-ccc8-40d2-ab6e-77289be6a3fe.pdf 30 Dec. 2016

¹⁷ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების კვლევა ზოგად მოსახლეობაში 2015 Retrieved from http://ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%A4%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A5%E1%83%9D%E1%83%90%E1%83%A2%E1%83%98%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98%20%E1%83%9C%E1%83%98%E1%83%95%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%A%E1%83%9B%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%95%E1%83%90%20%E1%83%96%E1%83%9D%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%93%20%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%A8%E1%83%98%202015_efcd55d2-5392-406c-af3d-072d8af52c19.pdf 30 Dec. 2016

Model მიხედვით.^{18, 19} კვლევით გამოიკვეთა მთავარ რისკ ქცევების შესახებ (მ.შ. ქცევითი რისკებით გამოწვეული ჯანმრთელობის პრობლემების სიმწვავის, პირადი რისკის, ქცევის ცვლილები სარგებლისა და ბარიერების შესახებ) მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და აღქმის დაბალი დონე. კვლევის თანახმად 1. გამოკითხულთა მხოლოდ 57.2% მიიჩნევს ფილტვის კიბოს ძალიან სერიოზულ დაავადებად; 2. თამბაქოს მოხმარების შემთხვევაში ფილტვის კიბოს განვითარების პირადი რისკის აღქმა დაფიქსირდა 80%-ში; 3. მონაწილეთა მხოლოდ 50.3% იყო ინფორმირებული იმის შესახებ, რომ „დახურულ სივრცეში მაგ: ოთახში/მანქანაში მოწვეა სხვა ადამიანების ჯანმრთელობისათვის მავნეა სივრცის განთავსების შემდეგაც“; 4. მოსაზრებაზე რომ თამბაქოსგან თავის შეკავება დაიცავს მათ სუნთქვასთან დაკავშირებული ყოველდღიური პრობლემებისაგან (როგორცაა სუნთქვის გამძლეობა და ხველა) მწვევლების საშუალოდ მხოლოდ 70% ხოლო არამწვევლების 90% დაეთანხმა. მწვევლების დაახლოებით 61.5% ეთანხმებოდა მოსაზრებას რომ თამბაქოზე თავის დანებებით თავს იგრძნობდა დამაბულად ან სტრესულად. ხოლო 45.3%ის აზრით თამბაქოზე თავის დანებების შემთხვევაში შეექმნებოდა ჭარბი წონის პრობლემები.

2016 წელს საქართველოს მასშტაბით მოსწავლეებში (საკვლევი პოპულაცია 2477, 1999 წელს დაბადებული პირები) განხორციელებული ESPAD-ის კვლევით, რომლის მიზანი იყო შედარებადი მონაცემების შეგროვება საქართველოში ხვადასხვა ნივთიერების გამოყენების შესახებ (მ.შ. ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნარკოტიკების გამოყენების შესახებ), გამოვლინდა, რომ გავრცელების ზოგიერთი მაჩვენებლები ქართველ მოსწავლეებში უფრო მაღალია ვიდრე ESPAD საშუალო მაჩვენებლები; მაგალითად, ალკოჰოლის მძიმე ეპიზოდური მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში, სიცოცხლის განმავლობაში არაღებულური ნარკოტიკების, ინჰალანტების, ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების, ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მიღება ექიმის დანიშნულების გარეშე. მაჩვენებლები დაბალია შემდეგი ინდიკატორების მიხედვით - თამბაქოს მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში; ალკოჰოლის მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში; მარიხუანის ან ჰაშიშის (კანაფი) მიღება სიცოცხლის განმავლობაში.²⁰

2015 წელს საქართველოში ზრდასრულ მოსახლეობაშიც (საკვლევი პოპულაცია 4805 18-64 წლის მოსახლეობა) განხორციელდა ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების შესახებ კვლევა.²¹ კვლევით აღინიშნა ალკოჰოლის მოხმარების მაღალი

¹⁸ Karen Glanz, Barbara K. Rimer , K. Viswanath. HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION Theory, Research, and Practice. 4TH EDITION. Capter#4, 67-96

¹⁹ De Vries H, Mudde A, Leijs I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, Clemente MP, Storm H, Navarro AG, Nebot M, Prins T, Kremers S: The European smoking prevention framework approach (EFSA): an example of integral prevention. Health Educ Res 2003, 18(5):611–626.

2. Van Osch L, Lechner L, Reubsaeet A, Wigger S, De Vries H: Relapse prevention in a national smoking cessation contest: Effects of coping planning.

3. Br J Health Psychol 2008, 13(3):525–535. 31. Van Osch L, Reubsaeet A, Lechner L, De Vries H: The formation of specific action plans can enhance sun protection behavior in motivated parents. Prev Med 2008, 47(1):127–132.

²⁰ ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკის მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევის შედეგები 2016 Retrieved from http://ncdc.ge/AttachedFiles/ESPAD%202016%20Geo_da2889e6-ccc8-40d2-ab6e-77289be6a3fe.pdf 30 Dec. 2016

²¹ ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების კვლევა ზოგად მოსახლეობაში 2015 Retrieved from <http://ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%A4%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A5%E1%83%9D%E1%83%90%E1%83%A5%E1%83%A2%E1%83%98%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98%20%E1%83%9C%E1%83%98%E1%83%95%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%9E%E1%83%9B%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%94>

მაჩვენებელი; კერძოდ, გამოკვლევული პოპულაციის 91%-ს ალკოჰოლი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუსინჯავს. ალკოჰოლის წარსული და ამჟამინდელი მოხმარების მაჩვენებელი მამაკაცებში გაცილებით მაღალი იყო, ვიდრე ქალებში. მამაკაცები ალკოჰოლურ სასმელებს მოიხმარდნენ გაცილებით ხშირად და უფრო დიდი ოდენობით, ვიდრე ქალები. მამაკაც რესპონდენტებს შორის, ალკოჰოლის მოხმარებელთა მეოთხედი ერთ ეპიზოდში მინიმუმ 7 ჭიქა სტანდარტულ სასმელს სვამდა. რესპონდენტების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე, აგრეთვე, დადგინდა, რომ ალკოჰოლის პრობლემური მოხმარების მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია; კერძოდ, ზოგადი მოსახლეობის მხოლოდ 1.6%-ს ესაჭიროებოდა სპეციალისტის დახმარება და/ან რეფერალი სამკურნალო სერვისებში. ყველა გეოგრაფიულ რეგიონში თამბაქოს მოწევის მაჩვენებლები მამაკაცებსა და ქალებს შორის მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა. მწვეელი აღმოჩნდა დაბალი მაჩვენებელი - სხოვრებასი ერთხელ მაინც მამაკაცთა 60.5% და ქალთა მხოლოდ 8.6%. მამაკაცები ეწეოდნენ უფრო ხშირად (იმის მიხედვით, თუ თვეში რამდენი დღე ეწეოდნენ) და უფრო მეტს (იმის მიხედვით, თუ დღეში რამდენ ღერს ეწეოდნენ). ორივე სქესის შემთხვევაში, ყოველი 10 მწვეელიდან დაახლოებით ოთხმა განაცხადა, რომ მათ გასული 12 თვის მანძილზე მოწევისათვის თავის დანებება სცადეს. საქართველოში ექიმის დანიშნულების გარეშე ფსიქოტროპული მედიკამენტები ერთხელ მაინც დაახლოებით ყოველ მეათე ადამიანს მიუღია.

ფსიქოტროპული მედიკამენტების ამჟამინდელი (გასული თვის მანძილზე) მოხმარების მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია გურიისა და შიდა ქართლის რეგიონში, როგორც მამაკაცებში, ისე ქალებში, - კერძოდ, რესპონდენტთა თითქმის ნახევარმა განაცხადა, რომ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს მოიხმარდა ბოლო 30 დღის მანძილზე. კანაფს გაცილებით მეტი მამაკაცი მოიხმარს, ვიდრე ქალი (32% vs 2.9%). გურიასა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში კანაფი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუსინჯავს 70%- ზე მეტ მამაკაცს. კანაფის ამჟამინდელ მოხმარებლებს შორის მამაკაცები ჭარბობენ. სხვა რეგიონებთან შედარებით, კანაფის პროდუქტებს უფრო ხშირად მოიხმარენ კახეთისა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში მცხოვრები მამაკაცები. ზოგადად, შერჩევაში ამჟამად მოხმარების დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა - კერძოდ, რესპონდენტთა მხოლოდ 1.2%-მა განაცხადა, რომ კანაფის მოხმარებას განაგრძობს. ამჟამინდელი მოხმარების გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა მცხეთა-მთიანეთის რეგიონის ურბანული მოსახლეობის მამაკაცთა შორის – 8.3%. რეგიონების უმრავლესობაში კანაფს ყველაზე მეტად 18-24 და 30-39 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები მოიხმარენ, ხოლო ზოგადად, რესპონდენტთა უმრავლესობამ (ყველა რეგიონში და ყველა ასაკობრივ ჯგუფში) განაცხადა, რომ კანაფის შოვნა არ არის ადვილი.

საქართველოს მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს, განსაკუთრებით კი 57 მამაკაცებს, კანაფი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუსინჯავთ; თუმცა, კანაფის მოხმარებას მათი მხოლოდ მცირე ნაწილი განაგრძობს. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მაჩვენებელი საკმაოდ

დაბალი იყო - კერძოდ, აფნ-ის მოხმარება მხოლოდ 69 მამაკაცმა და 3-მა ქალმა დაადასტურა. ყველა დანარჩენ ნივთიერებასთან დაკავშირებით (ინჰალანტები, ექსტაზი, LSD, კოკაინი, მეტ/ამფეტამინები, კუსტარულად დამზადებული სტიმულანტები, ჰეროინი, ოპიუმი, სხვა ოპიოიდები, მეთადონი, სუბუტექსი) - ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც მოხმარების გავრცელება საკმაოდ დაბალი იყო, განსაკუთრებით ქალებში. ბოლო წლის ან მიმდინარე თვის მანძილზე მოხმარების გავრცელების მაჩვენებელი უადრესად დაბალი იყო, ან ნულს უტოლდებოდა.

ზოგადად, აზარტული თამაშების ყველაზე გავრცელებული (პოპულარული) სახეობა ლატარიები და სპორტული/არა-სპორტული ონლაინ ფსონები აღმოჩნდა. რესპონდენტთა დაახლოებით 16%-ს აზარტულ თამაშში მონაწილეობა მიღებული ჰქონდა გასული 12 თვის განმავლობაში, 9% კი აზარტულ თამაშებში, სულ მცირე, თვეში ერთხელ მონაწილეობდა; ბოლო წელს აზარტულ თამაშებში ჩართულთა 87%-მა აღიარა, რომ აზარტული თამაშების გამო გარკვეული ფინანსური პრობლემები შეექმნათ, რის გამოც ფასიანი ნივთების გაყიდვა ან ფულის სესხება მოუწიათ. კვლევამ გამოავლინა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია ნარკოტიკების მოხმარებისა და მოხმარებლების მიმართ საზოგადოების განწყობის შესახებ. მოსახლეობის უმრავლესობას მიაჩნია, რომ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება არის დაავადება და არა დანაშაული. ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ადამიანთა დიდ უმრავლესობას მიაჩნია, რომ მარიხუანასა და ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ პატიმრობა არაადეკვატურად მკაცრ ზომას წარმოადგენს (განსაკუთრებით, კანაფის მოხმარების შემთხვევაში). გამონაკლისის გარეშე, ზმკ+RRT მიდგომით მიღებული სავარაუდო მონაცემები იყო გაცილებით მაღალი ვიდრე სტანდარტული ზმკ-ით მიღებული მაჩვენებლები, ან მოგვცა სავარაუდო რაოდენობის განსაზღვრის საშუალება ისეთ შემთხვევებში, როცა სტანდარტული ზმკ ვერ იძლევა ამის საშუალებას. შესაბამისად, ჩვენ ვფიქრობთ, რომ RRT მიდგომა ზმკ კონტექსტში უნდა დაიხვეწოს და გაუმჯობესდეს, და შესაძლოა გახდეს სტანდარტული, ამჟამად გამოყენებადი ზმკ-ის სასარგებლო დამატება. ვიმედოვნებთ, რომ დახვეწილი RRT მიდგომა წარმატებით იქნება გამოყენებული შემდეგი ზოგადი მოსახლეობის კვლევის ჩატარებისას, საქართველოში.

ცხოვრების წესით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შესამცირებლად აუცილებელია ქცევითი რისკების ინტეგრირებული მართვა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ეფექტიანი სექტორთაშორისი თანამშრომლობის ჩამოყალიბება.²² ამასთან, არსებითია ჯანმრთელობის დაცვაში პიროვნების ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერება და საქართველოს თითოეული მოქალაქის აღჭურვა იმ ცოდნითა და უნარ-ჩვევებით, რაც მას საკუთარ ჯანმრთელობაზე უკეთ ზრუნვის საშუალებას მისცემს. სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის ხელშეწყობისკენ მიმართული ღონისძიებების პრიორიტეტულობის აღიარება და მდგრადი

22.WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1 in 29 Dec. 2016

ფინანსური უზრუნველყოფა სტრატეგიის წარმატებული განხორციელების აუცილებელი წინაპირობაა.

2. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი ფაქტორების მიმოხილვა

სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, სამოქალაქოომმა, რუსეთის მიერ ინსპირირებულმა კონფლიქტებმა, იძულებით გადაადგილებულ პირთადიდმარაოდენობამ, დასაქმებასთან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა; ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაკავშირებულმა პრობლემებმა და ინტენსიურმა მიგრაციამ, რომლებიც საქართველოში 1990-იანი წლებიდან აღინიშნება უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. შემამფოთებელია, რომ საქართველოში ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები საშუალოევროპულპარამეტრებთან შედარებით გაცილებით დაბალია.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 2014 წლის მაჩვენებლებით საქართველოში 72.9 წელია. რაც ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით თითქმის თითმის 4 ერთეულით ნაკლებია (76.5).^{23,24} საქართველოში მაღალია არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა და ავადობა.

ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, საქართველოში, ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მნიშვნელობამ ათასწლეულის განვითარების მიზანს მიაღწია, როგორც ოფიციალური სტატისტიკის, ასევე საერთაშორისო ექსპერტთა შეფასებების და ფართომასშტაბიანი კვლევების მონაცემებით. მნიშვნელოვანია, რომ GBD-ის და IGME-ს შეფასებები გლობალურ და რეგიონალურ დონეზე თითქმის გათანაბრდა, თაიხვედრამ 98%-ს მიაღწია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, კვების ტენდენციის მიუხედავად, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში აღემატება ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს, ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებს შორის შუალედურ პოზიციას იკავებს. 2015 წლის დკ&სჯეც მონაცემებით ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 10,2%, ხოლო GBD-ის მიხედვით 17.4% შეადგენს.²⁵ აღსანიშნავია 2001-დან 2015 წლამდე დედათა სიკვდილობის

²³NCDC ჯანმრთელობის დაცვა მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა Retrieved from http://ncdc.ge/AttachedFiles/Highlights_GEO_0fea937d-3481-4bcf-b6e4-3784e90c09e6.pdf in 29 Dec. 2016

²⁴. Global Health Observatory (GHO) data Retrieved from http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/ in 29 Dec. 2016

²⁵NCDCPH, Short Statistical Highlights 2012 Georgia. Retrieved from http://ncdc.ge/AttachedFiles/Highlights_GEO_FINAL.doc_6e1f225d-ce16-4bf0-870a-3ab132c1633e.pdf in Dec. 29 2016

კლევა 49.2-დან 32.1-მდე , რაც ათასწლეულის განვითარების ამოცანებით დადგენილ სამიზნე მაჩვენებელს - 12.3-ს უახლოვდება.²⁶

არაგადამდები დაავადებების მსოფლიო ტენდენციები

არაგადამდები დაავადებების ავადობისა და სიკვდილიანობის მზარდი ტენდენცია მძიმე ტვირთად აწევა მოსახლეობასა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას. შესაბამისად, ხელშემშლელი ფაქტორია გლობალური, სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისათვის.

ძირითადი არაგადამდები დაავადებები, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები, საერთო რისკის ფაქტორებით ხასიათდება: თამბაქოს მოხმარება, თამბაქოს პასიური მოხმარების ჩათვლით (16), დაბალი ფიზიკური აქტივობა, არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ეს ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკის ფაქტორი, ისეთი შუალედური რისკის 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 დაბალი შემოსავლების ქვეყნებისთვისაც (7, 13, 18).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მომზადებულ ანგარიშში “არაგადამდებ დაავადებათა გლობალური სტატუსი, 2014“, აღნიშნულია, რომ მსოფლიოში 2012 წელს 56 მლნ. სიკვდილის შემთხვევიდან 38 მლნ-ის (68%) მიზეზი ავდ იყო (12). ამასთან, ავდ-ით გამოწვეული სიკვდილობის თითქმის ერთ მესამედს ადგილი ჰქონდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. სიკვდილობის 82%-ზე პასუხისმგებელი იყო ოთხი ძირითადი ავდ: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (17.5 მლნ სიკვდილი, ავდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 46.2%), კიბო (8.2 მლნ, ავდ სიკვდილიანობის 21.7%), ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები ასთმისა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების ჩათვლით (4 მლნ, ავდ სიკვდილიანობის 10.7%) და დიაბეტი (1.5 მლნ, ავდ სიკვდილიანობის 4%).

გლობალურად, სიღარიბე ქრონიკული დაავადებების განვითარების, დაავადებათა გართულებების და ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკს ზრდის. შესაძლოა, არაგადამდები დაავადებები ცალკეული ინდივიდებისა და მათი ოჯახების სიღარიბის მიზეზად იქცეს, ამავდროულად განაპირობოს სოციალური პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება. ამგვარი გავლენა არა მხოლოდ ინდივიდებსა და მათ ოჯახებს ეხება, არამედ გლობალურად მრავალი ქვეყნის მაკროეკონომიკური განვითარების შესაძლებლობებსაც აფერხებს.

26. Georgia Health System Performance Assessment 2012, Draft report, MoLHSA.Retrieved from http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/Angrishi/JAN-SIST-SEFAS/HSPA.pdf in December 2013

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, თუ ქვეყნებმა არ მიიღეს გადამჭრელი ზომები, 2030 წლისათვის აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობა 50 მილიონამდე გაიზრდება. სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ არაგადამდები დაავადებებისა და მათი დეტერმინანტების შეფასებისა და მონიტორინგის წარმოება, განსაკუთრებული ყურადღების მიპყრობით ღარიბი და მარგინალიზირებული პოპულაციისადმი, როგორცაა, მაგალითად მიგრანტი მოსახლეობა. შესაბამისად, არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის საკითხები მკაფიოდ უნდა იქნეს ინტეგრირებული სიღარიბის დამლევის სტრატეგიებში, მრავალსექტორული და მრავალგანზომილებიანი მიდგომების გამოყენებით რელევანტური ასახვა უნდა ჰპოვოს სოციალურ და ეკონომიკურ პოლიტიკაში, ყველა სახელმწიფო უწყებისა და მონაწილე მხარის ჩართულობის უზრუნველყოფით. ზემოთაღნიშნულმა ძალისხმევებმა უნდა უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებისადმი კომპლექსური მიდგომა და არაგადამდები დაავადებების სოციალური დეტერმინანტების საწინააღმდეგო ყოვლისმომცველი და მიზნობრივი ინტერვენციები. აუცილებელია, გადაუდებელი და ურთიერშეთახმებული რეაგირება, რადგან არცერთ ქვეყანას დამოუკიდებლად არ ძალუძს გაუმკლავდეს ასეთი მასშტაბის მქონე საფრთხეს.

გაეროს „მდგრადი განვითარების მიზნებში“, აგდ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხად განიხილება, კერძოდ მესამე მიზნის - ჯანსაღი ცხოვრების უზრუნველყოფა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში - ქვემიზანი 3.4 ითვალისწინებს 2030 წლისთვის არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ადრეული სიკვდილიანობის ერთი მესამედით შემცირებას პრევენციისა და მკურნალობის გზით და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობას. მდგრადი განვითარების მიზნები საფუძვლად დაედება მსოფლიოში საერთაშორისო განვითარების სამუშაო პროგრამას და ჩაენაცვლება ათასწლეულის განვითარების მიზნებს.

სამეცნიერო მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ არაგადამდებ დაავადებებთან ასოცირებული ტვირთი შეიძლება მნიშვნელოვნად შემცირდეს თუ აგდ პრევენციისა და კონტროლის არსებული ხარჯთაღმდეგო პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციები დანერგილ იქნება ეფექტურად და ბალანსირებულად.

არაგადამდები დაავადებების მთავარი გამოწვევები და პრობლემები საქართველოში

არაგადამდები დაავადებები კვლავაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 1% - დიაბეტზე, 4% - ქრონიკულ რესპირაციულ და 6% სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე (12).

2000-2014 წლებში საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ზრდის ტენდენცია ვლინდება, რაც შეიძლება აიხსნას არა მხოლოდ ინციდენტობის რეალური მატებით, არამედ,

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად, მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფებისათვის მთელი რიგი სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდითა და წინა წლებთან შედარებით დაავადებათა მონიტორინგის გაუმჯობესებით. თავის მხრივ, დაავადებულთა საერთო რაოდენობის ზრდა განპირობებულია ძირითადი რისკ-ფაქტორების მართვის პრობლემებით, პოპულაციის გათვინობიერებისა და ასიმპტომურ პირებში ინტერვენციების დეფიციტით. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებში წამყვანი ადგილი ჰიპერტონულ, იშემიურ და ცერებროვასკულურ დაავადებებს უჭირავს. ოფიციალური სტატისტიკის (დკსჯეც) მიხედვით, საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ავადობისა და სიკვდილიანობის კუთხით ყველაზე დიდი წილი ჰიპერტენზიაზე მოდის: 2014 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების სტრუქტურაში 54.8% ჰიპერტონულ დაავადებაზე, 19.7% - გულის იშემიურ დაავადებაზე, ხოლო 3.8% - ცერებროვასკულურ დაავადებებზე მოდიოდა. ამასთან, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. 2009-2011 წლების EUROPREV-ის კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვიანობის უდიდესი წილი ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებზე მოდიოდა.

ქვეყნის პოპულაციაში **ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების** ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის სიმძიმე მნიშვნელოვნად განპირობებულია ამ ნოზოლოგიის მართვის სერიოზული დეფექტებით. მათ შორის, პაციენტთა დაბალი დამყოლობით ხანგრძლივ მკურნალობაზე, ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების ხშირი ცვლითა და წყვეტილობით მკურნალობაში, ასევე, დოზის ტიტრაციის ხარვეზებით. 2010 წელს ჩატარებული აგდ-ის რისკის ფაქტორების კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპოდენტთა 33.4% (მამაკაცების 37% და ქალების 30%) რეალური ან პოტენციური არტერიული ჰიპერტონიით დაავადებული პირია; მათი 61.1% არ იტარებს 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 დინამიკით ხასიათდება, რაც სავარაუდოდ ასოცირებულია არასწორად ნამკურნალებ ჰიპერტენზიასთან. მნიშვნელოვანია პრაქტიკოსი ექიმების მიერ მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირების ადრეული გამოვლენა და ამ რისკის სწორი მენეჯმენტი. პროგნოზის გაუმჯობესების თვალსაზრისით განსაკუთრებით ღირებულია პერსონალური კარდიო-ვასკულური რისკის განსაზღვრა ე.წ. ასიმპტომურ პირებში არადიაგნოსტირებული დაავადებისა და რისკის ფაქტორების გამოვლენისას.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში შემცირდა რეგისტრირებული **ონკოლოგიური დაავადებების** როგორც პრევალენტობის, ისე ინციდენტობის მაჩვენებელი, რაც კიბოს რეგისტრის არარსებობით უნდა აიხსნას. თუმცა, 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვის შემდეგ, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ონკოლოგიურ დაავადებათა მონიტორინგი. სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მონაცემებით,

Commented [P1]: მარლის მოხმარების კუთხით რა გვაქვს?

Commented [P2]: პრევენციული ქცევა? ცოდნა?

საქართველოში ძუძუს კიბო ქალებში და ფილტვის კიბო მამაკაცებში ყველაზე გავრცელებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს წარმოადგენს. ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალი რჩება. ამასთან, დაბალია 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი: პაციენტთა 30%-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმისთან 5 წლის მანძილზე ან უფრო დიდხანს. მაღალი სიკვდილიანობისა და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებლების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 60%-ის დიაგნოსტიკა მესამე და მეოთხე სტადიაზე ხდება, რისი მიზეზიც კომპლექსურია და ძირითადად მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობის დონით და ამ პროცესებში ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ნაკლები ჩართულობითაა განპირობებული.

დიაბეტით ავადობა საქართველოს ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. დსჯეც-ის მონაცემებით, საქართველოში დიაბეტის გავრცელება ზრდის ტენდენციით ხასიათდება; არსებული მონაცემების მიხედვით, 2015 წლის ბოლოს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული იყო 90787 პაციენტი. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ არსებული მონაცემები არ ასახავს რეალობას. ჯანმო-ს ექსპერტთა შეფასებით, საქართველოში 2000 წელს 200,000 დიაბეტით დაავადებული პაციენტი იყო. ნავარაუდევია, რომ 2030 წლისთვის ეს რიცხვი გაიზრდება და 223,000-ს მიაღწევს. დიაბეტის მაჩვენებელთა ზრდა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ისეთი ფაქტორების მოქმედებასთან, როგორცაა, არაჯანსაღი კვება, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების ზრდა, სიმსუქნე, ჭარბი წონა და ჰიპოდინამია.

ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებაში ყველაზე ხშირად დასმულ დიაგნოზებს შორის გვხვდება ბრონქიტი, არტერიულ ჰიპერტენზიასა და გულის იშემიურ დაავადებასთან ერთად (23). მონაცემები ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების პრევალენტობის შესახებ, რომელიც რუტინულ სტატისტიკას ეფუძნება, საკმაოდ დაბალია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოში რესპირაციული სისტემის დაავადებების სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი 100 ათას მოსახლეზე თითქმის სამჯერ დაბალია ევროპის რეგიონის, ევროკავშირისა და დსთ-ს ქვეყნებთან შედარებით. სავარაუდოდ, ასეთი დიდი სხვაობა საქართველოში ფქოდ-ის არასრული რეგისტრაციითაა განპირობებული. 2008-2009 წლებში საქართველოში „რესპირაციული დაავადებების წინააღმდეგ გლობალური ალიანსის“ მიერ ჩატარებულმა პილოტურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ალერგიული რინიტისა და ასთმის შესახებ ოფიციალური მონაცემები ძალიან ახლოს იყო კვლევის ანგარიშის მონაცემებთან, მაშინ როდესაც ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების პრევალენტობა ხუთჯერ აღემატებოდა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს (17).

საქართველოში კვლავაც მაღალია არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა და ავადობა. მსოფლიოში 2012 წელს სიკვდილის შემთხვევების 68% უკავშირდება არაგადამდებ დაავადებებს. მათგან 46.2% გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებითაა განპირობებული, 21.7% ონკოლოგიური დაავადებებით, 4% დიაბეტით, 10.7% ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით. რაც შეეხება ავადობის ტვირთის სტრუქტურას, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გათვლებით 78% უკავშირდება არაგადამდებ დაავადებებს, 6% პერინატალურ

მდგომარეობებს, 5-5% გადამდებ დაავადებებსა და ტრავმას, 3% რესპირაციულ ინფექციებს, 2% ნუტრიციულ და 1% დედათა მდგომარეობებს.^{27, 28}

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკეც) მონაცემებით, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით. ამავდროულად, საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 1% - დიაბეტზე, 3% ტრავმები, 4% - ქრონიკულ რესპირაციულ და 6% სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე.²⁹

უკანასკნელ წლებში აღინიშნება „ტრავმების, მოწამვლებისა და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგების“ პრევალენტობისა და ინციდენტობის ზრდის ტენდენცია. დაზიანებებს შორის ყველაზე ხშირია ჭრილობების, სისხლძარღვთა დაზიანებების, ზედაპირული ტრავმების, დაჟეჟილობების და დაჩეჩქვილობების შემთხვევები. ავტოსაგზაო შემთხვევებით დაზარალებულთა რაოდენობა ტრავმების, მოწამვლებისა და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგების რაოდენობის მნიშვნელოვან წილს შეადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საგზაო უსაფრთხოების ევროპის რეგიონის ანგარიშის შესაბამისად (European status report on road safety, 2013), საგზაო შემთხვევებით განპირობებული სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლების მქონე 10 ქვეყანას შორის საქართველოს მე-12 ადგილზეა.³⁰ მაჩვენებელი 11.8 – 100000 მოსახლეზე. უკანასკნელ წლებში განხორციელებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუმცა ტრავმატიზმი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის აქტუალურ თემად რჩება.³¹

საქართველოში წერილობითი დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 22,8 %-ს შეადგენს.³² ტვირთი საკმაოდ მაღალია, რაც ადეკვატურ მართვასა და ყურადღებას საჭიროებს გადაწყვეტილებების მიმღებთა მხრიდან. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2013წელს: 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენს 1536-ს. და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 3020 ახალი შემთხვევა (67.3 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით ეს ინფორმაცია არასრულია. მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების

²⁷NCD mortality and morbidity. Retrieved from http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ 29 Dec 2016

²⁸ GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 29 Dec 2016

²⁹ NCDCPH, Short Statistical Highlights 2012 Georgia. Retrieved from http://ncdc.ge/AttachedFiles/Highlights_GEO_FINAL.doc_6e1f225d-ce16-4bf0-870a-3ab132c1633e.pdf in Dec. 29 2016

³⁰ European facts and the Global status report on road safety 2015 Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/293082/European-facts-Global-Status-Report-road-safety-en.pdf?ua=1 29Dec 2016

³¹ GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2015 Retrieved from [file:///C:/Users/User/Desktop/9789241565066_eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/9789241565066_eng%20(1).pdf) in 29 Dec. 2016

³² „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876> 30Dec 2016

გავრცელება ეპიდემიადამხედველობის ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე სულ მცირე ორჯერ აღმატება ოფიციალურ მონაცემებს; მაგ: შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100 000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს. უფრო მეტიც, სტიგმის გამო მოსახლეობა ხშირად თავს არიდებს ფსიქიატრიული დახმარებისთვის სამედიცინო დაწესებულებაში მისვლას, რის გამოც ბევრი შემთხვევა გამოუვლენელი და არანამკურნალევი რჩება.

2016 წელს ქრონიკული დაავადებები მსოფლიო ეკონომიკის ფორუმის მიერ განხორციელებული კვლევის თანახმად დასახელდა, როგორც გლობალური ეკონომიური ზრდის ერთერთი უმთავრესი ბარიერი.³³ სიკვდილიანობა და გახანგრძლივებულ ქმედითუუნარობას უდიდესი ეკონომიკური ზეგავლენა აქვს როგორც შინამეურნეობაზე, ასევე ინდუსტრიასა და საზოგადოებაზე. რაც განპირობებულია ჯანდაცვის სერვისების მოხმარების გაზრდით და შემოსავლის, პროდუქტიულობისა და კაპიტალის ფორმირების შემცირებით. ამავდროულად, სამეცნიერო ლიტერატურა ცალსახად მიუთითებს არაგადამდები დაავადებების ეტიოპათოგენეზში ქვევითი რისკ-ფაქტორების (თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება, ადინამია, არაბალანსირებული დიეტა) როლზე.^{34,35} შესაბამისად, ძალზედ მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ინტენსიური ზომების მიღება, რაც მიმართული იქნება ცხოვრების წესის ძირითადი რისკ-ფაქტორების კონტროლს, დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და პრევენციისკენ.

~~2010 წელს ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპონდენტთა მხოლოდ 4.5% ს არ გააჩნია არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორი, ხოლო დაახლოებით 40% სამი და მეტი რისკის ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის.~~

~~სხვადასხვა შეფასების მიხედვით, საქართველოში, წელიწადში თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევები 11,000-ს შეადგენს. მწვეველთა წილი გაცილებით მაღალია თბილისსა და სხვა დიდ ქალაქებში, ვიდრე მცირე ქალაქებსა და სოფლად. თამბაქოს გასაღების დონე საქართველოს ბაზარზე 10 მილიარდ ლერს შეადგენს (0.5 მილიარდი კოლოფი) საერთო ღირებულებით 0.58 მილიარდი ლარი (19). აგდ ის რისკის ფაქტორების კვლევის (2010 წელი) შედეგების მიხედვით, ამჟამად მწვეველთა საერთო წილი 30.3% ია (27.7% ყოველდღიური მწვეველი). მწვეველთა პროპორციული წილი მამაკაცთა შორის თითქმის თერთმეტჯერ მაღალია, ვიდრე ქალებს შორის (55.5% — მამაკაცებში, 4.8% — ქალებში). რესპონდენტთა 23.3% (32.9% მამაკაცი და 13.7% ქალი) თამბაქოს კვამლის პასიურ ზეგავლენას განიცდის სამუშაო ადგილზე. საქართველოში 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (GERHS10) შედეგების მიხედვით, 15-44 ასაკის ქალთა 6% მწვეველია (8). თამბაქოს კვამლის~~

³³World Economic Forum (2016). Global Risks 2016, 11th edition: A Global Risk Network Report. Retrieved from http://www.guycarp.com/content/dam/guycarp/en/documents/dynamic-content/The_Global_Risks_Report_2016_11th_Edition.pdf 30 December 2016

³⁴ Ian Graham et al., European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary., Atherosclerosis 194 (2007) 1–45., 2007.08.024

³⁵ Danaei Goodarz., The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors., April 2009 Issue of PLOS MEDICINE.

პასიურ ზეგავლენას განიცდის სახლის პირობებში ქალების 52% და არამწვეველი ქალების 50%, ხოლო სამუშაო ადგილზე — ქალების 44% და არამწვეველი ქალების 40%.

STEPS-ის 2010 კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ იმ პირების პროცენტი, რომელთაც მიიღეს ალკოჰოლი ბოლო 30 დღის განმავლობაში — 41% ს (მამაკაცთა 59.4% და ქალების 23.4%) შეადგენს. ალკოჰოლის მოხმარება ერთ სულზე გადაანგარიშებით დაახლოებით 6.4 ლიტრ სუფთა ალკოჰოლს შეადგენს. 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (GERHS10) მიხედვით, ქალების 31% არასოდეს მოიხმარს ალკოჰოლს, ხოლო 17% მსმელია. ალკოჰოლის მოხმარება უფრო გავრცელებულია ქალაქად მცხოვრებ ქალებში (9%), განსაკუთრებით თბილისში მცხოვრებთა შორის (12%) და უმდიდრესი კვინტილიდან (12%).

კვება. STEPS-ის 2010 კვლევის შედეგების მიხედვით, ხილისა და ბოსტნეულის საშუალო მოხმარება კვირაში 5 დღეს შეადგენდა, ხოლო მიღებული ულუფების საშუალო რაოდენობაა 1.8 ულუფა ხილი და 2.2 ულუფა ბოსტნეული. რესპოდენტთა დიდი უმრავლესობა (70%) საშუალოდ, დღიურად 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და ბოსტნეულს იღებს. საქართველოს მოსახლეობის 56% ქარბჭონიანია (მამაკაცთა 58.6%, ქალების 54.2%) და 25.1% — მსუქანი (მამაკაცთა 21.8% და ქალების 28.5%); სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 26.7. შემთხვევათა 21% ში (უმეტესად მამაკაცებში (23%), ვიდრე ქალებში (18.6%)); სისხლში გლუკოზის შემცველობის დონე მომატებული იყო, ხოლო 18% ში (უმეტესად ქალებში (21%), ვიდრე მამაკაცებში — (15%)) მაღალი იყო სისხლში ქოლესტეროლის დონე.

მარილის მოხმარება. ქართულ პოპულაციაში ჰიპერტენზიის, როგორც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მირითადი რისკის ფაქტორის პრიორიტეტულობიდან გამომდინარე, მარილის ქარბი მოხმარების პრევენციის აქტუალობა ექვს არ იწვევს. საქართველოში არ მოიპოვება მონაცემები მარილის დღიური მოხმარების საშუალო მაჩვენებლის შესახებ. ბოლო წლებში განხორციელებული ეპიდემიოლოგიური კვლევები მარილის მოხმარების თვალსაზრისით მხოლოდ პოპულაციის ქცევის შეფასების საშუალებას იძლევა. მაგალითად, 2015 წელს მარილის შესახებ ინფორმირებულობის ზრდის კვირეულის ფარგლებში დესჯუც-ის მიერ თბილისის სკოლის მოსწავლეთა შორის განხორციელებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ გამოკითხულ ბავშვთა 26% საკუთარ ულუფას ამატებს მარილს. 2014 წელს მარილის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის შეფასების მიზნით, სოციალური ქსელების გამოყენებით ჩატარებული გამოკითხვით ასევე გამოვლინდა, რომ რესპოდენტთა 30% საკუთარ ულუფას ამატებს მარილს, რომელთა თითქმის მესამედი მარილს ამატებს გასინჯვის გარეშე; 91% ს გაუფია მარილის ქარბი მოხმარების მაგნიობის შესახებ, თუმცა დიდ უმრავლესობას არ აქვს სწორი ინფორმაცია მარილის მოხმარების რეკომენდირებულ დღიურ ნორმასთან დაკავშირებით. მზა პროდუქტის შემენისას რესპოდენტთა 75% არ ეცნობა ეტიკეტზე არსებულ ინფორმაციას მარილის შემცველობის შესახებ.

ფიზიკური აქტივობა. STEPS-ის 2010 კვლევის შედეგების მიხედვით რესპოდენტთა 22% ში ფიზიკური აქტივობის დონე დაბალი იყო.

ჯანმოს მიერ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სფეროში ინტერვენციები შეფასდა ოთხი ძირითადი კრიტერიუმის გათვალისწინებით: 1. ზემოქმედება ჯანმრთელობაზე; 2. ხარჯთ-ეფექტურობა; 3. დანერგვის ხარჯები; და 4. შემდგომი განვითარების შესაძლებლობები. მათი გათვალისწინებით გამოიკვეთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ყველაზე დასაბუთებული ჩარევები და შესაბამისად მიენიჭათ „საუკეთესო შენაძენის“ (best-buy) სტატუსი. წინამდებარე სტრატეგია დაფუძნებულია სწორედ უკანასკნელი დეკადების განმავლობაში მიღებულ ევროპის ქვეყნების და საერთაშორისო საუკეთესო გამოცდილებაზე.

ქვეყნის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია ითვალისწინებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 1978 წლის პირველადი ჯანდაცვის აღმა-ატის დეკლარაციის, 1986 წლის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ოტავის ქარტიის, 2013 წლის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ჰელსინკის დეკლარაციის, 2013 წლის კვებისა და არაგადამდები დაავადებების ვენის დეკლარაციის, 2013 წლის არაგადამდები დაავადებების აშხაბადის დეკლარაციის, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის არაგადამდები დაავადებებისადმი მიძღვნილი 2011 წლის სამიტის, ევროპის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის პოლიტიკის - ჯანმრთელობა 2020-ის პრინციპებს.

Commented [M3]: დოკუმენტის ზემოთ ჩამონათვალს შევადართ და რაც არ არის გათვალისწინებული, მოვიძიოთ

Commented [M4]: Marto Health Promotion თუ არაგადამდებ დაავადებების კუთხითაც

3. მიზანი

წინამდებარე სტრატეგია ეყრდნობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიდგომებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სფეროში და მიზნად ისახავს საქართველოს მოსახლეობისთვის იმ შესაძლებლობების შექმნას, რაც მათ თავიანთი ჯანმრთელობისა და მისი განმსაზღვრელი ფაქტორების უკეთესი კონტროლისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საშუალებას მისცემს.

4. სტრატეგიული ამოცანები

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიული გეგმის ამოცანებია:

1. თამბაქოს კონტროლი
2. ჯანსაღი კვების ხელშეწყობა, მათ შორის, ჩვილი ბავშვებისა და დედების კვების პრინციპების დაცვა
3. ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა
4. ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შემცირება
5. ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
7. ინფექციების კონტროლი, მათ შორის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და აივ/შიდსის.
8. ტრავმატიზმის შემცირება
9. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კომორბიდული რისკ-ფაქტორებისა და კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით სკრინინგულ პროგრამებში მიზნობრივი პოპულაციის ჩართულობის ხელშეწყობა.

5. ღონისძიებები და მოსალოდნელი შედეგები

4.1. სტრატეგიული ამოცანა 1: თამბაქოს კონტროლი

4.1.1. პრობლემის განმარტება

საქართველოში, თამბაქოს მოხმარებისგან ყოველწლიურად 11,000 ადამიანი იღუპება, მათ შორის 3,000 პასიური მოწვევის მსხვერპლია (თამბაქოსთან დაკავშირებული სიკვდილობის შესწავლა, 2011) თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის იმპლემენტაციისა და მონიტორინგის ცენტრის 2008 წლის მონაცემებით³⁶. 2010 წლის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობის 30.3% მოიხმარს თამბაქოს განსხვავებული სიხშირით (მათ შორის 55.5% მამაკაცი და 4.8% ქალი).

საქართველოში სხვადასხვა კვლევები აჩვენებენ, რომ კანონი “საქართველოში თამბაქოს კონტროლის შესახებ”, რომელიც ითვალისწინებს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებსა და ტრანსპორტში თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ზომებს შორის ირღვევა.³⁷ 2010 წელს ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევის მიხედვით რესპოდენტების 23.3% (მათ შორის 32.9% მამაკაცი და 13.7% ქალი) იმყოფება მეორადი კვამლის ზემოქმედების ქვეშ სამუშაო ადგილებზე.³⁸ 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, რომ არამწეველი ქალების 50% იმყოფება თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ქვეშ სახლებში, ხოლო 40%-სამუშაო ადგილებზე.³⁹

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, კანადის საერთაშორისო განვითარების კვლევების ცენტრის (IDRC) მხარდაჭერით განხორციელებული საზოგადოებრივ ადგილებში თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის დანერგვის დონის კვლევის თანახმად, ასევე არ მუშაობს თამბაქოს პროდუქტებით ვაჭრობის შეზღუდვები. შესწავლილი სავაჭრო ობიექტების 92% ვაჭრობს თამბაქოს ნაწარმით, სკოლებიდან 50 მეტრზე ახლოს განლაგებული ობიექტების 85% ყიდის თამბაქოს.⁴⁰ 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.

36. თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის იმპლემენტაციისა და მონიტორინგის ცენტრი. საქართველოს მოსახლეობის ეროვნული გამოკვლევა თამბაქოს ეკონომიკისა და პოლიტიკის საკითხებზე. 2008.

37. Population Survey on Tobacco Economy and Policy in Georgia., A survey of Georgian population, Department of Statistics by FCTC, 2007.

³⁸Non-Communicable Diseases Risk-Factors Survey STEPS, Georgia 2010 Retrieved from <http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=302> in October 2013

³⁹Reproductive Health Survey Georgia 2010. Retrieved from:

http://ncdc.ge/uploads/publications/angarishebi/GERHS_2010_%20Final%20Report%20%20ENGL.pdf 21 November 2013

⁴⁰Gvinianidze K, Bakhturidze G, Magradze G. Study of implementation level of tobacco restriction policy in cafes and restaurants of Georgia. *Georgian Med News*. 2012 May;(206):57-63.

დღეს მოქმედი თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის ანალიზი მიგვითითებს, რომ ერთის მხრივ, იგი შეიცავს მნიშვნელოვან დებულებებს, მაგრამ ამავდროულად საჭიროებს პარლამენტის მიერ 2005 წელს რატიფიცირებული 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 გაძლიერების და ა.შ. მიმართულებებით), მეორეს მხრივ კი პოლიტიკური ნების გაძლიერებას უკვე არსებული დებულებების ამოქმედებისთვის (კანონმდებლობის მოთხოვნების 45%-ზე მეტი არ სრულდება).

თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების საერთაშორისო და ეროვნულ კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში მოსაყვანად და თამბაქოსთან ბრძოლის ფართომასშტაბიანი მოძრაობის (კამპანიის) დასაწყებად, მიღებულია საქართველოში თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 15 მარტის N58 დადგენილება. იგი გულისხმობს თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო კომისიის შექმნას სხვადასხვა სახელმწიფო უწყების, არასამთავრობო ორგანიზაციის და სხვა დაინტერესებული მხარეების მონაწილეობით.

მულტიექტორული თანამშრომლობის შედეგად უკვე მომზადდა თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის დოკუმენტები, რომელთაგან სტრატეგიის დოკუმენტი საქართველოს მთავრობამ ა.წ. 30 ივლისს დაამტკიცა, ხოლო სამოქმედო გეგმა 25 ნოემბერს. მომზადდა ცვლილებები სხვადასხვა კანონპროექტებში: საქართველოს კანონში „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“, საქართველოს კანონში ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ, საქართველოს კანონში სალიცენზიო და სანებართვო მოსაკრებლების შესახებ, საქართველოს კანონში რეკლამის შესახებ, საქართველოს კანონში მაუწყებლობის შესახებ, ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა და საგადასახადო კოდექსში. პარლამენტის მიერ აღნიშნული ცვლილებების დამტკიცება ნავარაუდევია 2014 წლის იანვარში და შესაბამისად, ამავე პერიოდთან აკრძალვები დაიწყებს მოქმედებას.

4.1.2. ღონისძიებები (თუ დასაბუთება???)

1. თამბაქოს მოხმარების კონტროლისკენ მიმართული ღონისძიებები მოიცავს ინდივიდუალურ, საზოგადოებრივ, ინსტიტუციურ, სისტემურ და საკანონმდებლო ცვლილებებს, რომლებიც ჯანმრთელობის დაცვის, განათლებისა და ეკონომიკური განვითარების სფეროებს შეეხება და წარმატებული შედეგების მისაღწევად ინტეგრირებულ მოქმედებას მოითხოვს.

თამბაქოს კონტროლისთვის დადასტურებულია ქვემოთ წარმოდგენილი ღონისძიებების ეფექტიანობა.^{41,42,43,44} მათ შორის, ისეთი ინტერვენციები, როგორცაა: თამბაქოს სააქციზო გადასახადის გაზრდა და ფასების ზრდის პოლიტიკა, თამბაქოსაგან თავისუფალი პოლიტიკა,

41.WHO Cardiovascular disease: prevention and control. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>

42. WHO Tobacco Free Initiative: Cancer. <http://www.who.int/tobacco/research/cancer/en/index.html>

43.WHO Chronic respiratory diseases <http://www.who.int/respiratory/en/>

44.WHO Framework Convention on Tobacco Control.http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

რეგულარული და კრეატიული მედია კამპანიები,⁴⁵ თამბაქოს კოლოფის შეფუთვის და მარკირების კონტროლი, თამბაქოს რეკლამის, პოპულარიზაციის და სპონსორობის აკრძალვა^{46,47} მაღალი ეფექტიანობით გამოირჩევა განსაკუთრებით ახალგაზრდებში თამბაქოს მოხმარების პრევენციისა და თავის დანებების შემდგომი ხელშეწყობის თვალსაზრისით.^{48,49} კერძოდ, დადგენილია, რომ თამბაქოს ერთეული ფასის 20%-ით გაზრდა ამცირებს პოპულაციაში თამბაქოს პროდუქტების მოხმარებას 10.4%-ით, თამბაქოს მოხმარების გავრცელებას (პრევალენტობა) 3.6%-ით და ახალგაზრდებში

2. თამბაქოს მოხმარების დაწყებას 8.6%-ით;⁵⁰ თამბაქოს რეკლამის, პოპულარიზაციის და სპონსორობის აკრძალვა ამცირებს თამბაქოს მოხმარებას 6.3%-ით;⁵¹ საკომუნიკაციო კამპანიების ჩატარებით შესაძლებელია შემცირდეს თამბაქოს მოხმარება (მოსახლეობაში საშუალოდ 5%-ით, 14-24 წლის ახალგაზრდებში 4%-ით, თამბაქოს თავის დანებების გაზრდა 3.5%-ით), გაიზარდოს თამბაქოს თავის დანებების სერვისის მოხმარება საშუალოდ 132%-ით, და შემცირდეს ახალგაზრდებში თამბაქოს მოხმარების დაწყება 6.7%-ით.⁵²

ამდენად, მათი განხორციელება მნიშვნელოვანია წინამდებარე სტრატეგიის თამბაქოს კონტროლის ამოცანის მისაღწევად:

აქ ხომ არ გადმოვიტანოთ ღონისძიებები როგორც დასაბუთება?

ა) ეფექტიანი საკომუნიკაციო საშუალებებით მოსახლეობის განათლება, ცნობიერების ამაღლება და ინფორმირება თამბაქოს მავნეობის თაობაზე. საინფორმაციო კამპანიებისთვის პრიორიტეტული ჯგუფებია მასწავლებლები, მშობლები, ახალგაზრდები და ბავშვები. ამ გზით, თამბაქოს კონტროლში სამოქალაქო საზოგადოების როლის გაძლიერება და მისი აქტიური მონაწილეობის ხელშეწყობა.

ბ) ახალგაზრდებსა და მოზრდილ მოსახლეობაში მწვევლების გამოვლენის უზრუნველყოფა და მათთვის თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტისთვის ხელშეწყობა და შესაბამისი კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა. ამისათვის მოხდება

⁴⁵WHO/TFI: consumer information. Geneva, World Health Organization, 2011.

⁴⁶ITC key findings. Waterloo, CA, International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010.

⁴⁷Hoek J et al. Lessons from New Zealand's introduction of pictorial health warnings on tobacco packaging. Bulletin of the World Health Organization, 2010, 88:861–866.

⁴⁸WHO technical manual on tobacco tax administration. Geneva, World Health Organization, 2010.

⁴⁹Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. Lyon, International Agency for Research on Cancer (in press; IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 14).

⁵⁰Community Preventive Services Task Force. Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Increasing the Unit Price of Tobacco Products. *The community guide*. Retrieved from

<http://www.thecommunityguide.org/tobacco/increasingunitprice.html> December 2013

⁵¹Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions. Retrieved from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter4.pdf December 2013

⁵²Community Preventive Services Task Force. Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Mass-Reach Health Communication Interventions. *The community guide*. Retrieved from

<http://www.thecommunityguide.org/tobacco/massreach.html> December 2013

1. თამბაქოს კონტროლის ყოვლისმომცველი სასწავლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის, ფარმაცევტების, მასწავლებლებისა და მშობლებისათვის;
2. “თამბაქოს მოწევის მიტოვება და პრევენციის“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი) და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) დანერგვის ხელშეწყობა;
3. სადაზღვევო სქემებში პრევენციული, კერძოდ, თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების ინტეგრირების ხელშეწყობა.
4. თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის საკონსულტაციო სერვისების განვითარების ხელშეწყობა
5. თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის საკითხებზე კონსულტირების საკითხებში პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ტრენინგების ხელშეწყობა

გ) მეორადი კვამლის ზემოქმედების (პასიური მოწევა) შემცირება თამბაქოსაგან თავისუფალი გარემოს ხელშეწყობით;

დ) თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციით ნაკისრი ვალდებულებების და ასევე “თამბაქოს კონტროლის შესახებ” საქართველოს კანონის აღსრულების ხელშეწყობა. კონვენციაში მონაწილე მხარეთა მიერ მიღებული სახელმძღვანელო პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობა.

ე) თამბაქოს მოხმარების მავნებლობის, ეკონომიკური ზიანისა და პრევენციული ღონისძიებების ხარჯთ-ეფექტურობის შესახებ მეცნიერული მტკიცებულებების მოპოვება და გენერირება

3. თამბაქოს კონტროლის შედეგად მოსალოდნელია:

ა) თამბაქოს მოხმარებისგან ახალგაზრდებისა და ბავშვების დაცვა

ბ) მწვევლთა რაოდენობის შემცირება

გ) პასიურ მწვევლთა რაოდენობის შემცირება

დ) თამბაქოს ყოფილ მომხმარებელთა რაოდენობის შემცირება

ე) თამბაქოს მოხმარების მიტოვების ხელშეწყობი სერვისების განვითარება

ვ) თამბაქოს მავნეობის შესახებ გათვითცნობიერებულთა რაოდენობის ზრდა

4. თამბაქოს კონტროლის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:

ა) მოსახლეობის წილი (%), რომელიც აცნობიერებს თამბაქოს მოწევის მავნეობას.

ბ) თამბაქოს მწვევლობის/პასიური მწვევლობის/ყოფილი მწვევლობის მაჩვენებლების ცვლილება ასაკისა და სქესის მიხედვით.

4.2. სტრატეგიული ამოცანა 2: ჯანსაღი კვების ხელშეწყობა

4.2.1. პრობლემის განმარტება

არაჯანსაღი კვება და ჭარბი წონა

საქართველოს მოსახლეობის კვებითი ჩვევების შესახებ მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემები მცირეა. თუმცა, ბოლო პერიოდში ჩატარებული კვლევები მიუთითებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის კვების ჩვევებს საფუძვლიანი კორექცია სჭირდება. 2010 წელს არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევის მონაცემებით ხილისა და/ანბოსტნეულის 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღეში მიირთმევს, ანუ კვებითი რისკის ქვეშაა საქართველოს მოსახლეობის 69.6%. 2012 წელს განხორციელებულმა მიგრანტების კვლევამ კი აჩვენა, რომ 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს ომის შედეგად იძულებით გადაადგილებულ პირთა 100% კვებითი რისკის ქვეშაა.

საქართველოში არაჯანსაღი კვების შედეგად სწრაფად იზრდება სიმსუქნის მაჩვენებელი. მაღალია ჭარბი წონის მქონე პირთა (31.3%) და მსუქანთა (25.1%) პროცენტული მაჩვენებელი საქართველოს მოსახლეობაში, ისევე როგორც იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა წელის გარშემოწერილობა აჭარბებს ოპტიმალურ ფიზიოლოგიურ პარამეტრებს (მამაკაცები – 24.4%, ქალები – 39.9%). ხოლო 5 წლამდე ბავშვთა 19,9%-ში აღინიშნა ჭარბი წონა ან სიმსუქნე.⁵³

საქართველოს მოზრდილ მოსახლეობაში არაჯანსაღი კვების შედეგებზე ასევე მიუთითებს ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების ფართო გავრცელება: პოპულაციის 20.9%-ს აქვს სისხლში გლუკოზის მცირედ მომატების და 16,3%-ს გლუკოზის მნიშვნელოვნად მომატებული მაჩვენებლები, 18.1%-ს ქოლესტეროლის მაღალი მაჩვენებელი და 25%-ს აქვს ჰიპერტრიგლიცერიდემია.⁵⁴ ლოგიკურია არაჯანსაღი კვების უარყოფითი როლი რიგი დაავადებების შემთხვევების ზრდაში. მაგ: სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით ჰიპერტენზიის გავრცელების სურათში წონის მატებას თან ახლავს ჰიპერტენზიის გავრცელების მკვეთრი მატება. მაღალი არტერიული წნევა ჭარბწონიანებში აღინიშნა 2-ჯერ მეტს (37,6%), ხოლო მსუქნებში 3-ჯერ მეტს (55%), ვიდრე ნორმის ფარგლებში მქონე სმი - ს მოსახლეობას. ასევე აღსანიშნავია, რომ არაგადამდებ დაავადებების რისკ ფაქტორების კვლევის მონაცემთა 2013 წელს განხორციელებული მეორადი მულტივარიაციული ანალიზით ჰიპერტენზიის წამყვან ინდივიდუალურ რისკ ფაქტორებს შორის გამოიკვეთა: ჭარბი წონა (BMI \geq 25) (PR=1.501 95%CI:1.337-1.684); მომატებული წელისა და თეძოს გარშემოწერილობების თანაფარდობა (WHR \geq 0.85 ქალებში და WHR \geq 0.95 მამაკაცებში) (PR=1.191 95%CI:1.072-1.325); ჰიპერგლიკემია

⁵³სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი (GNNS), 2009 საქართველო Retrieved from: http://www.unicef.org/georgia/GNNS2009_eng_with_cover_edit.pdf in November 2013

⁵⁴Non-Communicable Diseases Risk-Factors Survey STEPS, Georgia 2010 Retrieved from <http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=302> in October 2013

Field Code Changed

(FBG \geq 110 mg/dl) (PR=1.117 95%CI:1.018-1.225)და ჰიპერტრიგლიცერიდემია (\geq 200 mg/dl) (PR=1.153 95%CI:1.044-1.274)⁵⁵.

კვებასთან ასოცირებული დაავადების გამომწვევი ძირითად რისკ-ფაქტორებად მაინც რჩება პროდუქტები – ცხიმის, შაქრისა და მარილის მაღალი შემცველობით, ცხიმოვანი მჟავების ტრანს-იზომერები. ქართულ პოპულაციაში სუფრის მარილის მიმართ დამოკიდებულების თვალსაზრისით, 1996-2011 წლებში ქვეყანაში განხორციელებული კვლევებით გამოვლინდა, რომ მოზრდილი მოსახლეობის 58-60% მოიხმარს ჭარბი რაოდენობით სუფრის მარილს. რაც შეეხება იუვენილურ ჯგუფებს, 2008 წლის „მარილის მსოფლიო კვირეულის“ ფარგლებში საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების და სანიტარიისა და ჰიგიენის ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული ხარისხობრივი კვლევა სკოლის მოსწავლეთა 80%-მა საყვარელ პროდუქტად დაასახელა ფენოვანი ხაჭაპური და „კარტოფილი ფრი“, რომლებიც განიხილება მარილის წყარო პროდუქტებად.⁵⁶

ჯანსაღი კვების სტანდარტების შემოღებას და დანერგვას აფერხებს ის ფაქტი, რომ არ არსებობს ჯანსაღი კვების პოლიტიკა, რომლის შემუშავება სურსათის უვნებლობისა და ხარისხის შესახებ საქართველოს კანონის 27-ე მუხლითაა გათვალისწინებული.⁵⁷ განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს საკვების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის საკითხიც, რათა თავიდან იქნას აცილებული საკვებისმიერი მომხამეებისა და სავარუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეების მატების ტენდენცია.⁵⁸ საკვების მოხმარების ნორმებისა და კვების პროდუქტის საინფორმაციო ეტიკეტების არარსებობა კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს.

კვებასთან ასოცირებული ავადობის ზრდის ტენდენციის შესაჩერებლად საჭიროა ჯანსაღკვებასთან დაკავშირებული ქვევითი ჩვევების მოდიფიცირება. საგანმანათლებლო სისტემაში, ჯანსაღი კვების პრინციპების ბავშვობის ასაკიდანვე დაწყებული სწავლება ჯანსაღი კვების პრინციპების შესახებ, მოსახლეობის უკეთესი ინფორმირება. აგრეთვე სურსათის უვნებლობის ხელშეწყობა შესაბამისი საკანონმდებლო და მარეგულირებელი მექანიზმების მეშვეობით და სხვა.

4.2.2. ღონისძიებები

1. ჯანსაღი კვების ხელშეწყობისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს ყველა იმ სექტორის თანამშრომლობას, რომელიც გარკვეული სახით მონაწილეობს საკვების წარმოების ან სურსათით მომარაგების პროცესებში, მოსახლეობის განათლებას, კვებითი რისკ-

⁵⁵M. Topuridze; M. Shishniashvili; L. Skhirtladze ; R.Tsiklauri; L.Sturua; D.Trapaidze; Nicholas J. Heyer Hypertension Related Non-communicable Diseases Risk-factors in Georgian Population, 2010 National Survey Secondary Analysis. Global working Group on Surveillance and World Alliance for Risk Factor Surveillance WARFS. 8th World Alliance for Risk Factor Surveillance (WARFS) Global Conference abstract book. [In Print]

⁵⁶Salt Action Summary; February 2008, World Salt Awareness Week. Georgia. World Action on Salt & Health.

www.worldactiononsalt.com

⁵⁷საქართველოს კანონი „სურსათის უვნებლობისა და ხარისხის შესახებ“, მუხლი 27, 27/12/2005.

58.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ფატორისადრეულ გამოვლენასა და მართვაში და სხვა. არსებული მტკიცებულებებით სწორი კვებისადმი მიძღვნილი ინტერვენციები ეფექტურია თუ ტარდება კომბინირებულად. გამონაკლისია მარილის მოხმარების შემცირებისაკენ მიმართული ინტერვენციები. (მაგ. მარილის შემცველობის შემცირება დამუშავებულ პროდუქტებში და მას-მედია კამპანიებით შესაძლებელია 23 განვითარებად ქვეყანაში 10 წლის განმავლობაში თავიდან ავიღებული იქნას 8,5 მილიონი ადამიანის სიკვდილი.⁵⁹)

2. ჯანსაღი კვების ხელშეწყობისთვის მოხდება:

ა) კომუნიკაციის ეფექტიანი საშუალებებით სამიზნე ჯგუფებში (ბავშვები, მშობლები, ორსულები და მთლიანად მოსახლეობა) სპეციფიკური, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის გავრცელება, ჯანსაღი კვების პრინციპების შესახებ განათლება და ცნობიერების ამაღლება. აგრეთვე

1. არაჯანსაღი კვების ხელშეწყობი რეკლამებისთვის შეზღუდვა, განსაკუთრებით, როდესაც ეს რეკლამები გათვლილია ბავშვებზე.
2. შედგომაში შემყვანი სასურსათო რეკლამების აკრძალვა, რომლებიც ეხება მათ კვებით ღირებულებას და სხვა მახასიათებლებს.

ბ) ჩვილ და მცირეწლოვან ბავშვთა კვების პოლიტიკის განვითარება

1. ჩვილ და მცირეწლოვან ბავშვთა კვების ხელშეწყობი პროგრამების, სტანდარტების, მონიტორინგისა და საგანმანათლებლო ღონისძიებების ინტეგრაცია მიმდინარე სახელმწიფო პროგრამებისა და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში.
2. ძუძუთი კვების ხელშეწყობა და დროული და ადეკვატური დამატებითი კვების უზრუნველყოფა.
3. “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების” შესახებ საქართველოს კანონის დახვეწა და შემდგომ მისი აღსრულების გაუმჯობესების ხელშეწყობა.
4. სამედიცინო პერსონალის მომზადება (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, სამედიცინო უნივერსისიტეტი, პირველადი ჯანდაცვა) ძუძუთი კვების საკითხებზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში.
5. ინოვენტის დეკლარაციით გათვალისწინებული “წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურის” დანერგვა სამშობიარო სახლებში და ოპტიმალური კვების პრინციპების განხორციელების ხელშეწყობა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დაწესებულებებში.

გ) ბავშვის ჯანსაღი კვების პრაქტიკის ხელშეწყობისთვის

1. სურსათის და კვების პოლიტიკის შემუშავება და დანერგვა სკოლებსა და სკოლამდელ დაწესებულებებში
2. საკვებ ნივთიერებებზე დაფუძნებული სტანდარტების შექმნა სკოლის სურსათისათვის.

⁵⁹Resolution WHA53.14.Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. In: Fifty-third World Health Assembly, Geneva, 22 March 2000. Geneva, World Health Organization, 2000.

3. სკოლებსა და სკოლამდელ დაწესებულებებში სურსათით მომარაგების ინფრასტრუქტურის განვითარება, სრულფასოვანი სასურსათო პროდუქტებისა და ჯანსაღი საკვების რეალიზების შესაძლებლობის შექმნა.
4. სოციალურად დაუცველი, ღარიბი ბავშვთა ჯგუფებისათვის "სუბსიდირებული სურსათის" პოლიტიკის განვითარება.

დ) ჯანსაღი კვების პრინციპების შემუშავება და დანერგვის ხელშეწყობა საგანმანათლებლო დაწესებულებებში, საავადმყოფოებსა და სამუშაო ადგილებზე.

ე) პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებების ამბულატორიულ ნაწილებში პრევენციის პრაქტიკის გაძლიერება, რაც ჯანსაღი კვების ხელშეწყობისკენ იქნება მიმართული. კერძოდ მოხდება,

1. ყოვლისმომცველი სასწავლო პროგრამის შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, მასწავლებლებისთვის და მშობლებისთვის ჯანსაღი კვების, ძუძუთი კვების და სიმსუქნის პრევენციის შესახებ;
2. „სიმსუქნის მართვა ბავშვთა ასაკში პირველად ჯანდაცვაში“, „სიმსუქნის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების დანერგვის ხელშეწყობა;
3. სამედიცინო დაზღვევის სქემებში ჯანსაღი კვების პროპაგანდისკენ მიმართული პრევენციული ზომების ჩართვის ხელშეწყობა.

ვ) საკვებ პროდუქტებზე მარილის, შაქრის, ნაჯერი და უჯერი ცხიმების, კალორიებისა და ჯანმრთელობისთვის საშიში ნივთიერებების შემცველობის მაჩვენებელი ეტიკეტების შესახებ შესაბამისი კანონმდებლობის დახვეწა, დანერგვა და აღსრულების ხელშეწყობა.

ლ) არასაკმარისი კვების (მალნუტრიციის) პროფილაქტიკა

1. მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ბავშვების უზრუნველყოფა მინიმალური სოციალური დაცვით (სიცოცხლისათვის აუცილებელი საკვები პროდუქტებით);
2. ვიტამინებისა და მიკროელემენტების დეფიციტის პროფილაქტიკაპურის ფქვილის რკინითა და ფოლიუმის მჟავით, აგრეთვე მარილის იოდით ფორტიფიცირების ხელშეწყობით
3. მალნუტრიციისა და მიკროელემენტების დეფიციტის მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების ჩამოყალიბება, ფორტიფიცირებული საკვების წარმოების/იმპორტის/ვაჭრობის მუდმივი მონიტორინგისა და ხარისხის კონტროლის/ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების მოცვით.

მ) სურსათის უვნებლობისა და საკვები პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ხელშეწყობა

1. ხარისხიანი და უვნებელი სასურსათო პროდუქტების წარმოების შესახებ ადეკვატური კანონმდებლობის შექმნა

2. სურსათის უვნებლობის პარამეტრებისა და მახასიათებლების განსაზღვრა.
3. საკვები პროდუქტების უსაფრთხოების შესახებ კანონების და ნორმების შესრულების ხელშეწყობა.
4. სურსათით გადაცემადი დაავადებების შეტყობინების და მონიტორინგის სათანადო სისტემის ფორმირება.
5. საკვები პროდუქტებით მოწამვლის შემთხვევების საფუძვლიანი გამოძიება.
6. სოფლის მეურნეობაში დასაქმებული მოსახლეობის, ფერმერების ცოდნის ამაღლება სურსათის უვნებლობის სფეროში.

ნ) სურსათის შემადგენლობის მონაცემთა ეროვნული ბანკის (ცხრილების) შექმნა.

ჯანსაღი კვების ხელშეწყობის შედეგად მოსალოდნელია^{60,61}

- საქართველოს მოსახლეობის მიერ ჯანსაღი კვების პრინციპების გაცნობიერებულობის დონის გაუმჯობესება
 - ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელების მაჩვენებლების კლება
 - ძუძუთი აღრეული კვების მაჩვენებლის მატება
 - საკვების მიერი მოშხამვების ინციდენტობის შემცირება
2. ჯანსაღი კვების ხელშეწყობის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:
 - ა) მოსახლეობის რანაწილი (%) იცნობს ჯანსაღი კვების პრინციპებს
 - ბ) სიმსუქნის გავრცელების დინამიკა
 - გ) ენდემური ჩიყვით ავადობის დინამიკა
 - დ) ახალშობილებში ნერვული ღეროს დეფექტების მაჩვენებელი
 - ე) დაბადებიდან რამოდენიმე საათში ძუძუთი კვების დაწყების მაჩვენებლის დინამიკა
 - ვ) ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ჩვილს 6 თვის ასაკამდე მხოლოდ ძუძუთი კვებავენ
 - ზ) საკვებისმიერი მოშხამვების ინციდენტობა
 - თ) ანემიების მაჩვენებლების კლება

60. WHO. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva 2003. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf

61. English Department of Health, 9 March 2005. Choosing a better diet. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4105356

4.3. სტრატეგიული ამოცანა 3: ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა

4.3.1. პრობლემის განმარტება

საქართველოში მოსახლეობის მიერ ფიზიკური აქტივობის რეკომენდებული რეჟიმის დაცვის თვალსაზრისით მდგომარეობა არასახარბიელოა. თბილისში 2006 წელს ჩატარებული კვლევის მონაცემებით მოზრდილი მოსახლეობის თითქმის ნახევარი (43.5%) ყოველდღიურად 6 საათზე მეტს მჯდომარე მდგომარეობაში ატარებს. გამოკითხულთა 85.6% ინტენსიურად (ვარჯიშს თან ახლავს ოფლის გამოყოფა) მხოლოდ წელიწადში რამოდენიმეჯერ ვარჯიშობს. მოქალაქეების ცხრა პროცენტი არ არის დაკავებული საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობებით. თუმცა 60.7% აღნიშნავს, რომ კვირის უმეტეს დღეებში ზომიერად იტვირთება.⁶²

2010 წელს საქართველოს მამუბით ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის თანახმად მაღალი ფიზიკური აქტივობა არა აქვს გამოკითხულთა 78.6%-ს. ქალებს შორის მაღალი ფიზიკური აქტივობა არ აღენიშნება 88.6%, ხოლო მამაკაცებში 68,7%-ს. დღის განმავლობაში ფიზიკურ აქტივობაზე საშუალოდ დახარჯული დროის რაოდენობა (წუთების საშუალო დღეში) სხვადასხვა საქმიანობისათვის შემდეგნაირია: ყველაზე მეტი დრო იხარჯება სამუშაოსთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე (141.7 წუთი/დღე), შემდეგ ტრანსპორტთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე (54 წუთი/დღე), ყველაზე ცოტა დროს ხარჯავენ დასვენებასთან დაკავშირებულ ფიზიკურ აქტივობაზე (6.9 წუთი/დღე). ყველა სახის აქტივობაზე მამაკაცები უფრო მეტ დროს ხარჯავენ ვიდრე ქალები.⁶³

არაერთი კვლევა ადასტურებს, რომ ადინამია და ჭარბი წონა წარმოადგენენ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, დიაბეტისა და კიბოს სერიოზულ რისკ-ფაქტორებს. არსებობს მტკიცებულებები იმის თაობაზე, რომ რეგულარული ფიზიკური აქტივობის შედეგად უმჯობესდება ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ზოგადი თვითგრძნობა.^{64,65}

უკანასკნელ წლებში განხორციელებული ინიციატივები, რაც სკოლებსა და დასახლებულ პუნქტებში სპორტული მოედნებისა და გამაჯანსაღებელი კომპლექსების შენებაში გამოიხატა, ეფექტური ღონისძიებებია. თუმცა, აუცილებელია რეგულარული ფიზიკური აქტივობის, როგორც ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ფაქტორის, მისი სახეების, სასურველი რეჟიმისა და

62. არაგადამდებ დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007 <http://www.ncdc.ge/>

⁶³Non-Communicable Diseases Risk-Factors Survey STEPS, Georgia 2010 Retrieved from <http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=302> in October 2013

64. Healthy People 2010, conference edition. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000. Available at: <http://www.health.gov/healthypeople/Document/HT ML/Volume2/22Physical.htm>. Accessed May 30, 2002.

65. Bauman A, Bellew B, Vita P, Brown W, Owen N. Getting Australia active: towards better practice for the promotion of physical activity. Melbourne: National Public Health Partnership, 2002.

მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების სისტემატიური ამაღლება.^{66,67} აგრეთვე მოსწავლეთა სპორტული აღზრდის ხელშეწყობასა და სასწავლო პროგრამებში ფიზიკური აღზრდის გაკვეთილების ინტეგრირება, რაც ბავშვებში მომავალში რეგულარული ფიზიკური აქტივობის კულტურის ჩამოყალიბებას შეუწყობს ხელს.

4.3.2. დონისპიებები

1. ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობისთვის ყველაზე ეფექტურ ინტერვენციად მიჩნეულია ცნობიერებისა და ინფორმირებულობისა და ცოდნის გაზრდაზე მიმართული მედია კამპანიები.⁶⁸ მოცემული ინტერვენციით საშუალოდ 4.5%-ით იზრდება მოსახლეობის წილი, რომელიც აცხადებს რომ ფიზიკურად აქტიურია, ასევე 16.3%-ით იზრდება ენერჯის ხარჯვის მაჩვენებელი.⁶⁹ ცნობილია, რომ ცოდნისა და ინფორმირებულობის გაზრდა ფიზიკურ აქტივობასა და სწორ კვებაზე მნიშვნელოვნად ამცირებს დიაბეტის განვითარების რისკს გლუკოზის ტოლერატობის პრობლემის მქონე პირებში.⁷⁰ ასევე ეფექტიანია პოლიტიკის ცვლილებებისაკენ მიმართული ინტერვენციები ისეთ სფეროებში, რომლებიც უკავშირდება ტრანსპორტს, განათლებას, სპორტს და ქალაქის დიზაინს.⁷¹ ურბანული დიზაინის ცვლილებებისაკენ მიმართული ინტერვენციებით შესაძლებელია გაიზარდოს ფიზიკური აქტივობის ზოგიერთი მაჩვენებელი (მაგ.: ვეხითან ველოსიპედით მოსიარულეთა რიცხვი) 161%-ით.
2. ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობისთვის მოხდება
 - ა) ფიზიკური აღზრდის კონცეფციისა და აქტივობის სასურველი დონის შესახებ მოსახლეობის ინტენსიური ინფორმირება და ცნობიერების ამაღლება მყარი ქცევითი ცვლილების მისაღწევად.
 - ბ) ფიზიკური აქტივობის დანერგვა ადრეულ წლებში – სკოლებში და უმაღლეს სასწავლებლებში. ამისათვის,

66. Healthy People 2010, conference edition. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000. Available at: <http://www.health.gov/healthypeople/Document/HT ML/Volume2/22Physical.htm>. Accessed May 30, 2002.

67. Bauman A, Bellew B, Vita P, Brown W, Owen N. Getting Australia active: towards better practice for the promotion of physical activity. Melbourne: National Public Health Partnership, 2002.

68. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*, 376: 1775-84.

69. Community Preventive Services Task Force. Campaigns and Informational Approaches to Increase Physical Activity: Community-Wide Campaigns. *The community guide*. Retrieved from <http://www.thecommunityguide.org/pa/campaigns/community.html> December 2013

70. Ramachandran A et al. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP). *Diabetologia*, 2006, 49:289-297

71. Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Geneva, World Health Organization, 2009

1. ფიზიკური აღზრდის მეთოდის სრულყოფა, ბავშვების ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით და თანამედროვე სტრანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა;
2. სასწავლო შენობებში სპორტისა და ფიზიკური აქტივობისთვის ინფრასტრუქტურის განვითარება;
3. ფიზკულტურის მასწავლებლების პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა.

გ) სპორტულ ღონისძიებებში მონაწილეობის მონაწილეობის ხელშეწყობა, რისთვისაც მოხდება

1. პარკებისა და დასასვენებელი ადგილების კეთილმოწყობისა და ფეხითა და ველოსიპედით სიარულისთვის ინფრასტრუქტურის განვითარება იმ ტერიტორიებზე, რომლებიც აკმაყოფილებენ გარემოს ხარისხობრივი მაჩვენებლების ნორმებს ჰაერის დაბინძურების თვალსაზრისით;
2. დამქირავებლებისთვის სპრაქტიკული რჩევების და საუკეთესო გამოცდილების გაზიარება იმის თაობაზე, თუ როგორ მოახდინონ ფიზიკური აქტიურობის პროპაგანდა სამუშაო ადგილებზე.

დ) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლებში ადინამიაზე სკრინინგისა და ფიზიკურ აქტივობაზე კონსულტირების პრაქტიკის გაუმჯობესება.

3. ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის ყველაზე მნიშვნელოვანი შედეგებია:^{72,73}

- ა) ბავშვებსა და ახალგაზრდებში ფიზიკური აქტივობის სასურველი დონის მიღწევა
- ბ) მოზრდილებსა და მოხუცებში ფიზიკური აქტივობის სასურველი დონის მიღწევა

4. ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით

- ა) მოსახლეობის წილი (%), რომელიც აცნობიერებს ფიზიკური აქტივობის რეჟიმის დაცვის მნიშვნელობას.
- ბ) მოსახლეობის წილი(%), რომელიც იცავს ფიზიკური აქტივობის რეკომენდებულ დონეს.

72. WHO Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>

73. English Department of Health, 9 March 2005. Choosing activity: a physical activity action plan. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4105354

4.4. სტრატეგიული ამოცანა 4: ალკოჰოლის მოხმარების კონტროლი

4.4.1. პრობლემის განმარტება

ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება

საქართველოში 2010 წელს ჩატარებულმა არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევამაჩვენა, რომ ალკოჰოლის პრობლემაც მწვავეა ქვეყანაში. ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება საკმაოდ მაღალია და 78.5%-ს შეადგენს. ეს მაჩვენებელი ძალზე მაღალია მამაკაცებში და შეადგენს 90.3%-ს. მძიმე ეპიზოდურ სმაში ჩართულია მამაკაცების 49.8% და ქალების 10.3%. აღსანიშნავია, რომ მამაკაცები ერთ ჯერზე ღებულობენ საშუალოდ 6, ხოლო ქალები – ალკოჰოლურ სასმელის 2 სტანდარტულ ერთეულს. ამ მხრივ გამოირჩევიან 35-44 წლის მამაკაცები და 25-34 წლის ქალები. ალკოჰოლის მოხმარებელ ქალთა და მამაკაცთა თანაფარდობა 1:3 ტოლია.

თბილისის სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში 2012 წელს ჩატარებული კვლევით⁷⁴ გამოვლინდა, რომ 18-24 წ სტუდენტების თითქმის მესამედი (28.2%) და 15-17 წ მოსწავლეების დაახლოებით მეხუთედი (22.3%) მიიჩნევს, რომ 50-100 მლ, მაგარი ალკოჰოლური სასმელის ყოველდღიური მიღება არ ვნებს ჯანმრთელობას ან იგი უმნიშვნელო ზიანის მომტანია. კვლევის მონაწილეთა დაახლოებით ორი-მესამედი (64.8%) აცხადებს, რომ მოიხმარა ალკოჰოლური სასმელი ბოლო თვის განმავლობაში (სკოლის მოსწავლე ვაჟების 74.3% და გოგონების 57.8%). კვლევის მონაწილეთა თითქმის ნახევარი (49.5%) ცხოვრებაში თუნდაც ერთხელ მაინც დამთვრალა ან მიღებული აქვს ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია.

ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება იწვევს ჭარბ წონას, სიმსუქნეს, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს, დიაბეტს, ღვიძლის ციროზს, სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს, კუჭ-ნაწლავის დაავადებებს (გასტრიტი, ჰეპატიტი...), სხეულის წინასწარ განზრახულ და შემთხვევით დაზიანებებს, მათ შორის, დაკავშირებულს ავტო-საგზაო შემთხვევებთან, თვითმკვლელობასა და ნეირო-ფსიქიატრიულ აშლილობებთან.

ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარებასთან დაკავშირებული მძიმე სამედიცინო და სოციალური შედეგების გათვალისწინებით, აუცილებელია ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების წინააღმდეგ ეფექტური ბრძოლა, მეცნიერულად დასაბუთებული პრევენციული მიდგომების გამოყენებით, განსაკუთრებით მოზარდებსა და ახალგაზრდებში.⁷⁵ ეს მიდგომები მოიცავს ალკოჰოლისგან თავისუფალი გარემოს მხარდაჭერას, ალკოჰოლის მოხმარებისა და ალკოჰოლური ინტოქსიკაციების ნეგატიური შედეგების შემცირებას შესაბამისი ჯანმრთელობის სერვისების განვითარებითა და მოსახლეობის განათლებით, არასრულწლოვანთათვის ალკოჰოლის მიყიდვის პრევენციას, ალკოჰოლის სარეკლამო აქტივობების და სპონსორობის შეზღუდვას

⁷⁴Youth Behavioural Surveillance Survey: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Practices among School and University Students in Tbilisi, Georgia. USAID funded Georgia HIV Prevention Project (GHPP), 2012. Retrieved from http://www.geoyouth.ge/upload/files/March_22_GHPP_BSS_among_Youth_Report_FINAL.pdf in November 2013

⁷⁵ არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007 <http://www.ncdc.ge/>

ან/და სრულ აკრძალვას და სხვა. ამ ფართომასშტაბიანი ღონისძიებების ეფექტიანად გასახორციელებლად და გასაუმჯობესებლად, პირველად საჭიროა საზოგადოების ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების, როგორც ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორის შესახებ ინფორმირება, ცნობიერების ამაღლება შემდგომი ნაბიჯებისთვის საზოგადოებრივი მხარდაჭერის მოსაპოვებლად.

4.4.2. ღონისძიებები

1. ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების თავიდან აცილების მიზნით განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:

- ა) ალკოჰოლური სასმელების მარკეტინგის ეტაპობრივი შეზღუდვა, როგორცაა, სარეკლამო აქტივობების და სპონსორობის შეზღუდვა/სრული აკრძალვა.
- ბ) ალკოჰოლზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, განსაკუთრებით ახალგაზრდებისთვის. რისთვისაც მნიშვნელოვანია ალკოჰოლთან დაკავშირებით ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ევრო კავშირის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებების დანერგვის ადვოკატირება.

- 1. საკანონმდებლო ბაზის დახვეწა და აღსრულების გაუმჯობესების ხელშეწყობა, როგორცაა ახალგაზრდებისთვის ალკოჰოლის მიყიდვების, ალკოჰოლურ სასმელებში ალკოჰოლი დოზირების და სხვა საკითხების შესახებ;
- 2. ალკოჰოლისაგან თავისუფალი გარემოს ხელშეწყობა მ.შ. საზოგადოებრივ ადგილებში მოხმარების შეზღუდვებით.
- 3. ალკოჰოლის ფასებზე პოლიტიკის შემუშავება და ადვოკატირება

გ) ნასვამ მდგომარეობაში სატრანსპორტო საშუალების მართვის საწინააღმდეგო კანონების დახვეწა და შესაბამისი ზომები, მათ შორის

- 1. სისხლში ალკოჰოლის შემცველობაზე მძღოლების შერჩევით შემოწმების ადვოკატირება და დანერგვა.

დ) ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების კონტრაბანდის წინააღმდეგ ბრძოლის გაძლიერება.

ე) ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების კონტროლში სამოქალაქო საზოგადოების როლის გაძლიერება, ფართომასშტაბიანი საგანმანათლებლო და ცნობიერების ამაღლების აქტივობების გზით.

ზ) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლების ამბულატორიულ განყოფილებებში ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრევენციის პრაქტიკის გაუმჯობესება. კერძოდ, მოხდება

- 1. ყოვლისმომცველი სასწავლო პროგრამის შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, მასწავლებლებისა და მშობლებისთვის ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების პრევენციის თაობაზე;

2. “ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) შემუშავება და დანერგვის ხელშეწყობა;
3. ყოვლისმომცველი სასწავლო პროგრამის შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და ფარმაცევტებისთვის ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევების ადრეული გამოვლენისა და პრევენციის საკითხებზე;
4. ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სახელმძღვანელო მითითებების შემუშავება და დანერგვა პროფესიული თემის ჩართულობით;
5. სამედიცინო დაზღვევის სქემებში ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების პრევენციისკენ მიმართული ზომების ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

თ) რეგისტრაციის და მონიტორინგის სისტემის შემუშავება და დანერგვა ალკოჰოლთან დაკავშირებული გართულებების და სიკვდილიანობის აღსარიცხად.

ი) თემზე ორიენტირებული წამალდამოკიდებულების შემცირების სამსახურების განვითარების ხელშეწყობა და ადვოკატირება.

2. ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების კონტროლის ამოცანის განხორციელების შედეგად მოსალოდნელია:⁷⁶

- ა) ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებლების რაოდენობის შემცირება
- ბ) ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთა რაოდენობის შემცირება

3. ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების კონტროლის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- ა) მოსახლეობის რა ნაწილი (%) აცნობიერებს ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებასთან დაკავშირებულ საფრთხეს.
- ბ) ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების გავრცელების დინამიკა, ასაკისა და სქესის მიხედვით.

4.5. სტრატეგიული ამოცანა 5: ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლი

4.5.1. პრობლემის განმარტება

ნარკოტიკების მოხმარება

აქართველოში ნარკოტიკული საშუალებების პრობლემური მოხმარების მასშტაბის შეფასება, ტრადიციულად, ეფუძნებოდა გაზვიადებულ შეხედულებებს, ბუნდოვან დეფინიციებსა და

⁷⁶WHO: Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/en/

დაუდგენელ ავტორებს, ანუ მითოლოგიზებული იყო. ამგვარი, მეცნიერულად დაუსაბუთებელი მონაცემები ფართოდ გამოიყენებოდა ხოლმე მასმედიისა და გადაწყვეტილებების მიმღები პირების მიერ. სიტუაციის რეალისტური შეფასებისთვის, 2009 წელს, სამხრეთ კავკასი-ის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში ჩატარდა ნარკოტიკების მომხმარებელ პირთა პრევალენტობის განმსაზღვრელი კვლევა მამ-რავლი კოეფიციენტის გამოყენებით (Multiplier/Benchmark-ის მეთოდი) (სირბილაძე, 2010). მოცემული კვლევის შემდგომ, ქვეყნის აივ/შიდსის საკოორდინაციო მექანიზმის მიერ, ორგანიზებულ იქნა შეხვედრა პრობლემური მოხმარების პრევალენტობაზე საექსპერტო კონსენსუსის მისაღწევად. პრევალენტობის განმსაზღვრელი სხვადასხვა მეთოდის კომბინაციით, ექსპერტები შეთანხმდნენ, რომ ქვეყანაში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა რაოდენობა დაახლოებით 40,000 (95% CI:39,000-41,000), ანუ პრევალენტობა 15-64 წლის მოსახლეობის 1.5%-ს (1.48%-1.52%) შეადგენს.⁷⁷ იგივე მეთოდოლოგიით 2013 წელს ბემონის მიერ განხორციელებული კვლევის მიხედვით ამჟამად საქართველოში 45,000 ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებელია (ნარკოვითარება საქართველოში 2012, წლიური ანგარიში)

ნარკოტიკების მოხმარების შედეგები მძიმეა ქვეყნისთვის. ის მნიშვნელოვნად ზრდის ინფექციების (აივ, B და C ჰეპატიტი),⁷⁸ უეცარი სიკვდილისა და ფსიქიკური პრობლემების რისკს. მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარების დაძლევა შესაძლებელია. ამ მიზნით, დამტკიცებულია საქართველოში ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიის ძირითადი მიმართულებები და სტრატეგიული გეგმა, თუმცა მის განხორციელებას, ჯერ კიდევ, სერიოზული ხელშეწყობა სჭირდება. ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციისათვის გამოყოფილი რესურსიც საკმარისად შეზღუდულია. ნარკოტიკული დამოკიდებულება უფრო დანაშაულად ითვლება, ვიდრე დაავადებად. არსებულ სანქციებსა და აკრძალვით ზომებს რეალურად უმნიშვნელო შედეგი აქვს და პრობლემის გადაჭრისათვის საკმარისი არ არის.

4.5.2. ღონისძიებები

1. ნარკოტიკების ავად მოხმარების თავიდან აცილების მიზნით განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:

ა) ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლში სამოქალაქო საზოგადოების როლის გაძლიერება, ფართომასშტაბიანი საგანმანათლებლო და ცნობიერების ამაღლების აქტივობების გზით.

ბ) ნარკოტიკების კონტრაბანდის წინააღმდეგ ბრძოლის გაძლიერება.

⁷⁷სირბილაძე, თ 2010. ნარკოტიკების ებისინექციურ მომხმარებელთა პრევალენტობის შეფასება. თბილისი ბემონი.

⁷⁸WHO Substance misuse, Policies and plans to reduce the demand for drugs. http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20090515_1

გ) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და ჰოსპიტლების ამბულატორიულ განყოფილებებში ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის პრაქტიკის გაუმჯობესება. კერძოდ, მოხდება

1. ყოვლისმომცველი სასწავლო პროგრამის შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, მასწავლებლებისა და მშობლებისთვის ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარების პრევენციის თაობაზე;
2. ყოვლისმომცველი სასწავლო პროგრამის შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და ფარმაცევტებისთვის ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევების ადრეული გამოვლენისა და პრევენციის საკითხებზე;
3. ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სახელმძღვანელო მითითებების შემუშავება და დანერგვა პროფესიული თემის ჩართულობით;
4. სამედიცინო დაზღვევის სექტორში ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების პრევენციისკენ მიმართული ზომების ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

დ) თემზე ორიენტირებული წამალდამოკიდებულების შემცირების სამსახურების განვითარების ხელშეწყობა და ადვოკატირება.

2. ნარკოტიკების კონტროლის ამოცანის განხორციელების შედეგად მოსალოდნელია: ⁷⁹

- ა) ნარკოტიკების მოხმარებელთა რაოდენობის შემცირება
- ბ) ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა რაოდენობის შემცირება
- გ) ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების მაჩვენებლების შემცირება

3. ნარკოტიკების კონტროლის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- ა) მოსახლეობის რა ნაწილი (%) აცნობიერებს ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ საფრთხეს.
- ბ) ნარკოტიკების მოხმარებელთა და მასზე დამოკიდებულ პირთა რაოდენობა ასაკისა და სქესის მიხედვით.
- გ) ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების მაჩვენებლების დინამიკა

4.6. სტრატეგიული ამოცანა 6: ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

4.6.1. პრობლემის განმარტება

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა არის ცალკეული ინდივიდების, ოჯახების, თემის და ზოგადად, მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხისა და სრულფასოვანი ფუნქციონირების განმსაზღვრელი ძირითადი ფაქტორი. შრომის უუნარობის გამომწვევი 10

⁷⁹WHO: Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/en/

ძირითადი დაავადებიდან 5 სწორედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებითაა გამოწვეული. ექსპერტული გათვლებით, მოსალოდნელია, რომ 2020 წლისათვის ინვალიდობის გამო დაკარგული წლების (DALY-ს) მიხედვით დეპრესიული აშლილობა მეორე ადგილს დაიკავებს გულის იშემიური დაავადებების შემდეგ. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)

Field Code Changed

ფსიქიკური აშლილობები წარმოადგენს სხვადასხვა არაგადამდები და გადამდები დაავადებების, ასევე თვითდაზიანების, თვითმკვლელობის გამომწვევ რისკ ფაქტორს. ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანები სტიგმისა და დისკრიმინაციის ობიექტები არიან.

2012 წლის მონაცემებით, 100 000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაჩვენებელი წარმოადგენს 1743.5-ს, დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4 075 ახალი შემთხვევა (ინციდენტობის მაჩვენებელი 90.7 100 000 მოსახლეზე).

ფსიქიკური აშლილობა ისევე გავრცელებულია საქართველოში, როგორც მსოფლიოს ყველა სხვა ქვეყანაში და წარმოადგენს მოსახლეობის ინვალიდობის, სიკვდილიანობის, ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისა და სიღარიბის ხელშემწყობ ერთ-ერთ ფაქტორს. მეცნიერული ფაქტები ადასტურებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა დადებითად აისახება მთლიანად ადამიანის ჯანმრთელობაზე.⁸⁰ პრობლემის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ჩვენი ქვეყნის პარლამენტმა, 2013 წლის დეკემბრის თვეში დაამტკიცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის დოკუმენტი.

4.6.2. ღონისძიებები

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:
 - ა) ფსიქიკური პრობლემების გამო ადამიანების მიმართ დისკრიმინაციის შემცირების მიზნით, ფსიქიკური და ემოციური ჯანმრთელობის შესახებ მეტი ინფორმაციის გავრცელება საზოგადოების, პროფესიულ და პოლიტიკურ დონეებზე. კერძოდ მოხდება,
 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკასთან დაკავშირებული ფორუმების და დისკუსიების ორგანიზება არასამთავრობო ორგანიზაციების, ჯანდაცვის პროფესიონალების, პოლიტიკოსებისა და სამოქალაქო საზოგადოების მონაწილეობით.
 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ექთნებისთვის სასწავლო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება პროფესიული თემის ჩართულობით;
 3. ფსიქოლოგიური კონსულტირების სამსახურების ამოქმედება და საზოგადოებისთვის მათზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.
 - ბ) ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისთვის თემებისა და ოჯახების ქმედითუნარიანობის გაძლიერება. კერძოდ მოხდება,
 1. ოჯახური ძალადობის მსხვერპლთა დასახმარებლად ადგილობრივი სათემო ინიციატივების ხელშეწყობა;

80. WHO Mental health: Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

2. სკოლებში მუშაობა ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობის («ბულინგის») პრობლემების გადასაჭრელად;
 3. ბავშვის აღზრდაში ფიზიკური დასჯის გამოყენებისა და მშობლების აღმზრდელიობითი უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების მიზნით საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა.
- გ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების გაძლიერება
- დ) თემზე ორიენტირებული ფსიქიკური სამსახურების განვითარება.
- დე) ისეთი გარემოს შექმნა, სადაც ცალკეული პირები და სოციალური ჯგუფები, განსაკუთრებით ისინი, ვინც იზოლირებული, ღარიბია ან დაუცველია, მეტად შეძლებენ მოქმედებას და საკუთარ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას. ამისათვის მოხდება:
1. იზოლაციის აღმოფხვრის მიზნით, სპორტული და კულტურული საქმიანობის ხელმისაწვდომობის ამაღლება.
 2. სუიციდის პრევენციისკენ მიმართული ინტეგრაციის ხელშეწყობა
2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის დაგეგმილი ღონისძიებების განხორციელების შედეგად მოსალოდნელია:
- ა) ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცოდნის გაღრმავება
- ბ) ფსიქიკურ პრობლემებთან დაკავშირებული სტიგმის შემცირება
- გ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მიერ სამედიცინო დახმარების ძიების ქცევის შეცვა
- დ) ძალადობის მსხვერპლთა გამოვლენის გაუმჯობესება.
- ე) ძალადობის მსხვერპლთა სამედიცინო და სხვა უწყებებში მიმართვიანობის გაზრდა.
- ვ) ძალადობის პრობლემის აქტუალობის, ძალადობის პრევენციისა და მსხვერპლთა გამოვლენის შესახებ, საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:
- ა) მოსახლეობის დამოკიდებულების შეცვლა ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების მიმართ.
- ბ) დეპრესიითა და შფოთვით ავადობის დინამიკა ასაკისა და სქესის მიხედვით
- გ) მოსახლეობის დამოკიდებულების შეცვლა ძალადობის მსხვერპლთა და ძალადობის გასაჯაროების მიმართ, სათანადო უწყებებში მსხვერპლთა მიმართვიანობის ზრდა;

4.7. სტრატეგიული ამოცანა 7: ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა

4.7.1. პრობლემის განმარტება

საქართველოში მაღალი რჩება ტუბერკულოზით დაავადების შემთხვევათა რაოდენობა, ასევე პრობლემას წარმოადგენს ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებისადმი რეზისტენტულობა. ისევე, როგორც მთელს მსოფლიოში მაღალია სხვადასხვა შტამით გამოწვეული გრიპის საფრთხე. სწრაფად იზრდება ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში ინფექციური

დაავადებების მაჩვენებლები, კერძოდ აივ/შიდსი და B და C ჰეპატიტები. მაღალი რჩება აივ ინფიცირებულთა გვიან ეტაპზე გამოვლენის მაჩვენებლებიც.⁸¹

მართალია, უსაფრთხო სქესობრივი ცხოვრების შესახებ მონაცემთა რეგულარული შეგროვება რუტინულად არ წარმოებს, მაგრამ ბოლო 5 წლის განმავლობაში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით (ათაშანგის გარდა) ავადობის მაჩვენებლების ზრდა უსაფრთხო სქესობრივი კავშირის შესახებ მოსახლეობის ცოდნის, ცნობიერების ამაღლებისა და ქცევის მოდიფიცირების აუცილებლობაზე მიუთითებს.⁸²

აქტუალურია წყლით გადაცემადი ინფექციების თავიდან აცილების საკითხიც. რისთვისაც, მნიშვნელოვანია სასმელი წყლის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების გაძლიერება. მნიშვნელოვანია ინფექციური სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხოდ მართვაც, რათა თავიდან იქნას აცილებული ინფექციური დაავადებების გავრცელების საშიშროება.

აუცილებელია გაგრძელდეს ფართომასშტაბიანი ღონისძიებები იმუნიზაციის მოცვის გაუმჯობესებისა და ვაკცინაციით მართვადი ინფექციური დაავადებების კონტროლის მიზნით, რათა მიღწეული იქნას ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის ათასწლეულის განვითარების მიზნებით განსაზღვრული სამიზნე მაჩვენებლები.

4.7.2. ღონისძიებები

1. არსებული გამოცდილება და მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ პოპულაციური ინტერვენციები გაცილებით ეფექტიანია ინდივიდუალურ ინტერვენციებთან შედარებით როგორც დაფარვის, ასევე თანასწორობის, ხარისხის კონტროლისა და ხარჯთ-ეფექტურობის თვალსაზრისით.^{83,84} მაგალითად, B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ღვიძლის კიბოს პრევენციის საუკეთესო გზად არის აღიარებული.⁸⁵

ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:

- ა) პირადი ჰიგიენის დაცვის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება.⁸⁶
- ბ) იმუნიზაციის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება.
- გ) ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ყველა ბავშვის სავალდებულო იმუნიზაცი ადამტკიცებული გრაფიკის შესაბამისად.

81. საქართველოს სტატისტიკური ანგარიში 2007, http://www.ncdc.ge/GEO/Statistics/Statistical_Reports/2007/Shidsi.pdf

82. საქართველოს სტატისტიკური ანგარიში 2007, http://www.ncdc.ge/GEO/Statistics/Statistical_Reports/2007/STD.pdf

83. Suhrcke M et al. Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention. London, Oxford Health Alliance, 2005.

84. Breast cancer screening. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 7).

85. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes module 2. Geneva, World Health Organization, 2007.

86. დაემატა რასამთავრობო რეგულაციები ანტი-სმეტილინისა და სმეტილინის რეგულაციების შესახებ

Field Code Changed

დ) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (აივ) შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება.

ე) მოზარდების სპეციფიკური საჭიროებების გათვალისწინებით სგგი, აივ ინფექციისა და შიდსის თაობაზე საინფორმაციო პროგრამების შემუშავება.

ვ) C და B ჰეპატიტებით ინფიცირებულთა იდენტიფიკაცია მაღალი რისკის პირებში (მათ შორის ნარკომანებში).

ზ) აივ ინფიცირებულთა იდენტიფიკაცია მაღალი რისკის პირებში (მათ შორის სექს მუშაკებსა და ნარკომანებში).

თ) ახალგაზრდებში ქლამიდიაზე სკრინინგის პრაქტიკის დანერგვის ხელშეწყობა.

ი) მაღალი რისკის პირებში პნევმოკოკური ინფექციისა და გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის პრაქტიკის დანერგვა და გაფართოვება, მეცნიერულად დასაბუთებული რეკომენდაციების შესაბამისად.

კ) ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მიერ მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის დაცვის პრაქტიკის გაუმჯობესება. ამისათვის, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის დაფინანსების არსებული მექანიზმების შენარჩუნება

2. ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებების განხორციელების შედეგად მოსალოდნელია ყოველწლიურად:

- o ბავშვთა ასაკის მართვადი ინფექციების შემცირება
- o სქესობრივი გზით გადაცემული ინფექციების ავადობის შემცირება
- o აივ ინფიცირებულთა რიცხვის შემცირება
- o საზოგადოებაში შემენილი პნევმონიით ავადობის შემცირება
- o ტუბერკულოზით ავადობისა და დაავადებიაზობის შემცირება

3. ინფექციებთან ბრძოლის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- ა) მოსახლეობის წილი(%), რომელიც აცნობიერებს პირადი ჰიგიენის წესების დაცვის აუცილებლობას.
- ბ) მოსახლეობის წილი (%), რომელიც აცნობიერებს სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებულ რისკს.
- გ) მოსახლეობის წილი (%), რომელიც აცნობიერებს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირებასთან დაკავშირებულ რისკს.
- დ) ბავშვებში იმუნიზაციით მართვადი ინფექციებით ავადობის დინამიკა.
- ე) ტუბერკულოზით ავადობისა და დაავადებიაზობის დინამიკა.
- ვ) სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებით ავადობის დინამიკა.
- ზ) სეზონური გრიპით ავადობის დინამიკა.

4.8. სტრატეგიული ამოცანა 8: ტრავმატიზმის შემცირება

4.8.1. პრობლემის განმარტება

სხეულის უნებლიე დაზიანება სიკვდილის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზია საქართველოში. უკანასკნელ წლებში აღინიშნება „ტრავმების, მოწამვლებისა და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგების“ პრევალენტობისა და ინციდენტობის ზრდის ტენდენცია. დაზიანებებს შორის ყველაზე ხშირია ჭრილობების, სისხლძარღვთა დაზიანებების, ზედაპირული ტრავმების, დაჭევილობების და დაჩეჩქვილობების შემთხვევები. ავტოსაგზაო შემთხვევებით დაზარალებულთა რაოდენობა ტრავმების, მოწამვლებისა და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგების რაოდენობის მნიშვნელოვან წილს შეადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საგზაო უსაფრთხოების ევროპის რეგიონის ანგარიშის შესაბამისად (European status report on road safety, 2009), საგზაო შემთხვევებით განპირობებული სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლების მქონე 10 ქვეყანას შორის საქართველოს მე-9 ადგილზეა: მაჩვენებელი 16.8 – 100000 მოსახლეზე. უკანასკნელ წლებში განხორციელებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა, როგორც ავტო-საგზაო შემთხვევების, ასევე დაზარალებულთა და დაღუპულთა რაოდენობა, შესაბამისად, შეიცვალა სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც (2009წ-16.8, 2010-15.4, 2011-11.7), თუმცა ტრავმატიზმი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის აქტუალურ თემად რჩება.

4.8.2. ღონისძიებები

1. ტრავმატიზმის პრევენციის მიზნით განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები, რომელთა ეფექტურობა დამტკიცებულია უამრავი კვლევებითა და სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკით:
 - ა) უსაფრთხოების ზომების, დამწვრობისა და სხვა სახის დაზიანებების თავიდან აცილების შესახებ ცოდნის გავრცელება და ცნობიერების ამაღლება ბავშვებში, მშობლებში, მასწავლებლებში, ჯანდაცვის და სხვა სფეროს სპეციალისტებში.
 - ბ) საქართველოს „საგზაო უსაფრთხოების სტრატეგიის“ განხორციელების ხელშეწყობა;
 - გ) საგზაო უსაფრთხოებისა და ტრავმატიზმის პრევენციისკენ მიმართული საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელება.⁸⁷
 - დ) საწარმოო ტრავმატიზმის შესახებ ინფორმირებულობის გავრცელება
2. ტრავმატიზმთან ბრძოლის შედეგად მოსალოდნელია:
 - ა) ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება.
 - ბ) ტრავმებით განპირობებული სხეულის დაზიანების მაჩვენებლის შემცირება.
 - გ) ავტო-საგზაო შემთხვევებში დაღუპული ან სერიოზულად დაშავებული ადამიანების რაოდენობის შემცირება.
 - დ) ავტო-საგზაო შემთხვევებში დაღუპული ან სერიოზულად დაშავებული ბავშვების რაოდენობის შემცირება.
 - ე) ბავშვებში თერმული და ქიმიური დამწვრობის შემთხვევების შემცირება

87. WHO Global status report on road safety. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/en/

3. ტრავმატიზმთან ბრძოლის ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- ა) ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილობა მ.შ. ბავშვებში
- ბ) ტრავმების ინციდენტობა (ახალი შემთხვევები) მ.შ. ბავშვებში
- გ) ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგად დაზარალებულთა რაოდენობა
- დ) ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგად დაღუპულთა რაოდენობა
- ე) ავტოკატასტროფის შედეგად დაზარალებული ბავშვების რაოდენობა
- ვ) ავტოკატასტროფის შედეგად დაღუპული ბავშვების რაოდენობა
- ზ) ბავშვებში თერმული და ქიმიური დამწვრობის ინციდენტობა
- თ) ბავშვებში თერმული და ქიმიური დამწვრობით გამოწვეული სიკვდილობა

4.9. სტრატეგიული ამოცანა 9: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კომორბიდული რისკ-ფაქტორებისა და კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით სკრინინგულ პროგრამებში მოსახლეობის მონაწილეობის ხელშეწყობა/წახალისება

4.9.1. პრობლემის განმარტება

საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები სიკვდილობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. ეს მაჩვენებელი უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე თითქმის უცვლელი რჩება და 2008 წელს 100000 მოსახლეზე 629-ს შეადგენს, რაც ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან (250 100000 მოსახლეზე) შედარებით მნიშვნელოვნად მაღალია. ასევე მაღალია ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა.⁸⁸

ქრონიკული დაავადებების ეტიოპათოგენეზში ცხოვრების წესისა (თამბაქოს მოწევა, არაჯანსაღი კვება, ადინამია, ალკოჰოლის მოხმარება) და კომორბიდული რისკ-ფაქტორების (არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, დისლიპიდემია, სიმსუქნე) როლის გათვალისწინებით, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მათ დროულ იდენტიფიცირებას და რისკის მართვის ინდივიდუალური ღონისძიებების განხორციელებას.

2007 წელს ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ საქართველოში რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მართვის პრაქტიკა არცთუ სახარბიელოა. თბილისში მცხოვრები 2500-მდე რესპონდენტის გამოკითხვამ უჩვენა, რომ უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე მხოლოდ 12.5%-მა მიიღო რჩევა ექიმისაგან თამბაქოზე თავის დანებების თაობაზე; 13.5%-მა წონაში დაკლებასთან; 14%-მა ცხიმის მოხმარების შემცირებასთან; 14.2%-მა მარილის მოხმარების შემცირებასთან; 9.9%-მა

88. MoLHSA, Georgia Health System Performance Assessment, Full report, 2008

ფიზიკური აქტივობის გაზრდასთან; 3.9%-მა ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებასთან დაკავშირებით.⁸⁹

არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების 2010 წლის კვლევის მონაცემებით, 18-64წუ ქალთა პოპულაციაში 24.8% და მამაკაცთა პოპულაციაში 45.5% იმყოფება 3-5 რისკ-ფაქტორის ზემოქმედების ქვეშ. ეს მაჩვენებელი კიდევ ერთხელ ადასტურებს, ქვეყანაში ქრონიკულ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების მართვის გამოხატულ დეფიციტს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მეტაბოლური ხასიათის რისკ-ფაქტორების ასოციაციები არტერიულ ჰიპერტენზიასთან, მაგალითად, სიმსუქნით ინდუცირებული ჰიპერტენზიის მაჩვენებელი 55% (სხეულის მასის ინდექსის 30 და მეტი ნიშნულისას).

2011-12 წწ ქვეყანაში განხორციელებული მიგრანტების ჯანმრთელობის კვლევის შედეგად, ამ კონტინენტში კარდიო-ვასკულურ დაავადებათა გავრცელების მაღალი მაჩვენებლის გარდა (არტერიული ჰიპერტენზიის პრევალენტობა 53,9%), შესწავლილ იქნა ექიმთან ვიზიტის მოტივები, რომელთა შორის 88,6%-ს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემა, ხოლო 6.9 %-ში - პრევენციული სკრინინგი. რაც შეეხება დაავადებებს, რომლის მიზეზითაც მიიღეს სამედიცინო მომსახურება, პირველ-მეორე ადგილს იკავებს თავის ტვინის ინსულტი და მიოკარდიუმის ინფარქტი - კარდიო-ვასკულურ დაავადებათა ე.წ. საბოლოო წერტილები.

საქართველოში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არსებული მონაცემების მიხედვით 5 და მეტი წელი აღრიცხვაზე მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა ხვედრითი წილი (5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი) ძალზე დაბალია, ხშირად პაციენტთა 30%-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმისთან 5 წლის მანძილზე ან უფრო დიდხანს. 2012 წელს ბუძუს კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა მხოლოდ 35% შეადგინა, რაც ძალზე დაბალია: ჩრდილოეთ ამერიკაში, შვედეთსა და იაპონიაში ეს მაჩვენებელი 80% ან უფრო მაღალია, საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში - 60%, ხოლო დაბალშემოსავლიან - ქვეყნებში 40%-ზე ნაკლებია.⁹⁰ ბუძუს კიბოს მაღალი სიკვდილიანობის და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებლის მიზეზი დაავადების მოგვიანებით ეტაპზე გამოვლენაა: 2012 წელს სარძევე ჯირკვლის, ასევე საშვილოსნოს ყელის კიბოს 56% გამოვლენილი იყო მესამე და მეოთხე სტადიებზე.

2012 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა 39% შეადგინა, რაც სხვა ლოკალიზაციის ონკოლოგიურ დაავადებებთან შედარებით ყველაზე მაღალია, თუმცა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით საკმაოდ დაბალი; ჯანმო-ს ექსპერტთა შეფასებით

89. არაგადამდებ დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007 წწ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007 <http://www.ncdc.ge/>

⁹⁰ Coleman et al., Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD), Lancet Oncol. 2008, Aug;9(8):730-56

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგით მიზნობრივი პოპულაციის 70%-იანი ან უფრო მაღალი მოცვის შემთხვევაში 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 80%-ს აღწევს.⁹¹

2011 წელს ქვეყნის მასშტაბით კიბოს (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, კოლორექტალური, პროსტატის) სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის დანერგვამ ხელი უნდა შეუწყოს განსაზღვრული ლოკალიზაციის ონკოლოგიურ დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლენასა და გადარჩენის მაჩვენებლების გაუმჯობესებას, თუმცა ჯერ-ჯერობით დაბალია სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის მაჩვენებელი. 2012 წელსძუძუს სკრინინგის პროგრამაში წლიური მიზნობრივი პოპულაციის ჩართულობამ შეადგინა 6%, ხოლო საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამაში - 10.2%. ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მოდიფიცირების პრაქტიკის გაუმჯობესების აუცილებლობას.⁹²

4.9.2. ღონისძიებები

1. სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის გასაზრდელად, მიზანშეწონილია, როგორც ინფორმირებულობისა და ცნობიერების გაზრდა მოსახლეობის, ასევე პჯდ ცენტრებში თვითონ სკრინინგული პრაქტიკის ხარისხის გაუმჯობესება და ინტერპერსონალური კომუნიკაციის უნარების გაძლიერება. (მაგ. კიბოს პრევენციის ხელშეწყობისთვის უპირატესობა ენიჭება მცირე მედია კამპანიებს, რომელთა შედეგადაც შესაძლებელია გაიზარდოს კიბოს სკრინინგზე მოსული პოპულაცია (მაგ.: ძუძუს კიბოზე საშუალოდ 7%-ით, საშვილოსნოს ყელის კიბოზე 4.5%-ით, კოლო-რექტალურ კიბოზე 12.7%-ით).⁹³

2. განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:

ა) ყველა სრულწლოვანი მოქალაქისა და მიზნობრივი პოპულაციის ინფორმირება არტერიული წნევის გაზომვის, სისხლში ქოლესტერინის და გლუკოზის დონის შემოწმების, კიბოს სკრინინგისა და სხვა ეფექტიანი სკრინინგული ღონისძიებების თაობაზე, რომელთა მიზანი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და კიბოს ადრეულ ეტაპზე გამოვლენაა.

ბ) პირველად ჯანდაცვასა და ჰოსპიტლების ამბულატორიულ განყოფილებებში პრევენციისა და სკრინინგის პრაქტიკის გაუმჯობესება. ამისათვის მოხდება,

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და საშვილოსნოს ყელისა და მკერდის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სკრინინგის პროგრამების დანერგვის ხელშეწყობა;
2. გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებით შემუშავებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დანერგვის ხელშეწყობა

⁹¹ Cancer Control, Knowledge into action, WHO Guide for effective programs

⁹² MoHSA, Georgia Health System Performance Assessment, Full report, 2008

⁹³Community Preventive Services Task Force.Increasing Cancer Screening: Small Media Targeting Clients.*The community guide*. Retrieved from<http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/client-oriented/SmallMedia.html>December 2013

გ) საშვილოს ნოსყელისა და ძუძუს კიბოს სკრინინგის ხელშეწყობა მისი ეფექტიანობისა და ეკონომიკური შედეგების გათვალისწინებით.⁹⁴

2.პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სკრინინგისა და შემთხვევების აქტიური გამოვლენის ფონზე, პერსპექტივაში მოსალოდნელია:

- ა) გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება
- ბ) ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება
- გ) არტერიული წნევის კონტროლის გაუმჯობესება
- დ) ჰიპერქოლესტეროლემიის გავრცელების შემცირება

3. ამოცანის განხორციელების წარმატებულობა შეფასდება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- ა) მოსახლეობის რა ნაწილი (%) აცნობიერებს სკრინინგის მნიშვნელობას
- ბ) მოსახლეობის რა ნაწილი (%) მონაწილეობს სკრინინგის პროგრამებში
- გ) მიზნობრივი პოპულაციის ჩართულობა (%) ძუძუს კიბოს სკრინინგში
- დ) მიზნობრივი პოპულაციის ჩართულობა (%) საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში
- ე) ჰიპერტენზიის სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელი
- ვ) ჰიპერქოლესტერინემიაზე სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელი
- ზ) ჰიპერგლიკემიის სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელი
- ზ) გულსისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილობისა და ავადობის დინამიკა

6. სტრატეგიის განხორციელება

5.1. სტრატეგიის განხორციელებაზე პასუხისმგებლობა, თავიანთი კომპეტენციების ფარგლებში, ეკისრებათ შემდეგ უწყებებს:

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
- საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო
- საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო
- საქართველოს გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო
- საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო
- საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო
- საქართველოს რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო

⁹⁴WHO Cancer: Screening and early detection of cancer. <http://www.who.int/cancer/detection/en/>

- საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო
 - საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო
 - საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო
- 5.2. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის განხორციელების კოორდინაციას გაუწევს ეროვნული მაკოორდინირებელი საბჭო, რომლის მიზანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის ეფექტიანი უწყებათაშორისი თანამშრომლობის უზრუნველყოფა.
- 5.3. საბჭო თავის საქმიანობაში ხელმძღვანელობს საქართველოს კონსტიტუციით, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით, საქართველოს კანონებითა და სხვა ნორმატიული აქტებით.
- 5.4. საბჭო საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში უფლებამოსილია კოორდინაცია გაუწიოს სახელმწიფო, ადგილობრივ, საზოგადოებრივ და სხვა ორგანიზაციათა შეთანხმებულ მოქმედებებს, განახორციელოს მათ საქმიანობაზე მონიტორინგი, საქართველოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის განხორციელების მიზნით მოიძიოს შესაბამისი რესურსი და ხელი შეუწყოს საერთაშორისო თანამშრომლობის გაფართოებას.
- 5.5. სტრატეგიის განხორციელებაზე მონიტორინგი მოხდება სისტემატურად, დაგეგმილი ღონისძიებების განხორციელების ვადების შესაბამისად. მონიტორინგისა და შეფასებისთვის მონაცემები შეგროვდება (ა) არსებული საინფორმაციო სისტემების საშუალებით; (ბ) სპეციფიკური კვლევების საშუალებით, რაც ქცევითი რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მათი მოდიფიცირების ხარისხის დადგენის საშუალებას მოგვცემს.
- 5.6. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებების ფინანსური უზრუნველყოფა მოხდება სახელმწიფო პროგრამების, სადაზღვევო კომპანიების სამედიცინო მომსახურების პაკეტების, ასევე საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების დაფინანსებით მიმდინარე პროექტებისა და კერძო ინიციატივების ფარგლებში.

დანართი 1

ტერმინების განმარტება

ჯანმრთელობა	სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა უბრალოდ ინვალიდობის და დაავადების არარსებობა ⁹⁵
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	შესაძლებლობების შექმნას, რაც ადამიანს თავისი ჯანმრთელობისა და მისი განმსაზღვრელი ფაქტორების უკეთესი კონტროლისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საშუალებას მისცემს. ⁹⁶ ეს მოიცავს ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცებისკენ მიმართული საგანმანათლებლო, სოციალური, ეკონომიკური, გარემოს და პროფესიული ფაქტორების კომპლექსს. ⁹⁷
ჯანმრთელობის განათლება	შესახებ ინდივიდების, ადამიანთან ჯგუფებისა და საზოგადოებისთვის იმ ცოდნის განვითარება, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევაზე, შეხედულებებსა და რწმენაზე.
ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა	პიროვნების მიერ განხორციელებული ნებისმიერი ქმედება, რომლის მიზანი ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, შენარჩუნება და დაცვაა, მიუხედავად იმისა, თუ როგორი იქნება ამ ქცევის ობიექტური შედეგები. ⁹⁸
ფიზიკური აქტივობა	ჩონჩხის კუნთების გააქტიურებით შესრულებული ნებისმიერი მოძრაობა, რასაც თან ახლავს ენერჯის ხარჯვა. ⁹⁹
სკრინინგი	ასიმპტომურ პირთა სამედიცინო გამოკვლევა დაავადების ან უუნარობის ადრეული გამოვლენის მიზნით
სარისკო ქცევა	ქცევა, რაც ზრდის სპეციფიკური დაავადების ან ჯანმრთელობის პრობლემის აღმოცენების ალბათობას. ¹⁰⁰
რისკ-ფაქტორი	სოციალური, ეკონომიკური, ბიოლოგიური, გარემო ფაქტორები, რაც ზრდის ორგანიზმის მგრძობელობას სპეციფიკური დაავადების, ავადმყოფობისა და ტრავმის მიმართ.
პრევენცია პირველადი	დაავადების გამომწვევი მიზეზის აღმოფხვრა, რაც ხელს შეუშლის დაავადების აღმოცენებას.
პრევენცია მეორეული	დაავადების გამოვლინა ადრეულ ეტაპზე
პრევენცია	დაავადების, ტრავმისა და ინვალიდობის განვითარების რისკის შემცირება და უკვე აღმოცენებული დაავადებების პროგრესირების შეჩერება. ¹⁰¹
ინტერსექტორალური თანამშრომლობა	სხვადასხვა სექტორებს შორის აღიარებული თანამშრომლობა, რომელიც ჯანმრთელობის შუალედური და გრძელვადიანი გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით ყალიბდება. ამგვარი თანამშრომლობის შედეგად მისალოდნელია შესაფერისი ღონისძიებების განხორციელება უფრო

95. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
96. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986
97. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი
98. WHO, Health Promotion Glossary, 1986
99. Physical activity, WHO
100. WHO, Health Promotion Glossary, 1998
101. Glossary of Terms used in Health for All series. WHO, Geneva, 1984

ეფექტური, ეფექტიანი და მდგრადი, ვიდრე ეს მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის მონაწილეობისას იქნებოდა შესაძლებელი.¹⁰²

თემზე ორიენტირებული ფსიქიკური სამსახურები	დახმარება დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების (ინსტიტუციების) გარეთ და გარეშე. შედგება ყოველმხრივი და ინტეგრირებული ფსიქიატრიული და სოციალური მომსახურებისაგან, რაც ხორციელდება ფსიქიატრიული, სოციალური და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვისა და სხვა სათემო სამსახურების მჭიდრო თანამშრომლობით.
დაავადებიანობა (პრევალენტობა)	მოსახლეობაში დაავადების გავრცელების მაჩვენებელი კონკრეტული მომენტისთვის.
ავადობა (ინციდენტობა)	დროის გარკვეულ პერიოდში აღმოცენებული დაავადების ახალი შემთხვევების რაოდენობა.
ადვოკატირება ჯანმრთელობისთვის	ინდივიდუალური და სოციალური მოქმედებების ერთობლიობა, რომელთა მიზანს ჯანმრთელობის სფეროში კონკრეტული ამოცანებისა და პროგრამების შესრულებისთვის პოლიტიკური ინტერესისა და მხარდაჭერის მოპოვება, სოციალური მიმდებლობის გაუმჯობესება და სისტემური დონის ხელშეწყობის მიღწევაა. ¹⁰³
DALY („დალო“)	ინვალიდობის შედეგად დაკარგული წლები

102. Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997

103. Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995

